

II. Le financement basé sur la performance et la motivation des agents-e-s de santé pour les plus performants au Burkina Faso

AMANDINE FILLOL, JULIA LOHMANN, ANNE-MARIE
TURCOTTE-TREMBLAY, PAUL-ANDRÉ SOMÉ ET VALÉRY RIDDE

Introduction

Le financement basé sur la performance (FBP) vise à améliorer la qualité des services de santé et l'accès à ceux-ci en accordant « aux prestataires de soins de santé (établissements ou agent-e-s de santé) des primes basées sur la réalisation de cibles, d'objectifs ou de résultats prédéterminés après vérification de la qualité » (Renmans et al., 2017 : 1298)¹. Bien que l'on ait traditionnellement pensé que le FBP exerçait son effet motivant par le biais des récompenses financières individuelles, des recherches récentes menées dans divers contextes ont mis en évidence des mécanismes de motivation plus complexes, à multiples facettes, positifs et négatifs. Au Malawi, par exemple, le FBP a impliqué l'amélioration de la perception des compétences des agent-e-s de santé pour bien faire leur travail en leur donnant des objectifs à atteindre, en augmentant le sentiment de reconnaissance et en changeant la dynamique d'équipe (Lohmann et al., 2018). En Sierra Leone, le FBP a augmenté la motivation des travailleurs et des travailleuses en clarifiant les tâches et les objectifs et en améliorant les conditions de travail (Bertone et al., 2016). Au Nigéria, l'augmentation du sentiment de fierté, de satisfaction au travail, les

1. Ce chapitre est une traduction d'un article publié en anglais et remanié/réduit pour cet ouvrage : 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 Management*, 8(5), 272-279.

primes individuelles, les connaissances et compétences acquises dans le cadre du FBP ont eu un impact favorable sur la motivation des agent-e-s (Ogundeji *et al.*, 2016). En revanche, en Tanzanie, le FBP a instillé un sentiment de compétition entre les agent-e-s de santé (Chimhutu *et al.*, 2014). De façon plus générale, hors contexte du FBP, une revue systématique a permis d'observer que si les incitatifs financiers sont importants, ils ne sont pas suffisants : la reconnaissance, les infrastructures et les ressources appropriées sont centrales dans la motivation (Willis-Shattuck *et al.*, 2008).

Un consensus sur l'effet du FBP sur la motivation est difficile dans la mesure où les interventions FBP recouvrent des mises en œuvre et des contextes très différents (Witter *et al.*, 2012). Bien que la littérature reconnaît de plus en plus l'importance du contexte de mise en œuvre pour déterminer le succès du FBP, les recherches à ce sujet étaient encore rares lorsque nous avons lancé cette étude (Bertone *et al.*, 2018; Renmans *et al.*, 2016; Soucat *et al.*, 2017). Il n'existe pas encore d'études qui examinent de façon explicite comment le contexte de mise en œuvre influence les réactions de motivation des agent-e-s de santé au projet FBP.

Au Burkina Faso, la mise en œuvre du FBP a commencé en 2011 par une phase pilote et l'initiative a été élargie à 15 districts dans six régions en décembre 2013 (Ministère de la Santé, 2013). La description du projet est détaillée dans l'encadré 1.

Encadré 1 : Description du FBP au Burkina Faso

Le fonctionnement est basé sur un modèle de rémunération à l'acte ajusté sur la qualité. Les formations sanitaires sont payées par des subsides selon le nombre de services délivrés par rapport à une liste de services prédéfinis et peuvent recevoir un bonus qualité si les services sont en adéquation avec les normes et les standards. Pour cela, des vérifications sont réalisées dans les formations sanitaires et dans la communauté. Le montant des subsides permet de rembourser les services délivrés mais également de payer les primes des employés des centres de santé. La prime globale du personnel constitue la différence entre les recettes (dont les subsides) et les dépenses globales de la formation sanitaire (et ne doivent pas excéder 30% des subsides de la formation). Toutefois, celle-ci ne peut exister que si un bénéfice a été réalisé après la planification des dépenses de la formation sanitaire et qu'il existe une réserve d'argent permettant de couvrir 90 jours de fonctionnement de la formation sanitaire (hors stock de médicaments). Les primes individuelles sont calculées selon un outil d'indice qui doit être rempli de façon collaborative pour assurer la transparence de la gestion des fonds au niveau de la formation sanitaire. Il permet de gérer la distribution des primes individuelles à partir de la prime globale à partir de critères précis : qualification, ancienneté, responsabilité, jours d'absence, évaluation individuelle (Ministère de la santé, 2013).

Le mécanisme d'achat du FBP pourrait permettre d'encourager les institutions et les individus à améliorer la quantité et la qualité des services par deux moyens : i) en attribuant plus d'autonomie en matière de gestion aux formations sanitaires, ce qui leur permettrait de réaliser les améliorations qu'elles souhaitent, ii) en améliorant les autres fonctions du système de santé à un plus haut niveau, comme par exemple les systèmes de supervision des agent-e-s ou les méthodes de recueil des données de routine (Bèla Fritsche et al., 2014). Ces deux processus sont également des moyens de répondre aux problématiques des ressources humaines les pays à faibles et moyens revenus, dont la motivation des agent-e-s de santé (Meessen et al., 2011).

