



# **Influence d'un programme de Financement Basé sur la Performance (FBP) sur la stabilité du personnel de santé**

## **Cas du Burundi et la Province du Sud- Kivu (RDC)**

---

### *Rapport pratique*

*Etude réalisée au Burundi et dans la province du Sud Kivu en RDC par  
l'Institut Supérieur de Statistique et de Nouvelles Technologies, pour le  
compte de Health Development and Performance en 2012*

Auteurs : Nzayirambaho Manassé, Ernest Schoffelen, Ngoie Théophile,  
Peter Bob Peerenboom

*Juillet 2013*

## Table des matières

<b>Liste des tableaux et figures</b> .....	<b>3</b>
<b>Liste des abréviations</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Introduction</b> .....	<b>6</b>
1.1. Contexte et justification.....	6
1.2. Objectifs de l'étude.....	7
1.3. Question de recherche.....	7
1.4. Hypothèses de l'étude.....	8
1.5. Variables en étude.....	8
<b>2. Méthodologie</b> .....	<b>8</b>
<b>3. Résultats</b> .....	<b>11</b>
<b>3.1. Caractéristique générales des personnes enquêtées</b> .....	<b>11</b>
<b>3.2. Les effets du programme FBP sur la stabilisation du personnel soignant</b> .....	<b>12</b>
<b>3.2.1. L'ancienneté</b> .....	<b>12</b>
a) Ancienneté dans la formation sanitaire.....	12
b) Ancienneté dans la fonction occupée actuellement dans la formation sanitaire	12
<b>3.2.2. Le mouvement du personnel de santé</b> .....	<b>13</b>
a) Le taux de recrutement des anciens agents de santé.....	13
b) Taux de départ.....	14
<b>3.2.3. La propension à quitter la FOSA</b> .....	<b>16</b>
a) Agents ayant déjà eu l'idée de quitter la formation sanitaire.....	16
b) Les principales raisons qui ont poussé les agents à avoir l'idée de quitter leur FOSA.....	18
c) Les raisons principales évoquées par les agents qui n'ont jamais eu l'intention de quitter leur formation sanitaire :.....	18
<b>3.2.4. Evolution de la rémunération moyenne d'un agent</b> .....	<b>19</b>
<b>4. Discussion</b> .....	<b>22</b>
<b>4.1. Les effets du programme FBP sur la stabilisation du personnel soignant en général et du médecin en particulier</b> .....	<b>22</b>
<b>4.2. Limites de l'étude</b> .....	<b>25</b>
<b>5. Conclusion et recommandations</b> .....	<b>25</b>
<b>6. Remerciements</b> .....	<b>26</b>
<b>7. Références bibliographiques</b> .....	<b>26</b>

## Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Comparaison des agents ayant travaillé ailleurs et ceux qui ont changé de fonction .....	14
Tableau 2 : Temps moyen passé dans la FOSA avant de quitter et temps moyen de vacance du poste.....	16
Tableau 3 : Agents ayant eu l'idée de quitter la Fosa .....	17
Tableau 4 : Comparaison des Médecins et autres agents ayant eu l'idée de quitter la FOSA....	17
Figure 1: Evolution du taux de départ des agents dans les FOSA (2002-2012) .....	15
Figure 2: Evolution de rémunération moyenne des agents des FOSA du Burundi.....	19
Figure 3: Evolution de la rémunération moyenne des agents des CS du Sud Kivu .....	19
Figure 4: Evolution de la rémunération moyenne des agents des hôpitaux du Sud Kivu .....	20
Figure 5: Evolution des primes moyennes dans les hôpitaux du Sud Kivu .....	21

## Liste des abréviations

AAP	Agence d'Achat de Performance
Cordaid :	Organisation Catholique pour l'aide et le Développement
CS	Centre de Santé
ET	Ecart type
FBP	Financement Basé sur la Performance
FOSA	Formation Sanitaire
HDP	Health, Development and Performance
ISSNT	Institut Supérieur de Statistique et de Nouvelles Technologies
MPS	Ministère Provincial de la Santé
MSPLS	Ministère de la santé Publique et Lutte contre le Sida
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RDC	République Démocratique du Congo

## Résumé

### Introduction

Le but de ce document est de donner un bref aperçu de l'étude de l'influence d'un programme de Financement Basé sur la Performance (FBP) sur la stabilité du personnel soignant menée par l'Institut Supérieur de Statistique et de Nouvelles Technologies (ISSNT) de Goma, pour le compte de Health, Development and Performance (HDP) en partenariat avec l'Organisation Catholique pour l'aide et le Développement (Cordaid) et l'Union Européenne (UE), au travers son Projet Réseau FBP Multi pays.

L'objectif de cette étude était de dégager l'impact du FBP sur la stabilisation du personnel au Burundi et au Sud Kivu.

Au Burundi, le FBP a été mis à l'échelle nationale en Avril 2010, tandis qu'au Sud Kivu seulement cinq Zones de Santé (ZS) sont actuellement impliquées dans le FBP, à savoir Katana, Idjwi, Miti Murhesa, Shabunda et Lulingu.

### Méthodes

Il s'agit d'une étude avec comparaison avant/après et avec FBP/ Sans FBP.

L'étude a été organisée avec une triangulation des données (1) administratives, (2) quantitatives auprès de 266 agents qualifiés et (3) qualitatives par Focus group et interview ciblées. Les variables de stabilité du personnel de santé étudiées sont l'ancienneté, le taux de recrutement des anciens agents de santé, le taux de départ et la pension à quitter la formation sanitaire.

### Résultats

L'ancienneté du personnel dans une Formation Sanitaire (FOSA) ne diffère pas entre les FOSA sous FBP et sans FBP au Sud Kivu. L'étude ne permet pas de détecter une différence sur l'ancienneté du personnel avant/après FBP au Burundi. Il y a une tendance à la baisse du taux de départ dans les FOSA du Burundi, et une tendance presque stationnaire pour les FOSA sous et sans FBP du Sud Kivu. La proportion de ceux qui déclarent qu'ils ont déjà eu l'idée de quitter leur FOSA est 33% au Burundi contre 62% et 61% respectivement dans les FOSA sous et sans FBP du Sud Kivu. La raison classée comme « principale » évoquée par 70% de ces agents est la faible rémunération. La proportion de ceux qui évoquent cette raison est faible au Burundi (49%) par rapport à celle des 2 catégories de FOSA du Sud Kivu, soit respectivement 76% dans les FOSA sous FBP et 86% dans les FOSA Sans FBP.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> p < 0,001

Les résultats en termes d'effet du FBP sur la stabilité du personnel qualifié ne montrent pas de différence significative entre les FOSA avec ou sans FBP. Toutefois, l'avantage du FBP sur la motivation du personnel est très ressenti, notamment à travers une bonne rémunération, qui est un facteur « très important » de stabilité du personnel tel qu'affirmé par au moins 78% de tous les agents interrogés.

### **Conclusions et recommandations**

Cette étude ne permet pas de montrer l'effet du FBP sur la stabilité du personnel qualifié, ce qui ne signifie pas qu'un possible effet est estompé par d'autres facteurs. Le caractère rétrospectif de l'étude n'a pas pu séparer l'effet du FBP des autres changements qui ont été introduits dans les groupes d'intervention FBP et les groupes de contrôle.

