

24. Les déterminants de la pérennité d'un projet de financement basé sur la performance au Burkina Faso

MATHIEU SEPPEY, VALÉRY RIDDE ET PAUL-ANDRÉ SOMÉ

Introduction

Les objectifs de développement durable des Nations Unies ont fait de la pérennité une question majeure (Programme des Nations Unies pour le Développement, 2017)¹. Cependant, le concept de pérennité reste peu étudié, ce qui entraîne un manque de consensus autour du concept et de ses différents mécanismes (Moore *et al.*, 2017). Les différents déterminants (obstacles ou facilitateurs) de la pérennité restent donc occultés, laissant les parties prenantes des interventions sanitaires sans ressources face à cette question. Le financement basé sur la performance (FBP) pourrait être un exemple de cette situation, dans lequel la pérennité est peu comprise (Seppey *et al.*, 2017; Shroff, Tran *et al.*, 2017).

Tous les types d'interventions peuvent être évalués du point de vue de la pérennité, car ce concept est fortement lié au processus de mise en œuvre et concerne la routinisation des activités de l'intervention au sein d'une organisation hôte (Pluye *et al.*, 2000). L'évaluation des interventions FBP est utile car ce type d'intervention est l'un des plus mis en œuvre dans les systèmes de santé des pays à

1. Cet article est une traduction et adaptation d'un article paru en anglais : Seppey, M., Somé, P.-A. & Ridde, V. (2021). Sustainability determinants of the Burkinabe performance-based financing project. *Journal of Health Organization and Management*, 35(3), 306-326. <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2020-0137>

faible et moyen revenu (Shroff, Bigdeli *et al.*, 2017). De plus en plus de chercheurs et chercheuses étudient le FBP, mais peu se concentrent sur la pérennité (Paul, 2016; Seppey *et al.*, 2017).

Le FBP au Burkina Faso

En 2011, le FBP a commencé par la mise en œuvre d'un projet pilote dans trois districts sanitaires du Burkina Faso. Différentes évaluations en 2012 ont suggéré que le projet FBP devrait être poursuivi avec quelques modifications. Par conséquent, en 2013, une mise à l'échelle a eu lieu dans 12 districts supplémentaires (15 districts au total) dans six régions. Ceci consiste à une mise en œuvre du projet dans 561 centres de santé et de promotion sociale (CSPS), qui servent de centres de santé de première ligne, et dans 11 centres médicaux dotés d'antennes chirurgicales (CMA), et quatre centres hospitaliers régionaux (CHR), qui sont tous deux des centres de santé de deuxième ligne (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2013). Les deux projets FBP (2011 et 2013) ont été financés par la Banque mondiale (BM). Le but était d'améliorer la performance du système national de santé par le biais de différents sous-objectifs tels que l'augmentation de la quantité et de la qualité des services de santé, le renforcement du système de suivi ou le renforcement des partenariats (public, privé, personnel et communauté) (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2013).

Le processus du FBP consiste à fixer les prix des services en fonction de leur quantité fournie et sont ajustés en fonction de leur qualité. Ce processus est mené par le ministère de la Santé (en tant que régulateur) avec l'aide de ses équipes de gestion nationales, régionales et de district (ECD : Équipe cadre du district). Les centres de santé tels que les CSPS, les CMA et les CHR (prestataires de services) offrent des services, qui sont ensuite évalués qualitativement et quantitativement par une agence indépendante (ACV : Agence de contractualisation et de vérification des services) qui évalue si les services seront achetés ou non par le PADS (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2013).

Depuis le début du FBP au Burkina Faso en 2011, une grande instabilité sociopolitique s'est produite. De 2011 à 2017, six ministres de la Santé ont été en charge. En 2014, le pays a été confronté à une insurrection sociale due à la volonté du président Compaoré de modifier la Constitution pour permettre la poursuite de sa présidence. Le président a alors été évincé, suivi d'un gouvernement de transition, d'un coup d'État (2015) et du rétablissement du gouvernement de transition par l'armée.

L'objectif de ce chapitre est d'utiliser cette expérience du FBP au Burkina Faso comme une étude de cas et d'identifier les différents déterminants affectant la pérennité (Sepey *et al.*, 2017).

Méthodes

Cadre conceptuel

Si la nécessité d'interventions durables est généralement bien comprise, la définition de la pérennité reste non consensuelle (par exemple, durabilité, maintien, continuation, etc.) (Moore *et al.*, 2017). Le cadre conceptuel utilisé dans cette étude de cas est basé sur les déterminants, les processus et les niveaux de routinisation de la pérennité (Pluye *et al.*, 2004; Sepey *et al.*, 2017). Selon ce cadre, cinq déterminants sont identifiés : 1) la mémoire organisationnelle (par exemple, la capacité à mobiliser des ressources pour maintenir les activités); 2) les codes et les valeurs (par exemple, la compatibilité culturelle entre l'intervention et l'organisation d'accueil); 3) les règles et les procédures (par exemple, l'intégration des tâches au sein de l'organisation d'accueil); 4) l'adaptation (par exemple, la capacité à adapter l'intervention au contexte de mise en œuvre); et 5) les relations entre les parties prenantes (par exemple, les types de communication et leur qualité). Les niveaux de routinisation des activités sont également évalués en fonction de leur statut officiel et de leur intégration; la routinisation peut alors être nulle (activités interrompues), précaire (activités non officielles dépendant de parties prenantes spécifiques, non liées au cœur de l'intervention), faible

(activités officielles mais non systématiques), modérée (activités stables) ou élevée (activités mises en œuvre à une échelle plus grande ou à un niveau plus élevé) (Pluye *et al.*, 2004).

Collecte de données

Sites

L'évaluation de la pérennité a été intégrée dans un projet de recherche plus vaste qui s'est déroulé dans trois districts qui ont été délibérément choisis pour l'étude sur la base de l'accès, la diversité des régions et la représentativité du système national de santé. Au sein de chacun de ces trois districts, un CMA ou un CHR a été sélectionné avec six CSPS qui ont été délibérément choisis sur la base de leur critère de performance avant l'intervention (élevé, moyen et faible) pour un total de 21 sites (Zombré *et al.*, 2016). L'étude de la pérennité a ensuite été fixée dans un sous-échantillon d'un de ces districts pour des raisons de sécurité et de temps/ressources.

Participant-e-s

Entre quatre et huit participant-e-s par établissement ont été interrogé-e-s par le premier auteur avec l'aide d'un interprète si nécessaire (deux entretiens). S'y trouvaient des professionnel-le-s de santé (de l'agent-e itinérant-e de santé [AIS] aux infirmiers et infirmières en chef-fe de poste [ICP] et aux équipes cadre de districts), le comité de gestion (COGES) et l'ASMADE. D'autres entretiens ont été effectués à Ouagadougou auprès de personnes clés (tableau 1). Les participant-e-s ont été invité-e-s à un entretien approfondi sur la base de leur connaissance du projet, de leur disponibilité et de leur appartenance aux différents rôles dans le système de santé. En raison du nombre d'entretiens et de la variété des perspectives, un point de saturation des données a été atteint, aucune nouvelle information n'ayant été collectée après les 37 entretiens (Green & Thorogood, 2018).

