

10. La distribution des primes du FBR dans les hôpitaux du Mali

TONY ZITTI, AMANDINE FILLOL, JULIA LOHMANN,
ABDOURAHMANE COULIBALY ET VALÉRY RIDDE

Introduction

La performance des agent-e-s de santé est un facteur déterminant dans l'offre des soins de santé. Elle influence la qualité des services de santé offerts et le niveau de santé des populations (OMS, 2010)¹. Plusieurs facteurs influencent la performance des agent-e-s de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) : les incitations financières et non financières, l'évolution dans la carrière professionnelle, les formations continues, l'état des infrastructures, la disponibilité des ressources humaines et matérielles, la compétence de gestion et de leadership des responsables, et l'appréciation du travail (Willis-Shattuck *et al.*, 2008). Malgré le fait que la motivation soit un des facteurs clés de la performance au travail, elle reste un défi dans les PRFI. Il existe plusieurs théories sur la motivation au travail (Roussel, 2000; Maugeri, 2013). Ryan et Deci (2000) définissent la motivation comme étant le fait d'être poussé à l'action.

Au Mali, le ministère de la Santé estime que les agent-e-s de santé qui exercent dans le système public sont très peu motivé-e-s, quelles que soient leurs zones d'exercices (rurale ou urbaine) (Ministère de la Santé du Mali, 2009). Les raisons de leur manque de motivation sont diverses : l'insuffisance de rémunération et de moyens de travail, le manque de recyclage professionnel, l'absence de considération ainsi que la mauvaise organisation et répartition du travail (Van Dormael

1. Ce chapitre est une traduction d'un article publié en anglais et remanié/réduit pour cet ouvrage : Zitti, T., Fillol, A., Lohmann, J. *et al.* (2021). Does the gap between health workers' expectations and the realities of implementing a performance-based financing project in Mali create frustration? *Global Health Research and Policy*, 6(5). <https://doi.org/10.1186/s41256-021-00189-0>

et al., 2008; Ministère de la Santé du Mali, 2009). Dans les PRFI, plusieurs projets pilotes du financement basé sur les résultats (FBR) ont été mis en œuvre dont l'un des objectifs est de faire face au manque de motivation des agent-e-s de santé. Le mécanisme du FBR dans les centres de santé lie les récompenses financières à la performance, notamment, des agent-e-s de santé. Ces derniers et dernières perçoivent des primes à la hauteur de leurs performances qui sont conditionnées par l'atteinte d'objectifs prédéfinis pour l'amélioration de la qualité des prestations de santé offertes (Fritsche *et al.*, 2014). On constate une augmentation des études concernant les effets du FBR sur la motivation des agent-e-s de santé en Afrique (Antony *et al.*, 2017; Ridde *et al.*, 2017; Lohmann *et al.*, 2018). Cependant, il n'y a pas encore de consensus scientifique en ce qui concerne ces effets (Aninanya *et al.*, 2016; Fillol *et al.*, 2019).

Pour un certain nombre de recherches, le mécanisme par lequel le FBR permet d'améliorer la motivation des agent-e-s de santé n'a pas été assez mis en évidence par des données probantes (Lohmann *et al.*, 2017; Renmans *et al.*, 2017). En Ouganda (Renmans, 2017), au Malawi (Lohmann *et al.*, 2018) et au Ghana (Aninanya *et al.*, 2016), il n'a pas été observé d'effets du FBR sur la motivation, même si des changements dans les conditions de travail ont été observés. Plusieurs études (au Bénin (Antony *et al.*, 2017), en Tanzanie (Chimhutu *et al.*, 2016), et au Burkina Faso (Ridde *et al.*, 2017)) montrent que les modalités de distribution des primes de FBR dans les centres de santé sont hétérogènes. De plus, les modalités et le processus de partage des primes de FBR ont été perçus par les agent-e-s de santé comme injustes. En Tanzanie, les modalités de distributions des primes de FBR variaient selon les unités de soins dans les centres de santé (60% à partager entre le personnel du service de santé de la reproduction, 30% entre le reste du personnel, et 10% au centre de santé), ce qui a entraîné des tensions (Chimhutu *et al.*, 2016). Ce chapitre offre la possibilité d'identifier et de comprendre, dès les premiers jours de mise en œuvre du FBR au Mali, les attentes des agent-e-s de santé par rapport au premier cycle de paiement des primes de FBR, et ses effets sur leur motivation.

Encadré 1 : Description de l'intervention du FBR au Mali

Un projet pilote de FBR a été organisé dans dix districts sanitaires de la région de Koulikoro au Mali de juin 2016 à février 2017. Il est une des sous-composantes du projet renforcement de la santé de la reproduction, du Ministère de la Santé, financé par la Banque mondiale. Ce projet appuie le renforcement du système de santé. Le projet pilote de FBR a pour objectif d'accroître l'utilisation des services de santé de la reproduction de qualité en augmentant la motivation, la responsabilisation et la redevabilité des prestataires de services à obtenir des résultats (Cissouma et al., 2017).

Pour la mise en œuvre du projet, le ministère de la santé a conclu un contrat de prestations de services avec une agence spécialisée en FBR, le consortium (Royal Tropical Institute, la Clinique de Gestion et d'Innovation des Connaissances, et Cordaid). Ce projet devait durer deux ans (World Bank, 2017). Pour des raisons politico-administratives, il n'a finalement duré que huit mois. Plusieurs activités ont été menées lors de sa courte mise en œuvre : la formation des acteurs, l'élaboration des plans de résultats, la signature des contrats et la production des résultats par les centres de santé, le rapportage, la vérification des résultats de quantité et de qualité de soins, la vérification communautaire, la mesure de satisfaction des usagers et le paiement des résultats d'un cycle de trois mois (KIT et al., 2017).

