

25. Les défis de la mise à l'échelle du financement basé sur les performances au Burkina Faso

MATHIEU SEPPEY, VALÉRY RIDDE ET PAUL-ANDRÉ SOMÉ

Introduction

Il y a autant de façons de financer les systèmes de santé qu'il y a de systèmes de santé¹. Cependant, un nouveau mode de financement est devenu de plus en plus important en Afrique : le financement basé sur les résultats (FBR). Il existe cependant une grande variété de programmes de ce type : financement basé sur la performance (FBP), rémunération à la performance, paiements conditionnels, etc. (Musgrove, 2011). Ces différents types peuvent être classés en fonction de leur objectif principal, qu'ils visent à améliorer la demande des services de santé (par exemple, les bons, les transferts conditionnels en espèces) ou leur offre (par exemple, les indicateurs de performance, les objectifs de qualité/quantité que les prestataires de soins de santé doivent atteindre). Bien sûr, ces objectifs ne sont pas exclusifs et peuvent être utilisés conjointement (Grittner, 2013). Différents guides ont été mis au point pour la mise en œuvre du FBP, les principales étant élaborées par la Banque mondiale (BM) (Fritsche *et al.*, 2014) et l'agence néerlandaise de développement (SNV)/l'Institut royal des tropiques (KIT) (Toonen, 2012)².

Plus spécifique aux contextes africains, le FBP représente une forme de « rémunération des services versée aux travailleurs ou organisations de la santé lorsque des services ciblés sont

1. Ce chapitre est une traduction d'un article publié en anglais et remanié/réduit pour cet ouvrage : Sepey, M., Ridde, V. & Somé, P. (2020). Scaling-up performance-based financing in Burkina Faso: From PBF to user fees exemption strategic purchasing. *International Journal of Health Policy and Management*, (sous presse). doi: 10.34172/ijhpm.2020.209
2. Voir le chapitre de Gautier *et al.* à ce sujet.

adéquatement fournis de manière quantitative ou qualitative» (Soeters *et al.*, 2006; Soeters *et al.*, 2011). Il existe différentes versions du FBP, mais l'objectif principal de ces réformes reste le même, à savoir améliorer la qualité et la quantité des services de santé. Cela se fait en actionnant différents leviers : une plus grande autonomie des centres de santé, des rôles et des responsabilités des agent-e-s de santé mieux définis, des processus de planification renforcés, une participation accrue de la communauté dans la gestion des centres de santé, un système de suivi et d'évaluation renforcé ou des mécanismes améliorés de transparence (Fritsche *et al.*, 2014; Renmans *et al.*, 2017; Toonen, 2012). Un changement majeur apporté par les réformes du FBP est toutefois le passage des paiements prospectifs (ex. salaires, budgets historiques) aux paiements rétroactifs (Musgrove, 2011; Shroff, Tran *et al.*, 2017).

Les principes du FBP préconisent également une plus grande séparation des cinq fonctions du système de santé : la prestation de services (par exemple, les prestataires de soins de santé), la réglementation des services (par exemple, le gouvernement national), l'achat de services, le détenteur de fonds et la participation communautaire (par exemple, le comité de gestion) (Fritsche *et al.*, 2014; Renmans *et al.*, 2017). Différents programmes de FBP peuvent choisir de séparer ou non ces fonctions. Par exemple au Mali, la SNV était la détentrice des fonds et l'acheteuse de services³ et au Burkina Faso⁴, le gouvernement était le régulateur et un de ses départements était l'acheteur de services (Seppey *et al.*, 2017; Seppey *et al.*, en révision).

Les programmes FBP sont dans l'air du temps, comme en Afrique subsaharienne (Shroff, Tran *et al.*, 2017). En 2006, seuls deux programmes ont été mis en œuvre, l'un à l'échelle nationale (Rwanda) (Basinga *et al.*, 2011) et l'autre à titre de projet pilote (Burundi) (Shroff, Bigdeli *et al.*, 2017). Sept ans plus tard, 21 programmes ont été mis en œuvre (18 pilotes et trois à l'échelle nationale), tandis que neuf autres étaient en discussion dans d'autres pays (Fritsche *et al.*, 2014). Parmi ces pilotes, très peu ont été transposés à l'échelle nationale, comme

3. Voir le chapitre de Coulibaly *et al.*

4. Voir le chapitre de Ridde *et al.*

au Rwanda, en Arménie, au Burundi, au Cambodge et au Cameroun (Meessen *et al.*, 2017; Shroff, Bigdeli *et al.*, 2017). Des facteurs clés ont été trouvés en ce qui concerne l'adoption (ex. politiques et institutions favorables, expert-e-s techniques au niveau national, entrepreneurs et entrepreneuses politiques) et l'institutionnalisation (passage d'un programme à une politique) des projets (ex. structures facilitant l'autonomie, leadership du secteur de la santé et au-delà, investissements financiers nationaux) (Shroff, Bigdeli *et al.*, 2017).

L'étude de ces cas a permis d'identifier les obstacles et les facteurs facilitateurs liés au processus de mise à l'échelle, tels que les aspects financiers, législatifs ou politiques (Shroff, Bigdeli *et al.*, 2017). Toutefois, si le contexte est essentiel aux opérations de passage à une échelle supérieure, peu d'études fournissent les informations contextuelles approfondies nécessaires pour comprendre comment les interventions atteignent (ou non) le niveau de la politique nationale ou même celui du système (Craig *et al.*, 2018).

Notre étude au Burkina Faso aura donc pour but de fournir ces éléments et d'éclairer davantage ces mécanismes qui ont conduit à la non-adhésion au niveau de la politique nationale.

Composantes et déterminants de la mise à l'échelle

Le passage à l'échelle est devenu une partie importante de la science de la mise en œuvre, avec l'essor des interventions fondées sur des données probantes (EBI) et la nécessité de générer les meilleurs résultats possibles à partir des interventions (Aarons *et al.*, 2017). La transposition à plus grande échelle peut être décrite comme « l'effort délibéré pour élargir l'organisation d'une EBI avec l'intention d'atteindre un plus grand nombre de public cible. Souvent, la mise à l'échelle d'une EBI visera des unités de soins de santé dans des cadres identiques ou très similaires, dans lesquels l'EBI a déjà été testée⁵ » (Aarons *et al.*, 2017).

De nombreux cadres conceptuels peuvent être utilisés pour évaluer les processus de mise à l'échelle : le « *Consolidated Framework for Implementation Research* », la théorie pour la diffusion de l'innovation ou le « *Going to Full Scale* » (Barker *et al.*, 2016; Damschroder *et al.*, 2009; Organization, 2010; Rogers Everett, 1995; Simmons *et al.*, 2007; World Health Organization, 2016). Le cadre utilisé dans notre étude est celui développé par ExpandNet et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Différentes raisons expliquent l'utilisation de ce cadre : son utilisation étendue dans différents contextes, ses définitions claires généralement acceptées en ce qui concerne les attributs et processus de la mise à l'échelle (Organization, 2010; Simmons *et al.*, 2007), son développement par le biais d'un réseau de diverses institutions (Simmons *et al.*, 2007) et son application dans d'autres domaines (ExpandNet, 2020).