Le fonctionnement est basé sur un modèle de rémunération à l'acte ajusté sur la qualité. Les formations sanitaires sont payées par des subsides selon le nombre de services délivrés par rapport à une liste de services prédéfinis et peuvent recevoir un bonus qualité si les services sont en adéquation avec les normes et les standards. Pour cela, des vérifications sont réalisées dans les formations sanitaires et dans la communauté. Le montant des subsides permet de rembourser les services délivrés mais également de payer les primes des employé-e-s des centres de santé. La prime globale du personnel constitue la différence entre les recettes (dont les subsides) et les dépenses globales de la formation sanitaire (et ne doivent pas excéder 30% des subsides de la formation). Toutefois, celle-ci ne peut exister que si un bénéfice a été réalisé après la planification des dépenses de la formation sanitaire et qu'il existe une réserve d'argent permettant de couvrir 90 jours de fonctionnement de la formation sanitaire (hors stock de médicaments). Les primes individuelles sont calculées selon un outil d'indice qui doit être rempli de façon collaborative pour

assurer la transparence de la gestion des fonds au niveau de la formation sanitaire. Il permet de gérer la distribution des primes individuelles à partir de la prime globale selon des critères précis : qualification, ancienneté, responsabilité, jours d'absence, évaluation individuelle (Ministère de la Santé, 2013).

Le mécanisme d'achat du FBP pourrait permettre d'encourager les institutions et les individus à améliorer la quantité et la qualité des services par deux moyens : i) en attribuant plus d'autonomie en matière de gestion aux formations sanitaires, ce qui leur permettrait de réaliser les améliorations qu'elles souhaitent ; ii) en améliorant les autres fonctions du système de santé à un plus haut niveau, comme par exemple les systèmes de supervision des agent-e-s ou les méthodes de recueil des données de routine (Fritsche *et al.*, 2014). Ces deux processus sont également des moyens de répondre aux problématiques des ressources humaines des pays à faibles et moyens revenus, dont la motivation des agent-e-s de santé (Meessen *et al.*, 2011).

Des recherches antérieures sur la motivation des agent-e-s de santé au Burkina Faso, sans rapport avec le programme FBP, ont montré un niveau élevé de motivation intrinsèque, un sentiment de vocation professionnelle important des agent-e-s de santé et un fort sentiment de devoir aider la communauté, alors que les conditions de travail sont souvent considérées comme démotivantes (Lohmann *et al.*, 2017; Prytherch *et al.*, 2013). Les aspects financiers sont apparus comme relativement peu importants pour la motivation avant le programme FBP, les salaires étant largement acceptés, surtout par les cadres de niveau inférieur. Cependant, une étude sur les préférences des agent-e-s de santé pour un financement basé sur la performance avant la mise en œuvre du programme a révélé une grande réceptivité des agent-e-s de santé pour les primes (Yé *et al.*, 2016).

L'étude présentée dans ce chapitre vise à comprendre dans ce contexte particulier les effets du FBP sur la motivation des agent-e-s de santé et l'effet du contexte sur ces effets.

La théorie de l'auto-détermination

Le théorie de l'auto-détermination est de plus en plus utilisée comme cadre théorique pour comprendre la motivation dans un contexte de FBP (Borghi *et al.*, 2018; Lohmann *et al.*, 2018; Schriver *et al.*, 2018). Contrairement à la taxonomie de la motivation intrinsèque-extrinsèque qui dominait auparavant, cette théorie postule que le niveau d'autonomie menant à un certain comportement est plus important que ce qui stimule le comportement (stimulus interne contre stimulus externe) (Deci *et al.*, 2017). Alors que dans les conceptualisations antérieures de la motivation le comportement stimulé de l'extérieur était classé comme « motivation extrinsèque » et contrastait avec la « motivation intrinsèque » plus souhaitable, la théorie de l'auto-détermination postule que ce n'est pas l'origine du stimulus comportemental qui est important pour la qualité de la motivation mais plutôt le « lieu perçu de causalité » du comportement. Ce dernier fait référence à la congruence du comportement avec les valeurs, les convictions et les besoins individuels. Des réglementations externes telles que le FBP ou d'autres interventions sont souvent mises en place pour encourager les individus à adopter certains comportements. La théorie de l'auto-détermination part du principe que tant que ce comportement stimulé de l'extérieur est en congruence avec les valeurs, les convictions et les besoins individuels, une personne « internalisera » facilement le comportement (c'est-à-dire qu'elle le prendra comme sien) et fera l'expérience de ce que la théorie de l'auto-détermination appelle la « motivation autonome ». Cependant, si le comportement ne correspond pas aux valeurs, convictions et besoins individuels, il est probable que le comportement ne sera pas intériorisé, mais restera plutôt « motivé de manière contrôlée ». La recherche a constamment démontré que la motivation autonome est supérieure à la motivation contrôlée en ce qui concerne les performances ainsi que divers autres résultats liés au travail, tels que le bien-être, l'engagement organisationnel et le roulement (Deci *et al.*, 2017; Gagné & Deci, 2005; Miquelon & Vallerand, 2006).