L'étude montre que la rémunération est perçue comme la raison principale tant pour avoir l'idée de quitter la FOSA que pour la stabilité. Le FBP joue un rôle important dans la motivation du personnel notamment en termes de rémunération. D'autres études sont également nécessaires pour connaître en plus détail l'interaction entre rémunération, motivation et stabilité du personnel de santé.

## **1. Introduction**

Ce document donne un bref aperçu du rapport de l'étude de l'influence d'un programme de Financement Basé sur la Performance (FBP) sur la stabilité du personnel soignant menée par l'Institut Supérieur de Statistique et de Nouvelles Technologies (ISSNT) de Goma, pour le compte de Health, Development and Performance (HDP) en partenariat avec l'Organisation Catholique pour l'aide et le Développement (Cordaid) et l'Union Européenne (UE), au travers son Projet Réseau FBP Multi pays.

Le FBP constitue un changement fondamental dans la façon dont le secteur de la santé est financé par le passage d'un financement basé sur les intrants (paiement des salaires du personnel, paiement du combustible, des médicaments, etc.) sur la base d'un budget négocié, à un financement de type extrant, basé sur la performance (Sekaganda, E. et al., 2010) . Le FBP vise à injecter d'une manière efficiente entre \$ 2 et \$ 3 par habitant par an dans les structures de santé en vue de contribuer à l'objectif global d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ainsi que de rendre disponible à la population les activités du paquet minimum d'activités (PMA) et du paquet complémentaire d'activités (PCA) de qualité à un coût accessible.

Cette étude s'est limitée aux effets du FBP sur un aspect important, la stabilisation du personnel, mettant ainsi en relation les performances dues aux motivations extrinsèques et intrinsèques du FBP sur la politique de l'emploi du personnel.

La stabilité des ressources humaines dans la formation sanitaire pourrait s'expliquer par plusieurs paramètres. En effet, la motivation de l'homme à demeurer longtemps dans un service ou travail relève de la complexité des facteurs, tels que la satisfaction des besoins, l'accomplissement des attentes et la meilleure gestion du personnel. Cette étude a porté sur la stabilité des Ressources Humaines en relation avec l'influence que le programme FBP pourrait apporter sur l'ancienneté, sur la motivation et sur certains mouvements du personnel comme les départs, les promotions, les rotations.

Certains articles et ouvrages traitent des facteurs qui pourraient influencer la stabilité du personnel soignant ou qui seraient en relation avec le choix de certains agents à s'orienter vers telle ou telle autre structure sanitaire, la rétention ou même l'attraction dans certains milieux où sont installées les formations sanitaires. Au Rwanda, l'introduction du FBP dans la province de Cyangugu, a montré son rôle positif dans la rétention du personnel. Le personnel était instable du fait de son éloignement de la capitale Kigali. En effet, le personnel de santé qualifié refusait d'aller travailler là-bas et ceux qui acceptaient de s'y rendre n'y passaient pas beaucoup de temps (Sekaganda, E. et al., 2010).

### **1.1. Contexte et justification**

Le concept FBP évolue différemment d'un pays à l'autre et son applicabilité relève du mode d'action adopté par chaque Etat. Des expériences pilotes introduites au Rwanda par Cordaid/HDP, HealthNet-

TPO, la Coopération Technique Belge (CTB) et autres bailleurs et des résultats positifs enregistrés, le FBP s'est étendu dans les autres pays de la région des Grands Lacs. En 2012, 30 pays appliquent une certaine forme de FBP en Afrique et plusieurs autres pays dans le monde. Au Rwanda, la réforme du système sanitaire par un programme FBP a vu le jour à partir de 2002 et au Burundi en 2006. L'intensification du FBP au Rwanda a été documentée par une évaluation d'impact et a trouvé des résultats impressionnants sur le volume de certains services et aussi sur la qualité de ces services (Basinga, Friederike Paul, 2009). Pour la RDC, l'expérience pilote a commencé en 2005 dans 2 zones de santé (ZS) de la Province du Sud Kivu, par la suite dans 4 autres Provinces : Kasai Oriental, Kasai Occidental, Province orientale et Nord Kivu.

Seuls, le Rwanda et le Burundi ont réussi sa mise à échelle nationale. Cette évolution si rapide du FBP au niveau national et régional est le fruit de l'intérêt, de la sensibilité, de l'environnement institutionnel et surtout du fait que cette approche de financement a suscité un espoir aux gouvernements et aux Bailleurs de fonds d'atteindre des résultats en termes d'amélioration de la santé des populations et dans l'optique de motiver et stabiliser le personnel de santé.

L'impact du FBP sur la gestion des ressources humaines serait évidente, mais jusqu'à l'heure actuelle elle n'a pas été sujet de recherches scientifiques. En général, on peut observer que la quantité et la qualité du personnel augmentent et que le personnel est mieux motivé à travailler (R. Soeters, et al. 2008 ; R. Soeters et al. 2011). Cette motivation peut être occasionnée par la perception d'une prime monétaire, mais elle peut également être due à une motivation intrinsèque étant donné que les conditions de travail s'améliorent. Vu que la stabilité du personnel est un facteur clé pour le développement du système sanitaire, il est important d'étudier cette problématique par rapport au FBP. C'est la raison de cette recherche.

## **1.2. Objectifs de l'étude**

### **Objectif général**

Dégager l'impact du FBP sur la stabilisation du personnel au Burundi et au Sud Kivu.

### **Objectifs spécifiques**

- Identifier les effets du programme FBP sur la stabilisation du personnel soignant en général et du médecin en particulier ;
- Déterminer les facteurs favorisant la stabilité au service du personnel de santé

## **1.3. Question de recherche**

- Est-ce que le programme de FBP a influencé la stabilité du personnel soignant au Burundi et dans la province du Sud Kivu en RDC ?

#### **1.4. Hypothèses de l'étude**

- Le personnel soignant sous FBP dans la province du Sud Kivu n'est pas plus stable que celui travaillant dans les FOSA sans FBP.
- Le personnel soignant sous FBP au Burundi n'est pas plus stable depuis la mise à l'échelle nationale du FBP en 2010.

#### **1.5. Variables en étude**

- Les variables dépendantes de stabilité sont l'ancienneté, le mouvement du personnel de santé (taux de recrutement des anciens agents de santé et le taux de départ) ainsi que la propension à quitter la FOSA.

L'étude s'est intéressée uniquement à la stabilité du personnel de santé. *La stabilité du personnel de santé* est définie comme l'assurance qu'un agent a à pouvoir garder un emploi pendant une période déterminée (suffisamment longue). Elle est mesurée par l'ancienneté dans la FOSA ou dans la fonction occupée, le taux de recrutement des anciens agents de santé et le taux de départ de la FOSA. Au sein d'une même formation sanitaire, la stabilité pourrait être mesurée par le fait que chaque fonction est occupée par un personnel qualifié de manière continue, n'importe si la personne a changé.

- La variable indépendante est: subsides du FBP

Les subsides du FBP peuvent faire bénéficier directement le personnel (prime de performance) et donc ils constituent une motivation financière qui est l'un des facteurs explicatifs de la stabilité (motivation extrinsèque). D'autre part, l'amélioration des conditions de travail au travers de l'investissement des subsides FBP est un autre facteur explicatif de la stabilité (motivation intrinsèque).

## **2. Méthodologie**

L'étude a été organisée avec une triangulation de 3 sources de données.