Financement basé sur la performance au Burkina Faso

Le Burkina Faso a une certaine expérience des approches contractuelles dans son système de santé, comme les contrats de performance dans les districts sanitaires ou le processus contractuel avec les ONG et autres associations. C'est à la suite de ces expériences que la BM a proposé au ministère de la Santé de tester en 2011 un premier programme FBP avec trois districts sanitaires (entièrement financé par la BM) (Bicaba, 2013). Ce programme était un projet pilote, tandis que le projet suivant, qui fait l'objet de notre recherche, n'était pas encore planifié⁶. Son nom est passé de pilote à pré-pilote dès que ce dernier a pu être mis en place. Le pré-pilote n'a pas bénéficié d'une évaluation indépendante, ni d'une évaluation d'impact, mais a permis de tester différents outils et de diffuser l'idée du FBP. Une évaluation d'un consultant national payé par la BM a été réalisée sur les processus de mise en œuvre (Bicaba, 2013). Cette évaluation sur l'utilisation des soins n'était pas assez rigoureuse pour fournir des résultats tangibles, en raison de la petite échelle de l'évaluation et de sa conception (Ridde *et al.*, 2014). La BM a donc confié beaucoup plus

6. Voir le chapitre de Ridde *et al.*

tard à un autre consultant le mandat d'évaluer les effets du pré-pilote, plus précisément sur l'utilisation des soins (Steenland *et al.*, 2017). La décision de l'État et de la BM d'étendre le projet FBP à 12 districts supplémentaires dans six régions différentes en 2013 a été prise avant la publication de cette évaluation (Somé *et al.*, 2016).

Au total, le nouveau pilote concernerait 561 centres de soins de santé primaires (CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale), 15 centres de soins de deuxième ligne (11 hôpitaux de district (CMA : Centre Médical avec Antenne chirurgicale) et quatre hôpitaux régionaux (CHR : Centre Hospitalier Régional)) (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2013; Somé *et al.*, 2016). Son objectif principal était de renforcer les performances du système national de santé en améliorant la quantité et la qualité des services de santé, en soutenant le système de suivi et d'évaluation et en consolidant les partenariats avec les différentes communautés, les agent-e-s de santé et les organisations privées (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2013). Quatre types de FBP ont été testés (Ridde *et al.*, 2014) :

- Le FBP1 consistait au FBP conventionnel où les centres de santé étaient financés par la BM, par le biais du *Programme d'Appui au Développement Sanitaire* (PADS), en fonction de la quantité et de la qualité de leurs services de soins de santé. La quantité et la qualité des services étaient évaluées tous les 3 mois par des agences de vérification et de contrôle externes (ACV : Agences de contractualisation et de vérification des services). Des frais d'utilisation ont été maintenus pour les patient-e-s.
- Le FBP2 consistait au FBP1 avec l'ajout d'une subvention pour les services de soins de santé des indigent-e-s. Des exemptions de frais d'utilisation ont été accordées aux 15% à 20% les plus pauvres de la population (indigent-e-s), qui ont été sélectionné-e-s dans le cadre d'un processus communautaire. Les services de soins de santé fournis à cette population ont été payés à un prix plus élevé pour pallier l'exemption de frais d'utilisation.
- Le FBP3 consistait au FBP2 avec l'ajout d'une motivation financière pour les prestataires de soins, lorsqu'ils et elles consultaient pour les indigent-e-s. Les services fournis aux indigent-e-s étaient mieux payés que dans le cadre du FBP2.

- Le FBP4 consistait au FBP1 avec une assurance maladie communautaire. Les primes d'assurance pour les indigent-e-s étaient subventionnées, et les services qui leur étaient fournis étaient payés à un prix plus élevé, comme dans le cadre du FBP3. Le paiement par capitation a remplacé le paiement direct de la population.

L'objectif de cette recherche est donc de mieux comprendre les processus de mise à l'échelle du projet pilote FBP (et non du pré-pilote) au Burkina Faso.

Méthodes

Le devis est une étude de cas imbriquée dans une étude de cas longitudinale et multiple plus large (Yin, 2013). Cette méthode a été choisie pour étudier le potentiel de mise à l'échelle de l'intervention car ce concept peut être très complexe et perçu différemment selon les points de vue (Yazan, 2015). Le choix d'utiliser une étude de cas est pertinent car l'intervention évaluée est un phénomène qui est ancré dans un contexte réel et spécifique (Yin, 2013) et qu'une vision holistique et complète (via la triangulation des sources et des méthodes de collecte de données) du programme est nécessaire, à travers l'analyse de l'expérience vécue, des défis ou des impacts de/ sur les différent-e-s acteurs et actrices (Yazan, 2015).

Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel de mise à l'échelle est composé de cinq éléments principaux : 1) l'innovation (le projet pilote FBP), 2) l'organisation hôte qui adopte l'innovation (le système de santé), 3) l'équipe ressource (la cellule FBP du ministère de la Santé), 4) les stratégies de mise à l'échelle (différents attributs possibles), et 5) le contexte général (socioculturel, politico-économique, etc.). Pour chacun de ces cinq éléments, différents attributs ont été évalués afin de fournir une image complète de la situation de mise à l'échelle. Les

attributs les plus importants sont donc présentés dans la section des résultats et sont décrits plus en détail dans les travaux de Simmons *et al.* (2007).

Collecte de données

Sites

Cette évaluation à grande échelle a été réalisée dans le cadre d'une étude de cas plus large, dans trois districts sanitaires (Diébougou, Ouahigouya et Solenzo) (Ridde *et al.*, 2014)⁷. Ces districts ont été sélectionnés sur la base de critères de représentativité des différents contextes du pays. Parmi ces districts, six CSPS et un CMA ou CHR ont servi de cas. Ces centres de santé ont été sélectionnés en fonction du type de FBP mis en œuvre et de leur niveau de performance lié à la prestation de services avant l'intervention (bon, moyen, mauvais) (Ridde *et al.*, 2014). Les performances ont été évaluées en fonction d'indicateurs de prestation de services (ex. couverture vaccinale, nombre de consultations). Pour cette étude sur le passage à l'échelle, trois sites ont été utilisés à partir de l'échantillon plus large de 21 sites, ceci est dû à des contraintes de temps et de ressources. Ces sites ont été sélectionnés sur la base des critères de sécurité, d'accès physique et de présence de participant-e-s bien informé-e-s. La sélection a été faite avec les membres de l'équipe de recherche locale en charge des différents districts.

Participant-e-s

Dans les trois centres de soins (deux CSPS et un CMA), de quatre à huit participant-e-s ont été interrogé-e-s. Ils et elles étaient composé-e-s de différentes parties prenantes : praticien-ne-s de santé de différents niveaux (agent-e itinérant-e de santé, sages-femmes, infirmiers et infirmières, infirmiers-chefs et infirmières-

7. Voir le chapitre de Ridde *et al.*

cheffes de poste ou médecins chef-fe-s de district), cadres supérieur-e-s, membres de comités de gestion (COGES) (ex. président-e-s, trésoriers et trésorrières), et représentant-e-s de l'ASMADE (ex. coordinateurs sociaux et coordinatrices sociales, responsables de la mise en œuvre ou de la communication).

