



UNIVERSITÉ DU BURUNDI

GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI

Dépôt institutionnel officiel

<https://repository.ub.edu.bi>

De la mise en oeuvre de la politique de gouvernance basée sur la performance au District sanitaire de Buhiga

Manizanye, Albert; Sous la direction du : Pr. Elias Sentamba

2022-04

UB, FLSH

<https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/2417>

FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES
MASTER : SOCIETES, POUVOIRS, TERRITOIRES ET
DEVELOPPEMENT DURABLE

Option : Science politique



**« DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE GOUVERNANCE
BASEE SUR LA PERFORMANCE AU DISTRICT SANITAIRE DE
BUHIGA »**

Par : Albert MANIZANYE

Mémoire défendu en vue de l'obtention du diplôme de Master en Sociétés,
Pouvoirs, Territoires et Développement Durable

Option : Science politique

MEMBRES DU JURY :

Président : Dr. Désiré-Louis NIZIGIYIMANA

Directeur : Pr. Elias SENTAMBA

Secrétaire : Dr. Gaspard NDUWAYO

Bujumbura, avril, 2022

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY

Président : Dr. Désiré-Louis NIZIGIYIMANA

Directeur : Pr. Elias SENTAMBA

Secrétaire : Dr. Gaspard NDUWAYO

DEDICACE

A mon regretté père

A ma mère pour son courage et son soutien

A mes grandes sœurs

A tous ceux qui me sont chers.

Albert MANIZANYE

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, nous voudrions remercier tous ceux qui ont contribué à sa réalisation. Nos remerciements s'adressent essentiellement à tous nos éducateurs en général, du primaire à l'université. Ceci concerne particulièrement ceux du département d'Histoire et science politique, du Master SPTD et son option de Science politique, à qui nous devons notre formation intellectuelle.

Une attention spéciale est réservée au Professeur Elias SENTAMBA qui, malgré ses nombreuses responsabilités, a accepté de diriger ce travail. Ses conseils scientifiques et son encouragement nous ont été d'une importance capitale.

Nous remercions également toute personne qui a contribué à notre accès aux différentes informations dont nous avons besoin pour la réalisation de ce travail.

Nous adressons également nos sincères remerciements à la famille Gérard BUCUMI pour le soutien tant moral que matériel.

Enfin, nous remercions de manière particulière notre mère qui a tant attendu ce jour. Son amour et sa patience méritent d'être salués.

Albert MANIZANYE

RESUME

Le système de santé burundais a depuis longtemps privilégié l'approche *input* (intrants) dans son système de gouvernance. Avec le financement basé sur la performance, c'est plutôt l'approche *output* (résultats, performance) qui est moteur du système. Ceci consiste à financer les soins et services de santé en fonction de la performance réalisée par les structures de santé et sur base des indicateurs quantitatifs et qualitatifs définis préalablement. Depuis 2010, la politique FBP est mise en œuvre à l'échelle nationale.

Notre étude a porté particulièrement sur la mise en œuvre de la politique de financement basé sur la performance au district sanitaire de Buhiga. L'objectif principal était d'analyser les dynamiques qui sont autour de la mise en œuvre de cette politique.

Les résultats de nos recherches ont montré que la mise en œuvre du FBP est confrontée à trois problèmes :

D'abord, le système de santé burundais connaît des problèmes organisationnels qui impactent sur la mise en œuvre du FBP.

Ensuite, certains acteurs ne se sont pas encore appropriés de l'approche.

Enfin, certains dysfonctionnements au niveau de l'approche FBP entraînent des effets pervers.

Mots clés : politique publique, gouvernance, système de santé, financement basé sur la performance

ABSTRACT

The Burundian health system has long favored the input approach in its governance system. With performance-based financing, it is the output approach (results, performance) that is driving the system. This consists of financing health care and services according to the performance achieved by the health structures and on the basis of quantitative and qualitative indicators defined beforehand. Since 2010, the PBF policy has been implemented at the national level.

Our study focused on the implementation of the PBF policy in the Buhiga Health District. The main objective was to analyze the dynamics surrounding the implementation of this policy.

The results of our research showed that the implementation of PBF faces three problems:

First, the Burundian health system is experiencing organizational problems that impact the implementation of the PBF.

Second, some actors have not yet adopted the approach.

Finally, certain dysfunctions in the PBF approach lead to perverse effects.

Key words: public policy, governance, health system, performance-based financing

TABLE DES MATIERES

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY	i
DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
RESUME	iv
ABSTRACT	v
TABLE DES MATIERES	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DE PHOTO	xii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	xiii
AVANT-PROPOS	xvi
INTRODUCTION GENERALE.....	1
1. Choix et intérêt du sujet	2
2. Problématique.....	3
3. Hypothèses de travail.....	4
4. Perspectives théoriques et méthodologiques.....	4
5. Délimitation de l’objet de recherche	4
6. Articulation du travail	5
CHAPITRE I. CADRE CONCEPTUEL	6
I.1. De l’analyse des « politiques publiques ».....	6
I.1.1. Qu’est-ce qu’une politique publique ?.....	6
I.1.2. Identification des politiques publiques	9
I.1.3. De l’analyse séquentielle des politiques publiques	10
I.2. Notion de gouvernance	12
I.2.1. Evolutions et signification du concept de gouvernance	12
I.2.2. Quelques propositions de définitions	13
I.2.3. Gouvernance dans le domaine de la santé	15

I.3. Notion de santé.....	16
I.3.1. Définition de la santé.....	16
I.3.2. Les déterminants de la santé	17
CHAPITRE II. MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE AU DISTRICT SANITAIRE DE BUHIGA	20
II.1. L’approche FBP dans le système de santé burundais	20
II.1.1. Brève historique du FBP au Burundi	20
II.1.2. Définition du financement basé sur la performance	20
II.1.3. Du contrôle de la performance.....	21
II.1.4. Objectifs du Financement basé sur la Performance	22
II.1.5. Acteurs de la mise en œuvre du FBP	23
II.2. Etat des lieux de la mise en œuvre de la politique de financement basé sur la performance au District sanitaire de Buhiga.	24
II.2.1. Généralités sur le District Sanitaire de Buhiga	24
II.2.2. Ressources humaines.....	27
II.2.3. Situation financière	29
II.2.4. Etat des lieux des principaux indicateurs de santé au District Sanitaire de Buhiga pour l’année 2020.....	31
II.2.4.1. Activités curatifs	31
II.2.4.1.1. Consultation ambulatoire :.....	31
II.2.4.1.2. Taux d’utilisation des services curatifs dans les CDS	31
II.2.4.1.3. Référence et contre référence entre les CDS et les hôpitaux	32
II.2.4.1.4. Mise en observation au niveau des CDS	32
II.2.4.1.5. Durée moyenne de séjour des cas observés dans les CDS	33
II.2.4.1.6. Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère	33
II.2.4.1.7. Examens de laboratoires effectués et leurs résultats	34
II.2.4.2. Activités préventives	34
II.2.4.2.1. Taux d’abandon vaccinal.....	34

II.2.4.2.2. Taux de couverture en enfants complètement vaccinés	35
II.2.4.2.3. Taux de couverture en MILDA (Moustiquaire Imprégné d’Insecticide à Longue Durée d’Action) lors de la vaccination pour les enfants de 0-11mois	35
II.2.4.3. Consultations prénatales	36
II.2.4.3.1. Les femmes enceintes consultant en prénatal	36
II.2.4.3.2. Taux de couverture en MILDA en consultation prénatale	36
II.2.4.4. Accouchements survenus dans les CDS et Hôpitaux	37
II.2.4.4.1. Nombre d’accouchements selon la qualification du personnel et selon la provenance.....	37
II.2.4.4.2. Taux d’avortement survenus en milieu des soins	37
II.2.4.5. Planification familiale	38
II.2.4.6. Activités liées à la lutte contre le VIH-SIDA	38
II.2.4.6.1. File active des PVVIH (Personne vivant avec le Virus de l’Immunodéficience Humaine).....	38
II.2.4.6.2. Personnes vivant avec le VIH sous ARV	39
II.2.4.6.3. Dépistage du VIH.....	39
II.2.4.7. Morbidité	40
II.2.4.8. Mortalité	41
II.2.4.9. Détails des activités au niveau communautaire	41
II.2.4.9.1. Répartition du nombre de ménages et ASC	42
II.2.4.9.2. Complétude et promptitude des rapports GASC.....	42
II.2.4.9.3. Sensibilisation	43
II.2.4.9.4. Visites à domicile par les ASC.....	46
II.2.4.9.5. Hygiène et assainissement	46
II.2.4.9.6. Référence et contre référence.....	47
II.2.4.9.7. Récupération des abandons.....	50
II.2.4.9.8. Dépistage de la malnutrition	51
II.2.4.9.9. Prise en charge à domicile des enfants de moins de 5ans	51

II.2.4.9.10. Traitement à domicile pour les enfants de moins de 5ans	52
II.2.4.10. Evénements survenus dans la communauté.....	52
II.2.4.10.1. Accouchement à domicile	52
II.2.4.10.2. Décès à domicile	53
II.2.4.10.3. Maladies inhabituelles	53
CHAPITRE III. LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE A L'EPREUVE DES FAITS A BUHIGA.....	55
III.1. Analyse à partir du contexte organisationnel	55
III.1.1. Moyens financiers.....	55
III.1.2. Moyens humains	56
III.2. Analyse de la stratégie des acteurs	58
III.3. Analyse à partir de la performance communautaire	59
III.3.1. Comités de santé(COSA)	60
III.3.2. Groupements d'agents de santé communautaire	62
III.3.3. Associations locales(ASLO)	63
III.3.4. Population.....	64
III.4. Analyse à partir des effets pervers.....	65
CONCLUSION GENERALE	66
BIBLIOGRAPHIE	68
ANNEXES	71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Les FOSA opérationnelles au DS de Buhiga, leurs statuts et la population par aire de responsabilité.....	25
Tableau 2 : Listes des associations qui participent au niveau communautaire selon l'aire de responsabilité des FOSA.....	26
Tableau 3 : Disponibilité des ressources humaines au DS de Buhiga.....	27
Tableau 4 : Arriérés CAM et FBP au niveau des FOSA du DS de Buhiga	29
Tableau 5 : répartition des nouveaux cas vus à la consultation selon l'âge	31
Tableau 6 : Taux d'utilisation des services curatifs dans les CDS.....	31
Tableau 7 : Répartition du nombre de patients référés par les CDS et contre référés par les hôpitaux.....	32
Tableau 8 : Répartition du nombre de cas mis en observation en fonction de l'âge et du sexe.....	32
Tableau 9 : Durée moyenne de séjour des cas observés dans les CDS	33
Tableau 10 : Répartition des enfants de 6 à 59 mois pris en charge dans la STA (service thérapeutique ambulatoire).....	33
Tableau 11 : Répartition du nombre d'examens effectués et résultants	34
Tableau 12 : Taux d'abandon vaccinal.....	34
Tableau 13 : Taux de couverture en enfants complètement vaccinés	35
Tableau 14 : Répartition des enfants de 0-11 mois bénéficiant des MILDA lors de la vaccination.....	35
Tableau 15 : Taux de couverture en CPN.....	36
Tableau 16 : Taux de couverture en MILDA en consultation prénatale	36
Tableau 17 : Taux d'accouchement en milieu de soins par du personnel qualifié	37
Tableau 18 : Taux d'avortements en milieu des soins.....	37
Tableau 19 : évolution des nouvelles acceptantes en PF de 2017 à 2020	38
Tableau 20 : Répartition de la file des PVVIH selon l'âge et le sexe	38
Tableau 21 : Répartition des personnes vivant avec le VIH sous ARV selon l'âge et par sexe.....	39

Tableau 22 : clients dépistés selon la cascade de dépistage du VIH en 2020.....	39
Tableau 23 : Répartition des nouveaux cas reçus en consultation selon les causes de morbidité dans les CDS.....	40
Tableau 24 : Répartition des décès survenus dans les CDS selon les causes	41
Tableau 25 : Répartition du nombre de ménages et ASC selon l’Aire de Responsabilité	42
Tableau 26 : Complétude et promptitude des rapports GASC	42
Tableau 27 : Répartition des participants aux séances de sensibilisation selon les thèmes	43
Tableau 28 : Répartition du nombre de visites ASC selon les motifs	46
Tableau 29 : Répartition des nouvelles installations hygiéniques aménagées.....	46
Tableau 30 : Répartition du nombre des cas référés par les ASC par motif.....	47
Tableau 31 : Répartition du nombre d’abandons récupérés selon le motif	50
Tableau 32 : Répartition des enfants dépistés de la malnutrition selon l’âge et sexe	51
Tableau 33 : Répartition des enfants de moins de 5 ans consultés par les ASC selon la tranche d’âge.....	51
Tableau 34 : Répartition des enfants de moins de 5 ans traités par les ASC selon le motif et la tranche d’âge	52
Tableau 35 : Répartition des accouchements à domicile selon l’âge de la mère	52
Tableau 36 : Répartition des décès à domicile selon l’âge	53
Tableau 37 : Répartition des cas de maladies inhabituelles déclarées par les ASC.....	53
Tableau 38 : Synthèse des besoins en ressources humaines pour le DS de Buhiga par rapport aux normes du MSPLS pour l’hôpital de district et les CDS.....	57

LISTE DE PHOTO

Photo 1 : Membres du GASC TWIZERANE au CDS Kiranda préparant leurs rapports le jour de l'évaluation.....	43
--	----

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AR	: Aire de Responsabilité
ARV	: Anti Rétro-Viraux
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ASLO	: Association Locale
CAM	: Carte d'Assurance Maladie
CDS	: Centre de Santé
CORDAID	: Catholic Organisation for Relief and Development Aid
COSA	: Comité de Santé
CPN	: Consultation Prénatale
CPVV	: Comité Provincial de Vérification et de Validation
CTN-FBP	: Cellule Technique Nationale de suivi du Financement Basé sur la Performance
CV	: Charge Virale
DS	: District Sanitaire
ECV	: Enfant complètement vaccinés
Ed.	: Edition
EPS	: Education pour la santé
ETC	: Etcetera
F	: Féminin
FBP	: Financement Basé sur la Performance
FBu	: Franc Burundais
FOSA	: Formation Sanitaire
GASC	: Groupement d'Agent de Santé Communautaire
HOP	: Hôpital

HTA	: Hypertension artérielle
ICCM	: Integrated community cases management
IDEC	: Institut de Développement Economique
IRA	: Infections Respiratoires Aigües
M	: Masculin
MIILDA	: Moustiquaire Imprégné d’Insecticide à Longue Durée d’Action
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida
MUAC	: Maastricht upper area control center
NC	: Nouveau Cas
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PBF	: Performance Based Financing
PF	: Planification Famiale
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
Pop	: Population
PTME	: Protection de la Transmission Mère-Enfant
PUF	: Presses Universitaires de France
PUG	: Presses Universitaires de Grenoble
PVVIH	: Personne vivant avec le Virus de l’Immunodéficience Humaine
RR	: Vaccin Rougeole-Rubéole
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience acquise
SIS	: Système d’Information Sanitaire
SPTD	: Sociétés, Pouvoirs, Territoires et Développement Durable
STA	: Service thérapeutique ambulatoire

TDR	: Test de Dépistage rapide
TPS	: Technicien pour la Promotion de la Santé
UB	: Université du Burundi
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

AVANT-PROPOS

Ce travail analyse la mise en œuvre de la politique de financement basé sur la performance au District sanitaire de Buhiga. C'est une approche de financement du secteur de santé qui est mise en œuvre à l'échelle nationale il y a plus d'une décennie. L'introduction de cette politique a permis sans doute de relever certains défis dans le système de santé burundais. Tout de même, nous savons que la mise en œuvre d'une politique publique est un processus complexe et volatile. Il y a alors nécessité de continuer à mener différentes études dans le but de savoir les nouvelles orientations à faire pour redynamiser chaque fois la politique. C'est pour cette raison que notre étude porte sur le District sanitaire Buhiga pour étudier la manière dont la politique de financement basé sur la performance se traduit dans les faits au niveau des acteurs périphériques et communautaires.

Le sujet est traité sous l'angle de la Science Politique. C'est pourquoi nous mobilisons pour notre analyse les concepts de politique publique et de gouvernance en vue de comprendre la mise en œuvre d'une politique de l'Etat burundais en matière de santé publique.

INTRODUCTION GENERALE

Depuis 2005, le Burundi a entamé une nouvelle ère dans son système socio-politique. En effet, après plus d'une décennie d'instabilité socio-politique, il a organisé les élections générales dans l'esprit de l'Accord d'Arusha pour la paix et la Réconciliation signé en 2000 entre les différentes parties prenantes politiques. Cela a permis un retour à l'ordre constitutionnel et l'instauration d'un gouvernement légal et légitime. L'ère était donc à la reconstruction d'un pays longtemps détruit par des crises répétitives. Appuyé par les bailleurs de fonds internationaux, l'Etat entame une série d'initiatives et de réformes institutionnelles dans plusieurs domaines en vue d'améliorer la situation socio-économique¹. Le secteur de la santé n'a pas été épargné. C'est le moment de l'affirmation d'une nouvelle approche de financement du secteur de santé, le Financement Basé sur La performance (FBP) ou *Performance Based Financing* (PBF) en anglais. Introduit depuis 2004 par l'ONG CORDAID, le FBP va être officialisé dans le système de santé en 2006 à travers un projet pilote conduit dans trois provinces à savoir : Bubanza, Cankuzo et Gitega-District sanitaire de Kibuye². Depuis avril 2010, la mise en œuvre du FBP a été couplée à la politique de gratuité des soins en faveur des enfants de moins de 5ans et aux femmes enceintes et *post partum* décrétée par le gouvernement en 2006. C'est dans ce contexte que le FBP a été étendu à tout le pays comme approche devant gouverner le système de santé burundais. Après plus d'une décennie de mise en œuvre du FBP, plusieurs études d'évaluation de l'approche ont été conduites par les techniciens du Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida (MSPLS) à travers la Cellule Technique Nationale du FBP (CTN-FBP). Pour répondre aux difficultés rencontrées, le Ministère de la Santé Publique et de Lutte Contre le Sida redéfinit périodiquement les objectifs et les procédures du FBP à travers des Manuels de procédures et de mise en œuvre (on est déjà à la 5ème version).

La présente étude a pour objectif d'analyse d'autres dynamiques sous-tendant la mise en œuvre de la politique de FBP dans la perspective d'attirer l'attention de tous les acteurs intervenants dans le système de santé burundais.