Le théorie de l'auto-détermination postule en outre que la satisfaction de trois besoins psychologiques fondamentaux facilite le processus d'internalisation : i) un sentiment d'autonomie, c'est-à-dire le sentiment d'être en mesure de faire ce que l'on pense être le mieux au travail en tant que professionnel-le de la santé, dans les limites de la profession; ii) un sentiment de compétence, c'est-à-dire le sentiment de pouvoir agir avec efficacité au travail; et iii) un sentiment d'affiliation, c'est-à-dire le sentiment d'être reconnu-e, apprécié-e et respecté-e par les patient-e-s, les collègues et les supérieur-e-s.

Objectifs de l'étude

Notre étude explore comment le FBP affecte la motivation des agent-e-s de santé par son effet sur la satisfaction des besoins fondamentaux d'autonomie, de compétence et d'affiliation. En particulier, sur la base d'une compréhension émergente de l'importance du contexte dans la recherche interventionnelle en santé des populations (Craig *et al.*, 2018) et de la littérature plus large sur le comportement organisationnel (Johns, 2018), nous postulons que les facteurs préexistants liés au contexte organisationnel modèrent la mesure dans laquelle le FBP a un impact positif ou négatif sur la satisfaction des besoins fondamentaux et contribuent ainsi à l'internalisation des comportements incités par le FBP ou plutôt l'entravent. La figure 1 présente une représentation graphique des fondements conceptuels de cette étude.

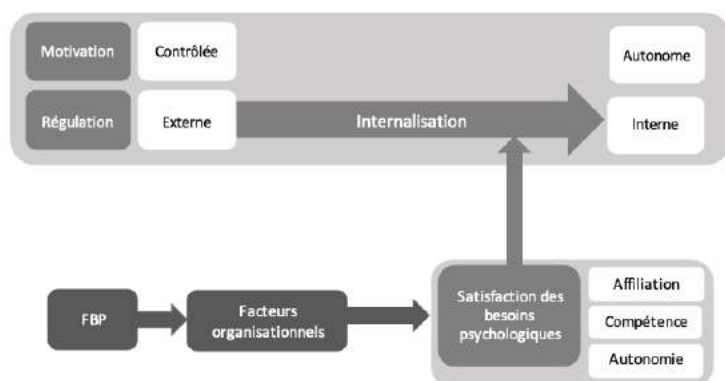


Figure 1. Cadre conceptuel de l'étude

Méthode

L'étude s'inscrivait dans un effort plus large d'évaluation du processus de mise en œuvre du FBP, qui a utilisé une méthode mixte selon une approche d'études de cas multiples et contrastées avec plusieurs niveaux d'analyse (Ridde *et al.*, 2017). L'étude s'est déroulée dans trois des 15 districts du FBP: Diébougou, Ouahigouya et Solenzo, qui représentent bien la situation moyenne des soins de santé dans le pays. Au niveau du district, les cas ont été sélectionnés pour représenter les niveaux de soins primaires et secondaires, ainsi que différents niveaux de performance avant le FBP au niveau primaire. Au total, deux hôpitaux de district (Centres Médicaux avec Antennes chirurgicales; CMA) et 18 centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) ont été échantillonnés. Dans le cadre de l'évaluation globale du processus, des entretiens qualitatifs approfondis avec les agent-e-s de santé des établissements échantillonnés ont été menés en novembre 2014 et en février 2015, environ un an après le début de la mise en œuvre du FBP au début de 2014. La méthode d'analyse en détail est présentée dans un article scientifique (Fillol, Lohmann *et al.*, 2019).

Résultats

Le FBP : un moyen de faire travailler plus et mieux les agent-e-s de santé?

Environ un an après le début du projet, la majorité des agent-e-s de santé a exprimé un sentiment de motivation accru grâce au FBP et en particulier à la présence de primes individuelles. La plupart a déclaré que l'anticipation des récompenses les a fait travailler plus ou mieux afin de gagner encore plus à l'avenir. Parmi les changements perçus, il y a par exemple des améliorations dans l'organisation des services, dans l'absentéisme, dans le domaine de la prévention des infections, ou encore dans l'information et dans l'accueil des patient-e-s. De nombreux et nombreuses agent-e-s de santé ont également fait état d'une augmentation des initiatives prises pour corriger les pratiques cliniques antérieures qui ne répondaient pas aux normes, notamment grâce au développement d'aptitudes et de compétences. Ces initiatives étaient perçues de façon positive, non seulement car cela permettait aux agent-e-s de mieux faire leur travail mais aussi car cela leur permettait de progresser pour un développement professionnel futur.

Ce FBP est une source de motivation, il encourage. C'est comme un tremplin qui pousse les gens à donner le meilleur d'eux-mêmes. [...] Il les encourage à faire des efforts même au-delà de leurs capacités. [...] Plus vous travaillez, plus vous êtes reconnu et plus vous recevez. Cela vous encourage donc à travailler beaucoup plus en termes de quantité et aussi de qualité. (Infirmière, CMA)

Les entretiens ont révélé de grandes différences entre les répondant-e-s en ce qui concerne l'accent qu'ils et elles mettent sur la prime individuelle par rapport à d'autres facteurs de motivation. Pour les personnes interrogées pour qui la prime individuelle est très importante, les retards de paiement importants enregistrés à plusieurs reprises pendant la période de mise en œuvre ainsi que les diverses perceptions d'injustice liées à la distribution des primes ont eu tendance à éclipser tout autre effet de motivation et ont joué un

rôle démotivant. Toutefois, pour la plupart des personnes interrogées, les effets négatifs des retards de paiement semblent être largement contenus par le professionnalisme des agent-e-s de santé et la reconnaissance des effets positifs du projet FBP sur leur situation professionnelle.

