



HAL
open science

Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? : réformes en Afrique subsaharienne

Valery Ridde, N. B. Mbow Sane

► To cite this version:

Valery Ridde, N. B. Mbow Sane. Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? : réformes en Afrique subsaharienne. Ed. Science et Bien Commun, 827 p., 2021, 978-2-925128-08-3. 10.5281/zenodo.5166925 . hal-04154376

HAL Id: hal-04154376

<https://hal.science/hal-04154376>

Submitted on 6 Jul 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - ShareAlike 4.0 International License

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 ?

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

Table des matières

<u>Préface</u>	xi
<u>Ndèye Bineta MBow Sane</u>	
<u>Les défis de la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne : permanence et échecs des instruments du New Public Management</u>	1
<u>Valéry Ridde</u>	
<u>Partie I. Émergence</u>	
1. <u>L'émergence du régime national d'assistance médicale pour les plus pauvres au Mali</u>	51
<u>Laurence Touré et Valéry Ridde</u>	
2. <u>L'adoption de la réforme du système de santé au Mali : rhétorique et contradictions autour d'un prétendu retour de la santé communautaire</u>	79
<u>Lara Gautier, Laurence Touré et Valéry Ridde</u>	
3. <u>L'émergence comparée du financement basé sur les résultats dans la santé au Bénin et au Burkina Faso</u>	119
<u>Emmanuel Sambieni et Valéry Ridde</u>	
4. <u>La diffusion politique du financement basé sur les résultats au Mali</u>	147
<u>Lara Gautier, Abdourahmane Coulibaly, Manuela De Allegri et Valéry Ridde</u>	
5. <u>La place de l'équité dans la couverture de santé universelle au niveau mondial, au Bénin et au Sénégal</u>	177
<u>Elisabeth Paul, Marc Bourgeois et Valéry Ridde</u>	

6.	<u>Les dynamiques politiques et couverture de santé universelle : pouvoir, idées et mutuelles de santé communautaires au Rwanda</u>	201
	<u>Benjamin Chemouni</u>	
7.	<u>L'utilisation de la science pour formuler la politique d'exemption du paiement des soins de 2016 au Burkina Faso</u>	237
	<u>Valéry Ridde et Pierre Yaméogo</u>	
 <u>Partie II. Mise en œuvre</u>		
8.	<u>Les débuts de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats au Burkina Faso</u>	267
	<u>Valéry Ridde, Paul-André Somé et Anne-Marie Turcotte-Tremblay</u>	
9.	<u>Les défis de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans les centres de santé périphériques au Mali</u>	293
	<u>Abdourahmane Coulibaly, Lara Gautier, Tony Zitti et Valéry Ridde</u>	
10.	<u>La distribution des primes du FBR dans les hôpitaux du Mali</u>	331
	<u>Tony Zitti, Amandine Fillol, Julia Lohmann, Abdourahmane Coulibaly et Valéry Ridde</u>	
11.	<u>Le financement basé sur la performance et la motivation des agents-e-s de santé pour les plus performants au Burkina Faso</u>	351
	<u>Amandine Fillol, Julia Lohmann, Anne-Marie Turcotte-Tremblay, Paul-André Somé et Valéry Ridde</u>	
12.	<u>Le besoin de navigateurs et navigatrices en santé pour soutenir l'accès aux soins des indigent-e-s en Afrique subsaharienne</u>	373
	<u>Sarah Louart, Emmanuel Bonnet, Kadidiatou Kadio et Valéry Ridde</u>	

13. [La presse et la protection sociale au Mali](#) 397
[Fabrice Escot](#)
14. [Les mutuelles de santé communautaires au Sénégal : une forme d'économie sociale et solidaire?](#) 427
[Juliette Alenda et Bruno Boidin](#)

[Partie III. Impacts](#)

15. [Le financement basé sur les résultats a engendré des conséquences non intentionnelles dans des centres de santé au Burkina Faso](#) 449
[Anne-Marie Turcotte-Tremblay, Idriss Ali Gali-Gali et Valéry Ridde](#)
16. [Le financement basé sur la performance et les ruptures de stocks de médicaments essentiels au Cameroun](#) 479
[Isidore Sieleunou, Manuela De Allegri, Pascal Roland Enok Bonong, Samiratou Ouédraogo et Valéry Ridde](#)
17. [Permanence et invisibilité des paiements directs pour le VIH en République Démocratique du Congo](#) 503
[Séverine Carillon et Valéry Ridde](#)
18. [Les effets du financement basé sur les résultats au Mali sur le recours aux soins](#) 531
[David Zombré, Manuela De Allegri et Valéry Ridde](#)
19. [L'impact de la réduction et de la suppression des paiements directs sur la prestation de services au Burkina Faso](#) 553
[Hoa Thi Nguyen, David Zombré, Valéry Ridde et Manuela De Allegri](#)
20. [L'utilisation des services de santé par les indigent-e-s du Burkina Faso](#) 573
[Yvonne Beaugé, Manuela De Allegri, Samiratou Ouédraogo, Emmanuel Bonnet, Naasegnibe Kuunibe et Valéry Ridde](#)

21. [L'efficacité des politiques d'exemption du paiement des soins de santé maternelle au Burkina Faso](#) 597
[Hoa Thi Nguyen, Aleksandra Torbica, Stephan Brenner, Joël Arthur Kiendrébéogo, Ludovic Tapsoba, Valéry Ridde et Manuela De Allegri](#)
22. [Les dépenses excessives de santé des indigent-e-s après l'arrêt du FBR au Burkina Faso](#) 611
[Yvonne Beaugé, Valéry Ridde, Emmanuel Bonnet, Sidibé Souleymane, Naasegnibe Kuunibe et Manuela De Allegri](#)
23. [L'évolution des inégalités de dépenses de santé au Burkina Faso](#) 629
[Martin Rudasingwa, Edmund Yeboah, Emmanuel Bonnet, Valéry Ridde, Paul André Somé et Manuela De Allegri](#)
- [Partie IV. Perspectives](#)
24. [Les déterminants de la pérennité d'un projet de financement basé sur la performance au Burkina Faso](#) 657
[Mathieu Seppey, Valéry Ridde et Paul-André Somé](#)
25. [Les défis de la mise à l'échelle du financement basé sur les performances au Burkina Faso](#) 689
[Mathieu Seppey, Valéry Ridde et Paul-André Somé](#)
26. [L'impossible mise à l'échelle nationale du financement basé sur les résultats combiné au transfert monétaire conditionnel au Sénégal](#) 721
[Oriane Bodson et Aloys Zongo](#)
27. [Les défis des mutuelles communautaires en Afrique de l'Ouest](#) 755
[Valéry Ridde, Abena Asomaning Antwi, Bruno Boidin, Benjamin Chemouni, Fatoumata Hane et Laurence Touré](#)

28. <u>Le point de vue des décisionnaires du Burkina Faso sur l'utilisation de la recherche au ministère de la Santé</u>	777
<u>Christian Dagenais</u>	
<u>Les auteurs et les autrices</u>	793
<u>Résumés</u>	807
<u>À propos des Éditions science et bien commun</u>	825

Préface

NDÈYE BINETA MBOW SANE

Depuis quelques années, la couverture sanitaire universelle (CSU) demeure un grand défi pour les pays africains. Ces pays ont commencé à mettre en œuvre des politiques publiques pouvant améliorer l'accès aux soins de santé des populations en général et des indigent-e-s en particulier. La mise en œuvre de ces politiques diffère d'un pays à un autre. À l'exception de quelques pays comme le Rwanda, qui a su asseoir à un temps record l'accès universel aux soins de santé de sa population, les autres ont du chemin à faire pour tendre vers la CSU. Pour le moment, la plupart des systèmes de protection sociale ne couvre pas une grande partie de la population. L'atteinte de la CSU exige la disponibilité d'une offre de soins de qualité, une levée des barrières financières dans l'accès aux soins de santé et une bonne gouvernance. Ceci constitue un enjeu énorme pour l'atteinte des objectifs du développement durable (ODD).

Les mécanismes développés pour tendre vers la CSU dans beaucoup de pays ont consisté à développer l'assurance maladie non obligatoire à travers l'adhésion aux mutuelles de santé communautaire du secteur informel et du monde rural. En outre, pour les couches vulnérables et les indigent-e-s, certains États ont mis l'accent sur des politiques de gratuité afin de leur faciliter l'accès aux soins de santé. Le plus souvent, ces mécanismes ont montré leurs limites. Le caractère non obligatoire de l'assurance maladie est un levier qui ne facilite pas l'atteinte d'une CSU des populations. À cela s'ajoute la non professionnalisation de la gestion des mutuelles de santé communautaire qui entraîne un faible taux de pénétration, un faible taux de recouvrement et une absence de défense des droits du patient ou de la patiente. Ces limites observées devraient pousser les États à réfléchir à des réformes qui permettraient d'accéder à une CSU en s'appuyant sur la professionnalisation des structures en charge de la demande de soins mais également sur la proposition de modèle qui rendrait l'assurance maladie obligatoire.

En effet, la professionnalisation de la gestion d'une assurance maladie communautaire a montré ses preuves au Sénégal à travers la mise en place des Unités Départementales d'Assurance Maladie (UDAM). Ainsi, du côté de la demande, les UDAM de Kounghoul et de Foundiougne sont une réponse adéquate pour l'objectif de couverture de 75% d'ici 2021 visé par le Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal.

L'UDAM de Foundiougne, créée en mai 2014, est une mutuelle de santé communautaire à grande échelle, professionnalisée et agréée par le ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS). Il s'agit d'un modèle innovant d'assurance maladie qui prend le département comme zone d'intervention en impliquant les collectivités territoriales, plus précisément les Maires dans les instances de décision. Cette innovation de taille a permis d'obtenir une implication effective des collectivités territoriales dans les prises de décision et dans l'enrôlement des personnes indigentes. Par exemple, en 2020, les collectivités territoriales ont mobilisé 12 millions de FCFA pour l'enrôlement de 4000 bénéficiaires dans la mutuelle de Foundiougne.

En plus de disposer des organes statutaires régaliens des mutuelles de santé communautaire (assemblée générale, conseil d'administration, comité de contrôle), l'UDAM est dotée d'un personnel technique professionnel : directrice, gestionnaire comptable, médecin conseil, assistants administratifs et assistantes administratives ainsi qu'agents collecteurs et agentes collectrices. Ce personnel technique exerce son travail par mandat de délégation de pouvoir du conseil départemental. Dans ce système d'assurance maladie, la redevabilité est un élément de taille. La transparence et la bonne gouvernance ont permis de renforcer la confiance des populations. La bonne représentation de la population dans les instances de décision fait qu'elle participe aux prises de décision.

Le mode d'achat de soins de l'UDAM est la tarification forfaitaire. Il a permis d'apporter plus de transparence dans l'offre de soins, une rationalisation de la prescription, une prise en charge entière de l'épisode maladie, une prévisibilité des dépenses de soins et enfin, une prévision des dépenses et des recettes des structures de santé. Toutes les structures sanitaires du département appliquent la tarification

forfaitaire. La portabilité des soins au niveau départemental facilite l'accès aux soins de santé aux bénéficiaires. L'UDAM exerce également un contrôle sur la qualité des soins.

La création de l'UDAM a eu des effets positifs. En six ans, le taux de pénétration est passé d'environ 2,4% en 2014 à près de 56% en 2020. La satisfaction des bénéficiaires est illustrée par un très bon taux d'utilisation des services de soins (88%) qui est le nombre de cas rapporté aux bénéficiaires en cours de droit et un taux de fidélisation (nombre de bénéficiaires de l'année N-1 ayant renouvelé leurs cotisations à l'année N) très appréciable de 78%. En outre, 80% des patient-e-s ayant utilisé les services de santé au centre de santé (hôpital de district) de Sokone sont des personnes mutualisées.

La viabilité financière du modèle est appréciable malgré le retrait d'un projet d'appui en juin 2017. Les charges de prestation et celles de fonctionnement sont bien partagées. Le taux de fonctionnement, qui est la part des cotisations réservées au fonctionnement de l'UDAM, est de 13% et le taux de sinistralité (montant des charges de prestations rapporté aux cotisations acquises) est de 53%. La professionnalisation de la gestion a certainement impacté les recouvrements des cotisations, qui sont à plus de 70%.

Au Sénégal comme ailleurs, la fragmentation du système de santé constitue un frein qui ne facilite pas le contrôle des flux financiers injectés dans le secteur de la santé. Cette fragmentation s'est amplifiée dans beaucoup d'États comme le Sénégal avec la création de 676 mutuelles de santé percevant des subventions. Les pays africains gagneraient à centraliser le financement de la santé à une seule entité capable d'absorber et de gérer tous les financements dédiés à la santé. Développer des mécanismes de financement endogènes (taxe sur la communication, taxe sur le tabac, etc.) pourrait permettre d'asseoir un système de protection sociale efficient et efficace. Avec les adhésions villageoises à travers les champs collectifs, certains villages du département de l'UDAM ont des taux de couverture de 100% depuis 2016. Dans le financement de la santé, l'UDAM a joué un rôle important dans les districts du département de Foundiougne. Ainsi, 56% de leurs recettes proviennent de l'UDAM. Entre 2014 et 2020, l'UDAM a supporté des charges de prestations de presque 900 millions de FCFA dont 47% sont liés aux charges de l'épisode de la

grossesse. Les effets obtenus par l'UDAM ont conduit à l'expérimentation du modèle dans les deux autres départements de la région de Fatick (Fatick et Gossas) par l'Agence Nationale de la CMU (ANACMU) avec l'appui de LuxDev. L'UDAM a fait des émules et d'autres départements du Sénégal sont intéressés par le modèle.

L'atteinte de la CSU pourrait être une réalité dans certains pays africains à l'horizon 2030 à condition qu'il y ait une forte implication des politiques. Une approche holistique, intégrante de tous les secteurs (santé, infrastructures, demandes de soins, finances, société civile, etc.) permettrait de créer les conditions favorables facilitant la disponibilité des services de santé de qualité, l'accès équitable à la santé avec des organismes de protection sociale forts.

En ma qualité de Directrice d'une grande Unité d'Assurance Maladie (UDAM), j'invite la communauté internationale scientifique et les responsables des systèmes de santé en Afrique à lire avec beaucoup d'attention les chapitres de ce livre qui évoquent les politiques, les stratégies et les défis pour tendre vers la CSU.

Directrice de l'UDAM de Foundiougne

Les défis de la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne : permanence et échecs des instruments du New Public Management

VALÉRY RIDDE

À la mémoire de Florence Piron

La couverture sanitaire universelle (CSU) pour 2030 est aujourd'hui un objectif de santé reconnu et poursuivi par la communauté internationale et les pays membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹. Selon l'OMS, son objectif est « de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières »². Depuis 2015, et son inscription remarquée comme cible de l'un des objectifs de développement durable (ODD) dressés par l'Organisation des Nations Unies, tout le monde en parle. La CSU est pourtant un concept multidimensionnel qui peut donc être perçu sous l'angle juridique, humanitaire, économique, social ou de la santé publique (Abihiro & De Allegri, 2015). Des groupes de pression se sont formés pour défendre cet objectif (www.uhc2030.org). Des programmes internationaux ont été mis en place pour soutenir les pays dans le dialogue politique afin d'y arriver

1. Je tiens à remercier Oriane Bodson, Sarah Louart, Philippe Lavigne Delville et David Reubi pour leurs commentaires très utiles d'une version antérieure de cette introduction.
2. https://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/fr/

(<https://www.uhpartnership.net>) (Robert *et al.*, 2019). Des projets bilatéraux (belges, japonais, français, etc.) ont été organisés pour continuer à tester et mettre en oeuvre des interventions spécifiquement dédiées à sa poursuite, comme le mettent en évidence la plupart des chapitres de ce livre. Des expert-e-s et assistant-e-s techniques ont été déployé-e-s pour conseiller les responsables des politiques³. Et enfin, des équipes de recherche tentent aujourd'hui encore de comprendre comment renforcer la CSU à partir de données probantes (<https://www.unissahel.org>) et quels instruments sont les plus pertinents⁴ pour avancer vers la CSU. Malgré tous ces efforts, comme je vais tenter de le montrer dans la suite de cette introduction, les instruments testés ces 10 dernières années s'inscrivent pour la grande majorité d'entre eux dans la tradition et l'idéologie du *New Public Management* (NPM). Le long fleuve tranquille de cette approche continue de couler, sans résistance malgré son inefficacité. Pourtant, il me semble que l'appréhension des défis de la CSU et des choix possibles pour y parvenir n'est pas encore suffisamment partagée et comprises, notamment dans le monde francophone au sein duquel les autrices et auteurs réuni-e-s dans ce collectif naviguent.

Le besoin de rendre accessibles des connaissances scientifiques sur la CSU

Cet ouvrage vise donc à rendre accessible au plus grand nombre, en français et gratuitement, les plus récentes recherches concernant la CSU en Afrique subsaharienne dans l'objectif d'un plus grand partage des connaissances et une plus grande diffusion des leçons tirées des réformes engagées. Une grande partie des chapitres sont des traductions adaptées et expurgées d'un maximum de jargons méthodologiques d'articles publiés dans des revues scientifiques en anglais, que peu de responsables prennent le temps de chercher et

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

4. Voir le chapitre de Ridde et Yaméogo.

de lire⁵ et dont on connaît la barrière linguistique. Les scientifiques en quête de méthodes pourront se référer aux articles dont sont issus ces chapitres. Il convient cependant de mettre en exergue, ce qui est une force de l'ouvrage, que la grande majorité des chapitres repose sur le recours (*a priori* ou *a posteriori*) à des cadres conceptuels ou théories issus pour la plupart des sciences sociales et de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé (Gilson, 2012; Robert & Ridde, 2016). Nous savons toutefois que ce type de recours n'est pas encore une habitude de la recherche en Afrique (Jones *et al.*, 2021). Cet ouvrage se veut donc aussi une contribution à l'utilisation plus systématique de ces théories et cadres conceptuels pour renforcer la qualité des études dans une perspective comparative (Ridde, Pérez, *et al.*, 2020). Notre aventure collective a ainsi un objectif de démocratisation du savoir ou, pour le dire de manière plus savante, de justice épistémique pour laquelle il faut saluer l'engagement de l'équipe de Florence Piron et les Éditions science et bien commun, mais aussi de tous les auteurs et autrices qui ont accepté de dédier leur temps à ces traductions et aux corrections que j'ai trop souvent demandées. J'espère donc que les francophones de la planète seront heureuses et heureux de lire ces analyses scientifiques autour de la question de la CSU en Afrique subsaharienne. L'ouvrage est d'autant plus essentiel qu'une analyse récente des principales publications concernant la CSU dans le monde démontre une totale absence des équipes francophones. De 1990 à 2019, aucune des 19 institutions de recherche les plus prolifiques sur la CSU n'était francophone et aucun pays d'Afrique subsaharienne, mis à part l'Afrique du Sud, ne faisait partie des pays les plus étudiés à ce sujet (Ghanbari *et al.*, 2021). Cela confirme le besoin impérieux de réaliser et partager des recherches en langue française.

Au lieu de présenter chacun des 28 chapitres dont les résumés sont accessibles à la fin de l'ouvrage pour en appréhender leurs contenus, il m'a semblé plus pertinent d'offrir, sur la base de ces textes rassemblés dans ce livre, une réflexion globale sur l'histoire passée et contemporaine de la CSU dans cette région du monde. L'originalité de l'ouvrage tient à la présentation de récentes réformes des systèmes

5. Voir le chapitre de Dagenais *et al.*

de santé organisées dans certains pays d'Afrique subsaharienne en quatre sections principales, classiquement développées dans l'étude des politiques publiques: émergence, mise en œuvre, effets et perspectives. À notre connaissance, ce regroupement d'articles essentiellement centrés sur la fonction du financement de la santé, bien que les autres dimensions de la performance des systèmes de santé soient sous-jacentes à la plupart de ces initiatives, apporte une pierre nouvelle à la construction de l'histoire des réformes. Dans cette introduction, après avoir présenté le contexte de la CSU, je tenterai donc une synthèse des connaissances que nous mettons collectivement à jour dans ce livre en tentant de monter en généralités à travers une analyse transversale des chapitres de quelques éléments que j'estime clefs dans la compréhension de la situation contemporaine de la CSU et des instruments du NPM (notamment le paiement direct et financement basé sur les résultats).

Les défis de la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne

Il faut bien reconnaître que la CSU comme «concept le plus puissant que la santé publique ait à offrir», comme disait l'ancienne directrice générale de l'OMS, a du mal à se concrétiser pour la majorité de la population subsaharienne. Il est en effet loin d'être un « bien public mondial » pour reprendre un terme à la mode dont Bruno Boidin (2014) avait déjà montré les ambiguïtés et les liens étroits entre les réformes sanitaires en Afrique de l'Ouest et le NPM. Tous les jours, les médias et les personnes d'Afrique subsaharienne relatent des expériences douloureuses que l'on a vite tendance à oublier dans les hautes sphères internationales et nationales. Ici, une femme qui n'a pas pu accoucher à l'hôpital faute d'ambulance disponible, là, un enfant qui n'a pas été en mesure de disposer d'un test de diagnostic rapide du paludisme, plus loin, un homme qui n'a pas pu payer son examen afin de vérifier qu'il n'avait pas un cancer de la prostate. Tous les jours, les familles subsahariennes se battent pour trouver les moyens financiers, humains et relationnels afin de se soigner. Toutes ces familles, peu importe leur niveau socio-économique, rencontrent ce même défi. Mais évidemment, ce sont sans conteste toujours les

personnes les plus pauvres et les plus isolées qui sont les plus oubliées et les moins en mesure de faire face à ces barrières⁶, qui leur sont souvent insurmontables, faisant en sorte que les inégalités sociales de santé perdurent. Ces inégalités ne sont toutefois pas l'apanage de l'Afrique subsaharienne, et sont largement vécues à travers le monde. Par exemple, le renoncement aux soins et le racisme vécu par des migrant-e-s au Canada (Ridde, Aho, *et al.*, 2020) n'ont rien à envier à la situation dramatique des indigent-e-s du Burkina Faso⁷ dont la santé mentale est défaillante (Pigeon-Gagné, 2021) ou des mobilisations ethnoculturelles pour justifier les défis de l'accès aux soins des femmes dans certaines régions du pays (Belaid *et al.*, 2017).

Cette transversalité des réalités vécues par les personnes en quête de soins au Nord et au Sud donne tout son sens au concept de santé mondiale (Ridde & Fillol, 2021). À la suite de Adesky (2017), je pense que le concept de « subalterne »⁸ énoncé d'abord par Antonio Gramsci puis largement développé par des penseurs et penseuses du Sud est pertinent pour comprendre des situations vécues par certaines personnes au Nord. Il s'applique évidemment aussi aux indigent-e-s (du Nord et du Sud), partout exclu-e-s des systèmes de santé depuis toujours (Ridde & Jacob, 2013). Pourtant, le concept de subalternité n'a, à ma connaissance, pas encore été vraiment convoqué pour comprendre les défis de celles et ceux qui doivent renoncer aux soins faute de moyens financiers, notamment. En réfléchissant à la possibilité d'analyser la question de l'accès aux soins des indigent-e-s en Afrique subsaharienne, la mobilisation de la subalternité pourrait certainement permettre de mettre au jour, non seulement les situations de précarité bien connues mais aussi les défis de l'énonciation et de la revendication du droit à l'accès aux soins par ces personnes. Elles restent indéfiniment les grandes oubliées (pour ne pas dire les invisibles) des réformes sanitaires malgré les discours internationaux et nationaux récurrents promettant l'inclusion de tous

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

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

8. Merci à Sofia Meister de m'avoir remis sur le chemin de Gramsci, que j'avais lu il y a bien longtemps, et ouvert les yeux sur les perspectives de ce concept que nous allons tenter de mobiliser par un projet de recherche sur l'accès aux soins en Haïti et au Bangladesh. <https://www.climhb.org>

et toutes, et affirmant vouloir ne laisser personne de côté (Louart *et al.*, 2020; Ridde *et al.*, 2019). L'histoire des politiques publiques et de l'aide publique au développement montrent bien que « *Policies intended to be pro-poor are likely to be watered down so as to include some benefits for the better-off, and/or to have those benefits diverted away from the poor during implementation.* » (Brinkerhoff & Brinkerhoff, 2013 : 381).

Le retour à des analyses moins techniques sur la CSU (notamment sur les modes de financement ou de contractualisation comme nous allons le voir plus bas) et plus centrées sur les valeurs de solidarité et de bien public mondial serait à mobiliser (Mladovsky *et al.*, 2015; Prince, 2017). Ne serait-il pas temps, en effet, d'analyser les systèmes de santé dans une perspective postcoloniale afin de les décrire « non plus à partir des principes (de justice, d'intégration sociale) qui sont censés réguler les dominations, mais à partir de l'expérience même de la domination, tout particulièrement à partir des dominations pesant sur les situations sociales subalternes » (Renault, 2008 : 115) que vivent les personnes les plus pauvres exclues des systèmes de soins en Afrique subsaharienne (et ailleurs dans le monde)?

Mais ces histoires individuelles, que l'on entend chaque jour si on les écoute, ne sont pas que des mots car elles sont une réalité quotidienne et, surtout, elles sont reflétées par des statistiques et des chiffres que les organisations internationales ressassent en permanence. Le tableau 1 présente quelques indicateurs pour les pays abordés dans cet ouvrage collectif ainsi qu'une comparaison, à titre illustratif, avec le Canada et la France⁹.

9. L'index de couverture des services correspond à la couverture moyenne des services essentiels basée sur des interventions qui incluent la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles et la capacité et l'accès aux services.

Tableau 1 : quelques indicateurs de la couverture sanitaire universelle

	Index de couverture des services ⁴ en 2017	Index de capacité des services et accès en 2017	Enfants atteints de pneumonie emmenés chez un prestataire de soins (% ,date la plus récente)	Accouchements assistés par du personnel qualifié (% ,date la plus récente)	Dépenses de santé / dépenses gouvernementales (%) 2018	Dépenses courantes de santé par habitant-e en PPA (US\$), 2018	Dépenses directes des ménages en pourcentage des dépenses totales courantes de santé (% , 2018)
Bénin	40	21	46,1	78	2,9	83	44,5
Burkina Faso	40	15	51,8	80	8,7	111	35,8
Cameroun	46	26	59,2	69	-	133	75,6
Canada	89	100	-	98	19,5	5200	15,0
Côte d'Ivoire	47	30	44,0	74	5,0	176	39,4
RD du Congo	41	24	41,6	80	4,4	30	41,6
France	78	96	-	98	14,7	5250	9,2
Ghana	47	31	55,5	78	6,4	167	37,7
Mali	38	15	70,9	67	5,4	90	33,9
Niger	37	15	59,3	40	8,3	77	48,9
Rwanda	57	33	53,9	91	8,8	169	10,5
Sénégal	45	17	59,6	74	4,2	146	55,9
Tchad	28	12	25,8	24	5,2	79	61,9
Togo	43	21	39	69	4,2	109	56,3

Source : Global Health Observatory data repository (<https://www.who.int/data/gho>)

La lecture des chapitres de cet ouvrage collectif sonne comme si la médecine n'avait pas vraiment gagné en hospitalité depuis le constat sans appel dressé il y a 20 ans (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). Au-delà d'une stigmatisation de professions que laisserait croire le titre de cette étude ancienne menée en Afrique de l'Ouest francophone par une équipe d'anthropologues, on est en droit de penser qu'un problème plus profond, plus structurel et complexe, subsiste et semble rendre utopique cette CSU ainsi que perpétuer les défis d'améliorer l'accès aux soins. À la suite de Didier Fassin (2000) qui dénonçait, il y a plus de 20 ans, une santé publique rhétorique qui se réalise plus avec des mots qu'avec des actions, nous pouvons aujourd'hui encore nous demander pourquoi tous les engagements verbaux et toutes les déclarations internationales écrites n'arrivent fondamentalement pas à se concrétiser et à *in fine* améliorer la vie de la majorité des personnes vivant en Afrique subsaharienne dont les besoins en santé restent le plus souvent non comblés. Néanmoins, de nombreux enseignements peuvent être tirés des expériences qui ont été lancées comme c'est le cas des mutuelles dont la cotisation

devient obligatoire au Rwanda¹⁰, de la professionnalisation des mutuelles départementales au Sénégal¹¹ ou encore de l'exemption du paiement des soins au Burkina Faso¹². Pourtant, les «petits pas» qu'aïment à analyser les politistes semble marcher doucement (pour ne pas dire à reculons). Les leçons tirées semblent en effet mal voyager (Falisse, 2019; Olivier de Sardan, 2021), contrairement aux modèles d'intervention prêts à l'emploi (Olivier de Sardan *et al.*, 2017). Les transferts de politiques publiques (Rose, 2005) efficaces et équitables sont rares et difficiles, tant chacun milite pour la solution à laquelle il croit dur comme fer, comme la couverture de ce livre cherche à le montrer.

Échecs récurrents du NPM et dépendance au sentier des instruments pour la CSU

Je me dois de commencer cette section par un vieux souvenir personnel. En 1999, après plusieurs années de coordination de projets pour des ONGs en Asie et en Afrique de l'Ouest, j'ai décidé de reprendre des études et de commencer une maîtrise de santé communautaire (donc pas de santé publique!) à l'Université Laval, au Québec (Canada). Lors de mon premier cours de «santé internationale», puisque le concept de santé mondiale n'était pas encore utilisé (Ridde & Fillol, 2021) même si l'unification microbienne du monde nous était enseignée par un ouvrage québécois important (Gélinas, 2000), le professeur (Jacques Girard) nous a imposé la lecture du fameux rapport de la Banque mondiale de 1993 sur le développement dans le monde: « Investir dans la santé » (World Bank, 1993). Je me demandais bien pourquoi je devais passer du temps à lire ce long document dont le contenu était visiblement encadré par une vision du monde bien éloignée des réalités que j'avais observées sur le terrain. Ce rapport est notamment célèbre car il a fait l'apologie de l'efficience (dans la lignée de l'OMS (WHO Study group, 1978)) comme

10. Voir le chapitre de Chemouni

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

12. Voir les chapitres de Ridde et Yaméogo, et de Nguyen *et al.*

critère de choix des interventions, et donc a renforcé la place du critère économique dans la sélection des actions efficaces (ce qui semble bien perdurer (Hayati *et al.*, 2018)). Mais, et c'est un peu moins connu ou explicité, il a aussi été la poursuite d'un fiasco monumental de la promotion d'instruments politiques (Howlett, 2011) de la nouvelle gestion publique (*New Public Management*). Pour être honnête, j'avais complètement oublié que ce rapport, dans la lignée de celui de 1985 (De Ferranti, 1985), suggérait aux pays de s'engager dans des politiques de financement de la santé à travers le paiement direct des soins par les usagers et usagères des services (*user fees*). Curieusement, ce même rapport est encore convoqué en 2020 par des idéologues du NPM, défendant aujourd'hui l'achat stratégique¹³ (infra) comme un instrument (sans citer de données probantes à l'appui) permettant d'arriver à la santé comme un bien commun mondial (Soucat & Kickbusch, 2020). Cette revalorisation des thèses soutenues par la Banque mondiale 25 ans plus tôt confirme la permanence des solutions (la dépendance au sentier, disent les politologues) portées par quelques entrepreneuses politiques naviguant entre les organisations internationales.

À ce stade de l'introduction, il est utile de revenir à la définition du NPM dans le contexte des réformes de santé en Afrique, notamment. Rappelons que Kaul (1997 : 14) définissait le NPM, dans le contexte de la libéralisation des économies, comme le fait que « *as government moves from a concern to do towards a concern to ensure that things are done* ». Cela représentait bien la vision du rôle de l'État dans le domaine de la santé selon la Banque mondiale au moment du lancement de sa stratégie santé, nutrition et population de 1997 (Abbasi, 1999). Bruno Boidin (2014 : 153) nous rappelle que « l'anti-étatisme qui a dominé les années 1980 et 1990 a largement

13. Le concept n'a pas encore été totalement élucidé mais il s'agit essentiellement d'associer des modes d'incitation aux modalités de financement des formations sanitaires et des professionnel-le-s de santé dans l'objectif d'optimiser l'utilisation des ressources. Il est présenté par ses défenseurs et défenseuses comme un outil pour améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources. Sur les processus, l'approche « consiste principalement à lier le financement de la santé à l'information sur (i) les besoins de santé de la population et (ii) la performance des prestataires de soins, sur la base d'un engagement actif et fondé sur des données probantes » (Paul *et al.*, 2018 : 5).

favorisé la privatisation partielle des systèmes de santé et de l'aide à la santé ». La vision néolibérale de l'économie (dont le FBR se réclame et « fait peu de doute nous dit un ancien consultant de la Banque mondiale » (Falisse, 2019 : 99)) suggère que l'absence de compétition et de concurrence sont les problèmes principaux du secteur public. En effet,

To the historian, global health appears as both response and adaptation to a new situation dominated by a neoliberal agenda, associated with the rise of the World Bank alongside (and sometimes displacing) the WHO in the area of health, the quantification of health as an economic factor, the generalization of public-private partnerships and alliances independent from the UN system and the call for mobilizing "civil society" rather than nation-states. (Gaudillière et al., 2020 : 3)

L'une des premières analyses collectives de ces réformes pour le secteur de la santé au Sud a été publiée en 2001 (Mills et al., 2001). Elle rappelait que le NPM se manifeste par trois dimensions fondamentales: responsabilité, reddition de compte et performance. Au regard de ces trois dimensions, le tableau 2 montre les relations entre le NPM et les réformes du secteur de la santé des années 1990.

Tableau 2 : La relation entre la réforme du secteur de la santé et la nouvelle gestion publique

Les éléments constitutifs du NPM	Politiques relatives au NPM	Manifestation dans le secteur de la santé
Responsabilité : Veiller à la clarté des objectifs et de la finalité.	Séparer les fonctions d'élaboration des politiques et de prestation des services. Déplacer le lieu des contrôles vers les responsables de niveau inférieur. Utiliser les contrats et les accords de performance pour promouvoir la transparence.	Séparation des fonctions d'élaboration des politiques et de prestation des services du ministère de la Santé. Commercialisation bureaucratique : décentralisation et hôpitaux autonomes. Contrats et accords de performance.
Responsabilité : Accroître la responsabilité des gestionnaires envers les clients.	Promouvoir le choix du client ou de la cliente. Élaborer des chartes des consommateurs et consommatrices.	Réforme du paiement des prestataires : l'argent suit le ou la patient-e et les frais d'utilisation . Développement des conseils hospitaliers, des conseils de santé de district et des comités de santé de village.
Performance: Créer des incitations plus fortes pour les bonnes performances.	Lier la récompense aux performances. Renforcer les mécanismes de retour d'information. Stimuler la concurrence	Réforme des mécanismes de paiement des prestataires, tant pour les individus que pour les établissements. Renforcer la concurrence par la séparation des acheteurs et acheteuses et des prestataires. Encourager le secteur privé; promouvoir les marchés internes ou quasi-marchés dans le secteur public; encourager les comportements concurrentiels dans les secteurs public et privé.

Source : (Mills *et al.*, 2001)

L'analyse du tableau 2 montre bien comment ces instruments, directement associés au NPM, perdurent dans les politiques et interventions des années 2010, étudiées dans le présent livre collectif (en gras dans le tableau). Si les mutuelles communautaires n'étaient pas évoquées, c'est qu'elles n'étaient pas présentes dans les pays concernés par cette étude (Ghana, Zimbabwe, Inde, Sri Lanka, Thaïlande) puisque cet instrument reste une spécificité très ouest-africaine avec quelques tentatives en Afrique centrale (Waelkens *et al.*, 2017). Mais ces mutuelles communautaires¹⁴ appliquent certains instruments du NPM, comme le paiement direct (par les usagers et usagères au point de délivrance des services) et la contractualisation¹⁵¹⁶, ce qui rappelle le besoin paradoxal d'un État fort pour la

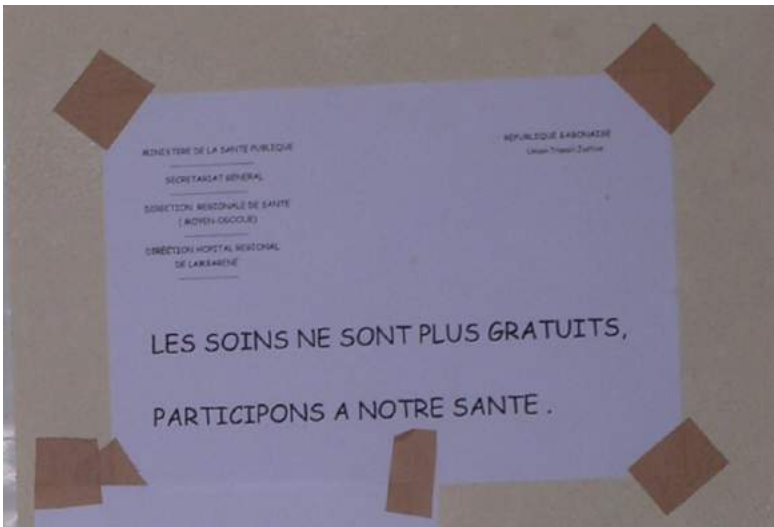
14. Au Mali, un voyage d'étude au Rwanda (toujours) en 2009 a permis aux responsables de comprendre l'importance d'une mutualisation, non plus à l'échelle villageoise mais communale. Il est probable que 2022 (à la suite du projet PADS2 financé par l'AFD) voit un nouveau changement d'échelle avec l'organisation des mutuelles au niveau du district (cercle) et une adhésion obligatoire.

15. Sur l'histoire de la contractualisation « Au Moyen Âge, des documents prouvent que la guérison pouvait faire l'objet d'un contrat entre le praticien et son client, et le remboursement des honoraires était même prévu en cas d'échec » (Moulin, 2021 : 343).

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

gouvernance de ces processus (Boidin, 2014). En outre, pour assurer une meilleure comparaison entre les pays dans leurs analyses, les chercheuses et chercheurs avaient choisi de se concentrer sur quatre réformes emblématiques de cette approche du NPM dont le paiement direct et la contractualisation (Mills et al., 2001). Elles sont au cœur des chapitres de notre ouvrage.

Aujourd'hui, il y a fort à parier que la majorité des habitant-e-s d'Afrique subsaharienne qui ne peuvent financièrement pas se soigner, ou qui sont détenu-e-s contre leur volonté dans les hôpitaux faute de pouvoir honorer leurs factures (Handayani et al., 2020) ne se doutent pas que leur situation est en partie due à l'opinion de certain-e-s de leurs responsables nationaux, nationales et certain-e-s expert-e-s d'organisations internationales qui restent convaincu-e-s de l'importance de « participer »¹⁷ en payant au point de services.



Source : Valéry Ridde (2020)

17. On se souvient qu'en 1978 l'OMS affirmait déjà « *The financial contributions of the local people give them both the right and the incentive to participate in the running of the programme. Such participation is an important base upon which to build health awareness in its widest sense and generate those changes in personal behaviour which can contribute to raising health standards* » (WHO Study group, 1978 : 28-29).

Dans de nombreux pays africains, moins d'un enfant malade de pneumonie sur deux consulte un-e professionnel-le de santé encore aujourd'hui (tableau 1). En convoquant ce rapport de 1993 faisant notamment la promotion de l'Initiative de Bamako (réforme emblématique du NPM à travers notamment la généralisation des *user fees* (Gilson *et al.*, 2000) dont le vocable est encore utilisé dans les districts au Sénégal « la pharmacie IB »), les fervent-e-s défenseurs et défenseuses de l'achat stratégique, (Soucat & Kickbusch, 2020) qui pourtant ne semble pas avoir été efficace en Europe (Klasa *et al.*, 2018), ferment les yeux sur un nombre important de recherches qui ont montré le manque de pertinence de l'Initiative et l'exclusion de l'accès aux soins qu'elle a engendré en la recommandant (Ridde, 2011). La gestion communautaire des fonds constitués par les contributions des rares usagers et usagères n'a, elle non plus, pas été une grande réussite (Balique *et al.*, 2001; McCoy *et al.*, 2012). Face à cette hérésie, Amnesty International, qui n'était pourtant pas connue pour s'impliquer spécifiquement dans le domaine de la santé, décidera même en 2009 d'écrire son premier rapport dans ce domaine (Amnesty International, 2009) en tentant d'influencer les décisions d'un État ouest-africain¹⁸. À l'époque, un professeur de gynécologie combatta les propositions d'Amnesty International en affirmant publiquement devant ses pair-e-s, que si les accouchements devenaient gratuits, les femmes feraient plus d'enfants, contribuant ainsi à propager les idées reçues (Ridde & Ouattara, 2015) sur la « surconsommation » des services de santé gratuits. Ce médecin a ensuite été nommé Ministre de la santé. L'histoire nous dira s'il décidera de prendre ses décisions sur des fondements plus scientifiques qu'idéologiques¹⁹. Cette nomination montre une nouvelle fois que les idées perdurent, même si elles vont à l'encontre des données issues de la recherche. Il n'a pas fallu attendre la pandémie de COVID-19 pour que les infox influencent les décideurs et décideuses (Ridde *et al.*, 2014). Des économistes canadien-ne-s proposaient la même année que le rapport de la Banque mondiale de comparer les *user fees* à des zombies (Evans *et al.*, 1993), ce qui montre

18. Voir le chapitre de Ridde et Yaméogo

19. Voir le chapitre de Dagenais

bien que les preuves de l'injustice et de l'inefficacité du paiement direct sont disponibles depuis longtemps, au-delà de l'Afrique (Batifoulier, 2013). On ne reviendra pas sur l'histoire du paiement direct écrite ailleurs (Ridde, 2015)²⁰. Il a fallu plus de 20 ans pour que certains économistes de ces institutions internationales influentes se décident d'avouer publiquement leurs erreurs (Paganini, 2004; Rodin & De Ferranti, 2012). Pourtant, toutes les données probantes étaient à leur disposition contre cette proposition dont les fondements sont à trouver dans les thèses du NPM. De même, après des décennies de projets pour l'organisation des mutuelles de santé avec une animation par des bénévoles et une adhésion volontaire, un ticket modérateur et une gestion communautaire²¹, les acteurs et actrices de ce mouvement ont disparu de la scène internationale bien que de nombreux pays, comme le Sénégal ou le Mali par exemple (Deville *et al.*, 2018), continuent d'y croire mais commencent à tester d'autres approches (par exemple, la professionnalisation et la départementalisation au Sénégal (Bossyns *et al.*, 2018) ou les mutuelles de cercles au Mali). La question de la solidarité qui était mise en avant comme l'une des caractéristiques des mutuelles communautaires a largement buté sur l'érosion de cette valeur dans une Afrique mondialisée et mutation permanente (Mladovsky *et al.*, 2015; Roth, 2012; Soors *et al.*, 2013; Vuarin, 2000), contrairement aux croyances de certaines anthropologues cherchant à maintenir les populations africaines dans une interprétation magico-religieuse de la maladie (Thiongane, 2021), loin de toute modernité. De plus, le partage des risques maladies à si petite échelle ne peut pas être financièrement viable (Bossyns *et al.*, 2018) dans un système de financement de la santé trop fragmenté (Mladovsky, 2020). Cela justifie notamment les tentatives actuelles de passer à une échelle plus grande comme le testent le Mali (cercle) et le Sénégal (département).

