

Rapport de la visite au programme PBF a Muanda,
Bas Congo RDC
Visite du lundi 11 au 13 février



Rapport de mission : Bob Peeters et Dr Jacques Ndikubagenzi
Date : 26 février 2013

1. LES OBJECTIFS DE LA MISSION

Dans le cadre de l'évaluation du programme multi-pays les deux évaluateurs ont visité les réalisations sur le terrain à Muanda dans la province du Bas-Congo, République Démocratique de Congo.

Les objectifs de l'évaluation globale du réseau ont tenus compte des éléments suivants: la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité du réseau. Le projet est exécuté par Bureau des Œuvres Médicales et l'Agence d'Achat des Performances qui sont actifs dans la zone de Muanda et sont membres du réseau. Avec les visites du terrain les évaluateurs voudraient se familiariser avec les activités de ces deux organisations et de voir comment leur appartenance au réseau a eu un effet sur leur travail sur le terrain.

Sans avoir la prétention d'exécuter une évaluation d'impact du programme spécifique, les évaluateurs se sont formés une perception sur les critères d'évaluation dans les deux zones de santé. Cette perception nous a permis d'analyser si l'appartenance au réseau a eu un effet positif sur les performances des deux organisations impliquées.

2. CE QUI A ETE FAIT

Les évaluateurs ont eu l'opportunité d'interviewer l'évêque de Boma sur l'historique, les défis rencontrés et les opportunités de l'introduction de l'approche PBF dans son diocèse.

Ensuite une séance de travail a eu lieu avec l'équipe de la Direction de l'Agence d'Achat et l'Assistant Technique de Cordaid basé à Muanda.

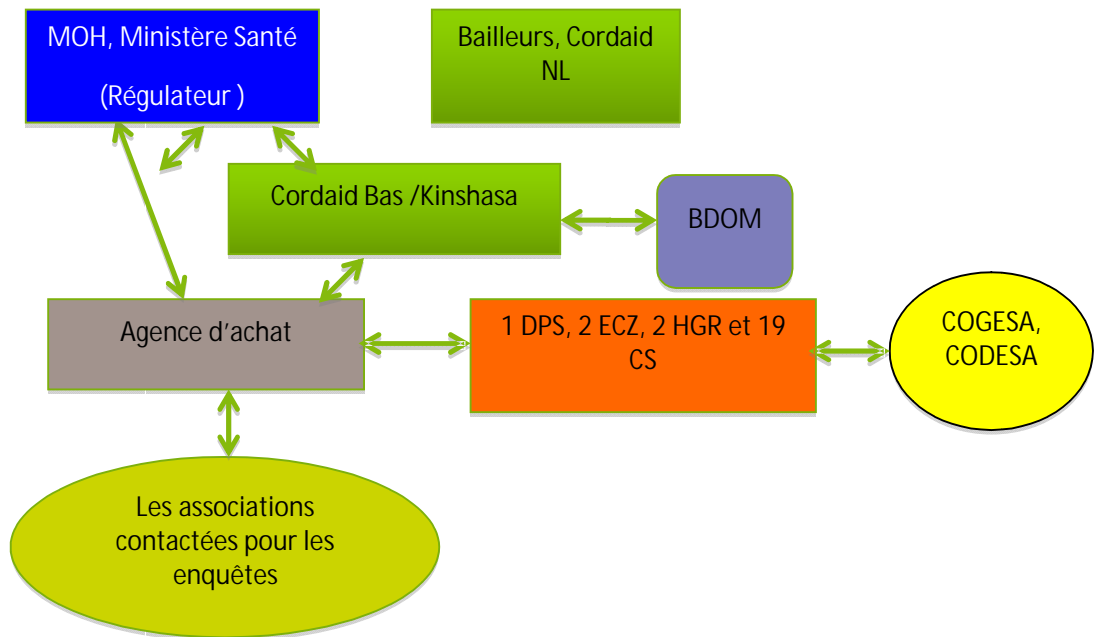
Après cette rencontre, des visites ont été programmées dans certaines structures qui implémentent l'approche PBF. L'hôpital général Militaire de référence de Kitona, le centre de santé de Banana, le CS Nsianfumu et le centre de santé de référence Muanda B. ont été visités aux quelles un interviewer a été accordé au Médecin <directeur et chef de zone de kitona et son équipe, à l'Administrateur Gestionnaire, faisant fonction du Médecin chef de zone de Muanda, le Médecin Directeur du Centre de santé de référence de Vulumba et aux infirmiers titulaires des centres de santé de Banana et de Nsianfumu.