1. Récolte de données administratives, spécifiquement des statistiques du personnel sanitaire dans les provinces sanitaires, ZS ou FOSA concernées par l'étude. Des canevas de récolte de données ont été utilisés.
2. Récolte de données quantitatives par questionnaire standard auprès du personnel sanitaire (Médecins, Infirmiers A1, Infirmier A2 ou Infirmier A3, Technicien A0 ou A1). Le choix des agents a été fait par sondage aléatoire simple parmi le personnel disponible dans la FOSA par catégorie. Pour chaque FOSA, on a enquêté 4 agents au plus.



3. Récolte de données qualitatives par interview ciblée avec des informateurs clés (responsables du personnel au niveau Provincial, au niveau du District sanitaire, de la ZS et de la FOSA) et des Focus Group avec les autres membres du personnel et les patients. Dans chaque FOSA on a organisé un Focus group au plus.

## **Echantillonnage**

Pour l'étude auprès du personnel soignant (étude quantitative), il s'agit d'une étude avec comparaison avant/après au Burundi et avec FBP/ sans FBP pour le Sud-Kivu.

L'on a utilisé un échantillonnage en trois étapes :

- Unités primaires : choix raisonné des ZS ou provinces
- Unités secondaires : choix aléatoire des FOSA (hôpitaux et Centres de santé) avec stratification (urbain, rural, avec FBP, sans FBP)
- Unités tertiaires : choix aléatoire simple des agents par catégorie. Tous les agents disponibles par catégorie avaient la même probabilité d'appartenir à l'échantillon.

Le calcul de l'échantillon a été fait à l'aide d'EPIDATA dans le logiciel EPI INFO.

- Une population estimée à 10 841 agents qualifiés dans les 2 milieux d'étude
- Une précision de 5%
- Une prévalence de 8% (c'est la proportion d'augmentation du personnel qualifié observé au Burundi, qui est utilisé ici pour estimer le mouvement du personnel qualifié)
- Un risque de 5%
- L'effet du plan d'échantillonnage considéré dans cette étude est de 2

Ainsi la taille de l'échantillon est  $n \geq 224$ . Pour le Burundi, il s'agit particulièrement d'une étude avant/après. L'étude compare les données 3 à 5 ans avant le lancement du programme FBP et actuellement pendant l'exécution du FBP. Un équilibre entre les FOSA rurales et urbaines a été pris en compte.

Pour le Sud Kivu, on a étudié la situation avant et pendant le FBP dans les ZS d'intervention et fait la comparaison avec les ZS Sans FBP où d'autres systèmes de financement de la santé sont appliqués. La moitié des FOSA de l'échantillon provient des Zones Sans FBP. Il n'a pas été possible de faire l'équilibre entre les FOSA rurales et urbaines étant donné que les ZS où est appliqué le FBP sont toutes rurales. Notons cependant que dans les ZS Sans FBP, il y a 3 ZS urbaines (Kadutu, Bagira et Ibanda).

Dans cette étude, les niveaux de formation suivants sont considérés comme étant qualifiés : Médecins, AO, A1, A2 et A3.

Le taux de départ a été calculé comme le rapport entre les agents qualifiés qui quittent la FOSA et l'effectif total du personnel qualifié de la même période.

### 3. Résultats

#### 3.1. Caractéristique générales des personnes enquêtées

L'âge moyen des agents interrogés est de 35,44 ans (ET=7,7 ans). C'est chez les Sans FBP Sud Kivu que l'âge moyen des agents enquêtés est plus élevé (37,61 ans) contre 35,90 ans pour les FOSA sous FBP au Sud Kivu. L'âge moyen des agents rencontrés au Burundi est le plus bas (34,12 ans).<sup>2</sup>

La proportion des agents femmes est de 41% de l'échantillon. Les femmes enquêtées représentent 51% dans les FOSA sous FBP au Burundi, 25% dans les FOSA sous FBP au Sud Kivu et 37% dans les FOSA Sans FBP au Sud Kivu.<sup>3</sup>

Au Burundi, 52% des FOSA visitées sont en milieu rural (51% pour les CS et 53% pour les hôpitaux). Au Sud Kivu, 76% des FOSA visitées sont en milieu rural (82% pour les CS et 63% pour les hôpitaux).

Au Burundi, c'est 12% des hôpitaux visités qui reçoivent des financements sous forme d'intrants et non les CS. Pour le Sud Kivu, il y a 84% des CS visités et 69% des hôpitaux qui reçoivent un financement sous forme d'intrants.

Parmi les agents rencontrés dans les FOSA sous FBP du Burundi, 11% sont de médecins et les autres sont des AO (12%) ou infirmiers A1 (2%), A2 ou A3 (ensemble 75%). Pour les FOSA sous FBP au Sud Kivu, 20% des personnes interrogées sont des médecins, 37% des infirmiers A1 et 44% des infirmiers A2 ou A3. En ce qui concerne les FOSA sans FBP du Sud Kivu, il y a eu 24% des médecins, 36% des infirmiers A1 et 38% des infirmiers A2 ou A3.

Sur l'ensemble de 266 agents interrogés, 136 (soit 51%) proviennent des FOSA sous FBP du Burundi, 60 (soit 23%) des FOSA sous FBP du Sud Kivu et 70 (soit 26%) des FOSA Sans FBP du Sud Kivu.

Les proportions des agents qui ont le rôle de chef de ménage est de 60% dans les FOSA sous FBP du Burundi, 75% dans les FOSA sous FBP au Sud Kivu et 66% dans les FOSA Sans FBP au Sud Kivu.

Au Burundi, les proportions des agents qui complètent leur revenu par d'autres sources de revenu sont faibles. Au Sud Kivu, dans les FOSA sous FBP, 45% des agents interrogés complètent leur rémunération par l'agriculture/ élevage contre 17% chez les Sans FBP.

---

<sup>2</sup> p=0,007

<sup>3</sup> p=0,002

## **3.2. Les effets du programme FBP sur la stabilisation du personnel soignant**

Ce rapport a retenu uniquement les résultats provenant des variables qui semblent avoir directement trait aux subsides du FBP ou du moins qui relèvent de l'impact de la motivation financière sur la stabilité du personnel soignant. Il s'agit de l'ancienneté et du mouvement du personnel (le taux de recrutement des anciens agents de santé et le taux de départ) ainsi que la propension à quitter la FOSA.

### **3.2.1. L'ancienneté**

#### **a) Ancienneté dans la formation sanitaire**

Dans l'ensemble des agents rencontrés, 18% avaient moins d'un an d'ancienneté dans leur FOSA, 26% avaient entre 1 an et 2 ans, 30% entre 3 et 5 ans et 25% avaient au delà de 5 ans d'ancienneté. La répartition des agents de santé rencontrés selon leur ancienneté dans la FOSA ne diffère pas significativement entre les 3 catégories de FOSA<sup>4</sup>. La comparaison d'ancienneté des agents dans les 2 catégories des FOSA du Sud Kivu n'est pas significative<sup>5</sup> non plus.

Lorsqu'on compare les médecins à d'autres agents, l'étude montre que 55% des médecins contre 42% des autres agents ont au plus 2 ans d'ancienneté dans la FOSA<sup>6</sup>.

#### **b) Ancienneté dans la fonction occupée actuellement dans la formation sanitaire**

Un peu plus d'un quart (27%) des agents rencontrés avaient moins d'un an d'ancienneté dans la fonction occupée au moment de l'enquête. 29% avaient une ancienneté de 1 à 2 ans, 23%, une ancienneté de 3 à 5 ans et 20% une ancienneté de plus de 5 ans dans la fonction occupée dans la FOSA au moment de l'enquête. Il n'y a pas de différence significative d'ancienneté dans la fonction pour les agents dans les FOSA sous FBP et Sans FBP du Sud Kivu<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> p=0,703.