20. Encore plus loin dans l'histoire de la gratuité, Anne-Marie Moulin (2021 : 341) nous explique que « Les saints, dits anargyroi, opèrent sans argent, gratuitement. Les honoraires, apparaissant comme scandaleux dans un métier apparenté au sacré, font l'objet d'un débat qui traverse les siècles ».

21. Voir les chapitres de Ridde *et al.*, et de Chemouni

Des acteurs et actrices de première ligne à ceux et celles de la seconde ligne

Aujourd'hui, le vent semble avoir (un peu) tourné et plus personne n'oserait, publiquement depuis longtemps (Robert & Ridde, 2013), dans les banques de développement, dans les organisations internationales et (un peu moins) chez les dirigeant-e-s africain-e-s, évoquer le recours au paiement direct comme solution pour financer les systèmes de santé. Le taire, ne plus l'écrire dans les documents de projets et acquiescer des déclarations de principe des dirigeant-e-s des organisations internationales²², ne signifie toutefois pas que les idées et les raisonnements ne continuent pas d'être solidement ancrés dans l'esprit des faiseuses et faiseurs de politique²³. Car si ces personnes sont indubitablement les actrices et acteurs de première ligne qui façonnent et mettent en œuvre les politiques (Lipsky, 2010) concernant cette question du paiement direct (Béland & Ridde, 2016), c'est également le cas des expertes et experts (africain-e-s ou pas) impliqué-e-s en amont dans la formulation et le cadrage (*policy framing*) des interventions de santé (personnes de deuxième ligne donc). Ces personnes, que Lara Gautier (2018) a qualifié d'entrepreneuses et d'entrepreneurs de la diffusion, sont très souvent au cœur des décisions du contenu des politiques de santé dans les pays d'Afrique dépendant de l'aide internationale. Ce que la thèse de Lara Gautier (2018) montre aussi très bien est que cette influence n'est en rien cantonnée dans les sphères et chez les experts occidentaux et expertes occidentales. Leurs collègues des pays africains (économistes ou médecins de santé publique formé-e-s à une certaine économie de la santé) participent évidemment aussi à la diffusion (et à la permanence) des idées et des instruments de

22. Les acteurs et actrices de première ligne ne connaissent souvent pas leur position en faveur de la suppression du paiement direct (The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals, 2009).

23. Voir le cas en RDC pour le VIH dans le chapitre de Carillon et Ridde

politiques²⁴. Cette situation contribue, en partie, à l'explication du faible niveau d'appropriation (*ownership*) des solutions pour la CSU par les gouvernements africains (Gautier & Ridde, 2017). Si ce livre n'évoque qu'à la marge (en se concentrant sur leurs impacts car il fallait laisser le temps nécessaire à cette évaluation) les politiques d'exemption du paiement des soins dont les défis de mise en œuvre ont été présentées dans un ouvrage précédent sur le Sahel (Olivier de Sardan & Ridde, 2014), c'est justement parce que cet instrument du NPM et de la financiarisation de la santé²⁵ (*user fees*) a été éclipsé au profit d'un autre durant la dernière décennie : le financement basé sur les résultats (FBR). Ce dernier tient donc une place empirique de choix (et de fait) dans notre collectif.

En effet, après le paiement direct et ses échecs récurrents, un autre instrument testé sans vergogne ces dix dernières années dans la région est le FBR (pour son test en Asie, voir par exemple le cas en Afghanistan que j'avais analysé : Ridde, 2005). Il peut être compris comme la poursuite des approches de contractualisation et d'externalisation des services issues des années 1990 et dont les échecs avaient été soulignés (Mills *et al.*, 2001). Alors que le paiement direct, instrument du NPM, est passé par la fenêtre (rhétorique, car ils sont toujours largement présents), c'est par la porte (programmatische et un financement international énorme) que l'on a cherché à faire passer le FBR (Paul, Albert, *et al.*, 2018). Toutefois, ses nombreux défis de mise œuvre (que les chapitres du livre décrivent), la dépendance envers les bailleurs internationaux qu'il entretient, les effets pervers qu'il engendre (Turcotte-Tremblay *et al.*, 2018) et son efficacité douteuse (Gage & Bauhoff, 2021), certainement expliquée par son manque de justification théorique (Paul *et al.*, 2021), rendent le FBR de moins en moins proposé, imposé. Aussi, depuis peu, c'est un autre

24. Au Mali, afin de diffuser l'idée du FBR des « dîners basés sur les résultats à l'Hôtel Nord-Sud de Bamako sont organisés à partir des années 2010. Animés par l'expert hollandais et ses collègues maliens » (Fillol *et al.*, 2020 : 118). La Banque mondiale a même produit un manuel pour rendre plus efficaces les voyages d'influence ou autre « *study tours* » (Kumar & Watkins, 2017).
25. Sur la financiarisation des ONGs et de l'humanitaire, voir Martin (2015).

vocabulaire que l'OMS et d'autres cherchent à faire entrer par une autre porte des systèmes de santé : l'achat stratégique. Cela sera peut-être le sujet de notre prochain ouvrage.

À propos de l'arrivée du FBR ces dernières années, deux dimensions remarquables sont à mettre en avant. D'une part, malgré les connaissances sur l'injustice du paiement direct impulsé par le NPM, il n'a quasiment jamais été remis en cause par les organisations internationales et les spécialistes (occidentaux, occidentales et africain-e-s) qui ont influencé les États à organiser le FBR. D'autre part, la transformation discursive actuelle du FBR en achat stratégique (qui serait un concept plus large que le FBR) relève d'une poursuite idéologique logique. Nous avons donc fait face ces dernières années à une double permanence du choix des instruments ancrés dans le NPM. Nous sommes ici au cœur de ce que « *Linder and Peters called them "instrumentalists" said they would select the same instruments regardless of the circumstances. Many of these decision makers had strong disciplinary backgrounds* » (Veselý, 2021 : 10). Dans le cas du FBR, Lara Gautier a montré que l'influence disciplinaire de l'économie orthodoxe²⁶ était majeure dans la diffusion des idées (Gautier, Coulibaly, et al., 2019). Au Mali, par exemple, les consultant-e-s hollandais-es et malien-ne-s, qui faisaient la promotion du FBR dans les années 2010 avant l'arrivée de la Banque mondiale, laissaient clairement entendre dans leurs manuels de formation que « la prestation de soins de santé y est considérée comme un produit de marché plutôt que comme un bien public » (Fillol et al., 2020 : 119). Veselý (2021 : 2) propose fort justement, avec le concept d'autonomie de l'attitude des individus à l'égard des instruments politiques, que :

individuals (be they decision makers, public officials or citizens) have attitudes not only toward policy problems and policy goals but also toward the means by which these problems are to be

26. L'économie orthodoxe postule des agent-e-s économiques rationnel-le-s et centré-e-s sur l'utilité de leurs choix, de la supériorité de l'économie de marché, que le marché est la meilleure forme de coordination, que les interventions de l'État doivent simplement venir corriger les imperfections du marché.

solved and goals attained, and that these attitudes toward policy instruments are relatively stable over time and independent of particular policy issues.

La situation que nous décrivons dans ce livre montre donc toute l'agilité de ces personnes et organisations qui restent peu ouvertes aux critiques et aux données probantes allant à l'encontre de leurs idées (dissonance cognitive?). Pour illustrer autrement mon propos, on notera par exemple que dans le *Policy Brief* de 15 pages (!) de l'OMS sur l'achat stratégique, 37 références sont citées en appui à la promotion de l'instrument dont 14 écrites par des personnes de l'OMS et neuf issues de la Banque mondiale. Cela laisse peu de place aux idées divergentes. D'ailleurs, aucune référence critique n'est évidemment citée dans cette note (Mathauer *et al.*, 2019). Concernant l'absence de prise en compte des résultats de recherche contestant les idéologies dominantes, nous avons montré par ailleurs la manière dont la Banque mondiale a politisé les données probantes sur le FBR (Gautier & Ridde, 2018). On se souviendra de l'usage du FBR au Rwanda²⁷ comme stratégie du « *cherry-picking (learning only from the "best model") leads to over confidence in a standard model* » (Gautier & Ridde, 2018 : 38) ainsi que de l'instrumentalisation des évaluations d'impacts, et la présence de conflits d'intérêt majeurs. De la même façon, des économistes de la santé de l'OMS ont, dans un éditorial du bulletin de l'OMS (McIsaac *et al.*, 2018), tordu les données sur le FBR en affirmant son efficacité alors que les résultats de l'étude commentée et réalisée en Zambie par la Banque mondiale (Zeng *et al.*, 2018) ne le montraient absolument pas. Le bulletin de l'OMS a par la suite refusé de publier notre réponse démontrant cette interprétation erronée; nous l'avons publié ailleurs (Paul, Brown, *et al.*, 2020). La sélection très subjective des sources et des données diffusées avait déjà été remarquée dans une autre note de l'OMS sur les exemptions du paiement des soins (Mathauer *et al.*, 2017). Elle faisait fi d'une part importante des données probantes qui montraient la pertinence

27. Sur l'importation du FBR au Burundi par des ONGs hollandaises dès 2002 (qui viennent même d'oser proposer le FBR comme instrument pour lutter contre la pandémie COVID-19, confirmant le caractère opportuniste de la solution), autre cas souvent pris en exemple, voir Falisse (2019). Ce cas ressemble très largement aux processus de transfert qu'ont connu le Burkina Faso ou le Mali.

(et les défis) de cet instrument, ce qui n'est pas surprenant puisque les auteurs et autrices sont connu-e-s pour leur positionnement favorable au FBR. À l'instar de la Banque mondiale, l'OMS et ses expertes et experts ne sont donc pas exempt-e-s d'influences et d'orientations du débat concernant les instruments de financement de la santé et notamment les enjeux d'équité²⁸. Une récente analyse pointe notamment le fait que les discussions de l'OMS concernant la question de l'équité : « *are highly ambiguous, inadequate, and contradictory, which has led some scholars to question the normative position held by the WHO* » (Amri et al., 2021 : 14).

Le rôle des idées est permanent (Béland & Cox, 2011), et le défi de la collaboration entre le monde de la recherche et celui de la prise de décision l'est tout autant²⁹. On se souviendra par exemple qu'en 2019, le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et le réseau P4H ont organisé dans une ville au Sénégal un atelier sur le thème de la CSU avec des décideurs et décideuses du Sahel sans avoir invité d'équipes de recherche. Pourtant, plusieurs équipes étaient au même moment dans une salle d'un hôtel situé à une centaine de mètres de là, pour un atelier centré lui aussi sur la CSU. Quelques mois plus tard, le responsable (occidental) de l'organisation m'a expliqué que ne pas convier d'équipes de recherche avait été un choix délibéré.

Si on revient à présent à la question du FBR, l'analyse montre la surprise à propos du fait que la quasi-totalité des dizaines de millions de dollars (souvent distribués sous forme de prêts que les contribuables africain-e-s devront rembourser un jour) investis avec l'appui technique (occidental et/ou africain) dans ces projets en Afrique n'ont été centrés que sur le renforcement de l'offre de soins (surtout au travers de primes au personnel et de financements nouveaux et non pérennes aux centres de santé), oubliant les défis (pourtant très largement connus) de la population pour payer les frais réclamés. Très peu de projets de FBR ont tenté de supprimer

28. Notons la tentative actuelle de l'Organisation de donner encore plus de place au secteur privé dans la CSU et toujours la même stratégie sélective des références à l'appui des idées proposées en insistant, fidèle au NPM que « *governments focus on governance of the whole health system* » (WHO, 2020b : 3).

29. Voir le chapitre de Dagenais

(ou associer FBR et exemption) ces paiements directs pour tous et toutes, alors que les expériences cambodgienne et burundaise par exemple (Falisse, 2019; Van de Poel *et al.*, 2016), bien connues des personnes qui défendent cette approche, ont montré la pertinence de cette double approche. Si « la nature hybridée du [FBR associé à l'exemption au Burundi] sont absents des recherches académiques actuelles » ce n'est pas parce qu'elle « se concentre sur la mesure des effets et sur les effets pervers du FBR sur l'utilisation des soins et leur qualité » (Falisse, 2019 : 99), ce qui paraît un mal nécessaire vu les ressources dévolues à cet instrument, mais c'est bien parce qu'aucun autre pays ne s'est vraiment engagé dans ces solutions « hybrides » pour des raisons essentiellement idéologiques et d'influence.

La perception du problème (pour parler comme Bacchi dont l'approche est utilisée dans le chapitre de Gautier *et al.*) de l'accès aux soins oriente les solutions. Dans le cas du FBR, les économistes ou expert-e-s en santé publique formé-e-s à l'économie orthodoxe de la santé (Gautier *et al.*, 2018) estiment que le principal problème rencontré par les personnes en Afrique en mal de santé est celui du manque de motivation du personnel qui pourrait s'améliorer au moyen d'une prime financière et, *in fine*, permettre une meilleure qualité des soins de santé. La complexité et la vision holistique et systémique des systèmes de santé sont ainsi souvent mise à l'écart au profit d'une vision simpliste et d'une approche théorique à l'évidence peu fondée empiriquement (Paul *et al.*, 2021). Quelques très rares projets de FBR, comme au Burkina Faso (qui s'est révélé inefficace pour pratiquement toutes les cibles (Mwase *et al.*, 2020) et surtout pour les plus pauvres (Koulidiati *et al.*, 2021)) ou au Bénin, ont accepté de supprimer le paiement direct pour certains soins. Mais cela n'a été possible que pour les plus pauvres (on revient ici aux fondements et à la permanence idéologiques du rapport de 1993³⁰) et sans jamais se donner les moyens (et la conviction) de l'organiser sérieusement. On retombe une nouvelle fois encore sur les défis et les dérives classiques et anciens du ciblage³¹. On se rappellera bien sûr que le ciblage de

30. « *Since poor people typically cannot buy such care for themselves, there is a straightforward case for public finance* » (World Bank 1993 : 57)

31. Voir le cas du FBR au Sénégal dans le chapitre de Bodson et Zongo ou du Burkina Faso dans le chapitre de Beaugé *et al.*

populations spécifiques bénéficiaires d'une politique publique au lieu d'une approche « plus universelle fondée en droit » est un des instruments classiques du « nouveau management public », nous dit Chelle (2021 : 185) dans son analyse du régime d'assistance médicale (RAMED) pour les indigent-e-s au Maroc. Ainsi, certain-e-s consultant-e-s du FBR sont même allé-e-s jusqu'à demander aux pays, et ce, sans aucun fondement empirique, d'imposer un quota de 10% du nombre de totales consultations pour les pauvres, de peur que ces derniers et dernières abusent de l'exemption du paiement. À l'examen, les multiples projets FBR organisés à coup de millions de dollars dépensés n'auront eu que très peu d'utilité réelle sur le difficile accès aux soins des populations en Afrique subsaharienne, si ce n'est aucune utilité pour l'accès aux soins des plus pauvres³². Pourtant, nous avons prévenu très en amont les responsables de ce projet pour la Banque mondiale au Burkina Faso du manque de pertinence de leurs choix... ce qu'ils et elles ont entendu mais jamais écouté. Feront-ils et elles comme De Ferranti (Rodin & De Ferranti, 2012) et d'autres, leur mea-culpa dans 20 ans? Ces choix relevaient-ils d'une politique organisationnelle stable et annoncée il y a bien longtemps (Abbasi, 1999) ou d'une identification de la cognition humaine proposant que :

People identify emotionally with the previously prepared solutions that they have encoded in memory. They tend to become emotionally attached to their current repertoire of encoded solutions, even as the problems they face evolve. As a consequence, reliance on prepared solutions dominates search.
(Jones & Thomas, 2013 : 277)

En revanche, les politiques d'exemption du paiement des soins formulées par les États africains, souvent fondées sur des motivations électorales et clientélistes (Olivier de Sardan & Ridde, 2014), n'ont jamais eu un soutien d'une telle ampleur de la part des organisations internationales, si ce n'est de l'Union Européenne pour des raisons humanitaires (ECHO). Les patientes et les patients n'auront finalement que très peu profité de ces dizaines de millions d'euros

32. Voir le chapitre de Beaugé et al.

consacrés au FBR. Les agentes et les agents de santé auront bénéficié de primes durant quelques années, voire simplement quelques mois comme au Mali³³ et au Sénégal³⁴. Les gagnant-e-s sont peut-être les responsables nationaux et nationales qui auront pu aussi obtenir (souvent sans que cela ne se dise trop fort car on touche ici aux enjeux de corruption) des incitatifs financiers (et politiques) importants et un positionnement prépondérant au sein de l'appareil d'État³⁵; les cabinets de consultants nationaux et internationaux et de consultants nationales et internationales (le recours à ces cabinets est aussi au cœur des instruments du NPM (Sturdy *et al.*, 2021), dont la pandémie de COVID-19 a permis de reparler) et les ONGs nationales et internationales chargées des aspects de contrôle et de vérification qui ont vu augmenter significativement leur chiffre d'affaires et leur capital technique. Ils et elles en ont en effet profité pour développer leurs expertises (africaines) et tenter de les vendre à l'échelle continentale (Gautier, Coulibaly, *et al.*, 2019) pour mieux faire voyager le modèle FBR (Falisse, 2019; Olivier de Sardan *et al.*, 2017) ou pour obtenir des postes dans la haute administration de leur État, à l'OMS ou la Banque mondiale. Il est notoirement connu que sous le leadership de Gro Harlem Brundtland de 1998 à 2003, de nombreux et nombreuses économistes et auteurs et autrices du rapport de 1993 de la Banque mondiale ont été recruté-e-s par l'OMS, faisant ainsi voyager idées, vocabulaires et personnes. On se souviendra que les rares études publiées sur le coût-efficacité du FBR ont montré combien cette solution n'était ni efficiente ni même vraiment rentable (Antony *et al.*, 2017; Turcotte-Tremblay *et al.*, 2016) tant les coûts de suivi et de contrôle sont démesurés pour organiser les paiements des prestataires (au Bénin, dans le modèle de FBR promu par la Banque mondiale, pour chaque dollar payé aux fournisseurs et fournisseuses de soins, 0,50 dollar étaient utilisés pour la vérification de l'atteinte des résultats). On est donc loin des conseils donnés par la Banque mondiale en 1993 affirmant que « *governments have a responsibility*

33. Voir le chapitre de Zitti *et al.*

34. Voir le chapitre de Bodson et Zongo, et Bodson (2021)

35. Au Burundi, le FBR « permet à une élite technocratique, appréciée par les bailleurs et les promoteurs internationaux du FBP pour sa compétence technique, d'affirmer sa place au sein du ministère » (Falisse, 2019 : 94).

to spend well, to get « value for money, » whenever they devote public resources to health » (p. 53). En outre, les nombreuses études pourtant réalisées sur le sujet n'ont finalement jamais été rendues publiques par la Banque mondiale (par exemple au Cameroun sur ses coûts ou au Bénin et au Niger sur l'absence de son efficacité; l'absence d'efficacité du FBR au Cameroun par rapport au simple fait de fournir des fonds supplémentaires sans les lier à la performance n'a été publié qu'en mai 2021; de Walque *et al.*, 2017). On reconnaît ici le rôle stratégique de la diffusion des connaissances et le pouvoir lié à son contrôle dans un contexte de gouvernance globale (Fillol & Ridde, 2020; Gautier & Ridde, 2018).

En attendant les résultats des réformes d'achats stratégiques, ce livre me semble être une démonstration de la récurrence des solutions techniques empruntant des instruments liés à l'idéologie du NPM et la financiarisation de la santé. Nous sommes au cœur de la mobilisation des concepts de la dépendance au sentier où les choix du futur sont guidés par les politiques du passé (Sabatier & Weible, 2014), d'autonomie des instruments (Veselý, 2021) et de la problématisation de l'accès aux soins dans une perspective poststructurelle (Gautier, De Allegri, *et al.*, 2019). À la fin de l'histoire, les perdant-e-s sont évidemment toujours les mêmes : les populations pauvres qui n'ont pas les moyens de payer leur accès aux soins. Aucune démagogie ou populisme dans mon propos ni de vision simpliste ou radicale³⁶ des responsables entre les méchant-e-s du Nord et les gentil-le-s du Sud, simplement un constat effarant autant que récurrent. Pourtant, les décideurs et décideuses des ministères de la Santé et des finances en Afrique subsaharienne connaissent ces réalités et ont des membres de leurs familles proches (ou éloignées) qui font face à des dépenses catastrophiques permanentes. Ces responsables, même lorsqu'ils et elles sont tout en haut de la pyramide hiérarchique et peuvent être évacué-e-s en Europe pour se soigner (la pandémie de COVID-19 a

36. «The radicalist/rejectionist camp, on the other hand, holds that development management is so intimately connected with neocolonialist power relations and “managerialist” control that actions taken by development managers are invariably detrimental to the interests of developing countries, and particularly of the poor residing in those countries(see Gulrajani 2010; Mowles 2010)» (Brinkerhoff & Brinkerhoff, 2013 : 377).

une nouvelle fois mis au jour ces privilèges!), souffrent des appels téléphoniques quotidiens pour payer les soins de leurs proches. Les agentes et agents de santé qui doivent appliquer les politiques d'exemption du paiement des soins (Ridde *et al.*, 2018) savent pourtant bien que cette solution est pertinente. Ces politiques d'exemption sont critiquées (à juste raison) notamment pour les retards dans les processus de remboursement aux formations sanitaires qui doivent fournir les soins gratuitement, mais les responsables des finances dans les ministères africains savent bien que ces exemptions ne pourront être utiles que s'ils et elles envoient les budgets à temps et en quantité suffisante pour les compenser et permettre au centre de santé de continuer d'acheter des médicaments (Olivier de Sardan & Ridde, 2014). Ainsi, les expertes et experts du Nord comme du Sud connaissent bien tous ces défis, même si on peut imaginer qu'ils et elles aient un peu oublié leurs expériences de terrain de jeunesse en tant que *Peace Corps* ou étudiant-e-s (ils et elles ont souvent fait leurs terrains d'études dans ces pays ou sur ces sujets). On peut aussi espérer qu'ils et elles lisent la myriade d'articles scientifiques qui montrent que leurs solutions empruntées au NPM (paiement direct, mutuelles, FBR) ne fonctionnent pas, ni empiriquement ni théoriquement (Paul *et al.*, 2021), notamment dans les contextes d'Afrique subsaharienne où parfois le pouvoir politique et la gouvernance sont faibles. Tous les pays ne sont pas comme le Rwanda³⁷ qui peut imposer le passage d'une cotisation volontaire à obligatoire (ce que très peu de personnes savent en Afrique de l'Ouest) pour l'assurance de santé à leur population (dont les dimensions du modèle, en oubliant les aspects coercitifs, ont été sélectionnées stratégiquement (Gautier & Ridde, 2018)). Falisse (2019 : 90), revenant à l'origine du concept de modèle voyageur proposé par Rottenburg, nous dit bien qu'il « y aura toujours une forme de traduction, de résistance et d'acculturation au modèle ». Le Mali, quant à lui, a essayé d'instaurer une cotisation obligatoire pour ses fonctionnaires, mais les responsables ont très vite reculé devant les refus catégoriques, même si cela a finalement été possible quelques années plus tard (Touré & Ridde, 2020). En effet, la confiance envers le système de

37. Voir le chapitre de Chemouni

santé dans son ensemble est l'un des mécanismes essentiels à la réussite des politiques d'exemption du paiement des soins en Afrique (Robert *et al.*, 2017) et des réformes de santé en général (Gilson, 2003). L'histoire nous a appris depuis bien longtemps qu'un système de santé est, au-delà du soin, un système social où les idées et les valeurs sont centrales à son efficacité (Whyle & Olivier, 2020). Les incitatifs financiers, dès lors, n'ont qu'un rôle minimal dans ces processus. Il y a plus de 15 ans, je posais déjà la question en réponse à une synthèse biaisée publiée par une équipe de la Banque mondiale sur le FBR « Construire la confiance ou acheter des résultats? » (Ridde, 2005).

Ainsi, il n'est pas étonnant qu'une revue systématique des interventions de type FBR organisées dans 36 pays à faible et moyen revenus vienne de conclure que « les mécanismes clés par lesquels le paiement à la performance peut fonctionner n'étaient pas clairement liés à la composante d'incitation financière » (Singh *et al.*, 2021 : 13). Pourquoi avoir dépensé autant d'énergie et d'argent pour une solution ancrée dans le NPM dont tout le monde devait savoir, en amont, qu'elle n'allait pas fonctionner? Pourquoi cet instrument du FBR a-t-il suivi le même processus aveugle que celui du paiement direct : projets pilotes avec des conditions contrôlées et donc irréelles, évaluations peu scientifiques et centrées sur l'efficacité au détriment des processus et de la pertinence ou avec des conflits d'intérêts majeurs³⁸, passage à plus grande échelle sans évaluation rigoureuse ou sans tenir compte de leurs résultats, échecs partiels ou complets puis finalement, mise en quarantaine discursive (paiement direct), évolution sémantique pour faire profil bas (FBR vs achat stratégique) ou disparition du débat comme au Bénin? Nous pourrions peut-être trouver la réponse dans l'analyse que propose Abimbola (2020 : 11) à propos de l'usage des méthodes expérimentales pour évaluer le FBR :

38. En 2021, une revue m'a demandé d'évaluer un article pour un numéro spécial sur le FBR... quelle ne fut pas ma surprise de lire un article écrit par quatre consultants en total conflit d'intérêt sur le sujet, sans citer aucune référence scientifique (que je connaissais) démontrant l'inverse de ce qu'ils osaient affirmer sans preuve à l'appui. S'ils ont tenté c'est qu'ils pensent que cela est possible de publier un tel article!

Qui est le public de ces essais contrôlés randomisés? Le regard de l'étranger? C'est peut-être un moyen plus facile de convaincre les bailleurs de fonds et les gouvernements distants et sans méfiance, qui accepteront le résultat aussi peu réfléchi que le cliché déployé par les entrepreneurs politiques.

La mise sous silence du problème central: le financement public

Tout le monde sait bien qu'en poursuivant ces solutions minimalistes, on ne s'attaque finalement pas au vrai problème des systèmes de santé, celui du financement public. En effet, la part des dépenses de santé prise en charge directement par les ménages est encore énorme en Afrique (tableau 1, dernière colonne). En 1978, un groupe de travail de l'OMS disait pourtant déjà « *the most obvious solution is to increase government financing* » (WHO Study group, 1978 : 21). On sait aussi que le fractionnement (ancien et) actuel du financement des systèmes de santé (Fillol *et al.*, 2020) n'est évidemment pas propice à la CSU, pas plus que la guerre des clochers (dessin de la couverture du livre) entre les solutions soutenues par différents bailleurs de fonds internationaux dans un contexte où certains gouvernements dépendants financièrement de ces derniers ne disposent pas d'un leadership fort sur les solutions (Brinkerhoff & Brinkerhoff, 2013; Gautier & Ridde, 2017). Les questions du pouvoir et des idées (supra) sont bien souvent au cœur de ces enjeux, influençant ainsi les choix des instruments politiques, que ce soit les politiques publiques en général (Béland, 2010) ou les politiques d'exemption du paiement des soins en Afrique par exemple (Béland & Ridde, 2016). Prenons deux exemples pour illustrer ces influences externes dans le choix des solutions (encadré 1).

Encadré 1. Deux exemples des querelles de chapelles dans le choix des instruments de la CSU

Au Bénin, deux modèles différents de FBR ont été mis en place pendant plusieurs années. Quatre bailleurs de fonds internationaux (d'un côté la Banque mondiale, le Fonds mondial et Gavi, et de l'autre l'agence de coopération belge (Enabel)) se sont battus pendant des années pour faire valoir leur approche à coup de projets, d'expertises et de budgets, une bataille qui a conduit à la mise à l'échelle nationale du FBR (un des rares cas en Afrique de l'Ouest). Les évaluations réalisées, dont l'une par un consultant sénégalais de la Banque mondiale, ont montré que le modèle de la Banque mondiale était inefficace et inefficent. Face à ce constat, la décision de Gavi et du Fonds mondial a été de commander une nouvelle évaluation, cette fois à un chercheur belge connu pour ses idées en faveur de l'instrument FBR et ni plus ni moins actionnaire d'une firme vendant ses services de gestion de données aux pays organisant le FBR. Pourtant, les résultats ne furent pas plus concluants. La plupart des rapports d'évaluation concluant à l'inefficacité et l'inefficience du modèle FBR soutenu par la Banque mondiale n'ont toutefois jamais été publiés. Plusieurs missions conjointes ont bien tenté de trouver un compromis entre les bailleurs et les acteurs nationaux et actrices nationales. Mais cela n'a jamais été possible en raison de querelles de chapelles, d'idéologies et d'enjeux de pouvoir (Paul, Lamine Dramé, *et al.*, 2018). Finalement, les bailleurs de fonds se sont tous retirés, parfois avant même les échéances budgétaires, et le FBR a aujourd'hui totalement disparu du pays, non sans être considéré comme un échec notoire (Bodson, 2021).

Au Sénégal, la poursuite du volet « protection financière » de la CSU a d'abord été proposée à travers l'extension des mutuelles communautaires dans toutes les communes du pays. Cette solution a largement été poussée par un cabinet de consultance américain (Abt Associates) financé par la coopération américaine (USAID). Si on peut se questionner sur l'expertise de ce pays d'Amérique du Nord concernant les mutuelles communautaires³⁹, il faut se souvenir de l'influence historique de ce cabinet dans les années 1980 sur le déploiement du paiement direct en Afrique (Kelley Lee & Goodman, 2002). Ce cabinet a également été au cœur de l'organisation des assises nationales de la santé en 2013⁴⁰ avec notamment la présence d'un économiste sénégalais ayant participé au développement des mutuelles au Rwanda (encore!) et sous le leadership de personnes très proches du pouvoir présidentiel (dont un anthropologue qui prendra ensuite la direction de l'Agence nationale de la couverture maladie universelle en 2015). Puis, ENABEL a proposé un modèle différent, en misant sur la mise en commun au niveau départemental et la professionnalisation (Bossyns *et al.*, 2018). Mais cette proposition a connu une résistance qui a retardé le démarrage du projet de plusieurs années et l'a limité à deux départements seulement. Les résultats de cette proposition nouvelle sont aujourd'hui si probants, même après l'arrêt du projet financé par la Belgique (Mbow *et al.*, 2020), que l'État a décidé de s'en inspirer. Il commence

39. Dans les années 1970, les États-Unis étaient semble-t-il le plus grand bailleur de fonds, notamment avec \$3,4 millions pour un projet de santé rurale dans le Sine Saloum (WHO Study group, 1978).

40. Année du lancement en septembre du Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie Universelle 2013-2017 et octobre de la gratuité des soins des moins de cinq ans.

à tester une certaine forme de professionnalisation dans les autres départements du pays et la coopération du Luxembourg appuie le transfert du modèle à d'autres départements. Mais quelques années ont certainement été perdues.

Ces deux exemples montrent que les enjeux de pouvoir sont bien souvent situés autour du choix de certaines solutions très spécifiques mais ne renvoient jamais vraiment à la question fondamentale, soit celle du financement public national. Pourtant, si l'on revient à la question des sources de financement, nous savons que plus elles sont regroupées dans un seul panier commun public (*pooled financing*), plus les pays s'inscrivent vers la CSU (Lozano *et al.*, 2020). Tant que les États subsahariens ne se décideront pas à consacrer une partie plus importante de leur budget au secteur de la santé (tableau 1), qu'ils organiseront des mutuelles avec une adhésion volontaire ou mettront en place un FBR entièrement financé par l'extérieur, cela n'aura pas d'impacts forts sur l'accès aux soins et le renforcement des systèmes de santé. Le groupe de plaidoyer d'anciens et d'anciennes hauts dirigeants et dirigeantes du monde (The Elders) a ainsi énoncé à ce sujet la lapalissade suivante : « S'il y a une leçon que le monde a apprise, c'est que l'on ne peut atteindre la CSU que grâce à un financement public » (Yates, 2021 : 472). Il n'en reste pas moins que cette question n'est pas vraiment abordée dans les arènes publiques, au-delà des rapports et des discours (WHO, 2020a).

L'OMS a par exemple lancé ces dernières années une série de travaux sur ce qu'elle appelle des financements innovants. Les besoins sont en effet énormes à cet égard tel que le révèle une très récente revue systématique des stratégies de financement pour la CSU : « *It is evident from the review that innovative health financing strategies in SSA are needed* » (Ifeagwu *et al.*, 2021 : 1).

Pourtant, les propositions de l'OMS restent tristement superficiels (comme déjà les propositions de 1978 (WHO Study group, 1978)) et cherchent à trouver des sommes dérisoires en proposant

de taxer les communications téléphoniques, le tabac ou encore les billets d'avions. Par exemple au Mali, en 2015, des ateliers participatifs ont été menés pour sélectionner des mécanismes de financement sur la base d'une liste de 24 propositions des consultant-e-s, les cinq retenues pour une analyse approfondie ont été une taxe sur l'alcool, les ressources minières, la téléphonie, les billets d'avion et les transactions financières. Mais les conclusions des consultant-e-s sont sans appel :

La proposition d'une taxe supplémentaire sur les ressources minières paraît difficile... De plus, il existe un manque de transparence sur les taxes payées par ces entreprises et sur les quantités effectivement extraites. Ce manque de transparence pose un problème de responsabilité de la part des décideurs envers leur population. Le secteur minier a un énorme potentiel mais requiert une forte volonté politique pour la mise en place d'une taxe. (Traoré & Brikci, 2016 : 28)

Dans leurs calculs finaux et recommandations générales au Gouvernement du Mali, les consultant-e-s ne retiendront pas la possibilité de taxer le secteur minier et ne proposeront qu'une taxe sur les billets d'avion, l'alcool et le secteur téléphonique. Ils et elles affirment même que « une taxe additionnelle sur les ressources minières ... n'est pas envisageable dans le contexte économique et politique actuel » (Traore & Brikci, 2016 : 7). L'exemple sénégalais montre lui aussi qu'au-delà des aspects techniques, ce sont la volonté politique et l'espace fiscal qui sont déterminants pour la CSU (Paul, Ndiaye, *et al.*, 2020). En 2020, le budget de l'État consacre autant de subsides aux secteurs de la santé (5%) et de la protection sociale (6%) qu'aux secteurs de la défense (5%) et de l'ordre public (5%). En outre, les subventions publiques pour les initiatives d'exemption du paiement des soins en 2019 (17 milliards F CFA) sont presque équivalentes du montant des taxes (5%) prélevées sur l'exportation en or du pays (CRES, 2021). Le gouvernement du Burkina Faso avait lui aussi manqué de détermination en ignorant les résultats d'une étude du Fonds monétaire international (FMI) proposant d'arrêter la subvention inefficace du prix des hydrocarbures au profit d'un programme de transfert monétaire direct aux plus pauvres (Kadio *et*

al., 2018). Les enjeux politiques et sociaux de cette suppression d'une taxe profitant aux moins pauvres avaient pris le dessus des besoins des populations « subalternes ».

Ainsi, la plupart des études de ce type buttent sur le défi de mobiliser l'énorme potentiel financier de l'industrie extractible par exemple, pourtant en plein essor en Afrique de l'Ouest (Ridde et al., 2015). Faire évoluer les codes miniers en faveur de la CSU semble bien difficile et les compagnies minières internationales font tout pour continuer à réduire la capacité des États à gouverner ce secteur lucratif. La perspective idéologique que l'on vient de décrire dans le domaine de la santé est aussi présente dans le secteur des ressources extractives où les économistes orthodoxes réclament la libéralisation des marchés et l'évitement fiscal des entreprises privées. Les indicateurs de la Banque mondiale (*Doing business*⁴¹) pour classer les pays en fonction de leur réglementation favorable aux entreprises sont un bel exemple de cette approche. Au Mali, le récent code minier de 2019, qui n'est pas rétroactif, a limité à trois ans le taux réduit d'imposition à 25% des impôts sur les sociétés alors qu'il était de 15 ans dans le précédent code de 2012 (Zitti & Diawara, 2021). En outre, presque 20% des recettes courantes de l'État malien en 2017 proviennent de ce secteur extractif. Pourtant, alors que le pays a exporté, en 2016, 1024 milliards FCFA de ressources minérales, on ne retrouve que 241 milliards FCFA en revenus. Le comité de l'Initiative pour la transparence dans les industries extractives affirmait « qu'une vingtaine de sociétés avaient exporté de l'or sans détenir un permis d'exploitation ou sans figurer au cadastre minier en 2016 » (Zitti & Diawara, 2021 : 13). Si l'industrie minière doit effectuer des paiements sociaux, ils ne représentaient que 0,6% des revenus, sans compter les défis liés à leur traçabilité. Nous pourrions multiplier les exemples dans la région et ailleurs dans le monde évidemment, les industries occidentales étant au centre des questionnements. Les chiffres peuvent être rapidement vertigineux lorsque l'on évoque l'évasion/ évitement fiscale et la corruption (Coderre, 2019). Par exemple, il

41. <https://www.banquemonddiale.org/fr/news/feature/2019/10/24/doing-business-2020-sustaining-the-pace-of-reforms>

est estimé qu'entre 2000 et 2010, l'Afrique subsaharienne a perdu 50 milliards de dollars de capitaux illicites, dont 56% provenaient du secteur extractif. Pire encore

according to the Global Financial Integrity, the continent bears the most disproportionate burden of unrecorded cross-border financial outflows as a percentage of gross domestic product (GDP), representing approximately 8.6 per cent of GDP. (UN ECA, 2017 : 2)

Au Malawi, les avantages fiscaux octroyés à une compagnie minière australienne entre 2009 et 2014 ont représenté 43\$ millions, soit le salaire annuel de 17000 infirmiers ou infirmières (ActionAid, 2015). On se souviendra que le coût d'un paquet de services essentiels de santé au niveau mondial a été estimé à 34\$ par personne en 2001, puis à 44\$ par l'OMS en 2009 et 60\$ en 2015 (OMS, 2015). Ces chiffres occultent bien évidemment des disparités entre les pays mais ils donnent une idée de l'ampleur des besoins et de la capacité à y répondre en mobilisant des fonds publics. Mais on retrouve, encore une fois ici, notre ami le NPM, et ce sont essentiellement les critères d'efficience (que le rapport de 1993 de la Banque mondiale avait mis en avant à la suite, notamment, de l'OMS en 1978 (WHO Study group, 1978)) et d'efficacité qui sont prioritaires dans le choix du contenu de ces pays pour le type d'interventions retenu, les enjeux d'équité ou de besoins des populations étant largement oubliées dans ces études (Hayati *et al.*, 2018).

Conclusion

Cet ouvrage collectif a pour ambition de partager en français les connaissances scientifiques les plus récentes sur les stratégies contemporaines pour tendre vers la CSU en Afrique subsaharienne et notamment les réformes liées à son financement. L'introduction propose une réflexion globale sur la base des chapitres, qui montrent tous, selon les pays et les stratégies, la permanence de la mobilisation d'instruments politiques largement inspirés du *New Public Management* dont les défis sont largement connus et l'efficacité très

relative. Pourtant, ces instruments perdurent et les idées de celles et ceux qui tentent de les mettre en avant, parfois même de les imposer dans un contexte de dépendance à l'aide internationale, montrent combien les enjeux de pouvoir sont au cœur des réformes des systèmes de santé. Rien de nouveau toutefois dans ce domaine (Erasmus & Gilson, 2008) même s'il faut sans cesse le rappeler (Topp, 2020). Plus qu'une question simplement technique, la transformation des systèmes de santé, et notamment celle de leurs modes de financement, est un enjeu politique majeur où les valeurs et les idéologies sont sources de propositions de solutions. Nous l'avons vu, elles correspondent parfois davantage à la thèse d'une poignée d'expert-e-s (du Nord comme du Sud) qu'aux données probantes et à l'état des connaissances scientifiques. Mais, si les instruments des politiques publiques étaient basés sur la science, cela se saurait (Fillol *et al.*, 2020)! Ainsi, ce collectif d'autrices et d'auteurs a réalisé des études empiriques rigoureuses et mobilisé des théories et cadres conceptuels pertinents à leurs contextes afin de partager des connaissances scientifiques permettant de mieux comprendre l'émergence, la mise en œuvre, les effets et les perspectives de ces réformes dans quelques pays d'Afrique subsaharienne lors de la dernière décennie. Il reste évidemment encore beaucoup à faire pour que ces pays s'approchent de l'idéal de la CSU, mais nous espérons que les analyses offertes (sans paiement direct) dans ce livre sauront éclairer les réflexions, et rêvons un peu, les décisions.

Références

- Abbasi, K. (1999). The World Bank and world health: Healthcare strategy. *BMJ*, 318(7188), 933-936. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7188.933>
- Abiiro, G. A., & De Allegri, M. (2015). Universal health coverage from multiple perspectives: A synthesis of conceptual literature and global debates. *BMC International Health and Human Rights*, 15(17). <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0056-9>
- Abimbola, S. (2020). Evidence as cliché: Using trials to tamper with governance. *CODESRIA Bulletin*, 4, 9-15.