Une séance de travail a eu lieu entre quelques responsables des associations qui participent à la vérification communautaire à travers les enquêtes sur la qualité de soins et de la satisfaction de la population.

A la fin de la visite, il a été organisé une restitution à l'attention de l'équipe de l'Agence d'Achat, de la Directrice du BDOM et de l'AT de Cordaid dans la salle de réunion de l'AAP Bas Congo à Muanda.

3. LA DESCRIPTION DU PROGRAMME

La figure décrit le programme



Le Bureau des Œuvres Médicales de Boma est actif dans le secteur santé dans la province du Bas-Congo. Les réflexions sur l'application de l'approche PBF remonte vers les années 2008. En 2009, un projet dénommé projet multi-pays a été élaboré et financé par l'Union Européenne, et dont le lancement a eu lieu au mois de juillet 2010.

Le programme couvre deux zones de santé à savoir la zone de santé de Kitona et de Muanda, avec une population estimée à 200.000 habitants. Les structures concernées par le projet sont, les deux ECZ, 2 HGR, 19 centres de santé et 8 associations locales

La zone de santé de Kitona est une zone de santé militaire et les services de santé sont organisés par les militaires. La zone de santé de Muanda est plus vaste et est gérée par le Ministère de la santé, à travers la DPS du Bas-Congo. La différence entre la gestion d'un projet PBF est visible qu'il s'agisse des militaires ou de la population civile. Cette différence est très visible sur le terrain en ce qui concerne les conséquences pour le succès de l'approche PBF.

La cité de Muanda est prospère à cause de la présence des sociétés pétrolières ainsi que sa proximité avec l'Angola. Ce qui attire plus d'infirmiers et des médecins dans le milieu et explique la

pléthore du personnel dans les formations de sanitaire. Comme dispensaire privé, 56 ont été identifiés.

Au début du projet, le BDOM ne comprenait pas les démarches PBF et le rôle qu'il devrait jouer au sein de l'Agence d'Achat. Sur le 19 FOSA, deux formations sanitaires seulement sont gérées par le diocèse de Boma, à savoir l'HGR de Muanda et le CS 3 mages. Ce qui a justifié la léthargie dans l'externalisation et l'autonomisation de l'agence d'achat des performances de le BDOM.

Il existe une agence d'achat des performances qui fonctionne d'une manière autonome et qui négocie les contrats avec les différentes structures impliquées dans le projet (DPS, ECZ, HGR, Cs et ASLO). Les vérificateurs de l'AAP suivent les indicateurs négociés dans les contrats des différentes structures, déclare l'authenticité du rapport conformément aux outils de gestion disponible au sein de la structure et cela, mensuellement.

En ce qui concerne la voix de la communauté, les enquêtes de satisfactions (de la qualité), sont effectuées par les bénéficiaires et les utilisateurs des services à travers les associations locales. L'agence lance l'appel d'offre pour le recrutement des associations qui mènent les enquêtes dans les ménages sur base d'un questionnaire adressé un échantillon des bénéficiaires défini par l'agence.

L'agence d'achat travail en étroite collaboration avec le régulateur qui est représenté au niveau de la Province par la Division provinciale de la santé et au niveau des zones de santé par les membres des équipes cadre. Ces structures assurent la supervision et l'accompagnement des HGR et des centres de santé pour l'amélioration de la qualité de soins de santé.