Ce projet pilote de FBR n'a concerné que les hôpitaux de district (HD) et les centres de santé communautaire (CSCoM) de la région de Koulikoro. Les HD et les CSCoM devaient être payés sur la base des résultats concernant des indicateurs (le planning familial, l'accouchement par un personnel qualifié, les soins pré et postnataux), (Cissouma et al., 2017). Les vérifications quantitatives et qualitatives des activités réalisées pour permettre le paiement des primes devaient être mensuelles, mais ces échéances n'ont pas été respectées. Elles ont été réalisées avec un retard de cinq à six mois selon les hôpitaux. Concernant la vérification communautaire (VC), elle a été réalisée par des ONG locales au dernier mois de mise en œuvre (février 2017). La prise en compte des résultats de la VC avant la fin du projet a permis le calcul des montants des primes de FBR.

Ensuite, les primes de FBR ont été versées sur les comptes bancaires des centres de santé. Dans les HD, 40% du montant global des primes au minimum était réservé pour les investissements et l'achat d'équipements, et 60% comme prime individuelle des agents de santé. En ce qui concerne les CSCoM, 60% du montant global des primes au minimum était réservé pour l'investissement et l'achat d'équipements, et 40% comme prime individuelle des agents de santé. Pour calculer le montant global des primes individuelles, une part fixe de 28% des primes devait être répartie en fonction des indices de la catégorie socioprofessionnelle des agents de santé; et une part variable de 72% en fonction des performances individuelles sur un trimestre (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016). Le calcul du pourcentage de performance est fait sur la base de la description des tâches qui se trouve dans la fiche d'engagement individuelle (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016). En ce qui concerne le calcul des indices des agents de santé, il s'agit de tenir compte de l'indice de départ par catégorie socioprofessionnelle servant de base pour le calcul des salaires. Pour le personnel soignant dont le salaire est inférieur au salaire minimum interprofessionnel garanti, le calcul de l'indice devait se faire en divisant le salaire net mensuel par une valeur indiciaire retenue de 335 francs CFA (0,56 USD) (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016). Le calcul du montant des primes individuelles se fait en renseignant le pourcentage de performance ainsi que les indices de chaque agent dans une feuille de répartition Excel.

Méthodes

Nous avons adopté une démarche qualitative. Selon les hôpitaux de district, le paiement des primes du premier cycle de FBR a été effectué environ cinq à six mois (juillet à août 2017) après la fin du

projet. Les outils de collecte de données, le déroulement de l'enquête ainsi que le cadre d'analyse sont détaillés dans l'article scientifique (Zitti *et al.*, 2020). Deux mois environs après la distribution des primes, nous avons mené 53 entretiens semi-directifs avec les agent-e-s de santé de trois hôpitaux de district de la région de Koulikoro. Les répondant-e-s de notre étude sont présenté-e-s en détail dans l'article scientifique (Zitti *et al.*, 2020).

Résultats

Cette section présente les principales conclusions sur les modalités et le processus de distribution du premier cycle de paiement des primes de FBR dans les hôpitaux de la région de Koulikoro, et de ses effets sur la motivation des agent-e-s de santé.

Motivation des agent-e-s de santé avant l'arrivée du FBR

La grande majorité des répondant-e-s affirment avoir choisi leur profession par vocation ou par amour du métier. Selon eux et elles, être un-e agent-e de santé est considéré-e comme un métier noble dans la société. Pour les agent-e-s de santé, le contact avec les patient-e-s au quotidien ainsi que les soins qu'ils et elles prodiguent sont une grande source de satisfaction intérieure (motivation interne). Ils et elles disent aimer leur métier et cela avant même l'arrivée du FBR. En dépit de cela, les répondant-e-s relèvent des difficultés dans leurs conditions de travail (faiblesse du salaire, manque d'équipements, de recyclage et de ressources humaines). Ces difficultés nuisent à leur efficacité à dispenser des soins de qualité aux populations et cela influence également leur motivation.

Complémentarité des effets du FBR sur la motivation des agent-e-s de santé

Avant la mise en œuvre du FBR, la grande majorité des agent-e-s de santé ne bénéficiait pas de prime individuelle. Ils et elles reconnaissent qu'il y a un changement dans leurs attitudes lorsque le

travail est valorisé par une prime financière (motivation financière). La majorité des répondant-e-s assimile la notion de prime à l'encouragement. Pour eux et elles, les primes permettent d'encourager à mieux faire son travail. De plus, les agent-e-s de santé perçoivent les primes individuelles et celles allouées aux hôpitaux comme un moyen d'améliorer leurs conditions de travail difficiles :

Quand il y a des primes (individuelles) ça change le comportement des gens. Malgré la volonté, c'est-à-dire le fait d'être disposé à bien travailler, quand il y a l'argent ça soutient toujours cela. Quoiqu'on dise l'argent est une source de motivation. Aujourd'hui dans une structure comme le CSRéf [hôpital de district], c'est les primes qui peuvent motiver le personnel à bien faire. Je ne vois pas d'autres choses. (Médecin spécialiste)