Au niveau national, la phase de collecte des données a été prolongée pour interroger : 1) l'acheteur de services (le PADS), 2) l'exécutant (cellule FBP), 3) l'ACV, et 4) les régulateurs/décideurs et régulatrices/décideuses de différentes divisions du ministère de la Santé. Des expert-e-s externes (ONG, BM) ont été rencontré-e-s (Tableau 1). Ces participant-e-s ont été délibérément sélectionné-e-s en fonction de leur niveau de connaissance ou d'implication dans le projet. Ils et elles ont représenté une image exhaustive des différentes parties prenantes participant à l'intervention et ont contribué à atteindre le point de saturation des données (N= 37).

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

La collecte de données s'est déroulée en deux phases, la première au niveau local (du 22/10/2016 au 3/11/2016) et la seconde dans la capitale (du 9/11/2016 au 20/11/2016). Les entretiens étaient semi-structurés et ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien basé sur le cadre de mise à l'échelle ExpandNet/OMS (Green & Thorogood, 2018). Les thèmes du guide couvraient les différents éléments du cadre (ex. attributs de l'intervention, système de santé, stratégies) et ont facilité l'analyse qui était à la fois déductive et inductive. Tout en conservant les thèmes, les questions du guide ont évolué au cours de la phase de collecte de données pour devenir plus précises, en lien avec les rôles des participant-e-s et les informations manquantes. Les entretiens ont été menés principalement sur le lieu de travail des participant-e-s ainsi qu'à leur domicile (uniquement au niveau local), selon leur préférence. Ils ont été menés en français (à l'exception d'un entretien en dioula), ont duré de 30 minutes à plus de deux heures et ont été enregistrés et transcrits en *verbatim*. Des notes d'observation ont été prises pendant la collecte des données, ce qui a permis de recueillir des discours plus informels liés aux processus de mise à l'échelle du projet FBP. Une fois transcrits par des assistant-e-s de recherche formé-e-s, les *verbatim* ont été relus avec les enregistrements audio (MS), retranscrits si nécessaire, assemblés avec le logiciel QDA Miner © et codés (MS), selon le cadre conceptuel.

Résultats

Les résultats de cette étude seront présentés selon le cadre ExpandNet, en lien avec les attributs de ses différents éléments : 1) le projet, 2) le système de santé, 3) l'équipe de ressources, 4) les stratégies de mise à l'échelle, et 5) le contexte général de mise en œuvre (Simmons *et al.*, 2007).

Attributs du projet PBF

Crédibilité

La crédibilité du projet reposait principalement sur les précédentes réformes réussies du FBP, comme celles du Rwanda, de la République démocratique du Congo (RDC) et du Burundi, cette dernière ayant également été couplée à une politique d'exemption du paiement des frais d'utilisation : « Nous avons eu des expériences dans d'autres pays. La plupart du temps, les expériences ont montré que les résultats étaient beaucoup plus positifs que négatifs. » (Expert externe #2); « Nous nous sommes dit : si ça a marché ailleurs, ça peut aussi marcher ici. » (Agente de santé #6). Cependant, pour certains prestataires de soins de santé, le projet FBP a été discrédité en raison de certains problèmes de mise en œuvre tels que les retards de paiement, ce qui a entraîné un certain manque de confiance envers le projet : « Si nous parvenons à payer les six mois de retard, et les mois suivants à suivre les subventions, ainsi... les gens auront une meilleure confiance. » (Cellule FBP #4).

Caractère observable

Les résultats du projet FBP ont été interprétés différemment au niveau local qu'au niveau national :

Nous [les responsables locaux de la mise en œuvre] voyons les effets qu'il [le projet FBP] produit, les avantages qu'il génère. Comme nous sommes des acteurs directs, nous mettons en œuvre, nous avons vu ce qu'il nous a apporté. Cela suffit donc pour dire que cela devrait être une priorité. Cependant, les décideurs ne mettent pas en œuvre... peut-être que cela ne leur permet pas de mieux l'apprécier, de leur faire dire que cela devrait être une priorité. (Gestionnaire #3)

En ce qui concerne les décideurs et décideuses, des résultats plus négatifs ou un manque de résultats liés à des problèmes de mise en œuvre ont été perçus, tels que des retards de paiement, des grèves ou un manque d'investissement :

Ce n'est déjà pas évident avec 15 districts... Quand j'ai des retours, des plaintes des équipes de district parce que les paiements ne sont pas réguliers... si vous êtes dans cette dynamique, il n'est pas évident que nous voulons passer à l'échelle. (Gestionnaire senior #4)

Avantages relatifs

Les avantages relatifs de l'intervention ont été bien compris en théorie. Le projet FBP a été jugé efficace pour améliorer la qualité, renforcer le système de suivi et d'évaluation, motiver les professionnel-le-s de la santé ou établir des rapports. Cet avantage relatif était cependant souvent lié au programme d'exemption de frais d'utilisation, en tant que réforme complémentaire : « Maintenant, nous pouvons réajuster l'exemption de frais d'utilisation et ajouter certains éléments du FBP, tels que la vérification. » (Expert externe #3). En revanche, dans la pratique, les personnes au niveau décisionnel n'ont pas été touchées par ces arguments : « Si le ministère [de la Santé] avait compris la valeur ajoutée du FBP, ce sont eux qui nous auraient couru après. » (Cellule FBP #2).

Facilité d'instauration et de test

L'intervention FBP était complexe à instaurer et à comprendre en raison des quatre différents types mis en œuvre. De nombreuses modifications et adaptations ont également entravé la mise en œuvre : changements d'indicateurs, retards de paiement, etc. Le projet pilote a néanmoins pu être testé et a même bénéficié d'une première opération de mise à l'échelle, portant le projet de trois à quinze

districts sanitaires. Au cours de sa mise en œuvre, le projet a toutefois été confronté à différents effets non voulus et indésirables qui n'ont pas toujours été pris en compte (Turcotte-Tremblay *et al.*, 2017)⁸.

Compatibilité

Le FBP va à l'encontre du fonctionnement du système national de santé sous de nombreux aspects : le recours au financement rétroactif ou l'autonomisation des centres de santé en ce qui concerne leurs dépenses. Pour certaines parties prenantes, principalement les syndicats, cette réforme signifiait la privatisation du système de santé par la décentralisation des pouvoirs de dépense et l'externalisation de certaines activités (ex. vérifications qualité/quantité).

Ne voulons-nous pas privatiser nos services de santé... Si nous sommes dans la fonction publique, nous avons un salaire et il est normalisé. Je suis infirmière avec trois ans d'ancienneté, mon salaire est connu. Peut-il être différent d'un centre à l'autre? Ce n'est pas possible. (Expert externe #1)

Attributs du système de santé burkinabè

Capacité de mise en œuvre

La capacité de mise en œuvre des centres de santé a été perçue comme adéquate :

Quand on prend l'exemple de pays comme la RDC ou le Burundi où le système de santé n'était pas forcément performant, le FBP a fait ses preuves rapidement. Mais ici, le FBP est venu découvrir qu'il fonctionnait. En réalité, ce sont les ressources qui manquent, à part cela, le système de santé a fonctionné. (Cellule FBP #4)

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

Les activités du FBP semblaient également similaires aux routines quotidiennes déjà en place et adaptées : « Avec les activités qu'il [FBP] fait ici... je pense qu'il fonctionnera très bien... Il n'y a pas de problème, puisqu'il fonctionne selon la taille du CSPS » (Gestionnaire #1). Cependant, l'équité entre les centres était un problème certain : « Il doit y avoir un minimum et je pense qu'il y a des centres qui n'ont pas ce minimum. Je parle de ressources humaines, de matériel. » (Expert externe #2); l'incapacité des centres de soins de santé les plus pauvres à maximiser les avantages des ressources de l'État (par exemple, le personnel ou d'autres matériels) semblait injuste.