¹Ces initiatives et réformes sont entre autres : le cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP I&II), Stratégie Nationale de Bonne Gouvernance et de lutte contre la corruption (2011-2015), La Politique nationale de décentralisation, La Politique nationale de réforme administrative, etc.

²BIGIRIMANA E. et al., *Le Financement Basé sur la Performance : de la phase de projet pilote à l'intégration au niveau du système de santé : étude de cas du Burundi 2004-2014*, Anvers, Institute of Tropical Medicine, 2016, p.19

A ce sujet, Olivier Ihl a écrit : « *Que le monde de la recherche scientifique collabore à la mise en œuvre des politiques publiques : voilà un fait ancien et bien connu* »³

1. Choix et intérêt du sujet

Le choix de notre sujet s'explique par l'importance du thème de santé pour chaque individu. En effet, chaque être humain souhaiterait garder une bonne santé ou au moins avoir un remède efficace en cas de maladie. Les Etats doivent alors mettre en place des moyens nécessaires pour faciliter les citoyens à garder une meilleure santé. Cela est un droit pour chaque individu. A travers sa constitution, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dispose, parmi les principes qui sont à la base du bonheur des peuples, de leurs relations harmonieuses et de leur sécurité, que « *La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* »⁴. Et la constitution de la République du Burundi dispose en son article 55 : « *Toute personne a le droit d'accéder aux soins de santé* »⁵. L'un des moyens importants que l'Etat du Burundi a mis en place pour permettre aux citoyens d'accéder aux soins de santé de qualité est la politique de FBP. Il est donc d'une impérieuse nécessité de mener une étude sur la mise en œuvre de cette politique pour comprendre davantage les enjeux de cette approche.

La réalisation de ce travail aura un intérêt pour un public varié : les pouvoirs publics, les organisations internationales et locales, chercheurs, étudiants, citoyens, bref toute personne intéressée aux politiques publiques de santé en particulier le FBP. Ce travail porte également un intérêt personnel car il nous permettra d'appliquer sur terrain les connaissances théoriques acquises au cours de notre cursus académique en rapport avec les théories portant sur les politiques publiques et la gouvernance.

³ IHL O. (dir.), *Les « Sciences » de l'action publique*, Paris, PUG, 2006, p.7

⁴ OMS, Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1946

⁵ Constitution de la République du Burundi du 7 juin 2018

2. Problématique

Aujourd'hui, le FBP est une approche de financement du secteur de santé qui est mise en œuvre dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne. L'introduction de cette approche dans les systèmes de santé africains a fait l'objet de débat entre les promoteurs de la stratégie et des experts plus sceptiques⁶. Au Burundi, c'est l'ONG CORDAID qui, ayant une longue expérience dans l'appui au secteur de santé, a initié pour la première fois l'approche FBP en 2004. Ce n'est qu'en 2010, avec la pression de certains bailleurs de fonds du secteur de la santé (Union Européenne en particulier) et le besoin d'efficacité dans le financement d'un paquet de soins gratuits aux enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et *post partum* décrété par le gouvernement, que l'approche FBP fut intégré au niveau national comme moyen de financement du système de santé. Dès lors des outils d'orientation de cette politique ont été mis en place par le MSPLS. Aux différents échelons du MSPLS, l'approche FBP constitue la référence pour l'exécution des activités quotidiennes. Le district sanitaire de Buhiga ne fait pas l'exception. Pour essayer de comprendre la mise en œuvre du FBP au district sanitaire de Buhiga, quelques questions se posent :

- Les prestataires des services de santé s'approprient-ils l'approche FBP ?
- Certains acteurs n'entravent –ils pas la politique FBP en vue de faire prévaloir leurs intérêts ?
- N'y aurait-il pas des problèmes inhérents au système de santé burundais qui limitent l'efficacité de l'approche FBP ?
- Comment l'approche FBP est-elle exécutée au niveau communautaire ?

Au regard de toutes ces questions, nous comptons analyser si les moyens prédéfinis pour la mise en œuvre de la politique de FBP permettent d'atteindre les résultats attendus en vue d'une gouvernance de performance dans le système de santé burundais.

⁶Mayaka Manitu S., Meessen B., Muvudi Lushimba M. et Macq J., « Le débat autour du financement basé sur la performance en Afrique subsaharienne : analyse de la nature des tensions », *Santé publique*, vol. 27, n° 1, 2015, pp. 117-128.

3. Hypothèses de travail

Au regard de la question centrale, nous formulons trois hypothèses que nous sommes appelés à vérifier tout au long de ce travail :

- Il existe des problèmes organisationnels dans le système de santé burundais qui impactent sur la mise en œuvre de la politique de FBP.
- Il y a un manque d'appropriation de l'approche FBP au niveau des acteurs périphériques et communautaires.
- Certains dysfonctionnements liés au FBP entraînent des « effets pervers »⁷.

4. Perspectives théoriques et méthodologiques

L'aspect théorique concerne la mobilisation de deux théories essentielles. Premièrement, c'est la théorie interactionniste stratégique pour comprendre les motivations des acteurs qui interagissent dans la mise en œuvre du FBP et les stratégies qu'ils mobilisent. Deuxièmement, c'est la théorie organisationnelle pour comprendre comment s'organisent les structures de mise en œuvre du FBP.

L'approche méthodologique met un accent sur la revue de la littérature qui consiste à consulter les ouvrages généraux, les articles et les revues scientifiques, les rapports et autres documents qui peuvent être utiles à notre recherche. Il convient de signaler également que nous avons complété la revue de la littérature par des entretiens semi-directifs avec différents acteurs de la politique de FBP à des niveaux différents.

5. Délimitation de l'objet de recherche

S'agissant de la délimitation spatiale, notre sujet porte sur le District sanitaire de Buhiga. Deux raisons essentielles expliquent ce choix. D'abord, c'est un district sanitaire de notre ressort pour dire que de près ou de loin nous sommes intéressés par ce qui s'y passe.

Ensuite, c'est un endroit qui pourra faciliter nos recherches de terrain étant donné les limites de nos moyens financiers et le temps qui nous est imparti pour finaliser le travail. Cependant, les éléments de cette étude peuvent être étendus à tout le système de santé burundais.

⁷BOUDON R., *Effets pervers et Ordre social*, Paris, PUF, 1^{ère} éd., 1977, p.46. L'auteur définit les effets pervers comme « effets non recherchés par les acteurs sociaux et ne résultant pas de l'opposition des intérêts et des conflits qui en dérivent ».

Quant à la délimitation temporelle, l'étude portera sur la période de 2010 à 2021 : la borne inférieure correspond à l'année d'extension de l'approche FBP au niveau national en général et au district sanitaire de Buhiga en particulier tandis que la borne supérieure correspond à la période de mes investigations.

6. Articulation du travail

Notre travail s'intitule : « De la mise en œuvre de la politique de gouvernance basée sur la performance dans le système de santé burundais : cas du District sanitaire de Buhiga ». Il s'articule en trois chapitres.

Le premier chapitre porte sur le cadre conceptuel. Dans ce chapitre nous expliquons les concepts clés qui nous serviront de base à la compréhension de notre objet d'étude.

Le deuxième chapitre concerne la présentation de la mise en œuvre de la politique de FBP au District sanitaire de Buhiga : nous faisons un bref aperçu sur l'organisation de l'approche FBP au niveau national après quoi nous focalisons l'attention sur sa mise en œuvre au District sanitaire de Buhiga.

Enfin, le troisième chapitre porte un regard sur la mise en œuvre de la politique de FBP à l'épreuve des faits au District sanitaire de Buhiga.

CHAPITRE I. CADRE CONCEPTUEL

Ce chapitre a pour objectif de présenter les concepts fondamentaux qui vont servir de base à la compréhension de notre objet d'étude. Celui-ci s'inscrit dans un domaine connu de la science politique à savoir les politiques publiques. Vu les objectifs de notre recherche, trois notions seront définies : politique publique, gouvernance et santé.

I.1. De l'analyse des « politiques publiques »

C'est aux Etats-Unis d'Amérique depuis les années 1950 que se développe pour la première fois la notion de politique publique. Harold Lasswell est le pionnier de l'analyse des politiques publiques à travers son ouvrage fondateur intitulé *Politics. Who Gets what, when, and how ?*⁸ publié en 1936. Cité par Pierre Muller et Yves SUREL, Lasswell utilise le concept de *policy analysis* pour signifier l'analyse des politiques publiques qu'il présente comme : « un ensemble de dispositifs de recherche ayant pour ambition de fournir les recettes du « bon » gouvernement »⁹. Ce sens va évoluer au fur et à mesure que le rôle de l'Etat évolue.

I.1.1. Qu'est-ce qu'une politique publique ?

Pour comprendre ce qu'une politique publique, il faut d'abord passer par l'explication du terme « politique ». C'est un terme qui revêt un sens polysémique dans la langue française. Une bonne explication du terme « politique » passe par la langue anglaise où les choses sont plus claires. En effet, les anglophones ont trois façons différentes de signifier ce que les francophones réunissent sous le terme de « politique ». Selon Pierre Muller et Yves Surel¹⁰, ce terme recouvre à la fois la sphère politique (*polity*), l'activité politique (*politics*) et l'action publique (*policy*).

En prolongeant leur analyse, Pierre Muller et Yves Surel donnent les explications approfondies de ces trois acceptions du terme politique :

La première fait la distinction entre le monde de la politique et la société civile, la frontière entre les deux, toujours floue, pouvant d'abord varier selon les lieux et les époques.

La seconde désigne l'activité politique en général (la compétition pour l'obtention des postes politiques, le débat partisan, les diverses formes de mobilisations à des fins électoralistes...)

⁸Littéralement traduit, Politique : Oui gagne quoi, quand, et comment ?

⁹ MULLER P. et SUREL Y., *L'analyse des politiques publiques*, Paris, Montchrestien, 2002. P.10

¹⁰ MULLER P. et SUREL Y., op. cit., p.13

La troisième acception, enfin, désigne, le processus par lequel sont élaborés et mis en place des programmes d'action publique, c'est-à-dire des dispositifs politico-administratifs coordonnés en principe autour d'objectifs explicites.

L'étude de l'action publique se situe principalement dans le cadre de la troisième acception, celle des « *policies* ». Mais, cela ne veut pas dire que les autres dimensions devront être ignorées, et en particulier la dimension de la compétition politique. La politique de financement basé sur la performance dans le système de santé burundais s'inscrit dans le cadre de « *policy* » en tant qu'outil politico-administratif pour réguler le secteur de santé au Burundi¹¹.

Quant à l'adjectif « public », il signifie, comme le souligne Patrick Hassenteufel, « *la place centrale de l'Etat, puisqu'on peut considérer de manière générale qu'est public tout ce qui relève de la sphère de l'Etat par opposition à la sphère privée (qui renvoie aux relations interindividuelles sans intervention de l'Etat)* »¹²

La définition de politique publique s'avère complexe. Plusieurs définitions sont proposées par les spécialistes. Il y a déjà plus de trente-cinq ans J.C.THOENING et ses collègues écrivaient qu'en cherchant la définition de politique publique « *ils avaient pu récupérer plus de 40 définitions différentes* »¹³. C'est pour cette raison que nous avons choisi quelques définitions que nous présentons en les problématisant.

Certaines définitions donnent aux politiques publiques une qualification minimale. « *Tout ce que le gouvernement décide de faire ou de ne pas faire* »¹⁴ ou encore « *l'action menée par une autorité publique (seule ou en partenariat) afin de traiter une situation perçue comme posant un problème* »¹⁵. La première définition est stato-centrée et néglige le rôle des autres acteurs qui influencent souvent le processus des politiques publiques à tous les niveaux. La seconde semble prédire la finalité d'une politique publique à savoir le bien (trouver des solutions aux problèmes). Or le processus d'une politique publique dès sa mise sur agenda à sa mise en œuvre peut avoir des objectifs latents.

¹¹Cette politique s'impose depuis 2010 à toutes les parties prenantes de la politique de santé publique au Burundi.

¹² HASSENTEUFEL P., *Sociologie politique : L'action publique*, 2^e éd., Paris, Armand Colin, 2011, p.14.

¹³ GRAWITZ M., et LECA J. (dir.), *Traité de Science Politique, Les politiques publiques*, vol. 4, Paris, PUF, 1985, p.3

¹⁴ Michael P. Howlett et M. Ramesh, *Studying public policy : policy cycles and policy systems*, Toronto: Oxford University press, 1995, p.4 cité par MULLER P. et SUREL Y., op. cit, p.16

¹⁵ LASCOURMES P. et LE GALES P., *Sociologie de l'action publique*, 2^e éd., Paris, Armand Colin, 2012, p.12

D'autres définitions plus complètes présentent la politique publique comme, « *un programme d'action gouvernementale dans un secteur de la société ou dans un espace géographique : la santé, la sécurité, les travailleurs immigrés, la ville de Paris, la communauté européenne, l'océan pacifique, etc.* »¹⁶ ou encore, « *une action collective qui participe à la création d'un ordre social et politique, à la direction de la société, à la régulation de ses tensions, à l'intégration des groupes et à la résolution des conflits* »¹⁷.

Ces deux dernières définitions présentent l'avantage d'éclairer respectivement les domaines d'intervention et les finalités des politiques publiques.

Prise dans la conception classique de l'Etat, une politique publique serait réduite à la seule puissance de l'Etat. Ce dernier aura le monopole dans la prise et dans l'exécution des programmes gouvernementaux. Or, l'action de l'Etat est actuellement influencée à différents niveaux.

Pierre LASCOUMES et Patrick LE GALES nous résument trois changements qui sont observés¹⁸ :

*« Tout d'abord, les échelles d'action spatiale ont été multipliées, vers le haut (l'Union européenne, l'international), vers le bas (régions, départements, villes, territoires), et de façon transversale (alliances transfrontalières, réseaux d'acteurs transnationaux, intégration européenne). Ensuite, à tous ces niveaux, les acteurs mobilisés ont proliféré multipliant les sources d'expertise, les lieux de débats et de décision et le rôle des organisations non gouvernementales en particulier. Enfin, les processus de mondialisation ont renforcé l'autonomie des grandes firmes et institutions financières, tout en accélérant la circulation des modèles et instruments d'action (souvent inspirés de l'entreprise) via les consultants et juristes qui promeuvent les mécanismes de marché, les privatisations, les partenariats public-privé, le benchmarking et surtout des modes d'action pilotés par des agences de régulation/réglementation s'appuyant sur le droit et les modèles économiques ».*¹⁹

L'analyse de la politique de Financement basé sur la performance ne pourra pas échapper à certaines de ces transformations actuelles de l'Etat.

¹⁶MENY Y. et THOENIG J-C., *Les politiques publiques*, Paris, PUF, 1989, P. 130-131 cité par MULLER P. et SUREL Y., op. cit, p.16

¹⁷LASCOUMES P., et LE GALES P., op. cit., p.12

¹⁸Ces auteurs s'inspirent particulièrement des pays de l'Union Européenne

¹⁹Ibid.

Jean-Pierre GAUDIN donne par contre une définition qui intègre le mieux l'acceptation actuelle de l'Etat. Selon lui une politique publique est : « *Le produit d'initiatives multiples, à la fois publiques et privées, internationales, nationales et locales* »²⁰. Dans ce sens, on remarque que l'Etat n'est plus le seul maître des politiques publiques ni dans leur conception ni dans leur mise en œuvre. L'analyse de l'intervention de l'Etat prise dans cette dernière acception permet de mieux appréhender l'action de l'Etat dans toutes ses dimensions.

I.1.2. Identification des politiques publiques

L'identification d'une politique publique n'est pas facile. Selon Pierre Muller²¹, cinq éléments fondent l'existence d'une politique publique :

- Une politique est constituée d'un ensemble de mesures concrètes qui forment la « substance » d'une politique.
- elle comprend des décisions de nature plus ou moins autoritaire, cette dimension pouvant être explicite (justice, police) ou latente par la définition de critères d'accès aux droits ;
- Une politique s'inscrit dans un « cadre général d'action », ce qui permet de distinguer (en principe) une politique publique de simples mesures isolées. Tout le problème est alors de savoir si ce cadre général doit être conçu à l'avance par le décideur ou bien simplement reconstruit *a posteriori* par le chercheur. Il est certain, en tout cas, que l'existence de ce cadre général n'est jamais une donnée et doit toujours faire l'objet d'une recherche ;
- Une politique publique a un public (ou plutôt des publics), c'est-à-dire des individus, groupes ou organisations dont la situation est affectée par la politique publique. Par exemple : les automobilistes, les constructeurs, les entreprises de génie civil constitueront à des degrés divers les ressortissants de la politique de la sécurité routière. Certains seront passifs (les automobilistes) alors que d'autres s'organiseront pour influencer sur l'élaboration ou la mise en œuvre des programmes politiques ;
- Enfin, une politique définit obligatoirement des buts ou des objectifs à atteindre, par exemple réduire le nombre des accidents de la route, améliorer les conditions d'hospitalisation des malades, assurer l'indépendance énergétique du pays...

A la lumière de ces cinq critères d'identification d'une politique publique, nous constatons que le FBP, objet de notre recherche, constitue bel et bien une politique publique en matière de santé. En effet, le FBP est un système de financement du secteur de la santé qui est clairement

²⁰ GAUDIN J-P., *L'action publique. Sociologie et politique*, Paris, Presses de science po et Dalloz 2004, p.1.

²¹ MULLER P., *Les politiques publiques, Que sais-je?*, 10^e éd. mise à jour, Paris, PUF, 2013, p.20

défini par les autorités compétentes. Depuis 2010, c'est une approche qui s'impose obligatoirement à tout opérateur intervenant dans le secteur de la santé publique au Burundi.

De plus, il a été créé une structure permanente de suivi de la politique de FBP au niveau national jusque dans toutes les provinces du pays. C'est un programme qui a un public varié entre autres, les patients, les personnels de santé, les associations locales. Enfin, l'approche FBP définit des objectifs à atteindre en vue de rendre le système de santé burundais plus performant.

I.1.3. De l'analyse séquentielle des politiques publiques

Aujourd'hui, il existe plusieurs approches d'analyse des politiques publiques. L'approche séquentielle consiste à découper l'activité de l'Etat en phases différentes et successives. Elle est la plus ancienne et date des années 1970. Cette approche a notamment été popularisée par les travaux de Charles O. Jones²² à travers un schéma en cinq étapes.