4 NOS PERCEPTIONS ET CONTRIBUTION A LA REFLEXION

4.1 La pertinence de l'introduction de l'approche PBF dans la zone

Avant l'introduction de l'approche PBF la qualité des soins de santé offerts par les hôpitaux et les centres de santé était catastrophique. Les centres existait mais les soins offertes étaient minimales et pas de bonne qualité. Les problèmes étaient liés à la faible motivation du personnel, l'insuffisance et vétusté d'équipements médicaux, faible approvisionnement en médicaments, faible suivi et accompagnement par les services intermédiaires comme les équipes cadres et le DPS. Les budgets alloués aux centres par l'Etat sont insuffisants et le taux de décaissement est trop faible.

En effet, la stratégie PBF a donné une réponse adéquate aux problèmes réels identifiés de la qualité de soins de santé et de l'utilisation des services de santé.

Le gouvernement de la RDC a développé une Stratégie Nationale des Services de Santé qui met l'accent sur l'amélioration des soins et une responsabilisation des acteurs dans les zones de santé. Il y a maintenant un groupe de concertation PBF au niveau du Ministère pour étudier la mise en œuvre de l'approche à une échelle plus large. Le projet multi-pays est un des projets pilotes qui a boosté l'approche PBF au niveau central ainsi que la mise en œuvre de cette approche.

Néanmoins les pratiques de la DPS et du Ministère ne sont pas toujours en lien avec leurs politiques. Nous avons constaté une pléthore du personnel dans les formations sanitaires de la zone Muanda due aux affectations sans tenir compte des normes en la matière (médicalisation des CS, voir deux médecins dans un même FOSA qui soignent 300 malades par mois). Ces pratiques ont

un effet négatif sur la pertinence de l'approche : les primes financières ne seront jamais suffisantes pour motiver tout le personnel.

4.2 L'efficacité du programme

4.2.1 Au niveau des centres de santé et de l'hôpital visités

Les changements observés au niveau des centres de santé se situent à différents niveaux.

Au niveau de l'hôpital militaire et la zone de santé de Kitona :

- L'hôpital et son environnement sont propres, l'accueil est apprécié et il y a une affiche qui explique les principes PBF
- Augmentation du nombre de lits de 80 à 120
- Achat de certains équipements par le fonds d'investissement de l'hôpital, notamment un spectrophotomètre. Cet instrument leur permet d'attirer une clientèle nouvelle et d'augmenter leur propre revenu.
- Augmentation de recouvrement des coûts de 2.500 \$ par mois jusqu'à 11.000 \$
- Selon le médecin directeur le comportement et l'attitude du personnel a changé. Il n'y a plus de tracasseries des malades et la motivation du personnel a augmenté. Selon lui et les autres membres du personnel qui ont participé à la réunion, il lui faut encore deux ou trois ans pour garantir que ces changements soient vraiment intégrés et pérennes. Beaucoup dépendra de l'augmentation du recouvrement des coûts : celui ci doit être suffisant pour motiver le personnel
- Les centres de santé dans la zone de santé de Kitona commencent à comprendre l'approche PBF. Le personnel a été briefé sur le PBF mais pas formés sur l'approche

Le centre de santé Banana était très propre, avec une belle peinture et bien équipé. Le médecin en charge est de nouveau fier de son métier. 14 matelas, un poste de TV et un lecteur vidéo, des chaises et des tables (4) ; des plafonniers (4) et des pendules ont été achetés par le fonds d'investissement PBF. Le centre reçoit entre 1.200 et 1.500 \$ de prime dont 40% est utilisé pour les investissements. Les 8 membres du personnel reçoivent ensemble entre 600 et 900 \$ de prime par mois.

Le nombre des consultations a augmenté de 61%. Le mois de Janvier 880 malades ont été traités dont la moitié sont des militaires qui ne payent pas et l'autre moitié des personnes étaient des civiles. Les recettes sont environ 750 \$ par mois.