Au niveau des capacités de l'État, peu de parties prenantes semblaient positives quant à une éventuelle mise à l'échelle du projet en raison du montant du financement nécessaire. Des changements ont dû être apportés, notamment en ce qui concerne la phase de vérification, qui est très coûteuse : « Nous devons donner la priorité aux critères [d'évaluation] et ensuite alléger le système de contrôle et d'évaluation. Je pense que nous pourrions alors gérer le budget pour passer à l'échelle. En fait, le FBP représente beaucoup d'argent. » (Expert externe #2). Ainsi, la majorité des participant-e-s ont suggéré que la réforme du FBP était trop coûteuse pour être mise en œuvre à grande échelle : « Lorsque nous avons illustré toutes les réalités financières, nous avons senti que les gens se sont refroidis. » (Gestionnaire senior #5). Cette question a été pensée pendant le processus de mise en œuvre, mais n'a jamais été abordée : « C'était toujours une préoccupation, pour voir comment nous allons faire pour le passage à l'échelle. Maintenant, où trouver l'argent pour le passage à l'échelle reste la grande question qui reste en suspens. » (Gestionnaire senior #6).

Leadership et plaidoyer interne

Le niveau d'enthousiasme des parties prenantes à l'égard du processus de mise à l'échelle était différent selon ces dernières. Les responsables de la mise en œuvre, les prestataires de soins de santé et les gestionnaires avaient des intérêts personnels ou institutionnels dans la mise à l'échelle de la réforme : « Le FBP nous permet d'avoir

des primes en dehors des revenus des ventes de médicaments... il nous permet d'avoir des ressources pour fonctionner sans trop de difficultés. » (Agente de santé #6). D'un point de vue décisionnel, l'intervention du FBP était très politisée, ce qui a créé des points de vue « dogmatiques », les gens étant soit « pour » soit « contre ». Des arguments ont donc été développés contre son fonctionnement à grande échelle :

Il y a des gens qui ne sont fondamentalement pas en accord avec le FBP parce que, selon eux, le FBP paie des gens qui étaient déjà payés par l'État pour faire les activités. Donc, d'un point de vue éthique, ce n'est pas quelque chose... C'est aussi la charge de travail qui nécessite de remplir beaucoup plus de formulaires, beaucoup de temps à passer avec le patient. (Cellule FBP #4)

En outre, l'aspect réformateur de l'opération de mise à l'échelle a été perçu comme un changement politique important pour le financement national, car il impliquerait une certaine forme de décentralisation : « Le ministère des Finances a dit non, si nous vous accordons cette facilité, d'autres ministères vous demanderont la même chose, nous risquons de ne pas pouvoir nous en sortir. » (Gestionnaire senior #4). En ne faisant pas du projet FBP une priorité gouvernementale, d'autres parties prenantes pourraient également être influencées et réduire leur engagement dans le projet, comme la BM qui a financé le projet pilote : « S'il n'y a pas de réelle volonté politique d'investir, de s'engager [dans le projet], je pense que la BM peut avoir des difficultés à s'engager. » (Gestionnaire senior #6). En outre, un meilleur engagement du gouvernement pour la mise à l'échelle du PBF ne semblait pas plausible dans un avenir prévisible, ce qui a fermé la fenêtre d'opportunité.

Attributs de l'équipe de mise à l'échelle

À la fin de notre collecte de données, aucune équipe n'a été identifiée pour mener l'opération de mise à l'échelle :

Nous [DGESS : Direction Générale des Études et des Statistiques Sectorielles] n'avons toujours pas d'équipe en place pour la mise à l'échelle. Comme je l'ai dit, elle est conditionnée par la disponibilité des partenaires à accompagner... car au niveau du budget de l'État, il n'y a pas de perspective en tant que telle. (Gestionnaire senior #6).

N'étant pas une priorité pour le gouvernement, la mise à l'échelle du FBP était en suspens et des réflexions étaient en cours sur la manière d'inclure les composantes du FBP dans l'exemption de frais d'utilisation. La cellule FBP, qui était chargée de la mise en œuvre, serait l'équipe la mieux placée pour la mise à l'échelle, mais elle n'a pas été clairement identifiée comme telle.

Stratégies de mise à l'échelle

Stratégie guidée

Ce qui a été mentionné comme un type potentiel de stratégie de mise à l'échelle a été principalement guidé par le gouvernement, le système national de santé et les membres de la cellule FBP. Bien que la mise à l'échelle du FBP, en l'état actuel, à d'autres districts semble improbable, le FBP pourrait être institutionnalisé (mise à l'échelle verticale) par le biais d'une stratégie nationale, avec le programme d'exemption de frais d'utilisation : « La stratégie nationale de financement de la santé y réfléchit actuellement. Je participe à ce comité. C'est le système de financement qui va changer tout en gardant le dispositif du FBP. » (Cellule FBP #1).

Diffusion

Diverses stratégies de diffusion ont été utilisées pour favoriser la mise en œuvre du projet FBP, telles que des ateliers, des réunions, des présentations de boîtes à outils et d'autres documents. Il y avait moins de stratégies concernant une éventuelle mise à l'échelle et cela semblait plus indéfini :

Nous avons prévu de nous rencontrer pour échanger... nous pourrions aller au Burundi. Il me semble qu'ils ont réussi à aligner le FBP et les exemptions de frais d'utilisation. Nous allons regarder et voir comment ils ont fait et cela consolidera notre prise de décision. (Gestionnaire senior #1)

Néanmoins, les stratégies de diffusion n'ont pas atteint un nombre significatif d'acteurs clés et un manque de leadership pour la promotion du FBP était apparent.

Choix organisationnels

Pour une éventuelle stratégie de mise à l'échelle, de nouveaux partenariats devaient être évalués: « pour trouver de l'argent pour financer le FBP, pour continuer et peut-être passer à l'échelle. » (PADS #1). Cependant, n'étant pas une priorité pour le gouvernement par rapport à l'exemption des frais d'utilisation, l'engagement des autres partenaires envers le FBP semblait plus faible :

La question de l'appropriation [du FBP par le gouvernement] n'est pas encore résolue. C'est pour cette raison que je dis que nous ne pouvons plus financer le FBP de manière indépendante comme nous l'avons fait. L'environnement dans lequel nous nous trouvons maintenant, avec la décision d'aller de l'avant avec l'exemption de frais d'utilisation, fait que nous devrions nécessairement accompagner le gouvernement avec l'exemption de frais d'utilisation. (Expert externe #3)

Certaines parties prenantes se sont penchées sur l'ampleur d'une mise à l'échelle nationale et ont mentionné les mesures nécessaires à prendre pour une mise à l'échelle progressive. Toutefois, cette approche progressive était en contradiction avec le principe du ministère de la Santé, qui devait rendre compte à l'ensemble de la nation de la fourniture de services de santé égaux et de leur amélioration qualitative.