- L'identification du problème est la phase où le problème est intégré dans le travail gouvernemental. À cette phase sont associés des processus de perception du problème, de définition, d'agrégation des différents événements ou problèmes, d'organisation de structures, de représentation des intérêts et de définition de l'agenda ;
- Le développement du programme est la phase de traitement proprement dit du problème. Il associe des processus de formulation (des méthodes et des solutions pour résoudre le problème) et de légitimation (acquisition d'un consentement politique) ;
- La mise en œuvre (*implementation*) du programme est la phase d'application des décisions. Elle comprend l'organisation des moyens à mettre en œuvre, l'interprétation des directives gouvernementales et leur application proprement dite ;
- L'évaluation du programme est une phase préterminale de mise en perspective des résultats du programme. Elle comprend la spécification de critères de jugements, la mesure des données, leur analyse et la formulation de recommandations ;
- Enfin, la terminaison du programme est une phase de clôture de l'action ou de mise en place d'une nouvelle action. Elle suppose la résolution du problème et la terminaison de l'action.

Ce type de grille permet d'embrasser de manière particulièrement cohérente les multiples facettes de l'action publique.

²² Cité par MULLER P., op. cit., p.21

À condition, cependant, de ne pas l'appliquer de manière trop systématique, comme le reconnaissent d'ailleurs volontiers les promoteurs de ce type d'approche, à commencer par Jones lui-même. En réalité, on constate dans les faits qu'il est très difficile de déterminer avec précision la fin ou le début de chacune de ces étapes. Le processus des politiques publiques est souvent complexe pour savoir qui commence avant quoi. Mais, comme le reconnaissent Daniel Kübler et Jacques de Maillard, « *l'approche par phases d'action publique est essentielle empiriquement, parce qu'elle permet de repérer des moments spécifiques de l'action publique. Elle donne les outils pour inscrire l'analyse dans une temporalité spécifique avec son lot de questionnement spécifiques : quels sont les acteurs qui ont été déterminants dans la mise sur agenda ? Comment les décisions ont-elles été élaborées ? quels ont été les obstacles de la mise en œuvre ? etc.* »²³

Pour notre travail, nous focalisons notre attention plus sur la phase de la mise en œuvre pour analyser la manière dont les acteurs chargés de traduire en action la politique gouvernementale en matière de santé se comportent au regard des moyens mis à leur disposition. Daniel Kübler et Jacques de Maillard définissent la mise en œuvre d'une politique publique comme : « *le processus au cours duquel des acteurs sociaux et des ressources sont mobilisés pour réaliser les objectifs d'une politique préalablement définie* »²⁴.

C'est dans ce sens que sera analysée la mise en œuvre de la politique de financement basé sur la performance au District Sanitaire de Buhiga. Prolongeant l'analyse de la mise en œuvre d'une politique publique, Daniel Kübler et Jacques de Maillard affirment que : « *la mise en vigueur (implementation) n'est plus une phase distincte de, et subordonnée à, l'édiction et la formulation mais une décision complexe consistant à redéfinir un but en fonction de l'évolution des moyens disponibles et des obstacles et contraintes du terrain* »²⁵

Bruno JOBERT quant à lui indique que l'enjeu des politiques publiques est : « *d'une part le repérage des écarts entre les objectifs affichés par les décideurs et leur mise en œuvre par les bureaucraties rétives, d'autre part la définition de prescriptions permettant de réduire ces écarts* »²⁶

²³ KUBLER D. et MAILLARD (de) J., *Analyser les politiques publiques*, Paris, PUG, 2009, p.95

²⁴ KUBLER D. et MAILLARD (de) J., op. cit., p.67

²⁵ KUBLER D. et MAILLARD (de) J., op. cit., p.80

²⁶ JOBERT B., « L'Etat en action. L'apport des politiques publiques ». *Revue française de science politique*, volume 35, n°4, 1985, pp.654-682

I.2. Notion de gouvernance

La gouvernance est un concept très ancien mais dont la signification a évolué dans le temps. Elle est aujourd'hui devenue une référence dans tous les discours qui se rapportent au développement et à la gestion des intérêts publics. Pourtant, c'est un concept polysémique et flou dont l'utilisation mérite une bonne réflexion.

I.2.1. Evolutions et signification du concept de gouvernance

Le terme de « gouvernance » tire ses origines du verbe grec *kubernân* qui signifie « piloter un navire ou un char ». Par la suite, il donne ainsi naissance au verbe latin *gubernare*, ayant les significations similaires et qui, par le biais de ses dérivés, dont *gubernantia*, a lui-même engendré de nombreux termes dans plusieurs langues. Ainsi « *governance* » en anglais avait pratiquement à l'origine la même signification que « gouverne » en français. Tous les deux mots signifiaient pilotage des bateaux et relevaient étymologiquement de l'ancien latin et du grec²⁷.

Le mot « gouvernance » est quant à lui un terme médiéval utilisé au XIII^e siècle dans la langue française pour désigner la direction des baillages qui étaient des entités territoriales de la France d'avant la Révolution.

L'acception actuelle du mot « *governance* » en anglais et « gouvernance » en français est venue progressivement. Alors que le terme anglais « *governance* » a évolué pour signifier « *la gestion des institutions et des affaires publiques* », son synonyme français « gouverne » est resté confiné à *l'univers des marins* »²⁸

Bref, Bob JESSOP résume le concept en ces termes :

« Au départ il faisait référence à l'action et à la manière de gouverner, guider ou diriger la conduite et recouvrait partiellement le "gouvernement". Longtemps son usage est resté circonscrit pour l'essentiel aux questions constitutionnelles et juridiques concernant la conduite des "affaires de l'Etat" et/ou la direction de certaines institutions ou professions caractérisées par la multiplicité des parties prenantes. Or, depuis une quinzaine d'années, poursuit B. JESSOP, ce terme opère un retour en force dans de nombreux contextes et devient un mot passe-partout à la mode(...) S'il a été remis en usage, c'est sans doute avant tous à

²⁷ Toupane T R., « La gouvernance : évolution, approches théoriques et critiques du concept », SEMINARUL GEOGRAFIC "D. CANTEMIR" NR. 29 / 2009, pp. 97-108

²⁸ SENTAMBA E., *Etude sur la gouvernance au Burundi*, Rapport définitif, mai 2005, p.3

cause de la nécessité de distinguer entre « gouvernance » et « gouvernement ». Ainsi « gouvernance » désignerait les modes de gouvernement et la manière de gouverner, et "gouvernement", les institutions et agents chargés de "gouverner"²⁹ »

Pour Elias SENTAMBA, l'idée maîtresse de la *governance* (ou « gouvernance » en français) se résume en une phrase : *« il s'agit d'un mode de régulation des affaires de la collectivité ou de l'Etat, où l'accent est mis sur l'inter-action entre des organisations /institutions publiques et privées et/ou des acteurs individuels, dans laquelle aucun protagoniste (fût-il l'Etat, le gouvernement) n'est censé dicter sa loi »*³⁰. Cette dimension interactive qui constitue le soubassement de la gouvernance selon le même auteur est assez importante pour l'analyse de la politique de financement basé sur la performance au Burundi.

En effet, différents acteurs interviennent dans la mise en œuvre de cette politique à des niveaux différents. Il serait donc intéressant d'analyser leurs inter-actions au regard des exigences de la gouvernance basée sur performance.

I.2.2. Quelques propositions de définitions

Les définitions que nous présentons ici sont celles qui nous semblent très utiles pour notre travail, lequel s'intéresse dans le domaine des politiques publiques.

La gouvernance s'entend comme : *« un processus de coordination d'acteurs, de groupes sociaux, d'institutions pour atteindre des buts discutés et définis collectivement »*³¹. Cette définition fait apparaître les dynamiques multi-acteurs qui caractérisent également le processus des politiques publiques. Ces acteurs multiples enfin doivent collaborer, voire négocier pour trouver un consensus qui pourra guider l'action de l'Etat.

Ali KAZANCIGIL définit la gouvernance comme étant : *« un procédé ou une technique de coordination, de négociation et de prise de décisions »*³². Il précise que la gouvernance est de plus en plus utilisée dans des questions relevant de l'action publique, mais aussi dans les affaires relevant du secteur privé et de la société civile. Cette précision est assez importante car la notion

²⁹ JESSOP B., « Essor de la gouvernance et ses risques d'échecs : le cas du développement économique », in *Revue internationale des sciences sociales*, n°155, mars 1998, pp. 33-34.

³⁰ SENTAMBA E., op. cit., p.3

³¹ LASCOUMES P. et LE GALES P., op. cit., p.24

³² In HERMET G, KAZANCIGIL A. et PRUD 'HOMME J-F. (sous dir.), *La gouvernance, Un concept et ses applications*, Paris, Karthala, 2005, p.53

de gouvernance n'est pas confinée au seul domaine du public mais également elle est utile dans d'autres systèmes organisationnels.

Selon la Banque Mondiale, « *La gouvernance est l'ensemble des traditions et institutions par lesquelles le pouvoir s'exerce dans un pays avec pour objectifs le bien de tous. Elle comprend d'abord les procédés par lesquels les titulaires du pouvoir sont choisis, contrôlés et remplacés, ensuite la capacité du gouvernement à gérer efficacement les ressources et à appliquer des politiques sociales et enfin le respect des citoyens et de l'Etat envers les institutions régissant les interactions économiques et sociales intervenant entre eux* »³³

Et pour le PNUD : « *la gouvernance peut être considérée comme l'exercice de l'autorité économique, politique et administrative en vue de gérer les affaires d'un pays à tous les niveaux. Elle englobe les mécanismes, les processus et les institutions par le biais desquels les citoyens et les groupes expriment leurs intérêts, exercent leurs droits juridiques, assument leurs obligations auxquelles ils s'adressent en vue de régler leurs différends* »³⁴.

Les définitions de la Banque Mondiale et du PNUD ont l'avantage de faire ressortir la dimension institutionnelle.

En effet, le rôle des institutions étatiques est irremplaçable dans la conduite des politiques publiques. Les traditions institutionnelles influencent positivement ou négativement leurs conduites. Ces définitions font ressortir en même temps le rôle des citoyens qui doivent avoir le droit de regard et de contrôle sur la conduite des affaires publiques.

Cynthia Hewit de ALCANTARA, quant à elle, insiste sur l'existence d'un consensus en définissant le concept de gouvernance. Selon cet auteur, « *qui dit gouvernance, dit effort pour dégager un consensus ou obtenir un consentement nécessaire à l'exécution d'un programme dans une enceinte où de nombreux intérêts divergents entrent en jeu* »³⁵

Même s'il n'y a pas d'unanimité dans la définition de la notion de gouvernance, la définition de Cynthia Hewit de ALCANTARA rassemble l'essentiel de ce qui fait objet de notre recherche. Il s'agit d'analyser s'il y a préoccupation de consensus et de consentement entre les

³³ Banque Mondiale, *Governance and development*, Washington DC, The World Bank, 1992, cité par QUANTIN Patrick, *Gouverner les sociétés africaines: Acteurs et institutions*, Ed. Karthala et CEAN, 2005, p.17

³⁴ PNUD, *La gouvernance en faveur du développement humain durable*, janvier, 1997, p.21

³⁵ ALCANTARA C.H, de. « Du bon usage du concept de Gouvernance », in *RISS* no 155, mars, 1998, pp.109-118

acteurs qui interviennent dans la mise en œuvre de la politique de financement basé sur la performance étant donné les logiques propres à chacun des acteurs.

I.2.3. Gouvernance dans le domaine de la santé

S'agissant de son application dans le domaine de la santé, Siméon BARUMWETE fait noter : « *la notion de gouvernance serait employée comme une norme ou un instrument d'action publique. Elle serait utilisée dans une approche gestionnaire ou normative, très développée au sein des organisations internationales* »³⁶. C'est sous cet angle même que la politique de financement basé sur la performance dans le système de santé au Burundi sera analysée pour comprendre comment les acteurs s'adaptent à cette nouvelle donne.

Dans son article, André-Pierre Contandriopoulos³⁷ indique que l'utilisation du concept de gouvernance dans le domaine de la santé est plus récente et qu'elle renvoie à trois idées fortes :

La première est que le périmètre de responsabilité auquel on s'intéresse n'est plus celui des organisations existantes. La gouvernance oblige à penser à un nouvel espace de régulation collective.

Les actions dont il faut assurer la coordination et sur lesquelles il faut rendre des comptes ont des dimensions inter organisationnelles et interprofessionnelles non réductibles à la sommation des actions de chaque organisation ou de chaque professionnel. La gouvernance oblige à réfléchir à la coordination d'acteurs et d'organisations, qui sont simultanément autonomes et interdépendants pour assurer un accès équitable à des soins de qualité à une population définie et pour contribuer aux politiques intersectorielles de santé. Le concept de gouvernance oblige à repenser les équilibres entre centralisation et décentralisation.

La deuxième idée est que la forme de l'action collective doit être repensée. La gouvernance n'est pas seulement une autre façon de parler de la gestion ou du management, autrement dit de la prise de décisions en position d'autorité pour organiser de façon optimale des ressources.

Elle manifeste la nécessité de tenir compte de la complexité des processus à agencer pour obtenir les résultats attendus. Processus entachés d'incertitudes, qui se déroulent souvent sur de

³⁶BARUMWETE S., Les politiques publiques de santé au Burundi, Paris, Université de Pau et des Pays de l'Adour, Thèse de doctorat en science politique, 2010, p.40

³⁷ CONTANDRIOPOULOS A-P., « La gouvernance dans le domaine de la santé : Une régulation orientée par la performance », *santé publique*, 20, n°2, 2008, pp.191-199

longues périodes et qui reposent sur le jugement des professionnels autonomes et très spécialisés.

La troisième idée est que les outils habituels du management sont insuffisants pour permettre aux responsables de rendre compte de leurs décisions et d'améliorer de façon continue l'action collective pour assurer la qualité, la sécurité et l'efficacité des services. Le concept de gouvernance est indissociablement associé à celui de performance. Pour outiller la gouvernance, il est nécessaire de concevoir et de mettre en œuvre de nouveaux instruments d'appréciation de la performance.

I.3. Notion de santé

Comme les autres concepts déjà vus, la santé est elle aussi un concept complexe dont la signification évolue dans le temps et dans l'espace. Dans notre cas, la définition donnée par l'OMS semble la plus explicative. Enfin, il sera très intéressant de voir les déterminants de la santé dans une société donnée et au Burundi en particulier.

I.3.1. Définition de la santé

L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme : « *un état de complet bien être-physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »³⁸

A la lumière de cette définition, nous constatons que la santé d'une population, bonne ou mauvaise, est déterminée par plusieurs facteurs. Certains de ces facteurs sont au delà de la possibilité de maîtrise de l'individu sans l'intervention de l'Etat. C'est pourquoi le rôle des pouvoirs publics est indispensable dans la promotion de la santé des populations. C'est dans ce sens que l'Etat doit mettre en place les conditions qui favorisent l'amélioration de son système de santé.

³⁸OMS, Constitution de l'organisation mondiale de la santé, 1946

I.3.2. Les déterminants de la santé

La bonne santé ne s'offre pas gratuitement. Selon la Charte d'Ottawa de 1986(adoptée le 21 novembre lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé en vue de la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà), la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables pour son amélioration.

L'individu doit pouvoir : « *Se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable* »³⁹. Dans l'intérêt de notre travail, nous préférons revenir sur les principaux déterminants de la santé au Burundi exposés dans le document de Politique Nationale de la Santé.

Commençons par le niveau économique qui est un facteur déterminant global. A ce sujet, Alain DESTEXHE établit une relation importante entre la santé d'une population et le niveau économique de chaque pays.

Pour les pays en développement caractérisés par les crises économiques, particulièrement l'Afrique, il affirme que « *La crise se répercute pourtant directement sur les systèmes de santé. Budgets stagnants ou en faible progression, pénurie de médicaments et marchés noirs, absence d'entretien des infrastructures : dans la plupart des pays africains, les services médicaux se détériorent* »⁴⁰. En ce qui concerne le Burundi, les crises sociopolitiques récurrentes (de 1993-2005 et le choc de 2015) ont affecté sérieusement l'économie du pays. Malgré les perspectives de croissance, « *le pays reste cependant vulnérable aux chocs externes, notamment du fait de la volatilité des prix des matières premières particulièrement le pétrole et surtout à sa forte dépendance de l'aide extérieure* »⁴¹

Le défi démographique est un autre facteur déterminant de la santé qui est présenté dans le document de la Politique Nationale de Santé⁴². A ce propos, le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2008 estime la population Burundaise à 8 053 574 habitants dont 51% de femmes. Il montre également que cette population est jeune avec 44% de personnes de moins de 15 ans, tandis que les personnes âgées de 60 ans et plus ne

³⁹ Organisation Mondiale de la Santé (Bureau régional de l'Europe), 1986. Promotion de la santé, Charte d'Ottawa, p.1-2

⁴⁰ DESTEXHE A., « Crise économique et financement de la santé », *Politique africaine*, n°28, décembre 1987, pp.53-64

⁴¹ MSPLS, Politique nationale de santé 2016-2025, Bujumbura, janvier 2016, p. 34

⁴² MSPLS, op. cit., p.35

représentent que 5,4 %. La densité moyenne de cette population est estimée à environ 310 hab./km², l'une des plus fortes d'Afrique avec un taux de croissance annuelle de la population estimée à 2,4%, une taille moyenne de 4,7 personnes par ménage et un indice synthétique de fécondité de près de 6.3 enfants par femme.

Si les efforts du gouvernement n'arrivent pas à influencer la diminution de cette croissance démographique, cela risquerait d'entraver les efforts d'amélioration de la santé en matière d'infrastructures, de personnel de santé par nombre de population, et surtout provoquer de fortes pressions sur les ressources naturelles et foncières. Dans sa « Vision 2025 », le Burundi a fixé le cap pour la réduction de l'indice synthétique de fécondité de 6,3 à 3 enfants par femme à l'horizon 2025.

Pour l'éducation, malgré les efforts encourageants du gouvernement depuis 2006 avec la politique de l'enseignement primaire gratuit pour tous, des défis persistent :

*« Les gros effectifs dans les classes qui influent défavorablement sur la qualité de l'enseignement, le taux d'achèvement du premier cycle du secondaire est de 17% pour les filles contre 24% pour les garçons tandis qu'au niveau du second cycle, ces taux sont ramenés respectivement à 9% et à 17%. Le taux de déperdition scolaire est plus élevé pour les filles que les garçons entre autres à cause de grossesses précoces et non désirées contractées pendant la scolarité. Le taux de scolarisation dans l'enseignement secondaire et tertiaire reste très bas (24,8 % et 3,2 % respectivement) ».*⁴³

Eau, hygiène et assainissement comme facteurs déterminants de la santé. Tel que repris dans le document de Politique Nationale de santé « *Le problème de l'eau n'existe pas en termes de quantité au Burundi. Cependant, même si les sources d'eau sont nombreuses, l'accès à l'eau de qualité, indispensable à une bonne santé n'est pas garanti pour une part relativement importante de la population. L'accès de celle-ci aux services d'eau potable reste faible à cause d'une inégale répartition des ressources en eau et de la croissance démographique qui accentue la pression sur cette ressource* »⁴⁴. S'agissant de l'hygiène et de l'assainissement du milieu, ils demeurent encore précaires et exposent les populations à la contamination des maladies infectieuses de différentes natures⁴⁵.