<sup>5</sup> p=0,661

<sup>6</sup> p=0,068

<sup>7</sup> p=0,44

### **3.2.2. Le mouvement du personnel de santé**

#### **a) Le taux de recrutement des anciens agents de santé**

La plus grande proportion des agents de santé qui ont travaillé ailleurs avant d'être affecté dans la FOSA actuelle a été observée dans les FOSA sans FBP du Sud Kivu (86%). Les FOSA sous FBP au Sud Kivu ont enregistré un taux de 78%<sup>8</sup>, tandis que ceux du Burundi ont enregistré le taux le plus faible de 65%.

Les proportions de ceux qui ont travaillé ailleurs ne sont pas significativement différentes entre les FOSA Sous et Sans FBP du Sud Kivu.

Parmi les 196 agents qui ont travaillé ailleurs, 49% ont changé de fonction. Ces taux sont respectivement de 54% au Burundi, 47% dans les FOSA sous FBP au Sud Kivu et 43% dans les FOSA sans FBP au Sud Kivu.<sup>9</sup>La différence de ceux qui ont changé de fonction n'est pas significative entre les 2 catégories de FOSA du Sud Kivu.

Les proportions des agents qui ont travaillé ailleurs sont plus élevées chez les infirmiers A1 (86%) et A3 (76%). Moins de la moitié de ces infirmiers qui ont travaillé ailleurs (44% pour les A1 et 42% pour les A3) ont changé de fonction.

La plus faible proportion des agents qui ont travaillé ailleurs est enregistrée chez les licenciés avec 41%. Parmi ces licenciés, 71% ont changé de fonction.

Il y a 70% des médecins qui ont travaillé ailleurs. Parmi les médecins qui ont travaillé ailleurs, 61% ont changé de fonction si on considère la fonction occupée actuellement.

---

<sup>8</sup> Les proportions de ceux qui ont travaillé ailleurs ne sont pas significativement différentes entre les Fosa Sous et Sans FBP du Sud Kivu ( $p=0,272$ ).

<sup>9</sup> La différence n'est pas significative entre les 2 catégories de Fosa du Sud Kivu.  $p=0,72$

**Tableau 1 : Comparaison des agents ayant travaillé ailleurs et ceux qui ont changé de fonction**

Catégorie de FOSA	n	Ont travaillé ailleurs avant d'être affecté dans la FOSA actuelle	%	Ont changé de fonction par rapport à la fonction actuelle	%
Sous FBP Burundi	136	89	65%	48	54%
Sous FBP Sud Kivu	60	47	78%	22	47%
Sans FBP Sud Kivu	70	60	86%	26	43%
<b>Ensemble</b>	<b>266</b>	<b>196</b>	<b>74%</b>	<b>96</b>	<b>49%</b>

Dans l'ensemble de catégories de FOSA, l'étude montre que parmi les agents qui ont changé de fonction, 63% ont été promus, 30% ont été rétrogradés et 7% ne savent pas s'ils ont été promus ou rétrogradés. Les proportions de ceux qui ont été promus sont plus élevées au Sud Kivu (65% pour les Sans FBP et 64% sous FBP) et pour ceux qui ont été rétrogradés la proportion la plus élevée est observée dans les FOSA sous FBP au Sud Kivu, mais cette répartition n'est pas significativement différente entre les 2 catégories de FOSA du Sud Kivu <sup>10</sup>.

#### **b) Taux de départ**

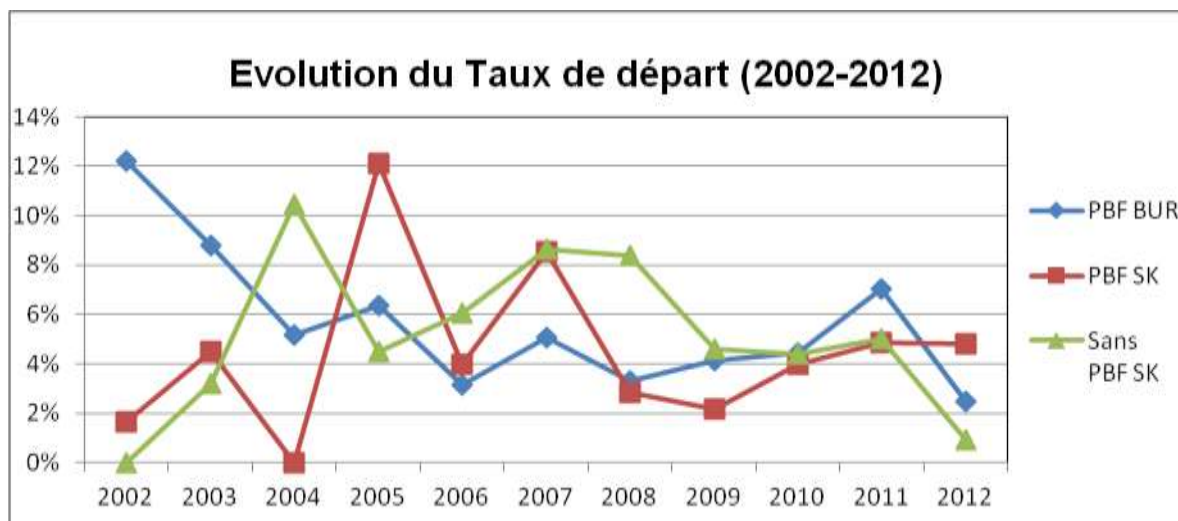
L'étude a recueilli des informations sur l'évolution des effectifs des agents qualifiés présents dans les FOSA ainsi que ceux qui ont quitté la FOSA au cours de la période de 2002 à 2012. Le graphique suivant montre une tendance à la baisse plus prononcée du taux de départ dans les FOSA sous FBP du Burundi, une tendance presque stationnaire pour les FOSA sous FBP et sans FBP du Sud Kivu.

Notons cependant que pour les FOSA sous FBP du Sud Kivu, le taux de départ était très élevé en 2005, puis a baissé en 2006 (au début du projet Pilote FBP).

Dans les FOSA Sans FBP, il y avait un fort taux de départ en 2004 qui a baissé en 2005 et a ensuite augmenté en 2007. L'étude n'a pas réussi à avoir l'information sur les causes de ces variations.

<sup>10</sup> Notons cependant que cette répartition n'est pas significativement différente entre les 2 catégories de Fosa du Sud Kivu ( $p=0,48$ ).

Figure 1: Evolution du taux de départ des agents dans les FOSA (2002-2012)



On note que les personnes qui ont quitté leurs FOSA venaient de passer en moyenne 39,8 mois (un peu plus de 3 ans) et leurs postes sont restés vacants pendant en moyenne 15,5 mois (un peu plus d'une année).