Tableau 1 Échantillonnage des participant-e-s

Domaines de la santé (2 CSPS)	Agent-e-s de santé (AIS, infirmiers-ères, sages-femmes)	5
	Gestion (ICP)	2
	COGES	3
	Assurance maladie (ASMADE)	1†
District sanitaire (CMA et autres organisations)	Agent-e-s de santé (médecins, infirmiers-ères)	3
	Gestion (ECD)	1
	Assurance maladie	2
	ACV	1
	Syndicat	1‡
Niveau central	Acheteur de services (PADS : Programme d'appui au développement sanitaire)	3
	Équipe d'implantation (Cellule FBP)	4
	Gestionnaires seniors (Directions générales de la santé, de la protection sociale-promotion et mutuelle, des études et des statistiques sectorielles et des établissements de la santé)	6§
	Experts externes (organisations : SERSAP, Terre des Hommes, Banque mondiale)	3
	ACV	1¶
	Assurance maladie	1
Total des entretiens		37

†faisait auparavant partie du COGES;

‡aussi membre du personnel de santé;

§trois de ces participant-e-s avaient également des positions dans d'autres directions liées à la mise en œuvre du FBP;

¶ le directeur et un agent d'une ACV ont tous deux participé à l'entretien

Données et analyses

Les entretiens ont été enregistrés sur support audio, menés avec un guide basé sur le cadre conceptuel, transcrits, anonymisés et codés avec le logiciel QDA Miner ©. Ils ont eu lieu sur le lieu de travail des participant-e-s ou à leur domicile, selon leur préférence, et ont duré entre trente minutes et deux heures. Des observations ont également été faites et incluses dans l'analyse. Une analyse thématique déductive et inductive a été réalisée sur la base du cadre conceptuel et des thèmes émergents du processus de codage (Green & Thorogood, 2018).

Résultats

La présentation des résultats suivra les cinq déterminants de la pérennité selon le cadre conceptuel. En examinant la présence ou l'absence inégale de ces déterminants, nous avons estimé que le projet présentait un faible niveau de pérennité (tableau 2).

Mémoire organisationnelle

Ressources de pré-intervention

Peu de ressources (informationnelles, humaines, financières ou matérielles) ont été mises à la disposition des centres de santé avant le début du projet. Après l'achat de « petit matériel » (par exemple, des chemisiers, du matériel médical de base) et d'autres investissements non spécifiques au projet, des ateliers ont été organisés pour l'ECD et les professionnel-le-s de santé, ainsi que pour les membres des directions nationales (qui ont entrepris des missions internationales au Rwanda ou au Cameroun). Un plan d'investissement pour les centres de santé les plus pauvres a également été discuté : « Une prime pour l'amélioration de la qualité avait été prévue mais n'a jamais été mise en pratique. Elle nécessitait trop de fonds. » (Expert externe #3).

Expertise

Les ateliers ont permis de créer une expertise sur le FBP et sa mise en œuvre, principalement au sein des groupes de gestionnaires et de praticien-ne-s. Les parties prenantes ayant un niveau hiérarchique inférieur (AIS ou agent-e-s de santé communautaire [ASC]) ou extérieurs au système de santé (ASMADE, ACV, COGES ou communes) avaient également moins d'expertise en raison d'un manque de diffusion de l'information provenant des niveaux supérieurs. Les nouveaux et nouvelles membres du personnel n'étaient pas non plus systématiquement formé-e-s : « Ils étaient seuls, c'était une formation informelle. C'est souvent lors des réunions que nous leur donnons un peu d'information. » (Agente de santé #7). Le taux élevé de rotation du personnel, du niveau national au niveau local, a également entravé la création d'une expertise à long terme : « En Afrique, les gens bougent beaucoup. Si vous formez des gens aujourd'hui, il n'est pas sûr qu'il en restera un tiers l'année prochaine. » (Gestionnaire senior #6).

Intégration des ressources

Des investissements ont été réalisés dans le cadre du projet : matériel médical ou chirurgical, lits, motos, hangars ou panneaux solaires. Ces investissements ont été réalisés principalement pour atteindre les critères de qualité du projet : « Quand il y a le panneau avec le plan de la structure, il vous donne des points ou de l'argent. » (ACV #1). Les investissements ont été planifiés avec le plan d'aide à la planification (PAP) mais n'ont pas toujours été approuvés par la hiérarchie : « Si le district décide d'acheter du matériel medicotechnique, on ne peut pas le faire comme ça sans l'avis du ministre. » (PADS #1). Le recrutement du personnel a également été limité à des périodes de courte durée : « L'État n'était pas favorable car, en fait, cela a causé un problème lié aux emplois au Burkina. L'État dit : attention, si demain vous ne pouvez pas les payer, il y aura des problèmes avec la justice. » (PADS #1).

L'intégration des ressources était problématique sur deux fronts. Les primes individuelles étant tirées des revenus des centres, des stratégies ont été établies pour les maximiser en réduisant au minimum les dépenses des centres. Cette préférence pour les primes individuelles par rapport aux investissements organisationnels s'explique par le taux de rotation du personnel : « Il y a même des gens sur le terrain qui nous ont dit qu'il valait mieux carreler sa maison plutôt que le centre de santé... J'irai dans trois ans. En quoi cela m'aide-t-il? » (Cellule FBP #1). Si le PAP a permis d'identifier les besoins organisationnels, les nouveaux investissements pourraient créer des tensions et de la concurrence entre des groupes ayant des priorités différentes. La frustration était également créée par les retards dans la réception des ressources (jusqu'à neuf mois), en particulier pour les primes individuelles, ce qui donnait envie d'arrêter le projet : « Ils n'ont qu'à reprendre leur FBP et à partir. » (Syndicaliste #1).

Stabilisation des ressources

Si l'intégration des ressources était complexe, leur stabilisation n'était pas prévue à long terme, que ce soit au niveau local (« Nous y réfléchissons, mais nous n'avons pas encore d'idée » (COGES #3)), au niveau des districts (« Il n'y a pas de dispositif comme celui qui dit qu'après 2018, voici ce que 2016 prévoit pour assurer la continuité. Cela n'existe pas. » (Gestionnaire #3)), ou le niveau national (« Maintenant la question est « Qui finance le FBP? » » (Cellule FBP #1)). L'engagement de l'État dans le FBP était également faible : « Nous ne sentons pas l'État dans le FBP. » (Gestionnaire senior #2).

Leadership

La direction du projet est principalement assurée par la cellule FBP qui est chargée de la mise en œuvre et sert d'intermédiaire entre les opérations sur le terrain et le niveau de décision gouvernemental. En n'ayant pas le pouvoir de prendre des décisions malgré son rôle clair de leader, la cellule FBP se voyait restreinte dans ses actions. Un manque de leadership de la part de l'État a été observé : « C'est au ministère [des finances] de défendre les stratégies qu'il met en place pour faire jouer son rôle au système de santé. » (Gestionnaire senior #6); « J'ai dû me lever et aller voir le ministère de la Santé pour lui dire que nous devons faire ceci, cela et cela. J'ai dû aller voir le directeur général pour lui dire qu'il fallait s'organiser. » (Gestionnaire senior #2). Le rôle de certaines personnes en faveur ou en défaveur du projet a également été notable : « Quand [X] est arrivé, les efforts ont diminué. Tout dépend de la compréhension que la personne a du projet. » (Expert externe #3).