⁴³ République du Burundi, MSPLS, op. cit., p.36

⁴⁴Ibid.

⁴⁵ Ibid.

Le facteur genre et équité est aussi déterminant. En effet, les femmes et les hommes doivent accéder aux différents droits dans des proportions équitables. Par exemple dans le secteur de l'éducation, même si des progrès ont été observés en matière de parité quelques différences subsistent : « *Pour le taux d'achèvement du primaire demeurent (55 % pour les filles contre 57,4 % pour les garçons en 2010) ».*⁴⁶

Ce premier chapitre nous a permis de situer notre objet d'étude dans un domaine de recherche scientifique précis : celui de l'analyse des politiques publiques. Celle-ci met en lumière les différentes interventions des pouvoirs publics dans la société. A chaque étape de ce processus, les parties prenantes mobilisent des stratégies au profit de leurs intérêts. C'est au moment de la mise en œuvre des décisions et programmes politiques que la situation devient de plus en plus complexe. La réussite ou non d'une politique publique sera tout de même tributaire de son système de gouvernance. C'est pour cette raison que nous avons également développé le concept de gouvernance. Dans le chapitre suivant, nous nous intéressons à la présentation de la mise en œuvre de la politique de FBP au District sanitaire de Buhiga.

⁴⁶ MSPLS : Étude sur le financement de la santé au Burundi. Rapport synthèse, Bujumbura, mai 2014.p.24

CHAPITRE II. MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE AU DISTRICT SANITAIRE DE BUHIGA

Ce deuxième chapitre constitue le cœur de notre travail. Son objectif est de montrer la manière dont le FBP est appliqué sur terrain. Nous allons procéder par l'explication de l'approche FBP dans le système de santé burundais dans un premier temps. Dans un deuxième temps, nous présenterons concrètement les activités de mise en œuvre du FBP au DS de Buhiga.

II.1. L'approche FBP dans le système de santé burundais

II.1.1. Brève historique du FBP au Burundi

Le Burundi a débuté un projet pilote sur le Financement Basé sur la Performance (FBP/PBF) en 2006 par les provinces de Bubanza, Cibitoke et Gitega-District sanitaire de Kibuye. Cette phase a duré 2 ans. Les résultats ont montré une amélioration des indicateurs, ce qui a encouragé les décideurs à étendre cette expérience à 6 autres provinces en 2008 : Ruyigi, Rutana, Makamba Bururi, Karusi et Ngozi. Le passage à l'échelle nationale a été réalisé en 2010 et l'approche FBP a été couplée à la politique de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans. C'est à partir de ce moment que le FBP s'est imposé comme modèle de gouvernance dans le système de santé Burundais.

II.1.2. Définition du financement basé sur la performance

L'approche FBP est définie comme :

« Une stratégie de financement de la santé basée sur les résultats (output, performance) et matérialisée par une relation contractuelle entre les différents acteurs du système de santé.

Il est différent du financement classique de type input (intrants) où les structures de soins recevaient les intrants nécessaires à leur fonctionnement sans aucune obligation de résultats.

Le FBP consiste à financer les soins et services de santé en fonction de la performance réalisée par les structures de santé et sur base des indicateurs quantitatifs et qualitatifs définis préalablement. Dans ce système de financement, il appartient à chaque structure de santé de mettre en œuvre des stratégies novatrices pour servir plus de patients dans de bonnes conditions de qualité et ce dans le respect des normes du MSPLS. Ces

stratégies sont variées allant de l'amélioration de l'accueil, de l'état des infrastructures, de l'équipement, de la motivation du personnel, de la révision à la baisse des tarifs jusqu'à la collaboration public-privé (partenariat entre secteurs public- privé)»⁴⁷

II.1.3. Du contrôle de la performance

Pour se rendre compte de l'effectivité et de l'évolution des activités qui s'exercent au niveau des FOSA et au niveau communautaire, des missions de vérifications sont conduites périodiquement. Il s'agit de⁴⁸ :

- **La vérification quantitative** des prestations réalisées par les formations sanitaires (CDS, GASC et Hôpitaux de niveau district et de deuxième référence) est réalisée par le comité provincial de vérification et de validation (CPVV) à travers son équipe de vérification une fois par mois. La validation des données est effectuée par un quorum représentatif des membres du CPVV. La vérification quantitative des Hôpitaux Nationaux est réalisée par la CT FBP à travers des cadres du niveau central du MSPLS.
- **L'évaluation de la qualité technique** des prestations au niveau des CDS et des GASC est réalisée par la sous-unité vérification du CPVV. Au niveau des Hôpitaux de niveau district et de deuxième référence, elle est réalisée par les Hôpitaux pairs des autres Provinces une fois par trimestre en collaboration avec l'équipe de vérification du CPVV. Les évaluateurs doivent désormais s'organiser pour aller jusqu'aux FOSA à contrats secondaires avec des hôpitaux évalués. Au niveau des Hôpitaux Nationaux, cette évaluation est faite par les Hôpitaux Nationaux pairs avec la participation des cadres du niveau central du MSPLS.
- **Le concours qualité** est organisé chaque semestre au niveau d'un échantillon de CDS et d'Hôpitaux de District/deuxième référence et de tous les Hôpitaux Nationaux. L'échantillon de CDS et Hôpitaux de District/deuxième référence est constitué de 10 CDS et 10 Hôpitaux de District/deuxième référence ayant obtenu le meilleur score de qualité technique à l'évaluation du trimestre précédent. Il vise à accorder une prime financière supplémentaire aux 5 meilleurs CDS, aux 3 meilleurs Hôpitaux de District/deuxième référence et aux 2 meilleurs Hôpitaux Nationaux.

⁴⁷ MSPLS, Manuels des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance seconde génération et la gratuité des soins : version révisée 4, p.12

⁴⁸ Ibid., p.15-16

En plus de la prime financière, d'autres gratifications peuvent être accordées comme des certificats de mérite, des plaques de reconnaissance, le label « Centre de Santé/Hôpital de l'année » et autres.

- **La vérification communautaire** est réalisée une fois par semestre par des associations locales à base communautaire sélectionnées dans l'aire de responsabilité de chaque formation sanitaire sous contrat.

- **La contre vérification** est réalisé par un organisme externe indépendant non impliqué dans la mise en œuvre du FBP et concerne tout le processus de mise en œuvre à tous les niveaux (du niveau communautaire au niveau central). Elle est réalisée semestriellement sur base d'un échantillonnage.

Nous tenons à préciser que depuis janvier 2019, dans le but de renforcer la performance des acteurs communautaires, un FBP-communautaire a été introduit pour contractualiser particulièrement le niveau communautaire.

II.1.4. Objectifs du Financement basé sur la Performance

La stratégie de financement basée sur la performance adoptée par le Burundi vise à atteindre les objectifs suivants⁴⁹ :

- Améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé offerts à la population en général et en particulier aux groupes vulnérables dont les Batwa, les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ;
- Améliorer les mécanismes de vérification et de remboursement des prestations du paquet de soins gratuit en faveur de la femme enceinte et des enfants de moins de 5 ans ;
- Motiver et stabiliser le personnel de santé ;
- Inciter le personnel de santé à travailler dans les structures de soins périphériques ;
- Renforcer la Gouvernance du système de santé (gestion, autonomie et organisation des structures de santé) ;
- Prendre en compte le point de vue des bénéficiaires dans la gestion et la résolution des problèmes de santé.
- Améliorer la performance du MSPLS dans la mise en œuvre de la politique de santé

⁴⁹ Ibid., p.20

II.1.5. Acteurs de la mise en œuvre du FBP

La mise en œuvre du FBP passe par des acteurs variés⁵⁰ :

1. Les intervenants du FBP au niveau communautaire sont :

- Les Comités de Santé ;
- Les Groupements d'agents de santé communautaire qui intègrent les agents de santé communautaires ;
- Les mamans lumière ;
- Les associations locales ;
- La population.

2. Les acteurs au niveau périphérique sont :

- Les Centres de Santé ;
- Les Hôpitaux de District/deuxième référence ;
- Les prestataires secondaires (FOSA appartenant à des organisations de la société civile, de prévention et prise en charge du VIH/SIDA, autres FOSA publiques, confessionnelles, privés avec PMA/PCA partiel)
- Les Bureaux de District Sanitaire.

3. Les acteurs de mise en œuvre du FBP au niveau intermédiaire (Provincial) sont :

- Les Bureaux Provinciaux de Santé ;
- Les Comités Provinciaux de Vérification et de Validation ;
- Le Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement (CPSD) au niveau provincial.

4. Les acteurs du niveau central pour la mise en œuvre du FBP sont :

- Le Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement (CPSD) au niveau national ;
- La Cellule Technique Nationale FBP (CT-FBP) ;
- La Cellule technique nationale FBP Elargie (CT-FBP Elargie) ;
- Les Hôpitaux Nationaux ;
- Les Ecoles paramédicales ;
- Les Unités de prestation du niveau central du MSPLS ;
- La Direction Générale des Services de Santé et de la lutte contre le SIDA ;
- La Direction Générale de la Planification ;
- La Direction Générale des Ressources ;

⁵⁰ Ibid., p.20-46

- Le Cabinet du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA ;
- Le Ministère des Finances ;
- La Banque de la République du Burundi (BRB) ;
- Les Partenaires Techniques et Financiers.

Dans notre cas, nous allons focaliser notre attention sur deux premières catégories d'acteurs à savoir les intervenants au niveau communautaire et les acteurs périphériques. Ce choix nous permettra d'aborder la mise en œuvre du PBF comme outil d'amélioration du système de santé par le bas.

II.2. Etat des lieux de la mise en œuvre de la politique de financement basé sur la performance au District sanitaire de Buhiga

Selon Daniel Kübler et Jacques de Maillard, « *Une politique n'est jamais mise en œuvre dans le vide ; elle fait incursion dans un contexte caractérisé par des problèmes, structures, et contraintes qui lui sont antérieures, ce qui provoque des réactions en retour. Ces réactions influencent à leur tour les activités des metteurs en œuvre,* »⁵¹. Ce point s'intéresse alors à la présentation du contexte dans lequel le FBP est mis en œuvre à Buhiga et aux principaux résultats atteints.

II.2.1. Généralités sur le District Sanitaire de Buhiga

Le District Sanitaire de BUHIGA est l'un de deux Districts Sanitaires qui forment la Province Sanitaire de Karusi. Il a été créé en 2009 et couvre les limites administratives des communes de BUGENYUZI, BUHIGA et GITARAMUKA, soit une superficie de 696,6km². Sa population s'élève à 315146habitants. La densité de la population est de 452hab/km² avec un taux d'accroissement annuel de 2.4%.Il comprend un Hôpital de District de Buhiga, un Hôpital du Cinquantenaire « NATWE TURASHOBOYE » de KARUSI qui est un Hôpital de troisième référence, et 18 CDS fonctionnels⁵² dont 2 agréés et un CDS privé. Le District sanitaire est le niveau opérationnel du système de santé où s'organisent les activités à la recherche des résultats. Il a comme mission principale : « *Améliorer l'état de santé de la population pour permettre la relance de l'économie et la diminution de la pauvreté ; en maintenant le capital humain en bonne santé* »⁵³

⁵¹ KUBLER D. et MAILLARD (de), op. cit., p.73

⁵² Il faut signaler que consécutivement à l'annonce du Président de la République lors de son discours d'investiture le 18 juin 2020 de doter au moins un hôpital à toutes les communes du pays, les centres de santé de CIRAMBO, RUGAZI et RUTONGANIKWA ont été transformés en hôpitaux communaux par le Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida même si ils ne sont pas encore totalement opérationnels.

⁵³ Rapport trimestriel d'activités au District Sanitaire de Buhiga : 2^{ème} trimestre 2019-2020

Pour être à la hauteur de sa mission, le DS de BUHIGA dispose d'un plan d'activités dont la réalisation requiert un budget qui provient des fonds propres du District mais aussi de l'appui de ses Partenaires Techniques et Financiers ainsi que le gouvernement.

A part le gouvernement du Burundi, les autres partenaires techniques et financiers au District sanitaire de Buhiga sont au moment de nos recherches le Projet-KIRA⁵⁴ et ENABEL⁵⁵.

Tableau 1: Les FOSA opérationnelles au DS de Buhiga, leurs statuts et la population par aire de responsabilité

N ⁰	FOSA (CDS et Hôpitaux)	STATUT	POPULATION (en 2021) ⁵⁶
1	BIHEMBA	PUBLIC	15339
2	BUGENYUZI	CONFESIONNEL	17396
3	BUHIGA	PUBLIC	26735
4	BUHINDYE	PUBLIC	16566
5	CIRAMBO	PUBLIC	19002
6	GITARAMUKA	CONFESIONNEL	14747
7	KANYANGE	PUBLIC	10653
8	KARUSI	PUBLIC	30339
9	KIRANDA	PUBLIC	19519
10	MASABO	PUBLIC	24281
11	NTUNDA	PUBLIC	23443
12	NYAKABUGU	PUBLIC	14618
13	NYARUHINDA	PUBLIC	17339
14	RUDARAZA	PUBLIC	15420
15	RUGAZI	PUBLIC	12225
16	RUKAMBA	PUBLIC	18329
17	RUTONGANIKWA	PUBLIC	19139
18	HOPITAL DE BUHIGA	PUBLIC	-
19	HOPITAL DU CINQUANTENAIRE « NATWE TURASHOBOYE »	PUBLIC	-
20	CDS DE LA PAIX	PRIVE	-

SOURCE : Par nous-mêmes sur base des données du SIS au DS de Buhiga.

Dans le cadre du FBP, tous les CDS publics, les deux confessionnels et l'Hôpital de Buhiga ont un contrat Principal avec le Comité Provincial de Vérification et de Validation du FBP (CPVV KARUSI). Le CDS de la paix avait un contrat secondaire mais il a été résilié. Quant à

⁵⁴Projet d'appui au système de santé burundais financé par la Banque Mondiale

⁵⁵Agence belge de développement qui exécute la coopération gouvernementale.

⁵⁶ Ce chiffre est obtenu en prenant les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat(RGPH) de 2008 et on multiplie chaque année par le taux d'accroissement annuel de 2,4

L'HOPITAL DU CINQUANTENAIRE « NATWE TURASHOBOYE », il a un contrat principal avec le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le Sida.

Tableau 2 : Listes des associations qui participent au niveau communautaire selon l'aire de responsabilité des FOSA.

N ⁰	FOSA (CDS)	NOM DU GASC	NOM DE L'ASLO
1	BIHEMBA	UBUZIMA BWIZA	DUSHIREHAMWE
2	BUGENYUZI	TUGIRE AMAGARA MEZA KUBAVYEYI N'IBIBONDO	DUSHIREHAMWE
3	BUHIGA	DUTEZIMBERE AMAGARA Y'ABANTU	TUGIRE URUNANI TUREMESHE ABANDI
4	BUHINDYE	DUTEZIMBERE AMAGARA Y'ABANTU	DUSHIRE HAMWE TURWANYE SIDA
5	CIRAMBO	KAZOZA KEZA	ARPC UMUHUZA
6	GITARAMUKA	IKIRUTA IKINDI	ARPC UMUHUZA
7	KANYANGE	DUSHIGIKIRANE	MUKENYEZI MENYA
8	KARUSI	TWIJUKIRE AMAGARA Y'ABANTU	RBP+(KARUSI)
9	KIRANDA	TWIZERANE	TURWANYUBUHUMBU
10	MASABO	DUTEZIMBERE AMAGARA YACU	TWUNGUBUMWE
11	NTUNDA	TUGIRE AMAGARA MEZA	TUREMESHANYE
12	NYAKABUGU	GARUKIRA AMAGARA Y'ABANTU	NTIDUKUMIRANE
13	NYARUHINDA	NTITURAMBIRWE	DUHUZE IVYIYUMVIRA
14	RUDARAZA	INEZA Y'UMURYANGO	COVAS ABAGENDERAMPUHWE
15	RUGAZI	AKARORERO	RBP+(KARUSI)
16	RUKAMBA	TWIJUKIRE IRONDOKA RIJANYE N'AMAGARA MEZA	ARCAMI
17	RUTONGANIKWA	GARUKIRA AMAGARA	APECOBU

SOURCE : Par nous-mêmes sur base des données fournies par la coordination CPVV KARUSI

Au niveau de la participation communautaire, l'hôpital de Buhiga et l'hôpital du Cinquantenaire ne sont pas directement représentés. Les acteurs communautaires travaillent selon les aires de responsabilité des CDS. Les autres acteurs communautaires à savoir les comités de santé, les « mamans lumières » et la population en général ne sont pas obligés de travailler dans des cadres associatifs légaux.

II.2.2. Ressources humaines

Selon le médecin chef du DS de Buhiga⁵⁷, le manque des ressources humaines suffisantes et qualifiées est l'un des problèmes majeurs qui s'observent au niveau du District.