Nous avons prêté serment. Le FBP n'est qu'un plus. Pour moi, ressources ou non, cela n'a pas beaucoup d'importance. L'essentiel, c'est que le travail soit bien fait. J'ai toujours dit à mes collègues que c'est un plus. Mais certaines personnes ont pensé dès le début que le FBP est un moyen d'avoir beaucoup d'argent. Ce sont ceux qui pensent ainsi qui [les retards de paiement] découragent. (Infirmière, CSPS peu performant)

Indépendamment des aspects motivationnels du FBP qui sont de première importance, pratiquement tous et toutes les agent-e-s de santé semblent souscrire aux objectifs de l'intervention, qui renforcent essentiellement le respect des protocoles et des directives cliniques préexistants, ce qui indique un degré élevé d'internalisation.

En fin de compte, en tout cas, le FBP est une bonne chose. Il permet de mieux prendre en charge les patients que nous recevons au CSPA. Et cela permet aussi une bonne fréquentation du CSPA. Et troisièmement, cela nous permet d'avoir une petite motivation financière pour réaliser certaines choses. Voilà. (Infirmière, CSPA peu performant)

Bien que la plupart des personnes interrogées semblent avoir largement intériorisé le comportement incité par le projet FBP, il semble que certain-e-s agent-e-s de santé ne l'avaient pas entièrement fait au moment des entretiens, environ un an après l'introduction de l'intervention, comme l'indique l'utilisation d'expressions telles que « comme l'exige le projet FBP » (Sage-femme adjointe, CSPA très performant) ou « avec le FBP, je n'ai pas d'autre choix que de... » (Agent itinérant de santé [AIS], CSPA performant).

Comment les facteurs organisationnels ont-ils eu un impact sur la satisfaction des besoins fondamentaux et ont ainsi contribué à l'internalisation du FBP?

Trois groupes de facteurs organisationnels pertinents sont apparus, à savoir les hiérarchies, le retour d'information sur les performances et la disponibilité des ressources.

En premier lieu, de nombreux et nombreuses répondant-e-s ont parlé des fortes hiérarchies du système de santé burkinabè, de manière positive comme de manière négative. Dans certains établissements, le personnel estime que le ou la chef-fe de la formation sanitaire est le ou la seul-e responsable du FBP dans la mesure où il ou elle met en œuvre le programme sans implication ni communication avec les autres membres de la formation sanitaire. De nombreux et nombreuses agent-e-s de santé connaissaient le programme, mais ne pouvaient pas fournir de détails sur sa conception et sa mise en œuvre. Cela a été particulièrement problématique en ce qui concerne la répartition des primes individuelles parmi les agent-e-s de santé qui a été perçue comme un processus totalement opaque.

Pour [les primes], je ne sais vraiment pas. Parce que, vous voyez, nos responsables, ce sont eux qui gèrent. Et nous n'attendons que le jour où ils viendront nous dire nos primes. Si nous, les agents de santé, pouvions tous être impliqués, cela nous rendrait heureux. Mais nous ne le savons pas [...] c'est vrai que nous avons des primes, mais les gens ici ne connaissent pas le calendrier de paiement de ces primes : est-ce mensuel, tous les 2 mois, nous ne pouvons savoir. C'est le responsable qui détient ces secrets. (Sage-femme assistante, CSPS performant)

Pour certaines personnes interrogées, cela a renforcé le sentiment d'impuissance préexistant concernant leur influence sur le fonctionnement de la formation et leur valorisation en tant qu'agent-e-s de santé précieux et précieuses et bien informé-e-s, comme l'expriment des phrases telles que « de toute façon, on ne nous écouterait jamais » (sage-femme assistante, CSPS peu performant) et

« ils sont nos employeurs, que pouvons-nous faire? » (sage-femme, CSPS peu performant). Ceci a un impact négatif sur la satisfaction de leurs besoins fondamentaux d'autonomie et d'affiliation.

Dans d'autres établissements, en revanche, un bon travail d'équipe préexistant et des hiérarchies relativement horizontales ont favorisé une introduction participative et transparente du FBP qui, à son tour, a permis de satisfaire les besoins fondamentaux des agent-e-s de santé. Dans un CSPS très performant, par exemple, une infirmière a parlé avec enthousiasme de l'esprit participatif du FBP : « nous faisons des réunions de service, nous expliquons, tout le monde sait comment danser maintenant ». Dans le même établissement, un autre infirmier a exprimé son appréciation de ce nouvel esprit participatif en parlant comment « dès que l'argent est transféré, nous nous asseyons en réunion, nous calculons ensemble, nous faisons les différentes parties, les absences, les vacances et tout le reste, nous soustrayons et selon les qualifications, chacun de nous sait ce qu'il doit prendre. Vraiment, ici, nous faisons tout ensemble », ce qui a des effets positifs sur la satisfaction de son besoin d'affiliation. La sage-femme assistante de l'établissement a décrit comment « il y a des choses que nous ne faisons pas, au début c'était difficile de toute façon [...] mais c'est devenu de l'eau à boire. Comme ça, vraiment, si vous voyez maintenant une femme, vous arrivez à le faire vous-même, vous êtes fier de vous, vous savez que vous avez pris soin d'elle », signalant une contribution positive à la satisfaction de son besoin de compétence.