Risques

Des risques ont été pris pour assurer la bonne mise en œuvre du projet. Tout d'abord, la cellule FBP a été relocalisée à deux reprises au sein de la structure étatique afin de préserver un équilibre entre les opérations sur le terrain et les niveaux gouvernementaux supérieurs;

elle est ainsi passée du Secrétariat général (trop éloigné du niveau opérationnel) à la Direction de la coordination des projets et programmes (trop éloignée du niveau décisionnel) et enfin à la Direction générale des études et des statistiques sectorielles. Au début du projet, des initiatives ont également été prises pour augmenter la fréquentation des centres de santé, telles que des campagnes de sensibilisation, des représentations théâtrales, des projections de films, etc. Dans chaque centre de santé, les primes individuelles ont été abandonnées pour acquérir du matériel lié à des critères de qualité : « Nous devons prendre des risques pour obtenir du matériel; nous avons dû sacrifier nos primes pour en obtenir. » (Gestionnaire #1). Dans des cas extrêmes, en raison d'une course à l'obtention de critères de qualité, certains centres ont dépassé leur budget, ce qui a créé une insuffisance pour d'autres services tels que l'achat de médicaments. Il convient également de noter que des comportements frauduleux liés aux évaluations des performances des centres ont été signalés par l'ACV et d'autres parties prenantes.

Valeurs/Codes

Correspondance des objectifs

Concernant les indicateurs de performance, les objectifs du projet étaient cohérents avec ceux du système national de santé et des centres de santé. Tous deux visaient un ensemble de comportements similaires qui pouvaient facilement être mis en pratique grâce à la théorie de la motivation du projet (par exemple, primes, supervision, rétroaction) : « Pour réussir au FBP, il faut être ponctuel au service, assidu, avoir l'esprit d'équipe, mais aussi respecter le bien-être du public et la conscience professionnelle. » (Agente de santé #7). Si les objectifs sont très cohérents, les moyens pour les atteindre restent « un peu conflictuels » (Cellule FBP #1). Une réforme étant en cours, des efforts ont été faits pour rendre les centres de santé plus autonomes, en rompant avec une structure plus hiérarchisée. Certain-e-s fonctionnaires ont vu dans ce projet la privatisation du système de santé : « Avec l'autonomie, nous tendons

un peu vers le privé... alors qu'ici 90% des centres de santé du FBP sont publics. N'avons-nous pas un problème? » (Expert externe #1). Plus d'autonomie signifie une redistribution du pouvoir de décision qui n'est pas toujours acceptée par certaines personnes : « Certains gestionnaires ne veulent pas donner plus d'autonomie aux praticiens. » (Cellule FBP #2). Cela a peut-être été plus apparent chez les personnes qui ont suivi l'initiative de Bamako, dont la structure de financement était basée sur les intrants plutôt que sur les résultats et les performances : « Toute personne qui vient convaincue de l'initiative de Bamako pose des questions. » (Expert externe #3).

Partage d'objets culturels

En raison de la structure hiérarchique du système de santé, le projet a eu des difficultés à établir une culture commune autour du FBP. Ce problème de fracture culturelle était plus apparent en ce qui concerne la production du PAP et entre les gestionnaires/directeurs/directrices des centres de santé et leurs praticien-ne-s. Certains-e-s directeurs ou directrices auraient créé le PAP en petits cercles, laissant les praticien-ne-s en dehors du processus de planification : « Il y a une culture [de non-transparence] qui existe ici. En fait, cela montre aux praticiens qu'ils n'ont pas le droit de s'intéresser à la gestion. » (Syndicaliste #1).

Règles/procédures

Supervision

En tant que coordinatrice du projet, la cellule FBP a agi en tant que superviseuse de la mise en œuvre, l'ECD et l'ACV agissant en tant que superviseuses sur le terrain. La supervision était associée à des évaluations quantitatives (mensuelles) et qualitatives (trimestrielles). Des retours d'information ont été donnés après les évaluations, ce qui a créé une relation gagnant-gagnant entre l'ACV du projet et les praticien-ne-s, ainsi qu'un processus d'amélioration continue de la

qualité : « Celui qui contrôle, il apprend et ceux qui sont contrôlés apprennent aussi en même temps. » (Gestionnaire senior #4). Les bénéficiaires des services ont également été impliqué-e-s dans les évaluations trimestrielles, ce qui leur a permis de contribuer à l'amélioration des services.

Intégration des règles

La cellule FBP a rédigé de nombreux guides des règles pour les différentes parties prenantes du projet. Toutefois, ils n'ont pas été systématiquement suivis : « Même les ECDs ignorent le contenu de ces textes. Par conséquent, ils sont mal appliqués. » (Cellule FBP #1). L'incompréhension des rôles de certaines parties prenantes était observable : « Les activités du COGES... enfin... c'est ce qu'il doit faire dans son CSPPS. Mais que doivent-ils faire dans leur CSPPS? Eh bien... » (COGES #3). Les tâches axées sur la quantité ont également été privilégiées par rapport à celles axées sur la qualité : « Comme les primes à la qualité ne sont pas si élevées, elles ne sont pas aussi incitatives, les gens [les praticien-ne-s] préfèrent avoir des services de moindre qualité et de grande quantité plutôt que d'investir pour améliorer la qualité. » (Cellule FBP #1). L'intégration des règles a en outre été affectée par les retards dans la réception des primes. Au niveau organisationnel, l'intégration des règles s'est faite de manière inégale entre les composantes essentielles du projet. L'intégration des paiements (à la réception) dans le budget des centres a montré l'objectif d'autonomie du projet. Cependant, cette intégration a empêché de faire la distinction entre l'utilisation des primes et celle du budget général. En revanche, les possibilités d'intégrer les deux supervisions (évaluations) n'ont pas été saisies en raison d'une approche de projet en silo : « Les supervisions intégrées se poursuivent parce qu'il s'agit de deux circuits de financement différents. Les surveillances intégrées sont financées par un budget de l'État. Le FBP, c'est un autre budget spécifique [pour les supervisions du FBP]. » (Expert externe #1).

Inclusion dans la planification

Le projet a été principalement inclus dans la planification du CSPS par le biais du PAP. Cependant, l'utilité de ce plan a été remise en question en raison de la faible implication du personnel dans certains centres, ainsi que sa pertinence en cas de discontinuité de paiement à la fin du projet. L'inclusion dans la planification de l'organisation est donc restée superficielle.

Modification des procédures

De nombreux changements dans l'intervention ont affecté la capacité de certaines parties prenantes à intégrer les règles et les procédures. Les changements de prix des indicateurs n'ont pas toujours été communiqués aux praticien-ne-s, et certains indicateurs, comme les visites à domicile, ont cessé d'être achetés :

Nous avons commencé par les visites à domicile... C'était l'indicateur le plus payé... Les gens ont ensuite développé des stratégies pour en tirer le maximum et ont laissé les autres indicateurs au profit des visites à domicile. Le poids des visites à domicile dans les paiements était énorme. Nous avons ensuite dû les suspendre. (Cellule FBP #3)

De plus, en raison de contraintes budgétaires, l'ACV a été remplacé par des évaluateurs et évaluatrices individuel-le-s moins coûteux et coûteuses s'étant désaffilié-e-s de l'ACV, ce qui a introduit un problème de partialité dans les évaluations de performance : « Maintenant, il ne s'agira plus d'une vérification indépendante. C'est vraiment un gros manquement. » (ACV #2).

Adaptation

Niveau individuel

Le projet a été principalement construit pour motiver les individus dans leur prestation de services de santé. Cependant, les types de motivation (par exemple, paiements, supervision) ne semblaient pas adaptés à chaque individu et leurs effets étaient limités : « Le projet FBP n'a pas empêché le départ des agents de santé vers d'autres districts. Si nous pensons que parce que nous lui donnons de l'argent [à une sage-femme], elle va bien accoucher, nous nous trompons. » (Gestionnaire senior #1). Les conditions de travail et de vie des praticien-ne-s peuvent être difficiles et sont perçues comme un important levier de motivation : « L'environnement ne change pas, alors que ce sont des facteurs qui jouent un rôle énorme dans la motivation. Un agent qui est mal logé, seul... tout ce que vous lui donnerez financièrement... C'est peu. » (Expert externe #2). Par ailleurs, le projet FBP a fait apparaître un nouveau besoin d'améliorer la gouvernance et la transparence dans les centres de santé. La répartition des paiements était parfois perçue comme inéquitable, car les investissements (via le PAP) n'étaient pas réalisés en tenant compte des priorités de chacun-e et n'étaient pas totalement transparents : « Comme c'est moi le chef et que je prends les chèques, je ne suis pas obligé de le dire à mes collègues... C'est un manque de transparence. » (PADS #1).