Au-delà de la motivation financière caractérisée par les primes, les répondant-e-s pensent que le FBR leur permet de mieux travailler. Il n'y a pas que l'aspect financier du FBR qui compte mais aussi le fait que le FBR contribue à une meilleure satisfaction interne. Selon certain-e-s répondant-e-s, la reconnaissance par leur hiérarchie de leur travail est un facteur qui concourt à leur satisfaction dans le travail (motivation interne). De plus, selon certain-e-s, le FBR a permis la description et une meilleure répartition des tâches de chaque agent-e de santé, dans le but d'une meilleure planification et organisation du travail au quotidien. Pour d'autres, le FBR leur permet de mieux s'appliquer dans la réalisation des tâches qui leur incombent pour l'obtention de meilleurs résultats. Selon le personnel de santé, l'obtention de primes individuelles est plus intéressante lorsqu'elle est accompagnée de meilleurs résultats (motivation interne): « Quand vous faites du bon boulot, vous sentez en vous-même que vous avez fait du bon travail, il y a une satisfaction, ça ce n'est pas matériel, mais ça vous met à l'aise intérieurement. » (Technicien supérieur de la santé).

Processus de formation des attentes des agent-e-s de santé vis-à-vis des primes

La grande majorité des agent-e-s de santé étaient content-e-s à l'annonce de la disponibilité des primes. Toutefois, après avoir perçu leur première prime de FBR, les répondant-e-s avaient un sentiment de déception. En effet, il existe un énorme écart entre les montants espérés et ceux finalement reçus. La plupart d'entre eux et elles pensaient que le montant des primes individuelles est faible donc pas motivant. De plus, il existe une inadéquation entre les efforts fournis et le montant obtenu (motivation financière). La déception par rapport au montant perçu comme prime individuelle variait d'une catégorie socioprofessionnelle à l'autre. Cette déception était plus grande chez les agent-e-s de santé de catégorie C, D et E, car ils et elles fondaient plus d'espoir sur le montant des primes que ceux et celles des catégories supérieures A et B. Par exemple, dans la grande majorité des HD, les agent-e-s de santé de catégorie socioprofessionnelle A et B (médecins, pharmacien-ne-s, et cadres administratifs et administratives) ont obtenu entre 20000 francs CFA (32,99 USD) et 30000 francs CFA (49,49 USD) comme prime individuelle pour le seul cycle payé, ce qui correspond à trois mois du FBR. Ceux et celles de catégorie C, D et E (hygiéniste, ambulancier et ambulancière, agent-e de sécurité, etc.) ont eu des primes individuelles qui oscillent entre 3500 francs CFA (5,77 USD) et 15000 francs CFA (24,74 USD): « Je connais des manœuvres qui se sont endettés parce qu'on a dit qu'il y a les primes de FBR. [...] ils ont eu 3500 franc CFA (5,85USD) comme prime... (Rires) [...] Ils étaient vraiment découragés » (Ambulancier).

J'ai eu le sentiment d'un peu de découragement par rapport à ce qu'on m'a donné comme paiement. Je me suis dit que j'ai travaillé effectivement pendant trois mois et qu'au bout de mon effort je n'ai reçu que 24000 francs CFA [40,14 USD]. Pour cette raison, je me suis projeté de faire éventuellement une autre activité, et laisser le FBR au profit de cette activité. Par exemple si j'ai eu une mission à l'intérieur du district, je vais forcément laisser le suivi ici, car je sais qu'en deux ou trois jours j'aurai 40000 francs CFA [66,90 USD]. Parce que

tout le monde court derrière le gain. Ici, je ne pense pas que quelqu'un a dépassé 30000 francs CFA [50,17 USD] ou 40000 francs CFA [66,90 USD]. (Technicien supérieur de santé)

Les agent-e-s de santé de l'HD 1, qui ont déjà participé au projet pré-pilote de FBR, étaient plus déçu-e-s du montant des primes individuelles reçues que ceux et celles des HD 2 et 3. Cette déception s'explique, par le fait qu'ils et elles ont espéré, pour la majorité d'entre eux et elles, un montant en moyenne égal à ceux obtenus lors du projet pré-pilote de FBR.

Effets des difficultés de mise en œuvre du FBR sur la motivation des agent-e-s de santé

Selon les HD, un retard de six à sept mois a été observé pour la distribution des primes. Deux raisons sont à la base de ce retard : les lenteurs administratives dues à la complexité du processus de FBR et les erreurs au niveau du traitement bancaire. Les répondant-e-s affirment ne pas avoir reçu d'informations officielles sur les raisons de ce retard. Selon eux, cela a facilité la circulation de rumeurs qui accusaient les responsables d'avoir détourné les primes.

Les suspicions des agent-e-s de santé à l'égard de leurs responsables révèlent un manque de confiance en leur hiérarchie en matière de gestion financière. Notons qu'en plus d'engendrer un manque de confiance des agent-e-s de santé au mécanisme de FBR, le retard du décaissement des primes et de sa distribution a entraîné également une démotivation des agent-e-s. Les agent-e-s de santé ont été informé-e-s individuellement par la comptabilité des hôpitaux lorsque les primes sont arrivées. Cependant, aucune réunion n'a été convoquée pour informer les agent-e-s de santé sur le montant global des primes, celui des primes individuelles et d'investissement des hôpitaux. Un nombre important d'enquêté-e-s pensent que le processus de partage des primes n'a pas été transparent, ce qui a entraîné leur démotivation (motivation sociale) :

Quand on t'appelle seulement pour te donner une somme, moi je peux même dire que le CSRéf [hôpital de district])a eu des milliards et qu'on ne m'a donné que 20000 francs CFA [33,95 USD] alors que c'est pas ça, il faut être transparent parce que c'est la meilleure façon. (Assistante médicale)