La participation de la population a augmenté aussi bien à l'hôpital que dans le centre de santé. Des réunions sont tenues, la population donne son avis sur les soins offerts par les formations sanitaires,

Les problèmes sont discutés entre la communauté et le centre de santé. P. ex. après un décès à cause d'un problème de transport pour atteindre l'hôpital à temps, le Médecin Directeur ensemble avec le CODESA ont décidé d'installer une banque de sang au centre de santé.

Pour la zone de sante de Muanda les résultats sont les suivants :

Le centre de santé rural de Nsianfumu est un centre pilote qui a vraiment ressuscité des cendres. L'infirmier titulaire est fier de son métier, il est disponible ainsi que les autres infirmières (3). Avant le programme PBF, il faisait le commerce de poisons et de l'horticulture. Il recevait 6 malades par mois. Actuellement, ce nombre est passé à 220 nouveaux cas par mois et l'objectif est d'atteindre 400 NC par mois. Ils réalisent une prime de 300 \$ par mois à diviser entre les membres du personnel. Ils ont acheté une moto qui facilite les déplacements (la plupart du personnel habite à

Muanda centre, à 10 km) et permet des visites des malades à domicile, pour assurer la continuité de soins. Ils ont aussi électrifié le centre de santé et ont acheté un ordinateur.

L'hôpital de Muanda n'a pas été visité mais nous étions informés de plusieurs problèmes. L'amélioration n'est pas aussi nette que pour l'hôpital de Kitona. Son contrat de performance a été suspendu durant trois mois faute d'atteindre les performances souhaitées. Un des problèmes est l'interférence de la DPS et la gestion qui a été cédée aux sœurs religieuses qui n'ont pas une notion sur les normes sanitaires en vigueur en RCD. Cet hôpital fonctionnait jadis avec 5 médecins, après l'introduction de la PBF, 7 médecins ont été affectés par le régulateur ainsi que la congrégation des sœurs, soit au total à l'heure actuelle de 12 Médecins.

Le même problème se pose pour le centre de santé de référence Muanda B où on a constaté des affectations anarchiques du personnel qui est passé de 19 en 2010 à 30 agents en 2012 avec une moyenne de 300 malades par mois. Toutefois, il a été constaté une nette amélioration de l'accueil. Il a été signalé également dans le cadre des investissements l'achat d'un terrain et la construction d'un bâtiment propre au centre. Le nombre des malades traités a augmenté de 170 à 300 par mois. En 2011, le projet avait financé les sous-traitances par les centres de références. Selon le Médecin directeur, cette stratégie a renforcé la collaboration entre les postes de santé et le Centre de santé de référence et a amélioré la qualité des soins. Malheureusement, les sous-contrats ont été suspendus par le programme PBF qui n'a pas tenu compte des spécificités des centres de santé titulaire de l'aire, cette dynamique n'est plus visible.

4.2.2 Les équipes cadres : les régulateurs

Les équipes cadres (9 personnes) des zones de santé sont renforcées.

Pour les deux zones, 7 personnes ont participé à la formation internationale sur le PBF. À leur retour, les différents responsables ont organisé le briefing, ce qui est insignifiant pour la maîtrise de l'approche PBF. Quelques membres de CODESA ont été informés de l'approche.

Madame l'AG du Bureau central de la zone de santé de Muanda, membre de l'équipe cadre de la zone de santé de Muanda a accompagné et assisté l'équipe durant les visites de terrain. Son professionnalisme est remarquable. Elle visite et informe les infirmiers dans les centres sur les l'approche PBF, les appuie et fait du coaching, elle supervise aussi la qualité etc.

Le rapport de Feed-back faites par les vérificateurs de l'Agence d'Achat ainsi que des associations locales l'aide à affronter les problèmes dans les centres de santé et ensemble avec les parties concernées, parvient à trouver des solutions. La synergie entre l'AAP et l'équipe cadre est un fait.