Niveau organisationnel

Théoriquement, les investissements du projet ont été adaptés aux organisations impliquées. Les organisations ont été encouragées à évaluer leurs besoins (via le PAP) et à commencer à investir en fonction de leurs priorités. En théorie, cette autonomie en matière de dépenses aurait permis d'améliorer la gestion en réduisant les procédures administratives. Toutefois, dans la pratique, cette autonomie n'a pas toujours été pleinement accordée : « Les PAP

doivent faire connaître leurs besoins et se soumettre ensuite à la validation de leur ECD. Ensuite, l'ECD refuse qu'elle puisse être effectuée. » (Cellule FBP #1).

Niveau local

Le projet était très adapté aux communautés. Les CSPS ont tous été classés par catégorie (niveau de pauvreté du district, accessibilité et ratio praticien-ne-s/habitant-e-s) et leur production/performance a été achetée en fonction de leur catégorie de district. De plus, comme la population a été impliquée par le biais d'évaluations, les investissements ont été davantage adaptés aux besoins des populations. D'autre part, certaines procédures du projet n'étaient pas adaptées à des localités spécifiques; par exemple, il était parfois impossible de demander trois factures pro forma pour l'achat de matériel.

Niveau national

S'agissant d'une réforme, le projet devait amener des innovations dans le système de santé. Cependant, ce projet pilote a semblé mal adapté en sous-estimant l'opposition à ses nouvelles valeurs (par exemple, l'autonomie, la motivation financière ou la transparence) et procédures (par exemple, le PAP). Néanmoins, le projet répondait toujours à un besoin important de nouveaux investissements dans le système. Il a également été adapté à la structure du système de santé, en utilisant ses différents niveaux et orientations pour faciliter la mise en œuvre du projet : « Le projet FBP n'a pas changé de hiérarchie, il a modelé la hiérarchie à partir de la fonction publique. » (Agente de santé #6). Certaines réglementations nationales n'ont pas été prises en compte, ce qui a créé différents défis dans la mise en œuvre du projet, comme le contrôle du recrutement par l'État et la complexité des transferts de paiement vers les banques privées.

Compatibilité pratique

Les tâches du projet se sont facilement mêlées aux tâches habituelles des professionnel-le-s de santé. Seules quelques activités n'ont pas été achetées, telles que les vaccinations des enfants de moins de 5 ans et de dépistage du VIH. Les perturbations sont nées des principes généraux du FBP (par exemple, les paiements *a posteriori*, l'autonomie des centres, la transparence), car le système n'a pas été construit selon ces principes et les procédures qu'ils impliquaient. Un autre problème était la « double tête » du projet : les opérations étaient gérées par la cellule FBP tandis que les budgets étaient gérés par le PADS. Cette dissociation de l'argent et de la mise en œuvre a amené la cellule FBP à sous-estimer les dépenses du projet (par exemple, pour les ACV et les indicateurs), ce qui a conduit la Banque mondiale à fournir des fonds complémentaires : « Les ressources prévues pour les suivis ont été largement dépassées. Nous avons même besoin de fonds complémentaires [de la Banque mondiale] pour pouvoir mener le projet FBP jusqu'à son terme. » (PADS #3); « Les fonds propres du projet ont été consommés dès le mois de juillet. Il a pris fin six mois avant la fin du projet normal. » (Expert externe #3).

Évaluation de la mise en œuvre

Le suivi du projet a été effectué principalement par le biais du système d'évaluation et basé sur les performances périodiques quantitatives et qualitatives des centres de santé. En raison d'une structure hiérarchique importante, le temps s'écoulait entre le diagnostic d'un problème (par exemple, les coûts élevés des ACV ou des indicateurs) et sa résolution :

En fait, il n'y a pas eu de suivi budgétaire comme il aurait dû y en avoir parce qu'en termes de planification des programmes, nous devons savoir, par exemple, que nous avons trois milliards pour trois ans et que nous devons tout faire pour cadrer avec la planification d'un milliard par an... et si cela avait été fixé comme cela, au fur et à mesure de notre

évolution, nous aurions pu redresser les prix pour rester dans l'enveloppe annuelle. Mais nous n'avons pas eu cela. Nous avons simplement, apparemment, tous consommé... et nous avons été surpris (rire). (Cellule FBP #1)

Évaluation des effets

De nombreux effets du projet ont été observés au moyen d'indicateurs, par exemple, une plus grande fréquentation des centres, une baisse du coût des prescriptions et une utilisation plus fréquente des partogrammes. D'autres effets plus qualitatifs ont été constatés, comme la ponctualité, le travail d'équipe ou l'attitude accueillante. En revanche, d'autres parties prenantes n'ont pas perçu beaucoup d'effets : « Dans la tête de certains dirigeants, le FBP n'a pas fait une énorme différence. » (Gestionnaire senior #2); « Je n'ai pas trouvé d'effets particuliers... à mon avis, nous ne sommes pas allés très, très loin. » (Gestionnaire senior #4). L'intégration des paiements dans les budgets des organisations, avec l'absence de suivi, peut expliquer ces perceptions négatives.

Relations entre les parties prenantes

Création de relations

La création d'un réseau de multiples parties prenantes a été entravée, dans une certaine mesure, par un taux élevé de rotation du personnel et par la transition politique nationale : « Nous avons le soutien des maires pour nous accompagner dans ce domaine, mais depuis qu'ils ont dissous les conseillers... les maires sont également partis. Mais les maires sont maintenant établis dans leurs fonctions et les relations ont repris. C'est bon. » (ASMADE #2).

Caractéristiques des relations

Pour atteindre les objectifs de performance, la solidarité entre collègues a été renforcée : « Avant, tout le monde [les praticien-ne-s] était dans son coin, mais avec l'arrivée du FBP, ils ont partagé leurs tâches. » (COGES #2). Un moyen d'atteindre cette solidarité était la compétition entre les structures et les départements (niveau CMA) : « On fait une compétition au niveau des unités et, comme ça, on voit où il y a eu beaucoup d'efforts. » (Agente de santé #8). Les relations étaient également basées sur une structure très hiérarchique et bureaucratique, ce qui se manifestait par le contrôle que les hiérarchies pouvaient avoir sur les investissements et la planification (PAP).

Communication

Là encore, les canaux de communication ont également été affectés par la hiérarchie de la structure, comme l'illustre la diffusion de l'expertise ou l'absence de retour d'information : « Nous n'avons pas reçu de formation concernant le projet FBP; seul le principal [ICP] a reçu cette formation. C'est lui qui fait le travail et nous enseigne. » (COGES #2); « Il n'y a pas de restitution de l'information. Ils [COGES, ICP] ne donnent un retour d'information qu'au major [ICP]. » (Agente de santé #4). Un manque de communication vers le bas a également conduit à des rumeurs qui ont affecté négativement le projet : « Avec le retard, nous ne savons pas s'ils vont donner [des primes] ou non. Eh bien... jusqu'à présent, nous n'avons rien compris. » (ASMADE #1); « La motivation a baissé... surtout maintenant que des rumeurs ont circulé selon lesquelles l'argent était fini. Nous avons dû réunir tous les médecins chefs de district pour leur expliquer qu'il s'agissait d'un retard et non d'un arrêt clandestin. » (Cellule FBP #2). La transparence a également été perçue comme un problème, notamment en ce qui concerne les budgets des centres : « Nous avons demandé à avoir accès à ces documents, au PAP, et à l'outil d'indexation [pour calculer la répartition des primes]. Il y a d'autres PAPs que je vais vous donner, vous verrez bien qu'il y a des espaces vides [documents inachevés]! » (Syndicaliste #1).