- ActionAid. (2015, 17 juin). *An Extractive Affair*. <https://actionaid.org/publications/2015/extractive-affair>
- Amnesty International. (2009, 31 décembre). *Giving life, risking death. Maternal mortality in Burkina Faso*. Amnesty International Publications. <https://www.amnesty.org/en/documents/afr60/001/2009/en/>
- Amri, M. M., Jessiman-Perreault, G., Siddiqi, A., O'Campo, P., Enright, T. & Di Ruggiero, E. (2021). Scoping review of the World Health Organization's underlying equity discourses: Apparent ambiguities, inadequacy, and contradictions. *International Journal for Equity in Health*, 20(70). <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01400-x>
- Antony, M., Bertone, M. P. & Barthes, O. (2017). Exploring implementation practices in results-based financing: The case of the verification in Benin. *BMC Health Services Research*, 17(204). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2148-9>
- Balique, H., Ouattara, O. & Ag Iknane, A. (2001). Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. *Santé Publique*, 13(1), 35-48.
- Batifoulier, P. (2013). Faire payer le patient: Une politique absurde. *Revue du MAUSS*, 41(1), 77-92. <https://doi.org/10.3917/rdm.041.0077>
- Belaid, L., Cloos, P. & Ridde, V. (2017). Mobiliser des représentations ethnoculturelles pour expliquer les disparités d'accès aux soins de santé au Burkina Faso. *Canadian Journal of Public Health*, 108, 56-61. <https://doi.org/10.17269/cjph.108.5628>
- Béland, D. & Cox, R. H. (dir.). (2011). *Ideas and politics in social science research*. Oxford University Press.
- Béland, D. & Ridde, V. (2016). Ideas and policy implementation: Understanding the resistance against free health care in Africa. *Global Health Governance*, 10(3), 9-23.
- Béland, D. (2010). The idea of power and the role of ideas. *Political Studies Review*, 8(2), 145-154. <https://doi.org/10.1111/j.1478-9302.2009.00199.x>

- Bodson, O. (2021). *Le financement basé sur les résultats au Bénin et au Sénégal: Un levier pérenne de changement de pratiques des agents de santé?* [Thèse de doctorat en sciences politiques et sociales]. Université de Liège.
- Boidin, B. (2014). *La santé, bien public mondial ou bien marchand: Réflexions à partir des expériences africaines*. Presses universitaires du Septentrion.
- Bossyns, P., Ladrière, F. & Ridde, V. (2018). *Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique subsaharienne. Six ans d'expérience au Sénégal rural 2012 - 2017* (Studies in Health Services Organisation & Policy, 34, 2018). ITG Press. <https://www.itg.be/files/docs/shsop/shsop34.pdf>
- Brinkerhoff, D. W. & Brinkerhoff, J. M. (2013). Development management and policy implementation. Relevance beyond the global South. Dans E. Araral, S. Fritzen, M. Howlett, M. Ramesh, & X. Wu (dir.), *Routledge handbook of public policy* (274-383). Routledge.
- Celle, E. (2021). Quel droit à la santé pour les populations pauvres au Maroc? La longue gestation du Régime d'assistance médicale (RAMED). Dans M. Borgetto, M. Chauvière & W. Tamzini (dir.), *La protection sociale au Maghreb et en France. Regards croisés* (181-192). Mare & Martin.
- Coderre, M. (2019). *Maximisation et mobilisation des revenus du secteur minier en Afrique subsaharienne: Quelles stratégies pour favoriser le développement?* [Rapport, Revue de littérature (2)]. Accès à la santé, ressources minières et politiques publiques en Afrique subsaharienne, Université du Québec à Montréal.
- Diagne, A. & Sylla F. (2021). *Soutenabilité budgétaire du Programme national de couverture maladie universelle du Sénégal* (Rapport provisoire). CRES.
- D'Adesky, J. (2017). Subalternité. Dans *Anthropen*. <https://doi.org/10.17184/eac.anthropen.056>
- De Ferranti, D. (1985). *Paying for health services in developing countries* [World Bank Staff Working Papers]. World Bank.

- De Walque, D., Robyn, P. J., Saidou, H., Sorgho, G. & Steenland, M. (2017). *Looking into the performance-based financing black box: Evidence from an impact evaluation in the health Sector in Cameroon* [Policy Research Working Paper, (8162)]. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/27969>
- Deville, C., Hane, F., Ridde, V. & Touré, L. (2018). *La Couverture universelle en santé au Sahel: La situation au Mali et au Sénégal en 2018* (Working Papers, (40), p. 38). CEPED.
- Erasmus, E. & Gilson, L. (2008). How to start thinking about investigating power in the organizational settings of policy implementation. *Health Policy & Planning*, 23(5), 361-368.
- Evans, R., Barer, M. & Stoddart, G. (1993). User fees for health care: Why a bad idea keeps coming back (Or, what's health got to do with it?). *Canadian Journal on Aging / Revue Canadienne Du Vieillessement*, 14, 360-390.
- Falisse, J. B. (2019). Au-delà du modèle voyageur? Usage stratégique et hybridation du financement basé sur la performance (FBP) dans la santé au Burundi. *Politique africaine*, 156, 83-100.
- Fassin, D. (2000). Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'oeuvre. *Ruptures*, 7(1), 58-78.
- Fillol, A., Kadio, K. & Gautier, L. (2020). L'utilisation des connaissances pour informer des politiques publiques: D'une prescription technocratique internationale à la réalité politique des terrains. *Revue française des affaires sociales*, 4, 103-127. <https://doi.org/10.3917/rfas.204.0103>
- Fillol, A. & Ridde, V. (2020). Gouvernance globale et utilisation des connaissances pour l'action: *Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances*, 4(2). <https://doi.org/10.18166/tuc.2020.4.2.15>
- Gage, A. & Bauhoff, S. (2021). The effects of performance-based financing on neonatal health outcomes in Burundi, Lesotho, Senegal, Zambia and Zimbabwe. *Health Policy & Planning*, 36(3), 332-340. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa191>

- Gaudillière, J.-P., Beaudevin, C., Gradmann, C., Lovell, A. & Pordié, L. (2020). *Global health and the new world order historical and anthropological approaches to a changing regime of governance*. Manchester University Press.
- Gautier, L., Coulibaly, A., De Allegri, M. & Ridde, V. (2019). From Amsterdam to Bamako: A qualitative case study on diffusion entrepreneurs' contribution to performance-based financing propagation in Mali. *Health Policy & Planning*, 34(9), 656-666. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz087>
- Gautier, L., De Allegri, M. & Ridde, V. (2019). How is the discourse of performance-based financing shaped at the global level? A poststructural analysis. *Globalization and Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0443-9>
- 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).
- Gautier, L. & Ridde, V. (2018). Did the learning agenda of the World Bank-administrated Health Results Innovation Trust Fund shape politicised evidence on performance-based financing? A documentary analysis. *Sociedade e Cultura*, 21(2). <https://doi.org/10.5216/sec.v21i2.56310>
- Gautier, L., Tosun, J., De Allegri, M. & Ridde, V. (2018). How do diffusion entrepreneurs spread policies? Insights from performance-based financing in Sub-Saharan Africa. *World Development*, 110, 160-175. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.05.032>
- Gélinas, J. B. (2000). *La globalisation du monde. Laissez faire ou faire? Écosociété*.
- Ghanbari, M. K., Behzadifar, M., Doshmangir, L., Martini, M., Bakhtiari, A., Alikhani, M. & Bragazzi, N. L. (2021). Mapping research trends of universal health coverage from 1990 to 2019: Bibliometric analysis. *JMIR Public Health and Surveillance*, 7(1). <https://doi.org/10.2196/24569>
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social science & medicine*, 56(7), 1453-1468.

- Gilson, L. (dir.) (2012). *Recherche sur les politiques et les systèmes de santé*. *Manuel de Méthodologie. Version abrégée*. Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, Organisation mondiale de la Santé. https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_readerabridgedfrench.pdf?ua=1
- Gilson, L., Kalyalya, D., Kuchler, F., Lake, S., Organa, H. & Ouendo, M. (2000). The equity impacts of community financing activities in three African countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 15(4), 291-317. doi:10.1002/hpm.599.
- Handayani, K., Sijbranda, T. C., Westenberg, M. A., Rossell, N., Sitaresmi, M. N., Kaspers, G. J. & Mostert, S. (2020). Global problem of hospital detention practices. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(8), 319-326. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2020.10>
- Hayati, R., Bastani, P., Kabir, M. J., Kavosi, Z., & Sobhani, G. (2018). Scoping literature review on the basic health benefit package and its determinant criteria. *Globalization and Health*, 14(26). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0345-x>
- Howlett, M. P. (2011). *Designing public policies: Principles and instruments*. Routledge.
- Ifeagwu, S. C., Yang, J. C., Parkes-Ratanshi, R. & Brayne, C. (2021). Health financing for universal health coverage in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *Global Health Research and Policy*, 6(8). <https://doi.org/10.1186/s41256-021-00190-7>
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.-P. (dir.) (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. APAD, Karthala.
- Jones, B. D. & Thomas, H. F. (2013). Bounded rationality and public policy decision-making. Dans E. Araral, S. Fritzen, M. Howlett, M. Ramesh & X. Wu (dir.), *Routledge handbook of public policy* (273-286). Routledge.
- Jones, C., Gautier, L. & Ridde, V. (2021). A scoping review of theories and conceptual frameworks used to analyse health financing policy processes in sub-Saharan Africa. *Health Policy & Planning*, 1-17 (sous presse). <https://doi.org/10.1093/heapol/czaal73>

- Kadio, K., Dagenais, C. & Ridde, V. (2018). Politique nationale de protection sociale du Burkina Faso: Contexte d'émergence et stratégies des acteurs. *Revue française des affaires sociales*, (1), 63-84.
- Kaul, M. (1997). The New Public Administration: Management innovations in government. *Public Administration and Development*, 17(1), 13-26. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-162X\(199702\)17:1<13::AID-PAD909>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-162X(199702)17:1<13::AID-PAD909>3.0.CO;2-V)
- Klasa, K., Greer, S. L. & van Ginneken, E. (2018). Strategic purchasing in practice: Comparing ten european countries. *Health Policy*, 122(5), 457-472. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.014>
- Koulidiati J. L., De Allegri M., Lohmann J. et al. (2021). Impact of performance-based financing on effective coverage for curative child health services in Burkina Faso: Evidence from a quasi-experimental design. *Tropical Medicine & International Health*. doi: 10.1111/tmi.13596.
- Kumar, S. & Watkins, R. (2017). *The art of designing and implementing study tours: A guide based on the art of knowledge exchange methodology*. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/28405>
- Lee, K. & Goodman, H. (2002). Global policy networks: The propagation of health care financing reform since the 1980s. Dans K. Lee, K. Buse & S. Fustukian (dir.), *Health policy in a globalising world* (97-199). Cambridge University Press.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. Russel Sage Foundation.
- Louart, S., Bonnet, E. & Ridde, V. (2020). Is patient navigation a solution to the problem of « leaving no one behind »? A scoping review of evidence from low-income countries. *Health Policy & Planning*, 36(1), 101-116. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa093>
- Lozano, R., Fullman, N., Mumford, J. E. et al. (2020). Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: A

- systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1250-1284. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30750-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30750-9)
- Martin, B. (2015). *L'adieu à l'humanitaire? Les ONG au défi de l'offensive néolibérale*. Éditions Charles Léopold Mayer.
- Mathauer, I., Mathivet, B. & Kutzin, J. (2017). Free health care policies: Opportunities and risks for moving towards UHC. *World Health Organization*.
- Mathauer, I., Dale, E., Jowett, M. & Kutzin, J. (2019). Purchasing health services for universal health coverage: How to make it more strategic? *World Health Organization*.
- Mbow, N. B., Senghor, I. & Ridde, V. (2020). The resilience of two professionalized departmental health insurance units during the COVID-19 pandemic in Senegal. *Journal of Global Health*, 10(2), 1-6. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020394>
- McCoy, D., Hall, J. A. & Ridge, M. (2012). A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low- and middle-income countries. *Health Policy & Planning*, 27(6), 449-466.
- McIsaac, M., Kutzin, J., Dale, E. & Soucat, A. (2018). Results-based financing in health: From evidence to implementation. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(11), 730-730A. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.222968>
- Mills, A., Bennett, S., Russell, S. & Attanayake, N. (2001). *The challenge of health sector reform: What must governments do?* Palgrave.
- Mladovsky, P., Ndiaye, P., Ndiaye, A. & Criel, B. (2015). The impact of stakeholder values and power relations on community-based health insurance coverage: Qualitative evidence from three Senegalese case studies. *Health Policy & Planning*, 30(6), 768-781. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu054>
- Mladovsky, P. (2020). Fragmentation by design: Universal health coverage policies as governmentality in Senegal. *Social Science & Medicine*, 260(113153). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113153>

- Mwase, T., Lohmann, J., Hamadou, S., Brenner, S., Somda, S.M.A., Hien, H., Hillebrecht, M. & De Allegri, M. (2020). Can combining performance-based financing with equity measures result in greater equity in utilization of maternal care services? Evidence from Burkina Faso. *International Journal of Health Policy and Management*. doi:10.34172/ijhpm.2020.121.
- Moulin, A.-M. (2021). Guérir en Afrique ou le silence qui parle. Dans A. Desclaux, A. Diarra & S. Musso (dir.), *Guérir en Afrique: Promesses et transformations* (postface). L'Harmattan, coll. Anthropologies & Médecines.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2021). *La revanche des contextes. Des mésaventures de l'ingénierie sociale en Afrique et au-delà*. Karthala.
- 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>
- Olivier de Sardan, J.-P. & Ridde, V. (dir.) (2014). *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Karthala.
- OMS. (2015). *Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle. Rapport final du Groupe Consultatif de l'OMS sur la Couverture Sanitaire Universelle et Équitable*. Organisation mondiale de la Santé; WHO IRIS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/185069>
- Paganini, A. (2004). The Bamako Initiative was not about money. *Health Policy and Development*, 2(1), 11-13.
- Paul, E., Albert, L., Bisala, B. N. 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). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000664>
- Paul, E., Bodson, O. & Ridde, V. (2021). What theories underpin performance-based financing? A scoping review. *Journal of Health Organization and Management*, 35(3), 344-381. <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2020-0161>

- Paul, E., Brown, G. W., Ensor, T., Ooms, G., van de Pas, R. & Ridde, V. (2020). We shouldn't count chickens before they hatch: Results-based financing and the challenges of cost-effectiveness analysis. *Critical Public Health*, 31(3). <https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1707774>
- Paul, E., Lamine Dramé, M., Kashala, J.-P., Ekambi Ndema, A., Kounnou, M., Codjovi Aïssan, J. & Gyselinck, K. (2018). Performance-based financing to strengthen the health system in Benin: Challenging the mainstream approach. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(1), 35-47. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.42>
- Paul, E., Ndiaye, Y., Sall, F. L., Fecher, F. & Porignon, D. (2020). An assessment of the core capacities of the Senegalese health system to deliver Universal Health Coverage. *Health Policy OPEN*, 1(100012). <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100012>
- Paul, E., Sieleunou, I. & Ridde, V. (2018, mars). 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). <http://www.equitesante.org/wp-content/uploads/2018/03/Numero-15-Mars-2018.pdf>
- Pigeon-Gagné, É. (2021). « même s'ils sont guéris, on dit qu'ils sont des fous »: Une étude ethnographique sur la stigmatisation des troubles de santé mentale dans la ville de Bobo-dioulasso [Thèse de doctorat en psychologie]. Université du Québec à Montréal.
- Prince, R. (2017). Universal health coverage in the Global South: New models of healthcare and their implications for citizenship, solidarity, and the public good. *Michael*, 14(2), 153-172.
- Renault, E. (2008). Le néolibéralisme et sa pensée critique. *Lignes*, 1(25), 102-119. <https://www.cairn.info/revue-lignes-2008-1-page-102.html>
- Ridde, V. (2005). Performance-based partnership agreements for the reconstruction of the health system in Afghanistan. *Development in Practice*, 15(1), 4-15.

- Ridde, V. (2011). Is the Bamako Initiative still relevant for West African health systems? *International Journal of Health Services*, 41(1), 175-184.
- Ridde, V. (2015). From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: A story of pilot projects and public policies. *BMC Health Services Research*, 15(3), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S6>
- Ridde, V. & Jacob, J. P. (2013). *Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels*. Academia, L'Harmattan.
- Ridde, V. (2005). Building trust or buying results? *The Lancet*, 366(9498). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67689-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67689-1)
- Ridde, V., Aho, J., Ndao, E. M., Benoit, M., Hanley, J., Lagrange, S., Fillol, A., Raynault, M.-F. & Cloos, P. (2020). Unmet healthcare needs among migrants without medical insurance in Montreal, Canada. *Global Public Health*, 15(11) 1-14. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1771396>
- Ridde, V., Bonnet, E., Kadio, K., Louart, S. & De Allegri, M. (2019). Demographics in the service of universal health coverage: Examples in West Africa. *Humanitarian Alternatives*, 12, 33-48.
- Ridde, V., Campbell, B. & Martel, A. (2015). Mining revenue and access to health care in Africa: Could the revenue drawn from well-managed mining sectors finance exemption from payment for health? *Development in Practice*, 25(6), 909-918. <https://doi.org/10.1080/09614524.2015.1062470>
- Ridde, V. & Fillol, A. (2021). La santé mondiale. Dictionnaire en ligne *Anthropen* <https://revues.ulaval.ca/ojs/index.php/anthropen>
- Ridde, V., Leppert, G., Hien, H., Robyn, P. J. & De Allegri, M. (2018). Street-level workers' inadequate knowledge and application of exemption policies in Burkina Faso jeopardize the achievement of universal health coverage: Evidence from a cross-sectional survey. *International Journal for Equity in Health*, 17(5). <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0717-5>

- Ridde, V. & Ouattara, F. (2015). *Des idées reçues en santé mondiale*. Presses de l'Université de Montréal; Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.
- Ridde, V., Pérez, D. & Robert, E. (2020). Using implementation science theories and frameworks in global health. *BMJ Global Health*, 5(4). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002269>
- Ridde, V., Queuille, L. & Ndour, M. (2014). Nine misconceptions about free healthcare in sub-Saharan Africa. *Development Studies Research*, 1(1), 54-63. <https://doi.org/10.1080/21665095.2014.925785>
- Robert, E. & Ridde, V. (2013). Global health actors no longer in favor of user fees: A documentary study. *Globalization and health*, 9(29). <https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-29>
- Robert, E. & Ridde, V. (2016). Quatre principes de recherche pour comprendre les défis des systèmes de santé des pays à faible et moyen revenu. *Canadian Journal of Public Health*, 107, e362-e365. <https://doi.org/10.17269/cjph.107.5533>
- Robert, E., Ridde, V., Rajan, D., Sam, O., Dravé, M. & Porignon, D. (2019). Realist evaluation of the role of the Universal Health Coverage Partnership in strengthening policy dialogue for health planning and financing: A protocol. *BMJ Open*, 9(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022345>
- Robert, E., Samb, O. M., Marchal, B. & Ridde, V. (2017). Building a middle-range theory of free public healthcare seeking in sub-Saharan Africa: A realist review. *Health Policy & Planning*, 32(7), 1002-1014. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx035>
- Rodin, J. & De Ferranti, D. (2012). Universal health coverage: The third global health transition? *The Lancet*, 380, 861-862.
- Rose, R. (2005). *Learning from comparative public policy. A practical guide*. Routledge.
- Roth, C. (2012). The Nivaquine children' - the intergenerational transfer of knowledge about old age and gender in urban Burkina Faso. Dans W. Röder & K. deJong (dir.), *Alter(n) anders denken. Kulturelle und biologische Perspektiven*. Böhlau Verlag.

- Sabatier, P. A. & Weible, C. M. (dir.) (2014). *Theories of the policy process* (Third edition). Westview Press, a member of the Persus Books Group.
- Singh, N. S., Kovacs, R. J., Cassidy, R., Kristensen, S. R., Borghi, J. & Brown, G. W. (2021). A realist review to assess for whom, under what conditions and how pay for performance programmes work in low- and middle-income countries. *Social Science & Medicine*, 270. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113624>
- Soors, W., Dkhimi, F. & Criel, B. (2013). Lack of access to health care for African indigents: A social exclusion perspective. *International Journal for Equity in Health*, 12(91). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-91>
- Soucat, A. & Kickbusch, I. (2020). Global common goods for health: Towards a new framework for global financing. *Global Policy*, 11(5), 628-635. <https://doi.org/10.1111/1758-5899.12875>
- Sturdy, A. J., Kirkpatrick, I., Reguera, N., Blanco-Oliver, A. & Veronesi, G. (2021). The management consultancy effect: Demand inflation and its consequences in the sourcing of external knowledge. *Public Administration*. <https://doi.org/10.1111/padm.12712>
- The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals. (2009). *Leading by example – Protecting the most vulnerable during the economic crisis* [Rapport]. Office of the Prime Minister of Norway. <https://reliefweb.int/report/world/leading-example-protecting-most-vulnerable-during-economic-crisis-global-campaign>
- Thiongane, O. (2021) En Afrique, la notion d'hésitation vaccinale est un modèle voyageur. *The Conversation*. <https://theconversation.com/en-afrique-la-notion-dhesitation-vaccinale-est-un-modele-voyageur-158035>
- Topp, S. M. (2020). Power and politics: The case for linking resilience to health system governance. *BMJ Global Health*, 5(6). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002891>
- Touré, L. & Ridde, V. (2020). The emergence of the national medical assistance scheme for the poorest in Mali. *Global Public Health*. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1855459>

- Traore, M. & Brikci, N. (2016). *Le financement de la santé au Mali à travers les sources de financement innovantes* [Rapport final]. Oxford Policy Management, OMS, MSAH
- Turcotte-Tremblay, A.-M., De Allegri, M., Gali-Gali, I. A. & Ridde, V. (2018). The unintended consequences of combining equity measures with performance-based financing in Burkina Faso. *International Journal for Equity in Health*, 17(109). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0780-6>
- Turcotte-Tremblay, A.-M., Spagnolo, J., De Allegri, M. & Ridde, V. (2016). Does performance-based financing increase value for money in low- and middle- income countries? A systematic review. *Health Economics Review*, 6(30). <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0103-9>
- UN ECA. (2017). *Impact of illicit financial flows on domestic resource mobilization: Optimizing revenues from the mineral sector in Africa*. United Nations. Economic Commission for Africa. Special Initiatives Division. African Minerals Development Center; African Union Commission.
- Van de Poel, E., Flores, G., Ir, P. & O'Donnell, O. (2016). Impact of performance-based financing in a low-resource setting: A decade of experience in Cambodia. *Health Economics*, 25(6), 688-705. <https://doi.org/10.1002/hec.3219>
- Vesely, A. (2021). Autonomy of policy instrument attitudes: Concept, theory and evidence. *Policy Sciences*, 54, 441-455. <https://doi.org/10.1007/s11077-021-09416-4>
- Vuarin, R. (2000). *Un système africain de protection sociale au temps de la mondialisation, ou « Venez m'aider à tuer mon lion »*. L'Harmattan.
- Waelkens, M.-P., Werner, S. & Bart, C. (2017). Community health insurance in low- and middle-income countries. Dans *International Encyclopedia of Public Health* (82-92). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00082-5>
- WHO. (2020a). *Global spending on health 2020: Weathering the storm*. World Health Organization.

- WHO. (2020b). *Strategy Report: Engaging the private health service delivery sector through governance in mixed health systems*. World Health Organization.
- WHO Study group. (1978). *Financing of health services* [Technical report series 625]. World Health Organization.
- Whyte, E. & Olivier, J. (2020). Social values and health systems in health policy and systems research: A mixed-method systematic review and evidence map. *Health Policy & Planning*, 35(6), 735-751. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa038>
- World Bank. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford University Press.
- Yates, R. (2021). Pooled public financing is the route to universal health coverage. *The Lancet*, 397(10273), 472. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00225-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00225-7)
- Zeng, W., Shepard, D. S., Nguyen, H., Chansa, C., Das, A. K., Qamruddin, J. & Friedman, J. (2018). Cost-effectiveness of results-based financing, Zambia: A cluster randomized trial. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(11), 760-771. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.207100>
- Zitti, T. & Diawara, A. (2021). *Défis et opportunités du secteur minier malien à couvrir les services sociaux: Cas de la couverture sanitaire universelle* [Rapport]. Accès à la santé, ressources minières et politiques publiques en Afrique subsaharienne.

PARTIE I
ÉMERGENCE

I. L'émergence du régime national d'assistance médicale pour les plus pauvres au Mali

LAURENCE TOURÉ ET VALÉRY RIDDE

Contexte

Les textes universitaires traitant des politiques de protection sociale dans les pays à faible revenu restent rares, en particulier ceux qui concernent les groupes les plus vulnérables comme les plus pauvres ou les personnes âgées (Kadio, 2018)¹. Récemment, cependant, l'Afrique a vu se développer de nombreuses politiques d'exemption du paiement des frais d'utilisation des services de santé pour les enfants et les femmes enceintes, et ces politiques ont été très largement analysées tant du point de vue de leur émergence (*agenda-setting*) que de leurs effets (Robert, Samb *et al.*, 2017). Mais le coordinateur et la coordinatrice d'un récent numéro spécial confirment que « les conditions d'émergence et de développement des systèmes de protection sociale en Afrique sont encore mal connues » (Dupuis & Fagnani, 2018 : 9). En effet, pendant longtemps, la question de la pauvreté, et de l'accès aux soins de santé en particulier, n'a que rarement été une question publique (Ridde, 2006). Le discours international appelant à une couverture santé pour les plus pauvres, notamment dans le cadre de la Couverture Santé Universelle (CSU) et son slogan : « Ne laisser personne derrière », équivaut encore à des déclarations de principe², malgré leur répétition régulière depuis des

1. Ce chapitre est une traduction d'un article publié en anglais et remanié/réduit pour cet ouvrage : Touré L. & Ridde V. (2020). The emergence of the national medical assistance scheme for the poorest in Mali. *Global Public Health*, 1-13 DOI: 10.1080/17441692.2020.1855459

2. Voir le chapitre de Paul *et al.*

décennies. Le constat, fait au cours des années 1990, d'une rareté des mécanismes destinés aux pauvres reste valable aujourd'hui (Stierle *et al.*, 1999).

En Afrique du Nord, le Maroc fait figure d'exception grâce au déploiement généralisé de son système d'assistance médicale (RAMED) à partir de 2012, après une phase expérimentale lancée en 2008. Le RAMED est une politique de soins médicaux qui, à l'origine, ne concernait que les soins hospitaliers. Elle s'adresse aux personnes dites vulnérables qui cotisent modestement, et aux personnes pauvres qui ne cotisent pas du tout. La différenciation entre ces deux catégories est basée sur un score de ciblage spécifique aux zones urbaines et rurales. Le financement des politiques provient principalement de l'État et des autorités locales, mais aussi des personnes vulnérables. Le RAMED est géré par l'Agence nationale d'assurance maladie (ANAM). L'émergence de cette politique est le résultat d'un long processus de maturation, d'essais et de projets de loi qui ont été parfois oubliés avant d'être repris. Le RAMED répond fondamentalement à la nécessité d'« assurer la stabilité du système politique – c'est-à-dire la protection du leadership de la monarchie dans le cadre d'un processus déterminé de libéralisation de l'autoritarisme » (Ferrié *et al.*, 2018 : 130). L'objectif semble véritablement axé sur la nécessité de « relégitimer la monarchie » (Ferrié & Omary, 2019 : 21).

En Afrique subsaharienne, quelques pays se sont engagés dans ces politiques publiques de protection sociale pour les plus pauvres. Au Burkina Faso, les acteurs nationaux et internationaux et les actrices nationales et internationales se sont mobilisé-e-s et se sont regroupé-e-s pour développer une telle politique de protection sociale (Kadio *et al.*, 2018b). Cependant, la formulation de son contenu peut être classée davantage comme une compilation des actions préexistantes, dans un contexte de dépendance à l'aide, plutôt que comme une véritable réflexion cohérente sur les interventions à organiser pour répondre aux besoins des plus pauvres (Kadio *et al.*, 2018a). Au Bénin, le vaste processus de ciblage des plus pauvres, observé depuis 2013, résulte principalement de l'impulsion de la Banque mondiale (Deville, Escot *et al.*, 2018). Au Sénégal, l'État a mis en place depuis la même année un programme destiné aux plus pauvres

qui leur permet, non seulement de bénéficier de transferts directs en espèces, mais aussi d'adhérer gratuitement aux mutuelles de santé. L'émergence de ce programme au Sénégal a été largement politique et « sans aucune concertation » (Ferrié & Omary, 2019 : 22). Au Ghana, les personnes classées comme les plus pauvres (également bénéficiaires d'un programme de transfert d'argent) sont inscrites gratuitement au régime national d'assurance maladie, sur le papier depuis 2004 mais en réalité depuis 2013 (Umeh, 2018). Les questions politiques sont les principales raisons de l'émergence de cette politique, même si la décision semble plus symbolique que fondée sur un véritable engagement (Kotoh & Van der Geest, 2016). Au Rwanda, les plus pauvres bénéficient également de l'exonération du paiement des cotisations des mutuelles de santé et, là aussi, c'est l'idéologie du parti au pouvoir après 1994 et le rapport de force avec le Fonds mondial de lutte contre le sida qui ont permis l'émergence de cette politique et le financement de cette subvention pour les pauvres à partir de 2007 (Chemouni, 2018).

À notre connaissance, le Mali est un des rares pays d'Afrique occidentale francophone à avoir mis en place, depuis 2011, une politique nationale ambitieuse et autofinancée visant spécifiquement à offrir aux plus pauvres une couverture médicale gratuite. L'objectif de ce chapitre est de comprendre le processus qui a conduit le Mali à procéder à l'élaboration d'une politique de protection sociale de ce type.

Le contexte du RAMED au Mali

Depuis 1968, un décret s'applique à la réglementation de l'aide aux plus pauvres mais les fonds mis à disposition par l'État pour l'octroi de secours sont toujours restés très faibles. Dans les années 1980, le Mali a été l'un des premiers pays à mettre en place un système de recouvrement des coûts, dans lequel les usagers et les usagères des services de santé sont invité-e-s à payer au point d'utilisation des services de santé (Maïga *et al.*, 1999). Depuis, le pays a connu de multiples processus de réforme de la santé, que ce soit pour améliorer la gouvernance et la décentralisation du système de santé, pour

former le personnel ou pour améliorer la qualité des soins. Face au défi de l'accessibilité financière, le Mali a mis en place plusieurs politiques d'exemption des frais d'utilisation des services de santé de 2000 à 2010. Cependant, ces politiques n'ont pas été aussi efficaces que prévu (Ravit *et al.*, 2018), et les difficultés liées à leur mise en œuvre et au financement restent considérables (Touré, 2015). Le recours aux soins de santé pour les malades est toujours aussi faible et les plus défavorisé-e-s éprouvent toujours de grandes difficultés à se faire soigner dans le secteur formel.

Ainsi, dans le cadre gouvernemental de la création de l'assurance médicale obligatoire (AMO) pour couvrir le risque maladie des fonctionnaires et employé-e-s du secteur formel (17% de la population), l'État a organisé la mise en place d'un système non contributif (le régime d'assistance médicale ou RAMED, anciennement le fonds d'assistance médicale (FAM)), visant à fournir des soins médicaux gratuits aux plus pauvres (5% de la population). Afin de couvrir les 78% restants de la population malienne relevant du secteur informel, le gouvernement a décidé de s'appuyer sur les mutuelles de santé (Deville, Hane *et al.*, 2018).

Le RAMED est géré par l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM), un organisme administratif public doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Lors de sa création en 2009, l'ANAM, qui est chargée de l'enregistrement des bénéficiaires, a été placée sous la tutelle du ministre chargé de la solidarité et de l'Action humanitaire (MSAH). Le RAMED est un dispositif destiné aux plus pauvres (indigent-e-s), à savoir « toute personne privée de ressources et reconnue comme telle par la collectivité locale dont elle relève » (loi 09-030, 2009). L'offre de soins proposée est équivalente à celle reçue par les bénéficiaires de l'AMO, à l'exclusion du remboursement des médicaments de spécialité. Le RAMED est financé exclusivement par des fonds publics, l'État en fournissant 65%. Il était initialement prévu que les 35% restants proviennent des collectivités locales, mais cette disposition, qui dans de nombreux cas n'a été ni acceptée ni appliquée, a été révisée en mai 2017 et la part payable par les collectivités territoriales a été ramenée à 15%.

Méthodes

Il s'agissait d'une recherche qualitative menée sous la forme d'une étude de cas holistique (Yin, 2009), le cas concerné étant le RAMED. Sans tomber dans « l'étapisme » de l'analyse des politiques publiques, nous nous sommes intéressé-e-s à son émergence (c'est-à-dire à la définition de l'agenda (Kingdon, 1995)). Les données empiriques résultent de deux méthodes complémentaires.

Dans un premier temps, onze entretiens individuels qualitatifs et approfondis ont été menés de janvier 2017 à mars 2018 à Bamako, capitale du Mali, en utilisant une stratégie d'échantillonnage qualitative (Palinkas *et al.*, 2015) basée sur les critères de connaissance et d'implication dans l'émergence du RAMED et, par la méthode boule de neige, en suivant les recommandations de nos premiers et premières interviewé-e-s. Ainsi, nous avons rencontré les principales personnes ayant joué un rôle central dans l'émergence de cette politique et représentant toutes les institutions impliquées, à savoir le ministère de la Santé (n=1), le ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (n=9), et l'Union Technique de la Mutualité (n=1). Les entretiens ont été menés en français par Laurence Touré. Elles ont toutes été enregistrées et transcrites intégralement afin de faciliter leur analyse.

Deuxièmement, les données empiriques proviennent de nombreux (n=29) documents relatifs à la protection sociale en général et au RAMED en particulier. Servant à faciliter la compréhension de l'évolution historique du processus et des différent-e-s acteurs et actrices impliqué-e-s, il s'agit principalement de documents de politique publique, de documents législatifs et d'articles et d'études sur le sujet ou sur la politique sociale et de santé de la période concernée.

Une analyse qualitative inductive du contenu des données issues de ces deux outils de collecte a été réalisée (Paillé & Mucchielli, 2003), tandis que les processus de triangulation entre ces données et les discussions sur les analyses préliminaires avec les parties concernées ont permis d'améliorer la validité interne de la recherche. Les résultats préliminaires ont été présentés au cours de deux ateliers

délibératifs tenus à Bamako en présence des différent-e-s acteurs et actrices concerné-e-s par l'analyse (juin 2018 (n= 16) et février 2019 (n= 33)). Des notes d'information ont également contribué à faciliter les discussions avec les parties prenantes concernant nos analyses.

La recherche a été approuvée par le comité d'éthique de l'Institut national de recherche en santé publique (INRSP) du Mali (N°24/2015/CE- INRSP).

Résultats

L'histoire de l'émergence du RAMED s'étend sur une période de près de 20 ans, entre 1991 et 2009, année où les textes législatifs ont été définitivement adoptés. Cette histoire a été ponctuée par quatre grandes périodes.

1991 à 1997 : une certaine volonté politique

Alpha Oumar Konaré, le premier président démocratiquement élu après le coup d'État de 1991 qui a mis fin à 23 ans de dictature militaire, se montre ouvert aux questions sociales. En 1980, alors fonctionnaire de l'éducation nationale, il est l'instigateur de la première mutuelle de santé du Mali, la MUTEC. En 1992, le président exprime le désir de séparer le département des affaires sociales du ministère de la Santé et de le placer sous le contrôle du ministère des Collectivités Locales. Mais cette initiative n'est pas accueillie favorablement et le syndicat du personnel de santé et d'action sociale organise des marches pour s'y opposer, ce qui conduit à l'abandon du projet. Après un voyage d'étude en Tunisie pour observer le système de protection sociale, le président exprime alors le souhait de développer la protection sociale au Mali. Cela aboutit à la déclaration de politique de développement social et de solidarité en 1993.

Cette période est caractérisée par un niveau élevé d'activités de planification. Dans le domaine de la santé, cela se traduit par des réformes institutionnelles et par l'élaboration du plan de développement sanitaire (PDS) 1998-2007, qui, pour la première fois,

fait référence à une couverture universelle assurée à terme par la mutualité (pour les professions libérales et les indépendant-e-s), à l'assurance maladie obligatoire (pour les salarié-e-s et les fonctionnaires) et à un fonds d'assistance médicale pour les personnes non couvertes par un autre régime d'assurance et reconnues indigentes.

Les partenaires techniques et financiers (PTF) soutiennent techniquement toute cette phase de planification du PDS, mais ils se concentrent davantage sur le renforcement de l'offre par la mise en œuvre de l'ambitieux programme de décentralisation sectorielle du domaine de la santé, affichant un désintérêt marqué pour les questions sociales. Le gouvernement malien est même contraint d'imposer l'inclusion du secteur social dans le *Programme de Développement Sanitaire et Social* (PRODESS 1998-2002).

Les partenaires ont considéré les affaires sociales comme une extension de la santé. Même la Banque mondiale ne souhaitait pas à l'époque que l'action sociale soit incluse dans le PRODESS. Ses représentants disaient qu'il n'était pas possible de prélever des impôts sur les gens pour venir aider les plus pauvres au Mali alors qu'ils avaient leurs propres pauvres. C'est l'idée qu'ils ont mise dans la tête des partenaires et il a fallu toute l'énergie de Modibo Sidibé au ministère de la santé pour faire inclure l'action sociale. (Ancien cadre du ministère du Développement Social et de la Solidarité)

Un groupe *ad hoc*, créé dans le cadre de l'élaboration d'un plan décennal et placé sous la responsabilité directe du Premier ministre, est donc chargé d'élaborer une politique de protection sociale.

Dans un contexte d'ajustement structurel, les experts étrangers et expertes étrangères, mobilisé-e-s pour l'élaboration du plan décennal, amènent l'idée de prévoir un troisième volet au PRODESS intitulé « modes alternatifs de financement de la santé avec les AMO, FAM et mutuelles » (Responsable de la DNDS).

La capacité technique de gestion de l'assurance maladie au Mali était alors pratiquement inexistante (Letourmy & Ouattara, 2006). En 1997, le groupe *ad hoc* commande une étude de faisabilité qui présente

un montage institutionnel des différents régimes envisagés (AMO et FAM) et une estimation des coûts techniques et des cotisations en fonction des différents paniers de soins. Sur cette base, le groupe *ad hoc* propose un projet de loi établissant un code de protection sociale, qui ne sera pas adopté par le gouvernement ni soumis à un vote par crainte des conséquences financières pour l'État. La seule véritable réalisation de la période est la production, en 1996, d'un système législatif et réglementaire régissant les mutuelles. L'*Union Technique de la Mutualité* (UTM) sera créée plus tard, en 1998, avec l'aide française et belge.

En ce qui concerne les plus pauvres, les résultats obtenus pendant cette période restent faibles. La volonté politique du gouvernement de mettre en place une véritable politique de solidarité se traduit seulement par la toute première inscription au budget de l'État d'une ligne de financement consacrée aux actions et programmes de solidarité, à hauteur de 43 millions de francs CFA en 1992 et jusqu'à 110 millions en 1997 (Sidibe, 2017).

De 1998 à 1999 : la première phase d'interruption

On note une première interruption dans le processus d'émergence de la politique de protection sociale. Le plan décennal dans lequel elle s'inscrit fait l'objet d'une longue concertation qui retarde la progression des travaux (Sidibe, 2017). De plus, ce plan doit être décliné en deux programmes quinquennaux (PRODESS), dont la finalisation tarde. La mise en place de l'architecture institutionnelle du PRODESS s'avère laborieuse.

Il y a eu un manque de proactivité en ce qui concerne la mise en place des différents organes du PRODESS. Tous ces organes devaient être mis en place, mais cela n'a pas été fait avant 1999 et 2000. Et puis les fonds n'étaient pas entièrement disponibles parce qu'il y avait plusieurs partenaires impliqués et que l'aide multilatérale devait être coordonnée. Tout cela a fait que ce n'est qu'en 2000 que la question a pu être résolue, avec beaucoup de retard. (Ancien cadre du MDSSSPA)

Enfin, la tendance réformiste suscite quelques inquiétudes. La vision présidentielle de la protection sociale paraît avant-gardiste. Des doutes quant à la volonté et à la capacité technique de l'État à mettre en place de tels systèmes au profit de la population sont clairement exprimés. Dans un contexte démocratique nouveau, l'imposition par l'État d'un système obligatoire pour les fonctionnaires et salarié-e-s semble anachronique et suscite une certaine résistance.

En fin de compte, on a développé que la mutualité. L'AMO et le fonds d'assistance médicale ont dû être arrêtés, car les gens ne comprenaient pas qu'on veuille instaurer une assurance maladie obligatoire. Le travail *ad hoc* du groupe a commencé en 1996, cinq ans seulement après la révolution de 1991, qui a conduit à un coup d'État et à l'instauration de la démocratie. En fait, le peuple avait commencé à se sentir libre et cette promesse de liberté ne correspondait à aucune notion d'obligation. Les gens se disaient donc que plus rien ne devait être obligatoire. (Ancien cadre ministériel du MSSPA)

Le bouleversement institutionnel attendu dans le domaine de la santé suscite également des inquiétudes, notamment la décentralisation administrative et sectorielle qui confère certains pouvoirs aux acteurs et actrices communautaires et aux élu-e-s.

De 2000 à 2005 : une période de forte activité de réflexion et d'études pour convaincre

En 2000, le gouvernement réalise une importante réforme institutionnelle : la création d'un ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Âgées (MDSSPA). Son objectif est de développer une nouvelle conception du secteur social.

Le nouveau pouvoir estime que les formes anciennes de solidarité, dont l'efficacité et la qualité humaine restent indéniables, ne peuvent plus couvrir tout le champ. Il veut impulser une politique de protection sociale qui se dégage de la simple assistance et implique les intéressé-e-s et la population (Sidibe, 2017 : 16).

Deux initiatives fortes soulignent la volonté d'émancipation de ce nouveau ministère, freiné par le manque de moyens humains, techniques et financiers :

- La recherche de l'assistance technique de l'Organisation internationale du travail (OIT) qui finance la réalisation de trois études sur le diagnostic de la situation du système de protection sociale;
- La mise en place d'un Conseil d'orientation de la protection sociale (COPS) par le MDSSPA.

Parallèlement, l'année 2001 voit la tenue des premières assises du développement social avec pour objectif de donner du contenu à la politique de ce nouveau ministère.

C'est à ce moment que l'idée d'avoir une couverture médicale garantie par un régime de sécurité sociale a été relancée. Mais on ne savait pas quel instrument utiliser, c'est pourquoi nous avons fait appel à une expertise française pour une évaluation préliminaire de ce qui pourrait être mis en place au Mali comme mécanisme de lutte contre l'insécurité médicale. (Ancien cadre du MDSSPA)

La tenue de ces assises marque un tournant important dans le domaine du développement social. Trois grandes orientations sont adoptées par le gouvernement à la suite des travaux menés lors de cet évènement national : la consolidation de la solidarité nationale et le renforcement de la lutte contre l'exclusion, le renforcement de la protection sociale, et la lutte contre la pauvreté.

Afin de garantir la fiabilité du système communautaire déployé dans le domaine de la santé, l'intérêt pour la protection sociale s'est clairement accru, centré sur l'efficacité, en se demandant comment prendre en charge les plus pauvres (Maïga *et al.*, 1999).

Avec la nouvelle politique, le CSCOM doit vivre sur les recettes issues de ses prestations.... Toutes les études qui ont été faites ont été bonnes sauf la question de l'indigence.... Les plus pauvres ne pouvaient pas payer. Il était clair que si l'adhésion

gratuite était introduite, le CSCOM ne survivrait pas. Il fallait donc leur trouver une solution. L'indigence constituait une pesanteur pour la mise en place et l'évolution correcte des associations de santé communautaires. Afin d'éviter d'exclure les plus pauvres, il a été conclu lors du premier PRODESS que le système alternatif devait comporter deux volets : les mutuelles pour ceux qui peuvent cotiser et, deuxièmement, pour les autres pour que le système reste viable, on prend en charge la question de l'indigence. (Cadre du DNDS)

En 2002, la déclaration d'une politique d'extension de la protection sociale est adoptée par le Conseil des ministres. Elle sera suivie en novembre 2004 par un plan d'action national d'extension de la protection sociale au Mali (2005-2009).