Nous n'avons pas une vision d'ensemble sur le fonctionnement de l'équipe cadre. Un des problèmes auxquels ils sont confrontés c'est l'interférence de la politique et de la DPS. Leurs avis négatifs sur l'installation de nouveaux centres et l'affectation anarchique du personnel sans tenir compte du plan de la couverture géographique des établissements de soins ne sont pas pris en compte.

Leur frustration est que si on ne respecte pas les normes on n'arrivera jamais à obtenir les finances nécessaires pour motiver le personnel, malgré l'appui des bailleurs (approche PBF) et ni par l'augmentation du recouvrement de coût.

4.2.3 La participation de la population

Il a été constaté l'amélioration de la participation de la population dans les activités sanitaires de l'aire de santé. Les CODESA sont fonctionnels dans les centres de santé que nous avons visités. Ils

sont informés et participent à des réunions convoquées par le centre de santé. Les quelques membres des CODESA que nous avons rencontré sur place étaient motivés et bénéficient de leurs droits et devoir.

Néanmoins, nous avons constaté que la définition de leurs devoirs n'est pas clairement définie. Pour le Médecin Directeurs et infirmiers, le CODESA doit essentiellement faire la sensibilisation : informer et motiver les gens à visiter le centre. S'il y a des campagnes, les membres du CODESA doivent sensibiliser la population et le marketing social du centre. Leur participation dans la gestion financière et dans les prises de décisions reste limitée. Leur influence et leur participation dans la formulation des plans d'affaires ne sont pas clarifiées. La fonction et l'utilisation de ces plans d'affaires restent limitées.

4.2.4 Les associations locales

8 associations locales sont sélectionnées sur base de critères préalablement définis, notamment : agrégation de l'association, avoir 2 ans d'existence, avoir un leadership de qualité, avoir un compte bancaire, pour faire des enquêtes de contrôle de qualité et de satisfaction auprès de la population.

Ce sont des associations qui ont prouvé leurs capacités et qui ont des missions dans le domaine de développement. Chacune des associations a un volet dans le domaine de santé. Elles ont été formées durant 6 jours pour faire des enquêtes d'une manière objective. Elles sont payées par enquête qui est acceptée par l'agence d'achat. Ce travail leur permet d'avoir un revenu d'environ 200 à 250 \$ par trimestre.

Les enquêtes sont commanditées par l'agence d'Achat. Cette dernière rend disponible une liste des personnes à interviewer aux associations. Cette liste est basée sur le registre des malades qui ont fréquenté les centres de santé ou les hôpitaux. Les enquêteurs doivent chercher et trouver la personne dans la communauté, tâche pas facile dans une zone où les adresses ne sont pas spécifiées. Le questionnaire comprend les questions relatives, au tarif la qualité des soins reçus, l'accueil, hygiène, etc. Ces informations sont utilisées pour vérifier la fiabilité des informations des centres et pour intégrer la qualité perçue par la population dans les réflexions, pour l'amélioration de la qualité des offerts à la population.

4.2.5 L'agence d'achat

L'Agence d'Achat des performances est devenue autonomie depuis juillet 2012, date de l'adoption des statuts. Elle dispose comme organe de gestion, le conseil d'administration composé de l'évêque, du Médecin Inspecteur Provincial, de l'Administrateur du territoire de Muanda, du BDOM Boma, de Cordaid, du COCODEV et d'un 1 représentant des partenaires intervenant dans les deux zones de Santé.

L'équipe est composée d'un Directeur, d'un responsable financier de deux vérificateurs (un par zone de santé), d'un secrétaire caissière, d'un chauffeur logisticien, d'une ménagère et de deux sentinelles. L'équipe est très motivée et capable de faire le travail, même si parmi eux, certains n'ont pas été formés formellement sur l'approche PBF. Ils ont géré un budget de 875. 641 Euro pour la période de 2010 à 2012. L'AAP a été audité par un cabinet extérieur et a bénéficié d'une évaluation externe réalisée par le cabinet Tangramme du pays bas et les résultats étaient jugés satisfaisants.