Avantages et motivations

Toutes les parties prenantes n'ont pas bénéficié du projet de la même manière concernant les primes. Le COGES et les ASC n'ont pas été inclus dans ce dispositif; ces derniers ont parfois été inclus dans des initiatives locales non prévu par le projet. La supervision a cependant été perçue comme une motivation efficace. La motivation était donc principalement basée sur des sources externes : primes, supervision, conditions de travail et concurrence entre les centres ou les départements. Peu de participant-e-s ont vu une motivation dans les tâches elles-mêmes : « Je pense que c'est sur le niveau de prestation des services que nous devons nous concentrer parce que c'est aussi son rôle [celui du praticien ou de la praticienne] d'accueillir les gens. Il faut attendre l'argent pour être motivé. » (ASMADE #4). Le projet a également créé une démotivation, principalement pour les praticien-ne-s, en raison de facteurs incontrôlés tels que les retards de paiement, les évaluations inférieures aux prévisions, le manque de transparence (par exemple, l'élaboration du PAP) et l'inégalité dans la distribution des paiements : « Indicateurs qui ont été achetés au total... si ce montant frustre, naturellement dans sa répartition, il frustre aussi. » (Agent de santé #6).

Appropriation du projet

De nombreux problèmes ont eu des répercussions négatives sur l'appropriation du projet par les acteurs et actrices. Les rôles superficiels des organisations civiles n'ont pas créé d'espace pour une implication à long terme dans les centres de santé : « Ce sont déjà les communes qui vont signer les documents montrant qu'elles s'engagent avec les centres de santé pour s'inscrire dans la dynamique [FBP]. Mais après cela, on ne les voit pas souvent! Ils y vont. Mais je les comprends parce que nous venons leur dire de signer ici, mais nous n'avons pas pris le temps de leur expliquer [le FBP]. » (Gestionnaire senior #4). Le taux élevé de roulement du personnel (dû au contexte normal et à celui de la transition politique), ainsi que les croyances individuelles (par exemple, le paiement des soins), ont également entravé l'appropriation : « Il [le directeur de la santé] n'a rien compris

à la structure. Il a été formé, il est allé au Bénin, nous l'avons formé, il est revenu, il a eu un conflit. Ce sont des gens de la vieille garde de l'initiative de Bamako. » (Expert externe #3). La perception que le projet était indépendant de la structure du système et que son budget était trop important a également affecté l'appropriation du projet par l'État :

L'État voit le FBP... comme un truc de FBP, c'est l'histoire de la Banque mondiale. Nous pouvons dire que la stratégie [FBP] n'a pas été prise en charge par les politiciens... puisqu'elle coûte cher... l'État vous dit que non, nous ne pourrions pas la maintenir et nous habituerons les gens à un système et à long terme... Cela risque de causer d'autres problèmes. (PADS #1)

Les mécanismes visant à faciliter l'appropriation, tels que les ateliers ou les missions internationales, n'ont pas fonctionné comme prévu :

Au niveau politique, aucun des dirigeants ne s'est vraiment engagé. Nous avons essayé de les impliquer. Par exemple, lorsque nous avons dû organiser différents ateliers pour assurer le suivi du FBP... les délégués généraux ont été invités. Certains ne sont venus qu'en envoyant un représentant. Pour amener les autorités à croire au FBP, nous avons organisé des missions internationales au Rwanda, au Cameroun... pour qu'ils [les politicien-ne-s] puissent aller voir par eux-mêmes et être convaincus... que la mayonnaise ne prenait pas. (PADS #1)

Enfin, la modification des interventions fréquentes a également compliqué l'intérêt des praticien-ne-s pour le projet : « Au début, j'étais très intéressé [par le projet FBP], mais quand je commence à lire à ce sujet... la théorie est différente de la pratique. » (Agente de santé #4).

Discussion

En examinant les cinq déterminants, le niveau de pérennité du projet peut être considéré comme faible. Les activités sont maintenues officiellement mais ne sont pas entièrement routinisées. Cela devrait être normal puisque l'évaluation de la pérennité a été réalisée au cours de sa mise en œuvre. Cependant, ce faible niveau de pérennité soulève toujours la question de la pérennité à plus long terme, après la fin du projet, qui a eu lieu le 30 juin 2018. Une deuxième phase d'achats stratégiques est en cours depuis juillet 2019, sans beaucoup de références explicites au FBP. La mémoire organisationnelle a été assurée par la forte direction de la cellule FBP qui a pris des risques pour la mise en œuvre et la promotion du projet. Cependant, d'autres composantes de ce déterminant manquaient de ressources et d'expertise aussi stables. Alors que les valeurs de haut niveau (objectifs quantitatifs et qualitatifs) étaient cohérentes entre le projet et le système de santé, la voie de la réforme, au niveau plus pratique, (par exemple, autonomie et transparence accrues, paiements *a posteriori*) a été signalée comme étant problématique à différents niveaux : individuel, organisationnel et gouvernemental. L'intégration des règles et des procédures a été facilitée par un système de supervision clair, mais les changements fréquents dans le projet et les malentendus non résolus ont rendu la tâche plus difficile. L'inclusion incomplète du FBP dans la planification a également joué en défaveur de la pérennité du projet. Différents degrés d'adaptation ont été perçus en fonction des différents niveaux de mise en œuvre (individuel, organisationnel, local et système). En général, les différents principes et idées mobilisés par le projet FBP (par exemple, la motivation, la gestion basée sur les performances) ne représentaient pas toujours les réalités du terrain et ont parfois eu des effets négatifs : par exemple, les frustrations concernant les modalités de paiement et les primes ont diminué la motivation (Lohmann *et al.*, 2016)². L'adaptation de l'intervention dans le temps a également été difficile en raison de la hiérarchie et de la complexité de l'organigramme du projet. Enfin, les relations entre les parties

2. Voir le chapitre de Turcotte-Tremblay *et al.*

prenantes ont été renforcées (quantitativement et qualitativement) au cours du projet mais ont été à nouveau affectées par la structure hiérarchique qui a modifié les canaux de communication prévus et l'impression de transparence. L'appropriation par certaines parties prenantes à la tête de la structure du système de santé, ou à sa périphérie, a également été superficielle, ce qui pourrait montrer un certain manque de planification et d'engagement (Gautier & Ridde, 2017).

Le FBP peut-il être maintenu sans être suffisamment « adapté » à son contexte?

En considérant les différents niveaux contextuels de notre cadre théorique (intervention, individu, organisation, local et externe) (Tableau 2), on peut voir l'importance et la complexité de faire en sorte qu'une intervention « s'adapte » à son contexte (Chambers *et al.*, 2013). Cette « adéquation » est essentielle à la pérennité et nécessite une attention constante, car le contexte est en constante évolution, comme le montre cette étude de cas au Burkina Faso. En ce qui concerne les résultats antérieurs, de nombreux aspects du projet FBP semblaient inadaptés à son contexte de mise en œuvre et, surtout, non pérennes.