Tableau 3 : Disponibilité des ressources humaines au DS de Buhiga

QUALIFICATION	EFFECTIF DISPONIBLE
Technicien supérieur en Ophtalmologie A1	1
Technicien supérieur en Radiologie A0	6
Technicien supérieur en Radiologie A1	0
Technicien supérieur en Stomatologie A1	1
Technicien de maintenance A2	3
Technicien de Labo (TL) A0	5
Technicien de Labo (TL) A1	0
Technicien de Labo (TL) A2	1
Travailleur (Aides-soignants, microscopistes, agent d'hygiène)	187
Veilleur	46
Radiologue	0
Sagefemme AO	6
Sage femme A1	6
Sage femme Master	0
Secrétaire A1	0
Secrétaire A2	1
Secrétaire A3	0
TPS A0	0
TPS A2	7
TPS A3	0
Technicien supérieur Dermatologue A1	0
Technicien supérieur ORL A1	0
Technicien supérieur en Anesthésie A0	5
Technicien supérieur en Anesthésie A1	0
Technicien supérieur en Kinésithérapie A0	1

⁵⁷ Entretien avec Dr Donatien BIZUKWISHAKA, Buhiga, le 20 septembre 2021

Technicien supérieur en Kinésithérapie A1	0
Gestionnaire des données SIS non infirmier A0	2
Gestionnaire des données SIS non infirmier A1	0
Gestionnaire des données SIS non infirmier A2	3
Gestionnaire des données SIS non infirmier A3	4
Gestionnaires des ressources financiers A0	3
Gestionnaires des ressources financiers A1	5
Gestionnaires des ressources financiers A2	23
Gestionnaires des ressources financiers A3	1
Infirmier A0 (Licence)	19
Infirmier A1 (TS)	2
Infirmier A2 (TM)	86
Infirmier A3 (AS)	57
Magasinier A2	0
Médecin généraliste à temps plein	19
Médecin spécialiste à temps plein	6
Agent mortuaire	0
Archiviste A0	0
Archiviste A1	0
Assistant social A0	1
Assistant social A2	0
Chauffeur	7
Gestionnaire de pharmacie A1(TS/ graduat)	3
Gestionnaire de pharmacie A3	4
Autres catégories	18

Source : Rapport Ressources Humaines DS de Buhiga : janvier-mars 2021

Les ressources humaines se classent dans deux grandes catégories selon leurs statuts de travail. La première catégorie est composée des cadres ou agents ayant un contrat de travail au sein de la fonction publique. La deuxième catégorie est composée d'un personnel qui a un contrat local avec le district. Au CDS Nyakabugu par exemple, sur un effectif total de 16 employés : seuls 5 ont un contrat avec la fonction publique et les 11 qui restent ont un contrat local avec le

district⁵⁸. Cet état de chose affecte les droits salariaux de la deuxième catégorie car la fixation de leurs salaires dépend de la situation financière des CDS. Et au niveau du District Sanitaire, on fixe un salaire unique en prenant pour référence le CDS qui a moins de moyens financiers.

II.2.3. Situation financière

Les recettes des FOSA sont constituées principalement par les recettes directes sur les prestations des services (fonds propres), les recettes FBP et les recettes sur l'utilisation les Cartes d'Assurance Maladie (CAM). Le recouvrement des recettes FBP et CAM accuse souvent un retard. Cela affecte négativement la bonne marche des activités au niveau des FOSA.

Tableau 4 : Arriérés CAM et FBP au niveau des FOSA du DS de Buhiga

N ⁰	FOSA (CDS et Hôpitaux)	Total créances CAM en FBU	Total subsides contractualisation(FBP) en Fbu
1	BIHEMBA	114.716.000	816.508.582
2	BUGENYUZI	258.771.441	135.279.134
3	BUHIGA	260.073.492	34.599.855
4	BUHINDYE	210.438.500	36.077.037
5	CIRAMBO	262.885.384	154.876.645
6	GITARAMUKA	202.907.540	126.473.846
7	KANYANGE	344..020.727	159.989.514
8	KARUSI	133.619.758	100.304.505
9	KIRANDA	346.142.964	86.584.844
10	MASABO	713.531.533	99.665.341
11	NTUNDA	359.009.123	153.920.849
12	NYAKABUGU	257.961..064	79.493.771
13	NYARUHINDA	385.601.026	74.104.586
14	RUDARAZA	246.706.830	62.851.454
15	RUGAZI	170.053.214	59.939.431
16	RUKAMBA	382.835.536	85.021.531

⁵⁸ Entretien avec Athanase BIHUTE, Nyakabugu, le 27/9/2021

17	RUTONGANIKWA	107.435.151	30.160.810
18	HOPITAL DE BUHIGA	1.229.712.022	3.494.126.522
19	HOPITAL DU CINQUANTENAIRE « NATWE TURASHOBOYE »	2.056.805.860	4.676.090.092
20	CDS DE LA PAIX	-	6.176.806

Source : Rapport sur la gestion financière au DS de Buhiga, octobre 2021

Pour les arriérés liés à l'utilisation de la CAM, ils s'expliquent par la défaillance des institutions étatiques impliquées dans le circuit de traitement des fonds alloués à cette cause et la petitesse des frais de contribution dus aux utilisateurs⁵⁹. S'agissant des arriérés liés à l'approche FBP, ils s'expliquent soit par la lenteur dans le circuit de paiement, soit par un partenaire qui n'a pas honoré ses engagements financier à temps.

⁵⁹ La loi budgétaire 2021-2022 prévoit la restructuration de l'usage de la CAM

II.2.4. Etat des lieux des principaux indicateurs de santé au District Sanitaire de Buhiga pour l'année 2020

II.2.4.1. Activités curatifs

II.2.4.1.1. Consultation ambulatoire :

Tableau 5 : répartition des nouveaux cas vus à la consultation selon l'âge

0-11 mois	12-59	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49ans	≥ 50 ans	Total
84142	157684	35562	35705	37459	38634	39828	33046	30326	27053	24610	37150	581199

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.16

Ce tableau montre que ce sont les enfants de moins de 5ans qui consultent le plus dans les FOSA du DS de Buhiga respectivement la tranche de 12-59 mois et de 0-11 mois. Cette tendance s'explique par le fait que les maladies qui sont les premières causes de morbidité dans les CDS du DS de Buhiga comme le paludisme et la pneumonie, sont fréquentes chez les enfants.

II.2.4.1.2. Taux d'utilisation des services curatifs dans les CDS

Tableau 6 : Taux d'utilisation des services curatifs dans les CDS

Total NV cas vus à la consultation curative < 5ans	Total NV cas vus à la consultation curative ≥5ans	Pop cible 0- 59 mois	Pop cible>5ans	AC vus à la consultation	Taux d'utilisation du curatif CDS < 5ans	Taux d'utilisation du curatif CDS >5 ans	Taux global d'utilisation du curatif CDS
241826	309047	54938	252670	3502	440,2	122,3	189,1

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.20

Il faut noter que le taux d'utilisation des services curatifs ambulatoires dans les CDS est de 173,9 pour la moyenne nationale en 2020.C'est-à-dire que le taux d'utilisation des services curatifs dans les CDS de Buhiga (189,1) est supérieur à la moyenne du niveau national.

II.2.4.1.3. Référence et contre référence entre les CDS et les hôpitaux

Tableau 7 : Répartition du nombre de patients référés par les CDS et contre référés par les hôpitaux

Patients référés vers les hôpitaux			Patients référés avec ambulance			Patients contre référés		Nouveaux cas vus à la consultation
Depuis l'observation	Depuis la consultation	Total	Depuis l'observation	Depuis la consultation	Total	Nb de billets contre référence	Nb de malades contre référés	
895	7771	8666	271	205	476	6684	170	581199

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p21

Il s'observe des problèmes au niveau des références avec ambulance. Bien que chaque patient âgé de plus de 18ans doive contribuer annuellement pour une somme de 1000FBu pour participer à l'achat du carburant, la disponibilité et la ponctualité de l'ambulance sont mises en cause.

Dans un entretien avec un membre du comité de santé(COSA) au CDS Nyakabugu, elle nous a confié : « *les patients se lamentent car si on appelle l'ambulance elle vient parfois tardivement ou ne vient même pas et les patients sont obligés de faire recours aux motards* »⁶⁰

II.2.4.1.4. Mise en observation au niveau des CDS

Tableau 8 : Répartition du nombre de cas mis en observation en fonction de l'âge et du sexe

Total < 5 ans	Total < 5 ans	Total >=5 ans	Total >=5 ans	Total			
F	M	F	M	F	M	<5	>= 5
801	856	11304	426	12105	1282	1657	11730

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.22

⁶⁰Entretien avec M R, Nyakabugu le 27 septembre 2021

A travers ce tableau, nous constatons qu'il n'y a pas de différence significative entre le nombre d'enfants masculins et féminins de moins de 5 ans qui sont mis en observation dans les CDS.

II.2.4.1.5. Durée moyenne de séjour des cas observés dans les CDS

Tableau 9 : Durée moyenne de séjour des cas observés dans les CDS

Nombre total des patients sortis	Durée totale de séjour	Durée moyenne de séjour (jours)
31538	13292	0,4

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.24

La durée moyenne de séjour dans les CDS du DS de Buhiga de 0,4 est égale à la durée moyenne au niveau national pour l'année 2020. Les moyennes nationales des années précédentes étaient élevées de l'ordre de 2,4 en 2019, 2,3 en 2018 et 2017. Ce qui signifie qu'il y a eu une amélioration de la santé des populations dans les CDS pour l'année 2020.

II.2.4.1.6. Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère

Tableau 10 : Répartition des enfants de 6 à 59 mois pris en charge dans la STA (service thérapeutique ambulatoire)

Admissions STA						Réadmission après abandon	Transfert interne
NC+œdèmes		NC		Rechute			
F	M	F	M	F	M		
150	144	833	666	8	2	35	64

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.25

La prise en charge des cas de la malnutrition est facilitée au niveau communautaire par les « mamans lumières » en collaboration avec l'agent de santé communautaire de l'aire de responsabilité.

II.2.4.1.7. Examens de laboratoires effectués et leurs résultats

Tableau 11 : Répartition du nombre d'examens effectués et résultants

Goutte épaisse/frottis		Nombre examens salles		Nombre examens urines		Hémoglobine	
Effectués	Positifs	Effectués	Positifs	Effectués	Positifs	Effectués	Positifs
27655	11256	1082	800	730	332	1163	165

Test rapide palu		Glycémie capillaire		Examens-VIH		Recherche BK	
Effectués	Positifs	Effectués	Positifs	Effectués	Positifs	Effectués	Positifs
329854	175143	822	88	17627	117	713	80

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.26-27

A travers ce tableau, nous constatons que le paludisme est la première source des tests effectués au niveau des laboratoires dans les FOSA du DS de Buhiga.

II.2.4.2. Activités préventives

II.2.4.2.1. Taux d'abandon vaccinal

Tableau 12 : Taux d'abandon vaccinal

Taux global d'abandon vaccinal	Taux d'abandon spécifique			
	Pentavalent	Pneumocoque	VA Polio	RR
9,7	1,5	1,5	0,8	7,7

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.34

Comparativement à la moyenne nationale du taux d'abandon vaccinal en 2020 qui est de 18,5, nous pouvons constater qu'au DS de Buhiga les enfants en âge de vaccination abandonnent moins (taux de 9,7) la vaccination. Cela est sans doute en partie le résultat des sensibilisations par les acteurs communautaires.

II.2.4.2.2. Taux de couverture en enfants complètement vaccinés

Tableau 13 : Taux de couverture en enfants complètement vaccinés

Nombre d'Enfants complètement vaccinés			Pop cible 12-23 mois	Taux de couverture en ECV (%)
District	Hors district	Total		
11202	246	11448	11079	101,1

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.34

La moyenne nationale du taux de couverture en enfants complètement vaccinés pour les enfants de 12-23 mois est de 87,7 contre la moyenne de 101,1 au DS de Buhiga. Ces données permettent de réaffirmer l'idée émise à propos du tableau précédent selon lequel le DS de Buhiga affiche une bonne performance dans le domaine de la vaccination des enfants.

II.2.4.2.3. Taux de couverture en MILDA (Moustiquaire Imprégné d'Insecticide à Longue Durée d'Action) lors de la vaccination pour les enfants de 0-11mois

Tableau 14 : Répartition des enfants de 0-11 mois bénéficiant des MILDA lors de la vaccination

Nombre des enfants ayant reçu des moustiquaires imprégnées			Pop cible 0-11 mois	Taux de Couverture (%)
District	Hors district	Total		
10654	20	10674	11387	93,6

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.36

La moyenne nationale du taux de couverture en moustiquaires imprégnées lors de la vaccination des enfants de 0-11 mois est de 80,0. Les enfants de 0-11 mois sont très vulnérables au paludisme. La distribution des moustiquaires à leur intention constitue un des moyens pour protéger leurs vies.

II.2.4.3. Consultations prénatales

II.2.4.3.1. Les femmes enceintes consultant en prénatal

Tableau 15 : Taux de couverture en CPN

Taux d'utilisation de la CPN1 précoce(%)	Taux CPN1(%)	Taux CPN2(%)	Taux CPN3(%)	Taux CPN4(%)
74,0	78,1	74,9	64,7	40,9

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.39

Nous constatons que le nombre des femmes enceintes qui consultent dans les premières semaines de la grossesse diminuent considérablement au fur et à mesure qu'on approche les dernières semaines de la grossesse.

II.2.4.3.2. Taux de couverture en MILDA en consultation prénatale

Tableau 16 : Taux de couverture en MILDA en consultation prénatale

Taux de femmes enceintes ayant reçu MILDA(%)	Taux de couverture en MILDA (%)
79,9	89,6

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.42

Les moyennes nationales sont de l'ordre de 76,3 pour le taux de femmes enceintes ayant reçu le MILDA et de 68,0 de taux de couverture en MILDA. Les moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée sont indispensables pour les femmes enceintes car elles sont très vulnérables face au paludisme.

II.2.4.4. Accouchements survenus dans les CDS et Hôpitaux

II.2.4.4.1. Nombre d'accouchements selon la qualification du personnel et selon la provenance

Tableau 17 : Taux d'accouchement en milieu de soins par du personnel qualifié

Nombre d'accouchements réalisés par du personnel qualifié CDS et HOP		Total	Nombre d'accouchements réalisés par du personnel moins qualifié CDS et HOP		Total	Total Accouchement dans les CDS et Hop	Accouchements attendus	Taux Accouchement par personnel qualifié (%)
District	Hors district		District	Hors district				
11439	2637	14076	0	0	0	14097	15388	74,3

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.43

Notons que la moyenne nationale pour le taux d'accouchements par le personnel qualifié en 2020 est de 87,4%. Avec le taux de 74,3%, le DS de Buhiga se trouve en dessous de la moyenne nationale. Le tableau numéro3 le montre clairement avec seulement 6 sages-femmes de niveau A0 et 6 autres de niveau A1 pour une population totale estimée à 315.146.

II.2.4.4.2. Taux d'avortement survenus en milieu des soins

Tableau 18 : Taux d'avortements en milieu des soins

Femmes enceintes attendues	Total avortements	Taux d'avortements en milieu de soins
15388	296	1,9

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.45

La moyenne nationale du taux d'avortements en milieu de soins est de 2,2. L'avortement en milieu de soins peut s'expliquer par un manque de suivi causé par l'absence d'une main d'œuvre qualifiée et suffisante et un manque de matériels nécessaires.

II.2.4.7. Morbidité

Tableau 23 : Répartition des nouveaux cas reçus en consultation selon les causes de morbidité dans les CDS

Diarrhée avec déshydratation	Malnutrition aigüe modérée	Malnutrition aigüe sévère	Infection oreille < 5 ans	Nouveaux cas d'Onchocercose	NC Schistosomiase
739	472	1452	4063	0	0

Paludisme simple testé positif	Paludisme grave confirmé	Paludisme traité sans test	Helminthiase Transmise par le Sol	Pneumonie	Conjonctivite
186382	370	236	21694	4677	8273

Diarrhée sanglante	Épilepsie	Conjonctivite du nouveau-né traitée	Diabète type I	Diabète type II	Diabète gestationnel
7	213	369	39	67	7

IRA	Violence physique autre que sexuelle	Autre violence basée sur le genre	Violence sexuelle	Nouveaux cas de Choléra	Nouveaux cas : lèpre MB
106249	7	2	5	0	1

Nouveaux cas : lèpre PB	Nouveaux cas de Troubles psychiques suspectés	Nouveaux cas de BPCO (MCR)	Nouveaux cas de Cancer	Nouveaux cas de Cataracte suspectée	Nouveaux cas de Méningite
3	1	45	11	20	0

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.70-72

Les données de ce tableau montrent que les cinq principales causes de morbidité dans les CDS au DS de Buhiga sont respectivement : Paludisme simple, IRA, Helminthiase transmise par le sol, Conjonctivite, Pneumonie. Ceci s'explique en grande partie par le climat tropical humide qui les favorisent et les mauvaises conditions de vie des populations. Toutes ces maladies deviennent très sévères chez les enfants à bas âges.

II.2.4.8. Mortalité

Tableau 24 : Répartition des décès survenus dans les CDS selon les causes

Autres causes	Paludisme grave confirmé	Diarrhée avec déshydratation	Pneumonie	Traumatismes (AVP)	Malnutrition aigüe sévère
7	9	1	1	0	0

Choléra	HTA
0	0

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.75

Le paludisme grave confirmé est la première cause des décès survenus dans les CDS du DS de Buhiga.

II.2.4.9. Détails des activités au niveau communautaire

Dans l'approche FBP, le rôle des acteurs communautaires est l'un des piliers de l'amélioration de l'offre des services de santé à la population. Le travail des acteurs communautaires revêt un caractère volontaire et ne constitue pas en un emploi rémunéré et à temps plein. Cependant, les acteurs communautaires peuvent bénéficier d'une certaine prime d'encouragement sur certaines prestations qui sont contractualisées dans le FBP. Ainsi, les Agents de Santé Communautaires (ASC) et les Associations Locales (ASLO) signent des contrats de performance avec le Comité Provincial de Validation et de Vérification (CPVV) ; les Comités de Santé (COSA) perçoivent également un certain pourcentage sur la prime du CDS sous leur responsabilité ; les mamans lumières sont également contractualisées par les ASC sous la supervision du CPVV.

II.2.4.9.1. Répartition du nombre de ménages et ASC

Tableau 25 : Répartition du nombre de ménages et ASC selon l'Aire de Responsabilité

GASC : Nombre de ménages dans l'AR	GASC : Nombre d'ASC de l'AR	GASC : Nombre d'ASC-iCCM de l'AR
75973	333	132

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.138

Les agents de santé communautaire se regroupent dans des groupements appelés GASC (groupements d'agents de santé communautaire) sous l'aire de responsabilité d'un centre de santé. Chaque sous-colline doit au moins avoir un agent de santé communautaire. Lors ce qu'une colline a une communauté des Batwa, ces derniers doivent impérativement avoir un agent de santé communautaire issu de ses membres.

II.2.4.9.2. Complétude et promptitude des rapports GASC

Tableau 26 : Complétude et promptitude des rapports GASC

Complétude des rapports GASC	Promptitude des rapports GASC
100	59,86

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.139

Au sujet des rapports GASC, le président du GASC TWIZERANE au CDS KIRANDA nous raconte : « *la plupart d'entre nous ressent des difficultés dans la confection de ces rapports. Nous nous aidons mutuellement mais cela peut être la source des mauvais scores lors de l'évaluation* »⁶¹

⁶¹ Entretien avec Martin NZOBIRINDA, KIRANDA, le 22/9/2021

Photo 1 : Membres du GASC TWIZERANE au CDS Kiranda préparant leurs rapports le jour de l'évaluation



Source : Prise par nous-mêmes à Kiranda, le 22 septembre 2021.

Sur les deux photos, nous y voyons les membres du GASC TWIZERANE de Kiranda entrés de compléter leurs rapports le jour de l'évaluation qualité. C'est un travail qu'ils font en synergie pour s'assurer d'avoir le maximum de points possible.