Enfin, une stratégie davantage axée sur les bailleurs de fonds (Banque mondiale) semble avoir émergé des discussions. Cela pourrait être une réaction à la participation plus faible du ministère de la Santé et du ministère de l'Éducation, ce dernier n'étant pas clairement en faveur des principes du FBP, tels que la décentralisation des pouvoirs de dépense : « Le ministère de la Santé est bloqué par le ministère de l'Éducation, qui dit que le financement de l'État est là. C'est le budget. » (Expert externe #3). La cellule FBP a été au centre de la mise en œuvre du projet et a été considérée comme le véhicule approprié pour mettre en œuvre le passage à l'échelle. Cependant, cette équipe est restée au sein d'un département de la DGS (Direction générale de la santé), une section en dehors de la sphère de décision du ministère de la Santé.

Coûts/mobilisation des ressources

L'évaluation du coût de l'opération de mise à l'échelle n'a pas été mentionnée clairement, mais une impression générale des coûts a été exprimée par certaines parties prenantes : « Cela peut coûter beaucoup... cela coûtera beaucoup! » (Gestionnaire senior #4); « C'est environ un million de dollars, vous voyez, par trimestre! » (PADS #2). L'économie d'échelle n'a pas été mentionnée, mais la mobilisation de fonds a été jugée possible grâce à des partenariats avec des bailleurs de fonds ou un autre programme, comme l'exemption de frais d'utilisation. À notre connaissance et au moment de réaliser cette étude, il n'y a pas eu d'étude de rentabilité ni d'étude du coût de l'expansion et aucun autre organisme de financement n'a été identifié ou à la table de discussion concernant le FBP.

Suivi et évaluation

Des données de suivi ont été recueillies en ce qui concerne les paiements, mais en raison du FBP et de l'intégration des budgets des centres de soins, des difficultés sont apparues en ce qui concerne l'analyse des différents investissements réalisés avec ces paiements. Le projet FBP n'étant pas une priorité pour le gouvernement, la

probabilité d'une extension du projet dépendait fortement de l'évaluation d'impact : « Le Centre Muraz procède actuellement à l'évaluation d'impact. Nous allons voir si cela fonctionne ou si nous allons vers un échec. » (Expert externe #3). Des problèmes ponctuels au cours de la phase de mise en œuvre ont déjà eu un impact négatif sur l'opinion de certain-e-s décideurs et décideuses, réduisant ainsi la perspective d'élargissement du FBP. En outre, bien que l'évaluation d'impact ait été réalisée à la fin de 2017, ces résultats ne sont toujours pas disponibles ni partagés en mai 2019.

Contexte

L'instabilité politique n'a pas non plus permis de créer un contexte favorable pour la mise à l'échelle du FBP : « avec l'insurrection [2014], il y a une forme d'instabilité au niveau politique... de sorte que c'est un peu plus lent [la priorisation de FBP]. » (Cellule FBP #3). Il est important de noter que la réforme était plus prioritaire au début : « En 2010, lorsque nous [la cellule FBP] nous sommes installés, cela a été perçu comme une priorité... parce que le ministre est venu participer à nos ateliers. » (Cellule FBP #3). Cependant, cette priorité a changé en raison de la grande instabilité au sein du gouvernement : « De 2011 à 2016, il y avait au moins cinq ministres, donc ce n'était pas une sorte d'aide pour le FBP, parce que les gens changent et les priorités ne sont pas les mêmes. » (Cellule FBP #4). La présence du projet dans l'agenda gouvernemental semblait donc dépendre de l'action de certaines personnes de haut niveau qui le défendaient, ce qui a rendu le soutien de la mise à l'échelle beaucoup plus faible.

Discussion

Si les résultats montrent que le potentiel d'une éventuelle mise à l'échelle est faible, il est difficile de parler d'une future mise à l'échelle du projet FBP fin 2016, au moment de la collecte des données dont est issu ce chapitre. Une hypothèse possible serait de souligner le manque d'appropriation du programme par les parties prenantes au

niveau gouvernemental, plus particulièrement au sein du ministère de la Santé (Gautier & Ridde, 2017). Tout d'abord, le gouvernement a décidé de ne pas allouer de ressources financières au programme, qui a ensuite été testé avec la seule subvention de la BM. En outre, le programme n'a pas été considéré comme prioritaire sur le plan politique, à tel point que la cellule de mise en œuvre du FBP s'est retrouvée isolée au sein d'un plus petit département de la DGS, sans levier de gestion ou d'autorité. Les membres de la cellule se sont souvent plaint-e-s de cette situation et beaucoup d'entre eux et elles ont quitté pour poursuivre une carrière au niveau régional ou international en promouvant le FBP⁹. En 2020, le programme FBP a cessé depuis trois ans et aucun signe n'indique que l'État va le poursuivre. Des évaluations indépendantes¹⁰ ont montré des difficultés dans la mise en œuvre (Ridde *et al.*, 2017), des problèmes aux effets inattendus (Turcotte-Tremblay *et al.*, 2017) ou le manque d'efficacité en ce qui concerne les indicateurs de santé maternelle et infantile (Zizien *et al.*, 2019), tel que les chapitres de Zombre et Coulibaly pour le Mali le montre également. Une évaluation d'impact payée par la BM a été menée avec des résultats mitigés, ce qui explique peut-être pourquoi elle n'a pas été officiellement communiquée au ministère de la Santé ou n'a pas été rendue publique deux ans après la collecte des données. Aucune étude des coûts ne semble avoir été réalisée. La BM essaie maintenant d'amener les achats stratégiques à la table des discussions avec l'État (Paul *et al.*, 2020).

Des pourparlers sont en cours (2020) en vue d'un autre axe d'intervention visant à assurer l'accessibilité financière aux soins de santé, qui figure également dans le *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2020* (PNDS) (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2011). Le PNDS a pris en compte à la fois l'offre (ex. FBP) et la demande (ex. exemption de frais d'utilisation) de soins de santé, mais l'accès aux services (côté demande) semble maintenant prévaloir. Concernant la Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour la couverture sanitaire universelle 2018-2030 (SNFS), très peu de références sont

9. Voir le chapitre de Gautier *et al.* pour une histoire semblable au Mali.
10. Voir les chapitres dans cet ouvrage.

faites au FBP, qui semble avoir été remplacé par l'achat stratégique de services, le troisième axe du plan financier (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2018). L'achat stratégique sera possible grâce à un cadre de suivi des performances, qui liera les ressources allouées aux résultats des programmes. Les incitations à la performance sont également évoquées très brièvement sans référence au FBP. Il est intéressant de noter que les mécanismes et les objectifs du FBP sont toujours présents, d'une certaine manière, dans ce SNFS (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2018).