Réformes de la décentralisation

Lors de la mise en œuvre des réformes de décentralisation, il faut tenir compte de nombreux éléments, tels que la délégation de pouvoirs, l'examen des flux d'information, la création de mécanismes de responsabilisation et le développement de la capacité à réaliser cette réforme (Hutchinson & LaFond, 2004). Au Burkina Faso, ces éléments faisaient défaut de différentes manières (par exemple, impossibilité d'embaucher localement, manque de mécanismes de transparence et faiblesse de l'expertise locale). Au cœur des réformes de décentralisation se trouve la délégation des pouvoirs de décision en matière de dépenses (Bossert & Beauvais, 2002). La théorie du changement du FBP était qu'avec un nouveau revenu (primes organisationnelles), les organisations pouvaient plus facilement

embaucher du nouveau personnel, en fonction de leurs besoins. Alors que les ressources à embaucher étaient données aux différentes organisations, la délégation de pouvoir n'était pas effectuée au sein du système de santé centralisé et, par conséquent, les nouvelles embauches ne pouvaient pas se faire. Cela va également dans l'autre sens, comme au Ghana, où le pouvoir de décision en matière de dépenses a été effectivement délégué aux niveaux des districts et des sous-districts plutôt qu'aux organisations, bien que les ressources pour l'embauche aient été insuffisantes (Bossert & Beauvais, 2002).

Motivation financière

Le FBP repose en grande partie sur les motivations financières des professionnels de la santé pour produire des services plus nombreux et de meilleure qualité. Cependant, dans un contexte très bureaucratique, comme dans le secteur public burkinabè, les primes individuelles peuvent à elles seules avoir d'autres effets non voulus ou non désirés³. Au Niger, une culture de «chasse aux indemnités» est prédominante dans le secteur public (Olivier de Sardan, 2014). Comme au Burkina Faso, les indemnités peuvent prendre différentes formes telles que des *per diem* pour les sorties (Ridde *et al.*, 2018) des remboursements (jusqu'à 20%) sur les revenus des centres, ou des primes individuelles pour les performances.

Premièrement, les indemnités peuvent être considérées comme justifiées en raison de la faible perception des salaires (Olivier de Sardan, 2014). C'est une situation courante dans d'autres pays à faible revenu comme le Mali, la Sierra Leone, le Cambodge et le Rwanda (Bertone *et al.*, 2016; Khim, 2016; Meessen *et al.*, 2007; Seppey *et al.*, 2017), mais elle n'était pas présente au Burkina Faso où les salaires sont perçus positivement (Fillol *et al.*, 2019).

Deuxièmement, si une charge de travail supplémentaire est ajoutée (par exemple, plus de productivité ou de qualité), une indemnité doit être fournie, que la quantité de travail actuelle réponde ou non aux conditions préalables (comme le paquet

3. Voir le chapitre de Turcotte-Tremblay *et al.*

minimum d'activités au Mali) (Olivier de Sardan, 2014). Au Burkina Faso, une majorité de professionnel-le-s a reconnu que le FBP incitait à adopter des comportements ou des règles qu'ils et elles devaient déjà suivre mais ne le faisaient pas (par exemple, la ponctualité, la gentillesse envers les bénéficiaires). En l'absence d'indemnités, des mesures de négligence ou de boycott peuvent être utilisées, comme c'est le cas au Burkina Faso, où les syndicats ont dénoncé publiquement la gestion du district.

Une troisième conséquence des indemnités est liée à la «rente du développement» (Olivier de Sardan, 2014). De nombreux conflits peuvent découler de cette aide lorsqu'elle n'est pas distribuée équitablement (Lohmann *et al.*, 2018). Des tensions sont créées lorsque des individus sont exclus des bénéfices ou si des individus les monopolisent (par exemple, les tensions de la CMA sur les questions de transparence budgétaire); les deux situations conduisent à la démotivation (Olivier de Sardan, 2014). Plus généralement, la «chasse aux indemnités» peut également créer du clientélisme en matière de formations ou de services (choix de l'action la plus « gratifiante »), démotiver le personnel (lorsque les indemnités sont perçues comme inéquitables) (Fillol *et al.*, 2019), et réduire l'efficacité de l'intervention (en détournant l'attention des personnes des objectifs de l'intervention) (Ridde *et al.*, 2018). Avec ces différents arguments, on peut voir que le FBP peut alimenter de nombreux effets négatifs (par exemple, augmenter les chiffres et les paiements ou diminuer la motivation intrinsèque) en ne tenant pas compte du contexte organisationnel plus spécifique comme au Burkina Faso ou, plus largement, en Afrique de l'Ouest.

L'appropriation par les parties prenantes

Par leur participation et leur appropriation du projet FBP, le gouvernement national et les professionnel-le-s de la santé jouent un rôle central dans la pérennité du projet. Cependant, certaines normes pratiques des professionnel-le-s de la santé peuvent être inadaptées au projet et, en fin de compte, affecter sa pérennité. Par exemple, le projet FBP nécessite des réunions supplémentaires pour évaluer les performances individuelles et organisationnelles, mais, comme au

Niger, les tâches administratives telles que la planification ou la tenue de réunions peuvent être considérées comme une perte de temps (Olivier de Sardan *et al.*, 2017).

Bien que le gouvernement reste une pièce centrale du projet en raison de son rôle décisionnel, son appropriation de nouvelles politiques, telles que le FBP, peut être difficile à atteindre en raison des aspects liés aux donateurs et donatrices (Gautier & Ridde, 2017). L'appropriation par le gouvernement implique donc sa participation à l'intervention à différents moments (par exemple, la conception, la mise en œuvre et la pérennité de la politique par l'engagement) (Woll, 2006).

De nombreuses études montrent que des obstacles à l'appropriation apparaissent à ces différents stades : par exemple, au stade de l'émergence, les pressions exercées pour adopter la politique du FBP telle qu'elle a été mise en œuvre au Rwanda, au Burundi et au Bénin. Cela peut se manifester par des projets pilotes mis en œuvre directement par les bailleurs de fonds ou par des gouvernements « poussés » par des parties prenantes extérieures vers la nouvelle politique. Cette pression s'est manifestée lors de visites sur le terrain au Rwanda et au Cameroun, en ce qui concerne les projets émergents au Burkina Faso et au Mali (Seppey *et al.*, 2017).

Lors de la phase de formulation, les gouvernements peuvent plus facilement « s'approprier » le projet en incluant le FBP dans leurs plans stratégiques ou en définissant les différents aspects nécessaires : par exemple, la conception de quatre types de FBP au Burkina Faso ou la création d'un FBP à *la malienne* au Mali (Seppey *et al.*, 2017).

En ce qui concerne le financement des réformes de l'accès aux soins, le FBP est fortement financé par les bailleurs de fonds, certains pays ne participant pas au financement (par exemple, le Burkina Faso, le Bénin et la Tanzanie), tandis que d'autres participent à environ la moitié du financement (Burundi) (Chimhutu *et al.*, 2015; Paul *et al.*, 2014; Peerenboom *et al.*, 2014). Contrairement au FPB, il est intéressant de noter qu'au Burkina Faso, le gouvernement a fourni la totalité des fonds pour sa réforme de l'abolition du paiement des frais d'utilisation, ce qui était un engagement politique à l'époque (Ridde & Yaméogo, 2018).