Ils visitent les centres de santé et les hôpitaux et font un contrôle rigoureux. Les contrats de performances sont bien négociés et les centres sont satisfaits de la collaboration même si leur rôle est un rôle de contrôle.

Leur relation avec le régulateur est bonne. Ils participent dans les réunions et accompagnent les structures contractantes. Ils contribuent aussi dans les réflexions au niveau national.

Leur politique est de se concentrer sur quelques centres de santé pilotes, de les accompagner d'une manière intensive pour garantir le succès et de créer un effet de boule de neige. L'AAP est ambitieuse. Elle veut devenir l'AAP pour toute la province et même pour les zones de santé et même ambitionne d'exporter l'approche dans le pays voisin d'Angola.

On peut conclure que l'agence est fonctionnelle et maîtrise la gestion de l'approche PBF.

L'AAP est appuyé d'une manière intense par Cordaid den Haag et Cordaid Bas par des nombreuses visites organisées par les responsables du programme et des consultants. L'assistant technique de Cordaid possède un bureau au sein du bureau de l'AAP depuis le déménagement du bureau à Muanda, pour assurer l'accompagnement de proximité.

5 QUELQUES REFLEXIONS SUR LA PERENNITE DU SYSTEME

Ce qui est important pour nous est que cette amélioration de la qualité des services santé offertes aux malades soit durable et continuent à se produire même si l'appui externe diminuait.

Quelques facteurs qui influencent cette durabilité sont : la collaboration avec les autorités politiques, la situation économiques et financiers, les aspects capacités locales et les aspects socio-culturels.

5.1 Les autorités politiques

Les autorités politiques s'intéressent et s'engagent de plus en plus dans l'approche PBF. Une Cellule Technique FBR a été installé au niveau du Ministère et Cordaid l'appui. Au niveau périphérique, la DPS de Bas-Congo s'intéresse de plus en plus au PBF. Il est l'une des structures signataires des contrats avec l'AAP. Néanmoins, comme mentionné ci-haut, les pratiques ne correspondent pas aux meilleures pratiques de l'approche PBF.

Dans ce dernier cas une approche qui combine les aspects économiques avec les aspects sociaux s'impose i.e. l'implantation des centres de santé doit tenir compte du plan de couverture sanitaires de la zone de santé ; ainsi les centres seront fréquentés pour garantir un revenu nécessaire et l'affectation des ressources humaines sera rationnelle pour garantir la motivation du personnel avec l'octroi des bonus d'isolements et d'équité pour stabiliser le personnel et atteindre les groupes défavorisés.

Aussi au niveau de l'église Catholique, les réflexions sur l'approche restent limitées aux deux structures du BDOM qui l'appliquent. Les conséquences pour les BDOM de l'introduction de cette approche sont grandes et demandent encore des réflexions communes. P.ex. quel rôle le BDOM peut jouer si l'approche fonctionne bien et les financements passent par les bureaux d'achat est une des questions qui demande une réponse.

5.2 Les aspects économiques

Beaucoup des calculs ont été fait pour déterminer le coût réel de chaque prestation. Ce qui n'est pas clair pour nous est comment le recouvrement des frais payé par les malades est inclus dans les calculs et dans les contrats de performances. Est-ce qu'il existe une sorte de stratégie de sorti (exit strategy) des subsides ? Cette question a été discutée avec le médecin directeur de l'hôpital de Kitona. Les revenus propres ont augmenté de 2.500 \$ jusqu'à 11.000 \$. Il est conscient que les

financements Cordaid ne vont pas continuer. Il a confirmé que pour le moment, l'état n'est pas en mesure de reprendre l'élève. Donc, il souhaite que les revenus propres atteignent un niveau assez élevé pour garantir son autofinancement. Un facteur limitant est le pouvoir d'achat de la population.