Avant le démarrage du projet, l'agence spécialisée en FBR a établi une clé de répartition des primes comportant plusieurs critères qui devaient être utilisés pour le calcul des primes. À part les membres de l'équipe cadre du district sanitaire (médecin chef-fe de district, gestionnaire et les chef-fe-s d'unité), la plupart des agent-e-s de santé avait une connaissance partielle de ces critères. Selon ces agent-e-s, l'aspect de la répartition des primes n'a pas été abordé en profondeur lors des sessions de formation. Les responsables de l'HD 1 avaient une meilleure maîtrise des modalités de répartition des primes comparativement à ceux et celles de l'HD 2 et 3. Cette meilleure compréhension des modalités de répartition des primes par les responsables de l'HD 1 s'explique par le fait qu'ils et elles avaient déjà participé au projet pré-pilote de FBR. Dans la grande majorité des HD, la plupart de ces critères n'ont pas été respectés lors de la répartition des primes. Par exemple, dans l'HD 2 certain-e-s stagiaires bénévoles ainsi que des membres du comité de gestion avaient reçu une prime, alors que cela n'était initialement pas prévu. De même, le pourcentage de performance individuelle n'a pas été pris en compte dans deux des trois HD (HD 2 et 3), notamment car l'évaluation de la performance individuelle des agent-e-s de santé n'avait pas été réalisée. Selon certain-e-s responsables d'hôpitaux, le projet de FBR ayant déjà pris fin, il n'était plus nécessaire de noter les agent-e-s dans le but de ne pas engendrer des tensions au sein des équipes. Pour les agent-e-s de santé de l'HD 1 qui avaient été noté-e-s sur leur performance individuelle, connaître sa note de performance individuelle s'avérait nécessaire pour une satisfaction morale : « Si je ne connais même pas la note que j'ai, je peux vraiment me faire une idée que quelque part ils ont enlevé quelque chose... je peux me faire des idées floues » (Technicien supérieur de santé).

La grande majorité des agent-e-s de santé pensent que les primes n'ont pas été bien partagées (motivation sociale). De plus, ils et elles estiment que les critères pris en compte lors du calcul des primes

ne reflétaient pas l'effort de tout un chacun. En effet, en l'absence d'évaluations de la performance individuelle dans les HD 2 et 3, il existait une divergence de points de vue des différent-e-s acteurs et actrices par rapport aux critères qui devaient être pris en compte pour le partage des primes. Cette divergence variait par rapport à la catégorie socioprofessionnelle des agent-e-s de santé. Notamment, pour la majorité des agent-e-s de santé de catégorie C, D et E, il fallait partager les primes à parts égales entre tous et toutes les agent-e-s de santé sans distinction de catégorie socioprofessionnelle. Cependant, la majorité des agent-e-s de santé de catégorie A et B était contre ce principe, car selon elle, seule la catégorie socioprofessionnelle devrait être considérée en l'absence d'évaluation de la performance individuelle. Cette divergence de point de vue entre les agent-e-s de santé a entraîné parfois des tensions dans certains HD. En effet, certain-e-s agent-e-s de catégorie socioprofessionnelle C, D, et E pensent travailler plus que ceux et celles de catégorie supérieure A et B, et donc devraient avoir la même somme ou plus. À titre d'exemple dans l'HD 2, un agent de santé a refusé d'aller récupérer sa prime parce qu'il jugeait le montant inadéquat par rapport à l'effort fourni. Néanmoins, la grande majorité des agent-e-s n'exprimait pas ouvertement leur mécontentement : « La manière dont nous avons fait (la répartition des primes), même s'ils ne le disent pas nous on sait qu'il y a de la frustration » (Médecin généraliste, Point focal FBR).

Discussion

Notre étude est la première au Mali à explorer dès les premiers jours de mise en œuvre du FBR, les attentes des agent-e-s de santé par rapport au premier cycle de paiement des primes de FBR, et de ses effets sur leur motivation. Elle est l'une des rares publications en Afrique de l'Ouest francophone sur le sujet.

Le FBR motive mais peut aussi démotiver : un couteau « à double tranchant »?

Le FBR peut motiver les agent-e-s de santé. Cependant, s'il est mal adapté au contexte de mise en œuvre, il peut devenir une source de démotivation et donc produire l'effet contraire à celui initialement recherché. Nos résultats montrent que le principe du mécanisme de FBR est bien accueilli par les agent-e-s de santé. Pour eux et elles, le fait de bénéficier des primes dans le cadre du FBR les motive dans l'exécution de leurs tâches. Le FBR leur permet de se fixer des objectifs et de mieux les atteindre. Toutefois, les difficultés de mise en œuvre ont eu des effets négatifs sur leurs motivations. Le retard des primes de FBR a entraîné un manque de confiance des agent-e-s de santé concernant le mécanisme de FBR et envers leur hiérarchie. La confiance des acteurs et des actrices envers le système de santé est un facteur important et est révélatrice des rapports interpersonnels au sein de l'organisation (Ridde, 2005; Gilson, 2005). En Afrique du Sud, Gilson *et al.* (2005) ont montré que la confiance des prestataires de santé envers leur responsable et l'organisation qui les emploient sont des facteurs qui influencent leurs performances. Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR au Mali, nous pensons que la restauration de la confiance des prestataires envers le FBR et les responsables, passe par une communication efficace, une transparence dans la gestion organisationnelle et financière des hôpitaux.