De nombreux problèmes de mise en œuvre pourraient également indiquer un manque d'appropriation des politiques. Les meilleurs exemples sont la nécessité d'une meilleure planification financière (au Niger ou au Burkina Faso) (Gautier & Ridde, 2017), le rôle central des parties prenantes provenant de l'étranger (au Mali) (Seppey *et al.*, 2017) et la délégation de responsabilités (sans les moyens de les assumer) aux gouvernements locaux.

Concernant les évaluations, d'importantes négociations ont souvent lieu entre les gouvernements et les bailleurs de fonds dans un contexte de fort déséquilibre de pouvoir entre les parties prenantes (Barnes *et al.*, 2015). Les évaluations sont souvent importantes pour les bailleurs qui veulent orienter leurs dons de manière à refléter leur capacité à obtenir des résultats (Biesma *et al.*, 2009). Les évaluations sont donc fortement contrôlées par ces derniers. Les spécificités de l'évaluation peuvent devenir non négociables et donner l'impression que le financement s'accompagne de conditionnalités, ce qui entraîne l'incapacité des gouvernements à s'approprier correctement la nouvelle politique (Barnes *et al.*, 2015).

Conclusion

Alors que la pérennité des interventions fait l'objet d'un examen de plus en plus minutieux, les facteurs contextuels qui permettent et entravent cette pérennité restent vagues. À la suite de nos résultats, nous constatons que divers facteurs peuvent influencer la pérennité à de nombreux niveaux de mise en œuvre. Les études ont principalement mis l'accent sur des niveaux plus proches de l'intervention, en occultant d'autres tout aussi importants (par exemple, les niveaux locaux ou nationaux). Ce qui est encore plus étonnant, c'est que le niveau global et ses facteurs de mise en œuvre sont rarement étudiés (Huynen *et al.*, 2005). Nous pouvons pourtant penser à de nombreuses menaces potentielles pour la pérennité liées au niveau mondial : les déséquilibres de pouvoir affectant l'appropriation, les tendances mondiales de développement sanitaire modifiant les priorités, et les changements environnementaux ou

démographiques suscitant de nouveaux besoins. Pensons alors à un modèle de pérennité plus global, capable d'inclure toutes les dynamiques, afin de réfléchir à leurs impacts potentiels.

Tableau 2 : Synthèse des résultats

Facteurs déterminants/Contextes		Intervention	Individuel	Organisation	Local	Externe
Métier organisationnelle	Ressources de pré-intervention	- Montant insuffisant des ressources préexistantes	- Ateliers FBP pour les acteurs clés	- Pas de prime à l'amélioration de la qualité	...	- Partage d'expériences internationales
	Expertise	...	- Manque de connaissances sur le FBP (ex. : COGES, communes, ASMADE) - Une forte rotation du personnel	- Faible diffusion de l'expertise - Formation informelle	...	- Une forte rotation du personnel
	Intégration des ressources	...	- Les primes individuelles sont plus importantes que les investissements organisationnels - Des priorités différentes pour des acteurs différents - Retards dans la réception des primes et des investissements	- Utilisation du PAP pour faciliter l'intégration des ressources - Les investissements (matériels) sont réalisés en faveur de la qualité - Les investissements doivent être approuvés par district - Recrutement à court terme uniquement	- Des investissements adaptés aux besoins locaux	- L'argent "nouveau" de l'organisme de financement externe (BM)
	Stabilisation des ressources	- Aucun plan de stabilisation	...	- Revenus à court terme - Pas de planification	- Pas de planification	- Faible engagement - Pas de planification
	Leadership	- Cellule PBF en charge	- Importance de certains dirigeants individuels pour et contre le projet	- L'affiliation de la cellule PBF à une division impuissante dans la structure de l'État	...	- Manque de leadership de l'État

Codes et valeurs	La prise de risque	- Tentatives de ré-affiliation de la cellule PBF	...	- Utilisation de nouvelles initiatives pour augmenter la fréquentation des centres de santé - Investissements	...	- Financement externe essentiel - Réorganisation du système de santé
	Correspondance des objectifs (entre le projet et le système de santé)	- Pousser pour plus de quantité et de qualité	- La déontologie mise en pratique - Résistance de la "génération de Bamako" :	- Choix entre les idées de décentralisation et de centralisation du pouvoir - Augmentation du financement de la santé	- Faire pression pour la santé et la satisfaction de la population	- Un mode de gouvernement réformateur - Une plus grande autonomie vue comme une privatisation
Règles et procédures	Partage d'objets culturels	...	...	- Cultures de gestion et de pratique	...	...
	Supervision	- Supprimer la surveillance des cellules PBF et de l'ACV	- Évaluations avec retour d'information	- Évaluations avec retour d'information	- Implication de la population dans les évaluations de la qualité	...
	Intégration des règles	- Le FBP considéré comme un projet indépendant	- Incompréhension des rôles (COGES) - La quantité est plus importante que la qualité en raison des primes à la qualité - Les retards dans la réception des primes réduisent la motivation - Faible utilisation des guides	- Différentes interprétations du manuel sur les grands principes - Les supervisions du FBP ne sont pas intégrées - L'intégration budgétaire entraîne une baisse des résultats observables	...	...

Les déterminants de la pérennité d'un projet de financement basé sur la performance au Burkina Faso

Adaptation	Inclusion dans la planification	...	...	<ul style="list-style-type: none"> - Monopolarisation de la planification par les directions - Faible pertinence de la planification en raison de revenus instables et insuffisants	...	...
	Modification des procédures	<ul style="list-style-type: none"> - Changements fréquents de l'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à suivre les différents changements 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution des dépenses de l'organisation pour augmenter les primes individuelles	...	...
	Les besoins des individus	...	<ul style="list-style-type: none"> - Les primes individuelles sont préférées à l'amélioration des conditions de travail - Un nouveau besoin de transparence 	<ul style="list-style-type: none"> - Iniquité perçue dans la répartition des ressources	...	...
	Besoins organisationnels	...	<ul style="list-style-type: none"> - Priorisation conflictuelle des besoins/investissements 	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin d'investissements - Une plus grande autonomie	...	...
	Les besoins locaux	<ul style="list-style-type: none"> - Catégorisation des communautés augmentant le financement là où il est le plus nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Implication de la société civile dans les décisions et les évaluations 	<ul style="list-style-type: none"> - Investissements pour la population 	<ul style="list-style-type: none"> - Procédures incompatibles 	...

	Les besoins du système externe	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention destinée à réformer	...	...	...	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptations faites pour la structure nationale - Nouveaux investissements nécessaires - Les règles nationales ne sont pas prises en compte - Iniquité avec les autres secteurs publics
	Compatibilité pratique	<ul style="list-style-type: none"> - Les pratiques de terrain ne sont pas prises en compte - Une double direction pour le projet 	...	<ul style="list-style-type: none"> - La question de l'autonomie - Malaise à fournir des paiements <i>a posteriori</i> 	...	<ul style="list-style-type: none"> - La question de la transparence
	Évaluation de la mise en œuvre	...	...	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de suivi en dehors des résultats et des performances	...	...
	Évaluation des effets	...	<ul style="list-style-type: none"> - Des effets perçus différemment selon l'acteur 	<ul style="list-style-type: none"> - Les investissements sont plus ou moins observables - De meilleurs indicateurs auraient pu être utilisés	...	...