Selon un cadre conceptuel publié après notre collecte de données et plus spécifique au FBP (Meessen *et al.*, 2017), le cas du Burkina Faso viserait simultanément à adopter et à institutionnaliser le FBP (phases 2 et 3). L'adoption ferait référence à l'élaboration d'outils opérationnels nationaux (ex. directives, contrats, descriptions de poste) et de mesures institutionnelles conduisant à une plus grande couverture de la population ou des services (Meessen *et al.*, 2017). L'institutionnalisation du FBP pourrait se faire par son intégration dans une politique nationale (ex. exemption de frais d'utilisation ou assurance maladie universelle), conduisant aux objectifs du ministère de la Santé. L'adoption et l'institutionnalisation simultanées du programme FBP pourraient être dues à la priorité accordée à un autre programme national (exemption de frais d'utilisation) et, par conséquent, à la nécessité pour les défenseur-e-s du programme FBP d'accélérer le processus et de s'associer à l'exemption de frais d'utilisation au niveau des politiques.

Adoption

De nombreux facteurs favorables et obstacles ont été identifiés en ce qui concerne ces deux phases et peuvent fournir une base de comparaison entre le Burkina Faso et d'autres pays (tableau 2). En ce qui concerne l'expérience burkinabè, peu de facteurs favorables étaient présents, en dehors des parties prenantes ayant une capacité technique. Les institutions et les politiques préexistantes n'ont pas été naturellement conçues pour mettre en œuvre une réforme du FBP, principalement en raison de la centralisation du système de santé. Le projet FBP a également mis en lumière la question de la transparence

dans un contexte d'instabilité sociale (insurrection de 2014 et demande d'une meilleure gouvernance). Les retards et l'incompréhension concernant les paiements ont été perçus comme un manque de transparence¹¹ et auraient pu donner une image négative du projet, au contraire d'un facteur d'habilitation (Shroff, Bigdeli *et al.*, 2017). Comme l'expérience tchadienne où l'adoption du FBP a échoué, le projet pilote du Burkina Faso manquait de leaders politiques engagé-e-s (Kiendrébéogo *et al.*, 2017). Étant le principal défenseur du FBP, la cellule de mise en œuvre aurait eu avantage à être plus directement liée aux parties prenantes décisionnelles, tels que le ministère de la Santé ou le secrétaire général. Une situation similaire s'est produite au Tchad, où le projet pilote FBP relevait du ministère de l'Économie et de la Coopération Internationale, et n'était pas directement lié au ministère de la Santé. En conséquence, l'appropriation par les autorités nationales (ministère de la Santé) est restée faible dans les deux pays (Kiendrébéogo *et al.*, 2017; Shroff, Bigdeli *et al.*, 2017). Cela peut s'expliquer par le montant important de financement à mobiliser et par l'importance pour les bailleurs de fonds de mieux suivre les activités, ce qui est essentiel dans toute conception de FBP (Gautier & Ridde, 2017). L'engagement du ministère de la Santé dans le projet pilote aurait pu être plus important dès le départ, ce qui aurait pu faciliter la transition d'un projet pilote à un programme national, comme dans l'expérience camerounaise (Sieleunou *et al.*, 2017). Les prestataires publics auraient également pu s'engager davantage dans le projet pilote, afin d'assurer une meilleure compréhension de ses mécanismes et de réduire la perception d'une privatisation du système de santé. Enfin, le passage à l'échelle a été perçu comme trop coûteux à mettre en œuvre pour le gouvernement national.

11. Voir le chapitre de Ridde *et al.*

Institutionnalisation

En ce qui concerne la phase d'institutionnalisation et le financement national, la discussion d'une mise à l'échelle du FBP semble dépendre de partenariats avec des bailleurs de fonds extérieurs. Au Bénin, le FBP a été étendu à l'échelle nationale et a été financé par le Gavi, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et Enabel (agence belge de développement), avec la BM (Paul, Sieleunou *et al.*, 2018). Après la mise en œuvre à grande échelle, la pérennité du programme FBP au Bénin était menacée (puis arrêtée) en raison de différents facteurs, dont le manque d'efficacité dans l'utilisation des soins de santé, le manque d'intégration dans le système de santé national et l'insuffisance des ressources du gouvernement. Cette situation contraste donc avec d'autres expériences au Cambodge ou en Arménie, où le financement national a été encouragé, permettant ainsi l'appropriation de la mise à l'échelle (Khim *et al.*, 2017; Petrosyan *et al.*, 2017; Shroff, Bigdeli *et al.*, 2017). En ne priorisant pas le FBP dans le budget national, les partenaires peuvent être réticent-e-s à s'engager dans la mise à l'échelle; l'orientation stratégique liée au FBP (#8 : l'augmentation du financement des soins de santé) ne représente que 7,6% de l'ensemble du PNDS (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2011). Cependant, une éventualité pour le Burkina Faso pourrait être de suivre les pas du Burundi, qui a alloué des fonds publics au FBP, mais dans le cadre d'une politique d'exemption de frais d'utilisation pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes (Shroff, Bigdeli *et al.*, 2017). Ce programme étant la priorité du gouvernement, l'appropriation pourrait se faire plus facilement. Un engagement politique insuffisant a également été constaté au Burkina Faso, où le FBP se situait principalement à un niveau décisionnel bas (mais toujours au sein du ministère de la Santé). La faiblesse du lien entre la cellule du FBP et le ministère de la Santé a rendu la communication difficile et n'a pas permis à ces deux parties prenantes de s'approprier la réforme en cours. Les conclusions d'une autre étude menée au Burkina Faso font état d'obstacles similaires à l'institutionnalisation d'un système national d'information sanitaire, tels que le manque de coordination entre les différentes parties prenantes ou le manque de participation aux activités de compte rendu et de diffusion des résultats (Zida

et al., 2017). Une situation similaire est apparue en Tanzanie, où le programme FBP a été «confiné à un petit groupe» au sein du ministère de la Santé, ce qui a créé un obstacle à la future tentative de mise à l'échelle (Shroff, Bigdeli et al., 2017).

Tableau 2 : Le cas du Burkina Faso (Shroff, Bigdeli et al., 2017)

Phases Facteurs	Adoption	Institutionnalisation
Facilitateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Institutions et politiques favorables préexistantes - Contexte favorable à la transparence - Groupe d'acteurs et d'actrices ayant des capacités techniques en matière de FBP - Des leaders politiques dévoué-e-s 	<ul style="list-style-type: none"> - Structures facilitant l'autonomie - Leadership technique de la cellule FBP et des acteurs et actrices externes
Obstacles	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre du projet pilote sans une participation suffisante du ministère de la Santé - Les organisations locales (secteur public) se sont senties exclues des phases de conception et de mise en œuvre - Impression d'un coût trop élevé pour la mise à l'échelle - Aucune preuve de son efficacité 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible engagement politique avec les principales parties prenantes - Absence de ressources nationales impliquées - Faible appropriation du programme

Leçons tirées

Un premier enseignement de cette étude, tel un truisme, serait d'assurer la participation des parties prenantes et des institutions (ex. les autorités locales/nationales) pendant les différentes étapes de la mise en œuvre du projet, à l'instar des analyses au Mali¹², en Tanzanie, au Tchad et au Mozambique (Chimhutu et al., 2015; Kiendrébéogo et al., 2017; Seppéy et al., 2017; Shroff, Bigdeli et al., 2017). Des actions peuvent facilement être mises en œuvre grâce à une approche par projet, incluant moins de parties prenantes qui peuvent prendre des décisions plus efficacement et assurer la bonne performance. Toutefois, en ce qui concerne la mise à l'échelle ou, plus généralement, la pérennité, il convient de proposer une nouvelle façon de mettre en œuvre les projets en renforçant l'interaction avec les parties prenantes locales/nationales, en instaurant la confiance et en créant des partenariats plus authentiques et à long terme (Castellanet, 2003; Plamondon et al., 2015). Une approche plus

12. Voir le chapitre de Coulibaly et al.

participative et locale de la transposition à plus grande échelle (ou de la mise en œuvre des projets) pourrait alors réduire les défauts réels dans le domaine de la mise en œuvre des projets, tels que les distorsions des priorités et des politiques nationales ou les pressions excessives sur certains aspects de la mise en œuvre d'un projet (Barnes *et al.*, 2015; Paul, Albert *et al.*, 2018).