En 2005, deux experts nationaux sont désignés pour faire la synthèse des travaux menés et proposer un schéma d'organisation institutionnelle de l'AMO et du FAM. Sur la base de leurs conclusions, des études complémentaires sont demandées sur les paramètres et les éléments quantitatifs de l'AMO et du FAM (Letourmy & Ouattara, 2006). Une deuxième étude de faisabilité (Letourmy & Diakité, 2003) propose différents scénarios relatifs à l'organisation institutionnelle du système et à la mise à jour des données, suivie d'une concertation nationale autour de ses conclusions.

Concernant le FAM, qui deviendra plus tard le RAMED, nous n'avons trouvé aucune mention d'études analytiques sur le contexte, les systèmes existants ou les pratiques contemporaines concernant la couverture des plus pauvres par les structures de santé et leurs limites. À notre connaissance, une seule expérience locale de projet de fonds d'assistance médicale a été menée par MSF-Luxembourg (MSF-L), successivement dans deux hôpitaux de district (CSREF) de la région de Sikasso, à Sélingué en 2001 et à Bougouni en 2003. Après trois ans de fonctionnement, le FAM de Sélingué n'avait pris en charge que 2% des patient-e-s hospitalisé-e-s, dont seulement 9% étaient reconnu-e-s comme indigent-e-s pouvant bénéficier de l'exemption totale des frais d'utilisation (Noirhomme & Thomé, 2006).

L'État malien a du mal à établir sa crédibilité par rapport à ses objectifs déclarés, de nombreux doutes se faisant jour quant à sa capacité à doter le pays de tels systèmes : nation pauvre, problèmes de gouvernance, système de santé déficient ou corrompu, etc. Comme le dit un cadre du MSAH dans son entretien : « Un autre problème était que la population ne croyait pas en la protection sociale ».

Le contexte est aussi celui d'un secteur social qui peine à s'émanciper du domaine de la santé afin de se réinventer autour de politiques plus ambitieuses. Cette tutelle ancienne du développement social par la santé, d'abord institutionnelle jusqu'en 2000 (un-e seule ministre pour les deux secteurs), puis financière dans le cadre du financement du PRODESS, et enfin symbolique, entretient un certain attentisme de la part des acteurs sociaux et actrices sociales, également confronté-e-s à un déficit chronique de ressources humaines. Les financements dont bénéficie ce nouveau ministère font l'objet d'âpres débats au sein du secteur de la santé, les partenaires étant toujours plus enclins à soutenir le renforcement de l'offre que l'organisation de la demande, et sont toujours bien inférieurs à ce qui est nécessaire pour atteindre les objectifs déclarés.

15% du budget du PRODESS a été alloué au social. Et même pour atteindre ce niveau de 15%, il a fallu une négociation entre les ministres car au départ, nous n'avions obtenu que 5%... C'était vers 2006, je crois. À l'époque, la Banque mondiale nous a défavorisés en disant qu'elle ne voulait qu'un seul interlocuteur. Et quand on s'est retrouvé avec deux ministres, la Banque mondiale a dit que son seul interlocuteur serait toujours le ministre de la Santé qui négociait toujours en sa faveur. (Ancien cadre du MDSSPA)

Un autre élément de blocage est le fait qu'il n'y a pas de partenaires disponibles, par manque de conviction. (Cadre du MSAH)

Enfin, ce nouveau ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Âgées, chargé d'orienter et de fédérer les acteurs et actrices autour d'un processus de développement d'un système de protection sociale, doit se construire et se doter de nouvelles compétences en matière d'assurance sociale.

2006 à 2009 : la lente maturation du système dans un contexte de tensions institutionnelles

À l'époque, la CMU n'était pas une priorité internationale et les partenaires avaient peu de solutions à proposer pour assurer le soutien de l'AMO (Noirhomme & Thomé, 2006) et du RAMED. Cette période est caractérisée par la lenteur de l'avancement du projet, par manque de compétences dans le secteur social et par crainte des réactions que ces réformes sociales pourraient susciter. Le nouveau président (élu en 2002), Amadou Toumani Touré, souhaite obtenir un consensus national.

La formulation de ces politiques, et celle de l'AMO en particulier, accentue les tensions et met en évidence la faible contribution des autres secteurs.

Les prestataires de soins de santé considèrent cette initiative, qui les touche à plus d'un titre, comme une double menace :

- en tant que fonctionnaires, ils et elles sont susceptibles d'être membres de l'AMO et craignent de perdre les avantages qu'ils et elles ont acquis par rapport aux autres corporations.
- en tant que professionnel-le-s de la santé, car le déploiement de ces systèmes de protection sociale doit être accompagné de mécanismes de contrôle des services. Il privilégie aussi les médicaments génériques par rapport aux médicaments de spécialités et ne tient pas compte du secteur privé dans lequel les professionnel-le-s ont des intérêts particuliers (Letourmy & Ouattara, 2006).

Les partenaires sociaux (les syndicats en particulier, voire le cas du personnel de l'enseignement supérieur (Goita, 2018)) ont adopté une position assez ambivalente concernant la mise en place de l'AMO. Les deux grands syndicats maliens soutiennent officiellement le principe mais craignent le nivellement des situations entre fonctionnaires qu'implique l'AMO. Par ailleurs, en compétition perpétuelle, les deux syndicats défendent par principe des positions opposées et l'une des centrales n'hésite pas à mobiliser les travailleurs et travailleuses qu'elle représente contre l'AMO.

Le chef de la *Confédération syndicale des travailleurs du Mali* (CSTM) était contre, et tous les syndicats liés à sa confédération ont donc rejeté l'AMO. L'UNTM, l'autre grand syndicat, était pour l'AMO et tous les syndicats qui lui sont affiliés ont suivi sa ligne. Jusqu'à aujourd'hui, lorsque l'UNTM prend une direction, le CSTM prend la direction opposée. Il s'agit de conflits antérieurs à la question de l'AMO et qui sont plus ou moins imputables à des questions politiques ou syndicales ou à des oppositions entre individus. Une chose est sûre cependant, ils ne sont jamais d'accord. (Ancien cadre de la MDSSPA)

En ce qui concerne le RAMED, les enjeux sont moindres et les conflits d'acteurs et d'actrices également. Le FAM devient le RAMED lors de la réunion des secrétaires généraux des différents ministères pour l'adoption du texte. Ces responsables estiment en effet qu'il s'agit d'un régime, même s'il n'est pas basé sur des cotisations, et qu'il faut modifier son nom en conséquence. Hormis cette question, le RAMED semble très simple à mettre en place par rapport à l'AMO, construite *ex nihilo*. Son montage suscite très peu de débats.

Les deux dispositifs sont toujours allés de pair, les montages ont eu lieu en même temps. Mais on a fini plus rapidement les débats sur le RAMED. Les cibles étaient connues et acceptées, les contributions étaient calculées. Et c'était réglé. Mais de l'autre côté il y avait plus de débats, ça mobilisait plus l'opinion que le RAMED. (Ancien cadre du MDSSPA)

Et c'est finalement une version à la fois vague et non renouvelée du dispositif (mêmes définition de l'indigence et mode d'identification des indigent-e-s) qui évolue jusqu'à la formulation des textes législatifs soumis à l'Assemblée nationale.

Les lois et décrets relatifs à la création de l'ANAM et de la CANAM (*Caisse nationale d'assurance maladie du Mali*) ainsi que de l'AMO et du RAMED sont adoptés en juillet 2009. Leur adoption ne signifie pas pour autant la finalisation de la formulation de ces politiques. Les responsables sont conscient-e-s que les textes doivent être clarifiés mais considèrent que le travail de réflexion nécessaire pour améliorer la formulation des systèmes est désormais de la responsabilité des équipes recrutées, tant à la CANAM qu'à l'ANAM.

Discussion

Cette recherche est l'une des premières études en Afrique de l'Ouest francophone à mettre en évidence un long processus d'émergence d'une politique publique en faveur de l'accès aux soins des populations les plus pauvres. Elle montre que ce processus a été long, chaotique, politique et largement ignoré par les bailleurs de fonds internationaux.

La recherche confirme l'importance de l'étude historique des politiques publiques et de la temporalité des analyses (Laborier & Trom, 2003). Le processus était discontinu, composé de périodes successives d'activités intenses et d'interruption. Ce processus est en résonance avec les propositions théoriques de True, Jones et Baumgartner (2007) concernant leur l'équilibre ponctuel. Sabatier (2014) suggère d'ailleurs d'étudier les politiques publiques sur une longue période afin de comprendre et de voir les changements possibles.

Notre étude confirme également les enjeux nationaux de s'inscrire dans les processus et objectifs internationaux en faveur des populations les plus pauvres et de la couverture santé universelle (CSU). Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ont été suivis par les Objectifs de Développement Durable (ODD) et les déclarations internationales en faveur de la CSU (69^{ème} Assemblée

Mondiale de la Santé en 2016). Cependant, ces approches normatives restent déclaratives et n'ont que peu de prise au niveau national³. La mise en évidence perpétuelle d'une préoccupation (rhétorique) pour les populations les plus pauvres dans les déclarations internationales semble avoir du mal à se traduire par l'émergence de politiques nationales, notamment en Afrique de l'Ouest, sans parler des défis ultimes de leur mise en œuvre. L'approche axée sur l'équité et les droits humains a encore beaucoup de chemin à parcourir dans cette région (Ooms *et al.*, 2019; Robert *et al.*, 2017) comme au Bénin et au Sénégal (Paul *et al.*, 2019). On est encore loin d'une définition de la CSU qui reconnaît que son objectif est la « création de sujets citoyens et de sujets autonomes » (Mladovsky, 2020 : 35). Cette étude de cas montre ainsi que malgré les déclarations internationales, le Mali s'est retrouvé la plupart du temps seul à s'attaquer au problème de l'accès aux soins pour les pauvres. Bien qu'il y ait eu quelques stratégies pour apprendre d'autres pays dans un timide processus de transfert de politique, celles-ci ont eu peu d'effets, contrairement au Rwanda où la volonté politique a été plus forte (Chemouni, 2018). Quant au programme de protection sociale du Ghana, où les responsables du Mali se sont rendu-e-s (comme au Brésil d'ailleurs (Foli, 2016)), il constitue une nouvelle démonstration du rôle des voyages d'étude dans le transfert des politiques publiques en Afrique, notamment au Mali (Gautier *et al.*, 2019). Ce type de stratégie est si valorisée par les organisations internationales que certaines ont produit des guides pour l'organisation de ces voyages d'étude (Kumar & Watkins, 2017). Dans un contexte ouest-africain où l'aide publique au développement joue un rôle important dans les budgets des États et la diffusion des idées (voir ci-dessous), la recherche a constaté une très faible implication des partenaires internationaux dans le processus d'émergence et surtout de formulation de cette politique, à l'exception d'une brève expérience pilote menée par une ONG d'urgence qui n'a pas cherché à la poursuivre. Cette analyse montre, une fois de plus⁴, le rôle crucial joué par les organisations d'aide

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

4. Voir le chapitre de Carillon et Ridde

internationale dans l'émergence des politiques en Afrique et les difficultés à obtenir leur soutien (Gautier & Ridde, 2017; Lee & Goodman, 2002).

En outre, l'absence d'investissements dans des projets pilotes en faveur des plus pauvres démontre le peu d'importance accordée à cette question par les bailleurs internationaux. En effet, cette région d'Afrique, dont le Mali, a connu un grand nombre d'expériences financées par les bailleurs de fonds concernant l'exemption du paiement des frais d'utilisation des soins de santé pour certains services ou populations (enfants, femmes enceintes) (Ridde, 2015), mais très peu, voire aucune, concernant l'accès des pauvres aux soins de santé. C'est seulement en 2019 que le Sénégal a organisé un projet pilote pour l'intégration de ces politiques de gratuité des soins de santé pour les plus pauvres dans son système national d'assurance maladie (Daff *et al.*, 2019). Au Burkina Faso, des projets pilotes d'exemption de frais d'utilisation ont soutenu la prise de décision sur la politique nationale en faveur des femmes enceintes et des enfants (Ridde & Yaméogo, 2018), mais cela n'a pas été le cas pour les populations les plus pauvres, malgré plus de 10 ans de projets pilotes (Ouédraogo *et al.*, 2017). À l'inverse, lorsque l'on examine la situation en Asie du Sud-Est, on voit clairement combien ces projets pilotes ont contribué à l'émergence de politiques de protection sociale en faveur des plus démunis (Asante *et al.*, 2019).

Au Mali, plusieurs politiques d'exemption de frais d'utilisation des services de santé (VIH en 2004, césarienne en 2005, anti-paludisme pour les enfants et les femmes enceintes en 2006) ont été mises en place sans avoir bénéficié de projets pilotes. La formulation de ces politiques a été fortement contestée sur le plan politique et technique (Touré, 2015). Promues par le ministère de la Santé et largement soutenues au niveau international (Robert *et al.*, 2017), ces initiatives ont occupé le devant de la scène politique et ont suscité une large attention, éclipsant le développement du système de protection sociale et de la couverture santé en faveur des plus pauvres.

De plus, plusieurs recherches mettent en évidence l'importance de l'appropriation des politiques publiques par les gouvernements africains et le poids des idées et des financements des partenaires internationaux dans le domaine de la santé (Gautier & Ridde, 2017;

Kuhlmann *et al.*, 2019) et de la protection sociale (Foli, 2016). Dans le cas à l'étude, et contrairement à la norme, le parti au pouvoir était en mesure de se montrer fort pour que ses idées sur la place du secteur social puissent prévaloir. Le rôle des idées dans l'émergence et le transfert des politiques publiques (Kuhlmann *et al.*, 2019) a également été confirmé dans les politiques sociales en Afrique de l'Ouest (Béland & Ridde, 2016). La question du caractère obligatoire de l'adhésion aux mutuelles et du rôle régalién de l'État a été centrale à l'émergence de la CSU au Rwanda (Chemouni, 2018), contrairement au Mali et au Sénégal (Ridde *et al.*, 2018). En effet, une étude menée en 2016 au Mali a démontré que c'est « l'obligation qui a été le facteur décisif dans le rejet de l'assurance sociale » (Goita, 2018 : 202). Un autre aspect frappant révélé par cette analyse au Mali est le recours répété aux mêmes expert-e-s. Il est surprenant d'observer le manque de diversité dans l'expertise déployée pour offrir des conseils au gouvernement⁵. La plupart des rapports ont été rédigés par les mêmes expert-e-s, qui sont généralement originaires de France ou formé-e-s en France. Ce manque de diversité montre à quel point le rôle des entrepreneurs et entrepreneuses techniques de diffusion des idées est central dans ce contexte (Gautier *et al.*, 2019; 2020), comme l'est le rôle des consultant-e-s dans les politiques publiques en Afrique de l'Ouest.

Enfin, cette étude de cas souligne les défis de l'intersectorialité en matière de santé, malgré les appels internationaux en faveur des déterminants sociaux de la santé et de la science (Hussain *et al.*, 2020). Au Mali, le nouveau ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Âgées a été contraint d'imposer son leadership aux autres ministères concernés qui n'étaient pas toujours intéressés ou coopératifs. Depuis Alma-Ata en 1978 jusqu'à aujourd'hui, avec la CSU (Hussain *et al.*, 2020), cette question de l'intersectorialité ne cesse d'émerger et est au cœur de la construction actuelle des politiques publiques en Afrique (Blas *et al.*, 2016). L'intersectorialité reste très difficile à mettre en œuvre, et les fameuses coalitions plaidantes (Sabatier & Weible, 2014) ne travaillent pas à la prise en compte de l'équité dans ce contexte. La durée

5. Voir le chapitre de Gautier *et al.*

extrêmement longue du processus et des discussions ainsi que la proposition de solutions dont la stabilité va à l'encontre des changements nécessaires pour une plus grande équité rappellent les propositions théoriques de Hall (1993) et les paradigmes des politiques publiques. Hall (1993) a cependant clairement montré combien il était important de prendre en compte les tensions entre « *puzzling* » et « *powering* » et, dans le cas présent, l'asymétrie des pouvoirs entre le réseau d'acteurs et d'actrices, notamment entre les acteurs et actrices de l'international et les acteurs nationaux et actrices nationales. Il devient essentiel d'étudier le rôle des idées des parties prenantes au Mali dans le maintien d'une relative stabilité des politiques de protection sociale (Daigneault, 2014).

Toutefois, un processus de changement lent mais positif peut être observé dans le secteur de la santé en faveur des systèmes de protection sociale. Ce changement de paradigme est subtil (Daigneault, 2014), et l'analyse de ces politiques doit clairement être menée sur le long terme (Sabatier & Weible, 2014). D'un désintérêt total envers cette « utopie » de départ, la protection sociale s'est imposée comme une alternative aux politiques d'exemption du paiement des frais d'utilisation des services de santé. Imposées sans aucune consultation des plus hautes autorités du pays, ces dernières sont en effet particulièrement mal accueillies par les professionnel-le-s de santé et même considérées comme nuisibles à la viabilité des structures de santé et aux intérêts personnels des professionnel-le-s. Par ailleurs, les professionnel-le-s de santé estiment que l'articulation de ces politiques avec les mécanismes de protection sociale n'a pas été suffisamment réfléchi ou anticipée par les responsables (Touré, 2013; 2015). L'AMO apparaît donc comme la meilleure option pour les professionnel-le-s de santé, à condition que ses conditions de mise en œuvre puissent être négociées.

Conclusion

L'analyse de l'émergence de cette politique ambitieuse pour les plus pauvres du Mali montre l'importance du rôle des entrepreneurs et entrepreneuses politiques lorsqu'il s'agit de rompre avec des

processus séculaires sectoriels. Cela est d'autant plus remarquable que l'accès aux soins des indigent-e-s n'est une priorité, ni pour les autorités nationales ni pour les partenaires internationaux. Mais cette tentative de rupture se réalise sur une longue durée et dans une lutte entre les secteurs, notamment de la santé et de la protection sociale. On peut se demander si la question de l'indigence et son inclusion dans les politiques de protection sociale n'est pas un faire-valoir au principe d'universalité qui peine à prendre place dans un système bénéficiant surtout aux moins pauvres. La complexité et la faible efficacité des mutuelles communautaires ont contraint les décideurs et décideuses du Mali à développer la couverture maladie pour les deux extrêmes du continuum social, les très pauvres d'un côté, les moins pauvres de l'autre. Cependant, cette émergence d'une politique en faveur des indigent-e-s n'est pas synonyme, pour le moment, d'une véritable considération pour les plus pauvres. L'analyse de la formulation, puis l'étude de sa concrétisation dans une véritable mise en œuvre saura certainement nous montrer toute l'importance (ou pas) que les responsables donnent à leurs concitoyen-ne-s vivant dans l'indigence. Le fait que le gouvernement malien vienne de décider en juin 2019 que la protection sociale soit de nouveau intégrée au ministère de la Santé au détriment du ministère chargé spécifiquement des question sociales n'est peut-être pas de bon augure.

Références

- Asante, A. D., Jacobs, B. & Wiseman, V. (2019). Transformer le financement des systèmes de santé dans le Bas-Mékong : S'assurer que les pauvres ne sont pas laissés pour compte. *Health Policy & Planning*, 34(Supplement_1), i1-i3. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz098>
- Béland, D. & Ridde, V. (2016). Idées et mise en œuvre des politiques : Understanding the resistance against free health care in Africa. *Gouvernance mondiale de la santé*, 10(3), 9-23.

- Béland, D. (2010). L'idée de pouvoir et le rôle des idées. *Revue d'études politiques*, 8(2), 145-154. <https://doi.org/10.1111/j.1478-9302.2009.00199.x>
- Blas, E., Roebbel, N., Rajan, D. & Valentine, N. (2016). Planification intersectorielle pour la santé et l'équité en matière de santé. Dans G. Schmets, D. Rajan, S. Kadandale, & Organisation mondiale de la santé (dir.), *Strategizing national health in the 21st century : a handbook* (597-640). Organisation mondiale de la santé.
- Chemouni, B. (2018). La voie politique vers la couverture maladie universelle : Pouvoir, idées et assurance santé communautaire au Rwanda. *Développement mondial*, 106, 87-98. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.01.023>
- Daff, B. M., Diouf, S., Diop, E. S. M., Mano, Y., Nakamura, R., Sy, M. M., Tobe, M., Togawa, S. & Ngom, M. (2019). Réformes des régimes de protection financière en vue d'une couverture maladie universelle, Sénégal. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, [sous presse].
- Daigneault, P.-M. (2014). Réévaluer le concept de paradigme politique : aligner l'ontologie et la méthodologie dans les études politiques. *Journal of European Public Policy*, 21(3), 453-469. <https://doi.org/10.1080/13501763.2013.834071>
- Deville, C., Escot, F., Ridde, V. & Touré, L. (2018). *Les processus d'identification des plus pauvres à l'épreuve du terrain: une comparaison Bénin-Mali-Sénégal. Production et diffusion de mécanismes miracles dans l'industrie du développement*. [Communication orale non publiée] Roskilde University, Denmark. <http://hdl.handle.net/2268/226060>
- Deville, C., Hane, F., Ridde, V., & Touré, L. (2018). *La Couverture universelle en santé au Sahel: la situation au Mali et au Sénégal en 2018*. [notes de recherche] Working Paper du Ceped, (40).
- Dupuis, J.-P. & Fagnani, J. (2018). Avant-propos. *Revue française des affaires sociales*, 1, 5-12. Cairn.info. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-1-page-5.htm>

- Ferrié, J.-N., & Omary, Z. (2019). La trappe des décisions irréfléchies : le Régime d'assistance médicale au Maroc (RAMED) et le Plan Sésame au Sénégal. *Mondes En Développement*, 47(187), 15–28.
- Ferrié, J.-N., Omary, Z. & Serhan, O. (2018). Le Régime d'assistance médicale (RAMED) au Maroc: les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme. *Revue française des affaires sociales*, 1, 125–143. Cairn.info. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-1-page-125.htm>
- Foli, R. (2016). Acteurs transnationaux et élaboration des politiques au Ghana : le cas de la lutte contre la pauvreté par l'autonomisation des moyens de subsistance. *Politique sociale mondiale : An Interdisciplinary Journal of Public Policy and Social Development*, 16(3), 268–286. <https://doi.org/10.1177/1468018115615643>
- Gautier, L., Coulibaly, A., De Allegri, M. & Ridde, V. (2019). D'Amsterdam à Bamako : une étude de cas qualitative sur la contribution des entrepreneurs de la diffusion à la propagation du financement basé sur la performance au Mali. *Politique et planification de la santé*, 34(9), 656–666. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz087>
- Gautier, L., De Allegri, M. & Ridde, V. (2020). Contribution des réseaux transnationaux à la diffusion des politiques de santé : A mixed method study of the performance-based financing community of practice in Africa. *International Journal of Health Policy and Management*. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.57>
- Gautier, L. & Ridde, V. (2017). Politiques de financement de la santé en Afrique subsaharienne : Appropriation par le gouvernement ou influence des donateurs? Un examen de la portée des processus d'élaboration des politiques. *Recherche et politiques en santé mondiale*, 2(23). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29202091/>
- Goita, S. O. (2018). Les difficultés de mise en place de l'assurance maladie obligatoire au Mali: le cas des enseignants du supérieur. *Revue française des affaires sociales*, 1, 199–204. Cairn.info. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-1-page-199.htm>

- Habiyonizeye, Y. (2013). *Mise en œuvre des régimes d'assurance maladie de proximité. Lessons from the case of Rwanda* [Master Degree in International Social Welfare and Health Policy]. Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Faculty of Social Sciences. https://oda.hioa.no/nb/implementing-community-based-health-insurance-schemes-lessons-from-the-case-of-rwanda/asset/dspace:5437/Habiyonizeye_Yvonne.pdf
- Hall, P. (1993). Policy paradigms, social learning and the state : the case of economic Policymaking in Britain. *Comparative Politics*, 25(3), 275-296.
- Hussain, S., Javadi, D., Andrey, J., Ghaffar, A. & Labonté, R. (2020). L'intersectorialité en matière de santé à l'ère des objectifs de développement durable : de la théorie à la pratique. *Globalization and Health*, 16(15). <https://doi.org/10.1186/s12992-020-0543-1>
- Kadio, K. (2018). *Politique publique de protection sociale au Burkina Faso: vers une compréhension des logiques des acteurs de la mise en forme et de la mise en œuvre* [Thèse de doctorat en sciences humaines appliquées]. Université de Montréal.
- Kadio, K., Dagenais, C. & Ridde, V. (2018a). De la formulation d'une politique nationale à la compilation d'actions de protection sociale: un cas de « non-design » au Burkina Faso. *International Development Policy | Revue Internationale de Politique de Développement*. <http://journals.openedition.org/poldev/2782>
- Kadio, K., Dagenais, C. & Ridde, V. (2018b). Politique nationale de protection sociale du Burkina Faso: contexte d'émergence et stratégies des acteurs. *Revue française des affaires sociales*, 1, 63-84. Cairn.info. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-1-page-63.htm>
- Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, alternatives et politiques publiques* (2e éd.). Harper Collins.
- Kotoh, A. M. & Van der Geest, S. (2016). Pourquoi les pauvres sont-ils moins couverts par l'assurance maladie nationale du Ghana? Une analyse critique de la politique et de la pratique. *International Journal for Equity in Health*, 15(34). <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0320-1>

- Kuhlmann, J., González de Reufels, D., Schlichte, K. & Nullmeier, F. (2019). Comment la politique sociale se déplace : Un modèle de diffusion raffiné. *Global Social Policy*, 20(1), 80-96. <https://doi.org/10.1177/1468018119888443>
- Kumar, S. & Watkins, R. (2017). *The art of designing and implementing study tours: a guide based on the art of knowledge exchange methodology* [Working Paper]. Groupe de la Banque mondiale.
- Laborier, P., & Trom, D. (dir.). (2003). *Historicités de l'action publique*. Presses Université de France.
- Lee, K. & Goodman, H. (2002). Politique globale networks: la propagation de la réforme du financement des soins de santé depuis les années 1980. Dans K. Lee, K. Buse & S. Fustukian (dir.), *Health policy in a globalising world* (97-199). Cambridge University Press.
- Letourmy, A. & Diakité, B. D. (2003). *Étude pour la mise en place de l'assurance maladie obligatoire et du fonds d'assistance médicale* [Document provisoire]. Ministère du développement social, de la solidarité et des personnes âgées.
- Letourmy, Alain, & Ouattara, O. (2006). L'assurance médicale obligatoire au Mali: discussion d'un processus en cours. Dans G. Dussault, P. Fournier, & A. Letourmy (dir.), *L'assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté* (229-262). Banque Mondiale.
- Maïga, Z., Traoré Nafo, F. & El Abassi, A. (1999). *La réforme du secteur santé au Mali 1989-1996*. ITG Press.
- Mladovsky, P. (2020). Fragmentation par conception : les politiques de couverture maladie universelle comme gouvernementalité au Sénégal. *Social Science & Medicine*, 260(113151). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113153>
- Noirhomme, M. & Thomé, J.-M. (2006). Les fonds d'équité, une stratégie pour améliorer l'accès aux soins des plus pauvres en Afrique? Dans G. Dussault, P. Fournier & A. Letourmy (dir.), *L'Assurance maladie en Afrique francophone: Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté* (431-454). Banque mondiale.

- Ooms, G, Keygnaert, I. & Hammonds, R. (2019). Le droit à la santé : du droit du citoyen au droit de l'homme (et inversement). *Public Health*, 172, 99-104.
- Ouédraogo, S., Ridde, V., Atchessi, N., Souares, A., Koulidiati, J.-L., Stoeffler, Q. & Zunzunegui, M.-V. (2017). Caractérisation de la population rurale indigente au Burkina Faso : un outil de dépistage pour la définition des services de santé prioritaires en Afrique subsaharienne. *BMJ Open*, 7(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013405>
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Colin.
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42,533-544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- Paul, E., Deville, C., Bodson, O., Sambiéni, N. E., Thiam, I., Bourgeois, M., Ridde, V. & Fecher, F. (2019). Comment l'équité est-elle abordée dans la couverture maladie universelle? Une analyse des documents de politique globale et nationale au Bénin et au Sénégal. *International Journal for Equity in Health*, 18(195). <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1089-9>
- Ravit, M., Audibert, M., Ridde, V., De Loenzien, M., Schantz, C. & Dumont, A. (2018). Les politiques de césariennes gratuites augmentent-elles les inégalités au Bénin et au Mali? *International Journal for Equity in Health*, 17(71). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0789-x>
- Ridde, V. (2006). L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso: un problème public? *Lien Social et Politiques*, 55, 149-163.
- Ridde, V. (2015). De l'institutionnalisation des frais d'utilisation à leur abolition en Afrique de l'Ouest : une histoire de projets pilotes et de politiques publiques. *BMC Health Services Research*, 15(S6). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S6>

- Ridde, V. & Yaméogo, P. (2018). Comment le Burkina Faso a utilisé des données probantes pour décider de lancer sa politique de gratuité des soins de santé pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes en 2016. *Palgrave Communications*, 4(119). <https://doi.org/10.1057/s41599-018-0173-x>
- Ridde, V., Asomaning Antwi, A., Boidin, B., Chemouni, B., Hane, F. & Touré, L. (2018). Il est temps d'abandonner l'amateurisme et le volontariat : faire face aux tensions entre le principe de participation communautaire d'Alma-Ata et l'efficacité de l'assurance maladie communautaire en Afrique. *BMJ Global Health*, 3(Suppl 3). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001056>
- Robert, E., Lemoine, A. & Ridde, V. (2017). Que cache le consensus des acteurs de la santé mondiale au sujet de la couverture sanitaire universelle? Une analyse fondée sur l'approche par les droits. *Canadian Journal of Development Studies / Revue Canadienne d'études du Développement*, 38(2), 199–215. <https://doi.org/10.1080/02255189.2017.1301250>
- Robert, E., Samb, O. M., Marchal, B. & Ridde, V. (2017). Building a middle-range theory of free public healthcare seeking in sub-Saharan Africa : a realist review. *Health Policy & Planning*, 32(7), 1002-1014. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx035>
- Sabatier, P. A. & Weible, C. M. (dir.). (2014). *Theories of the policy process* (3e éd.). Westview Press, membre du Persus Books Group.
- Sidibe, M. (dir.). (2017). *La politique sanitaire et sociale au Mali 1992-1996. Les choix, les actions et les perspectives*. Éditions Jamana.
- Stierle, F., Kaddar, M., Tchicaya, A. & Schmidt-Ehry, B. (1999). Indigence et accès aux soins de santé en Afrique subsaharienne. *International Journal of Health Planning and Management*, 14, 81-105.
- Touré, L. (2013). Perceptions des politiques d'exemption des frais de santé au Mali : une baisse de la qualité est-elle le prix à payer pour un meilleur accès aux soins? Dans V. Ridde & J.-P. Olivier de Sardan (dir.), *Abolishing user fees for patients in West Africa : lessons for public policy* (53-76). AFD, Paris. <http://recherche.afd.fr>

- Touré, L. (2015). Politiques d'exemption des frais d'utilisation au Mali : la durabilité est mise en péril par le dysfonctionnement du système de santé. *BMC Health Services Research*, 15(S8). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S8>
- True, J. L., Jones, B. D. & Baumgartner, F. R. (2007). La théorie de l'équilibre ponctué : expliquer la stabilité et le changement dans l'élaboration des politiques publiques. Dans C. M. Weible & P. A. Sabatier (dir.), *Theories of the policy process* (2e éd., 155-188). Westview Press.
- Umeh, C. A. (2018). Défis à relever pour parvenir à une couverture sanitaire universelle au Ghana, au Kenya, au Nigeria et en Tanzanie. *International Journal of Health Planning and Management*, 33(4), 794-805. <https://doi.org/10.1002/hpm.2610>
- Yin, R. K. (2009). *Recherche sur les études de cas : Design and Methods* (4e éd.). Sage Publications.

2. L'adoption de la réforme du système de santé au Mali : rhétorique et contradictions autour d'un prétendu retour de la santé communautaire

LARA GAUTIER, LAURENCE TOURÉ ET VALÉRY RIDDE

Introduction

Le Mali, un pays sujet à l'instabilité politique et militaire chronique, a vu ces 30 dernières années l'avènement d'une multitude d'initiatives visant à réformer son système de santé. C'est aussi un pays marquant pour tout chercheur ou toute chercheuse qui s'intéresse au financement de la santé en Afrique subsaharienne. Le Mali est en effet le pays où est née l'Initiative de Bamako (IB), approuvée sous les auspices des principales organisations internationales en 1987. Les objectifs de l'IB étaient d'améliorer l'accès et la qualité des services de santé dans les pays à revenu faible et moyen (PRFM) (Ridde, 2004). L'IB est intervenue au moment même où les programmes d'ajustement structurel dans les PRFM conduisaient à un désengagement de l'État de la santé, de l'éducation et des services sociaux (Loewenson, 1993). Compte tenu de ce désengagement financier, les districts sanitaires ont dû trouver d'autres moyens pour couvrir les coûts de la prestation des services de santé. La possibilité de demander aux membres de la communauté de payer pour leur propre accès aux soins se trouva ainsi légitimée de manière officielle. Ce mouvement permit alors l'intensification du recouvrement des coûts.

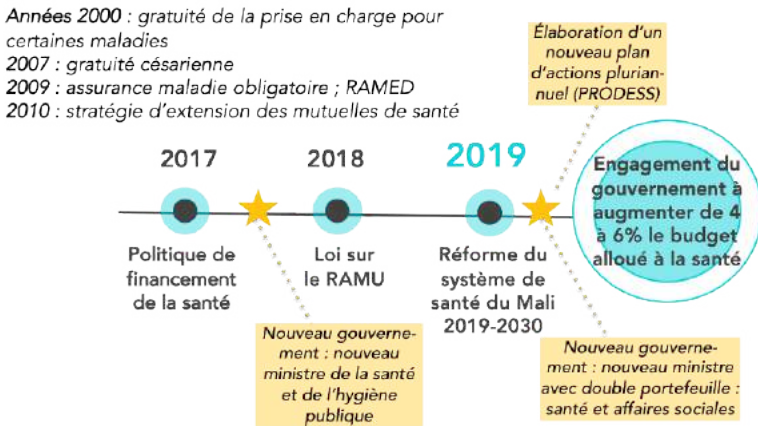
Deux autres raisons contribuent à expliquer la généralisation du recouvrement des coûts au Mali. Premièrement, en 1990, le gouvernement a adopté une politique nationale (basée à la fois sur les principes d'Alma Ata et sur l'IB) qui visait à donner aux communautés

les moyens de financer et de gérer les services de santé primaire (Waelkens & Criel, 2007). Deuxièmement, les districts sanitaires sont devenus plus autonomes grâce à une décentralisation sectorielle effective au milieu des années 1990. La réforme sectorielle confie notamment la gestion des centres de santé communautaires (CSCOM) aux associations de santé communautaire (ASACO). La décentralisation administrative à partir des années 2000 prévoit quant à elle le transfert de compétences de la santé aux collectivités, répartissant les responsabilités à chaque niveau : les conseils de cercle sont chargés de contrôler et réguler les centres de santé de référence (CSREF), et les communes régulent la création des CSCOM et contrôlent avec les ASACO (à travers une convention d'assistance mutuelle) la gestion des CSCOM (Touré, 2011). Dans un effort continu pour favoriser la santé communautaire, la *Loi sur la Mutualité* du Mali en 1996 permet de créer diverses mutuelles de santé. Toutefois, malgré leur nombre (près de 200 mutuelles en 2013), leur couverture reste faible (4% de la population) (Touré et al., 2014).

Le système de santé du Mali se caractérise par une pluralité de mécanismes de financement. Dans les années 2000, le gouvernement cherche à s'attaquer aux divers problèmes du système de santé. À l'origine, deux catégories d'initiatives sont mises en place : 1) faciliter l'accès financier aux soins par la gratuité des services pour certaines maladies/conditions (ex: traitement contre le paludisme, le VIH, vaccination, césarienne, etc.) et 2) établir un régime de protection sociale contre le risque maladie (assurance maladie obligatoire, l'AMO, pour les fonctionnaires à partir de 2009; stratégie nationale d'extension de la couverture maladie aux secteurs agricole et informel par les mutuelles de santé en 2010). À partir de 2009, l'adoption du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) prévoit de couvrir les services de santé pour les personnes vulnérables par un système d'assistance publique (Touré & Ridde, 2020). À la fin 2018, afin de réduire la fragmentation des initiatives en place, une loi entérine le choix d'un régime unique, le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) (Touré & Ridde, 2020). La réflexion autour du RAMU est pilotée de 2014 à 2018 par le Ministère de la solidarité et de l'action humanitaire (MSAH). Ce régime intègre les mécanismes assurantiels précédemment cités (AMO, mutuelles) et d'assistance (RAMED), y

compris les différentes gratuités « historiques ». Un programme expérimental de renforcement et de subvention des mutuelles de santé (via le *Programme d'appui au développement sanitaire et social II*, PADSS II de la région de Mopti, financé par un PTF français) est mis en œuvre à partir de 2017 pour servir de pré-test avant d'opérationnaliser la vaste réforme que représente le RAMU.

Or, au moment où les décrets d'application du RAMU sont en cours de rédaction, en février 2019, une nouvelle et ambitieuse réforme du système de santé est annoncée. Elle introduit la gratuité des soins pour les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans, les personnes âgées de plus de 70 ans, la planification familiale, les dialyses et les premiers soins d'urgence (Kenouvi, 2019). Cette réforme est annoncée également dans le contexte parallèle de l'élaboration du *Programme de développement sanitaire et social IV* (PRODESS IV). Le graphique 1 permet de retracer l'ensemble de ces processus concomitants.



Graphique 1. Réformes, cadres d'orientation et initiatives visant le système de santé malien : frise chronologique 2000-2019

Dans ce contexte, ce chapitre vise à 1) comprendre l'émergence et l'opérationnalisation prévue de cette nouvelle réforme et 2) comprendre son articulation avec l'ensemble des initiatives en cours.

Méthodes

Notre cadre théorique s'est construit à partir de l'approche post-structuraliste de Bacchi (2016), déjà utilisée dans des recherches similaires (Gautier *et al.*, 2019). Inscrite dans le courant post-structuraliste et dérivant d'une lecture foucauldienne, l'approche de Bacchi, soit « Comment le problème est-il représenté? », met en évidence la manière dont les politiques reflètent les problèmes qu'elles entendent résoudre et la manière dont l'action politique s'exerce par le biais de cette problématisation (Bacchi & Goodwin, 2016). Bacchi part du principe que les représentations des problèmes reflètent les compréhensions du monde des acteurs et des actrices qui construisent cette problématisation. Elle propose d'examiner le processus de problématisation pour rendre compte de la fabrique des politiques, en analysant ce que ce processus implique et ce qu'il laisse pour compte. Les questions de Bacchi ont été adaptées à partir d'une traduction de Quadrant Conseil (2019):

1. Quel est le problème tel qu'il est représenté dans la réforme?
2. Quels présupposés sous-jacents sous-tendent ces représentations du « problème »?
3. Comment cette représentation du « problème » est-elle apparue dans la sphère politique ou le débat public?
4. Qu'est-ce qui ne fait pas débat dans cette représentation du problème? Où sont les silences? Le « problème » peut-il être conceptualisé différemment?
5. Quelles sont les conséquences de cette représentation du problème?
6. Comment et où cette représentation du « problème » a été produite, diffusée et revendiquée? Peuvent-ils être renversés?

Avec ce cadre, ce sont les discours et débats autour d'une politique, que ces débats apparaissent sous forme textuelle (ex: rapports) ou orale (ex: dans des entretiens), qui sont analysés.

Des documents politiques et rapports de réunion ont été collectés. Un total de 20 documents dont six ont été inclus dans l'analyse (Tableau 1). Dans leur ensemble, ces documents ont permis de vérifier certaines informations fournies par les répondants et de consolider la chronologie de la réforme.

Tableau 1. Documents inclus dans l'analyse de discours

Code	Nom du document (année de publication)
EDS2018	Enquête démographique et de santé de 2018 (2019)
Loi_RAMU	Loi de décembre 2018 sur le RAMU
Étude_gratuités_RAMU	Rapport d'étude commissionné par la CANAM sur l'intégration progressive des gratuits dans le RAMU (2018)
Doc_cadre_Réforme2019	Document-cadre de la réforme du système de santé (février 2019)
Doc_santé_comm_Réforme2019	Document intitulé « Vers la santé communautaire au Mali » (février 2019)
CR_atelier_Réforme2019	Compte-rendu de l'atelier sur l'opérationnalisation de la réforme du système de santé (juillet 2019)

Des entretiens semi-structurés (auprès de 27 répondant-e-s, dont sept femmes) ont été réalisés. L'échantillonnage était intentionnel. Il s'agissait de recruter des participant-e-s déjà connu-e-s ou suggéré-e-s comme personnes ressources en ce qui concerne la préparation, la mise en œuvre ou la mobilisation du financement de réformes visant la santé au Mali. Le guide d'entretien a fait ressortir les opinions et expériences personnelles des répondant-e-s concernant ces réformes. Les données d'entretiens ont été transcrites fin 2019. Ces données, ainsi que les notes d'observation, et les sept documents susmentionnés ont été codés en utilisant le logiciel QDAMiner©. Les codes ont été ensuite assemblés pour constituer des catégories analytiques prédéfinies, tout en laissant la possibilité aux données empiriques de faire émerger des codes et des catégories analytiques à l'extérieur du cadre théorique construit à partir de l'approche de Bacchi (2016).

Résultats

Les résultats se déclinent suivant les questions de l'approche de Bacchi (2016) présentées précédemment. Nous avons fusionné la première et la cinquième questions qui vont de pair dans notre analyse.

Quel est le problème tel qu'il est représenté dans la réforme?

Partons du contenu de la réforme du système de santé. Le document-cadre identifie les « défis du système de santé au Mali » suivants: « la réduction de la morbidité et de mortalité notamment maternelle et infantile, l'amélioration de l'offre et la demande des services et soins de santé de qualité, l'amélioration de la couverture maladie universelle, l'adaptation et l'application effectives des textes réglementaires, l'amélioration de la gouvernance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et l'amélioration du système de financement de la santé » (Doc_cadre_Réforme2019 : 12). Ayant l'ambition de répondre à l'ensemble de ces défis, le document de réforme inclut plusieurs volets (Source : Doc_cadre_Réforme2019):

1. Gratuité des soins pour les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans, les personnes âgées de plus de 70 ans, la planification familiale, les dialyses, et les premiers soins d'urgence;
2. Réhabilitation des CSCOM dans tout le pays, incluant médicalisation, relèvement du plateau technique;
3. Renforcement des effectifs des CSCOM (au moins 10 agent-e-s dans les CSCOM médicalisés);
4. L'intégration des maternités rurales au système de santé;
5. Renforcement de la stratégie des Soins Essentiels dans la Communauté: par l'extension nationale de la couverture des agents de santé communautaire (ASC) et l'intégration de ces ASC à l'action de l'État;
6. Renforcement des actions au niveau communautaire par des stratégies fixes, avancées, et mobiles
7. Création de « centres de vie communautaires »;

8. Fusion de certains centres de recherche et la recombinaison des services de la Direction Nationale de la Santé au sein d'une nouvelle « Direction Générale de la Santé »;
9. Amélioration de la gouvernance financière à travers un dispositif de gestion stratégique de l'information financière, l'amélioration de l'efficacité dans la gestion des financements, et des mécanismes de redevabilité; rehaussement du budget de l'État alloué à la santé.