Ceux qui ont quitté les FOSA Sans FBP avaient fait plus longtemps (45 mois) par rapport au FOSA FBP du Sud Kivu (27 mois)<sup>11</sup>. Toutefois il n'y a pas de différence significative entre le temps moyen pendant lequel le poste est resté vacant dans les FOSA sous FBP du Sud Kivu (9,5 mois) par rapport aux FOSA sans FBP du Sud Kivu (6,3 mois). Les agents qui ont quitté le FOSA sous FBP du Burundi venaient de passer plus de temps en moyenne (43 mois) par rapport aux agents des FOSA sous FBP du Sud Kivu (23,9 mois)<sup>12</sup>. Toutefois, les postes sont restés plus longtemps vacants dans les FOSA FBP du Burundi (22 mois) par rapport à celles sous FBP du Sud Kivu (9,5 mois).

<sup>11</sup>  $p < 0,02$

<sup>12</sup>  $p < 0,05$

**Tableau 2 : Temps moyen passé dans la FOSA avant de quitter et temps moyen de vacance du poste**

<b>Catégorie de FOSA</b>	<b>n</b>	<b>Temps moyen que ceux qui ont quitté venaient de passer dans la FOSA en mois</b>	<b>Temps moyen pendant lequel le poste est resté vacant en mois</b>
<b>FBP Burundi</b>	131	43 (ET=53,39)	22 (ET=24,22)
<b>FBP Sud Kivu</b>	58	27 (ET=23,88)	9,5 (ET=16,37)
<b>Sans FBP Sud Kivu</b>	47	45 (ET=45,05)	6,3 (ET=12,31)
<b>Ensemble</b>	<b>236</b>	<b>39,8 (ET=46,52)</b>	<b>15,5 (ET=21,43)</b>

### **3.2.3. La propension à quitter la FOSA**

Sous cette variable, on a examiné la prédisposition des agents de santé à quitter leur FOSA ainsi que les raisons qui pourraient justifier ces intentions selon les caractéristiques des agents.

#### **a) Agents ayant déjà eu l'idée de quitter la formation sanitaire.**

Dans les FOSA sous FBP du Burundi, la proportion de ceux qui déclarent qu'ils ont déjà eu l'idée de quitter leur FOSA est la moins élevée (33%) contre 62% dans les FOSA sous FBP du Sud Kivu et 61% pour les FOSA Sans FBP du Sud Kivu<sup>13</sup>. Notons cependant que les proportions des agents qui ont déjà eu l'idée de quitter la FOSA ne sont pas significativement différents entre les FOSA sous FBP et Sans FBP du Sud Kivu.<sup>14</sup>

La comparaison des FOSA sous FBP du Sud Kivu aux FOSA Sans FBP en milieu rural montre un taux identique (62%) des agents qui ont déjà eu l'idée de quitter leur FOSA.

---

<sup>13</sup>  $p < 0,0001$

<sup>14</sup>  $p = 0,991$



**Tableau 3 : Agents ayant eu l'idée de quitter la FOSA**

Catégorie des FOSA	n	Agents qui ont eu l'idée de quitter la FOSA	%
Sous PBF Burundi	136	45	33%
Sous PBF Sud Kivu	60	37	62%
Sans PBF Sud Kivu	70	43	61%
<b>Total</b>	<b>266</b>	<b>125</b>	<b>47%</b>

La proportion des agents qui ont déjà eu l'idée de quitter la FOSA est très élevée dans les Hôpitaux (60%) et un peu moins élevée dans les CS (37%)<sup>15</sup>. La différence n'est pas significative entre les CS et Hôpitaux du Sud Kivu<sup>16</sup>.

Ce sont surtout les infirmiers A1 qui ont plus tendance à quitter leur FOSA avec un taux de 66%, suivi des médecins avec un taux de 61%. Le taux le plus bas est observé chez les infirmiers A3 (21%).

Au Sud Kivu, les médecins des FOSA Sans FBP ont plus tendance à quitter leur FOSA (71%) que les médecins des FOSA sous FBP (67%) mais la différence observée n'est pas statistiquement significative ( $p=0.82$ ). Il en est de même pour les autres agents ( $p=0.84$ ).

Dans l'ensemble on constate que les agents de niveau d'étude plus élevé ont plus tendance à quitter leurs FOSA.

**Tableau 4 : Comparaison des Médecins et autres agents ayant eu l'idée de quitter la FOSA**

Niveau d'étude	n	Ceux qui ont eu l'idée de quitter la FOSA	%
Médecin FOSA sous PBF Burundi	15	7	47%
Autres agents FOSA sous PBF Burundi	121	38	31%
Médecin FOSA sous PBF Sud Kivu	12	8	67%
Autres agents FOSA sous PBF Sud Kivu	48	29	60%
Médecin FOSA Sans PBF Sud Kivu	17	12	71%
Autres agents FOSA Sans PBF Sud Kivu	53	31	58%

<sup>15</sup> Cette différence est très significative

<sup>16</sup>  $p=0,485$

### **b) Les principales raisons qui ont poussé les agents à avoir l'idée de quitter leur FOSA**

Sur l'ensemble de 125 agents qui ont eu l'idée de quitter leur FOSA, la raison classée comme « principale » évoquée par 70% de ces agents est la faible rémunération. La proportion de ceux qui évoquent la raison de la faible rémunération est faible au Burundi (49%) par rapport à celle des 2 catégories de FOSA du Sud Kivu, soit respectivement 76% dans les FOSA sous FBP et 86% dans les FOSA Sans FBP.<sup>17</sup> La comparaison de la proportion de ceux qui pourraient quitter leur FOSA à cause de la faible rémunération montre une différence non significative entre les FOSA sous et sans FBP au Sud Kivu.

En dehors de la faible rémunération, les autres raisons classées principales qui pourraient pousser l'agent à quitter la FOSA sont :

- Pour les FOSA sous FBP du Burundi : Isolement de la FOSA (13%), le fait de ne pas être du milieu (11%), le fait que les projets familiaux sont difficiles à réaliser (9%), la raison d'études (4%) et les conditions de travail difficiles (4%).
- Pour les FOSA sous FBP du Sud Kivu : les raisons d'études (5%) et le manque d'une politique de promotion dans la structure sanitaire (5%).
- Pour les FOSA Sans FBP du Sud Kivu : les raisons d'études (9%).

### **c) Les raisons principales évoquées par les agents qui n'ont jamais eu l'intention de quitter leur formation sanitaire :**

Dans l'ensemble des FOSA, les raisons sont :

- Pas d'autres choix (absence d'autres alternatives ou conditions forcées) : 48%.
- Bonne situation de la famille : 13%
- Bonne rémunération : 8%
- Conditions de travail favorables : 7%

Possibilité de réaliser des projets sociaux : 6%

L'étude montre que d'une manière particulière la bonne rémunération est la principale condition de stabilité du personnel qualifié. Elle a été soulignée par la grande majorité des agents de 3 différentes catégories de FOSA enquêtées : 80% au Burundi, 93% dans les FOSA sous FBP au Sud Kivu, et 97% chez les FOSA Sans FBP du Sud Kivu