Dans un cas au moins, le projet FBP semble avoir donné l'occasion de briser les fortes hiérarchies antérieures en donnant la possibilité aux agent-e-s de s'exprimer officiellement sur les performances des établissements. Un cadre de santé a déclaré que, contrairement aux normes comportementales précédentes, grâce au FBP, il se sentait à l'aise pour conseiller son supérieur sur les questions de gestion des établissements, contribuant ainsi positivement à la satisfaction de ses besoins fondamentaux d'autonomie et d'affiliation. « Quand le FBP est arrivée, j'ai dit au commandant : Vous devriez réduire l'absentéisme, sinon la maternité va empirer au lieu de s'améliorer. » (AIS, CSPS performant)

Des hiérarchies rigides semblent avoir un impact sur les besoins fondamentaux et la satisfaction, non seulement en ce qui concerne les relations au sein de l'établissement, mais aussi en ce qui concerne l'intervention de manière plus générale. De nombreux et nombreuses agent-e-s de santé ont le sentiment que le FBP a été introduit par une directive et sans tenir compte des réalités de leur travail à bien des égards, ce qui contribue négativement à leurs besoins fondamentaux en matière d'affiliation et de compétence.

Maintenant, il y a beaucoup de documentation. Si vous ne le faites pas, quand le vérificateur arrive, c'est comme si vous n'aviez rien fait, c'est zéro. Donc vous devez prendre du temps et quand vous prenez du temps, il y a des patients qui se plaignent, [...] plus il y a de gens qui attendent dehors. Quand j'étais dans l'Est, il n'y avait pas de FBP. De 7h à 14h, nous avons pris pas moins de 100 patients, mais nous ne pouvons pas le faire ici. Si vous le faites, vous ne serez pas payés.
(Responsable, CSPS peu performant)

Le FBP n'achète pas tous les services. Pour ceux dont les services ne sont pas achetés, cela peut induire un sentiment de dévalorisation: « c'est comme si leur travail n'était pas valorisé [...] ». C'est une frustration. » (Infirmière, CMA). Un cas particulier est celui des agent-e-s itinérant-e-s de santé (AIS) qui, en principe, ne sont pas censé-e-s fournir des soins curatifs ou procéder à des accouchements et qui n'ont pas appris à le faire dans leur formation initiale. Cependant, dans la pratique, ils et elles effectuent souvent ces tâches en raison de la pénurie générale de personnel, d'autant qu'ils et elles ont souvent reçu une formation continue correspondante.

Quand le FBP est arrivé, ils ont dit que les accouchements étaient effectués par un travailleur de la santé non qualifié : nous sommes traités comme des agents de santé non qualifiés. Et pourtant, un AIS peut accoucher correctement, mieux qu'une sage-femme assistante avec deux ans de service. J'ai sept ans de service à la maternité, une sage-femme qui vient de sortir [de l'école] ne peut pas faire ce que je fais. Elle est plus que moi, mais ce que je sais de la maternité, elle ne le sait pas! (AIS, CSPS performant)

En deuxième lieu, le retour sur les compétences et les pratiques est essentiel dans la mise en œuvre du FBP. Bien que des processus formels de retour d'information sur les performances aient été mis en place avant même l'introduction du FBP, il a agi pour renforcer leur mise en œuvre régulière, ce qui était déjà un problème auparavant. Certain-e-s agent-e-s de santé ont indiqué qu'ils et elles appréciaient les commentaires tant positifs que négatifs, qu'ils et elles les considéraient comme une reconnaissance de leur travail et des conseils constructifs sur la manière de s'améliorer encore, renforçant ainsi la satisfaction de leurs besoins de compétence et d'affiliation.

Ce que j'aime dans le FBP, ce ne sont pas les ressources que nous recevons. Toute personne qui fait un travail et qui vient ensuite vous dire « votre travail, il est impeccable », c'est une satisfaction non mesurable. Mais si quelqu'un vient vous dire que ce que vous faites là, ce n'est pas bien, c'est une déception totale. Donc, pour moi personnellement, le FBP nous a amené à travailler en quantité et en qualité. Le *feedback*, c'est une satisfaction pour nous, c'est une source de motivation. (AIS, CSPS performant)

En revanche, certain-e-s professionnel-le-s de la santé ont déclaré avoir ressenti un sentiment d'incompétence et même de honte à cause de commentaires négatifs. Par exemple, un agent de santé a décrit comment les évaluations négatives avaient affecté sa compétence perçue.