La clé de répartition utilisée est de 60% pour les formations sanitaires, pour subventionner le PMA et PCA, 30 % pour le régulateur périphérique et 10 % pour la DPS. Nous n'avons aucune idée si ces chiffres sont réalistes et justes. Il a été dit que le chiffre idéal serait 5% pour le DPS, 10 % ECZ et le reste pour financer les soins directs. Quant aux recettes propres : Il est vrai que si les centres de santé continue à contribuer 40% de leur revenu propre aux instances supérieures, sûrement leur motivation va diminuer sensiblement.

5.3 Les capacités locales

Comme mentionné en haut les capacités deviennent de plus en plus être disponibles mais il manque une formation plus approfondie du personnel des centres de santé et des autres acteurs actifs dans le système. Ils sont briefés mais pas formés.

Un acteur important dont le projet tire l'attention et qui est indispensable pour faire fonctionner le système et de le rendre plus durable c'est le Comité de Développement Sanitaire (CODESA). Il y a beaucoup des facteurs qui influencent la réussite de l'approche PBF qui doivent être résolus au niveau local avec l'appui du régulateur avec la participation du COGESA. Des dérapages ou problèmes au niveau local peuvent avoir des influences très négatives. P.ex. la répartition des primes entre le personnel. Des contacts superficiels avec quelques infirmières donnaient l'impression qu'elles ne sont pas d'accord avec la clé de répartition appliquée dans les formations sanitaires.

Dans d'autres cas, l'utilisation de la moto ou de la TV et le vidéoprojecteur peut donner lieu à des conflits. Dans le plan d'affaires ou le business plan des décisions importantes sont prises et il est important que ces décisions prennent compte du contexte local. Si le taux de recouvrement augmente un contrôle au niveau local devient encore plus important. Nous n'avons pas une idée claire du rôle prévu pour les CODESA et de la stratégie de renforcer leurs capacités.

5.4 Les aspects socioculturels

La population et les membres des associations locales rencontrées ont confirmés de l'importance de l'approche PBF et la nécessité de capacité la population. Elle est disposée à payer les services de santé à condition qu'ils soient de bonne qualité.

6 LE RÔLE DU RESEAU MULTI-PAYS

Dans ce chapitre nous essayons de répondre à la question de savoir si le fait d'être membre du réseau multi-pays a contribué à la réussite du projet.

Au début du programme les responsables du programme multi-pays basés à Cordaid Den Haag ont visité le projet plusieurs fois et ont eu une grande influence sur sa conception et sa mise en œuvre. Aussi l'appui du consultant Dr. Peter Bob Peerenboom a certainement contribué à la réussite du programme. Le réseau multi-pays qui avait aussi un volet d'assistance technique dont bénéficiait

les membres a joué un rôle limité dans la conception du programme probablement parce que l'appui de Cordaid Den Haag était facilement disponible et de bonne qualité.

Ce n'est qu'avec une visite à l'Assomesca en RCA que la plus value du réseau est devenue claire. Cette visite d'échange a contribué beaucoup à la compréhension de l'approche et le développement des indicateurs. Aussi les contacts avec les collègues de l'AAP Sud-Kivu qui ont déjà appliqué l'approche depuis des années, leur ont aidé à améliorer l'organisation et le fonctionnement de l'AAP Bas Congo. Des contacts avec des organisations qui sont confrontées avec le même type de problèmes ont été bénéfiques.

Maintenant l'équipe de l'agence d'achat confirme avoir utilisé les documents qui sont facilement accessibles sur le site du réseau. Avec la familiarité qu'ils ont des autres membres, l'équipe contacte individuellement les autres membres du réseau dans les différents pays avec des questions bien spécifiques et souvent les préoccupations rencontrent satisfaction.