Une deuxième leçon serait de mieux tenir compte du contexte de la mise en œuvre dans lequel le projet se déroule (Craig *et al.*, 2018; Paul & Renmans, 2018). Comme au Burkina Faso, l'influence du contexte sur la mise en œuvre d'un projet est trop importante pour être ignorée, encore plus lorsqu'il s'agit de politiques nationales ou de projets à grande échelle. Les aspects politiques, sociaux, culturels ou économiques doivent donc être évalués et pris en compte pour mieux comprendre leurs impacts potentiels sur les projets (Gilson & Raphaely, 2008). Une plus grande contribution des sciences sociales dans la recherche sur la mise en œuvre serait une clé pour améliorer notre compréhension des projets de soins de santé (Van Belle *et al.*, 2016).

De nombreuses similitudes ont été constatées entre l'expérience de mise à l'échelle au Burkina Faso et d'autres pays d'Afrique subsaharienne, tels que le Mali ou le Tchad. Passer de la théorie du changement du FBP à la pratique est un défi qui est fortement influencé par le contexte de mise en œuvre (Paul & Renmans, 2018). En théorie, le FBP pourrait être appliqué dans un large éventail de situations. Mais des conditions préalables demeurent pour une mise en œuvre et une mise à l'échelle plus optimales : un niveau minimum de décentralisation, des données précises représentant le système de santé ou une perspective de mise en œuvre intégrant le FBP dans ce système (Paul & Renmans, 2018). Au Burkina Faso, ces différentes conditions préalables faisaient défaut et constituaient donc des obstacles importants à la mise en œuvre du FBP, et finalement de sa mise à l'échelle. Le fait de ne pas tenir compte de ces conditions préalables et de rester à un niveau plus théorique pourrait être dû à l'appropriation du projet, qui est principalement dictée par les bailleurs de fonds (qui peuvent être moins conscients des facteurs contextuels) et donc moins évolutive, moins durable à long terme (Paul, Albert *et al.*, 2018). Le contexte du Burkina Faso est également

particulier dans le sens où le pays a connu une grande instabilité, sociale (insurrection sociale), politique (ex. fin de plus de 25 ans de régime Compaoré) ou institutionnelle (ex. changement constant à la tête du ministère de la Santé). La question de la corruption peut facilement venir à l'esprit au Burkina Faso, qui était classé 72^e sur 176 pays en ce qui concerne la transparence (Réseau national de lutte anti-corruption, 2018). Enfin, l'évaluation finale de l'impact du FBP au Burkina Faso n'a été publiée que tardivement avec peu de résultats concluants, ce que les analyses des données administratives semblent avoir montré (Zizien *et al.*, 2019). Tous ces éléments peuvent donner une mauvaise perception de l'intervention, ce qui affecte le processus de décision quant à la mise à l'échelle du projet.

Conclusion

Bien que la mise à l'échelle du projet FBP ait été considérée comme une avancée normale pour le projet pilote, un éventuel programme à l'échelle nationale ne semble pas possible dans un avenir prévisible. Les leçons de l'expérience burkinabè devraient être claires, à savoir mettre en œuvre une intervention qui soit réformatrice est essentiel, mais elle doit aussi être adaptée aux besoins, aux valeurs ou aux institutions de son contexte. Un équilibre doit alors être trouvé entre les objectifs de la réforme (qui sont souvent élaborés/financés à/par l'étranger) et les priorités nationales (Gautier & Ridde, 2017; Sepey *et al.*, 2017). Le passage à l'échelle devrait alors être plus apparent, avec une meilleure prise en compte des facteurs contextuels. Il reste maintenant à savoir si l'utilisation de la stratégie des achats stratégiques en discussion pour la SNFS peut être considérée comme une mise à l'échelle du FBP.

Références

- Aarons, G. A., Sklar, M., Mustanski, B., Benbow, N. & Brown, C. H. (2017). "Scaling-out" evidence-based interventions to new populations or new health care delivery systems. *Implementation Science*, 12(111). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0640-6>

- Barker, P. M., Reid, A. & Schall, M. W. (2016). A framework for scaling up health interventions: Lessons from large-scale improvement initiatives in Africa. *Implementation Science*, 11(12). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0374-x>
- 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.
- Basinga, P., Gertler, P. J., Binagwaho, A., Soucat, A. L. B., Sturdy, J. & Vermeersch, C. M. J. (2011). Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: An impact evaluation. *The Lancet*, 377(9775), 1421-1428. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60177-3](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60177-3)
- Castellanet, C. (2003). *Cycle des projets, cadre logique et efficacité des interventions de développement*. Éditions du Groupe initiatives.
- Chimhutu, V., Tjomsland, M., Songstad, N. G., Mrisho, M. & Moland, K. M. (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>
- Craig, P., Di Ruggiero, E., Frolich, K. L. et al. (2018). *Taking account of context in population health intervention research: Guidance for producers, users and funders of research* [Rapport]. Canadian Institutes of Health Research-National Institute for Health Research; NIHR Journals Library.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- ExpandNet. (2020). *ExpandNet*. <https://expandnet.net/>
- Fritsche, G. B., Soeters, R., & Meessen, B. (2014). *Performance-based financing toolkit*. World Bank.
- 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>

- Gilson, L. & Raphaely, N. (2008). The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: A review of published literature 1994–2007. *Health Policy & Planning*, 23(5), 294–307. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515407/pdf/czn019.pdf>
- Green, J. & Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research*. Sage.
- Grittner, A. M. (2013). *Results-based financing: evidence from performance-based financing in the health sector*. German Development Institute. <https://www.oecd.org/dac/peer-reviews/Results-based-financing.pdf>
- Plamondon, K., Brisbois, B., Dubois-Flynn, G. et al. (2015). *CCGHR Principles for Global Health Research: Promoting better and more equitable health worldwide through the production and use of knowledge*. Canadian coalition for global health research. <https://www.ccgrr.ca/wp-content/uploads/2015/10/CCGHR-Principles-for-GHR-FINAL.pdf>
- Khim, K., Ir, P. & Annear, P. L. (2017). Factors driving changes in the design, implementation, and scaling-up of the contracting of health services in rural Cambodia, 1997–2015. *Health Systems & Reform*, 3(2), 105–116. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1291217>
- Kiendrébéogo, J. A., Shroff, Z. C., Berthé, A., Yonli, L., Béchir, M. & Meessen, B. (2017). Why performance-based financing in Chad failed to emerge on the national policy agenda. *Health Systems & Reform*, 3(2), 80–90. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1280115>
- Meessen, B., Shroff, Z. C., Ir, P. & Bigdeli, M. (2017). From scheme to system (Part 1): Notes on conceptual and methodological innovations in the multicountry research program on scaling up results-based financing in health systems. *Health Systems & Reform*, 3(2), 129–136. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1303561>
- Musgrove, P. (2011). *Financial and other rewards for good performance or results: A guided tour of concepts and terms and a short glossary*. World Bank, (12).
- WHO (2010). *Nine steps for developing a scaling-up strategy*.