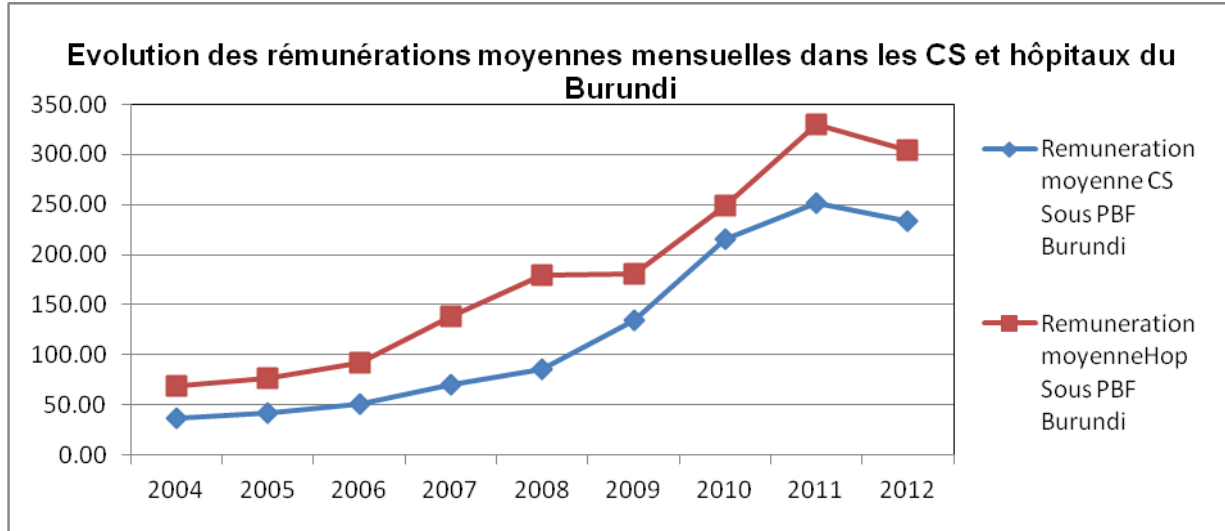
---

<sup>17</sup> p < 0,001

### 3.2.4. Evolution de la rémunération moyenne d'un agent

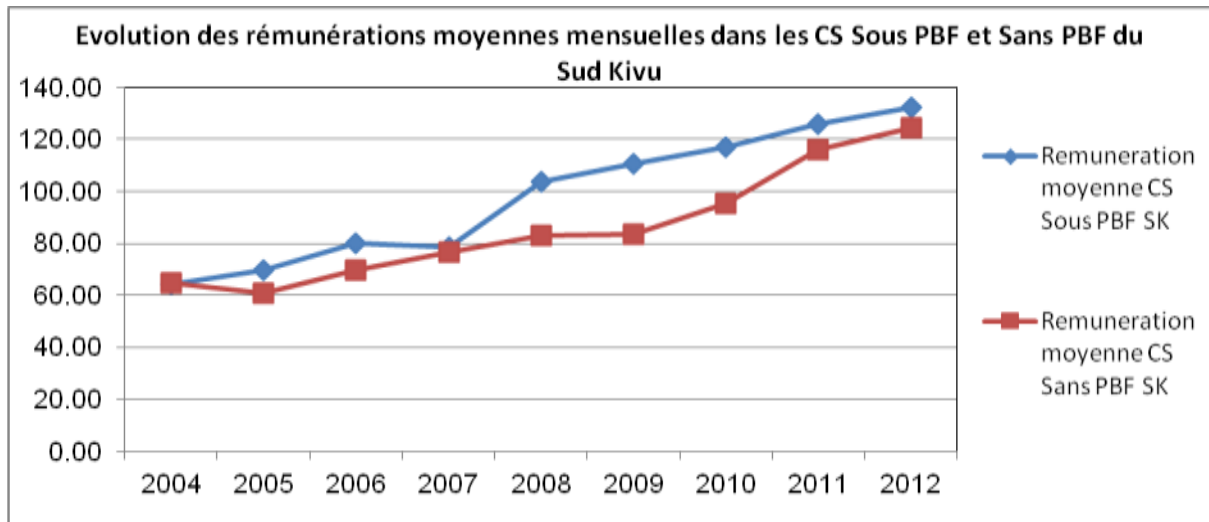
La comparaison des rémunérations moyennes dans les FOSA du Burundi montrent une tendance croissante.

Figure 2: Evolution de rémunération moyenne des agents des FOSA du Burundi



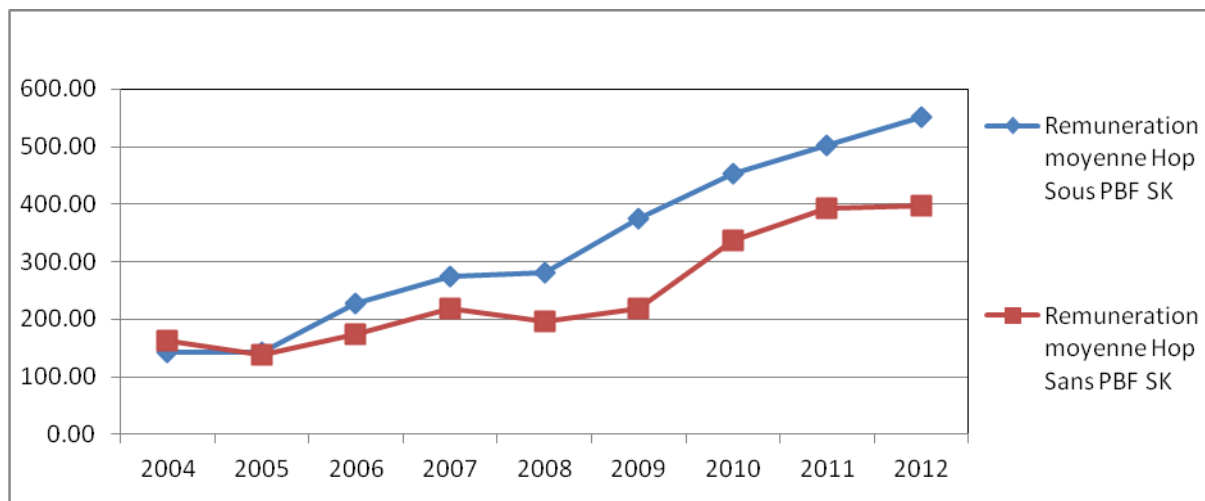
Aussi, la comparaison des évolutions des rémunérations moyennes entre les CS sous FBP et Sans FBP du Sud Kivu montre une courbe dans les FOSA sous FBP qui évolue au dessus de celle des FOSA sans FBP.

Figure 3: Evolution de la rémunération moyenne des agents des CS du Sud Kivu



Le même constat en faveur du FBP est observé lorsqu'on compare les rémunérations moyennes dans les Hôpitaux sous FBP à ceux Sans FBP du Sud Kivu.

**Figure 4: Evolution de la rémunération moyenne des agents des hôpitaux du Sud Kivu**



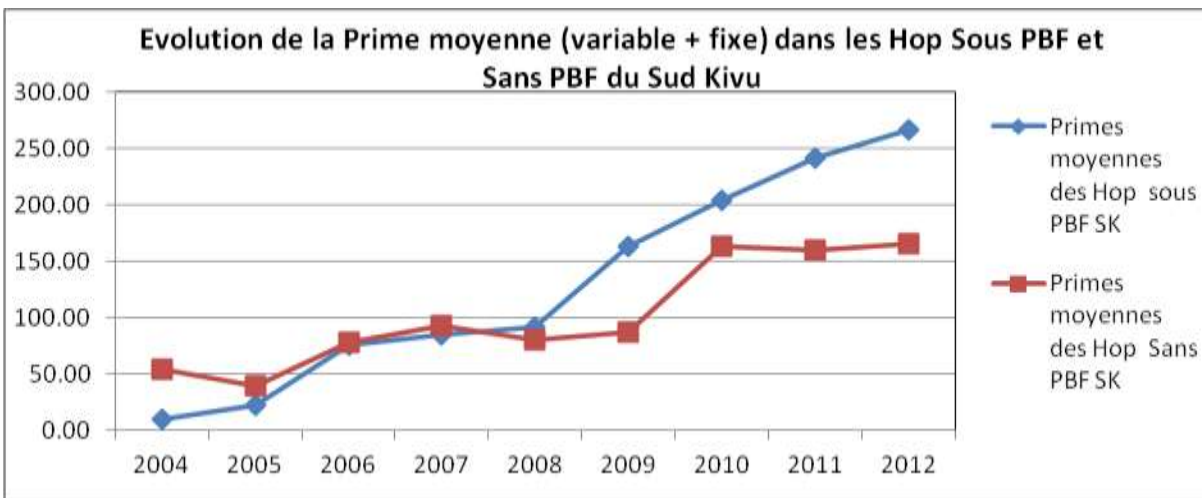
Les rémunérations des médecins dans les FOSA sous FBP au Burundi ont évolué avec une tendance croissante. Il en est de même des rémunérations des autres agents mais pour ces derniers la croissance a été légère.