II.2.4.9.3.Sensibilisation

Tableau 27 : Répartition des participants aux séances de sensibilisation selon les thèmes

Thèmes											
Hygiène et Assainissement							Lèpre		Maladies chroniques non transmissibles		
Assainissement du milieu	Hygiène corporelle et vestimentaire/douche	Hygiène de l'eau de boisson	Hygiène des aliments	Lavage des mains/Dispositif de lavage des mains	Utilisation des fosses à ordures	Utilisation des latrines adéquates	Signe clinique de la lèpre, se faire dépister	Traitement précoce et observance	Diabète	Hypertension	Maladie mentales, Epilepsie
21698	15994	12524	14538	17206	9533	15927	1992	1994	141	141	0

Répartition des participants aux séances de sensibilisation selon les thèmes (suite1)

Thèmes										
Maladies négligées				Alimentation de complément		Alimentation adéquate des femmes enceintes	Allaitement exclusif chez les enfants de moins de 6 mois	Paludisme		
Bilharziose	Cataracte	Onchocercose	Parasitoses intestinales	A partir de 12 mois	A partir de 6 mois			Consultation précoce	Prévention du paludisme chez les	Utilisation des MILDA
97	208	86	3097	8481	7277	10344	10001	26298	17359	29672

Répartition des participants aux séances de sensibilisation selon les thèmes (suite2)

Thèmes												
SIDA										Tuberculose		
Rôle du mari dans la lutte contre le VIH	Stigmatisation des PVVIH	Suivi des PVVIH et des orphelins	Utilisation des préservatifs	Circoncision	Conséquences du SIDA dans les familles	Dépistage du VIH et récupération des résultats	Maladies opportunistes	PTME	Prévention des IST	Observance du traitement	Signe de la tuberculose	Suivi du contrôle du crachat
2123	2981	1915	5768	2224	3421	5446	2426	5228	6482	4611	6837	3800

Répartition des participants aux séances de sensibilisation selon les thèmes (suite3)

Thèmes													
Santé de la Reproduction						Vaccination			Iccm				
13837	Accouchement en milieu de soins					11659	Calendrier vaccinal pour les enfants et les femmes enceintes		14745	9046	Diarrhée		27117
10614	Consultation post natale						conséquences de non observance du calendrier vaccinal				Paludisme		
18525	Consultation prénatale					11793	Prévention des maladies par vaccination		9445	14745	Pneumonie		9525
13212	Planification familiale										Autres		
5019	Chez les jeunes et adolescents					VSBG							

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.141-143

L'activité de sensibilisation de la population dans le cadre des séances qui sont organisées autour des thèmes choisis souffre de l'insuffisance du nombre des Techniciens pour la promotion de la santé(TPS). Au moment de nos enquêtes de terrain, ils étaient au nombre de sept alors que pour les dix-sept CDS que comptait le DS de Buhiga, chacun devrait avoir son TPS. Un seul technicien pour la promotion de la santé devrait gérer à peu près trois CDS alors qu'il ne devrait s'occuper d'un seul CDS.

II.2.4.9.4. Visites à domicile par les ASC

Tableau 28: Répartition du nombre de visites ASC selon les motifs

Motifs de visites											
et Hygiène assainissement	Lèpre	Nutrition	SIDA	iCCM	Maladies chroniques et non transmissibles	Maladies Tropicales Négligées	Paludisme	Santé de la reproduction	Sensibilisation	Suivi à domicile	Vaccination
2395	0	1049	369	2898	296	23	4658	3372	1221	2708	1193

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.144

Les visites a domiciles est une méthode particulière aux ASC. En effet, les ASC sont proches des populations et sont en quantité suffisante. Ces deux facteurs favorisent les visites à domiciles de la part des ASC contrairement aux prestataires des soins ordinaires et aux TPS.

II.2.4.9.5. Hygiène et assainissement

Tableau 29 : Répartition des nouvelles installations hygiéniques aménagées

Nouvelles installations hygiéniques aménagées			
Douche	Dispositifs de lavage des mains	Fosses à ordures	Latrines
697	1954	1171	1032

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p145

La question d'hygiène et assainissement pose encore problème pour la santé de la population. Comme l'affirme l'agent de santé communautaire sur la colline de Gashanga, des familles ne possédant pas des installations hygiéniques aménagées de première nécessité comme la douche et les latrines existent encore⁶².

⁶²Entretien avec Thomas NDAYISENGA, ASC à Gashanga, le 28 septembre 2021

II.2.4.9.6. Référence et contre référence

Tableau 30 : Répartition du nombre des cas référés par les ASC par motif

Dépistage du VIH/SIDA chez les couples			PVVIH/SIDA pour PF			Dépistage du VIH/SIDA chez les femmes enceintes			Dépistage du VIH/SIDA (exclus les femmes enceintes)		
Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référé	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référé	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référé	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référé
51	5	22	4	0	1	154	1	306	196	13	102

Répartition du nombre des cas référés par les ASC par motif (suite1)

PF			Dépistage de la TB			Dépistage de la lèpre			Dépistage du paludisme pour les < 5 ans en cas rupture dans TDR		
Référés	Accompagnés par ASC	Contre- référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre- référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre- référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre- référés
2560	346	1088	40	8	21	1	0	0	528	4	62

Répartition du nombre des cas référés par les ASC par motif (suite2)

Dépistage du palu pour les plus de 5 ans			Dépistage de la malnutrition			Vaccination			Accouchement en milieu de soins		
Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés
39	4	32	351	10	232	504	33	245	1307	90	575

Répartition du nombre des cas référés par les ASC par motif (suite3)

Accouchement à domicile dans les 24h			Grossesse avec signe de danger			Grossesse à risque diagnostiquées en CPN			CPN		
Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés
43	2	8	70	2	22	18	1	0	225	0	80

Répartition du nombre des cas référés par les ASC par motif (suite4)

CPN1 précoce			CPON dans les 15 jours			CPON entre 15 - 42jrs			Fistules			VSBG		
Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés
2239	147	1437	1578	47	1064	94	4	54	7	0	3	10	1	4

Répartition du nombre des cas référés par les ASC par motif (suite5)

VSBG référés avant 72h			Suspicion des parasitoses intestinales			Suspicion d'onchocercose			Suspicion de cataracte		
Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés
0	0	0	2	1	2	1	0	1	0	0	0

Répartition du nombre des cas référés par les ASC par motif (suite6)

Suspicion de trichiasis			Suspicion du diabète			Suspicion d'HTA			Suspicion d'épilepsie		
Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés
0	0	0	19	0	0	1	1	1	2	0	37

Répartition du nombre des cas référés par les ASC par motif (suite7)

Suspicion de maladie mentale			Enfant TDR négatif (2 à 59 mois)			Enfant avec signe de danger (2à59 mois)			Enfant traité sans amélioration (2 à 59mois)		
Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés	Référés	Accompagnés par ASC	Contre-référés
40	1	16	3745	152	1660	234	2	193	80	0	44

Répartition du nombre des cas référés par les ASC par motif (suite8)

Nouveau-né malade <28jr			Autres cas			Enfants ayant reçu antipaludéens avant 24 heures référés par manque d'amélioration	Diarrhée traitée par Zinc et SRO référés par manque d'amélioration
Référés	par Accompagnés ASC	Contre-référés	Référés	par Accompagnés ASC	Contre-référés		
41	3	15	49	4	31	514	3990

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p144-154

Ce tableau montre le nombre des personnes qui sont référées vers les CDS par les ASC selon le motif. Il montre également le nombre des personnes qui sont accompagnées par les ASC vers les CDS par motif. Enfin le tableau montre les personnes qui sont contre-référées vers les ASC pour des suivis éventuels. Ces activités confirment le rôle capital des ASC en tant que prestataires secondaires beaucoup plus proche des populations.

II.2.4.9.7.Récupération des abandons

Tableau 31: Répartition du nombre d'abandons récupérés selon le motif

Nombre de personnes récupérées sous/pour												
ARV	CPN 2,3,4	PF	PTME	VAT la chez femme	Anti HTA	Anti diabétique	Anti Lépreux	Anti TBC	Traitement malnutris	Traitement épileptique	Vaccination enfant	Autres
31	58	91	0	0	1	0	1	2	77	0	520	0

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.155

Parfois, les patients qui reçoivent les soins médicaux qui durent un peu long ou qui suivent des prestations spéciales auront tendance à les couper court. C'est pourquoi l'un des rôles que jouent les ASC consiste à vérifier si toute personne qui a commencé un traitement médical ne l'aura poursuivie. En cas d'abandon, l'ASC aura l'obligation d'expliquer et convaincre la personne la nécessité de ne pas interrompre la procédure.

II.2.4.9.8. Dépistage de la malnutrition

Tableau 32 : Répartition des enfants dépistés de la malnutrition selon l'âge et sexe

Enfants dépistés MUAC vert				GASC Enfants dépistés MUAC Jaune				GASC Enfants dépistés MUAC Rouge				GASC Enfants dépistés avec œdèmes			
6-23 mois		24-59 mois		6-23 mois		24-59 mois		6-23 mois		24-59 mois		6-23 mois		24-59 mois	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
5652	5792	11903	12743	148	232	137	191	69	48	33	46	1	0	9	7

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.156

Le dépistage de la malnutrition est assuré au niveau communautaire par « les mamans lumière ». Ces dernières assurent également le suivi de l'évolution de la maladie chez les enfants qui sont sous traitement à la maison. Dans leurs activités, les mamans lumière travaillent sur base d'un contrat de performance signé avec le groupement d'agent de santé communautaire de l'aire de responsabilité. Le suivi de ce contrat est assuré par l'agent de santé communautaire de la colline.

II.2.4.9.9. Prise en charge à domicile des enfants de moins de 5ans

Tableau 33 : Répartition des enfants de moins de 5 ans consultés par les ASC selon la tranche d'âge

Enfants consultés avant 24 heures			Enfants consultés après 24 heures			Enfants consultés avec signes de danger			Enfants consultés TDR effectué		
0-11 mois	12-59 mois	Total	0-11 mois	12-59 mois	Total	0-11 mois	12-59 mois	Total	0-11 mois	12-59 mois	Total
486	2417	2904	187	888	1075	253	1079	1332	533	2870	3403
5	8	3	1	3	4	0	6	6	1	6	7

Répartition des enfants de moins de 5 ans consultés par les ASC selon la tranche d'âge (suite)

Enfants diagnostiqués Paludisme (TDR+)			Enfants diagnostiqués diarrhée			Enfants diagnostiqués pneumonie		
0-11 mois	12-59 mois	Total	0-11 mois	12-59 mois	Total	0-11 mois	12-59 mois	Total
3276	22903	26179	638	2759	3397	757	1259	2016

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.15

II.2.4.9.10. Traitement à domicile pour les enfants de moins de 5ans

Tableau 34 : Répartition des enfants de moins de 5 ans traités par les ASC selon le motif et la tranche d'âge

Paludisme (TDR+)		Diarrhée		Pneumonie	
0-11 mois	12-59 mois	0-11 mois	12-59 mois	0-11 mois	12-59 mois
3276	22903	638	2759	757	1259

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.159

Les deux tableaux précédents montrent que le paludisme demeure la principale cause des prises en charge à domicile par les agents de santé communautaire.

II.2.4.10.Evénements survenus dans la communauté

II.2.4.10.1.Accouchement à domicile

Tableau 35 : Répartition des accouchements à domicile selon l'âge de la mère

Accouchement à domicile					
15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34ans	35-39 ans	40-44ans
3	14	27	29	11	2

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.160

Ce tableau fait ressortir le fait que malgré les efforts du gouvernement à travers sa politique de gratuité des soins liés à l'accouchement et aux activités de sensibilisation et d'accompagnement que doivent menées les ASC, il persiste des femmes qui accouchent au sein de leurs domiciles en exposant au danger leur vie et celle des enfants qu'elles portent. Les causes de cette situation

sont diversifiées mais nous pouvons citer entre autres : les longues distances qu'il faut parcourir parfois pour arriver aux CDS, le manque des moyens de déplacement alors qu'il y a urgence, la persistance de la croyance en intervention « des sages-femmes traditionnelles », le manque de prise de conscience personnelle dû au manque de connaissance sur le risque à encourir en cas d'accouchement à domicile, etc.

II.2.4.10.2.Décès à domicile

Tableau 36 : Répartition des décès à domicile selon l'âge

Décès maternels à domicile selon l'âge de la mère				Autres décès à domicile selon l'âge du décès							
10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-49 ans	1-11 mois	12-59 mois	5-9 Ans	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-49ans	>=50 ans
0	0	1	1	19	21	9	6	4	5	34	147

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.161

Ce tableau montre que les décès à domicile sont plus fréquents chez les personnes plus âgées que chez les plus jeunes et les enfants. Cela s'explique d'abord par l'impact positif de la mesure de la gratuité des soins en faveur des enfants de moins de 5ans et des femmes enceintes. Les plus jeunes sont de nature dans la catégorie d'âge qui n'est pas vulnérable face aux maladies. Par contre, les plus âgés sont très vulnérables face aux maladies et la capacité financière à prendre en charges les soins médicaux diminue.

II.2.4.10.3.Maladies inhabituelles

Tableau 37 : Répartition des cas de maladies inhabituelles déclarées par les ASC

Maladies inhabituelles								
1-11 mois	12-59 mois	5 - 9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25_49 ans	>=50 ans	Total
0	1	0	0	0	0	0	0	1

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2020, p.162

Avec un seul cas de maladie inhabituel, nous pouvons conclure que la communauté a été épargnée des fléaux. Néanmoins, la pandémie de Covid-19 qui ravage le monde depuis son apparition n'a pas exclu la communauté de Buhiga. Selon l'Annuaire des statistiques sanitaires 2020, qui cite le Rapport du Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP) ; sur 2355 cas de dépistage Covid-19 dans la Province sanitaire de Karusi, 12 cas ont été testés positifs et tous ont été mis sous traitement et tous ont été guéris.

Ce chapitre nous a permis de se rendre compte de l'état des lieux des activités réalisées au DS de Buhiga dans l'esprit des objectifs de financement basé sur la performance. Le FBP oblige aux intervenants à tous les niveaux de travailler en fonctions des objectifs de performance. Cette donne a sans doute permis certaines améliorations au niveau du système sanitaire, mais en même temps, ne manque pas des imperfections. C'est cette réalité qui fera objet de notre troisième chapitre.

CHAPITRE III. LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE A L'ÉPREUVE DES FAITS A BUHIGA

Comme nous l'avons déjà vu plus haut, la mise en œuvre d'une politique publique est complexe et exigeante. Elle demande l'organisation des moyens en amont et leurs ajustements au cours du processus selon les besoins du moment. C'est un processus dont la réussite est conditionnée par l'efficacité de la coopération entre les acteurs agissant à plusieurs niveaux. Mais aussi, des facteurs qui n'ont pas de lien direct avec la politique en vigueur peuvent pourtant influencer sa mise en œuvre. De ce qui précède, ce chapitre s'intéresse à la présentation des résultats de nos analyses par rapport aux objectifs prédéfinis dans le FBP et leurs concrétisations au District Sanitaire de Buhiga.

III.1. Analyse à partir du contexte organisationnel

Selon Patrick HASSENTEUFEL : « la mise en œuvre d'une ou plusieurs décisions suppose l'existence de moyens qui permettent de la concrétiser. Ces moyens peuvent être de nature différente : financiers, humains et techniques principalement »⁶³. Nous nous intéressons ici aux moyens financiers et humains.

III.1.1. Moyens financiers

Pour être plus performantes, les FOSA ont besoin des moyens financiers conséquents. Les subsides liés à la contractualisation FBP constituent la première source des recettes. Ces fonds sont nécessaires pour financer le plan d'action de chaque FOSA. Selon le médecin chef du DS de Buhiga, les subsides FBP aident « à l'amélioration de la santé par l'approvisionnement en matériels médicaux et biomédicaux, la construction et la réhabilitation des infrastructures, la motivation du personnel à travers une prime de performance, etc. »⁶⁴. Le versement des subsides FBP sur les comptes des FOSA est souvent tardif et les arriérées FBP sont trop importantes. A cela s'ajoute le difficile recouvrement des dépenses liées à l'utilisation des cartes d'assurance maladie (CAM). Tous ces problèmes financiers constituent des obstacles pour la performance des FOSA sous différents angles.

D'abord, il peut y avoir manqué de certains matériels nécessaires pour l'efficacité des activités quotidiennes dans les structures sanitaires. Au cours de mes entretiens, un patient et un

⁶³ HASSENTEUFEL P., op. cit., p.88

⁶⁴ Entretien avec Dr Donatien BIZUKWISHAKA, Buhiga, le 20 septembre 2021.

fonctionnaire de l'Etat rencontrés à l'hôpital de Buhiga précisent que : *« si on te prescrit des médicaments spéciaux et chers on te produit une ordonnance médicale pour aller chercher dans les pharmacies privées »*⁶⁵. Cette réponse révèle l'existence d'une « rupture » de stock en médicaments et met en cause la qualité des services. Le patient sera obligé d'aller acheter chez un privé à des prix souvent élevés.

Ensuite, les subventions FBP contribuent énormément à l'amélioration des conditions salariales des employés à travers les primes de performance une fois ceux-ci disponibles. Cela est plus significatif pour les employés à contrat local, qui sont majoritaires dans les CDS et dont les conditions salariales sont moins satisfaisantes comparativement au personnel de la fonction publique. Un aide-infirmier qui a un contrat local explique, *« pour nous qui n'avons pas de contrat de la fonction publique, la prime constitue la vraie rémunération car c'est grâce à elle que nous pouvons au moins penser à l'amélioration des conditions de vie dans nos familles »*⁶⁶. Pour illustrer cette situation, la liste de paie du mois de septembre au CDS Nyakabugu montre que le salaire net du personnel à contrat local était entre 57 000 FBu environ pour le plus bas et 168 000 FBu environ pour le plus élevé. Le niveau d'étude allait du niveau école primaire au niveau A0. Ceci étant, le salaire venait d'être augmenté au début de l'année 2021. Ce qui signifie que si la prime de performance FBP a été bonne les employés peuvent recevoir d'un même coup un montant qui est double voir plus par rapport à leur salaire habituel.

III.1.2. Moyens humains

Les ressources humaines qualifiées et suffisantes constituent une condition *sine qua none* pour la performance d'une structure de santé. De bons objectifs peuvent avoir été fixés, des stratégies adoptées, mais la réussite de toutes ces prévisions ne sera efficace qu'en fonction de la qualité et la quantité des personnes en charge de l'exécution. Selon les données de l'OMS⁶⁷, la moyenne mondiale en 2009 était de 13 médecins pour 10 000habitants et 28 infirmiers et sages-femmes pour 10 000habitants. Mais, ces moyennes présentaient d'importantes variations entre les pays et les régions.