Parmi les différents « défis », et par ordre d'importance (c'est-à-dire notés par le plus grand nombre d'acteurs et d'actrices ou revêtant selon eux et elles une priorité particulière), on identifie: i) la morbidité/mortalité maternelle et infantile, ii) la mauvaise gouvernance dans le système de santé, iii) le manque d'accès financier aux soins de santé, iv) la qualité sous-optimale des soins.

Le premier enjeu —les mauvais indicateurs de santé maternelle et infantile (SMI)— s'avère en fait être une conséquence des trois autres enjeux. De ce fait, nous l'abordons à la fin de cette section. Le deuxième enjeu —la mauvaise gouvernance— semble faire l'objet d'un consensus pour tous les acteurs et toutes les actrices. Il couvre un ensemble de problématiques qui concernent la pyramide décisionnelle : la mauvaise gouvernance à l'échelle des CSCOM et CSREF (ex : difficultés du couple professionnel de santé/ASACO, corruption, etc.), l'absence de régulation au niveau des districts (ex : supervision de faible qualité; répartition des ressources humaines), la mauvaise gouvernance au niveau des services décentralisés de l'État (carte sanitaire: non-application des critères de construction de CSCOM) et l'insuffisante coordination par le gouvernement des efforts financiers et initiatives menés par les ONG humanitaires internationales et partenaires techniques et financiers dans le secteur de la santé.

Donc le problème c'est vraiment... C'est la gouvernance, la gouvernance n'est pas bonne du tout. [...] Depuis le démarrage, c'est-à-dire depuis les années 1990 quand on démarrait ce système, [...] voilà ce qui était prévu: l'ASACO est là pour le contrôle gestion, mais c'est le personnel technique [les professionnels de santé] qui gère. C'est eux qui ont la

compétence. Mais aujourd'hui rien de tout ça n'est fait. Ensuite il faut faire la supervision, il ne faut pas abandonner les gens comme ça. Les médecins, qu'est-ce qu'ils appellent supervision? C'est de la causerie. Ils viennent, ils causent, on leur fait du thé et on leur achète de la viande ou on les fait du poulet, après ils s'en vont. C'est ça la supervision, le médecin ou l'infirmier leur glisse quelques billets et puis c'est tout. (KI11_240719)

De l'avis de chacun-e, l'idée est de privilégier un retour de l'intervention de l'État. Curieusement, peu de répondant-e-s reconnaissent la mise en place du transfert de compétence de la santé aux collectivités territoriales —ceux et celles qui le font proposent d'accompagner davantage ces collectivités. La plupart des fonctionnaires du secteur de la santé souhaitent surtout redonner du pouvoir de décision aux professionnel-le-s de santé dans les CSCOM. En revanche, une deuxième catégorie d'acteurs et d'actrices (une partie des partenaires techniques et financiers, PTF, ainsi que le secteur protection sociale et certain-e-s autres fonctionnaires du secteur santé) souhaite s'attaquer à la gouvernance avec un ordre de priorité différent. Pour eux et elles, l'amélioration des capacités de l'État dans la gestion devrait passer par l'instauration de meilleurs mécanismes de reddition de compte et de suivi-évaluation. Ils et elles estiment que ces propositions devraient se traduire dans le PRODESS IV. Ces deux positionnements se heurtent au sein de la réforme de 2019 (Doc_cadre_Réforme2019), qui répond uniquement aux préoccupations des premiers, en se focalisant sur la revalorisation des soins de santé primaire et la gratuité (qui passe par une augmentation du budget) et en retirant du pouvoir aux ASACO au profit des professionnel-le-s de santé.

Le troisième problème —la qualité des soins sous-optimale— est souvent abordé à côté du problème de la gouvernance, comme une conséquence. Plusieurs répondant-e-s évoquent notamment la rupture du lien de confiance entre les populations et les professionnel-le-s de santé, du fait d'une insatisfaction quant à la qualité des soins. Cette problématique fait également l'objet d'un consensus large, puisant sa source dans l'histoire des réformes du système de santé :

Dans un premier temps il y avait quand même, il fallait compte tenu de la superficie du pays, il fallait d'abord faire un programme d'offre de soins, [...] et nous n'avions pas dans un premier temps mis le focus sur la qualité. Eh pour nous d'abord c'était de fournir l'offre de soins et cela aussi... nous avons voulu aller dans une décentralisation très poussée. [...] Et... donc les autres paramètres n'ont pas assez suivi en termes de plateau technique, en termes de ressources humaines, et en termes de formation. [...] Donc cette perte de qualité de soins va entraîner une rupture entre les praticiens et les patients parce que quand on n'a pas satisfaction, il se pose un certain nombre de problèmes. (KI10_240719)

La manière de remédier à cette problématique fait aussi l'objet d'un consensus: médicalisation, rehaussement du plateau technique et renforcement des effectifs qualifiés des CSCOM, tels que proposés dans la réforme du système de santé (Doc_cadre_Réforme2019). Pour certain-e-s, notamment au niveau du secteur de la protection sociale, c'est en jouant sur l'amélioration de ce volet de l'offre de soins qu'il sera possible d'attirer les populations vers les centres de santé. En revanche, l'accent étant mis sur le niveau communautaire, et bien que la restructuration de certains CSRef et hôpitaux soit prévue, pour certain-e-s acteurs et actrices du secteur de la santé, la réforme ne permet pas d'apporter une réponse tout à fait satisfaisante à la crise que connaît l'ensemble de la pyramide sanitaire.

Le quatrième problème —les barrières à l'accès financier aux soins— est surtout identifié dans les discours de représentant-e-s et employé-e-s d'organisations internationales, ONG et PTF confondus.

Mais l'accès financier à la santé, jusqu'à présent, on l'avait pas. Les dépenses directes qui sont entre 36% et près de 45%, sinon plus, [...] sont très élevées. Ça veut donc dire que [...] ce sont les ménages qui payent la santé au Mali. Ce n'est pas seulement les partenaires, ni le gouvernement, plutôt les ménages. Donc, maintenant si vraiment on veut diminuer la pauvreté, il faut qu'on contribue à diminuer le poids de la santé, le poids des dépenses de santé sur les ménages. (KI07_220719)

Certain-e-s répondant-e-s du secteur de la santé en parlent aussi, notamment les conseillers et conseillères techniques du ministère et certain-e-s fonctionnaires de la DGS :

[Avec l'assurance maladie] il s'agit de diminuer les coûts des dépenses de santé qui sont aujourd'hui supportés par les ménages. C'est les ménages qui souffrent hein, qui supportent vraiment le coût des dépenses de santé. (KI24_010819)

On constate que ces discours conduisent à une certaine « mise en sujet » des « ménages » qui supportent « dans la souffrance » en effet une grande portion des dépenses de santé au Mali. En réalité, peu de répondant-e-s ont véritablement approfondi cette question des barrières à l'accès financier, hormis des mentions rapides, et à l'exception d'employé-e-s d'une ONG américano-malienne¹. Pour les acteurs et actrices du secteur de la protection sociale, le RAMU, qui agit sur la demande de soins, représente une réponse satisfaisante, à ceci près que certain-e-s reconnaissent que pour réussir un taux de couverture plus important les mutuelles doivent être assorties d'incitatifs et d'investissements. Bien que les répondant-e-s de ce secteur reconnaissent que l'accès financier soit un enjeu, il n'a pas été évoqué de manière approfondie. Les répondant-e-s de ce secteur et du secteur communautaire ont davantage souligné les barrières géographiques auxquelles font face les populations pour accéder aux services de santé.

Il s'agirait donc de « rapprocher les populations des centres de santé » (KI25_050819). C'est aussi l'avis de la même ONG américano-malienne. Néanmoins, les manières de remédier à ce problème diffèrent. L'ONG promeut l'idée du déploiement massif d'agents de santé communautaire (ASC) accompagné d'une stratégie de supervision (idée reprise dans Doc_cadre_Réforme2019), ce qui n'est pas une option favorisée par les répondant-e-s des autres secteurs. Si certain-e-s du secteur de la santé soutiennent également cette proposition, ils et elles demeurent sceptiques quant au fardeau financier que cela implique :

1. Nous nous référons dans cette étude à la terminologie « ONG américano-malienne » sur la demande des représentant-e-s de cette ONG.

Le président a quand même annoncé, il a parlé de la prise en charge de leur salaire, vous voyez c'est déjà [quelque chose] qu'il faut évaluer et voir, parce que c'est des milliers et des milliers d'agents de santé communautaire. Ils sont plus proches des populations pour leur permettre effectivement d'être à l'alerte, à la veille, pour pouvoir euh... les cas critiques, envoyer très rapidement au niveau des CSCOM, [...]. C'est... c'est quand même de booster un peu la demande. (KI13_260719)

Cette proposition conduit à une autre «subjectivisation», celle des ASC, qui apparaissent comme les sauveteurs du système. En revanche, pour le secteur communautaire, il s'agirait de créer davantage de CSCOM dans les zones les plus reculées. Enfin, pour le secteur de la protection sociale, l'amélioration de la couverture géographique se réaliserait par l'augmentation de la couverture maladie, y compris à travers les mutuelles de santé.

Les mauvais indicateurs SMI, qui découlent des problèmes cités précédemment, représentent le problème le plus saillant, tel que souligné par l'ensemble des acteurs et actrices du secteur de la santé et les PTF. De façon concomitante, la publication et diffusion des résultats de la dernière *Enquête Démographique et de Santé* (EDS2018) en 2019 aurait encouragé à résoudre ce problème de façon prioritaire.

C'est en effet au regard de comparaisons et standards internationaux que le gouvernement aurait été appelé à réagir par des actions urgentes visant à faire reculer les indicateurs de SMI. Une de ces actions urgentes, portée notamment par une partie du secteur de la santé, par les PTF et une structure américaine extérieure privée à but non lucratif —appelons-la SAP—, est d'investir massivement dans les soins de santé primaire (SSP) (voir: Doc_santé_comm_Réforme2019). Cette idée a été également retenue dans le document officiel de la réforme (Doc_cadre_Réforme2019). Pour d'autres acteurs et actrices, tel que l'ONG américano-malienne, la solution précise à ce problème est leur

« modèle des soins de santé proactifs »², assortie d'une gratuité des soins et d'un accompagnement par les ASC ciblant les femmes enceintes et les enfants. De l'avis de certain-e-s fonctionnaires du secteur de la santé, ce modèle aurait porté ses fruits en matière de réduction de la mortalité :

Avec [leur] modèle, on a vu qu'ils ont pu diminuer le taux de mortalité chez les enfants jusqu'à 7 pour mille. Sept! Donc quand ils ont comparé à des études, je sais pas... en Europe, en Amérique je crois c'était à peu près les mêmes résultats. [...] Donc c'est vraiment ce qui a émergé. Parce que notre objectif vraiment c'est la réduction de ces taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile. Eux ils sont arrivés à prouver ça. (KI24_010819)

Pour les rédacteurs et rédactrices de la réforme, la santé communautaire s'attaque précisément à l'ensemble de ces problèmes. Leur discours reconstruit ainsi le raisonnement, en démontrant que ces problèmes s'insèrent naturellement dans le mouvement de la santé communautaire :

Nous avons la même vision qui était de mettre le focus sur la santé communautaire parce que... nous ne pouvons pas nous attaquer à toute la réforme du système de santé. [...] En prenant les soins de santé communautaire comme porte d'entrée de la réforme, évidemment vous allez non seulement adresser des problèmes de gouvernance, vous allez adresser des problèmes d'offre de soins, vous allez adresser des problèmes de demande de soins. [...] Vous avez réponse à tout. (KI10_240719)

Or, plusieurs répondant-e-s contestent précisément l'idée de bâtir une réforme uniquement à partir du niveau communautaire :

2. Il s'agit d'un modèle de déploiement massif d'ASC – ASC qui ont pour objectif d'attirer ces groupes de population vers les centres de santé. Ces ASC sont supervisés de façon coordonnée par du personnel formé à cet effet.

La santé communautaire c'est 90% des problèmes. Donc j'en suis conscient [...] Tu ne peux pas bâtir quelque chose seulement sur les agents de santé communautaire et des CSCOM. Il faut que le reste fonctionne. Si le reste ne fonctionne pas, c'est une question de confiance. [...] Tu perds la confiance de la communauté, parce qu'eux ils voient le système : ah on a amené l'enfant, mais finalement ils n'ont pu rien faire. [...] Si l'enfant a un neuropalu, et qu'il est évacué au CSREF, il faut qu'il puisse être pris en charge. [...] Le système de santé ne peut pas se penser autre que de façon systémique. Et tu ne peux pas dire bon je règle ça d'abord ensuite je règle ça, non! Tu peux dire je priorise ça, mais ça je n'oublie pas non plus, il faut que ça soit cohérent. (KI11_240719)

Ce répondant a lui aussi l'expérience des CSCOM. Partant de ce vécu de la santé communautaire, il affirme s'être battu, dès le début des années 1990, pour un meilleur accompagnement des ASACO dans leur rôle de contrôleur financier et des médecins qui, pour lui, doivent se montrer volontaires dans le choix d'aller en CSCOM: « d'abord, que ça soit un engagement personnel ». Pour autant, selon lui, une réforme du secteur santé devrait se concevoir à partir d'une représentation systémique de la santé et non uniquement à partir de la « porte d'entrée » de la santé communautaire.

Quels présupposés sous-jacents sous-tendent ces représentations du « problème »?

Les problèmes évoqués dans les discours font émerger les présupposés sous-jacents des acteurs et actrices qui les mettent en avant. C'est très clair pour ce qui concerne la SAP, venue appuyer le gouvernement dans la rédaction de sa réforme et présentant l'ensemble de ces problèmes comme étant liés au manque d'investissement dans les SSP:

[...] ambition... d'avoir un *fast track* sur la santé primaire [...] qui s'inscrit dans une stratégie plus large au niveau de la santé. [...] On peut pas tout faire d'un coup, donc priorisons la santé primaire parce que euh... c'est là où y a le..., les *low-hanging*

fruits [solutions à portée de main], justement parce qu'il y a très peu d'investissements du gouvernement, et on va... prioriser la gratuité sur les différents groupes qui sont les plus vulnérables du Mali, avec les indicateurs les pires. [...] Prioriser la santé primaire, tout le monde sait que c'est là que vous avez le plus de retour sur investissement, et qu'aujourd'hui vous n'investissez absolument pas dans cette santé primaire (rire), et c'est pour ça que les indicateurs sont... sont relativement mauvais. (KI01_160719)

Cette nécessité d'un « retour sur investissement », que l'on peut aisément associer au courant de pensée néolibéral, se retrouve aussi dans les discours de répondant-e-s de la SAP sur l'utilisation des services de santé par les populations. D'ailleurs, la SAP privilégie le modèle de l'ONG américano-malienne, promouvant une stratégie de gratuité ciblée sur la SMI, pour son coût-efficacité présumé. On retrouve une fois de plus le langage néolibéral du retour sur investissement.

Ce choix suscite des réactions mitigées. Certain-e-s répondant-e-s se montrent sceptiques quant à la pérennisation de ce modèle qui n'a jusqu'alors pas été mis à l'échelle. En effet, il n'a été piloté dans deux localités du pays (un site rural et un site urbain):

Même jusque-là [l'ONG] n'a pu couvrir qu'un quartier de Bamako, ce n'est même pas une commune hein. (rire) C'est ce que je leur ai dit: oh, vous êtes dans un quartier depuis 2008... [...] Et ensuite ils ont ajouté un district-là... À Bankass, ils sont allés là-bas, c'était pour pouvoir faire des comparaisons urbaines, semi urbain, rural... pour voir un peu. Mais jusque-là c'est insignifiant! Quand on prend la population globale du pays, la population couverte par [l'ONG], ça c'est insignifiant. C'est pourquoi l'État ne pourra pas faire comme [l'ONG] est en train de faire aujourd'hui. [...] Ce n'est pas possible. Il faut essayer de faire quelque chose pour soulager la population mais pas... textuellement comme [l'ONG]. (KI24_010819)

Chez les répondant-e-s de la SAP, on observe un mélange intéressant de langage néolibéral et de volonté d'ancrage dans le mouvement de la santé communautaire. Ce mouvement semble pourtant à première vue incompatible avec le courant néolibéral. Pourtant, le document qu'ils et elles ont produit pour le compte du ministère de la santé s'intitule bien «Vers la réforme de la santé communautaire au Mali» (Doc_santé_comm_Réforme2019). En analysant, on comprend en réalité que pour la SAP, le point de départ est la nécessité de privilégier un retour sur investissement à la fois pour les populations et pour l'État, qui se trouve concentré au niveau des SSP. Ceci ne désigne en réalité aucunement une quelconque adhésion au mouvement pour la santé communautaire tel qu'il est érigé en 1978 et puisant ses racines dans un idéal de justice sociale et de nécessité de rendre des comptes aux populations (Fawcett *et al.*, 2000). En fait, c'est davantage l'idée du déploiement des ASC qui prévaut et qui légitimerait l'utilisation de la formule «santé communautaire» par de nombreuses structures américaines :

La santé communautaire, pour moi c'est clair que c'est la base. C'est simple hein, 80-90% des problèmes de santé provient de cela. S'il y a un bon système de santé communautaire, quand je dis santé communautaire je ne parle pas que les ASC hein, parce que bon, les américains ils font la confusion tout de suite. (KI11_240719)

L'emploi de l'expression «santé communautaire» semble donc davantage relever de la rhétorique, masquant les vraies intentions de la SAP, sans doute avec l'objectif de rassurer les esprits et démontrer qu'on s'inscrit dans la continuité des réformes historiques du Mali. La santé communautaire est en effet un pilier essentiel et historique dans la construction du système de santé malien.

En revanche, dans les discours de l'un des porteurs et rédacteurs principaux de la réforme au ministère de la santé, l'intention de montrer un engagement pour la santé communautaire et pour l'idéal de justice sociale ressort davantage :

Parce que moi, j'ai toujours fait focus sur les soins de santé communautaire. [...] Au lieu de nous lancer dans les études, que l'argent de ces études-là soit traduit en action pour sauver cette femme qui est dans une charrette avec une grossesse à terme à risque, qui n'arrive pas atteindre un CSCOM [...]. Où est l'équité? Alors moi je suis médecin de santé publique, donc voilà comment je raisonne [...]: à partir du moment où nous allons nous fixer cet objectif-là [la santé communautaire], nous allons... sortir du ministère des hôpitaux pour être un ministère de la santé, c'est-à-dire, on va inverser la tendance qui consiste à mettre plus d'argent dans les hôpitaux, nous allons mettre plus dans la prévention. Nous allons mettre plus d'argent à ce niveau-là. (KI10_240719)

Alors que d'aucun-e-s parlent de redevabilité aux communautés, pour certain-e-s autres fonctionnaires, il s'agit de devoir rendre des comptes aux partenaires techniques et financiers:

Il est important que nous puissions avoir un environnement qui fait que les gens aient confiance en nous pour nous aider. [...] Nous, personnel de santé, il faut que nous acceptions cette redevabilité, nous devons être redevable; sinon les aspects liés à la gouvernance comme on l'a dit ça va être de vains mots, quoi. [...] Il faut créer cette confiance pour que les autres nous accompagnent. (KI13_260719)

Cette lecture du problème de la gouvernance relève d'un tout autre paradigme sous-jacent, particulièrement éloigné du paradigme de la santé communautaire: celui du nouveau management public, impulsé par les PTF (Kerouedan, 2015). Avec cette vision de la redevabilité, l'État ne s'adresse toutefois pas aux interlocuteurs et interlocutrices qui comptent réellement : les populations.

De nombreux et nombreuses fonctionnaires des secteurs de la santé et de la protection sociale ont aussi largement embrassé l'approche managériale. Ainsi, le problème de la gouvernance s'expliquerait surtout par la mauvaise gestion publique des ressources humaines et de l'approvisionnement, notamment de médicaments et les retards dans le paiement à l'acte. Enfin, cette grille de lecture

permet également de faire ressortir les problèmes de corruption, tout en reconnaissant que toute sanction s'avère difficile à appliquer dans le contexte malien :

Tout le monde a peur, quand tu sanctionnes quelqu'un. Si tu ne fais pas attention là, chez nous, c'est toi-même qui vas partir. C'est un peu politique, tu ne sais pas le poids de la personne, s'il a un parent haut placé... C'est le social qui prédomine chez nous. Ils vont dire: « toi aussi, pourquoi tu n'as pas laissé, qu'est-ce que ça gêne? », et finalement c'est toi qui es la méchante. On va dire cette personne-là, elle est mauvaise. (rire) (KI24_010819)

Il est aussi possible de faire ressortir les intérêts sous-jacents des acteurs et actrices du secteur de la protection sociale, à savoir celui de pouvoir, à travers les contenus de la réforme axés sur la qualité des soins, encourager davantage les populations à adhérer aux mutuelles de santé. L'intention de « vendre des assurances » (KI01_160719), prêtée aux acteurs et actrices de la protection sociale, est à nuancer. Les mutuelles ont un poids minimal dans le paysage assurantiel malien, et l'assurance maladie obligatoire fait l'objet d'un monopole de l'État. Toutefois, il semble clair que l'enjeu est pour le secteur de la protection sociale de susciter l'adhésion des populations à un régime unique de couverture du risque maladie, comprenant des mécanismes assurantiers susceptibles de manquer d'attractivité. Or, la qualité des soins couverts par les assurances et mutuelles constitue précisément un facteur d'attractivité essentiel. Pour le secteur social, l'amélioration de la qualité est donc un levier au service de la demande de soins.

Les secteurs santé et protection sociale partagent ainsi des représentations différentes des mauvais indicateurs de santé. Elles reflètent un ancrage dans des courants de pensée différents. On relève, d'une part, l'idéal de solidarité et de santé communautaire chez les acteurs de la protection sociale, et d'autre part, une hétérogénéité de philosophies du côté des acteurs et actrices de la santé (approches managériale et néomanagériale, mais aussi pour partie l'approche interventionniste et le mouvement de la santé communautaire ciblé sur la SMI).

Comment cette représentation du « problème » est-elle apparue?

Ces différentes représentations et catégories d'explication des problèmes émergent de façon saillante dans les textes et les discours en fin 2018 et début 2019 : d'une part, au moment de l'adoption de la loi sur le RAMU portée davantage par le secteur de la protection sociale (sur lequel nous reviendrons dans la section suivante), et, d'autre part, au moment de l'élaboration de la réforme —portée davantage par le secteur de la santé.

En juillet 2018, le ministre de la santé contacte la SAP pour l'aider à élaborer le document de réforme. Les raisons invoquées pour cet appel sont multiples, elles incluent notamment le souhait du ministre de faire venir de (nouveaux et nouvelles) acteurs et actrices extérieur-s pour s'assurer d'un regard possiblement neutre et distancié :

Dans une... dans une réforme aussi importante, aussi structurelle, alors si vous prenez des éléments qui sont assez partisans, assez impliqués... (souple) Vous risquez de n'avoir qu'une seule vision. Est-ce que vous voyez, il faut avoir un détachement; et quand vous voulez avoir un détachement, c'est mieux de faire rentrer de nouveaux acteurs, mais qui ont quand même cette expertise... (KI10_240719)

La SAP aurait été recommandée par des relations du ministre aux États-Unis au Center for Vaccine Development et à l'Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) et, proches de la SAP.

On vient à l'invitation des gouvernements dans les pays, euh... on n'a pas d'agenda [...]. Ce qui fait que [...] quand ils ne veulent plus qu'on les aide, on repart (rire). [...] Nous on suivait la demande du... du ministère [du Mali] donc euh... donc après, le rôle des PTF euh... c'est d'appuyer le ministère, dans ce qu'ils font, euh... mais je sais qu'y a eu beaucoup de... y a eu beaucoup de bruits, y a eu beaucoup de rumeurs, y a eu beaucoup de discussions... nous, on essaie de pas se mêler de ça, on n'est pas dans le groupe des PTF, on était invité à l'invitation du ministère, on les appuyait. (KI01_160719)

Une équipe de la SAP s'est déplacée plusieurs fois (en octobre 2018, puis surtout en janvier 2019) pour participer à la rédaction du document, y compris en réalisant des études permettant de scénariser et chiffrer différentes options :

On travaillait beaucoup avec le cabinet du ministère, le SEGAL ainsi que la DGS. Euh... on a euh... on a chiffré ces différents scénarios, on a regardé avec le ministère des finances, [...] quelles sont les évolutions des allocations budgétaires de l'État du Mali pour la santé sur les quatre dernières années, on a projeté... Et l'un dans l'autre, on a fait toutes ces analyses, et on est retourné voir le ministre, on lui a dit, voilà... on a... on a... On a un petit peu plus de données à vous présenter, pour informer votre decision-making process. (KI01_160719)

La SAP opère fréquemment, dans les discours, une transposition au Mali de modèles identifiés ou élaborés (par elle-même) dans d'autres pays (notamment, le Sénégal). De plus, les méthodes de cette structure sont décrites comme étant 'business-oriented' :

À partir du moment où on est sorti d'ateliers et... et de discussions, on s'est mis plutôt *behind the scenes*, ce qui est la manière dont on travaille normalement, et qu'on a travaillé avec euh... avec le ministère de la santé, toutes les divisions [...] Y a beaucoup de gens chez nous qui venaient, dont mon boss d'ailleurs [...] qui venaient de McKinsey et autre, donc c'était vraiment le... le *business approach to public health problem*, et encore une fois euh...on n'est pas des implémenteurs, euh... on est vraiment plus dans l'assistance technique. (KI01_160719)

On retrouve ici le champ lexical néolibéral et la propension de ce type de structures, à mi-chemin entre le non-lucratif et le cabinet de conseil américain (McKinsey), à embrasser ce courant de pensée. Une représentante de la SAP a d'ailleurs fait ses premières armes dans un autre cabinet de conseil américain. Ce type de langage, qui se traduit aussi dans des approches et méthodes peu « traditionnelles », n'est pas sans susciter de (vives) critiques parmi les PTF, qui parlent de « *lobbying* » pur et simple :

C'est le côté, « j'y vais à fond, je lâche rien, je suis sur le dos des gens », [...] sans arrêt! Donc je crois que c'est ça le lobbyisme... à l'américaine. Ça doit être ça, alors nous, c'est un truc... c'est une autre planète pour nous ici [...] je pense (rire) alors moi... je pense pour les Maliens aussi d'ailleurs, ça a dû leur faire tout drôle, et du coup [...] ça met un petit peu un doute sur... est-ce qu'y a pas un intérêt derrière? Parce je sais que nous on recrute une assistance technique pour travailler sur le financement de la santé [...]. Et elle, quand elle a su tout de suite que le poste était là, elle a dit euh... : « Est-ce que moi je peux pas être recrutée sur ce poste? » On lui a dit: non. (KI18_290719)

Au niveau du ministère, il semble y avoir eu des désaccords sur l'approche de la SAP mobilisée « en urgence » pour aider à l'élaboration de la réforme à l'automne 2018 puis en janvier 2019, alors qu'une équipe de trois consultants nationaux était déjà impliquée. Notons aussi que plusieurs répondant-e-s n'ont pas souhaité commenter l'implication de la SAP. Son intervention s'est accompagnée de consultant-e-s internationaux au moment de l'élaboration de la réforme. Il est question de mobiliser une nouvelle équipe de consultants internationaux et consultantes internationales pour l'opérationnalisation de la réforme :

Enfin le programme malien maintenant, euh... y a besoin d'avoir une équipe je crois d'une dizaine d'assistants techniques [internationaux], [...] pour la mise en œuvre... [...] Ils comptent sur nous après pour être partenaire, pour les financer. Et donc là ça aussi, ça a un peu agacé les gens [...]: on n'est pas associé au départ, et après on vous présente l'addition. (KI18_290719)

Une certaine méfiance règne ainsi chez les PTF « traditionnels » au sujet des intentions sous-jacentes des représentant-e-s de cette structure américaine rattachée à une fondation philanthropique. Pendant que certain-e-s évoquent la probabilité d'intérêts personnels (comme évoqué par le répondant cité précédemment), d'autres avancent l'idée d'intérêts commerciaux plus larges, en lien avec cette approche néolibérale :

Avec notamment la manière dont travaillait [la SAP], [...] qui pose question aussi, sur cette... cette précipitation à tout prix... [...] On peut se poser la question quand même [...]... Et y a des enjeux... des enjeux financiers sous-jacents pour les États-Unis, [...] moi j'ai... J'ai travaillé pas mal avec la Gates sur une question de planification familiale... si tu veux, l'activité philanthropique est un peu reliée quand même à l'activité euh... financière hein, euh... Donc avec peut-être, ici [pour la SAP], des formes d'implication sur... sur l'industrie pharmaceutique... [...] Donc euh... je pense que si vous faites un petit travail de recherche, (silence) un petit paragraphe sur la dimension euh... la géopolitique sanitaire, euh... sur... sur l'industrie pharmaceutique, sur les... sur la captation des données, sur euh... sur tout ça. (KI15_260719)

Les intentions véritables de la SAP font donc aussi débat parmi les PTF. Le caractère exogène de la SAP impliquée dans l'élaboration de la réforme est reconnu par certain-e-s fonctionnaires du secteur de la santé, constatant sa faible connaissance du Mali — à commencer par la langue officielle, le français :

KI24- Ils [la SAP] ne connaissaient pas le Mali, donc ils ont demandé beaucoup de documents, hein... [...] Il y avait Véronique³ quand même qui parle français.

Q- Les autres ne parlaient pas français?

KI24- Mais non, les autres-là, on parlait et Véronique leur traduit en anglais.... Eux, ils ont sorti un document aussi qui était avec [haut fonctionnaire] surtout.

Q- Vous n'avez pas participé à ce document-là?

KI24- Non, seulement ils sont venus prendre les documents.

Il semblerait donc que, malgré la volonté de donner le sentiment que « tout le monde était impliqué », au final, le document diffusé par la SAP a été largement développé par elle-même, sans grande concertation avec les décideur-e-s malien-ne-s. Ceci pose l'épineuse question de l'appropriation de ce processus par le ministère :

Ce que j'ai vu dans la... dans la proposition que j'ai vue qui est... qui est vraiment rédigée par [la SAP], avec d'ailleurs des termes typiquement américains; quand tu vas dans « Propriétés », que tu regardes le nom de la personne, c'est une Américaine; [...], donc ce truc-là, est-ce que ça a été approprié par... par le ministère? (KI04_220719)

Après sur la forme, c'est vrai que les choses ont été faites euh... [...] Pour moi, c'est quand même une impulsion extérieure, euh... c'est pas... voilà, c'est pas quelque chose d'endogène quoi cette réforme, c'est comme ça que j'interprète. (KI15_260719)

Les représentant-e-s de la protection sociale apparaissent méfiant-e-s sur la réalisation de la réforme du système de santé, qui a suivi un processus perçu comme accéléré et peu inclusif. Le manque d'implication des acteurs et actrices du secteur protection sociale dans le processus d'élaboration de cette réforme conduit à une faible compréhension de la réforme et à un déficit d'intérêt. De plus, certain-e-s perçoivent cette réforme comme une potentielle menace à l'opérationnalisation du RAMU :

Donc si déjà les personnes âgées de plus de 70 ans ont des soins gratuits, les enfants ont les soins gratuits, les femmes ont les soins gratuits, il ne reste plus grande chose, hein. Il n'y a plus pratiquement d'effet stimulateur pour un peu adhérer à un système de couverture maladie [...]. Donc il faut qu'on mette des garde-fous pour pouvoir garantir la priorité du RAMU qu'on va mettre en place. (KI12_250719)

En outre, il est possible que les aspirations professionnelles de certain-e-s porteurs et porteuses de la réforme au ministère expliquent, au moins en partie, leur engagement. Deux répondants

indépendants ont sous-entendu que l'un des fonctionnaires du Ministère les plus impliqué-e-s se serait étroitement rapproché de la SAP par intérêt personnel.

S'ils et elles ne critiquent pas le fond de la proposition majeure de la réforme —la gratuité des soins pour certaines populations— bon nombre des PTF «classiques» critiquent le manque d'inscription de la réforme dans la continuité des initiatives et cadres stratégiques déjà en chantier, tels que le PRODESS IV. Les PTF «classiques» disent préférer une approche plus intégrée du système de santé et donc nécessairement via des méthodes reposant «sur du temps très long» (KI15_260719), et en dialogue étroit avec les ministères concernés. Cela fut le cas du programme pilote PADSS II sur financement d'un PTF français: deux options étaient proposées, soit la gratuité, soit le renforcement des mutuelles. Les acteurs et actrices du gouvernement s'étaient prononcé-e-s en faveur du renforcement des mutuelles: le PTF français avait octroyé le financement sur cette base, respectant ainsi la volonté du gouvernement. De façon générale, la prépondérance des acteurs et actrices américain-e-s fait l'objet de critiques. Du fait de leur puissance par rapport aux autres PTF, on leur reproche notamment de privilégier une méthode peu attentive aux priorités gouvernementales :

Et puis les Américains ils ont effectivement une puissance de conviction, de réaction euh..., nous on est complètement à la ramasse, hein [...], nous à côté, [...] on n'a aucune capacité de... contradiction. [...] Mais tu sais, c'est pareil hein, les Américains, ils discutent pas vraiment avec le gouvernement euh... sectoriel; les Américains, ils signent je crois tous les quatre ans une [...] note de coopération globale, et puis après, ils font un peu leurs affaires avec les ONG américaines. Alors bien sûr, y a des points de contact avec le ministère [...], mais bon quand t'as un bailleur qui arrive avec... je crois qu'ils décaissent 120 millions d'euros par an juste pour la santé... tu dis pas non, hein. (KI15_260719)

Cette citation soulève des enjeux de pouvoir importants entre PTF – expliquant, au moins en partie, le poids de certains « *big players* » et leur force de persuasion qui leur octroient des opportunités pour

l'adoption d'initiatives, qu'elles soient ou non ancrées dans les cadres politiques sectoriels définis par le gouvernement malien. Au contraire, les PTF «plus petits» ont pour habitude de présenter «plusieurs options sur la table» et de s'inscrire dans les priorités nationales.

Le « problème » peut-il être conceptualisé différemment?

Pour les représentant-e-s du secteur de la protection sociale, le problème n'est pas restreint aux mauvais indicateurs de SMI. Il est plus large que cela : ce sont les mauvais indicateurs de santé dans leur ensemble qui sont problématiques. Ainsi, ce secteur se focalise sur les barrières à l'accès aux soins et appelle à des réformes s'attaquant à la demande. La réponse se situe pour eux et elles dans un système solidaire assurantiel pour le secteur formel (assurance maladie obligatoire, AMO), mutualiste pour le secteur agricole et informel, et d'assistance pour les plus pauvres (RAMED), couplé à une amélioration de la qualité des soins. C'est précisément la proposition du RAMU. Or, la loi sur le RAMU adoptée fin 2018 a suivi un processus institutionnel classique, inclusif de toutes les parties concernées et donc nécessairement long. Les représentant-e-s du secteur de la santé sont en réalité nombreux et nombreuses à soutenir la réforme systémique du RAMU. Comparé à la gratuité, le RAMU permettrait selon eux et elles de faire moins peser le fardeau des dépenses de santé sur le budget de l'État. Le recours massif aux ASC, mais surtout la mise à l'échelle nationale de la gratuité sont en effet critiqués par presque l'ensemble des répondant-e-s. De nombreux et nombreuses fonctionnaires expriment leurs doutes quant au financement pérenne d'une telle initiative. La réforme semble en effet faire l'impasse sur les questions de viabilité financière.

Plus important encore, avec cette représentation des problèmes focalisée sur la SMI, telle que portée par la réforme de 2019, la réforme fait l'impasse sur la fragmentation des PTF et des ONG et sur la

coordination des financements. Bien que la stratégie de financement par les partenaires extérieur-e-s ne soit pas pérenne, on continue de se reposer sur ce modèle pour l'opérationnalisation de la réforme⁴ :

Pour la réforme il y a les GAVI qui annoncent je crois 12 millions de dollars et Fonds Mondial aussi 10 millions de dollars... il y a la Banque mondiale aussi qui veut nous accompagner. Pratiquement c'est tous les PTF. (KI24_010819)

De la même manière, un conseiller technique du ministère déplore les « coûts cachés » de l'expertise internationale (les missions, leur rémunération, etc.), mais défend la possibilité de faire appel à celle-ci pour élaborer, et plus tard, opérationnaliser la réforme. Au-delà des silences, ce sont donc les contradictions à répétition des différent-e-s acteurs et actrices interrogé-e-s qui posent question.

Ce qui fait moins débat dans cette représentation du problème, c'est la voix des communautés, hormis pour une représentante de l'ONG américano-malienne qui y fait explicitement référence à partir d'une enquête (voir ci-dessus). Certes, plusieurs répondant-e-s, y compris dans les ministères, reconnaissent les difficultés d'accès aux soins dues à la pauvreté et la nécessité de favoriser « l'implication des communautés dans la résolution de leurs problèmes de santé » (KI17_290719) et de rendre des comptes au « pauvre patient-e » :

Tout ce que nous mettons dans l'humanitaire... C'est énorme. Mais qu'est ce qui arrive... concrètement à cette femme qui est à 45km de Labezanga [...] : qu'est-ce que cette femme bénéficie? Rien, rien, tout est mis dans le système. Est-ce que vous voyez? Et [...] quand vous prenez une agence, une ONG ou n'importe qui qui vient alors je serais intéressé qu'on fasse des études, pour voir combien ça coûte! Mais en réalité le pauvre patient, il a combien? Et pourquoi nous n'allons pas rêver? (KI10_240719)

4. À l'inverse, le RAMU est présenté comme devant être exclusivement financé par des fonds domestiques, quitte à ce que l'état trouve des financements innovants pour cette politique.

Ce discours se voit en réalité contredit de façon importante, notamment chez les hauts-fonctionnaires du secteur de la santé, dans leur majorité des professionnel-e-s de santé, quand ils et elles réduisent les problèmes du niveau communautaire à la corruption des membres d'ASACO. On note une certaine forme d'élitisme, voire de mépris, dans leur discours. Cet élitisme est potentiellement incompatible avec le mouvement pour la santé communautaire et l'idéal de justice sociale :

Il y a eu accentuation des problèmes parce que tu [membre de l'ASACO] gères quelqu'un qui est plus instruit que toi. [...] Alors que les directeurs techniques de centre... il y a les médecins, quelqu'un qui a BAC +7, c'est un intellectuel. Si un paysan, ou bien en tout cas un élu doit le gérer, il faut le faire avec tact! Malheureusement, on a vu que les idées étaient divergentes. Quand les uns veulent le bien de la population, la bonne gestion du centre, par contre d'autres veulent leur poche, ne visent que ça. [...] Quelqu'un qui est là qui bosse tous les jours [...] et [un autre] vous dit de ne pas vous intéresser au côté finances, de s'occuper seulement aux techniques... C'est un intellectuel, il ne peut pas comprendre ça. Donc c'est là où les problèmes ont commencé. (KI24_010819)

On a ici le principal argument du secteur de la santé pour justifier la reprise de la gestion des centres aux mains des professionnel-le-s. Mais cette reprise en main pose question et suscite une levée de boucliers des acteurs et actrices de la santé communautaire, notamment de la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire. La redéfinition du rôle des ASACO n'est pas claire dans la réforme :

Et puis on occulte complètement la question de la gouvernance de l'ASACO. D'après ce que j'ai compris dans la présentation [pendant l'atelier annonçant la réforme], ils disent : ils sont méchants, voilà. Euh... mais oui, mais bon voilà, [...] le problème c'est qu'il y a jamais eu de... de tutelle, y a des tutelles administratives, y a des tutelles techniques qui

devraient avoir eu lieu, et comme le poisson pourrit par la tête, ils sont pires, donc les ASACO, pourquoi on leur demanderait d'être honnêtes? (KI04_220719)

Enfin, la déconnexion qui émerge entre la loi sur le RAMU, votée à peine quelques mois auparavant, et l'annonce de la réforme du système de santé révèle un certain manque de vision au plus haut niveau de l'État sur la nécessaire concertation entre les deux secteurs (voir le chapitre de Touré et Ridde). La reprise en main par le ministère du portefeuille de la protection sociale à la mi-2019 facilitera peut-être le pilotage concerté du RAMU :

Comme maintenant les deux volets sont au sein du même ministère, en principe s'il y a une bonne coordination au sein du ministère, ils doivent pouvoir vraiment faire la cohérence entre l'offre et la demande. (KI12_250719)

Ce bouleversement institutionnel pourrait en outre faciliter l'articulation de la réforme de 2019 à celle du RAMU. Toutefois, les répondants dans leur majorité expriment leur méconnaissance ou incertitude sur ce sujet.

Comment et où cette représentation du « problème » a été produite et diffusée?

L'ambitieuse réforme du système de santé malien annoncée début 2019, qui s'attaque au problème de la SMI, puise sa source au milieu des années 2010, lors de concertations visant à tirer des leçons des succès et échecs du système de santé ces 30 dernières années (Graphique 2). Le momentum politique se construit autour de l'urgence de redonner de la confiance dans l'action de l'État et de ses structures au Nord et Centre dans le contexte de massacres intercommunautaires fin 2018 et début 2019, et du sentiment d'insécurité mêlé à la pauvreté. Un climat de grogne des partis politiques d'opposition règne également en 2018-2019. Pour les décideur-e-s politiques malien-ne-s, et aussi pour une partie des PTF, l'enjeu est en effet avant tout d'annoncer une réforme populaire,

suscitant la cohésion nationale et ayant l'objectif de rassurer les populations dans un contexte de crise politique, humanitaire et sécuritaire. Cet objectif est tout à fait assumé par les décideur-e-s :

Nous nous sommes dit que, aujourd'hui... il faut forcément subventionner, aujourd'hui au Mali subventionner la santé est obligatoire pour avoir la paix. Voilà un des aspects importants que les gens ont tendance à oublier. Et là il n'y a pas de prix. C'est la réponse que je donnerai parce que nous allons utiliser la santé comme un vecteur de paix. (KI10_240719)

De la même manière, l'émergence du RAMU se construit autour de discours sur la pacification de la population malienne à partir de 2013.



Les PTF sont eux aussi conscients de cette stratégie « d'apaisement » symbolique pour les populations, visant notamment à tendre vers la paix sociale. Ils sont en revanche plus sceptiques sur l'opérationnalisation et le financement d'une telle proposition.