Le jour de l'audit, quand on a des zéros, on se regarde [...] c'est honteux. On est tous là, on assiste, on dit qu'ici et là, ça ne marche pas, donc zéro, zéro, et on est traumatisé. C'est vraiment mortifiant pour vous. (AIS, CSPS peu performant)

Les sentiments quant aux retours sur les pratiques dépendent essentiellement du mode de direction et de supervision des responsables de l'établissement. Par exemple, dans un établissement, une agente de santé a expliqué comment le responsable l'avait fait participer activement, décrivant comment cela lui avait donné le sentiment d'être reconnue et d'être autonome, renforçant son besoin de compétence et d'autonomie.

On veut être d'accord avec son évaluation. Que ce soir clair, ce que vous avez bien fait, ce que vous avez mal fait, pourquoi vous méritez l'évaluation que vous avez reçue. Il doit y avoir un consensus. Pour moi, c'est une responsabilité. (Infirmière, CMA)

En troisième lieu, la disponibilité des ressources est un déterminant essentiel qui contribue à la mise en œuvre du FBP. Alors qu'il semble que certains établissements aient utilisé les fonds du FBP pour améliorer la disponibilité des fournitures médico-techniques, ce qui a eu un impact positif sur la perception de la capacité des agent-e-s de santé à bien travailler et a donc renforcé leur besoin fondamental de compétence, cela semble ne pas avoir été le cas dans d'autres.

La difficulté que nous rencontrons dans la mise en œuvre du FBP, du moins dans ma maternité, est que le matériel fait défaut. Nous avons fait tout ce que nous pouvions pour les avoir, mais il manque toujours quelque chose. Ils disent que nous devrions avoir au moins 4 ou 5 lits d'accouchement, mais c'est compliqué pour nous. (Sage-femme assistante, CSPS peu performant)

Un problème commun à tous les établissements de santé et persistant avec le FBP était la perception d'un manque de ressources humaines. Dans certains établissements de santé, les agent-e-s de santé ont expliqué qu'ils et elles ne pouvaient pas atteindre les objectifs du projet FBP en raison d'un manque de personnel. Le FBP a créé ce sentiment d'augmentation de la charge de travail en mettant à disposition certaines ressources techniques et en appliquant le respect rigoureux des directives de traitement, ce qui augmente le temps consacré aux consultations, y compris à la documentation (par exemple : partographes, liste de contrôle de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance [PCIME]). De nombreux et nombreuses agent-e-s de santé ont réagi de manière ambivalente à cette nouvelle situation, appréciant et approuvant les objectifs de l'intervention, mais percevant simultanément la charge de travail accrue comme une surcharge et un obstacle à l'accomplissement adéquat de toutes les tâches, ce qui pèse sur leur besoin de compétence.

Nous n'avons pas le personnel nécessaire pour [un travail de qualité]. Si vous êtes au dispensaire et que vous devez y être pour consulter de 8h à 17h, et que dans le même temps la sage-femme est seule avec plus de 60 enfants pour le suivi de la croissance. Quand il n'y a pas trop à faire au dispensaire, nous pouvons vous aider, parce que [...] il y a vraiment beaucoup à faire. [...] La plupart des CSPS sont composés d'une infirmière, d'un AIS et d'une sage-femme. Il va sans dire que lorsque l'infirmière n'est pas là, la qualité de la consultation n'est pas au rendez-vous. Le personnel est si réduit que très souvent, lorsqu'il vient pour l'évaluation de la qualité, cela nous fait perdre beaucoup de points. (Infirmière, CSPS performant)

Discussion

En utilisant la théorie de l'auto-détermination et le concept de besoins psychologiques fondamentaux, notre étude visait à mettre en lumière la manière dont le FBP, tel qu'il est mis en œuvre dans les réalités professionnelles préexistantes, peut promouvoir ou entraver l'internalisation des comportements incités par le FBP, en favorisant ou en contrecarrant une motivation autonome. Les résultats montrent que la mesure dans laquelle le FBP a eu un impact positif sur la motivation dépendait entre autres de l'expérience des agent-e-s de santé dans leur contexte, au-delà de la personnalité et de la disposition individuelles des agent-e-s de santé. Le leadership des responsables des formations sanitaires et les ressources de celles-ci avant la mise en œuvre du FBP sont particulièrement importantes dans les perceptions des agent-e-s de santé.

Importance clé du leadership

La perception qu'ont les agent-e-s de santé des compétences et du style de leadership du responsable de la formation sanitaire a semblé être d'une grande importance pour un processus constructif de mise en œuvre du FBP et des effets positifs ultérieurs sur la satisfaction des besoins fondamentaux des agent-e-s de santé. Cela

avait déjà été constaté dans le cadre d'autres interventions antérieures au Burkina Faso ainsi que dans la littérature plus large sur la motivation au travail (Belaid & Ridde, 2015; Gagné, 2014; Meda *et al.*, 2012). Dans le cas du Burkina Faso et de contextes similaires avec une forte présence de hiérarchie, nos résultats impliquent que le soutien et la formation au leadership dans le contexte du FBP ou d'interventions similaires dans le système de santé pourraient être très favorables au développement de formes positives et durables de motivation au travail. En aidant les dirigeant-e-s à passer d'un style de leadership directif à un style de leadership participatif, les responsables de la mise en œuvre des programmes FBP peuvent soutenir le développement de sentiments de valorisation, de confiance et de compétence perçue, ce qui, en fin de compte, favorise les performances dans le contexte du FBP et au-delà. Des stratégies simples peuvent consister à encourager les membres du personnel à exprimer leurs opinions et leurs idées dans un environnement libre de jugement et de conséquences et à prendre des décisions relatives à l'établissement. La transparence, par exemple dans le cadre des réunions régulières du personnel ou des réunions entre superviseur-e-s et subordonné-e-s.