Au Sud Kivu, la rémunération moyenne des médecins d'une part, et celle des autres agents (autre que médecins) d'autre part, dans les FOSA sous FBP a évolué plus haut que celle des médecins et des autres agents dans les FOSA Sans FBP. .

Pour ce qui concerne les primes accordées aux agents par les FOSA, les résultats montrent que les primes (variables et fixes) moyennes accordées aux agents par les FOSA sous FBP du Burundi ont eu une tendance croissante durant la période observée. Les primes moyennes accordées dans les hôpitaux sont plus élevées que celles des CS.

La courbe des primes (variables et fixes) dans les hôpitaux sous FBP a, depuis 2008, évolué au dessus de celle dans les hôpitaux sans FBP. Ce constat conforte également l'allure observée pour la rémunération dans les Hôpitaux avec ou Sans FBP du Sud Kivu.

Figure 5: Evolution des primes moyennes dans les hôpitaux du Sud Kivu



Concernant l'évolution des rémunérations médianes (ou rémunération d'un « agent type »), les résultats montrent que depuis 2005 ces rémunérations dans les CS sous FBP du Sud Kivu sont plus élevées que celles des CS Sans FBP du Sud Kivu.

De même, La courbe de rémunérations médianes dans les Hôpitaux sous FBP a évolué plus haut que celle dans les Hôpitaux sans FBP. Cela montre qu'un « agent type » dans les hôpitaux sous FBP est de loin mieux rémunéré que son équivalent dans les hôpitaux Sans FBP du Sud Kivu.

## **4. Discussion**

### **4.1. Les effets du programme FBP sur la stabilisation du personnel soignant en général et du médecin en particulier**

#### **Le FBP et l'ancienneté des agents**

L'ancienneté des agents dans le domaine de la santé, dans la formation sanitaire ou dans les fonctions occupées par les agents montre une similitude d'une part entre les FOSA sous FBP et Sans FBP du Sud Kivu et d'autre part entre le Burundi et le Sud Kivu/RDC.

Notons qu'au Burundi particulièrement, il y a eu, depuis 2011 un redéploiement du personnel soignant. L'objectif du Ministère de la santé Publique et Lutte contre le Sida (MSPLS) du Burundi est d'avoir au moins 3 médecins dans un Hôpital de District et au moins 6 infirmiers dans un CS (interview Ciblée avec le Directeur des ressources Humaines du MSPLS).

Au Sud Kivu, le personnel des FOSA Sous FBP et Sans FBP ont le même niveau d'ancienneté dans leur FOSA.

#### **Le FBP et le mouvement du personnel**

Un autre angle de vision permettant d'apprécier la stabilité des ressources humaines est le mouvement du personnel dont les départs constituent un indicateur de base. Le mouvement du personnel peut s'observer dans différentes directions : de l'intérieur vers l'extérieur de la FOSA et vice versa, à l'intérieur des FOSA en termes de rotation, changement de fonction, de promotion ou de rétrogradation.

- **Le taux de départs**

La tendance à la baisse du taux de départ au Burundi est un signal fort de la stabilisation progressive des agents. Au Sud Kivu, la situation n'est pas encore maîtrisée que l'on soit dans les FOSA avec ou sans FBP. Notons cependant que les postes de ceux qui quittent les FOSA restent plus longtemps vacants au Burundi par rapport à ceux du Sud Kivu. Cela pourrait être lié à la disponibilité du personnel qualifié plus assuré au Sud Kivu qu'au Burundi. Ou au processus centralisé au Burundi qui prends relativement beaucoup de temps.

La proportion des agents qui déclarent que le personnel qualifié est suffisant dans leur FOSA n'est pas différente entre les FOSA Sous et Sans FBP du Sud Kivu. Toutefois, cette proportion reste plus élevée que celle observée au Burundi. Ainsi, cette différence entre le Burundi et le Sud Kivu en termes de

disponibilité du personnel qualifié confirme le constat précédent selon lequel, les postes restent un peu plus longtemps vacants au Burundi à la suite de l'insuffisance du personnel. D'ailleurs, l'augmentation du personnel soignant qualifié est une des grandes suggestions des agents rencontrés dans les focus groups organisés au Burundi.

- **La propension à quitter la Formation sanitaire**

Le personnel de santé burundais est globalement moins tenté de quitter sa FOSA. On pourrait alors se poser la question de savoir si cette faible propension à quitter serait liée au système sanitaire burundais en général (contrat sous statut pour la majorité, le système d'affectation et le redéploiement, etc.) ou au FBP en particulier (avec sa motivation financière, la transparence dans la gestion du personnel etc.).

On constate que les agents de niveau d'étude plus élevée (médecins, infirmiers A1) ont plus tendance à quitter leur FOSA. Ainsi, la faible proportion des médecins et des infirmiers A1 observés au Burundi serait l'une des explications de la faible propension des agents à quitter leurs FOSA.

Les médecins dans les FOSA Sans FBP du Sud Kivu ont plus tendance à quitter leur FOSA (71%) contre 67% pour ceux des FOSA sous FBP au Sud Kivu, mais la différence n'est pas significative. Il n'y a que 47% de médecins qui ont tendance à quitter leur FOSA sous FBP du Burundi. Les médecins ont donc plus tendance à rester dans les formations sanitaires sous FBP.

Il y aurait donc une différence fondamentale entre le comportement des agents de santé du Burundi et ceux du Sud Kivu probablement dû à la différence de systèmes sanitaires dans les deux milieux.

La différence pourrait ressortir de la raison principale avancée par les agents qui seraient tentés de quitter leurs FOSA. Il s'agit de la faible rémunération. On n'observe que la proportion de ceux qui évoquent la faible rémunération comme raison de vouloir quitter leur FOSA est faible au Burundi par rapport à celle du Sud Kivu. La politique salariale au Burundi semble plus favorable pour le personnel de santé qu'au Sud Kivu. Cela pourrait être lié au fait que la rémunération d'un « agent type » dans les FOSA du Burundi est restée élevée depuis les 5 dernières années en comparaison avec la rémunération d'un « agent type » dans les 2 autres catégories de FOSA du Sud Kivu.