Comme évoqué plus haut, des enjeux de pouvoirs sont apparus autour de l'élaboration de la réforme et de son contenu final. Aux yeux des hauts-fonctionnaires malien-ne-s, qui ont fortement été impliqué-e-s dans les discussions sur la réforme avant l'appel à la SAP, la réforme promue finalement se focalise sur le renforcement de la santé communautaire, alors qu'il y a, d'après eux et elles, d'autres chantiers extrêmement importants, comme la réforme hospitalière. En interne, ces désaccords sur le contenu à prioriser ont mené à plusieurs versions d'un même document de réforme. Le document produit par cette structure (« main dans la main avec le cabinet du MSHP »), intitulé initialement « Vers la réforme de la santé communautaire au Mali – Une initiative présidentielle pour la réforme progressive de la santé au Mali, 2019-222 »

(Doc_santé_comm_Réforme2019) a ainsi été présenté aux PTF. Mais c'est le « document-cadre de la réforme » (nourri par le document précédent) qui a été présenté lors de l'atelier de lancement, dont le titre est « Réforme du Système de Santé du Mali 2019-2030 » (Doc_cadre_Réforme2019). Ce document diffère de façon significative du premier et a tendance à « noyer » les annonces de gratuité et d'investissement en santé communautaire dans d'autres priorités —à ce jour peu détaillées dans le document. Ainsi, ces désaccords mènent à un revirement assez significatif par rapport au discours initial : on part d'une attention portée sur la santé communautaire pour arriver à une réforme beaucoup plus large, couvrant l'ensemble de la pyramide sanitaire.

En revanche, fin février 2019, l'effet d'annonce à la télévision, par le président a été réel et chargé de symboles —en particulier sur la cohésion sociale et, en filigrane, sur la paix dans le pays. L'annonce de lancement de la réforme porte principalement sur la gratuité des soins pour différentes catégories de populations. Bien que les répondant-e-s reconnaissent une implication des différent-e-s acteurs et actrices dans le processus de réflexion ayant conduit à cette réforme, ils et elles notent tous et toutes une certaine surprise quant au contenu exact annoncé, notamment en ce qui concerne la gratuité :

Et la déclaration faite par le président... [...] Les gens savaient qu'il y avait des consultations pour informer que le système de santé est en cours de réforme, on cherche des solutions, il y a tel, tel indicateur pour mieux baisser ceci cela... Mais je ne pense pas que les gens étaient déjà au courant depuis le début qu'il va avoir des gratuités par rapport à telle cible, mais c'est le jour du lancement que tout le monde a pris connaissance vraiment de ce qui est ressorti par rapport à cette réforme-là.
(KI12_250719)

La précipitation de l'annonce suscite d'ailleurs des critiques, notamment de la part de PTF. Ils estiment que cette précipitation a donné lieu à des choix manquant de réflexions suffisantes, notamment en ce qui concerne la gratuité. Des fonctionnaires du

gouvernement, notamment du secteur de la protection sociale, soulignent les contradictions liées à la mobilisation de fonds externe pour financer une réforme systémique :

Mais un dispositif comme ça... moi... pour sa pérennité, il faut d'abord compter sur les ressources de l'État. Parce que de toute façon le partenaire il peut soutenir... à travers des soutiens pour accompagner mais les prestations elles-mêmes, l'État doit garantir leur pérennisation. Sinon, bon, le partenaire c'est aussi au gré des contraintes qu'il a [...] dans le cadre humanitaire c'est effectivement tout à fait imaginable, hein? Mais un dispositif pérenne il faudrait que l'État se donne les moyens lui-même sur son budget de le soutenir. (KI03_190719)

Pour cet acteur, c'est bien à l'État de prendre ses responsabilités en assumant la part la plus importante du financement de cette réforme. La plupart des acteurs et actrices malien-ne-s interrogé-e-s privilégient en réalité l'approche contributive du RAMU (bien que largement subventionnée par l'État qui prendrait en charge une part majoritaire des cotisations de 78% des Malien-ne-s), qui permettrait de créer les conditions de la pérennité. La plupart des PTF questionnent aussi la capacité de l'État à financer la réforme de 2019 dans le contexte d'un budget alloué à la santé constamment en baisse. On relève également une certaine incompréhension des PTF par rapport au flou qui règne sur l'intégration de cette réforme dans le paysage institutionnel de la planification en santé/social : évaluation du PRODESS III, élaboration du PRODESS IV.

De la même façon, les questionnements nombreux et pressants autour de la manière d'opérationnaliser la réforme viennent quelque peu remanier les contours et contenus à prioriser. Ainsi, lors d'un atelier sur l'opérationnalisation de la réforme, six mois après le lancement, on discute d'un changement de scénario concernant le volet gratuité. Ce n'est pas une mise en œuvre de la gratuité par palier géographique, mais une évolution par paquets de soins pour chaque population, tous les deux ans jusqu'en 2025 (en commençant par le paquet de soins pour les femmes enceintes en 2020 et en terminant par les personnes âgées en 2025). Ce choix est officiellement guidé

par des raisons d'équité. Ce « ne serait pas juste » que seuls certains CSCOM commencent à bénéficier de la gratuité pour tout le paquet de soins prévu, alors que d'autres attendront 2025 pour cela. Deux ans après l'annonce de cette réforme, la réalité est que les gratuités ne sont pas encore opérationnelles. Après plusieurs versions, le « Plan d'action pour le Mali (MAP) 2020-2033, La voie à suivre » (janvier 2020) comprend un volet gratuité réduit par rapport à ce que prévoyait la réforme de 2019⁵.

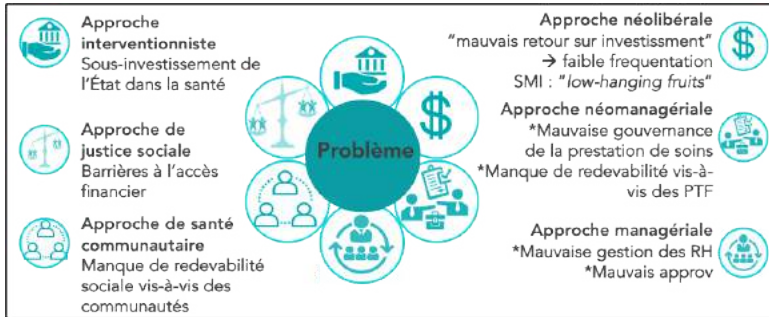
Ce document est présenté comme « devant servir de fondement à la prochaine génération du PRODESS et à la mise en œuvre du RAMU » (Touré, 2020 : 15). De plus, il est question d'intégrer dans ce document un volet sur la solidarité et la protection sociale, mais les contours de ce volet ne sont pas encore établis. Le contenu de ce volet est rédigé par des assistant-e-s techniques de la SAP (déjà largement impliqué-e-s dans les versions précédentes du Plan d'action), sur la base d'échanges avec des cadres du secteur de la protection sociale (Touré, 2020).

Discussion

L'approche post-structuraliste de Bacchi (2016) a permis d'identifier les présupposés des acteurs et actrices et leurs idéologies sous-jacentes, révélés dans les discours autour des réformes. Cette approche nous a notamment permis d'analyser comment ces idées préconçues façonnent les discours sur les différents problèmes, justifiant ainsi les propositions de solutions (gratuité, mutuelles, déploiement d'ASC, etc.) aux niveaux central et décentralisés. Plus spécifiquement, cette étude nous a permis de retracer les différents courants de pensée qui sous-tendent les différentes représentations des problèmes (Graphique 3). L'ensemble de ces courants de pensée

5. Il est prévu dans la version de ce plan d'action de janvier 2020, sans plus de précision, que: «100% de la population bénéficiera d'un accès gratuit à un ensemble de services essentiels dispensés à leur porte par les ASC, 100% des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans bénéficieront d'un accès gratuit aux soins dans tous les centres de santé et toutes les femmes en âge de procréer auront accès gratuitement à la planification, 50% des services seront fournis gratuitement au niveau des CSCOM ».

se reflètent dans la réforme du système de santé, révélant ainsi les multiples contradictions à l'œuvre et notamment, pour la SAP, l'usage de rhétorique autour de l'approche de la santé communautaire.



Graphique 3. Courants de pensée qui sous-tendent les représentations du problème. Source : Gautier, L.

L'annonce de la réforme du système de santé et la manière dont elle a été élaborée (sans grande concertation avec l'ensemble des acteurs et actrices), au moment même de l'adoption d'une autre grande réforme (le RAMU), montre l'importante déconnexion entre le secteur de la santé et celui de la protection sociale⁶. Ils étaient traditionnellement séparés mais, depuis mai 2019, se retrouvent dans un même ministère – le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, devenu Ministère de la Santé et du Développement Social en 2020. Le problème est en effet conceptualisé différemment selon ces deux catégories d'acteurs et d'actrices – les premiers et premières se concentrant sur les mauvais indicateurs spécifiques de SMI, alors que les second-e-s produisaient une représentation plus globale du problème, considérant la (mauvaise) santé de la population dans son ensemble. Ainsi, les acteurs et actrices du secteur de la protection sociale privilégient la mise en place de régimes contributifs solidaires et ancrés dans les communautés, fédérés autour d'un régime unique (le RAMU) qui permet aussi une réduction de la fragmentation des initiatives existantes (AMO, RAMED, mutuelles communautaires,

6. Voir le chapitre de Touré et Ridde

gratuité des traitements contre certaines maladies, etc.). Les acteurs et actrices du secteur de la santé quant à eux et elles soutiennent une réforme spécifique du système de santé qui s'attaque à la SMI en prenant pour point d'ancrage les soins de santé primaire et qui propose la gratuité des soins pour certaines catégories de populations – en particulier, les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de cinq ans.

Le clivage préexistant entre les catégories d'acteurs et d'actrices, et notamment les deux secteurs, se répercute sur l'appréciation et l'engagement vis-à-vis des initiatives en cours (RAMU vs réforme du système de santé). Ce problème de décalage d'engagement entre les secteurs de la santé et de la protection sociale a déjà été soulevé dans le passé et dans d'autres recherches au Mali (Touré & Ridde, 2020). Dans les prochaines années, il faudra observer si l'inclusion du portefeuille des affaires sociales (y compris la protection sociale) au sein du ministère de la santé peut conduire à une meilleure synergie entre ces deux secteurs, notamment dans le cadre d'une potentielle intégration du volet gratuité de la réforme au sein du RAMU (dont les décrets d'application sont en cours de finalisation). De façon générale, les répondant-e-s qui défendent la réforme évoquent peu les possibilités d'intégration systémique de celle-ci par rapport aux initiatives en cours (comme le RAMU), ni même son inscription dans la continuité des cadres d'orientations existants ou en cours de renouvellement, tels que le PRODESS. Il est possible que le caractère exogène d'une partie du contenu de la réforme (notamment la proposition d'ancrage en santé communautaire et de gratuité des soins) soit à l'origine de ces silences.

Le caractère exogène pose l'enjeu de l'appropriation par les gouvernements d'un travail largement réalisé « *behind the scenes* » par une structure américaine liée à une fondation philanthropique et employant les techniques du *management consulting* (Kirkpatrick et al., 2016) et le paradigme néolibéral du retour sur investissement qui l'accompagne (Mills et al., 2001). Le rôle de ce type de structures dans la diffusion de politiques de santé mondiale dans PRFM a été abordé dans plusieurs écrits (Gautier, 2019; People's Health Movement et al., 2017). Toutefois, des recherches futures comprenant des études de cas spécifiques permettraient d'approfondir les différents enjeux

et intérêts sous-jacents de ces structures. Certain-e-s auteurs et autrices reconnaissent notamment le rôle croissant des fondations philanthropiques privées et des cabinets de conseil en gestion dans la politique et les systèmes de santé (Kapilashrami & Schrecker, 2018) qui confèrent un « tournant néolibéral » à la santé mondiale. Dans les pays occidentaux, leur rôle dans l'inspiration de mauvais choix de riposte à la pandémie de COVID-19, et dans l'accélération de la crise des opioïdes, a été vivement critiqué (Castonguay, 2020; Hart & Rice, 2020; Petitjean, 2020).

Des formes de clivage entre classiques (PTF) et nouveaux (SAP et ONG américano-malienne) aux méthodes et styles différents ont également tendance à se manifester. En particulier, la conduite et les façons de faire insistantes de la représentante d'une structure américaine sont mal perçues ou mal comprises par les répondant-e-s PTF. Une certaine méfiance règne chez eux et elles au sujet des « véritables » intentions de cette représentante, et ses manières de faire suscitent des doutes sur la crédibilité du travail réalisé par cette structure auprès du cabinet du ministère de la santé. Faisant référence à d'autres travaux, une répondante a comparé cette représentante à une véritable « entrepreneuse de diffusion »⁷. Les divergences d'approches parmi les PTF sont aussi identifiées dans d'autres recherches, y compris au sujet de la SMI (Deleye & Lang, 2014). Dans cette étude, les auteurs montrent la propension des acteurs et des actrices du secteur privé à collaborer davantage avec des acteurs et actrices non-étatiques, et notamment des ONG internationales (comme l'ONG américano-malienne).

Un paradigme qui semble faire consensus, pour l'ensemble de ces structures extérieures, est le nouveau management public. Les PTF invitent en effet, et de manière croissante, à davantage de pratiques de la redevabilité, employant des outils sophistiqués de suivi d'indicateurs, de prévisions d'atteinte de résultats, etc. (Paul & Renmans, 2017). Toutefois, comme dans le cas de la diffusion du financement basé sur la performance en Afrique⁸, cette attention favorise l'idée de rendre des comptes aux acteurs et actrices

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

8. Voir les chapitres à ce sujet dans l'ouvrage

extérieur-e-s, plutôt qu'une redevabilité sociale devant les populations des pays bénéficiaires de cette action extérieure (Gautier *et al.*, 2019). Pourtant, en de tels temps de crises sécuritaire et de confiance vis-à-vis de l'État, le gouvernement gagnerait à écouter et protéger davantage ses populations (Paul *et al.*, 2013).

Enfin, le financement et l'opérationnalisation par l'État de la gratuité des soins pour plusieurs catégories de services et populations soulève d'importants questionnements. Si l'on place ce type de déclarations en parallèle avec la baisse constante du budget de la santé, ce sujet soulève un enjeu financier d'autant plus inquiétant. Depuis quelques années, la part du budget national allouée à la santé continue de décliner (moins de 4% pour l'année 2019). Non seulement la part allouée à la santé baisse constamment mais en plus, sur cette part, il faut financer aussi la demande (notamment, le RAMU), ce qui fait concurrence au financement de l'offre. En octobre 2019, le gouvernement s'était engagé à augmenter le budget alloué à la santé de 4% à 6% d'ici 2022. Mais les différentes crises politiques et sanitaires qu'a connues le pays en 2020 ont probablement eu des effets sur ces prévisions.

Conclusion

Cette étude emploie une démarche conceptuelle innovante pour analyser les discours des acteurs et des actrices du système de santé malien impliqué-e-s dans différentes réformes. Elle fait ressortir l'émergence d'une nouvelle politique dans le contexte de l'opérationnalisation d'une autre, le RAMU. Or, ces deux réformes reflètent différentes représentations des problèmes, qui soulèvent des intérêts sous-jacents pour leurs partisan-e-s, et qui mettent en lumière des processus d'élaboration, des temporalités et des stratégies de concertation diamétralement opposés. Plus encore, cette double émergence montre un manque de vision commune pour deux secteurs de l'action gouvernementale primordiaux pour le système de santé et sa viabilité : la santé et la protection sociale. Des recherches futures portant sur les impacts de la fusion dans un même

ministère de ces deux secteurs seront utiles et permettront notamment d'éclairer les opportunités d'intégration des deux propositions politiques analysées dans cette étude.

Remerciements et Financement

La présente étude fait partie d'un programme de recherche plus large intitulé : « UNISSahel : Couverture Universelle Santé au SAHEL » coordonné par l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD). Ce programme est financé par l'Agence Française de Développement, et il est mis en œuvre par une équipe composée d'ONG/organismes de recherche basées au Mali, au Niger et au Tchad, et de chercheurs et chercheuses de l'IRD⁹. Le programme comprend notamment un ensemble de projets de recherche sur la mise en œuvre et l'impact de l'Initiative I3S.

Les autrices et l'auteur remercient l'Agence Française de Développement pour le financement de la recherche, Mamadou Diabaté pour la facilitation des contacts avec plusieurs répondant-e-s, et Kanuya Coulibaly et Thérèse Gautier-Garancher qui ont participé à la transcription des entretiens.

Références

- Bacchi, C. (2016). Problematizations in health policy: Questioning how “problems” are constituted in policies. *SAGE Open* 6(2). <https://doi.org/10.1177/2158244016653986>
- Castonguay, A. (2020, 6 mai). Au cœur de la bataille pour sauver le Québec. *L'actualité*. <https://lactualite.com/politique/la-bataille-pour-sauver-le-quebec/>

9. <https://www.ceped.org/fr/Projets/Projets-Axe-1/article/unissahel-couverture-universelle>

- Deleye, C. & Lang, A. (2014). Maternal health development programs: comparing priorities of bilateral and private donors. *BMC International Health and Human Rights*, 14(31). <https://doi.org/10.1186/s12914-014-0031-x>
- Fawcett, S.B., Francisco, V.T., Hyra, D., Paine-Andrews, A., Schultz, J.A., Russos, S., Fisher, J.L. & Evensen, P. (2000). Building healthy communities, in: *The Society and Population Health Reader: A State and Community Perspective*. The New Press, New York, 75–93.
- Gautier, L. (2019). *From ideas to policymaking: the political economy of the diffusion of performance-based financing at the global, continental, and national levels*. [Thèse de doctorat]. Université de Paris & Université de Montréal.
- Gautier, L., De Allegri, M. & Ridde, V. (2019). How is the discourse of performance-based financing shaped at the global level? A poststructural analysis. *Globalization and Health*, 15(6). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0443-9>
- Hart, B. & Rice, A. (2020). *What a spectacularly ill-Advised idea says about McKinsey*. Intelligencer.
- Kapilashrami, A. & Schrecker, T. (2018). Global Health Watch: Challenging entrenched ideas in global health. *BMJ*, 360, k956. <https://doi.org/10.1136/bmj.k956>
- Kenouvi, G. (2019). Réforme du système de santé : Opération risquée. *Journal du Mali*.
- Kerouedan, D. (2015). Chapitre 4. Les bonnes pratiques de la Global Health. Améliorer la santé ou bien gérer l'argent? Dans A. Klein (dir.), *Les bonnes pratiques des organisations internationales* (97-112). Presses de Sciences Po.
- Kirkpatrick, I., Lonsdale, C. & Neogy, I. (2016). Management consulting in health. Dans E. Ferlie, K. Montgomery & A. Reff Pedersen (dir.), *The Oxford Handbook of Health Care Management*. Oxford University Press.
- Loewenson, R. (1993). Structural adjustment and health policy in Africa. *International Journal of Health Services*, 23(4), 717-730. <https://doi.org/10.2190/WBQL-B4JP-K1PP-J7Y3>

- Mills, A., Bennett, S., Russell, S., Attanayake, N., Hongoro, C., Muraleedharan, V.R. & Smithson, P. (2001). Health Sector Reform and the Role of Government. Dans A. Mills, S. Bennett, S. Russell, N. Attanayake, C. Hongoro, V.R. Muraleedharan. & P. Smithson, P. (dir.), *The Challenge of Health Sector Reform: What Must Governments Do? The Role of Government in Adjusting Economies* (1-20). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/9780230599819_1
- Paul, E. & Renmans, D. (2017). 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? *International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), 51-66. <https://doi.org/10.1002/hpm.2409>
- Paul, E., Samaké, S., Berthé, I., Huijts, I., Balique, H. & Dujardin, B. (2013). Aid for health in times of political unrest in Mali: Does donors' way of intervening allow protecting people's health? *Health Policy & Planning* 29(8), 1071-1074. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt082>
- People's Health Movement, Medact, Third World Network, Health Poverty Action, Medico International, Asociación Latinoamericana de Medicina Social (dir.) (2017). Management consulting firms in global health. Dans *Global Health Watch 5: An Alternative World Health Report* (Section D3). Zed Books Ltd.
- Petitjean, O. (2020, 3 juin). Covid-19: ces consultants au cœur de la «défaillance organisée» de l'État. *Observatoire des multinationales*. <https://multinationales.org/Covid-19-ces-consultants-au-coeur-de-la-defaillance-organisee-de-l-Etat>
- Quadrant Conseil (2019). *L'arbre des problèmes*. Quadrant Conseil. https://quadrant-conseil.fr/ressources/documents/Arbre_des_problemes.pdf
- Ridde, V. (2004). *L'initiative de Bamako 15 ans après : un agenda inachevé*. Nutrition and Population (HNP), World Bank Health.
- Touré, L. (2020). *Une nouvelle politique publique de financement de la Santé dans le cadre de la couverture universelle au Mali*. Miseli.
- Touré, L. (2011). *La gouvernance de la santé dans la région de Sikasso*. Miseli.

- Touré, L. & Ridde, V. (2020). The emergence of the national medical assistance scheme for the poorest in Mali. *Global Public Health*.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1855459>
- Touré, L., Ridde, V. & Queuille, L. (2014). *Évaluation des besoins de plaidoyer en appui à la couverture universelle santé au Burkina Faso, Mali et Senegal* [Rapport final], Miseli.
- Waelkens, M.P. & Criel, B. (2007). *La mise en réseau de mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest* [Colloque international sur les mutuelles de santé], Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique, Nouakchott, Mauritanie.

3. L'émergence comparée du financement basé sur les résultats dans la santé au Bénin et au Burkina Faso

EMMANUEL SAMBIENI ET VALÉRY RIDDE

Introduction

Le sens à saisir du financement basé sur les résultats (FBR) est double, descriptif et fonctionnel. Dans le premier sens, comme on s'entend quand on prononce le groupe nominal, il s'agit pour les services de santé d'être financés (recevoir de l'argent des partenaires financiers via l'État central) sur la base des résultats (indicateurs de performance précis) qu'ils ont produits (rapports d'activités vérifiés par des spécialistes et des représentant-e-s de la communauté du service). Le second sens est donné par le document de stratégie de mise en œuvre du FBR au Burkina Faso où il est défini comme

une stratégie de financement des services de santé qui vise l'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins à travers une approche contractuelle. Il consiste au paiement de ressources financières incitatives basé sur la performance des prestataires en lien avec une offre de services prioritaires répondant aux normes et standards de qualité. (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2010a : 17)

Cette opération descriptible est la conséquence d'une théorie ou hypothèse de base selon laquelle

lier les mécanismes de paiement aux résultats définis peut conduire à une couverture accrue des services et à une amélioration de la qualité des services de santé maternelle et infantile. Au Rwanda, les résultats de deux évaluations indépendantes ont montré un impact positif du FBR sur

l'utilisation des accouchements institutionnels, des consultations de suivi de la croissance et des niveaux accrus de qualité des soins perçue et évaluée. (Haidara *et al.*, 2013 : 3)

Cette hypothèse théorique et les données produites, comme le stipule Haidara *et al.* (2013) pour le cas du Rwanda, ont favorisé une reproduction de cette action publique dans plusieurs pays (République Centrafricaine, Zimbabwe, Zambie, République Démocratique du Congo (RDC), Bénin, Cameroun, Tchad et Malawi). Parallèlement aux évaluations, des chercheurs et chercheuses en sciences sociales ont analysé les conditions sociales de l'émergence, à la fois pour tirer des leçons de contexte et pour faire avancer les corpus théoriques et paradigmatiques en analyse de l'action publique. Des exemples en ce qui concerne particulièrement l'étude de l'émergence sont les cas du programme de solidarité pour affilier les plus pauvres à une assurance maladie au Burkina Faso (Kadio *et al.*, 2017), de l'absence d'émergence du FBR au Tchad (Kiendrébéogo *et al.*, 2017) et de l'émergence du FBR au Mali (Coulibaly *et al.*, 2018), au Ghana (Kusi-Ampofo *et al.*, 2015), au Népal (Colombini *et al.*, 2016) et au Darfour (Soudan) (Bögel & Bögel, 2014). Notre travail est original dans le sens où nous allons comparer l'émergence dans deux pays et examiner les similitudes et les différences.

Intervenir dans l'espace public pour améliorer les conditions sociales de groupes d'acteurs et d'actrices est nécessaire. Mais le processus et les conditions peuvent différer selon les aléas environnementaux et la dynamique des idées (Ridde, 2012) dans le montage des politiques publiques dans un contexte de dépendance plurielle (économique, intellectuelle, matérielle, etc.) (Helgøy & Homme, 2015; Beaussier, 2017). Le FBR intervient après bien d'autres types de financement et de solutions politiques sanitaires en particulier (Kadio *et al.*, 2017), à partir de 2011 au Burkina Faso (Bonfrer *et al.*, 2014) et au Bénin depuis 2007 (Paul & Sossouhounto, 2014). Comment se fait-il que les deux pays voisins ont mis sur l'agenda le FBR? Quelles caractéristiques structurelles et institutionnelles de cette émergence peuvent s'inscrire dans la théorie des courants de Kingdon? Quelles appréciations différentielles cette émergence met-elle au jour?

Méthodes et matériels de l'enquête

Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel pour comparer l'émergence d'une politique publique doit permettre à la fois l'étude de l'émergence et la comparaison. Dans un premier temps, le chapitre s'appuie sur la théorie des courants de Kingdon (1984) pour analyser le processus de mise sur agenda politique du financement basé sur les résultats. Il soutient que ce sont les interactions entre trois courants qui expliquent cette émergence: le « courant des problèmes » (ex: insécurité dans le pays du fait des djihadistes), le « courant des solutions » (ex: soutien de la France avec l'opération Barkan) et le « courant des orientations » (ex: mouvements sociaux). Selon Kingdon, l'émergence intervient en cas de couplage réussi entre le courant des problèmes et le courant des orientations. Ce couplage est facilité par deux éléments essentiels : les fenêtres d'opportunité (occasions favorables qui permettent de réunir les courants) et la présence d'entrepreneurs et d'entrepreneuses politiques (acteurs et actrices qui utilisent leur connaissance du processus pour faire avancer leurs propres objectifs politiques). Cette théorie kingdonienne sera mise à l'épreuve de l'explication de l'émergence du FBR dans les deux pays. Il s'agira donc de voir dans chacun des deux pays l'existence de courants, d'orientations, d'opportunités ainsi que d'entrepreneurs et d'entrepreneuses politiques en lien avec le sujet.

Une fois ce défi méthodologique et scientifique relevé, il faut comparer les deux situations sur la base d'éléments de contextes nationaux et internationaux. Nous adoptons les principes de la comparaison binaire dont la première pertinence repose sur le fait que les deux « pays présentent des analogies fondamentales¹ » (Gazibo, 2002 : 429). Le premier défi de ce type d'exercice méthodologique est la valeur théorique des concepts, d'un pays à l'autre, ici celle des

1. Les analogies fondamentales sont des éléments de contexte qui sont pareils. Dans notre cas, il s'agit des contextes sanitaires qui se ressemblent sur le plan des intrants (ressources humaines, infrastructures, etc.) et des résultats (fréquentation, satisfaction, effets et impacts, etc.).

concepts comme l'émergence et le financement basé sur les résultats. La question posée est celle de leurs sens selon les contextes. Nous pensons, à l'instar de l'auteur, que

les concepts n'ont certes pas une élasticité infinie et que leur utilisation dans des contextes différents impose une vigilance épistémologique, et d'autre part, qu'ils sont transfrontaliers, d'autant qu'ils n'excluent pas la prise en compte des contextes particuliers qu'ils contribuent au contraire, à rendre plus intelligibles alors qu'en retour, ceux-ci permettent d'affiner les constructions générales. (Gazibo, 2002 : 431)

Le Bénin et le Burkina Faso sont comparables et l'objectif est de voir si les conditions théoriques d'émergence du FBR sont les mêmes. L'étude peut ressortir les conditions similaires et les conditions différentes, toujours au regard du cadre théorique de Kingdon. Le choix des cas, ici le Bénin et le Burkina Faso, s'explique par un certain nombre de facteurs similaires et différents. Comme facteurs similaires, il y a tout d'abord le portage international de la politique publique du FBR (Turcotte-Tremblay *et al.*, 2018), avec partout l'implication de la Banque mondiale, la situation institutionnelle et technique du secteur de la santé et le profil épidémiologique des deux pays. Les facteurs différentiels sont liés aux dynamiques politiques locales, en l'occurrence de la période de la recherche. En effet, alors que le Bénin présentait un profil politique de démocratie relativement assumée et stable en 2015, le Burkina Faso vivait un régime politique qui entamait une instabilité causée par des mouvements sociaux d'une extrême violence répétitive. Les deux pays sont, par ailleurs, voisins, ouest-africains, avec des contextes socioculturels similaires à plusieurs égards (religion, économie, politique, etc.). Cette similitude de contexte nous amène à penser que nous avons pu respecter la consigne de l'approche comparative des politiques publiques, c'est-à-dire : « Examen et sélection plus attentives des cas à comparer à la fois entre les différentes unités d'analyse (les pays ainsi que leurs sous-unités politico-administratives) et les différents secteurs politiques » (Hupe & Sætren, 2015 : 95). Enfin, dans les deux pays, contrairement à

d'autres pays africains comme par exemple le Tchad où le FBR n'a pas pu émerger (Kiendrebeogo *et al.*, 2017), on note la mise en agenda de cette politique dans la même période.

Techniques de collecte et démarche d'analyse des données

Trois techniques relevant de l'approche qualitative en sciences sociales ont été appliquées dans le cadre de cette étude: la revue de documents (littérature grise, littérature scientifique, méthodologie) collectés auprès des gestionnaires des ministères, des projets et programmes de santé, des agent-e-s de coopération (Coopération belge et Banque mondiale); les observations directes du fonctionnement des services de santé; et les entretiens semi-structurés avec les responsables administratifs et techniques de ces mêmes services de santé. Une première phase de terrain a été réalisée dans les deux pays entre octobre 2014 et mars 2015. Une seconde phase s'est déroulée au Bénin entre septembre et novembre 2016.

Des données quantitatives secondaires ont été collectées et analysées pour mesurer l'ampleur des problèmes de santé dans les deux pays. Les données qualitatives ont été collectées au moyen de 14 entretiens semi-directifs réalisés au Burkina Faso et 32 au Bénin (tableau 1).

Tableau 1 : Liste récapitulative des informateurs clés au Bénin et au Burkina Faso.

Acteurs et actrices	Bénin	Burkina Faso
Partenaires de l'international (Banque Mondiale, CTB, Agences des Nations Unies)	2	-
Gestionnaires des Projets de mise en œuvre du FBR (BM et CTB)	4	8
Principaux et principales responsables des ministères de la Santé (niveau central et régional)	23	5
Consultant-e-s de l'international	2	1
Total nombre d'entretiens	31	14

Les entretiens ont été enregistrés et transcrits sur Word. Les données obtenues ont été analysées avec le logiciel QDA Miner. Ainsi, des codes ont été créés suivant des catégories inspirées des points clés du questionnement de la recherche.

La principale difficulté rencontrée au cours de la recherche a été la disponibilité des responsables nationaux et nationales et des partenaires. Par exemple, après plusieurs rendez-vous manqués, nous n'avons finalement pas pu parler avec les responsables de la Banque mondiale au Burkina Faso.

Résultats

Les problèmes du secteur de la santé dans les deux pays

Un espace sanitaire à problèmes

Les problèmes qui justifient la recherche d'une nouvelle stratégie de financement du secteur de la santé dans les deux pays sont de trois natures, reliées entre elles : l'état des infrastructures et des équipements, la qualité des services et l'impact des activités sanitaires. Les indicateurs de santé dans les deux pays se présentent à peu près sous la même forme critique.

L'ampleur de la mortalité maternelle et infanto-juvénile dans les deux pays

Au Bénin, les indicateurs officiels de santé sont très critiques avant le FBR. En matière de santé de la reproduction, l'INSAE (2013 : 125) mentionne que « Depuis 2001, on ne constate pas de changement important dans le suivi prénatal, la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals étant passé de 87% en 2001 à 88% en 2006 et à 86% en 2011-2012 ». D'après l'UNICEF Bénin (2011), le taux de mortalité maternelle est de 146 décès pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité infanto-juvénile est de 136 décès pour 1000 enfants et le taux de prévalence contraceptive est de 11,8 femmes sur 100 qui adoptent une méthode contraceptive moderne. En effet, l'enquête démographique souligne que « parmi les femmes de 15-49 ans, 14% utilisaient, au moment de l'enquête, une méthode de contraception

quelconque : dans 9% des cas, les femmes utilisaient une méthode moderne et dans 5% des cas, une méthode traditionnelle» (*ibid.* : 101). Environ 32.6% de femmes ont un besoin en planification non satisfait.

La situation des indicateurs au Burkina Faso dans la même période est aussi assez critique. En effet, le taux de mortalité maternelle était de 332 pour 100 000 naissances vivantes en 2010 (Haidara *et al.*, 2013 : 4)

Des problèmes de gestion des ressources humaines

La démotivation du personnel de santé a été mesurée par les pratiques peu professionnelles et la qualité des services offerts. C'est l'un des plus importants problèmes du secteur de la santé relevé à l'occasion des états généraux en 2007-2008 au Bénin. La reddition de compte du personnel a été soulignée comme premier problème du secteur. Un des responsables du ministère de la Santé dit : «ils savent qu'ils sont médecins, qu'ils sont sages-femmes, qu'ils sont infirmiers mais s'ils ne le font pas, c'est parce que peut-être ils ne sont pas motivés; et c'est peut-être parce que personne ne les contrôle».

Au Burkina Faso, tous les informateurs et toutes les informatrices rencontré-e-s ont mentionné qu'à la base du FBR, on note le faible niveau de rémunération des agent-e-s de santé. Cela avait causé la démotivation du personnel et la mauvaise qualité des soins.

Des usagers et des usagères en difficulté d'accès aux soins

Commençons ce paragraphe par cet entretien qui parle de la situation du secteur de la santé au Bénin.

Le système sanitaire, c'était vraiment en ruine, c'est en ruine. Ça ne marchait presque pas parce qu'avec beaucoup de systèmes, la gratuité, on est venu à il faut payer, l'initiative de Bamako. On est perdu. Il y a eu trop de systèmes qui se sont suivis, qui ont été vraiment inefficaces et je pense peut-

être le FBR va suivre la même route là aussi, inefficace dans 10 ans, mais il y a eu trop de choses. (Extrait M.K. cadre de zone sanitaire, Bénin)

Tout comme au Bénin, le tableau sanitaire du Burkina Faso nous a été donné par les interlocuteurs et interlocutrices placé-e-s au haut niveau technique et politique du pays. Par exemple, un responsable du ministère de la Santé du Burkina Faso disait ce qui suit : « tu vas dans un centre de santé, tu arrives, toi-même, c'est-à-dire l'environnement même là, ça peut même aggraver ta maladie. Tu ne vas pas partir ». Un second affirme :

On a un taux de mortalité maternelle qui est assez élevé au Burkina Faso, et depuis des années. Donc enfants, femmes enceintes, populations de façon générale comme j'ai dit, avec les problèmes spécifiques que sont le VIH, la tuberculose, les maladies non transmissibles qui sont émergentes, notamment diabète, hypertension qui sont également des soucis de santé.

Les autres acteurs et actrices ont évoqué le problème d'utilisation des services qui est assez élevé sur papier seulement. Ils et elles pensent que le Burkina Faso n'allait pas être au rendez-vous de 2015 (en se référant aux cibles des objectifs du millénaire pour le développement).

Des problèmes de santé aux nombreuses solutions expérimentées

Au Burkina Faso, des solutions aux problèmes ont été souvent proposées comme

La décentralisation des services de santé, l'adoption d'une politique sanitaire nationale déclinée en Plan national de développement sanitaire (PNDS) ainsi que la mise en œuvre d'une approche sectorielle à travers le programme d'appui au développement sanitaire (PADS) constituent les piliers de ces réformes. (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2010a : 15)

Au-delà de cette approche programmatique signalée, les informateurs et informatrices rencontré-e-s affirment que pour le Burkina Faso plusieurs solutions ont été proposées comme les OMD, la contractualisation avec les ONG, les SONU, etc. Dans un document de planification sanitaire, l'Unicef Bénin pense que

les grands enjeux du secteur de la santé au Bénin se résument à renforcer le système de santé et améliorer son utilisation : en se basant sur l'approche des soins de santé primaires (SSP), il faut améliorer la performance du système de santé, augmenter son utilisation par les groupes les plus vulnérables et assurer une participation effective des communautés dans la gestion du système de santé avec le maintien et le renforcement des acquis. (UNICEF Bénin, 2011 : 4)

Toujours au Bénin, il y a eu plusieurs fois des réformes du secteur. D'après, un cadre du Ministère, « Quand on est sorti des états généraux, avant ça on avait fait un bouquin; on était en train de travailler sur notre plan des reformes du secteur de la santé qui était pratiquement finalisé ». Ces différentes solutions panacées à l'échelle internationale sont soutenues par ce qu'on appellerait une communauté politique.

Les solutions en vogue dans le champ sanitaire

Il s'agit maintenant de comprendre si des leaders techniques, politiques ou sociaux ont entraîné les institutions nationales à choisir le FBR comme solution aux problèmes de la santé.

L'entrepreneuriat international du FBR au croisement des agences internationales de développement

L'histoire commune du FBR dans les deux pays se trouve en grande partie dans le rôle qu'a joué la Banque mondiale. Malgré les explications endogènes, plusieurs enquêté-e-s pensent que c'est « sur initiative de la Banque mondiale [que] le Burkina a été invité avec

un certain nombre de pays pour une rencontre d'information sur le FBR au Rwanda ». Ce rôle pionnier de la Banque mondiale est généralement évoqué.

Au retour avec la mission, on a essayé avec l'appui des experts de la Banque mondiale de faire une diffusion de ce qu'on a vécu comme expérience là-bas avec l'ensemble des acteurs, notamment les partenaires techniques et financiers sur place ici, les ministères concernés, enfin, un certain nombre de ministères dont la fonction publique, les finances, je crois qu'il y avait également l'administration territoriale, plus bien sûr les autres acteurs du système de santé. (Extrait d'entretien avec cadre administratif national, Burkina Faso, novembre 2015)

Les participant-e-s à la mission conduite par la BM rappellent le plus souvent ceci :

c'est la Banque mondiale avec ses chercheurs, ils ont un de leur grand économiste là. Je pense que ce sont eux qui ont dû faire d'abord les préliminaires pour voir, puisque la vision de la Banque mondiale, puisque c'est eux qui financent tout, c'est de pouvoir mettre tout le monde peut être sous FBR.

Les consultant-e-s séniors ainsi évoqué-e-s ont eu des répondant-e-s dans les guichets nationaux de la BM. Dans ce sens, un expert européen, dans le cas des deux pays, a été d'une très grande importance dans la motivation des gouvernements et dans le montage technique des dispositifs d'intervention. Des consultant-e-s internationaux et internationales, appelé-e-s expert-e-s en FBR « qui sont venus de l'extérieur, des experts belges, sont venus d'un peu partout. C'était pour leur expliquer le FBR, comment ça fonctionnait tout, tout, tout. » (Cadre régional de la santé).

En ce qui concerne le Bénin, l'Agence Belge de Développement est le second initiateur (Paul & Sossouhounto, 2014).

Un cadre technique de la BM a souligné que «le système a été introduit en 1990 avec plusieurs ONG qui l'ont testé à plusieurs reprises et les résultats étaient plus ou moins acceptables». La BM ne serait donc pas à l'origine de l'idée.

C'est aussi pour évoquer le portage institutionnel international de cette politique qu'un cadre du ministère de Santé du Burkina dit :

il y a des pays qui ont fait le FBR avant nous, et dans ces pays-là, on a montré que le FBR était une puissante stratégie de développement sanitaire. Quand je prends des pays comme le Rwanda, je prends des pays comme le Cameroun, des pays comme l'Argentine, les pays de l'Amérique latine, ils ont commencé le FBR avant nous et ça a donné de bons résultats. C'est ce qui a amené la Banque mondiale à encourager cette pratique et à financer la mise en œuvre du FBR dans beaucoup de pays.

Le renforcement d'entrepreneurs et d'entrepreneuses politiques locaux et locales

Le terrain des idées est largement en fonction des conditions sociales et politiques du milieu. C'est le cas même de l'entrée des entrepreneurs et entrepreneuses. Ces derniers et dernières ne s'invitent pas dans des contextes où les conditions sociales et politiques sont invivables. Les entretiens suivants, qui présentent les contextes d'introduction du FBR dans chacun des deux pays, sont illustratifs des contextes favorables.

Dans chacun des deux pays, il revient quelques noms de pionniers et pionnières techniques et politiques du FBR. En général, ce sont les cadres contacté-e-s en premier par des partenaires institutionnel-le-s de financement à partir de leurs positions administratives dans les ministères de la Santé. Les considérer comme des entrepreneurs locaux ou entrepreneuses locales ne revient pas à leur attribuer l'initiative ou la conception de l'action. Ils et elles n'en ont pas eu les moyens sociaux. Cependant, les premiers et premières à être contacté-e-s par les entrepreneurs internationaux et entrepreneuses internationales ont accepté et adopté l'idée (pour diverses raisons) et ont œuvré pour engager les États. À ce titre, ils et elles ont réfléchi et agi, parfois par affrontements, confrontations et mobilisation pour y arriver.

J'ai eu la chance de faire partie de cette équipe-là, et à la rencontre de Rwanda, on a en tout cas vu l'expérience de ce pays-là, qui mettait déjà en œuvre le FBR et dont les indicateurs de santé étaient vraiment parmi les plus performants en Afrique. On a compris que le FBR en tout cas contribuait pour beaucoup dans l'amélioration non seulement de la qualité des soins, mais aussi participait à la performance du système de santé. (Extrait d'entretien avec cadre administratif national, Burkina Faso, novembre 2015)

Aussi au Bénin, l'émergence du FBR a été favorisée par des individus bien « motivés ² ».

J'ai voulu qu'on fasse comme le Rwanda. Le lendemain, je suis rentré dans mon bureau, j'ai mis les réformes, j'ai mis les éléments que j'ai vus là où nous étions et j'ai partagé par email à tous les directeurs. Et comme les valeurs ont changé de sens, il fallait trouver une alternative qui puisse rendre disponibles les différentes sortes de ressources, qui puissent s'assurer qu'il y a des normes qu'on doit suivre pour poser des actes et qui permet de voir si les gens travaillent en suivant des normes établies contre une petite récompense. Aujourd'hui c'est financier, d'autres vont me dire on peut décorer, reconnaissance, etc. Non l'américain que vous voyez aller en Irak ce n'est pas pour les beaux yeux des Irakiens (rire), il y a une assurance derrière, derrière il y a des ressources comme pour le pays. Bon, au fait, en réalité, c'est ce diagnostic-là posé dans les années 2007 qui a conduit à la mise en place de cette initiative de financement au Bénin. (Cadre administratif, Cotonou, septembre 2015)

2. Les personnes qui ont mis assez d'énergie dans la promotion du FBR ont eu des raisons politiques, symboliques, financières et sociales au regard de leurs implications dans les différents projets.