FBP : du succès (seulement) au succès?

L'une des hypothèses clés du projet FBP est que la fourniture de ressources en fonction des performances permettra aux établissements de santé d'améliorer progressivement leurs performances (Fritsche *et al.*, 2014). Dans la pratique, il est depuis longtemps reconnu qu'un certain niveau de performance de base, notamment au plan des infrastructures et de ressources à grande échelle, pourrait être nécessaire pour que le FBP déclenche des cycles positifs ou une amélioration de la performance (Fritsche *et al.*, 2014). Renmans *et al.* (2017) parlent de succès pour ceux et celles qui sont déjà en position de réussite (success to the successful) dans une publication récente. De nombreuses interventions FBP ont donc comporté un volet de démarrage initial pour amener les installations à un certain niveau de performance à partir duquel elles pourraient

ensuite se transformer. Au Burkina Faso, un tel volet de démarrage initial avait été prévu à l'origine (Ministère de la Santé, 2013), mais n'a pas été mis en œuvre par la suite en raison de contraintes budgétaires.

Nos résultats s'alignent sur ces expériences car les établissements ayant de bonnes capacités organisationnelles avant le FBP, notamment au plan des ressources humaines et de leadership, semblent avoir relativement bien réussi à développer leurs performances avec le FBP, avec des conséquences largement positives pour la satisfaction des besoins psychologiques de base. En revanche, les établissements ayant de faibles capacités organisationnelles avant le FBP semblaient coincés et incapables de sortir de cette situation de faible performance. Non seulement cette situation n'était pas propice à des formes de motivation positives, mais elle contrecarrait les besoins fondamentaux des agent-e-s de santé en matière de compétence, d'affiliation et d'autonomie. Les risques d'un renforcement des inégalités sont donc grands.

Conclusion

Alors que l'importance cruciale du contexte de mise en œuvre est de plus en plus reconnue dans la communauté FBP, les recherches explicites sont encore rares, notamment sur les facteurs contextuels en tant que modérateurs des effets motivationnels. Notre étude contribue à combler ce manque de connaissances en fournissant des données probantes sur l'importance des styles de leadership perçus et des niveaux de performance avant la mise en œuvre pour modeler les réactions de motivation des agent-e-s de santé au projet FBP. Des interventions supplémentaires visant à encourager un leadership participatif plutôt que directionnel ou un soutien au démarrage des établissements de santé peu performants pourraient donc non seulement renforcer les effets du FBP en ce qui concerne la qualité des soins, mais aussi favoriser le développement de formes positives et durables de motivation autonome.

Remerciements

Cette étude n'aurait pas été couronnée de succès sans les contributions de Maurice Yaogo et Sylvie Zongo, qui ont géré et supervisé la production des données, et de Guillaume Kambire, Saliou Sanogo, Mariétou Ouedraogo, Souleymane Ouedraogo, Vincent Paul Sanon, Idriss Gali Gali, Vincent Koudougou, Assita Keita, Maimouna Sanou, Elodie Ilboudo et Ahdrmane Sow, qui ont recueilli les données dans les centres de santé.

Bibliographie

- Allegri, M. D., Bertone, M. P., McMahon, S., Chare, I. M. & Robyn, P. J. (2018). Unraveling PBF effects beyond impact evaluation: Results from a qualitative study in Cameroon. *BMJ Global Health*, 3. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000693>
- Fritsche, G. B., Soeters, R. & Meessen, B. (2014). *Boîte à outil: Financement basé sur la performance*. Banque mondiale.
- Belaid, L., & Ridde, V. (2015). Contextual factors as a key to understanding the heterogeneity of effects of a maternal health policy in Burkina Faso? *Health Policy & Planning*, 30(3), 309-321. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu012>
- Bertone, M. P., Falisse, J.-B., Russo, G. & Witter, S. (2018). Context matters (but how and why?) A hypothesis-led literature review of performance based financing in fragile and conflict-affected health systems. *PLOS ONE*, 13(4), e0195301. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195301>
- Bertone, M. P., Lagarde, M. & Witter, S. (2016). Performance-based financing in the context of the complex remuneration of health workers: Findings from a mixed-method study in rural Sierra Leone. *BMC Health Services Research*, 16(286). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1546-8>