Deux des HD n'avaient pas pris en compte l'évaluation de la performance du personnel comme critère de calcul des primes individuelles. L'intervention du FBR étant basée sur la performance, le fait de ne pas choisir ce critère de performance pour le calcul des primes est perçu comme injuste par les agent-e-s de santé. Ce même sentiment d'iniquité par rapport au processus de distribution et aux critères choisis pour le calcul des primes individuelles de FBR a été observé au Burkina Faso (Ridde *et al.*, 2017), au Bénin (Antony *et al.*, 2017) et en Tanzanie (Chimhutu *et al.*, 2016). En Tanzanie, l'injustice perçue par les agent-e-s de santé a joué négativement sur la motivation au travail et sapé le travail d'équipe entre les services (Chimhutu *et al.*, 2016). Au Burkina Faso, dans certains centres de santé, les gestionnaires ont décidé de ne pas tenir compte des critères de performance comme prévu, ce qui pour les agent-e-s de santé

était injuste (Ridde *et al.*, 2017). Ces études montrent que les modalités de partage des primes de FBR variaient selon les centres de santé. Quelle que soient les modalités choisies, il y a eu parfois des tensions entre les prestataires de soins au sein des centres de santé.

Au Mali, le manque de rétroaction aux agent-e-s de santé de l'évaluation de leur performance dans le cadre du FBR n'a pas permis d'améliorer leur motivation interne, c'est-à-dire la reconnaissance des tâches qu'ils et elles réalisent dans leur travail. Au Burkina Faso, les agent-e-s de santé ont apprécié les rétroactions lors de la mise en œuvre du FBR, cela leur a permis d'améliorer la reconnaissance de leur travail ainsi qu'un effort de changement à la suite d'une rétroaction négative (Ridde *et al.*, 2017). Cependant, en Tanzanie, les agent-e-s de santé ont dénoncé une insuffisance de rétroactions de l'évaluation de leurs performances (Songstad *et al.*, 2012). La mise en place d'un système d'évaluation de la performance efficace est indispensable pour favoriser la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux des employé-e-s et ainsi favoriser la motivation autonome au travail (Gagné & Forest, 2008). La littérature nous montre que l'équité perçue au cours du processus d'évaluation de la performance peut affecter la relation des travailleurs et travailleuses avec les gestionnaires, leur performance, leur satisfaction au travail, ainsi que leur bien-être (Blader & Tyler, 2005; Sparr & Sonnentag, 2008; Grenier *et al.*, 2012).

Le recours à une logique de rentabilité financière est de plus en plus utilisé pour le financement des politiques publiques de la santé (Gabas *et al.*, 2017). En utilisant des critères de performance, le mécanisme de FBR illustre une approche contractuelle basée sur une logique de rentabilité financière. Le FBR est une forme de financiarisation des politiques publiques de santé, autrement dit « la pénétration des logiques et des formes d'évaluation financiarisées dans la formulation et la mise en œuvre des politiques, y compris lorsque celles-ci ne portent pas sur le secteur financier » (Chiapello, 2017 : 27). De plus, la financiarisation des politiques publiques entraîne la fabrication de nouveau circuit financier (*ibid.*). La mise en œuvre du FBR a amené des sommes supplémentaires dans les hôpitaux, en plus de l'argent habituellement investi. La mise en œuvre du FBR amène un nouveau circuit de circulation de l'argent au sein du système de santé.

Ce nouveau circuit financier change complètement l'architecture de financement qui existait, où les fonds étaient injectés par les bailleurs de fond dans le système de santé via le niveau central en passant par différents échelons avant d'atterrir dans les centres de santé au niveau local. Ce nouveau circuit financier amené par le FBR a changé et structuré les rapports entre les bénéficiaires (hôpitaux et agent-e-s de santé) et le circuit de financement de la santé. Ce nouveau circuit financier permet une relation marchande (signature de contrats, échanges d'argent et fixation des conditions de répartition de l'argent) entre un acheteur ou une acheteuse (agence spécialisée de FBR dans notre cas) et des fournisseurs ou fournisseuses (les hôpitaux et les soignant-e-s). Le processus de distribution des primes du FBR dans les hôpitaux au Mali montre comment le FBR, en tant que nouveau mécanisme de financement de la santé, a modifié le circuit de financement des hôpitaux.

Décalage entre les attentes et la réalité : les attentes des agent-e-s de santé sont-elles trop élevées vis-à-vis du FBR?

Lors de la mise en œuvre d'un projet de santé, il existe toujours un écart entre ce qui est prévu et ce qui est réalisé (Ridde & Olivier de Sardan, 2017). Une revue systématique montre que la mise en œuvre d'initiatives de santé nécessitant un changement dans les systèmes de santé des PRFI est souvent complexe et difficile (Pantoja *et al.*, 2017). De plus, les politiques publiques en matière de santé sont parfois plus incohérentes et inefficaces dans le contexte des pays d'Afrique saharienne (Olivier de Sardan & Ridde, 2014).

Au Mali, les attentes des agent-e-s de santé ont été trop élevées vis-à-vis du FBR pendant le projet pilote. Tout ceci s'explique par le fait qu'ils et elles ont espéré, pour la majorité d'entre eux et elles, un montant au minimum égal à ceux obtenus lors du projet pré-pilote de FBR. De même, ils et elles n'ont pas tenu compte du fait que le projet pilote de FBR avait moins d'indicateurs payés comparativement au projet pré-pilote. De plus, les barèmes d'achats des indicateurs étaient plus élevés pendant le projet pré-pilote par rapport au projet pilote. En Tanzanie, avant même le début de l'intervention du FBR, les agent-

e-s de santé faisaient part des attentes positives envers l'intervention. Ils et elles ont estimé que la possibilité d'incitation financière à venir devraient renforcer leurs motivations (Songstad *et al.*, 2012).