Des fenêtres d'opportunités au gré des offres de financement et des nominations

Les opportunités de croisement des solutions aux problèmes dans le secteur de la santé dans les deux pays sont de même nature (les changements politiques) mais de formes différentes (échéance de régime au Bénin et mouvements sociaux au Burkina Faso). Elles confirment la théorie de Kingdon selon laquelle une opportunité dans le domaine de la politique en l'occurrence va permettre la rencontre contre une solution et un problème.

Mouvements sociaux et changements d'acteurs et d'actrices techniques sanitaires au Burkina Faso autour de 2007

Au Burkina Faso, la période à partir de laquelle l'idée du FBR a commencé par se poser a été caractérisée par des mouvements sociaux qui ont pour conséquence des changements dans les gouvernements. Ainsi, entre 2006 et 2011, il y a eu comme premiers ministres Paramanga Ernest Yonli (du 6 janvier 2006 4 juin 2007), Tertius Zongo (4 juin 2007 au 20 avril 2011) et Luc Adolphe Tiao (21 avril 2011 au 30 octobre 2014). Cette dernière période a été marquée par une révolte populaire intense. Les deux premiers gouvernements ont connu Monsieur Bedouma Alain Yoda comme ministre de la santé qui a été remplacé par Monsieur Adama Traoré en 2011. En général, les nouveaux et nouvelles responsables veulent faire changer les choses, les améliorer et se démarquer des prédécesseurs et prédécesseuses. Un cadre de la santé du Burkina Faso s'exprime en ces termes :

Là où ça joue c'est qu'on a un renouvellement au niveau des autorités du Ministère. De 2011 à maintenant, je pense qu'on a eu au moins trois ministres. On a eu autant de Secrétaires généraux. Au niveau des Directeurs, ça a changé. Donc c'est ça. Le personnel est en perpétuel mouvement!

Une cadre du même Ministère précise qu'entre les ministres, il y a eu des secrétaires généraux comme gardiens des idées et des techniques.

Avènement du régime du changement au Bénin en 2006

Au Bénin, la période de 2006 a été marquée par l'avènement au pouvoir d'un nouveau régime dit de changement, avec à sa tête le président Boni Yayi, ancien Président de la Banque Ouest Africaine de Développement. Son ascension politique a été favorisée entre autres par le slogan, «Ça va changer! Ça doit changer!». Ce slogan venait au moment où le Président Mathieu Kérékou finissait le deuxième mandat de sa seconde expérience de pouvoir de 1996 à 2006. À ce moment, les secteurs qui concentraient les indicateurs les plus sensibles étaient l'éducation et la santé. Comme mentionné plus haut, les états généraux du secteur de la santé ont été organisés dans ce contexte. Un cadre du ministère de la Santé l'exprime :

Il y a le ministre de la santé Keslé Challa, nonchalant, quand il est venu dans le système, il a voulu faire quelque chose de nouveau et on l'a mis aux états généraux de la santé. C'est un des ministres qui a beaucoup d'idées. Bien sûr, il est patron mais il n'est pas sur le terrain. La Banque lui a dit «j'envoie une équipe». Moi j'ai la chance parce que j'étais dans le comité. On a préparé les différents domaines. Au fait, quand on est allé aux états généraux, j'ai été rapporteur général.

L'impact rapide des projets pilotes de la Banque mondiale

Les projets pilotes du FBR sont lancés au cours des années 2000 au Bénin et 2010 au Burkina Faso. En effet, il est signalé au Bénin une expérience dans quelques zones sanitaires avec l'appui d'un fond norvégien. Cette expérience n'a pas vraiment prospéré (pas de suite après quelques mois) pour des raisons de faible base technique et de rupture du financement. Elle a été suivie de l'expérience belge du Projet d'Appui au Zone Sanitaire dans l'Atacora et le Mono qui prend effet à partir de 2007. C'est dans ce contexte que l'idée de la Banque mondiale d'implanter la stratégie dans certains pays comme le Bénin est arrivée. On peut signaler alors au moins trois expériences pilotes dans les deux pays qui sont perçues comme des réussites, tout au moins socialement.

La phase pilote au Burkina Faso a été financée par la Banque mondiale et a concerné trois districts: Boulsa, Léo et Titao. Le Ministère a jugé (avant l'évaluation) que les résultats étaient encourageants. Les rapports d'activités soumis à la Banque mondiale l'ont conforté pour une extension. Ainsi, en janvier 2014, il y a eu une extension à 12 nouveaux districts.

La phase pilote appuyée par la Banque mondiale au Bénin a suivi une courte expérience. En effet, avant son démarrage, il y avait eu un essai de financement basé sur les résultats avec le budget national de 2007 à 2008 dans quelques zones sanitaires du pays. Mais le modèle n'était pas suffisamment outillé sur le plan technique. L'expérience n'a pas prospéré. D'après nos informateurs et informatrices, cette idée des états généraux a eu l'accord du gouvernement mais le désaccord des syndicalistes inquiets à cause des conséquences des politiques d'ajustement structurel des années 1990 qui sont encore vivantes (radiation des agent-e-s de l'État, etc.). Ensuite, une délégation a été conduite au Rwanda, composée entre autres des représentant-e-s de syndicats et des responsables techniques et politiques entre 2008 et début 2009. Les participant-e-s au voyage au Rwanda ont animé plusieurs réunions et ateliers au niveau national pour faire accepter l'idée d'un projet à soumettre à la Banque mondiale. Le projet a eu un accord de financement en 2010 et sa mise en œuvre a commencé en 2012 (PRPSS, 2016a).

Une seconde expérience pilote au Bénin a été celle de la Coopération Technique Belge (CTB). Toujours dans la même période, l'État béninois a bénéficié d'un appui à travers des projets de santé dans certaines zones sanitaires (Paul, 2010). C'est d'abord à travers le projet d'appui à la zone sanitaire de Comè que les premières expériences ont commencé en 2010.

Selon nos informateurs et informatrices, les expériences pilotes ont eu du succès. Il faut souligner cependant qu'elles n'avaient pas été évaluées rigoureusement avant les différentes appréciations. Les partenaires, pour leur soutien dans les deux pays, se sont multiplié-e-s au regard des premiers résultats et surtout de l'adhésion des agent-e-s de santé et des usagers et usagères, comme le montrent ces entretiens.

Même pour l'évaluation par exemple des structures centrales engagées dans le FBR, on a fait appel à l'OMS, l'UNFPA et l'UNICEF pour contribuer à la performance des structures centrales et pour voir dans quelle mesure ils peuvent vraiment accompagner le processus. (Entretien A. S., Burkina Faso, février 2015)

Ces trois districts (Boulsa, Léo et Titao) ont été pionniers en termes de mise en œuvre du financement basé sur les résultats jusqu'en 2013, fin 2013 je dirais. Et en 2014, janvier 2014 pratiquement, on a étendu ça à 12 autres districts sanitaires, donc ça fait 15 districts sanitaires au total. Également, il y a quatre centres hospitaliers régionaux qui sont dans la dynamique depuis janvier. Mais ça a été mis de façon progressive dans les différents districts. Ça a étalé un peu sur trois à quatre mois. De janvier à mars, avril pour ces 15 districts, et ces 4 CHR sont en tout cas dans la dynamique de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats. (Extrait entretien A. S., Burkina Faso, février 2015)

Il faut souligner que, dans certains cas, les échecs ont aussi expliqué le développement de la stratégie. En effet, certains indicateurs de résultats n'ont pas été satisfaisants. Mais la réflexion n'a pas été orientée vers l'arrêt de l'expérience. On a plutôt pensé qu'il fallait mieux concevoir en impliquant d'autres acteurs et actrices pour améliorer les résultats. En témoigne cet entretien.

Donc après deux années de mise en œuvre avec les structures publiques et le privé confessionnel, nous avons abouti à des résultats satisfaisants mais qui ne sont pas à la hauteur de nos attentes. Nous avons constaté que la fréquentation n'était pas aussi satisfaisante et on s'est dit que les relais communautaires pouvaient aider à dénicher, à orienter, à rabattre les clients, les populations sur les centres de santé. Nous avons voulu l'implication prioritaire des relais communautaires. (Extrait entretien S. A., Burkina Faso, février 2015)

Au niveau du Bénin, la phase pilote a connu deux modèles autour desquels les partenaires se sont réparti-e-s. Un cadre du projet financé par la Banque mondiale évoque ce double modèle dans l'optique de faire plier le cas belge vers le cas Banque mondiale :

Les institutions internationales qui s'impliquent pour l'extension sont le Fond Mondial (19 zones), Gavi (2 zones), CTB (5 zones), Banque mondiale (8 zones). Aujourd'hui, il y a encore deux approches, on verra bientôt si la CTB va s'aligner sur l'approche de la BM pour la mise à l'échelle.

Avec les expériences des phases pilotes, on remarque une appropriation du discours et de la pratique dans les deux pays.

Une rapide appropriation du discours et des pratiques du FBR

La philosophie du FBR et ses principes techniques ont été rapidement appris dans les deux pays au moyen d'une communication institutionnelle forte, notamment par des ateliers d'échanges et des formations pour l'ensemble des acteurs et actrices des pyramides sanitaires.

Les premiers ateliers ont été internationaux pour former les cadres techniques des ministères des deux pays. «Nous avons été formés à Douala au Cameroun», dit un cadre technique du Burkina Faso. Ces formations ont donné les compétences et les motivations techniques et politiques pour l'élaboration des documents de la phase pilote dans les deux pays. De retour dans leur pays respectif, les participant-e-s du Bénin et du Burkina Faso ont organisé un atelier national pour présenter les changements qui surviendraient positivement avec le FBR. Plusieurs ateliers ont été signalés dans les deux pays au niveau national et régional, qui impliquaient les départements ministériels du plus haut niveau. Des assistances techniques provenant des partenaires au développement, en l'occurrence la Banque mondiale, ont formé les responsables techniques à divers niveaux. Les formations régionalisées

(Ouagadougou et Bobo-dioulasso pour le Burkina Faso, Cotonou, Parakou, Lokossa, etc. pour le Bénin) ont pris en compte des ministres comme celui de la fonction publique et des finances.

Ces expériences de formation et d'échanges ont favorisé l'appropriation de la théorie du changement selon laquelle :

le FBR peut grandement contribuer à améliorer les choses d'autant plus que ça va entraîner un changement de comportements, les agents vont se sentir plus responsables devant ce qu'ils font alors que contrairement à avant, ils avaient l'impression de travailler pour quelqu'un. Mais avec le FBR, ils savent qu'ils travaillent pour eux-mêmes, parce que quand c'est bon, ils vont récolter des fruits, les fruits tombent. Donc de ce fait, ils vont beaucoup s'impliquer dans la mise en œuvre des activités et viser surtout l'amélioration de leurs résultats parce que qui dit augmentation de résultats dit beaucoup de subsides. (Extrait entretien Z.Z., Cotonou, octobre 2015)

Une forte médiatisation locale

La presse écrite (journaux, bulletins spéciaux de parution mensuelle, émissions radiodiffusés, spots publicitaires, publiereportages, etc.) et des séminaires décentralisés ont permis de faire connaître le FBR. Un ancien secrétaire général du ministère de la Santé du Burkina Faso dit : «Au retour de la mission [financée la Banque mondiale sur le Rwanda], on a essayé avec l'appui des experts de la Banque mondiale de faire une diffusion de ce qu'on a vécu comme expérience là-bas».

Au Bénin, la phase pilote a mis en place un bulletin d'information qui est «une Plateforme pour partager les informations et les résultats» avec une parution bimensuelle. Les fondements du bulletin peuvent être lus dans l'éditorial du N°13 de novembre-décembre 2015 (PRPSS, 2016b).

Ce bimensuel est conçu spécialement pour apporter l'essentiel des informations sur le Programme de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS) et sur ces trois composantes (Financement Basé sur les Résultats; Accessibilité financière des plus pauvres aux soins de santé; et l'Appui Institutionnel au Ministère de la Santé). En présentant les résultats, les expériences des différentes zones sanitaires couvertes par le Programme, les initiateurs partager ainsi les bonnes pratiques afin de susciter un engagement plus grandissant des acteurs et actrices à divers niveaux de la pyramide sanitaire.

Ces différents outils et méthodes de communication ont contribué au développement du FBR dans les deux pays.

Comparaison de l'émergence dans les deux pays

Les faits montrent bien que dans les deux pays, le FBR a fini par se mettre en place politiquement, institutionnellement et techniquement dans le schéma de la théorie des courants de Kingdon.

La teneur nationale des problèmes de santé

Les profils épidémiologiques du Bénin et du Burkina Faso les classent au même niveau d'acuité des problèmes de santé. Si parfois, le Bénin avance des indicateurs de processus bien élevés (comme la consultation prénatale, les accouchements, etc.), les indicateurs d'impact comme la mortalité par catégorie de populations et l'espérance de vie les classent au même niveau. Les comportements des ressources humaines sont aussi les mêmes (Alliance Mondiale pour les personnels de santé, 2008) lorsque l'on considère la qualité relationnelle des services offerts.

Le pilotage externe des solutions techniques aux problèmes de santé

Les différentes solutions techniques aux divers problèmes sont en général de source externe. Ce sont les ingénieries techniques proposées par les agences des Nations Unies et de coopération internationale.

Quand on observe les dispositifs d'intervention des deux pays dans les différents champs de la santé, on ne trouve pas de spécificité locale. Le ministère de la Santé du Bénin est en tout point l'équivalent du ministère de la Santé du Burkina Faso. Le FBR est aussi arrivé comme les autres politiques publiques par un pilotage purement externe. Cependant, la structure du partenariat externe n'est pas la même dans les deux pays.

Les partenaires moteurs de l'émergence du FBR

S'agissant particulièrement du FBR, le pilotage externe diffère en un point. Alors que la Banque mondiale est à l'initiative nationale du Burkina Faso, c'est la CTB qui est la première à parler de cela au Bénin avant d'être rejointe par la Banque mondiale. Cette dualité, parfois conflictuelle entre les deux agences de développement, a même expliqué en partie l'arrêt de l'expérience béninoise après 2017.

Le débat entre partenaires au Bénin a été long et institutionnellement intense (Paul, 2011). Il a porté sur le ciblage des indicateurs, le mode de vérification (technique et communautaire, etc.) et les lignes de financement. L'arrêt en 2017 de la stratégie du FBR peut s'expliquer, entre autres, par le retrait des deux partenaires principaux vis-à-vis de l'incapacité à imposer le modèle de FBR. Cette incapacité est aussi l'expression du faible leadership national.

Les changements politiques au sommet des États

Malgré la circularité des solutions techniques aux problèmes sanitaires nationaux, l'émergence est toujours en fonction de fenêtres d'opportunités. Dans les deux cas, on note que les changements

survenus au niveau politique ont favorisé l'adhésion aux nouvelles idées. Ces changements n'ont certes ni les mêmes raisons (échéance normale de régime politique au Bénin et mouvement sociaux au Burkina Faso) ni la même intensité (un ministre et un directeur de cabinet épris de changements au Bénin contre plusieurs premiers ministres, plusieurs ministres et plusieurs secrétaires généraux au Burkina Faso). Les entretiens au Burkina Faso reviennent sur l'instabilité politique locale comme opportunité mais aussi comme risque :

Heureusement d'ailleurs qu'il y a eu un régime civil de transition qui a permis au financement Banque mondiale de se poursuivre. Si ça avait été un coup d'État avec un régime militaire, je pense que là, il y aurait eu un impact puisque la Banque mondiale aurait arrêté ses financements. (Cadre du Ministère, Cotonou, 2015)

Mon inquiétude c'est le climat politique, le climat social, c'est ça qui va déterminer, à mon sens, la bonne marche du FBR au Burkina. Alors que vous savez que le Burkina actuellement est dans une phase de transition où tout peut casser ou tout peut marcher. (Cadre technique opérationnelle de la phase pilote, Cotonou, novembre 2015)

Au regard des données, le Burkina Faso et le Bénin partagent le même modèle d'émergence: des entrepreneurs locaux et entrepreneuses locales favorisé-e-s par le vent du changement politique ont fait adopter une proposition externe présentée comme une solution technique aux récurrents et communs problèmes de santé.

Discussion et conclusion

L'application de la théorie des courants de Kingdon comme cadre conceptuel pour comprendre la mise sur agenda d'une politique publique a été déjà faite dans plusieurs pays en Afrique comme le Soudan (Bögel, 2014), le Nigéria (The Prevention of Maternal Mortality Network, 1995), le Ghana (Kusi-Ampofo *et al.*, 2015), le Mali (Coulibaly

et al., 2018), le Tchad (Kiendrébéogo *et al.*, 2017), etc. Les résultats montrent que la théorie est féconde. Alors que dans les trois premiers pays, l'émergence a pu se faire (avec le cas timide du Mali), le 5^{ème} cas, par exemple, n'a pas pu permettre une émergence par manque d'entrepreneuriat politique nationale (Kiendrébéogo *et al.*, 2017).

Notons cependant que les facteurs qui permettent les émergences ne sont pas toujours les mêmes ou n'ont pas toujours la même échelle de valeur. Ainsi, l'émergence de la politique de soutiens aux enfants en situation difficile par l'Union Européenne après la crise du Darfour a été favorisée par un entrepreneur non local (le ministre français de la santé) et non par un entrepreneur local ou une entrepreneuse locale capable de porter la politique (Bögel & Bögel, 2014). Cependant, la Banque mondiale, avec ses consultants internationaux, consultantes internationales et agent-e-s techniques n'a pas réussi au Tchad à faire émerger le FBR comme elle l'a fait au Bénin et au Burkina Faso.

Le FBR était déjà en place en Afrique centrale (Burundi, Cameroun et autres) avant d'être transporté en Afrique occidentale. Bien au-delà de l'Afrique, ce paradigme est assez dépendant des OMD impulsés par les Nations Unies. Dans les deux pays d'enquête, il a été noté que l'expérience pilote a été soutenue par plusieurs partenaires dans le cadre du panier commun géré par l'État. Cette notion de panier commun évoque des réseautages opérationnels (Hupe & Sætren, 2015). On observe une panoplie d'acteurs et d'actrices politiques et techniques dans le champ de la santé qui offrent les différentes solutions aux États. Malgré l'effort de positionnement sans superposition, ils et elles sont en général les mêmes dans l'ingénierie des interventions en santé publique. Pour cela, les solutions ressortent en général des mêmes idées (Pereira, 2011).

Notre chapitre a cherché à comprendre si l'émergence du FBR au Bénin et au Burkina Faso s'est produite de la même façon en employant la théorie des courants de Kingdon. L'étude montre que les deux pays présentent des courants des problèmes similaires du secteur de la santé. Ces problèmes de santé sont en général structurels, datant parfois de la naissance postcoloniale des systèmes de soins.

Les solutions circulent dans le secteur de la santé depuis plusieurs décennies, avec bien évidemment certaines proches du FBR promu par des acteurs internationaux et actrices internationales multiples. Elles sont en général promues par des expert-e-s en développement, dont la formation et le renforcement des capacités sont favorisés par des universités et des agences. Le FBR est de ce type, avec le soutien en amont des consultants internationaux et consultantes internationales de la Banque mondiale et des agences de coopérations au développement. Ces expert-e-s ont donné des cours internationaux soutenus par les agences, avec la participation de cadres nationaux et nationales capables de s'appropriier les discours et les pratiques rapidement diffusés dans l'ensemble du pays³.

Les changements politiques enregistrés dans les deux pays durant la période d'introduction internationale du FBR ont été des événements efficaces pour l'émergence du FBR. Quand les mouvements sociaux visaient son renversement, le pouvoir politique burkinabè a introduit des idées jugées capables de changer les situations sociales pour satisfaire la demande populaire. Au Bénin, le régime politique venu dans la même période avait mis en avant le principe d'un changement structurel de la gouvernance. Cette demande de la nature des acteurs et actrices politiques en changement de l'ordre des choses a été l'opportunité fondamentale d'émergence du FBR.

On peut retenir de cette expérience pour les interventions futures qu'il est nécessaire d'étudier les contextes avant de copier les modèles. Si l'expérience du Burkina Faso a été évaluée et mise à échelle nationale pour plusieurs années de suite, celle du Bénin s'est généralisée sans évaluation proprement dite avant de s'arrêter, faute de financement.

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

Références

- Alliance Mondiale pour les personnels de santé. (2008). *Les personnels de santé pour tous et tous pour les personnels de santé : Programme pour une action mondiale*. Premier Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, Kampala, Ouganda. https://www.who.int/workforcealliance/forum/1_Agenda_french_FIN.pdf?ua=1
- Beaussier, A. (2017). Kingdon en Afrique? Théories de la mise sur agenda et le développement d'un programme d'assistance santé au Burkina Faso. *Sciences sociales et santé*, 35(2), 69-80. <https://doi.org/10.1684/sss.20170204>
- Bögel, J. (2014, juillet). The EU's response to the Darfur crisis. Explaining the emergence of EUFOR Tchad/RCA from a multiple-streams-perspective. *IReflect - Student Journal of International Relations*, 1(1), 7-26.
- Bonfrer, I., Soeters, R., Van De Poel, E., Basenya, O., Longin, G., Van De Looij, F. & Van Doorslaer, E. (2014). Introduction of performance-based financing in Burundi was associated with improvements in care and quality. *Health affairs*, 33(12), 2179-2187. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0081>
- Colombini, M., Mayhew, S. H., Hawkins, B., Bista, M., Joshi, S. K., Schei, B. & Watts, C. (2016). Agenda setting and framing of gender-based violence in Nepal: How it became a health issue. *Health Policy & Planning*, 31(4), 493-503. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv091>
- Coulibaly, A., Gautier, L., Touré, L. & Ridde, V. (2018). Le financement basé sur les résultats (FBR) au Mali: Peut-on parler d'émergence d'une politique publique de santé? *International Development Policy*, 10(1), 1-17.
- Gazibo, M. (2002). La démarche comparative binaire : éléments méthodologique à partir d'une analyse de trajectoires contrastées de démocratisation. *Revue internationale de politique comparée*, 9(3), 427-449.

- Haidara, O. D., Robyn, P. J., Souares, A. & Sauerborn, R. (2013). *Impact evaluation for health performance-based financing in Burkina Faso* [Rapport]. World Bank
- Helgøy, I. & Homme, A. (2015). Path-dependent implementation of the european qualifications framework in education. A comparison of Norway, Germany and England. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 17(2), 124-139. <https://doi.org/10.1080/13876988.2013.849399>
- Hupe, P. & Sætren, H. (2015). Comparative Implementation Research: Directions and Dualities. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 17(2), 93-102. <https://doi.org/10.1080/13876988.2015.1015360>
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF International, (2013). *Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2011-2012*. https://insae.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EDS/2011-2012/EDS_2012_Rapport_final-11-15-2013.pdf
- Kadio, K., Ouedraogo, A., Kafando, Y. & Ridde, V. (2017). Émergence et formulation d'un programme de solidarité pour affilier les plus pauvres à une assurance maladie au Burkina Faso. *Sciences Sociales et Santé*, 35(2), 43-68. <https://doi.org/10.1684/sss.20170203>
- Kiendrebeogo, J. A., Shroff, Z. C., Berthe, A., Yonli, L., Bechir, M. & Meessen, B. (2017). Why performance-based financing in Tchad failed to emerge on the National Policy Agenda. *Health Systems and Reform*, 3(2), 80-90. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1280115>
- Kiendrébéogo, J. A., Shroff, Z. C., Berthé, A., Yonli, L. & Meessen, M. B. et B. (2017). Pourquoi le financement basé sur la performance au Tchad n'a pas pu figurer dans l'agenda politique national. *Systèmes de santé et réformes*, 3(2), 1-34.
- Kusi-Ampofo, O., Church, J., Conteh, C. & Heinmiller, B. T. (2015). Resistance and change: A multiple streams approach to understanding health policy making in Ghana. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40(1), 195-219. <https://doi.org/10.1215/03616878-2854711>

- Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2010a). *Document de stratégie de mise en oeuvre du FBR*.
- Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2010b). *Stratégie nationale de mise en oeuvre du financement basé sur les résultats*.
- Ooms, G. (2014). From international health to global health: How to foster a better dialogue between empirical and normative disciplines. *BMC International Health and Human Rights*, 14(36). <https://doi.org/10.1186/s12914-014-0036-5>
- Paul, E. (2010, février). *Rapport de la mission exploratoire au Bénin*. GRAP-PA Santé. <http://docplayer.fr/4294464-Rapport-de-la-mission-exploratoire-au-benin.html>
- Paul, E. (2011). *Analyse du mécanisme de concertation et de dialogue politique dans le secteur de la santé au Bénin* [Rapport de consultation].
- Paul, E. & Sossouhounto, N. (2014). *Études de cas sur les perceptions liées à l'introduction du financement basé sur les résultats (FBR) dans le secteur de la santé au Bénin* [Rapport de la sixième et dernière mission]. GRAP-PA Santé au Bénin.
- Pereira, A. K. (2011). Ideas and politics in social science research. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 6, 368-376. <https://doi.org/10.1590/S0103-33522011000200014>
- PRPSS. (2016a). *Bulletin d'Information du Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé*, (229). Cotonou, Bénin.
- PRPSS. (2016b). *Bulletin d'Information du Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé*, (229). Cotonou, Bénin.
- Ridde, V. (2012). *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Presses Universitaires de Montréal.
- The Prevention of Maternal Mortality Network. (1995). Situation analyses of emergency obstetric care: Examples from eleven operations research projects in West Africa. *Social Science and Medicine*, 40(5), 657-667. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)80010-H](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)80010-H)

Turcotte-Tremblay, A.-M., Gautier, L., Bodson, O., Sambieni, N. E. & Ridde, V. (2018). Le rôle des acteurs de la santé mondiale dans l'expansion du financement basé sur la performance dans les pays à faible et à moyen revenu. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 36(5), 261. <https://doi.org/10.3917/jgem.185.0261>

UNICEF Bénin. (2011). *Cartographie des interventions et intervenants en Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI)*. Communication pour le développement au Bénin. Ministère de la Santé, Bénin.

4. La diffusion politique du financement basé sur les résultats au Mali

LARA GAUTIER, ABDOURAHMANE COULIBALY, MANUELA DE ALLEGRI ET VALÉRY RIDDE

Introduction

De nombreux pays à faible et moyen revenu (PFMR) sont confrontés à des situations chroniques de dépendance à l'égard de l'aide extérieure (Kirigia & Diarra-Nama, 2008)¹. Cette dépendance permet à des acteurs et actrices influent-e-s de participer à leur processus politique, ce qui rend les PFMR plus susceptibles d'adopter des innovations politiques provenant d'influences extérieures. Ce phénomène est appelé diffusion des politiques (ou transfert de politiques) (Stone, 2001). Les spécialistes de la diffusion politique étudient comment les politiques émergent dans certaines unités politiques et s'étendent ensuite à d'autres (Tosun & Croissant, 2016). Bien que le rôle joué par les acteurs étrangers et actrices étrangères dans le processus politique soit bien étudié, la littérature sur la diffusion des politiques de santé dans les PRFM est encore rare. En particulier, la complexité de l'influence des réseaux transnationaux, des organisations et des individus dans les processus de diffusion n'a guère retenu l'attention des spécialistes de la santé mondiale. Il est particulièrement important d'élargir le corpus de connaissances explorant les interactions sociales en jeu dans le processus de

1. Ce chapitre est une traduction d'un article publié en anglais et remanié/réduit pour cet ouvrage : Gautier, L., Coulibaly, A., De Allegri, M., Ridde, V. (2019). From Amsterdam to Bamako: a qualitative case study on diffusion entrepreneurs' contribution to performance-based financing propagation in Mali. *Health Policy and Planning*, 34, 656–666. Licence d'autorisation de Oxford University Press n° 4939030578858, obtenue le 30 octobre 2020.

diffusion entre les acteurs et actrices aux niveaux global/continental/national, ainsi que les relations de pouvoir asymétriques inhérentes (Sriram *et al.*, 2018).

Ces dernières années, plusieurs acteurs internationaux et actrices internationales ont encouragé le financement basé sur les résultats (FBR) en Afrique subsaharienne, en vue d'améliorer la prestation des services de santé, en renforçant l'autonomie et la responsabilité des prestataires de soins. Le FBR est basé sur le transfert de ressources financières en fonction des performances des prestataires de santé. La diffusion du FBR en Afrique subsaharienne (ASS) a été particulièrement rapide de 2000 à 2017 (Gautier, Tosun *et al.*, 2020). Au Mali, après avoir participé à un premier projet pilote de FBR mené par des acteurs et actrices externes, le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP) s'est engagé à étendre cette stratégie à toute une région dans le cadre d'un deuxième projet pilote (Zitti *et al.*, 2019).

Nous examinons les rôles joués par les groupes experts étrangers et nationaux dans la diffusion du FBR au niveau national (Bamako) et infranational (région de Koulikoro) en utilisant une approche d'étude de cas couvrant la période 2009-2018. Nous appelons « entrepreneurs ou entrepreneuses de la diffusion » ces groupes étrangers et nationaux qui mobilisent de façon délibérée des stratégies pour susciter l'intérêt pour le FBR au Mali. Cette notion met en évidence pourquoi et comment des acteurs et actrices influent-e-s s'engagent dans le processus de diffusion des politiques, notamment en facilitant tous les mécanismes de diffusion (y compris l'émulation et l'apprentissage politiques). Ce chapitre s'intéresse à la question de recherche suivante : « Comment les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion agissant à plusieurs niveaux ont-ils et elles contribué à la propagation du FBR au Mali de 2009 à 2018? ».

Méthodes

Contexte de l'étude

Le système de santé du Mali se caractérise par une pluralité de mécanismes de financement, principalement axés sur la fonction de mutualisation. À la fin des années 2000, les discussions ont mis en évidence la nécessité d'améliorer la qualité de l'offre de services de santé et de mettre l'accent sur la fonction d'achat dans l'équation du financement de la santé. Dans le cadre de cet échange d'idées, et compte tenu des expériences politiques d'autres pays, plusieurs expert-e-s étrangers et étrangères et acteurs et actrices politiques du Mali ont suggéré l'introduction d'incitatifs financiers pour les prestataires de soins de santé en fonction de l'atteinte d'objectifs prédéfinis, notamment des contrats de performance et des FBR. Le graphique 1 présente les principaux événements de la diffusion du FBR.



Graphique 1. Chronologie de la diffusion du FBR au Mali (création originale des auteurs et autrices)

En 2012, le MSHP du Mali a lancé un premier projet FBR dans trois districts de la région de Koulikoro. Ce projet, appelé ci-après le projet 3-DS (couvrant trois districts sanitaires, DS), a été conçu par des organisations de coopération néerlandaises (Coulibaly, Gautier, Touré *et al.*, 2020; Seppéy *et al.*, 2017). De multiples acteurs et actrices

communautaires et infranationaux et infranationales ont été mobilisé-e-s pour remplir les fonctions classiques du FBR (Gautier, 2016). Une société de conseil malienne (la *Clinique de gestion et d'innovation des connaissances*, CGIC) a été chargée de superviser les opérations avec l'appui technique d'expert-e-s néerlandais-es. Ce modèle de FBR contextualisé a été baptisé par ses créateurs et créatrices comme un FBR « à la malienne » (encadré 1).

Qu'est-ce que le FBR à la malienne ?

Le FBR "à la malienne" désigne une approche de FBR adaptée au contexte du Mali, c'est-à-dire arrimée à la pyramide sanitaire du pays et mobilisant les institutions des systèmes de santé existantes.

Acteurs et fonctions :

- Centres de santé de référence (niveau DS) : prestation de services de santé
- Centres de santé communautaires : prestation de services de santé
- Bureau régional de santé de Koulikoro : réglementation et vérification des résultats dans les centres de santé de référence
- Équipes cadre de district : réglementation et vérification des résultats dans les centres de santé communautaires
- Conseils municipaux : achat de services de santé dans les centres de santé de référence
- ASACO et municipalités : achat de services de santé dans les centres de santé communautaires
- ONG (par exemple, Blue Star) : contre-vérification des résultats
- Organisations à base communautaire : contre-vérification des résultats
- CGIC : conception de programmes, élaboration de contrats, encadrement et plaidoyer politique aux niveaux décentralisé et central, supervision des activités de vérification et de contre-vérification

Encadré 1. FBR à la malienne

Parallèlement, dans le cadre du projet de renforcement de la santé reproductive de la Banque mondiale, la mise en œuvre d'un projet pilote de FBR dans les 10 districts sanitaires de la région de Koulikoro était prévue pour 2011-2017 (The World Bank, 2017). Ce projet, ci-après dénommé le projet pilote 10-DS, n'a été mis en œuvre que pendant huit mois entre 2016 et 2017.

Le cas du Mali était particulier à plusieurs égards. Tout d'abord, les débuts du FBR au Mali ont été portés par des acteurs particuliers et actrices particulières, que l'on rencontre peu lorsqu'on évoque la genèse du FBR dans la plupart des autres pays d'ASS. Ces acteurs et actrices incluent deux organisations néerlandaises – l'organisation néerlandaise de développement (SNV) et l'Institut Royal des Tropiques (KIT) – et une société malienne (la CGIC). En concevant

et en développant un FBR « à la malienne », ces acteurs et actrices s'inscrivaient en contradiction avec les caractéristiques d'un modèle de FBR standard, s'éloignant du principe de la séparation des fonctions promue par la Banque mondiale (Fritsche *et al.*, 2014). Deuxièmement, les expert-e-s néerlandais-es ont été les acteurs et actrices les plus important-e-s de la diffusion du FBR au Mali, ce qui n'est pas typique de sa diffusion dans d'autres pays, notamment en Afrique de l'Ouest francophone. Trois caractéristiques principales décrites par Gautier *et al.* (2020) peuvent être utilisées pour résumer une expérience standard de FBR : i) elle a mobilisé à la fois des expert-e-s étrangers et étrangères et des expert-e-s africain-e-s; ii) la diffusion a été –au moins partiellement– financée et promue par la Banque mondiale; iii) elle a mobilisé une formule « projet FBR tout inclus » classique incluant des stratégies d'apprentissage politique (c'est-à-dire des voyages d'étude et des sessions de formation internationales).

Devis d'étude, collecte et analyse de données

Nous avons utilisé un devis d'étude de cas. Le cas était la diffusion du FBR au Mali de 2009 à 2018 aux niveaux central (Bamako) et décentralisé (région de Koulikoro et ses districts). Cette étude de cas était de type instrumental (Stake, 1995), dans le sens où les particularités de la diffusion du FBR au Mali révèlent un phénomène social d'intérêt plus large, à savoir l'influence protéiforme d'acteurs et d'actrices agissant à plusieurs niveaux (les « entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion ») pour faciliter l'expansion du FBR.

La collecte des données s'est déroulée de janvier 2016 à novembre 2017. Elle s'appuie sur des données collectées à partir de 33 entretiens approfondis (avec des décideurs et décideuses politiques, consultant-e-s, représentant-e-s de partenaires techniques et financiers, et des professionnel-le-s de santé), 12 entretiens informels, cinq séances d'observation participante de réunions, et 19 documents clés sur le financement basé sur la performance produits de 2009 à 2018. Ces données qualitatives ont été exportées dans QDAMiner© et codées selon une approche interprétative articulée autour des dimensions du cadre des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion. Une

synthèse a permis de rendre compte de façon empirique de chaque dimension du cadre conceptuel de Gautier *et al.* (Gautier, Tosun *et al.* 2020).

Résultats

Nous décrivons qui sont les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion qui agissent au Mali, et nous analysons leurs caractéristiques constitutives et leurs actions stratégiques.

Les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion du FBR au Mali

Les principaux entrepreneurs et principales entrepreneuses de la diffusion du FBR au Mali étaient des individus agissant au niveau global : des expert-e-s européen-ne-s (travaillant pour le KIT ou l'ONG néerlandaise Cordaid) qui ont soutenu les réformes de santé au Mali et dans d'autres régions d'ASS affectées par des conflits armés.

L'un de ces expert-e-s avait encadré et travaillé avec plusieurs expert-e-s malien-ne-s employé-e-s par une autre organisation néerlandaise, la SNV, au début des années 2000. Ces expert-e-s locaux et locales ont joué un rôle crucial dans la mise en œuvre du projet pilote 3-DS en 2012-2013 dans la même région. À la suite de cette expérience, les informateurs et informatrices ont considéré ces expert-e-s comme de puissant-e-s défenseur-e-s du FBR. Les expert-e-s malien-ne-s comprenaient également des décideurs et décideuses politiques et des fonctionnaires de terrain, qui considéraient le projet FBR comme la solution clé. Avec les expert-e-s du FBR d'autres pays d'ASS, les expert-e-s étrangers, étrangères et malien-ne-s ont participé à la mise en œuvre du projet pilote 10-DS financé par la Banque mondiale.

Les systèmes de représentation des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion au Mali

Les systèmes de représentation des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion s'appuient sur une culture de formation ancrée dans les sciences médicales, l'économie ou la gestion. Une caractéristique spécifique des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion au Mali est que tous et toutes, sauf un, ont une formation médicale et ont quitté leur pays pour recevoir une formation complémentaire en santé publique ou en économie de la santé en Belgique, en France, aux États-Unis, au Bénin ou au Sénégal.

Un autre ingrédient clé a été déterminant : quatre des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion partageaient une histoire commune remontant au début des années 2000. Cette expérience partagée a contribué à façonner des représentations communes des problèmes liés aux inefficacités des systèmes de santé. De nombreux et nombreuses participant-e-s à notre étude ont affirmé avoir adopté les affirmations des entrepreneurs étrangers et entrepreneuses étrangères selon lesquelles « tout avait été essayé ». Ils et elles ont alors appelé à de nouvelles réformes se réclamant notamment des théories des contrats et des incitatifs – théories empruntant aux sciences économiques et de gestion.

Les motivations des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion au Mali

Pour les expert-e-s néerlandais-es, les modèles de FBR devaient davantage mettre l'accent sur la qualité des soins de santé. En outre, sur le plan personnel, les projets FBR sont arrivés à point nommé pour ces expert-e-s. Dans deux cas, leur conjoint-e ou partenaire travaillait déjà dans le pays où les discussions sur le FBR ont commencé. La combinaison d'un calendrier favorable et de motivations personnelles pour lier la qualité des soins et le FBR semble avoir façonné leur engagement à faire progresser la conception du « projet FBR » à la fin des années 2000. Ainsi, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion avaient intérêt à améliorer leur réputation professionnelle en contribuant à la genèse du FBR au Mali. Les expert-e-s

néerlandais-es se sont également efforcé-e-s de propager leur modèle de FBR comme une alternative aux modèles d'autres organisations :

J'ai même apporté l'idée [du FBR] ici [au Mali] [...]. Pourquoi? Parce que je ne voulais pas que le (retrait du nom de l'organisation) vienne... [...], avec un « *blueprint* » [modèle standard] ou quelque chose pareil.. (I40_PRIVNFP)

Leur vision du FBR et de la manière de l'introduire au niveau national a été définie comme différente de celle des partisan-e-s habituel-le-s du FBR (Gautier, Tosun *et al.*, 2020). Ils et elles étaient particulièrement préoccupé-e-s par l'appropriation nationale, d'où le fait de se démarquer par un modèle « à la malienne » au début des années 2010.

Au même moment, les décideurs et décideuses politiques agissant aux niveaux continental et (sous-)national étaient préoccupé-e-s par le fait que les systèmes de santé en ASS étaient dans des conditions si désastreuses que seule la « révolution FBR » (I26_INDCONS_AF) pouvait confronter le *statu quo* et améliorer les performances des systèmes. Pour certain-e-s de ces entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion, les perspectives d'avancement de carrière et d'augmentation des salaires ainsi que la valorisation au niveau politique étaient des motivations majeures pour soutenir le FBR. Les entrepreneurs et entrepreneuses européen-ne-s étaient conscient-e-s de leur influence sur les aspirations de carrière internationale des entrepreneurs et entrepreneuses malien-ne-s :

Il faut reconnaître aussi que le fait que tu es dans ce monde, le FBR, ça peut faire croire aux gens : « Ah! Un moment ou à l'autre, je peux aller à l'extérieur », comme nous. Alors si tu peux faire assistant technique international, tu peux... Tu crées des attentes, et je crois que c'est un peu ce que [noms de personnes retirés] attendent de moi maintenant, que je les emmène ailleurs. (I40_PRIVNFP)

Ressources et types d'autorité des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion au Mali

En dehors de la Banque mondiale, qui détenait une autorité financière cruciale et qui a financé le projet 10-DS, les ressources matérielles provenaient d'organisations externes. Aucun-e des entrepreneurs ou entrepreneuses de la diffusion ou de leurs organisations affiliées n'a pu obtenir de financement propre pour la mise en œuvre du projet FBR au Mali entre 2009 et 2018. La possession par les entrepreneurs étrangers et nationaux et entrepreneuses étrangères et nationales de connaissances et de ressources sociales et politiques les a aidé à développer d'autres formes d'autorité critiques, notamment des autorités expertes et morales.

Tout d'abord, dès le début du processus de diffusion, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion au Mali se sont appuyé-e-s sur leurs propres savoirs. Ils et elles avaient 10 ans ou plus d'expérience et d'expertise dans la mise en œuvre de projets en santé. Deuxièmement, les entrepreneurs et entrepreneuses disposaient de solides ressources sociales, notamment via leur appartenance à des réseaux nationaux et continentaux, dont le réseau professionnel FBR de Cordaid. Un entrepreneur de la diffusion néerlandais a supposé que le fait de « connaître tout le monde » au Mali favorisait sa capacité à convaincre les acteurs et actrices politiques de la pertinence du FBR. En effet, grâce à ses liens avec les acteurs politiques nationaux et actrices politiques nationales —à commencer par les individus malien-ne-s qui ont travaillé avec lui dans le passé— cet expert a contribué stratégiquement à la création d'un vivier d'expertise nationale comprenant des décideurs et décideuses politiques, des consultant-e-s et des fonctionnaires de terrain qui ont fait la promotion de la politique FBR dans de multiples contextes.

Grâce à ces atouts, et en s'appuyant sur le nombre croissant d'expert-e-s malien-ne-s du FBR, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion se sont efforcé-e-s de développer un appareil stratégique pour stimuler la diffusion de la politique : un cadrage discursif politiquement souhaitable, l'incitation à l'émulation politique, et le façonnage de l'apprentissage et de l'expérimentation politiques.

Le cadrage discursif du FBR au Mali par les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion

Le cadrage discursif du FBR a été élaboré par les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion de façon stratégique, en le reliant à leurs représentations des principaux défis du système de santé du Mali, et ensuite en reliant les principes fondamentaux de la politique aux plans nationaux passés et récents. Dans le tableau 1, les différents cadrages discursifs du FBR à travers l'espace (colonnes) et le temps (lignes) apparaissent. Ces processus ont eu tendance à dépeindre la « solution FBR » comme attrayante et souhaitable pour les acteurs et actrices politiques.