Dans la Région africaine de l'OMS, on ne trouvait que 2 médecins pour 10 000 habitants, contre 32 pour 10 000 dans la Région européenne et 11 infirmières et sages-femmes pour 10 000 habitants dans la Région africaine contre 79 pour 10 000habitants dans la Région européenne.

⁶⁵ Entretien avec N.A et Jeanine NAHIMANA, Buhiga, le 23 septembre 2021.

⁶⁶ Entretien avec Abdoul Karim NSHIMIRIMANA, Nyakabugu, le 27 septembre 2021

⁶⁷ OMS, Statistiques sanitaires mondiales, Genève, 2009, p. 95

Pour le Burundi, on avait en moyenne en 2010, 1 médecin pour 16368 habitants et 1 infirmiers pour 1380 habitants (toutes les catégories confondues). Pour la catégorie des infirmiers, le grand problème n'était pas le nombre mais la qualification. En effet, 61% des effectifs étaient constitué des auxiliaires insuffisamment qualifiés⁶⁸. Selon l'OMS, « *même s'il n'existe pas de règle d'or pour déterminer si les personnels de santé sont en effectifs suffisants, elle juge improbable que les pays disposant de moins de 23 professionnels de santé (en ne comptant que les médecins, le personnel infirmier et les sages-femmes) pour 10 000 habitants obtiennent des taux de couverture convenables pour les interventions essentielles en matière de soins de santé primaires considérées comme prioritaires par les Objectifs du Millénaire pour le développement.* »⁶⁹ Cette comparaison avec le reste du monde montre bien que le système de santé burundais ne dispose pas d'un personnel suffisant et qualifié. Cette réalité se remarque même au district sanitaire de Buhiga.

Tableau 38 : Synthèse des besoins en ressources humaines pour le DS de Buhiga par rapport aux normes du MSPLS pour l'hôpital de district et les CDS.

Structure	Catégories	Selon les normes	Disponibles	Ecart
Hôpital de district	Médecins généralistes avec compétences chirurgicales pour les consultations et hospitalisations	5	3	2
	Médecin généraliste avec compétence chirurgicale et gynéco-obstétricale pour le service des Urgences	1	0	1
	Infirmiers pour les services de Chirurgie et de Médecine Interne	8	5	3
Au niveau des CDS	Technicien de laboratoire	18	10	8
	TPS Chef du service promotion de la santé	17	6	11
	Assistant social niveau A2	18	0	18

Source : par nous-mêmes sur base des données du Plan d'Action Annuel 2020-2021

⁶⁸ MSPLS, Politique Nationale de santé 2016-2025, p.28

⁶⁹ OMS, op. cit., p.95

Ce tableau témoigne une triste réalité. Avec un tel manque de ressources humaines, il est quasi-impossible que certains services soient performants. L'objectif de l'amélioration de la qualité de prestation des soins et des services de santé est directement compromis.

III.2. Analyse de la stratégie des acteurs

La mise en œuvre du FBP passe par différents acteurs. Chaque acteur développe à son niveau des stratégies qui lui permettent de maximiser certains intérêts. Depuis le niveau central comme le montre Jean-Benoît Falisse, l'approche FBP fait objet « *d'un usage stratégique, comme outils de réalisation de la politique de gratuité partielle des soins, et renforce une élite technocratique au ministère de la Santé* »⁷⁰. Les acteurs du niveau périphérique développent eux aussi des stratégies leur permettant de satisfaire leurs propres besoins. A ce sujet, Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG expliquent que : « *même dans les situations les plus extrêmes, l'homme garde toujours un minimum de liberté et qu'il ne peut s'empêcher de l'utiliser pour battre le système* »⁷¹. Dans certains cas, les stratégies des acteurs peuvent nuire aux objectifs de la politique.

C'est ce qu'affirme le Directeur Adjoint chargé des soins à l'hôpital de Buhiga quand il nous signale ceci : « *dans les centres de santé, nous avons remarqué qu'il peut y avoir des retards volontaires sur les transferts d'un patient vers l'hôpital de district en spéculant sur l'augmentation des services effectués sur celui-ci et ainsi augmenter les indicateurs quantitatifs sources de bonus FBP* »⁷². Une telle stratégie est donc bénéfique pour les acteurs qui la posent mais elle est contraire à l'objectif de l'amélioration de l'utilisation et la qualité des services de santé offerte à la population telle que stipuler dans le manuel des procédures FBP. D'autres stratégies que développent par exemples les prestataires des services de santé consistent à développer des bonnes attitudes parce qu'on sait qu'on est dans la semaine de l'évaluation des performances. C'est ce que nous a expliqué par exemple le Président du Comité de santé au CDS Kiranda le jour de l'évaluation qualité. En effet, pendant mes recherches de terrain, j'ai eu l'opportunité d'observer le déroulement de l'évaluation qualité pour les mois d'avril, mai et juin au CDS Kiranda le 22/9/2021. Au moment où j'étais assis sur un banc se trouvant dans les couloirs joignant les bâtiments abritant les différents services, je voyais tous les patients qui venaient pour l'accueil se dirigeant vers là-où j'étais pour s'asseoir. Il y avait évidemment 4 à 6

⁷⁰ FALISSE J-B., "Au-delà du modèle voyageur ? Usage stratégique et hybridation du Financement Basé sur la Performance (FBP) dans la santé au Burundi », *Politique africaine*, Karthala, 4, n°156, pp 83-100

⁷¹ CROZIER M. et FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977, p.36

⁷² Entretien avec Dr Didier NSHEMEZIMANA, Buhiga, le 21 septembre 2021

longs bancs disposés dans toutes les parties des couloirs. Mais, dès qu'ils y arrivaient, un travailleur continuait de les informer que pour ce jour-là ils allaient continuer directement dans un bâtiment destiné à l'accueil. Je n'avais pas compris ce qui se passait. Je n'ai compris quand j'ai posé la question au président du COSA qui était sur le lieu et qu'il m'a répondu de cette façon : « *on procède de cette façon parce que c'est le jour de l'évaluation. Dans les jours normaux, on reçoit les patients pour l'accueil et le triage ici même* »⁷³. En réalité, l'accueil des patients dans ces couloirs ne pouvait pas répondre aux bonnes conditions d'accueil d'un patient car cette place est directement exposée au soleil, au froid et à la pluie selon le temps. Les raisons qui avaient poussé les responsables du CDS à ce changement étaient simplement la recherche d'être mieux évalués. Pour preuve, autours de 13heures30minutes après le départ des évaluateurs, les services d'accueil se sont déroulés dans les couloirs comme d'habitude.

Il s'observe également un autre cas qui peut même être source de mésentente entre les responsables des FOSA et le Comité Provincial pour la Validation et la Vérification (CPVV). Dans le cadre du FBP, les FOSA travaillent sur base d'une planification qui doit être validée par le CPVV avant qu'elle ne soit exécutée. Chaque FOSA alors présente son plan d'action en voulant avancer tous les « pions » en sa faveur. Et comme l'affirme le Médecin Chef du District sanitaire de Buhiga, « *cette situation est parfois source de « conflit » entre les FOSA et le CPVV* »⁷⁴.

Au même sujet, Daniel Kübler et Jacques de Maillard expliquent que : « *L'accord sur les objectifs généraux n'empêche pas toute une série de conflits entre la multiplicité d'acteurs impliqués* »⁷⁵. Même si la situation se révèle tendue quelque fois, le coordinateur CPVV tranquillise et affirme que chaque fois qu'il y ait une mésentente, « *on parvient à la régler et il n'y a pas encore eu de conflit ouvert* »⁷⁶.

III.3. Analyse à partir de la performance communautaire

La participation communautaire est un des piliers de la politique de Financement Basé sur la Performance. C'est avec cette politique que la participation communautaire, un domaine longtemps délaissé, a pu être redynamisé⁷⁷. Deux formes principales de la participation

⁷³ Entretien avec Jean Claude NDURURUTSE, Kiranda, le 22 septembre 2021

⁷⁴ Entretien avec Dr Donatien BIZUKWISHAKA, Buhiga, le 20 septembre 2021

⁷⁵ KUBLER D. et MAILLARD (de) J., op. cit., p.70

⁷⁶ Entretien avec Thomas NDAYISENGA, Buhiga, le 30 septembre 2021

⁷⁷ FALISSE J-B., et al., « Le financement basé sur la performance, une opportunité pour redynamiser la participation communautaire ? L'expérience du Burundi », *The PBF CoP Working Paper Series*, 1, 2011, pp1-18

communautaire peuvent être distinguées⁷⁸. D'un côté, la participation communautaire est appréhendée comme étant avant tout une manière d'impliquer la population dans la gestion des structures de santé en faisant en sorte qu'elle soit représentée au niveau des formations sanitaires (et du centre de santé de première ligne en particulier). D'un autre côté, la participation communautaire peut être abordée comme un instrument destiné à faciliter la mise en place et la diffusion de programmes de santé au sein de la population. Dans le cadre du FBP, ces missions sont remplies respectivement d'un côté par les Comités de santé (COSA), les Associations Locales (ASLO) et la population et de l'autre côté par les Agents de santé communautaires et les « mamans lumières ». Nous allons alors présenter les résultats de nos recherches sur la participation communautaire.

III.3.1. Comités de santé (COSA)

Pour les COSA, c'est la capacité intellectuelle de la plupart de ses membres qui est d'abord mise en cause dans l'exécution de certaines missions. En effet, les COSA exercent certaines missions qui exigent une prudence intellectuelle. C'est entre autres la cogestion financière et la cogestion administrative des CDS. A ce sujet, le Médecin chef du district sanitaire de Buhiga nous a confié, « *nous pensons que les COSA signent des dossiers dont ils n'ont pas la capacité d'analyse* »⁷⁹.

Par ailleurs, les études faites par Jean-Benoît Falisse et Léonard Ntakarutimana montrent que l'accès à l'information au niveau des CDS par les COSA est très limité, « *in most cases, HFC members are not even asked their opinion about the management and acted more as auxiliary staff doing preventative work than as watchdogs or co-managers. They also had very limited information about what was happening in their HF : not even fifteen percent has access to balance sheets add business plans* »⁸⁰. Ce qui se traduit : « *Dans la plupart des cas, on ne demande même pas aux membres du COSA leur avis sur la gestion et ils agissent davantage comme des auxiliaires effectuant un travail préventif que comme des chiens de garde ou des co-gestionnaires. Ils n'ont également que très peu d'informations sur ce qui se passe dans leur CDS : même pas quinze pour cent d'entre eux ont accès aux bilans et aux plans d'affaires* ».

⁷⁸ Ibid

⁷⁹ Entretien avec Dr Donatien BIZUKWISHAKA, Buhiga, le 20 septembre 2021

⁸⁰ FALISSE J-B., et NTA KARUTIMANA L., "When information is not power: Community-elected health facility committees and health facility performance indicators", *Social Science and Medicine*, 2020, pp.1-25

Dans de telles conditions de travail, nous remarquons que le COSA ne peut plus remplir certaines de ses missions notamment celle de stimuler la transparence et la traçabilité dans la gestion du CDS.

Dans un autre sens, la compréhension du rôle des COSA par les prestataires des services de santé au niveau des CDS est mise en cause. Les prestataires des services de santé ne voient pas d'un bon œil l'intervention des membres du COSA quand il s'agit d'apporter les allégations de la population contre des comportements inappropriés de leur part. C'est le constant du président-COSA à Kiranda qui affirme ceci : « *quelques fois, les prestataires des services de santé qui sont pointés du doigt dans des cas de manquement professionnel sont difficilement réceptifs aux doléances exprimées par la population* »⁸¹.

Les membres du COSA, en tant qu'acteurs « par le bas » dans la mise en œuvre du FBP sont rattrapés par l'analyse de Patrick HASSENTEUFEL quand il fait l'observation suivante : « *Dans d'autres cas, l'autonomie des acteurs chargés de la mise en œuvre d'une (ou de plusieurs) politique(s) publique(s) conduit à une concrétisation qui va au-delà des prescriptions juridiques en répondant notamment à des demandes du public non prévues par les textes, ce qui traduit une forte capacité d'adaptation des fonctionnaires aux individus concrets auxquels ils sont confrontés* »⁸².

Le constant de Patrick HASSENTEUFEL se confirme dans notre cas par l'intervention que fait le président du COSA au CDS Nyakabugu (en même temps chef de la colline Nyakabugu) pour les cas des patients qui n'arrivent pas à payer les factures liées aux soins reçues. C'est ce que nous fait savoir un habitant de la colline Nyakabugu tout près du centre de santé : « *le président COSA fait souvent des interventions quand il y a un patient qui n'arrive pas à payer la totalité de la facture due et propose aux responsables du CDS de lui laisser la chance d'aller chercher l'argent afin de revenir payer la facture plus tard* »⁸³. Dans cette situation, le président COSA se pose comme un garant de la bonne fois du patient et de sa possibilité de pouvoir honorer ses engagements auprès du CDS. Nous pouvons confirmer que le statut de chef collinaire cumulé avec celui de président COSA augmente la confiance dans cette entente. D'ailleurs, comme nous le fait savoir le même informateur, il ressort que la différenciation entre la responsabilité de chef collinaire et la responsabilité du président COSA s'entremêlent, « *quand le chef*

⁸¹ Entretien avec Jean Claude NDURURUTSE, Kiranda, le 22 septembre 2021

⁸² HASSENTEUFFEL P., op. cit., p.91

⁸³ Entretien avec Pascal NDORICIMPA, Nyakabugu, le 27 septembre 2021

collinaire nous appelle à une assemblée collinaire, il en profite pour nous parler même de la santé »⁸⁴.

Dans les procédures du FBP, les COSA comme les autres acteurs du niveau communautaire ne sont pas directement liés aux activités qui s'exercent dans les hôpitaux de district et les hôpitaux nationaux. Or, si on considère les missions assignées aux COSA, on peut affirmer que la participation communautaire au nom de la transparence a été limitée. Il n'existe donc pas de structure communautaire pour défendre les intérêts de la population au niveau des hôpitaux. Le rôle des COSA pour assurer la transparence particulièrement par la cogestion financière et administrative

Cette situation ne peut pas être sans conséquences étant donné que « *Ahari abantu hama urunturuntu* »⁸⁵, c'est-à-dire que là où se rassemblent plusieurs personnes les problèmes inhérents à la nature humaine ne sauraient manquer.

III.3.2. Groupements d'agents de santé communautaire

Les groupements d'agents de santé communautaire (GASC) sont organisés autour de l'aire de responsabilité d'un Centre de Santé. Chaque sous-colline a au moins un agent de santé communautaire. Ils sont des prestataires secondaires par rapport aux FOSA de leur ressort. C'est à cet effet qu'ils s'engagent à réaliser un paquet d'activités dans le cadre du FBP. Conformément au Manuel de procédures de mise en œuvre du FBP, ce paquet comprend entre autres, la réalisation d'un diagnostic et le traitement au niveau communautaire de certaines pathologies comme le paludisme, la diarrhée et la pneumonie chez les enfants de 2 à 59 mois⁸⁶. L'exécution de cette mission est techniquement difficile pour les agents de santé communautaire. La première difficulté se pose sur le lieu de travail. En effet, les agents de santé communautaire offrent les soins dans leurs maisons habituelles d'habitation. Dans ces conditions, l'agent est obligé de réserver au moins une chambre propre pour l'accueil des patients. Si cela n'est pas possible on fait recours aux arrangements qui peuvent compromettre la tranquillité du demandeur des services. Une autre difficulté est liée au temps de travail. Dans un entretien, un agent de santé communautaire nous explique : « *nous sommes obligés à travailler 24heures sur 24heures. A chaque moment qu'un patient a besoin de nos services, nous devons y répondre aussi rapidement que possible* »⁸⁷. Un autre agent renchérit de façon

⁸⁴Entretien avec Pascal NDORICIMPA, Nyakabugu, le 27 septembre 2021

⁸⁵Proverbe Rundi

⁸⁶Ibid., p.22

⁸⁷Entretien avec Thomas NDAYISENGA, Gashanga, le 28 septembre 2021

particulière : « *en tant que mère dans une famille, notre travail me prends beaucoup de temps au point d'entraver certaines responsabilités familiales* »⁸⁸. Le travail des agents de santé communautaire est à la base un service basé sur le volontariat. Il n'existe pas de rémunération permanente pour les agents de santé communautaire.

Dans le cadre du FBP, le Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida a inséré dans les Manuels des procédures de mise en œuvre depuis janvier 2019, une contractualisation des agents de santé communautaire qui leur permet d'avoir une prime de performance pour les services livrés. Dans le cadre de cette contractualisation, une incompréhension est apparue entre les responsables des CDS et les GASC. Avant la contractualisation des agents de santé communautaire, le CDS de l'aire de responsabilité de l'agent devrait lui assister en matériels non-médicaux comme les registres, le papier, l'ancre, etc. Avec la contractualisation, les responsables des CDS ont compris que les GASC sont désormais indépendants financièrement.

L'assistance a été suspendue et cela a laissé des lamentations comme le laisse entendre le président du GASC TWIZERANE : « *pour le moment, le CDS ne nous appuie plus en matériels non-médicaux expliquant que nous devons nous en procurer nous-mêmes à travers les primes de performance alors que celles-ci ne sont ni régulières ni suffisantes* ». Le coût de ces matériels non-médicaux n'est pas moindre car un seul registre peut coûter jusqu'à 25000FBU. Dans de telles conditions, nous constatons que l'approche FBP n'a pas été comprise de la même manière par des acteurs qui devraient être complémentaires dans sa mise en œuvre.

III.3.3. Associations locales(ASLO)

Les membres des ASLO ont pour missions principales d'authentifier au niveau de la communauté les données des prestations des FOSA et d'apprécier le degré de satisfaction de la population à l'aide d'un questionnaire administré dans les ménages utilisateurs des services⁸⁹. Pour exécuter son cahier de charge, chaque ASLO est responsable d'un centre de santé. Alors que certaines associations locales sont dynamiques et fortes dans leurs activités quotidiennes en dehors du FBP, d'autres associations sont moins dynamiques en dehors de ce cadre. C'est le cas par exemple de l'ASLO TURWANYUBUHUMBU au CDS Kiranda. C'est une association de 15 personnes et elle n'a pas de bureau fixe. Comme leur nom le traduit en Kirundi et selon les propos d'un membre de cette association, « *nous faisons des activités de sensibilisation*

⁸⁸ Entretien avec Xavella MANIRAMBONA, Kiranda, le 1 octobre 2021

⁸⁹MSPLS, Manuels des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance seconde génération et la gratuité des soins : version révisée 4, p.23

*contre les relations sexuelles hors mariage »*⁹⁰. Cette activité n'est pas quotidienne et sa réalisation effective n'est pas vérifiable étant donné que cela ne rentre pas dans les exigences du FBP. De telles associations n'existent quasiment que pour l'affaire FBP. Cette situation nous permet de mettre en doute le niveau de professionnalisation d'une telle association par rapport à son cahier de charge dans le cadre du FBP. Le rôle des ASLO est donc celui d'un intermédiaire pour la vérification des prestations entre le CPVV et les CDS. Les ASLO ne sont pas alors directement redevables envers la population.