Une autre différence est qu'au Burundi, les proportions des agents qui complètent leur revenu par d'autres sources de revenu sont faibles. Au Sud Kivu, dans les FOSA sous FBP, 45% des agents interrogés complètent leur rémunération par l'agriculture/ élevage contre 17% chez les Sans FBP. Notons que au Sud Kivu, 61% des recettes des Centres de Santé (CS) sans FBP proviennent des subsides des partenaires contre seulement 14% dans les CS sous FBP.

L'appréciation de la rémunération des agents pendant le FBP par rapport à la période d'avant le FBP a montré que les agents des FOSA sous FBP de 2 pays ont connu une amélioration de leur rémunération. Néanmoins, malgré le fait qu'il y a une plus grande proportion d'agents qui déclare avoir connu des augmentations des rémunérations au Sud Kivu par rapport au Burundi, les rémunérations restent considérées par une importante proportion d'agents comme faibles au Sud Kivu. Par conséquent, ils restent nombreux à réclamer des augmentations.

L'augmentation des rémunérations serait plus assurée par les FOSA sous FBP que les FOSA sans FBP. En effet, les incitations financières offertes aux travailleurs de la santé par le FBP sont supérieures à celles d'autres systèmes de financement comme l'a montré l'évolution des rémunérations mensuelles moyennes des agents dans le FOSA Sous FBP toujours au dessus de celle des FOSA Sans FBP.

En bref, les indicateurs de stabilité choisis pour cette étude (l'ancienneté, le mouvement du personnel et la propension à quitter la FOSA) ne permettent pas de montrer statistiquement l'effet du FBP au Sud Kivu probablement à cause des éléments suivants qui auraient minimisé l'effet réel du programme FBP : (1) au Sud Kivu, le groupe d'intervention et le groupe-contrôle n'étaient pas initialement comparables sur tous les points, notamment en ce qui concerne le financement des FOSA. ; (2) l'absence d'une étude de base au Burundi qui aurait servi de référence ; (3) et la petite taille de l'échantillon sur l'ensemble de deux pays.

Toutefois, l'avantage du FBP sur la motivation du personnel est très ressenti, notamment à travers une bonne rémunération, qui est un facteur « très important » de stabilité du personnel tel qu'affirmé par au moins 78% de tous les agents interrogés.

D'autres études avaient montré le rôle du FBP dans la rétention du personnel.

C'est le cas notamment de Sekaganda et collaborateurs qui, dans leur étude, ont rapporté que l'introduction du FBP dans la province de Cyangugu, au Rwanda a montré son rôle dans la rétention du personnel qui était très difficile du fait de son éloignement de la capitale Kigali. En effet, le personnel de santé qualifié refusait d'aller travailler là-bas et ceux qui acceptaient de s'y rendre n'y passaient pas beaucoup de temps. (Sekaganda, E. et al., 2010).

D'autres auteurs ont observé également qu'avec le FBP, en général la quantité et la qualité du personnel augmentent et que le personnel est mieux motivé à travailler (R. Soeters, et al. 2008 ; R. Soeters et al. 2011). Cette motivation pouvant être occasionnée par la perception d'une prime monétaire, tout comme elle peut également être due à une motivation intrinsèque étant donné que les conditions de travail s'améliorent.



## 4.2. Limites de l'étude

Cette étude comporte quelques limites qui auraient probablement minimisé l'effet réel du programme FBP. :

- 1) D'abord pour l'enquête réalisée au Sud Kivu, la conception de l'étude devrait diviser l'échantillon en groupe d'intervention et groupe-témoin similaires ou presque identiques à la différence près que le groupe d'intervention a reçu les subsides du FBP. Ainsi donc, toute différence observée serait probablement due à l'intervention et non à des facteurs potentiels d'interférence. Or, le modèle construit dans cette étude définit mal des groupes à comparer, notamment en termes de sources de financement des FOSA étudiées. Par exemple, au Sud Kivu, 61% des recettes des Centres de Santé (CS) sans FBP proviennent des subsides des partenaires contre seulement 14% dans les CS sous FBP. Ceci pourrait avoir un effet de masquer l'impact du FBP sur la rétention des ressources humaines.

Pour les hôpitaux, les subsides d'autres partenaires contribuent presque de la même manière dans les hôpitaux Sous et Sans FBP de Sud Kivu. Cependant la contribution de l'Etat est plus importante dans la zone sous FBP (12% versus 5%).

- 2) Ensuite, au Burundi, compte tenu de la mise à l'échelle nationale du programme FBP, afin de mesurer l'impact de ce programme sur la stabilité du personnel soignant, on a opté de faire une étude avant/après. Or, il n'y avait pas eu une étude de base "baseline study" avant l'intervention FBP qui aurait établi la référence avec laquelle les résultats de l'enquête pourraient être comparés. Pour remédier à cette situation, l'étude se contente de comparer les données 3 à 5 ans avant le lancement du programme FBP et actuellement pendant l'exécution du FBP.

## 5. Conclusion et recommandations

Nous pouvons donc conclure que les indicateurs de stabilité choisis pour cette étude ne permettent pas de montrer statistiquement l'effet du FBP sur la stabilisation du personnel de santé.

Néanmoins il ressort un constat très intéressant sur le rôle des primes FBP comme facteur de motivation extrinsèque pour le personnel soignant. Malgré une rémunération plus élevée dans les FOSA sous FBP, la tendance de quitter ne diffère pas. Cela peut signifier que les primes FBP ne sont pas suffisantes pour être un facteur significatif dans la motivation du personnel et qu'elles devraient être augmentées. D'autre coté, il est possible que les primes FBP ne constituent pas l'incitation principale dans un système FBP pour la stabilité du personnel, un argument qui est souvent mentionné par les détracteurs du FBP qui pensent que le FBP « tue » la motivation intrinsèque. Il est donc nécessaire de continuer à mener d'autres études permettant d'évaluer l'impact du FBP sur différents aspects de la motivation extrinsèques et impact sur la gestion des ressources humaines. Dans ces études, il sera nécessaire de : (1) travailler sur des échantillons

suffisamment grands permettant de détecter même les petites différences entre les différents groupes de comparaison ; (2) Veiller à la bonne comparabilité des zones cas et des zones contrôle, et tenir compte de tous les autres facteurs pouvant minimiser l'impact réel du FBP.

## **6. Remerciements**

Nous présentons nos remerciements au HDP et à son Directeur, Mr Christian Habineza, ainsi qu'à Cordaid pour le financement de la rédaction de ce rapport pratique.

Que les chercheurs, enquêteurs, enquêtés et toute autre personne ayant de près ou de loin participé à cette étude trouvent ici nos remerciements les plus distingués.

## **7. Références bibliographiques**

Friederike Paul (2009), Health worker motivation and the role of performance Based Finance systems in Africa: A qualitative study on health worker motivation and the Rwandan Performance Based Finance Initiative in District Hospitals, London, WC 2A 2AE UK.

Organisation mondiale de la Santé (2010), « Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation », recommandations pour une politique mondiale, OMS France.

Robert Soeters et Célestin Kimanuka. Résultats de l'enquête ménage, enquête qualité et titulaire dans le Zones de Santé du District Sanitaire Nord du Sud Kivu en République Démocratique du Congo, février 2008.

Robert Soeters, Peter Bob Peerenboom, Pacifique Mushagalusa, et Célestin Kimanuka, (2011) Performance Based Financing, Experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo, in Health Affairs, Août 2011, 30:8.

Sekaganda, E. et al. (2010), Santé et Performance au Rwanda. Sous la Direction de Coolen, A. et Lodenstein, E. Amsterdam : KIT