En ce qui concerne les effets motivationnels et comportementaux, nous avons observé un enthousiasme au début de la mise en œuvre de l'intervention du FBR. Nous pensons que les effets motivationnels et comportementaux des premiers jours peuvent avoir un impact sur la motivation à long terme des acteurs et des actrices. La motivation est un processus dynamique; il est important de comprendre les changements dans ce processus dynamique et leurs causes. Les acteurs et actrices ajustent leurs attentes et réactions motivationnelles, tant positives que négatives avec le temps. Même si certains problèmes persistent lors de la mise en œuvre d'initiative complexe tel que le FBR, les réactions motivationnelles positives ou négatives se normalisent ou s'atténuent avec le temps. Malheureusement, au Mali, cette normalisation n'était pas possible compte tenu de la durée courte du projet. Seppely *et al.* (2017) ont montré, en outre, le manque de pérennité du FBR au Mali. Ce même constat a été fait par Antony *et al.* (2017) qui, dans leur étude au Bénin, constatent l'absence de pérennité et d'ancrage institutionnel des projets pilotes de FBR. Plusieurs études montrent que la grande majorité des projets de développement initiés par des ONG et des bailleurs de fonds dans les pays africains n'est pas pérenne ou faiblement (Mallé Samb *et al.*, 2013; Antony *et al.*, 2017). Pourtant, les interventions à court terme sont de plus en plus priorisées par les bailleurs de fonds au détriment des interventions à moyen et à long terme dans les PRFI (Richard *et al.*, 2011). Nous estimons que le FBR est l'une de ces interventions qui se terminent rapidement sans pouvoir rectifier certains effets négatifs dus à sa mise en œuvre. Notre étude montre comment le projet de FBR a pris fin au Mali sans pouvoir rectifier certaines frustrations initiales. Lors de la mise en œuvre de projets de développement dans le contexte des PRFI, il s'avère ainsi nécessaire d'analyser, dès les premiers jours d'interventions, les frustrations qui pourraient naître afin de réajuster les projets. De plus, il est indispensable d'assurer la pérennité de ces projets dès la conception pour faciliter le renforcement global des systèmes de santé.

Implications pour les interventions

Nous tenons à formuler des recommandations pour aider les décideurs et décideuses à mieux organiser les interventions portant sur le partage des primes de performance dans les pays à revenu faible et intermédiaire. De manière pratique, les décideurs et décideuses doivent :

- Donner la priorité aux projets à long terme où les acteurs et actrices chargé-e-s de la mise en œuvre auront plus de temps pour identifier, corriger les erreurs de mise en œuvre et mieux les adapter aux contextes locaux;
- Lors de la mise en œuvre d'un projet qui vise à améliorer la qualité des soins par la motivation des agent-e-s de santé, il faut réaliser les activités dans les délais prévus (vérification des résultats quantitatifs et qualitatifs, vérification communautaire) qui sont des préalables pour le paiement des primes;
- Réduire les effets négatifs (retard dans le paiement des primes, manque de transparence dans le processus de partage des primes, sentiment d'inadéquation entre le travail fourni et le montant des primes obtenues) qui peuvent démotiver les agent-e-s de santé au lieu de les motiver.

Conclusion

Notre étude a montré que le projet pilote de FBR a eu des effets à la fois positifs et négatifs sur la motivation des agent-e-s de santé. Faute de ne pas avoir eu assez de temps pour que les acteurs et actrices ajustent leurs attentes et réactions motivationnelles initiales, l'intervention du FBR a pris fin en laissant des frustrations. Les résultats ont également montré que les frustrations des agent-e-s de santé se construisent pendant les premiers jours de l'intervention. Ainsi, les effets motivationnels et comportementaux des premiers jours peuvent avoir un impact sur la motivation à long terme des acteurs et actrices. Pour former des attentes des acteurs et actrices plus réalistes, il est important d'identifier et de comprendre dès les premiers jours de mise en œuvre les attentes et les frustrations des

bénéficiaires pour pouvoir mieux y faire face. Les bailleurs de fonds et les ONG doivent prioriser la mise en œuvre des projets à long terme pouvant avoir un impact durable pour un renforcement global des systèmes de santé.

Remerciements

Ce travail a été soutenu par plusieurs bailleurs de fonds dont le *Centre de recherches pour le développement international* (CRDI). Nous remercions particulièrement Laurence Touré pour ses conseils et son soutien pendant la réalisation de cette recherche. Enfin, nous tenons aussi à remercier tous les acteurs, toutes les actrices et les organisations aux niveaux national, régional et local qui ont participé ou facilité la réalisation de cette recherche.