Pour le plaidoyer au niveau du pays et au niveau des structures de l'église comme les BDOM Boma, le fait d'être membre du réseau a un effet positif. Car il donne plus de légitimité et de notoriété. L'accès à des évidences, des exemples et des réussites permet de convaincre les cibles du plaidoyer.

Pendant la mise en œuvre de l'approche PBF on est confronté avec des nombreuses questions pratiques et des nouveaux défis qui demandent une réponse. Les contacts entre les membres du réseau permettent de mieux regrouper les expériences et de construire des réponses créatives sans que chacun devoinventer la roue.

Etant membre du réseau, l'accès aux financements des bailleurs est facilité. On peut facilement se mettre en partenariat avec d'autres membres du réseau pour formuler des projets communs ce qui devient une exigence des bailleurs de fonds.

Un éventuel effet négatif, du fait d'être membre du réseau et qui mérite une réflexion est le danger que le projet soit plus calqué sur le réseau que sur le contexte spécifique du pays ou de la zone. Il faut rester attentif à adapter l'intervention au contexte dans lequel on travaille et à la stratégie nationale de renforcement des soins de santé selon le pays.

7 EN GUISE DE CONCLUSION

L'approche PBF a un effet positif sur l'accessibilité de la population aux soins de santé de qualité. Elle améliore également, l'utilisation des services de santé. Le projet a réussi à mettre en œuvre et à renforcer les capacités des structures, nécessaires pour la mise en œuvre de l'approche.

Les leçons apprises sont les suivantes :

- La mise en œuvre de l'approche doit se cadrer dans une politique (nationale et locale) d'amélioration des soins de santé qui est cohérente avec l'approche et qui est appliquée avec rigueur.
- Il est important de se prononcer sur les objectifs à long terme : est-ce qu'il s'agit d'améliorer l'efficacité et l'efficience de l'appui financière externe ou est-ce que l'objectif est de rendre le système plus efficace en responsabilisant les acteurs et en augmentant le revenu propre des centres de santé. Ces revenus leur permettront d'investir dans la qualité de soins sans dépendre des sources de financement externes.

- Il serait intéressant de faire une recherche action sur les facteurs qui influencent la réussite de l'application de l'approche. La différence entre l'approche militaire de la zone de santé de Kitona et celle de la zone de santé de Muanda qui donne déjà quelques réflexions qui sont à étudier plus en profondeur:
 - L'influence du leadership : directif avec un leadership fort ou leadership faible
 - Les interférences par les politiciens, et la non-adhérence à leur politique
 - Le suivi intense du personnel avec des mesures de correction si nécessaire.
- Il est important d'explicitier la politique concernant le recouvrement des coûts par les centres et la stratégie à long terme en tenant compte des différents facteurs qui influencent la durabilité financière du système.
- Le renforcement des capacités aux différents niveaux (équipes cadres, les Médecins Directeurs des HGR, les infirmiers titulaires des CS, infirmières, aides etc.) est important. Un briefing n'est pas suffisant pour se prévaloir maîtrisé le PBF.
- La participation locale est très importante. Il est important de mieux spécifier les rôles des CODESA dans le système et de les appuyer en conséquence.
- La plus value d'être membres du réseau se situe à différents niveaux :
 - Le développement de l'approche mais il est apparu qu'au début l'appui de Cordaid Den Haag et des consultants était plus important que celui du réseau.
 - Une fois qu'on est familiarisé avec l'approche, les contacts avec des membres individuels du réseau devient intéressants pour échanger, pour s'inspirer et pour chercher des solutions aux problèmes bien précis.
 - Les défis restent importants et les membres sont appelés à trouver des réponses à ces défis. L'accès à l'information et des échanges avec des personnes ou organisations confrontées avec les mêmes défis sont importantes.
 - Pour réussir dans le lobby et l'advocacy, les organisations doivent avoir une légitimité et une notoriété. Le fait d'être membre d'un réseau, d'avoir accès à des évidences et des cas de succès aide dans se travail de plaidoyer.