Relations entre les parties prenantes	Création de relations	...	...	...	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion de plusieurs acteurs basée principalement sur la performance 	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilité des relations
	Caractéristiques des relations	...	<ul style="list-style-type: none"> - Compétition et solidarité vers les résultats 	<ul style="list-style-type: none"> - Hautement hiérarchique 	...	<ul style="list-style-type: none"> - Hautement hiérarchique - Hautement bureaucratique
	Communication	...	...	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de transparence - Hautement hiérarchique 	...	<ul style="list-style-type: none"> - Hautement hiérarchique - Manque de canaux de communication
	Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Prestations intermittentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Iniquité perçue entre les acteurs - Principalement des sources de motivation externes 	<ul style="list-style-type: none"> - Démotivation due à des facteurs incontrôlés	...	...
	Propriété	<ul style="list-style-type: none"> - Des changements fréquents - Des stratégies inefficaces pour la propriété du FBP 	<ul style="list-style-type: none"> - Résistance de la génération de Bamako - Une forte rotation du personnel - Rôles superficiels de certains acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Le FBP considéré comme un projet indépendant 	...	<ul style="list-style-type: none"> - La perception négative du projet par l'Etat

En rouge, les différents obstacles à la durabilité, en vert, les différents facilitateurs et en orange, les facilitateurs et les obstacles. † (...) indique le manque d'informations pertinentes suite à la collecte de données ‡ La « **génération de Bamako** » désigne les personnes qui suivent les principes de l'Initiative de Bamako (1987), principalement

les idées de financement décentralisé basé sur les intrants en contradiction avec le financement basé sur les résultats/performances avec le FBP.

Références

- Barnes, A., Brown, G. & Harman, S. (2015). Locating health diplomacy through African negotiations on performance-based funding in global health. *Journal of Health Diplomacy*, 1(3), 1-19.
- 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(1).
- Biesma, R. G., Brugha, R., Harmer, A., Walsh, A., Spicer, N. & Walt, G. (2009, Jul). The effects of global health initiatives on country health systems: A review of the evidence from HIV/AIDS control. *Health Policy & Planning*, 24(4), 239-252. <https://doi.org/10.1093/heapol/czp025>
- Bossert, T. J. & Beauvais, J. C. (2002). Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: A comparative analysis of decision space. *Health Policy & Planning*, 17(1), 14-31.
- Chambers, D., Glasgow, R. & Stange, K. (2013). The dynamic sustainability framework: Addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science*, 8(117). <http://www.implementationscience.com/content/8/1/117>
- Chimhutu, V., Tjomsland, M., Songstad, N. G., Mrisho, M. & Moland, K. M. (2015, 2015). Introducing payment for performance in the health sector of Tanzania- The policy process. *Globalization and health*, 11(38). <https://doi.org/10.1186/s12992-015-0125-9>
- Fillol, A., Lohmann, J., Turcotte-Tremblay, A.-M., Some, 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.

- Gautier, L. & Ridde, V. (2017). Health financing policies in Sub-Saharan Africa: Government ownership or donors' influence? A scoping review of policymaking processes. *Global Health Research and Policy*, 2(23). <https://doi.org/10.1186/s41256-017-0043-x>
- Green, J. & Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research*. Sage.
- Hutchinson, P. L. & LaFond, A. K. (2004). *Monitoring and evaluation of decentralization reforms in developing country health sectors* [Rapport, no. TE054]. Partners for Health Plus, Abt Associates, Inc
- Huynen, M. M., Martens, P. & Hilderink, H. B. (2005). The health impacts of globalisation: A conceptual framework. *Globalization and health*, 1(14).
- Khim, K. (2016). Are health workers motivated by income? Job motivation of Cambodian primary health workers implementing performance-based financing. *Global Health Action*, 9(1). <https://doi.org/10.3402/gha.v9.31068>
- Lohmann, J., Houlfort, N. & De Allegri, M. (2016). Crowding out or no crowding out? A Self-Determination Theory approach to health worker motivation in performance-based financing. *Social Science & Medicine*, 169, 1-8. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.09.006>
- Lohmann, J., Muula, A. S., Houlfort, 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/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.04.053>
- Meessen, B., Kashala, J.-P. I. & Musango, L. (2007). Output-based payment to boost staff productivity in public health centres: contracting in Kabutare district, Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(2), 108-115. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636284/pdf/06-032110.pdf>
- Moore, J. E., Mascarenhas, A., Bain, J. & Straus, S. E. (2017). Developing a comprehensive definition of sustainability. *Implementation Science*, 12(110). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0637-1>

- Olivier de Sardan, J.-P. (2014). *La routine des comportements non-observants au sein des services publics Nigériens. Connaître la culture bureaucratique pour la réformer de l'intérieur* [Études et travaux no 119]. LASDEL.
- Olivier de Sardan, J.-P., Diarra, A. & Moha, M. (2017). Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health. *Health Research Policy and Systems*, 15(60). <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0213-9>
- Paul, E. (2016). *Marché de services relatifs à la réalisation d'une étude sur la viabilité et la pérennisation de l'approche du financement basé sur les résultats (FBR) au Bénin* [Rapport]. CTB et Agence belge de développement.
- Paul, E., Sossouhounto, N. & Eclou, D. S. (2014). Local stakeholders' perceptions about the introduction of performance-based financing in Benin: A case study in two health districts. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(4), 207-214. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.93>
- Peerenboom, P. B., Basenya, O., Bossuyt, M., Ndayishimiye, J., Ntakarutimana, L. & van de Weerd, J. (2014). La bonne gouvernance dans la réforme du financement du système de santé au Burundi. *Santé Publique*, 26(2), 229-240.
- Pluye, P., Potvin, L. & Denis, J.-L. (2000). La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 7(1), 99-113.
- Pluye, P., Potvin, L. & Denis, J.-L. (2004). Making public health programs last: Conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 121-133. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.01.001>
- Programme des Nations Unies pour le Développement (2017). *Objectifs de développement durable*. PNUD. <http://www.undp.org/content/undp/fr/home/sustainable-development-goals.html>
- Ridde, V., Sambieni, N., Kojoue, L., Samb, O., Joseph-Julien, C. & Vincent, N. (2018). *Réformer les per diem par le dialogue* [Rapport]. Agence française de Développement. <https://issuu.com/objectif-developpement/docs/40-notes-techniques>

- Ridde, V. & Yaméogo, P. (2018). How Burkina Faso used evidence in deciding to launch its policy of free healthcare for children under five and women in 2016. *Palgrave Communications*, 4(119). <https://doi.org/10.1057/s41599-018-0173-x>
- 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. *Global Health*, 13(86). <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0307-8>
- Shroff, Z. C., Bigdeli, M. & Meessen, B. (2017). From scheme to system (part 2): Findings from ten countries on the policy evolution of results-based financing in health systems. *Health Systems & Reform*, 3(2), 137-147.
- Shroff, Z. C., Tran, N., Meessen, B., Bigdeli, M. & Ghaffar, A. (2017). Taking results-based financing from scheme to system. *Health Systems & Reform*, 3(2), 69-73. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1302903>
- Woll, B. (2006). *The ownership paradox: the politics of development cooperation with Bolivia and Ghana* [Thèse de doctorat]. The London School of Economics and Political Science.
- Zombré, D., Turcotte-Tremblay, A.-M., Sangaré, A., Zongo, S., Somé, P.-A., Coulibaly, A., Touré, L., Yaogo, M. & Ridde, V. (2016). *Méthode mixte et participative de sélection d'études de cas multiples pour l'évaluation d'interventions de santé au Burkina Faso et au Mali : De l'étiologie à l'émiologie*. ACFAS, Gatineau. http://methodesmixtesfrancophonie.pbworks.com/w/file/attach/109401628/Zombr%C3%A9_et_al_ACFAS_MMIRA_2016.pdf

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://editionsscienceetbiencommun.org>

3-855 avenue Moncton

Québec (Québec) G1S 2Y4

Diffusion : info@editionsscienceetbiencommun.org