Références

- Aninanya, G. A., Howard, N., Williams, J. E., Apam, B., Prytherch, H., Loukanova, S., Kamara, E. K. & Otupiri, E. (2016). Can performance-based incentives improve motivation of nurses and midwives in primary facilities in northern Ghana? A quasi-experimental study. *Global Health Action*, 9(1). <https://doi.org/10.3402/gha.v9.32404>
- Antony, M., Bertone, M. P. & Barthes, O. (2017). Exploring implementation practices in results-based financing: The case of the verification in Benin. *BMC Health Services Research*, 17(204). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2148-9>
- Blader, S. L. & Tyler, T. R. (2005). How can theories of organizational justice explain the effects of fairness? Dans J. Greenberg & J. A. Colquitt (dir.), *Handbook of organizational justice* (329-354). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Chiapello, È. (2017). La financiarisation des politiques publiques. *Mondes en développement*, 178(2), 23-40. <https://doi.org/10.3917/med.178.0023>

- Chimhutu, V., Songstad, N. G., Tjomsland, M., Mrisho, M. & Moland, K. M. (2016). The inescapable question of fairness in Pay-for-performance bonus distribution: A qualitative study of health workers' experiences in Tanzania. *Globalization and Health*, 12(77). <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0213-5>
- Cissouma, L., Sioro, A., Koné, O., Traoré, K., Bulhuis, S., Mommers, P. & Toonen, J. (2017). *Rapport de capitalisation FBR à la malienne*.
- Fillol, A., Lohmann, J., Turcotte-Tremblay, A.-M., Somé, P.-A. & Ridde, V. (2019). The importance of leadership and organizational capacity in shaping health workers' motivational reactions to performance-based financing: A multiple case study in Burkina Faso. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(5), 272-279. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.133>
- Fritsche, G. B., Soeters, R. & Meessen, B. (2014). *Performance-based financing toolkit*. The World Bank.
- Gabas, J.-J., Ribier, V. & Vernières, M. (2017). Présentation. Financement ou financiarisation du développement? Une question en débat. *Mondes en développement*, 178(2), 7-22. <https://doi.org/10.3917/med.178.0007>
- Gagné, M. & Forest, J. (2008). The study of compensation systems through the lens of self-determination theory: Reconciling 35 years of debate. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49(3), 225-232. <https://doi.org/10.1037/a0012757>
- Gilson, L. (2005). Editorial: Building trust and value in health systems in low- and middle-income countries. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1381-1384. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.059>
- Gilson, L., Palmer, N. & Schneider, H. (2005). Trust and health worker performance: Exploring a conceptual framework using South African evidence. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1418-1429. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.062>
- Grenier, S., Chiochio, F. & Beaulieu, G. (2012). Évaluation du rendement et motivation au travail: Propositions de recherche pour une rétroaction sur le rendement qui favorise la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux. *Management international*, 16(4), 169-179. <https://doi.org/10.7202/1013156ar>

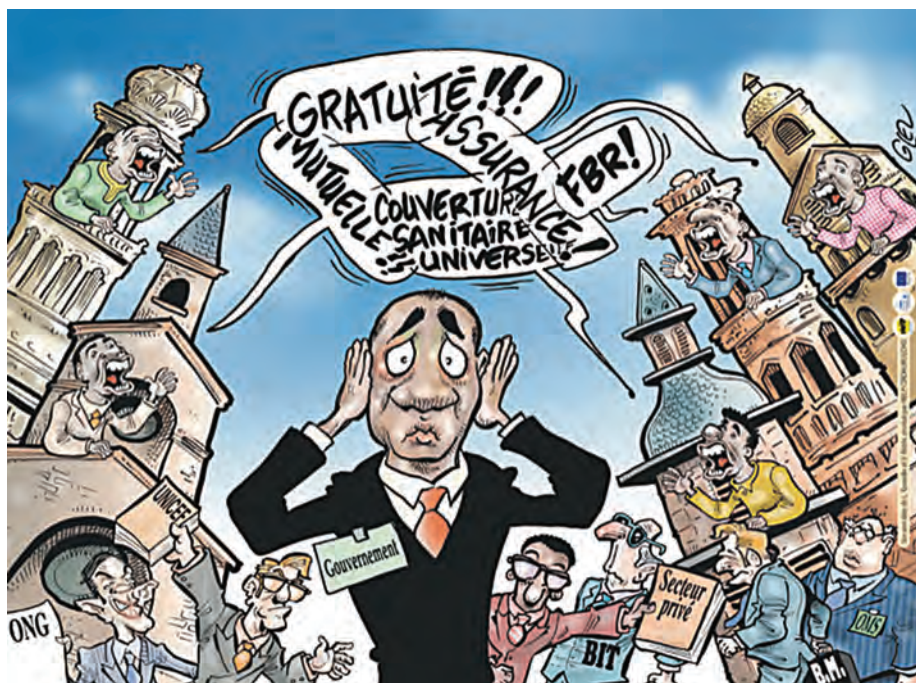
- KIT, Clinique de gestion et d'innovation des connaissances & Cordaid. (2017). *Rapport final du projet pilote « PRSR/FBR » FBR-Financement Basé sur les Résultats – Approche pour accélérer les résultats en Santé de la Reproduction*.
- Lohmann, J., Muula, A. S., Houfort, N. & De Allegri, M. (2018). How does performance-based financing affect health workers' intrinsic motivation? A Self-Determination Theory-based mixed-methods study in Malawi. *Social Science & Medicine*, 208, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.04.053>
- Lohmann, J., Souares, A., Tiendrebéogo, J., Houfort, N., Robyn, P. J., Somda, S. M. & De Allegri, M. (2017). Measuring health workers' motivation composition: Validation of a scale based on self-determination theory in Burkina Faso. *Human resources for health*, 15(33).
- Lohmann, J., Wilhelm, D., Kambala, C., Brenner, S., Muula, A. S. & De Allegri, M. (2018). 'The money can be a motivator, to me a little, but mostly PBF just helps me to do better in my job.' An exploration of the motivational mechanisms of performance-based financing for health workers in Malawi. *Health Policy and Planning*, 33(2), 183-191. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx156>
- Mallé Samb, O., Ridde, V. & Queuille, L. (2013). Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso? *Revue Tiers Monde*, 215(3), 73-91. <https://doi.org/10.3917/rtm.215.0073>
- Maugeri, S. (2013). *Théories de la motivation au travail*. Dunod.
- Ministère de la Santé du Mali. (2009). *Plan de développement des ressources humaines 2009-2015*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. (2016). *Manuel opérationnel du financement basé sur les résultats du projet PRSR-FBR*.
- Olivier de Sardan, J.-P. & Ridde, V. (dir.). (2014). Les spécificités des politiques publiques et des systèmes de santé en Afrique sahélienne. Dans J.-P. Olivier de Sardan & V. Ridde, *Une politique publique de santé et ses contradictions: La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger (15-30)*. Karthala.