- Bhatnagar, A. & George, A. S. (2016). Motivating health workers up to a limit: Partial effects of performance-based financing on working environments in Nigeria. *Health Policy & Planning*, 31(7), 868-877. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw002>
- Borghi, J., Lohmann, J., Dale, E., Meheus, F., Goudge, J., Oboirien, K. & Kuwawenaruwa, A. (2018). How to do (or not to do)... Measuring health worker motivation in surveys in low- and middle-income countries. *Health Policy & Planning*, 33(2), 192-203. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx153>
- Chimhutu, V., Lindkvist, I. & Lange, S. (2014). When incentives work too well: Locally implemented pay for performance (P4P) and adverse sanctions towards home birth in Tanzania – a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14(23). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-23>
- Craig, P., Ruggiero, E. D., Frohlich, K. L. et al. (2018). *Taking account of context in population health intervention research: Guidance for producers, users and funders of research*. NIHR Journals Library.
- Deci, E. L., Olafsen, A. H. & Ryan, R. M. (2017, 21 mars). *Self-determination theory in work organizations: The state of a science (world)* [Review-article]. [Http://Dx.Doi.Org/10.1146/Annurev-Orgpsych-032516-113108](http://Dx.Doi.Org/10.1146/Annurev-Orgpsych-032516-113108); Annual Reviews. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113108>
- 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>
- Gagné, M. (2014). *The Oxford Handbook of Work Engagement, Motivation, and Self-Determination Theory*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199794911.001.0001>
- Gagné, M. & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 331-362. <https://doi.org/10.1002/job.322>

- Ireland, M., Paul, E. & Dujardin, B. (2011). Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? *Bulletin of the World Health Organization*, 89(9), 695-698. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.087379>
- Johns, G. (2018). Advances in the treatment of context in organizational research. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5(1), 21-46. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104406>
- Lohmann, J., Muula, A. S., Houliort, 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., Houliort, N., Robyn, P. J., Somda, S. M. A. & 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). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0208-1>
- 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 & Planning*, 33(2), 183-191. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx156>
- Meda, Z. C., Konate, L., Ouedraogo, H., Sanou, M., Hercot, D. & Sombie, I. (2012). Leadership et vision exercée pour la couverture universelle des soins dans les pays à faible revenu. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 21(3), 178-184. doi:10.1684/san.2011.0268
- Meessen, B., Soucat, A. & Sekabaraga, C. (2011). Performance-based financing: Just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of the World Health Organization*, 89(2), 153-156. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.077339>

- Ministère de la Santé. (2013). *Guide de mise en oeuvre du financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé*. Ministère de la santé, Ouagadougou. http://www.dev.bluesquare.org/openrbf/cside/contents/docs/Guide_de_mise_en_oeuvre_du_FBR_dans_le_secteur_de_la_sant%C3%A9_a_Burkina_Faso.pdf
- Miquelon, P. & Vallerand, R. J. (2006). Goal motives, well-being, and physical health: Happiness and self-realization as psychological resources under challenge. *Motivation and Emotion*, 30(4), 259-272. <https://doi.org/10.1007/s11031-006-9043-8>
- Ogundeji, Y. K., Jackson, C., Sheldon, T., Olubajo, O. & Ihebuzor, N. (2016). Pay for performance in Nigeria: The influence of context and implementation on results. *Health Policy & Planning*, 31(8), 955-963. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw016>
- Prytherch, H., Kagoné, M., Aninanya, G. A., Williams, J. E., Kakoko, D. C., Leshabari, M. T., Yé, M., Marx, M. & Sauerborn, R. (2013). Motivation and incentives of rural maternal and neonatal health care providers: A comparison of qualitative findings from Burkina Faso, Ghana and Tanzania. *BMC Health Services Research*, 13(149). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-149>
- Renmans, D., Holvoet, N. & Criel, B. (2017). Combining theory-driven evaluation and causal loop diagramming for opening the « black box » of an intervention in the health sector: A case of performance-based financing in western Uganda. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(9), 1007. <https://doi.org/10.3390/ijerph14091007>
- Renmans, D., Holvoet, N., Criel, B. & Meessen, B. (2017). Performance-based financing: The same is different. *Health Policy & Planning*, 32(6), 860-868. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx030>
- Renmans, D., Holvoet, N., Orach, C. G. & Criel, B. (2016). Opening the « black box » of performance-based financing in low- and lower middle-income countries: A review of the literature. *Health Policy & Planning*, 31(9), 1297-1309. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw045>

- 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*. <https://doi.org/10.1002/hpm.2439>
- Savedoff, W. D. & Partner, S. (2010). *Basic economics of results-based financing in health*. Social Insight.
- Schrivver, M., Cubaka, V. K., Itangishaka, S., Nyirazinyoye, L. & Kallestrup, P. (2018). Perceptions on evaluative and formative functions of external supervision of Rwandan primary healthcare facilities: A qualitative study. *PLOS ONE*, 13(2), e0189844. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189844>
- Soucat, A., Dale, E., Mathauer, I. & Kutzin, J. (2017). Pay-for-performance debate: Not seeing the forest for the trees. *Health Systems & Reform*, 3(2), 74-79. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1302902>
- 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).
- Witter, S., Fretheim, A., Kessy, F. L. & Lindahl, A. K. (2012). Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007899.pub2>
- Yé, M., Diboulo, E., Kagoné, M., Sié, A., Sauerborn, R. & Loukanova, S. (2016). Health worker preferences for performance-based payment schemes in a rural health district in Burkina Faso. *Global Health Action*, 9(1). <https://doi.org/10.3402/gha.v9.29103>

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-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