- Paul, E., Albert, L., Bisala, B. N. S. et al. (2018). Performance-based financing in low-income and middle-income countries: Isn't it time for a rethink? *BMJ Global Health*, 3(1), e000664. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000664>
- Paul, E., Brown, G. W. & Ridde, V. (2020). Misunderstandings and ambiguities in strategic purchasing in low- and middle-income countries. *The International Journal of Health Planning and Management*, 35(5), 1001-1008. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/hpm.3019>
- Paul, E. & Renmans, D. (2018). Performance-based financing in the health sector in low- and middle-income countries: Is there anything whereof it may be said, see, this is new? *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), 51-66. <https://doi.org/10.1002/hpm.2409>
- Paul, E., Sieleunou, I. & Ridde, V. (2018). Comment utiliser l'expérience de financement basé sur les résultats (FBR) pour rendre l'achat des services de santé plus stratégique au Bénin? *Cahiers réalisme*, 15.
- Petrosyan, V., Melkom Melkopian, D., Zoidze, A. & Shroff, Z. C. (2017). National scale-up of results-based financing in primary health care: The case of Armenia. *Health Systems & Reform*, 3(2), 117-128. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1291394>
- 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>
- Réseau national de lutte anti-corruption (2018). *Étude sur les présomptions de corruption et pratiques assimilées dans le système et les services de santé au Burkina Faso*.
- Ridde, V., Turcotte-Tremblay, A.-M., Souares, A. et al. (2014). Protocol for the process evaluation of interventions combining performance-based financing with health equity in Burkina Faso. *Implementation science*, 9(149). <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/s13012-014-0149-1>

- Ridde, V., Yaogo, M., Zongo, S., Somé, P. A. & Turcotte-Tremblay, A. M. (2017). Twelve months of implementation of health care performance-based financing in Burkina Faso: A qualitative multiple case study. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(1). <https://doi.org/10.1002/hpm.2439>
- Rogers Everett, M. (1995). *Diffusion of innovations*. The Free Press.
- Sepey, M., Ridde, V. & Somé, P.-A. (2020). Scaling-up performance-based financing in Burkina Faso: From PBF to user fees exemption strategic purchasing. *The International Journal of Health Policy and Management*, (sous presse). https://www.ijhpm.com/article_3952_a6b392800b3e7de0aaf9bcee25f4fba5.pdf
- Sepey, 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>
- Sieleunou, I., Turcotte-Tremblay, A.-M., Yumo, H. A., Kouokam, E., Fotso, J.-C. T., Tamga, D. M. & Ridde, V. (2017). Transferring the purchasing role from international to national organizations during the scale-up phase of performance-based financing in Cameroon. *Health Systems & Reform*, 3(2), 91-104. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1291218>
- Simmons, R., Fajans, P. & Ghiron, L. (2007). *Scaling up health service delivery: From pilot innovations to policies and programmes*. World Health Organization.

- Soeters, R., Habineza, C. & Peerenboom, P. B. (2006). Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 884-889. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2627555/pdf/17143462.pdf>
- Soeters, R., Peerenboom, P. B., Mushagalusa, P. & Kimanuka, C. (2011). Performance-based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo. *Health Affairs*, 30(8), 1518-1527.
- Somé, P. A., Yaogo, M., Zongo, S., Turcotte-Tremblay, A.-M. & Ridde, V. (2016). *Recherche sur la mise en oeuvre du FBR au Burkina Faso: processus, résultats et défis* [Présentation]. Équité santé. <http://www.equitesante.org/financement-base-sur-les-resultats-en-sante-maternelle-et-infantile-et-equite-au-mali-et-au-burkina-faso/>
- Steenland, M., Robyn, P. J., Compaore, P., Kabore, M., Tapsoba, B., Zongo, A., Haidara, O. D. & Fink, G. (2017). Performance-based financing to increase utilization of maternal health services: Evidence from Burkina Faso. *SSM – Population Health*, 3, 179-184. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.01.001>
- Toonen, J. (2012). *Results-based financing in healthcare: Developing an RBF approach for healthcare in different contexts: The cases of Mali and Ghana*. Koninklijk Instituut Voor de Tropen.
- Turcotte-Tremblay, A.-M., Gali-Gali, I. A., De Allegri, M. & Ridde, V. (2017). The unintended consequences of community verifications for performance-based financing in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 191, 226-236. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.007>
- Van Belle, S., van de Pas, R. & Marchal, B. (2016). Towards an agenda for implementation science in global health: There is nothing more practical than good (social science) theories. *BMJ Global Health*, 2(2). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000181>
- World Health Organization. (2016). *Scaling up projects and initiatives for better health: From concepts to practice*. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/318982/Scaling-up-reports-projects-concepts-practice.pdf

- Yazan, B. (2015). Three approaches to case study methods in education: Yin, Merriam, and Stake. *The Qualitative Report*, 20(2), 134-152.
- Yin, R. K. (2013). *Case study research: Design and methods*. Sage.
- Zida, A., Lavis, J. N., Sewankambo, N. K., Kouyate, B. & Moat, K. (2017). The factors affecting the institutionalisation of two policy units in Burkina Faso's health system: a case study. *Health Research Policy and Systems*, 15(62). <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0228-2>
- Zizien, Z. R., Korachais, C., Compaoré, P., Ridde, V. & De Brouwere, V. (2019). Contribution of the results-based financing strategy to improving maternal and child health indicators in Burkina Faso. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), 111-129. <https://doi.org/10.1002/hpm.2589>

Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?

Réformes en Afrique subsaharienne



Sous la direction de **Valéry Ridde**

Préface de **Ndèye Bineta Mbow Sane**

Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?

Réformes en Afrique subsaharienne

SOUS LA DIRECTION DE VALÉRY RIDDE

QUÉBEC : ÉDITIONS SCIENCE ET BIEN COMMUN



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

Titre : Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?

Sous la direction de Valéry Ridde

Caricature en couverture : Damien Glez

Design de la couverture : Kate McDonnell

Édition et révision linguistique : Élisabeth Arsenault

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

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

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

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2021

Dépôt légal – Bibliothèque et Archive nationale Canada

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

Éditions science et bien commun

<http://editionscienceetbiencommun.org>

3-855 avenue Moncton

Québec (Québec) G1S 2Y4

Diffusion : info@editionscienceetbiencommun.org