- OMS. (2010). *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation recommandations pour une politique mondiale*. Organisation Mondiale de la Santé.
- Pantoja, T., Opiyo, N., Lewin, S. et al. (2017). Implementation strategies for health systems in low-income countries: An overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011086.pub2>
- Renmans, D. (2017). *End line report of a study on PBF in the PNFP health sector of two districts in Uganda*.
- Renmans, D., Holvoet, N., Criel, B. & Meessen, B. (2017). Performance-based financing: The same is different. *Health Policy and Planning*, 32(6), 860-868. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx030>
- Richard, F., Hercot, D., Ouédraogo, C., Delvaux, T., Samaké, S., van Olmen, J., Conombo, G., Hammonds, R. & Vandemoortele, J. (2011). Sub-Saharan Africa and the health MDGs: The need to move beyond the “quick impact” model. *Reproductive Health Matters*, 19(38), 42-55. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(11\)38579-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(11)38579-5)
- Ridde, V. & Olivier de Sardan, J.-P. (2017). The implementation of public health interventions in Africa: A neglected strategic theme. *Médecine et Santé Tropicales*, 27(1), 6-9. <https://doi.org/10.1684/mst.2016.0605>
- Ridde, V. (2005). Building trust or buying results? *The Lancet*, 366(9498).
- Ridde, V., Yaogo, M., Zongo, S., Somé, P.-A. & Turcotte-Tremblay, A.-M. (2017). Twelve months of implementation of health care performance-based financing in Burkina Faso: A qualitative multiple case study. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), e153-167. <https://doi.org/10.1002/hpm.2439>
- Roussel, P. (2000). La motivation au travail – Concept et théories. Notes, no326, LIRHE, Université Toulouse 1.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>

- Seppey, M., Ridde, V., Touré, L. & Coulibaly, A. (2017). Donor-funded project's sustainability assessment: A qualitative case study of a results-based financing pilot in Koulikoro region, Mali. *Globalization and Health*, 13(86). <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0307-8>
- Songstad, N., Lindkvist, I., Moland, K., Chimhutu, V. & Blystad, A. (2012). Assessing performance enhancing tools: Experiences with the open performance review and appraisal system (OPRAS) and expectations towards payment for performance (P4P) in the public health sector in Tanzania. *Globalization and Health*, 8(33). <https://doi.org/10.1186/1744-8603-8-33>
- Sparr, J. L. & Sonnentag, S. (2008). Fairness perceptions of supervisor feedback, LMX, and employee well-being at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 17(2), 198-225. <https://doi.org/10.1080/13594320701743590>
- Van Dormael, M., Dugas, S., Kone, Y., Coulibaly, S., Sy, M., Marchal, B. & Desplats, D. (2008). Appropriate training and retention of community doctors in rural areas: A case study from Mali. *Human Resources for Health*, 6(25). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-6-25>
- Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D. & Ditlopo, P. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 8(247). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-247>
- World Bank. (2017). *Mali—Strengthening Reproductive Health Project* (No ICR4095). World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/542131502720462868/Mali-Strengthening-Reproductive-Health-Project>
- Zitti, T., Fillol, A., Lohmann, J., Coulibaly, A. & Ridde, V. (2021). Does the gap between health workers' expectations and the realities of implementing a Performance-Based Financing project in Mali create frustration? *Global Health Research and Policy*, 6(5). <https://doi.org/10.1186/s41256-021-00189-0>

Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?

Réformes en Afrique subsaharienne



Sous la direction de **Valéry Ridde**

Préface de **Ndèye Bineta Mbow Sane**

Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?

Réformes en Afrique subsaharienne

SOUS LA DIRECTION DE VALÉRY RIDDE

QUÉBEC : ÉDITIONS SCIENCE ET BIEN COMMUN



Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? de Valéry Ridde est sous une licence [License Creative Commons Attribution - Partage dans les mêmes conditions 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), sauf indication contraire.

Titre : Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?

Sous la direction de Valéry Ridde

Caricature en couverture : Damien Glez

Design de la couverture : Kate McDonnell

Édition et révision linguistique : Élisabeth Arsenault

ISBN pour l'impression : 978-2-925128-08-3

ISBN pour le ePub : 978-2-925128-10-6

ISBN pour le PDF : 978-2-925128-09-0

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2021

Dépôt légal – Bibliothèque et Archive nationale Canada

Ce livre est publié sous licence [Creative Commons CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) et disponible en libre accès à <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/>

Éditions science et bien commun

<http://editionscienceetbiencommun.org>

3-855 avenue Moncton

Québec (Québec) G1S 2Y4

Diffusion : info@editionscienceetbiencommun.org