III.3.4. Population

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, la place de la population bénéficiaire se retrouve dans⁹¹ :

- ✓ *Son utilisation des services de santé ;*
- ✓ *Son expression en termes de satisfaction au cours des enquêtes communautaires ;*
- ✓ *Sa capacité à proposer des changements nécessaires.*

Le rôle de la population devrait transiter premièrement par les COSA. L'autre moyen de proposer son avis sur la conduite des activités serait de passer par les boîtes à suggestion qui sont disponibles. Le dernier moyen est alors l'enquête communautaire des ASLO.

S'agissant du premier moyen, les entretiens montrent bien que certains citoyens sont informés du rôle des COSA dans la représentation de la population au niveau des CDS. C'est le cas par exemple de Christine NAHIMANA et Alice KWIZERIMANA⁹² qui affirment être au courant du rôle de représenter la population au niveau des CDS qui est assigné au COSA. D'autres sont désintéressés à l'exemple d'Alexis NDIHOKUBWAYO qui dit : « *comme je n'ai pas étudié je ne peux rien faire. Cela concerne ceux qui ont étudié* »⁹³.

Quand la boîte à suggestion, son usage est problématique. Un membre du COSA à Nyakabugu a pu nous dire : « *je n'ai jamais vu ouvrir la boîte à suggestion dans les réunions avec le personnel du CDS pour nous informer de ce qui y est* »⁹⁴. Dans ce cas, on ne peut pas savoir si c'est la population qui n'utilise pas la boîte à suggestion ou si ce sont les responsables du CDS qui ne les consultent pas.

⁹⁰Entretien avec Marie-Louise KANGEYO, Gashanga, le 1 octobre 2021

⁹¹MSPLS, Manuels des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance seconde génération et la gratuité des soins : version révisée 4, p.23

⁹²Entretiens à Kiranda, le 1 octobre 2021

⁹³Entretien à Nyakabugu, le 27 septembre 2021

⁹⁴Entretien avec M. R, Nyakabugu, le 27 septembre 2021

Pour l'enquête communautaire, la participation d'une personne n'est pas garantie. D'abord elle est semestrielle et dans ce cas elle n'est pas un moyen efficace quand on est face à un cas urgent. Ensuite, la population à interroger est choisie par tirage au sort et ce n'est pas tout le monde qui aura la chance d'y participer.

III.4. Analyse à partir des effets pervers

La mise en œuvre du FBP fait l'objet d'effet pervers. L'un des objectifs du financement basé sur la performance est la motivation du personnel. Cela passe par une prime de performance octroyée au personnel lorsqu'une FOSA a eu une cotation qui le permet. Dans ce cas, le FBP prend en compte les heures supplémentaires prestées par chaque employé dans l'octroi de cette prime. Comme l'explique un infirmier à l'hôpital de Buhiga : « *l'approche FBP exige des efforts considérables pour chaque employé et ces efforts doublent à l'approche de l'opération d'évaluation : congés interrompus, heures supplémentaires, jours de récupérations perturbés ...* »⁹⁵. En acceptant de fournir des efforts supplémentaires, les prestataires des services espèrent bien avoir une reconnaissance en dehors du cadre habituel de rémunération. C'est la prime de performance FBP qui en constitue une première motivation. Deux situations sont susceptibles de changer la situation et provoquent des effets inattendus. La première situation se pose lorsque les subsides FBP ont été versés à une FOSA et que « l'outil d'indice »⁹⁶ n'a pas permis de dégager une prime pour les prestataires. Dans nos entretiens, il se dégage une unanimité de la part de tous les acteurs à une possible démotivation quand une telle situation se pose.

C'est par exemple les propos de Berchmas MANIRAMBONA quand il dit : « *quand on pense qu'on avait bien travaillé alors qu'au final il n'y a pas d'encouragement c'est un peu démotivant* »⁹⁷. L'autre situation est relative à un retard observable dans le versement des subsides FBP. Le Titulaire du CDS Kiranda précise à ce sujet : « *lorsqu'il vient de se passer une longue période sans prime de performance, nous le sentons chez le personnel et la communication avec les responsables se complique de plus en plus* »⁹⁸. Dans les deux cas, nous constatons les limites de la politique de financement basé sur la performance dans l'un de ses objectifs principaux.

⁹⁵Entretien avec Joseph NTAKIRUTIMANA, le 21 septembre 2021

⁹⁶Protocole utilisé dans la détermination de l'affectation des subsides FBP dans les FOSA.

⁹⁷Entretien avec Berchmas MANIRAMBONA, veilleur au CDS Nyakabugu, le 27 septembre 2021

⁹⁸Entretien avec Pamphile BAYAVUGE, Kiranda, le 22 septembre 2021

CONCLUSION GENERALE

Dans ce travail, nous avons mené nos recherches sur le thème intitulé : « De la mise en œuvre de la politique de gouvernance basée sur la performance au District sanitaire de Buhiga ». Cette thématique nous a permis d'étudier la mise en œuvre de l'approche de financement basé sur la performance en tant que modèle de gouvernance du système de santé au Burundi en général et au District sanitaire de Buhiga en particulier. Étant donné que le Burundi est souvent considéré comme la « success story » FBP du continent africain⁹⁹, l'objectif principal de notre étude était d'analyser les dynamiques qui sont autour de la mise en œuvre de la politique de FBP dans la perspective d'attirer l'attention de tous les acteurs intervenant dans le secteur de santé burundais. A cet effet, nous avons avancé trois hypothèses :

- 1) Il existe des problèmes organisationnels dans le système de santé burundais qui impactent sur la mise en œuvre de la politique de FBP.
- 2) Il y a un manque d'appropriation de l'approche FBP au niveau des acteurs périphériques et communautaires.
- 3) Certains dysfonctionnements liés au FBP entraînent des « effets pervers »

Dans notre analyse et par rapport à la première hypothèse, nous avons pu constater que le système de santé burundais souffre d'un certain nombre de problèmes organisationnels. Ce sont notamment les problèmes liés aux ressources humaines insuffisantes et moins qualifiées que prévu et les problèmes liés à la non-disponibilisation à temps des moyens financiers nécessaires pour l'exécution des activités. Par rapport à la deuxième hypothèse, nous avons constaté que les acteurs au niveau périphérique développent des stratégies visant à atteindre des intérêts particuliers au détriment des objectifs de la politique FBP. D'autres acteurs au niveau communautaire manifestent encore des hésitations par rapport à leur rôle dans le cadre du FBP. Toutes ces incohérences témoignent encore d'une appropriation non encore réussie. S'agissant de la troisième hypothèse, nous avons pu vérifier que les dysfonctionnements qui caractérisent l'octroi des subsides FBP peuvent provoquer une certaine démotivation de la part du personnel de santé alors que l'objectif du FBP était au départ de motiver et stabiliser le personnel.

⁹⁹FALISSE J-B., « Au-delà du modèle voyageur ? Usage stratégique et hybridation du Financement Basé sur la Performance (FBP) dans la santé au Burundi », *Politique africaine*, Karthala, 4, n°156, pp 83-100

De tout ce qui précède, nous constatons qu'il existe des dynamiques diverses auxquelles il est important de porter une attention particulière pour permettre encore à la politique de financement basé sur la performance de continuer à produire ses fruits en matière d'amélioration du système de santé burundais.

In fine, la politique de financement basé sur la performance est une approche complexe. C'est pourquoi nous ne prétendons pas avoir épuisé les recherches sur cette thématique considérant le peu de temps et de moyens que nous avons mobilisés à cet effet. Tout de même, nous considérons que notre contribution pourra être une clé d'entrée pour les recherches ultérieures.

BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages généraux

BOUDON R., *Effets pervers et Ordre social*, Paris, PUF, 1^{ère} éd., 1977

CROZIER M. et FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977

GAUDIN J-P., *L'action publique. Sociologie et politique*, Paris, Presses de science po et Dalloz 2004

GRAWITZ M., et LECA J. (dir.), *Traité de Science Politique, Les politiques publiques*, vol. 4, Paris, PUF, 1985

HASSENTEUFEL P., *Sociologie politique : L'action publique*, 2^{ème} éd., Paris, Armand Colin, 2011

HERMET G, KAZANCIGIL A. et PRUD 'HOMME J-F. (sous dir.), *La gouvernance, Un concept et ses applications*, Paris, Karthala, 2005

IHL O. (dir.), *Les « Sciences » de l'action publique*, Paris, PUG, 2006

KUBLER D. et MAILLARD (de) J., *Analyser les politiques publiques*, Paris, PUG, 2009

LASCOUMES P. et LE GALES P., *Sociologie de l'action publique*, 2^{ème} éd., Paris, Armand Colin, 2012

MULLER P. et SUREL Y., *L'analyse des politiques publiques*, Paris, Monchretien, 2002.

MULLER P., *Les politiques publiques, Que sais-je?*, 10^{ème} éd. mise à jour, Paris, PUF, 2013

QUANTIN P., *Gouverner les sociétés africaines : Acteurs et institutions*, Karthala et CEAN, 2005

II. Articles et Revues

ALCANTARA C.H (de), « Du bon usage du concept de Gouvernance », in *Revue internationale des sciences sociales* n° 155, mars, 1998, pp.109- 118

CONTANDRIOPOULOS A-P., « La gouvernance dans le domaine de la santé : Une régulation orientée par la performance », *santé publique*, 20, n°2, 2008, pp.191-199

DESTEXHE A., « Crise économique et financement de la santé », *Politique africaine*, n°28, décembre 1987, pp.53-64

FALISSE J-B., « Au-delà du modèle voyageur ? Usage stratégique et hybridation du Financement Basé sur la Performance (FBP) dans la santé au Burundi », *Politique africaine*, Karthala, 4, n°156, pp 83-100

FALISSE J-B., et al. « Le financement basé sur la performance, une opportunité pour redynamiser la participation communautaire ? L'expérience du Burundi », *The PBF CoP Working Paper Series*, 1, 2011, pp1-18

FALISSE J-B., et NTAKARUTIMANA L., “When information is not power: Community-elected health facility committees and health facility performance indicators”, *Social Science and Medicine*, 2020, pp.1-25

JESSOP B., « Essor de la gouvernance et ses risques d'échecs : le cas du développement économique », in *Revue internationale des sciences sociales*, n°155, mars 1998, pp. 33-34

JOBERT B., « L'Etat en action. L'apport des politiques publiques ». *Revue française de science politique*, volume 35, n°4, 1985, pp.654-682

MAYAKA MANITU S., MEESEN B., MUVUDI LUSHIMBA M. et MACQ J., « Le débat autour du financement basé sur la performance en Afrique subsaharienne : analyse de la nature des tensions », *Santé publique*, vol. 27, n° 1, 2015, pp. 117-128.

TOUPANE T R., « La gouvernance : évolution, approches théoriques et critiques du concept », SEMINARUL GEOGRAFIC “D. CANTEMIR” NR. 29 / 2009, pp. 97-108

III. Thèse et autres documents

BARUMWETE S., *Les politiques publiques de santé au Burundi*, Paris, Université de Pau et des Pays de L'Adour, Thèse de doctorat en science politique, 2010

BIGIRIMANA E., NTAKARUTIMANA L., MANIRAMBONA J., et NIMUBONA T., *Le Financement Basé sur la Performance : de la phase de projet pilote à l'intégration au niveau du système de santé : étude de cas du Burundi 2004-2014*, Anvers, Institute of Tropical Medicine, 2016

MSPLS : Étude sur le financement de la santé au Burundi. Rapport synthèse, Bujumbura, mai 2014

MSPLS, Annuaire des statistiques sanitaires 2020, Bujumbura, juillet 2021

MSPLS, Manuels des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance seconde génération et la gratuité des soins : version révisée 4, Bujumbura, janvier 2020

MSPLS, Politique nationale de santé 2016-2025, Bujumbura, janvier 2016

OMS (Bureau régional de l'Europe), 1986. Promotion de la santé, Charte d'Ottawa, p.1-2

OMS, *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 1946

OMS, Statistiques sanitaires mondiales, Genève, 2009

PNUD, *La gouvernance en faveur du développement humain durable*, janvier, 1997

Rapport Ressources Humaines au District Sanitaire de Buhiga : janvier-mars 2021

Rapport sur la gestion financière au District Sanitaire de Buhiga, octobre 2021

Rapport trimestriel d'activités au District Sanitaire de Buhiga : 2^{ème} trimestre 2019-2020

SENTAMBA E., *Etude sur la gouvernance au Burundi*, Rapport définitif, mai 2005

République du Burundi, *Constitution de la République du Burundi du 7 juin 2018*

ANNEXES

I. LISTE DES PERSONNES RENCONTREES LORS DES ENTRETIENS

N ⁰	NOM ET PRENOM	FONCTION/
1.	Dr. Donatien BIZUKWISHAKA	Médecin chef du District sanitaire de Buhiga
2.	Jean Claude NDURURUTSE	Président COSA Kiranda
3.	Dr. Didier NSHEMEZIMANA	Directeur Adjoint Chargé des Soins à l'Hôpital Buhiga
4.	Joseph NTAKARUTIMANA	Infirmier à l'Hôpital Buhiga
5.	Pamphile BAYAVUGE	Titulaire du CDS Kiranda
6.	Berchmas MANIRAMBONA	Veilleur au CDS Nyakabugu
7.	Abdoul Karim NSHIMIRIMANA	Aide-infirmier au CDS Nyakabugu
8.	M.R	Membre du COSA à Nyakabugu
9.	Martin NZOBIRINDA	Président GASC TWIZERANE
10.	Christine NAHIMANA	Cultivatrice résidente à Canzikiro
11.	Alice KWIZERIMANA	Cultivatrice résidente à Muyange
12.	Alexis NDIHOKUBWAYO	Boutiquier à Nyakabugu
13.	Pascal NDORICIMPA	Cultivateur résident à Nyakabugu
14.	N.A	Fonctionnaire résident à Buhiga
15.	Athanase BIHUTE	Titulaire du CDS Nyakabugu
16.	Thomas NDAYISENGA1	ASC CDS-Kiranda
17.	Xavella MANIRAMBONA	ASC CDS-Kiranda
18.	Marie Louise KANGEYO	Membre de l'ASLO TURWANYUBUHUMBU
19.	Thomas NDAYISENGA2	Coordinateur CPVV Karusi
20.	Jeanine NAHIMANA	Fonctionnaire habitant à Buhiga

II. GUIDE D'ENTRETIEN

SUJET : « De la mise en œuvre de la politique de gouvernance basé sur la performance dans le système de santé burundais : cas du District sanitaire de Buhiga ».

1. Présentation-justification de mon objectif aux personnes à interroger.

Bonjour, je m'appelle Albert MANIZANYE et je suis étudiant de l'Université du Burundi en Master2. Je suis en train de réaliser un travail de fin d'études qui porte sur la mise en œuvre de la politique de financement basé sur la performance au Burundi particulièrement dans le District sanitaire de Buhiga. Pour y arriver, j'ai besoin de m'entretenir avec certaines personnes et c'est pour cette raison que je vous rencontre. Je vous demanderais de bien vouloir participer à mon enquête en m'accordant un temps non négligeable pour approfondir notre discussion. L'entretien est simple. Je vous proposerais un certain nombre de questions auxquels vous aller répondre le plus librement et le plus honnêtement possible en donnant votre avis. Ces informations ne seront utilisées pour une quelconque autre fin en dehors de la réalisation de mon travail de fin d'études. Pourtant, vous pourriez juger bon de garder votre présentation à l'anonymat. Merci.

Vous êtes libre à me poser des questions avant de commencer.

2. Guide d'entretien

Nom et prénom :

Fonction :

2.1. Au niveau de la direction du district

1. Comment expliquez-vous le rôle du FBP dans les activités quotidiennes du district ?
2. Quels sont les problèmes majeurs dont vous faites face dans l'exécution des objectifs de FBP?
3. Comment appréciez-vous la collaboration du district et les autres partenaires (le CPVV, la CTN-FBP, le niveau hiérarchique du MSPLS, les partenaires techniques et financiers, le niveau communautaire) de la mise en œuvre du FBP ?
4. Que constatez-vous de la relation entre le FBP et la motivation des employés pour le travail ?

2.2. Pour les responsables du FBP au niveau provincial (CPVV)

1. Quels sont vos principaux constats dans la mise en œuvre du FBP au District sanitaire de Buhiga ?
2. Quelles sont les principales difficultés auxquelles se heurte la mise en œuvre du FBP au District sanitaire de Buhiga ?
3. Que constatez-vous des rapports entre le CPVV et les acteurs de mise en œuvre du FBP à tous les niveaux ?
4. Pensez-vous que l'approche FBP contribue à la motivation des prestataires des services de santé ?

2.3. Pour les prestataires des services de santé

1. Pouvez-vous nous expliquer la manière dont vous comprenez l'approche FBP ?
2. Quelle est l'intérêt de cette approche pour votre carrière professionnelle ?
3. Comment voyez-vous la collaboration entre les responsables des structures sanitaires (CDS ou Hôpital) et les agents communautaires ? Auriez-vous déjà entendu des tensions entre les deux groupes ? Si oui /non pourquoi ?
4. Est-ce que l'approche FBP contribue-t-elle à votre motivation pour le travail ? Que dites-vous des retards observés dans le paiement des bonus et primes ?

2.3. Pour les acteurs communautaires

1. Que savez-vous de l'approche FBP ? Quel est votre rôle dans sa mise en œuvre ?
2. Que pourriez-vous dire de l'exercice de votre rôle dans la mise en œuvre de l'approche FBP ?
3. Que pourriez-vous dire de votre collaboration avec les responsables sanitaires (CDS/Hôpital) ?
4. Quelles possibilités avez-vous pour signaler un problème aux responsables sanitaires quand vous le constatez ? Vous souvenez-vous d'un cas qui aurait déjà été soulevé ? Si oui, comment a-t-il été traité ?