Tableau 1. Cadrage discursif du FBR par les entrepreneurs de la diffusion aux niveaux global, continental et (sous)national

Stratégies mises en oeuvre	Cadrage niveau mondial	Cadrage niveau continental	Cadrage niveau (sous)national
Relier le FBR à des représentations communes de problèmes	<ul style="list-style-type: none"> • Inefficacité du financement basé sur les intrants • Prestataires de santé peu motivés • Qualité des soins sous-optimale 	<ul style="list-style-type: none"> • Inefficacité du financement basé sur les intrants • Argent gaspillé pour du matériel inutile ou vétuste • Prestataires de soins de santé sous-payés • Services de santé corrompus 	<ul style="list-style-type: none"> • Inefficacité du financement basé sur les intrants • Argent gaspillé en matériel, en équipement coûteux et en formation • Prestataires de soins de santé sous-payés, qui ne rendent pas suffisamment de comptes, et qui ont de mauvaises conditions de travail
Lier les principes fondamentaux du FBR aux orientations politiques passées ou existantes	<ul style="list-style-type: none"> • Aide basée sur les résultats et mécanismes de responsabilité • Autonomie et esprit d'entreprise des prestataires de soins de santé • Appropriation par les pays et politiques Sud-Sud 	<ul style="list-style-type: none"> • Mécanismes de reddition de comptes (peuvent freiner la corruption) • Autonomie et esprit d'entreprise des prestataires de soins de santé • Présenter le FBR comme étant inspiré de l'expérience des pays d'ASS 	<ul style="list-style-type: none"> • L'autonomie des prestataires de soins de santé (Initiative de Bamako 1987) • Processus de déconcentration et de décentralisation : <i>transfert de compétences</i> (1993-96) • Politique nationale de contractualisation (2007) • Rendre les prestataires de soins de santé plus responsables
Lier les principes fondamentaux du FBR aux récentes orientations politiques au niveau mondial/continental/les niveaux (sous-)nationaux	<ul style="list-style-type: none"> • Achats stratégiques (financement des systèmes de santé basé sur les résultats) (2016) • Accroître l'accès aux données et tirer parti des systèmes d'information sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Accroître l'accès aux données et tirer parti des systèmes d'information sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Accréditation et assurance qualité pour les prestataires de soins de santé secondaires et tertiaires (2012) • Politique nationale en matière de gestion axée sur les résultats (2014) • Accroître l'accès aux données et tirer parti des systèmes d'information sur la santé

Au début des années 2010, tous les acteurs et toutes les actrices politiques ne partageaient pas nécessairement les représentations du problème avancées par les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion. Il fallait alors convaincre ces acteurs et actrices politiques. On constatait un fort consensus politique sur la décentralisation et la contractualisation. Les expert-e-s individuel-le-s se sont ainsi engagé-e-s dans des interactions répétées auprès de décideurs et

décideuses politiques de haut niveau pour montrer que les objectifs du FBR étaient alignés sur ces deux priorités nationales dans le champ de la santé. Les objectifs de ces politiques ont donc été en partie redéfinis pour mettre en avant les représentations des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion. Grâce à ce cadrage discursif stratégique, de nombreux acteurs maliens et nombreuses actrices maliennes de haut niveau au début des années 2010 ont été convaincu-e-s de la validité de la solution FBR compte tenu des problèmes mis en avant. Un tel encadrement avait des précédents historiques. Au milieu des années 2000, les acteurs locaux et actrices locales de la région de Koulikoro, qui étaient impliqué-e-s dans les projets menés par des acteurs et actrices néerlandais-es pour renforcer les politiques de décentralisation et de contractualisation, ont mis en œuvre le transfert de compétence par l'approche contractuelle. Ils et elles ont ainsi commencé à utiliser un jargon pré-FBR inspiré d'un entrepreneur de la diffusion néerlandais, comme le « plan de résultats », c'est-à-dire un outil décrivant les principales cibles à atteindre et à vérifier ensuite.

À partir du milieu des années 2010, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion ont également lié stratégiquement les prémisses du FBR à des politiques nationales plus récentes, à savoir la politique de gestion axée sur les résultats du gouvernement et l'effort d'amélioration de la qualité des soins. Cette dernière repose notamment sur la mise en avant par le gouvernement de l'accréditation des prestataires et de l'assurance qualité. Avec le temps, qu'il s'agisse de renforcer la décentralisation, d'opérationnaliser la gestion axée sur les résultats ou d'améliorer la qualité des soins de santé, la plupart des acteurs et actrices politiques percevaient le FBR comme un outil utile, même s'ils et elles ne pouvaient pas nécessairement expliquer comment il pouvait effectivement s'aligner sur ces priorités nationales. Certain-e-s expert-e-s s'inquiètent du fait que le FBR soit réduit à « un simple salaire additionnel » (I40_PRIVNFP) plutôt qu'une réforme systémique.

Induire l'émulation politique

En juillet 2010, un voyage d'étude a été organisé et financé par la Banque mondiale au Rwanda. Cinq hauts-fonctionnaires du MHSP ont participé à ce voyage d'étude. Le fait d'être témoin de la réussite la plus marquante du FBR aurait, de l'avis de certain-e-s, constitué un outil puissant pour encourager l'émulation de ces participant-e-s du Mali. Cette première exposition au FBR a ainsi contribué à faire de certain-e-s membres du personnel du MSHP de solides partisan-e-s du FBR. Cependant, à leur retour, les participant-e-s ont déploré un manque d'engagement politique au sein du cabinet du MSHP.

Au même moment, au début des années 2010, de puissants processus d'émulation politique se développaient entre quatre personnes : un entrepreneur de la diffusion néerlandais du KIT, deux experts maliens de la SNV et un responsable politique. Ces acteurs avaient auparavant travaillé ensemble à la mise en œuvre de l'approche contractuelle, qui a précédé le FBR. En s'appuyant sur ses relations professionnelles de longue date, l'expert du KIT a encadré les trois Maliens pour commencer à développer un vivier d'expert-e-s malien-ne-s du FBR. En particulier, l'un d'entre eux a été formé pour devenir un entrepreneur africain contribuant à la diffusion du FBR en Guinée.

Cependant, le besoin de pousser davantage l'émulation politique au plus haut niveau de décision se faisait ressentir. Les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion avaient compris que pour favoriser l'ancrage politique du projet FBR, il était essentiel d'accompagner l'engagement des décideurs et décideuses politiques. De 2010 à 2013, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion ont ainsi organisé des rencontres régulières avec des décideurs et décideuses politiques et des expert-e-s de haut niveau dans un hôtel de Bamako. Des « dîners basés sur les résultats » ont notamment servi à faire entendre et comprendre les tenants et aboutissants du projet FBR 3-DS. Parallèlement, les entrepreneurs et entrepreneuses diffusaient régulièrement les premiers résultats du projet 3-DS au sein du comité de pilotage national de planification de la santé. Cette stratégie de persuasion s'est avérée fructueuse : plusieurs participant-e-s malien-ne-s influent-e-s affirmaient que le FBR représentait une solution

opportune compte tenu des problèmes systémiques dans le pays. Guidé-e-s par les expert-e-s du KIT, les participant-e-s se sont converti-e-s en « partisan-e-s du FBR » (I40_PRIVNFP).

Les projets pilotes du FBR ont inspiré l'émulation politique. L'acceptation large et le succès perçu du projet pilote 3-DS ont suscité un fort intérêt parmi les différent-e-s acteurs et actrices. De nombreux et nombreuses responsables de la mise en œuvre de ce projet sont devenu-e-s des expert-e-s du Mali. Ils et elles ont plaidé pour le retour du FBR jusqu'à la mise en œuvre du projet 10-DS. Dans le même temps, la mise en œuvre du projet pilote 3-DS a permis d'élargir le vivier d'expert-e-s du projet FBR. Afin de maintenir leur engagement en faveur de l'expansion du FBR, au cours de l'implantation du projet pilote 10-DS, deux responsables du consortium de mise en œuvre –des expert-e-s malien-ne-s et ancien-ne-s employé-e-s de la SNV– ont animé des réunions auprès de hauts fonctionnaires du MSHP qui n'avaient pas nécessairement vécu le FBR « dans leur chair ».

Enfin, en 2016-2017, la mise en œuvre du projet 10-DS a bénéficié du soutien d'assistant-e-s techniques des Pays-Bas, du Burundi, de la RDC, du Rwanda et du Mali. Ce choix visait à faciliter le principe de vases communicants entre expert-e-s, du niveau continental africain au niveau local, induisant ainsi explicitement une émulation politique. Cette entreprise n'a pas été entièrement couronnée de succès, en raison, semble-t-il, de la méfiance (du côté des expert-e-s malien-ne-s) et d'une adaptation insuffisante (du côté des expert-e-s des autres pays africains). La forte implication de ces expert-e-s africain-e-s dans ce projet FBR et leur engagement à appuyer l'expérimentation politique dans les 10 districts de la région de Koulikoro, combinés à leur bonne intégration au sein des équipes de santé communautaire et de district, ont incité ou renforcé la transmission d'un puissant plaidoyer en faveur de l'adoption du FBR dans le contexte local, ce qui a également entraîné une émulation politique.

Toutefois, l'enthousiasme des acteurs et actrices politiques n'était pas constant. Pendant la mise en œuvre du projet pilote 10-DS (2016-17), plusieurs contraintes à l'émulation politique au niveau national ont été repérées. Premièrement, une mauvaise communication a entravé la bonne collaboration entre les

responsables de la mise en œuvre et le bailleur. Deuxièmement, les fonctionnaires du MHSP considéraient que la motivation financière (c'est-à-dire les perdiems) était trop faible pour garantir leur engagement dans l'expérimentation du FBR. Pourtant, l'observation d'une réunion organisée par le MHSP en mars 2017, au milieu d'une longue grève de tous et toutes les agent-e-s de santé publique du pays, a montré que de nombreux et nombreuses membres du personnel participaient effectivement au plaidoyer en faveur du FBR, mais pas la version du FBR promue lors de la mise en œuvre du projet 10-DS.

Conduite de l'apprentissage politique

Pour les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion, les projets pilotes de FBR représentaient une source stratégique d'apprentissage politique. Tout d'abord, les participant-e-s malienn-e-s indiquaient avoir tiré des enseignements des diverses activités organisées en préparation de ces projets pilotes. Ces activités d'apprentissage ont été mises en œuvre et financées par des expert-e-s étrangers et étrangères. Les hauts fonctionnaires du MHSP ont été formé-e-s pour la première fois en septembre 2009 par la Banque mondiale. Cette formation initiale a été suivie d'un modèle de formation en cascade, réunissant tous et toutes les agent-e-s de santé de la région de Koulikoro. Deux autres cohortes de hauts fonctionnaires et de « fonctionnaires de première ligne » ont reçu une formation FBR au Bénin en 2014 et 2016. La même société de formation, une organisation néerlandaise agissant comme entrepreneuse de la diffusion au niveau global, a formé les deux cohortes. Bien que les participant-e-s aient été généralement satisfait-e-s de la formation de deux semaines, beaucoup d'entre eux et elles ont rejeté la nature rigide du contenu de cette formation. En effet, les formateurs et formatrices ont exprimé une vive critique du modèle de FBR à la malienne. Les participant-e-s reconnaissaient néanmoins que cette formation avait contribué à consolider une masse critique d'expert-e-s du FBR au Mali. En somme, l'exposition à des expert-e-s de niveaux global et continental, que ce soit dans le cadre de cours organisés, d'événements organisés par des

communautés de pratique en Afrique de l'Ouest ou de projets de coopération au développement, a contribué à élargir les connaissances sur le FBR des acteurs et actrices maliens-ne-s.

En 2016-17, les expert-e-s africain-e-s employé-e-s par Cordaid pour aider à la mise en œuvre du projet 10-DS auraient également transféré leurs connaissances aux responsables locaux et locales de la mise en œuvre du projet FBR. Ces derniers et dernières tiraient des leçons de leur propre expérience en matière de FBR. Toutefois, le manque d'interaction entre eux et elles et les acteurs et actrices du niveau central a empêché la complétude du transfert de connaissances expérientielles. L'absence d'une plate-forme institutionnelle permettant le transfert d'expertise du niveau infranational (décentralisé) au niveau national (central) a été jugée problématique. En outre, les fréquents changements politiques ont entravé toute entreprise d'apprentissage parmi les décideurs et décideuses de tous les niveaux. Enfin, l'impossibilité d'organiser une évaluation d'impact a conduit à un faible apprentissage politique du projet 10-DS.

Façonner l'expérimentation politique

Malgré les discours sur l'appropriation nationale et sur le «FBR à la malienne», les deux expérimentations politiques en matière de FBR ont fait appel à l'assistance technique internationale et n'ont été financées que par des sources extérieures. Au Mali, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion manquaient de ressources pour expérimenter le FBR. Bien que le projet 10-DS ait officiellement débuté en 2011, sa mise en œuvre a été retardée à plusieurs reprises (Banque mondiale, 2017). Les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion avaient alors insisté pour mettre en œuvre un projet « pré-pilote », c'est-à-dire le projet pilote 3-DS. La nomination d'un entrepreneur malien en 2010 au poste de directeur national de la santé a permis de mobiliser un financement. Son plaidoyer aurait ainsi poussé le MSHP à utiliser le fonds OMD 5 (réunissant des financements de plusieurs bailleurs) pour le projet pilote 3-DS.

Pour les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion malienne-s, les résultats de cette expérimentation politique ont servi à convaincre les décideurs et décideuses de la valeur du FBR. Les entrepreneurs et entrepreneuses avaient souligné les résultats positifs du projet pilote 3-DS à l'occasion d'une réunion de restitution, mais ces résultats reçurent en réalité un accueil mitigé. Plutôt que de convaincre les dirigeant-e-s du MSHP, cette diffusion a suscité des inquiétudes quant à la viabilité à long terme du FBR. Pour les personnes interviewées, certain-e-s dirigeant-e-s du MSHP, influencé-e-s par d'ancien-ne-s conseillers et conseillères influent-e-s, n'étaient pas encore complètement engagé-e-s en faveur du FBR. Malgré ce problème et l'absence d'effets du projet pilote 3-DS sur l'utilisation des services de santé², le projet FBR a été inclus dans le plan de développement sanitaire et social pour 2014-2018 (Secrétariat Permanent du PRODESS, 2013).

Alors que le projet pilote 3-DS permettait une certaine flexibilité, des règles plus strictes de collaboration entre les acteurs et actrices ont été fixées pour le projet 10-DS. La conception du projet a été moins prise en charge par le gouvernement que le projet pilote 3-DS. Le MSHP et la Banque mondiale n'ont pas nommé de coordinateur ou de coordinatrice de projet ayant une expérience préalable du FBR, ni veillé à ce que les fonctionnaires chargé-e-s du suivi de la mise en œuvre du projet 10-DS aient reçu une formation au FBR. La durée réduite (huit mois) de ce projet, les malentendus récurrents avec les représentant-e-s des bailleurs qui n'avaient que peu d'expérience du projet FBR, et le retard voire l'insuffisance des paiements, ont suscité la déception des expert-e-s du projet 10-DS et la démobilisation des hauts fonctionnaires. Ces différents enjeux ont conduit à une mise en œuvre incomplète, ce qui en a fait un projet pilote essentiellement infructueux (Coulibaly, Gautier, Zitti *et al.*, 2020; Zitti *et al.*, 2019)³.

Alors que le projet se terminait en février 2017, un processus intéressant se déroulait. Les entrepreneurs et entrepreneuses mobilisaient activement les acteurs nationaux et actrices nationales pour poursuivre le FBR dans la région de Koulikoro et mobiliser des

2. Voir le chapitre de Zombré *et al.*

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

fonds. Les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion ont ainsi organisé des réunions (non) officielles avec les responsables du MSHP à Bamako et Kati. Ils et elles ont préparé une demande de financement à l'ambassadeur des Pays-Bas :

En ce moment, je suis en train de préparer la proposition que le SEGAL veut emmener en main et dire « Monsieur l'ambassadeur..., c'est ça qu'on veut. » [...] Mais je continue avec ce type d'approche, que ça doit être le leadership national, donc... je n'écris pas la proposition, ce que je fais, c'est que... euh... les grandes lignes. (I40_PRIVNFP)

Les entrepreneurs et entrepreneuses néerlandais-es ont ainsi continué à façonner l'engagement des décideurs et décideuses politiques maliens-es dans le programme FBR, notamment parce qu'ils et elles avaient des relations étroites avec le bailleur de fonds (néerlandais) ciblé. En mars 2017, un groupe de travail du MSHP a été créé pour réfléchir à « l'extension géographique du FBR », « à tous les établissements de santé » et « fonctionnelle » (I43_MALIGOV). Ce groupe de travail a établi un plan d'action pour poursuivre et étendre le FBR à l'échelle nationale sur le long terme. Les participants à la réunion ont convenu que le FBR était le mécanisme clé pour améliorer la qualité des soins. Ce consensus politique a coïncidé à l'automne 2017 avec la nomination d'un entrepreneur de la diffusion malien au sein du cabinet du MSHP, et la mise en place d'une nouvelle équipe de la Banque mondiale. Suite au remaniement ministériel de 2019, cet entrepreneur de la diffusion a été affecté au sein de la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique. Ces facteurs ont poussé à la rédaction, à la mi-2018, d'un troisième projet pilote FBR. Ce projet multi-acteurs et actrices a été planifié par des experts nationaux et étrangers et expertes nationales et étrangères, en partenariat avec l'ambassade des Pays-Bas. Ce nouveau projet, financé par la Banque mondiale, l'ambassade des Pays-Bas et le fonds *Global Financing Facility*, a démarré en février 2020 dans les régions de Koulikoro (10 DS), Ségou (trois DS), Mopti (trois DS) et Gao (18 centres de santé communautaire rénovés par la Banque mondiale). Les acteurs et actrices de la mise en œuvre du projet sont le MSHP (devenu en 2019 Ministère de la Santé et des Affaires Sociales), le comité de pilotage,

les équipes sanitaires au niveau régional et au niveau DS (centres de santé de référence et centres de santé communautaire), le secteur privé (agence de contractualisation et de vérification) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Discussion

Cette étude de cas offre, à notre connaissance, la première analyse sur dix ans des processus de diffusion du FBR dans un pays africain. Notre travail apporte trois contributions majeures à la littérature sur la diffusion des politiques de santé mondiale, que nous présentons ci-dessous.

Tout d'abord, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion de niveau global ont été en mesure de fabriquer un cadrage discursif qui fasse en sorte que le FBR ait du sens pour les acteurs et actrices politiques maliennes : 1) en concevant cette solution politique comme ancrée dans les priorités nationales et 2) en promouvant un modèle de FBR à la malienne, ouvrant ainsi la possibilité d'adaptation. Comme dans les études précédentes sur le FBR, des systèmes de représentation similaires (issus d'une culture de formation en sciences cliniques et économiques), ont rendu les acteurs et actrices clés du Mali réceptifs et réceptives à l'idée du FBR (Boulenger, 2009; Broad, 2006; Soeters, 2010). Nos résultats sont aussi alignés avec ceux d'une étude sur le FBR en Sierra Leone (Bertone *et al.*, 2018), qui révèle que de nombreux et nombreuses « *street-level bureaucrats* » considèrent le FBR comme simple « revenu additionnel ». Ceci était particulièrement vrai pendant la mise en œuvre du pilote 10-DS (qui a échoué). En tant qu'entrepreneurs ou entrepreneuses (Mintrom, 1997), les expert-e-s étrangers, étrangères et maliennes ont (re)façonné les termes du débat sur le FBR, en liant stratégiquement l'idée politique aux objectifs de qualité des soins de santé et en montrant à quel point cette idée était alignée avec les politiques de décentralisation. Il convient enfin de noter qu'en dépit du discours des acteurs globaux et actrices globales présentant le FBR comme

une stratégie pour atteindre la couverture santé universelle (Soucat *et al.*, 2017), au Mali, un tel cadrage discursif n'a pas émergé de nos conclusions.

Bien sûr, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion de niveau global n'auraient peut-être pas le même effet de persuasion sans le statut d'expert étranger ou d'experte étrangère. Cela conforte l'idée que l'autorité des expert-e-s étrangers et étrangères est centrale, comme ce fut le cas du transfert de connaissances biomédicales en Inde. En effet, d'autres chercheurs et chercheuses ont souligné que « les intervenants étrangers peuvent être perçus comme étant techniquement supérieurs et, de plus, en raison de l'histoire complexe de la science, du colonialisme et du postcolonialisme, pourraient voir leurs idées reçues plus favorablement » (Sriram *et al.*, 2018 : 4). Un individu néerlandais (ayant une longue histoire dans le pays) a joué un rôle particulièrement important. Deux éléments principaux ont facilité son entreprise : 1) ses relations personnelles avec des consultant-e-s et des acteurs et actrices politiques clés du Mali, qu'il a soutenu pour devenir des expert-e-s nationaux et nationales du FBR; 2) le fait qu'il ait réussi à faire en sorte que le processus de diffusion soit entièrement pris en charge localement. Cet entrepreneur de la diffusion néerlandais s'est ainsi assuré d'impliquer ces acteurs locaux et actrices locales dans la co-conception du programme à la malienne et a ouvertement appelé à des adaptations locales du programme FBR au Mali. Dans un ouvrage de référence sur la coopération au développement, Rottenburg décrit l'un de ses principaux protagonistes critiquant lui aussi l'adoption d'un modèle standard, qui limite l'appropriation locale de la politique de développement envisagée (Rottenburg, 2009 : 196). Ces récits rappellent les actions de l'entrepreneur néerlandais au Mali.

Deuxièmement, cette étude de cas met en lumière le fait que les expert-e-s africain-e-s du FBR deviennent des « entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion de deuxième génération ». La littérature universitaire sur l'influence des acteurs étrangers et actrices étrangères (généralement nord-américain-e-s ou européen-ne-s) sur l'élaboration des politiques des systèmes de santé dans les pays d'ASS est prolifique. Le rôle des courtiers et courtières en développement dans la traduction des idées politiques au niveau local,

et leur utilisation stratégique par les acteurs étrangers et actrices étrangères, est également bien étudié (e.g., Lewis & Mosse, 2006; Merry, 2006). Pourtant, à notre connaissance, aucune étude préalable n'a mis en lumière la tendance observée à diffuser des idées politiques par l'intermédiaire de salarié-e-s de compagnies privées locales ainsi que de « *street-level bureaucrats* ». Cette étude de cas a révélé que les expert-e-s des pays à haut revenu peuvent influencer la diffusion des politiques en créant stratégiquement un vivier d'expertise africain qui favorise la diffusion des politiques dans de multiples contextes, ce qui a été montré dans une autre étude (Gautier, De Allegri *et al.*, 2021).

Comme d'autres individus au niveau global (Gautier, De Allegri *et al.*, 2019), l'entrepreneur étranger le plus influent au Mali était conscient de son rôle dans la fabrique des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion de 2^{ème} génération. Les relations professionnelles préexistantes entre les acteurs locaux et actrices locales et ceux étrangers et celles étrangères ont créé un climat de confiance et ont fortement contribué à cette fabrique. Des interactions sociales constantes ont eu lieu, lors de la mise en œuvre de projets de développement antérieurs dans la région de Koulikoro, à l'occasion de cours ou de formations à l'étranger et pendant des réunions de haut niveau. L'importance de la création et du maintien de liens de confiance par le biais d'interactions sociales ou professionnelles rejoint les conclusions de recherches empiriques antérieures sur le discours du FBR (Gautier, De Allegri *et al.*, 2019) et à la littérature existante dans le champ de la coopération au développement concernant l'influence sur l'élaboration des politiques (Mayne *et al.*, 2018).

Troisièmement, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion au Mali ont effectivement contribué à la fabrique de l'idée politique du FBR et l'ont diffusée dans tout le pays et au-delà, opérant à travers de multiples activités de diffusion, notamment le cadrage discursif, la formation des acteurs et actrices jouant un rôle déterminant dans la décision politique et la mise en œuvre et l'assistance technique pendant les expérimentations pilotes. Au Mali, l'exposition et la participation à des projets pilotes FBR financés par l'extérieur ont été les principales sources d'apprentissage des politiques. Au début des années 2010, la réussite perçue de l'histoire

fascinante du Rwanda, que le voyage d'étude a mis en exergue, et du projet 3-DS mis sur pied par des organisations néerlandaises, a mobilisé à la fois les décideurs et décideuses politiques et les responsables de la mise en œuvre. Ces deux événements ont permis de tirer des enseignements (Rose, 1991) sur la manière dont le projet FBR aborde certaines questions relatives aux systèmes de santé. Le discours diffusé par les expert-e-s malien-ne-s a contribué à légitimer l'idée politique aux yeux des décideurs politiques nationaux et décideuses nationales et des bureaucrates de rue travaillant dans de multiples contextes d'expérimentation. Poussé-e-s par les expert-e-s en développement au niveau mondial, les expert-e-s du FBR venant d'autres pays africains, qui avaient été exposé-e-s à d'autres projets pilotes du FBR et aux activités de diffusion des expert-e-s en développement au niveau mondial, ont également joué un rôle essentiel. En 2016-2017, par le biais d'échanges professionnels et sociaux, ces expert-e-s ont transféré à certain-e-s responsables de la mise en œuvre de leur passion, leurs connaissances et leurs outils concernant le FBR. La conception du FBR en Europe, l'expérience dans les pays d'ASS et les essais au Mali ont impliqué des personnes européennes et d'ASS qui ont inspiré les acteurs et actrices malien-ne-s à plusieurs reprises. Ainsi, nos conclusions montrent que les expérimentations pilotes génèrent également une socialisation entre les acteurs et actrices chargé-e-s de la mise en œuvre et peuvent stimuler l'émulation politique.

Notre étude apporte également des éléments intéressants sur le leadership du gouvernement national en matière de diffusion des politiques. Au début et au milieu des années 2010, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion (ED) néerlandais-es et malien-ne-s ont galvanisé l'intérêt des décideurs et décideuses politiques pour le FBR grâce à leurs multiples rassemblements informels dans un luxueux hôtel de la capitale malienne. Les participant-e-s à ces réunions ont contribué à la conception du modèle de FBR à la malienne et sont devenu-e-s du même coup de fervent-e-s partisan-e-s du FBR. Plus tard, en 2017, même si les lacunes du deuxième projet pilote ont suscité des doutes quant à la poursuite du FBR au Mali (Zitti *et al.*, 2017), des facteurs favorables ont suscité une volonté politique renouvelée du gouvernement. Lorsque certain-e-s représentant-e-s

du bailleur sont parti-e-s, un dialogue politique s'est engagé entre les dirigeant-e-s du MSHP et les partenaires internationaux et internationales pour favoriser la conception d'un nouveau projet pilote de FBR. Dans l'intervalle, à la suite de la création par le secrétaire général du MSHP d'un groupe de travail spécial chargé de planifier le déploiement du FBR au Mali, un éminent national (soutenu par l'entrepreneur néerlandais) est devenu le conseiller principal du MSHP. Ce positionnement stratégique a conduit à un consensus politique en février 2019, lorsqu'une importante réunion de haut niveau sur une nouvelle réforme des systèmes de santé a recommandé « l'intensification du FBR ». On peut donc affirmer qu'au Mali, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion ont relativement bien réussi à obtenir l'engagement des décideurs et décideuses politiques de haut niveau en faveur du FBR, en s'appuyant sur des relations de confiance, une compréhension commune des principaux problèmes des systèmes de santé au Mali et en créant un consensus autour d'un programme FBR adapté au contexte local.

Conclusion

En somme, notre étude de cas révèle une « triple fabrique » de la diffusion du FBR au Mali. Premièrement, elle met en évidence la manière dont les expert-e-s des systèmes de santé mondiaux d'Europe ou d'Amérique du Nord contribuent à l'élaboration du discours et de la conception du FBR en Afrique subsaharienne. Deuxièmement, il met en évidence la façon dont ces acteurs étrangers et actrices étrangères participent à la fabrique d'expert-e-s africain-e-s dans le but de diffuser des idées politiques à travers l'espace et le temps. Troisièmement, il met en évidence leur capacité à façonner de façon stratégique les processus de diffusion.

Notre étude souligne notamment que l'histoire de la diffusion du FBR au Mali de 2009 à 2018 est indissociable de la fabrique et de l'action des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion dans ce pays. Un entrepreneur européen, expert travaillant pour un organisme néerlandais de coopération-développement en santé, a joué un rôle de premier plan dans la « fabrique » d'entrepreneurs et

entrepreneuses de la diffusion maliens. Sur la base d'expériences de travail en commun pendant une dizaine d'années, cet expert néerlandais a développé de solides relations professionnelles avec deux experts et un décideur partenaire de projets de développement. La réputation de cet expert, son savoir et ses ressources sociales ont été mises en commun avec les ressources temporelles et politiques et l'autorité morale des acteurs et actrices maliens. Le succès perçu de ces projets, qui mobilisaient les prémisses du FBR (contractualisation), associé à un passé commun et des formations similaires en économie et gestion des services de santé, et un intérêt à faire évoluer leurs carrières respectives ont façonné les trois entrepreneurs de la diffusion maliens. Cette communauté malienne favorable au FBR savait en effet qu'il était dans son intérêt de faire sa promotion, étant donné les opportunités d'avancement de carrière qui devenaient possibles grâce aux larges financements disponibles pour piloter cette politique. Une fois considéré par l'expert néerlandais comme suffisamment « prêt », l'un des entrepreneurs maliens est devenu en 2017 un « entrepreneur de seconde génération », diffusant le FBR en Guinée. Début 2019, les deux autres entrepreneurs de la diffusion maliens ont également été promus en entrepreneurs de la diffusion par leur sélection récente pour participer à l'expérimentation du FBR en Mauritanie. La place prépondérante de l'expert néerlandais dans l'ensemble des processus de diffusion reflète notamment comment le pouvoir de « simples » individus peut s'exercer dans les PFMR.

Les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion étrangers et étrangères et maliens ont également conduit l'agenda d'apprentissage du FBR des décideurs et décideuses et des bureaucrates maliens au fil du temps. Ils et elles ont aussi influencé les processus d'émulation entre les acteurs et actrices en faveur du FBR. Les entrepreneurs et entrepreneuses ont également créé et répandu l'expression FBR « à la malienne » afin de promouvoir un FBR adapté au contexte malien. Tous ces processus font des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion des acteurs et actrices incontournables, ce qui leur permet de diffuser leur discours et mettre en œuvre leurs stratégies favorisant l'expansion du FBR au Mali. Toutefois, plusieurs freins ont participé à entraver l'action de ces

entrepreneurs et entrepreneuses. Notamment, nous avons observé peu d'interactions entre les acteurs et actrices du niveau central et ceux et celles des niveaux décentralisés pendant l'expérimentation. Le manque de participation des acteurs et actrices du niveau central était dû à un manque de confiance et une mauvaise collaboration avec les représentant-e-s du bailleur (la Banque mondiale). Nous avons relevé une forte perte d'expertise et d'émulation autour du FBR (ancien-ne-s décideurs et décideuses formé-e-s parti-e-s, roulement important au ministère). Enfin, la discontinuité de l'expérimentation du FBR au Mali a porté préjudice à l'engagement sur le long terme des acteurs et actrices politiques.

Liste des abréviations

ASACO : Association(s) de santé communautaire

ASS : Afrique subsaharienne

CGIC: Clinique de Gestion et d'Innovation des Connaissances

CSU : Couverture santé universelle

DS : Districts sanitaires

FBR : Financement basé sur les résultats

KIT : Koninklijk Instituut voor de Tropen (*Institut royal des tropiques*)

MSHP : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

ONG : Organisation(s) non gouvernementale(s)

PFMR : Pays à faible et moyen revenu

RDC : République démocratique du Congo

SNV : Organisation néerlandaise de développement

Remerciements et Financement

Lara Gautier a reçu une bourse de recherche doctorale du Fonds de Recherche du Québec-Société et Culture (FRQSC). Elle a pu collecter des données dans différents contextes étrangers grâce au soutien généreux du Centre de recherches pour le développement international du Canada (projet ID#108038), de l'Institut de Recherche français (IRD) et des Instituts de recherche en santé du Canada (demandeur #372369). La recherche a été menée dans le cadre d'un programme plus vaste intitulé « Financement basé sur les résultats pour un accès équitable aux soins de santé maternelle et infantile au Mali et au Burkina Faso ». Elle fait partie de l'initiative de 7 ans « Innover pour la santé maternelle et infantile en Afrique » menée par le Centre de recherches pour le développement international. Notre programme de recherche a été mis en œuvre par une équipe composée d'ONG basées dans les deux pays et de chercheurs et chercheuses de l'Université de Montréal. Au Mali, cette équipe était composée de chercheurs, de chercheuses et d'assistant-e-s de recherche de l'ONG MISELI dirigée par Laurence Touré, qui est la chercheuse principale du programme.

Nous tenons également à remercier tous les acteurs, toutes les actrices et les organisations aux niveaux national, régional et local qui ont participé ou facilité la conduite de cette recherche. Nous remercions aussi Mme Thérèse Gautier-Garancher et de M. Konan N'Guessan pour la transcription des entretiens. Nos remerciements vont également aux employé-e-s de l'ONG MISELI, et en particulier à Mme Laurence Touré, qui a contribué à faciliter les contacts avec plusieurs personnes interrogées.

Références

Bertone, M. P., Wurie, H., Samai, M. & Witter, S. (2018). The bumpy trajectory of performance-based financing for healthcare in Sierra Leone: agency, structure and frames shaping the policy process. *Globalization and Health*, 14(99). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0417-y>

- Boulenger, D. (2009, août). Not only relational contracts: Some considerations about PBF and PNFP. An interview with Bruno Meessen. *Health and Development. Doctors with Africa Cuamm*, 18–19.
- Brady, L., Munge, K. & Giralt, A. N. (2018, 21 septembre). Unpacking power and knowledge in global health: Some reflections from the emerging voices 2018 cohort. *International Health Policies*. <http://www.internationalhealthpolicies.org/unpacking-power-and-knowledge-in-global-health-some-reflections-from-the-emerging-voices-2018-cohort/>
- Broad, R. (2006). Research, knowledge, and the art of « paradigm maintenance »: The World Bank's Development Economics Vice-Presidency (DEC). *Review of International Political Economy*, 13(3), 387–419. <https://doi.org/10.1080/09692290600769260>
- Coulibaly, A., Gautier, L., Touré, L. & Ridde, V. (2020). Le financement basé sur les résultats (FBR) au Mali : Peut-on parler d'émergence d'une politique publique de santé? *International Development Policy | Revue internationale de politique de développement*, (12.1). <http://journals.openedition.org/poldev/3242>
- Coulibaly, A., Gautier, L., Zitti, T. & Ridde, V. (2020). Implementing performance-based financing in peripheral health centres in Mali: What can we learn from it? *Health Research Policy and Systems*, 18(54). <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00566-0>
- Fritsche, G. B., Soeters, R. & Meessen, B. (2014). *Performance-based financing toolkit*. Washington, DC, World Bank.
- Gautier, L. (2016, janvier). Le financement basé sur les résultats au Mali. *Chaire REALISME*. http://www.equitesante.org/wp-content/plugins/zotpress/lib/request/request.dl.php?api_user_id=1627688&dlkey=8ESEFMPZ&content_type=application/pdf
- Gautier, L., De Allegri, M. & Ridde, V. (2019). How is the discourse of performance-based financing shaped at the global level? A poststructural analysis. *Globalization and Health*, 15(6). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0443-9>

- Gautier, L., De Allegri, M. & Ridde, V. (2021). Transnational networks' contribution to health policy diffusion: A mixed method study of the performance-based financing community of practice in Africa. *International Journal of Health Policy and Management*, 10(6) : 310-323. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.57>
- Gautier, L., Tosun, J., Allegri, M. D. & Ridde, V. (2020). Comment les entrepreneurs de la diffusion propagent-ils leurs politiques? *Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances*, 4(1). <https://doi.org/10.18166/tuc.2020.4.1.17>
- Kirigia, J. M. & Diarra-Nama, A. J. (2008). Can countries of the WHO African Region wean themselves off donor funding for health? *Bulletin of the World Health Organization*, 86(11), 889-892. <https://doi.org/10.2471/BLT.08.054932>
- Lewis, D. & Mosse, D. (2006). *Development Brokers and Translators: The Ethnography of Aid and Agencies*. Kumarian Press.
- Mayne, R., Green, D., Guijt, I., Walsh, M., English, R. & Cairney, P. (2018). Using evidence to influence policy: Oxfam's experience. *Palgrave Communications*, 4(122). <https://doi.org/10.1057/s41599-018-0176-7>
- Merry, S. E. (2006). Transnational Human Rights and Local Activism: Mapping the Middle. *American Anthropologist*, 108(1), 38-51. <https://doi.org/10.1525/aa.2006.108.1.38>
- Mintrom, M. (1997). Policy entrepreneurs and the diffusion of innovation. *American Journal of Political Science*, 738-770.
- Rose, R. (1991). What is Lesson-Drawing? *Journal of Public Policy*, 11(1), 3-30. <https://doi.org/10.1017/S0143814X00004918>
- Rottenburg, R. (2009). *Far-Fetched Facts: A Parable of Development Aid*. MIT Press.
- Secrétariat Permanent du PRODESS. (2013). *Programme de développement sanitaire et social (PRODESS III) 2014-2018*. MSHP-MTASH-MPFEP. <http://www.sante.gov.ml/docs/PRODESS%20III%20Version%20finale.pdf>

- Seppey, M., Ridde, V., Touré, L. & Coulibaly, A. (2017). Donor-funded project's sustainability assessment: A qualitative case study of a results-based financing pilot in Koulikoro region, Mali. *Globalization and Health*, 13(86). <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0307-8>
- Soeters, R. (2010, juin). *A personal story—seeking the roots of performance-based financing (PBF)* [RBF Health Website]. <https://www.rbfhealth.org/resource/personal-story-seeking-roots-performance-based-financing-pbf>
- Soucat, A., Dale, E., Mathauer, I. & Kutzin, J. (2017). Pay-for-performance debate: Not seeing the forest for the trees. *Health Systems & Reform*, 3(2), 74–79. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1302902>
- Sriram, V., Topp, S. M., Schaaf, M., Mishra, A., Flores, W., Rajasulochana, S. R. & Scott, K. (2018). 10 best resources on power in health policy and systems in low- and middle-income countries. *Health Policy & Planning*, 33(4), 611–621. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy008>
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. SAGE Publications.
- Stone, D. (2001). *Learning lessons, policy transfer and the international diffusion of policy ideas* [Working paper, 69/01]. Centre for the Study of Globalisation and Regionalisation.
- The World Bank. (2017). *Mali—Strengthening Reproductive Health Project. Implementation Completion and Results Report* (No. ICR4095, 1–81). The World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/542131502720462868/Mali-Strengthening-Reproductive-Health-Project>
- Tosun, J. & Croissant, A. (2016). Policy diffusion: A regime-sensitive conceptual framework. *Global Policy*, 7(4), 534–540.
- Zitti, T., Gautier, L., Coulibaly, A. & Ridde, V. (2019). Stakeholder perceptions and context of the implementation of performance-based financing in district hospitals in Mali. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(10), 583–592. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.45>

Zombré, D., Allegri, M. D. & Ridde, V. (2020). No effects of pilot performance-based intervention implementation and withdrawal on the coverage of maternal and child health services in the Koulikoro region, Mali: An interrupted time series analysis. *Health Policy & Planning*, 35(4), 379–387. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa001>

5. La place de l'équité dans la couverture de santé universelle au niveau mondial, au Bénin et au Sénégal

ELISABETH PAUL, MARC BOURGEOIS ET VALÉRY RIDDE

Contexte

La couverture santé universelle (CSU) signifie que toutes les personnes reçoivent les services de santé dont elles ont besoin, y compris les services curatifs, préventifs et promotionnels, la réadaptation et les soins palliatifs de qualité suffisante pour être efficaces, tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas l'utilisateur ou l'utilisatrice à des difficultés financières (World Health Organization, 2015)¹. L'équité semble inhérente à la poursuite de la CSU. Par exemple, le rapport sur la santé dans le monde de 2008 définissait les réformes de la couverture universelle comme celles « qui font en sorte que les systèmes de santé contribuent à l'équité, à la justice sociale et à la fin de l'exclusion, essentiellement en tendant vers l'accès universel aux soins et à la sécurité sociale » (Organisation mondiale de la santé, 2008 : IX). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que l'équité est un objectif intermédiaire de la CSU (Kutzin, 2013); le Groupe consultatif de l'OMS sur l'équité et la couverture santé universelle invite les pays à s'engager à respecter l'équité, la justice et les droits à la santé dans l'élaboration des politiques (World Health Organization, 2014). Cependant, l'équité n'est pas une conséquence naturelle de la mise en œuvre des politiques de CSU. Au contraire, la poursuite de la couverture universelle implique

1. Ce chapitre constitue la traduction de l'article suivant : Paul, E., Deville, C., Bodson, O., Sambiéni, N. E., Thiam, I., Bourgeois, M., Ridde, V. & F. Fecher. (2019). How is equity approached in universal health coverage? An analysis of global and country policy documents in Benin and Senegal. *International Journal Equity in Health*, 18(195). <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1089-9>

des compromis qui ne sont pas nécessairement favorables aux personnes vulnérables, et certaines politiques menées au nom de la couverture universelle peuvent aggraver les inégalités (O'Connell *et al.*, 2014; Norheim, 2015; Umeh & Feeley, 2017; Fenny *et al.*, 2018). Il est donc essentiel de mesurer les inégalités et de suivre les progrès réalisés lors de la mise en œuvre des politiques de CSU (Roberts *et al.*, 2015; Rodney & Hill, 2014).

Il convient tout d'abord de noter que l'équité est un terme couramment utilisé dans le domaine de la santé publique. Une revue narrative de la littérature évaluée par les pairs et publiée en anglais entre 2005 et 2013 a permis de trouver environ 9000 articles dans PubMed via les mots de recherche «*universal health coverage/care*» et «*equity/inequity*» (Rodney & Hill, 2014). Cependant, il s'agit d'un concept controversé et ambigu qui est interrelié avec un certain nombre d'autres concepts tels que la notion de «*fairness*» (qui est un concept plus large et se concentre spécifiquement sur les plus démunis), l'égalité, la justice sociale, l'inclusion sociale, la solidarité, l'altruisme et les droits à la santé (World Health Organization, 2014; Norheim, 2015; Braveman, 2014; Wagstaff *et al.*, 1989; Cohen *et al.*, 2017; Potvin *et al.*, 2007; McIntyre & Mooney, 2007). Elle s'oppose aux inégalités ou disparités en matière de santé, qui désignent les différences en matière de santé qui sont évitables, inutiles et injustes (Whitehead, 1992). Les inégalités en matière de santé sont également étroitement liées aux disparités dans les déterminants sociaux de la santé (Commission on Social Determinants of Health, 2008).

L'équité en matière de santé englobe diverses dimensions, certaines liées aux moyens ou aux processus mis en œuvre pour l'atteindre, d'autres aux fins ou aux résultats poursuivis (Cohen *et al.*, 2017): équité dans la couverture des soins de santé (accès, utilisation des services) – elle est souvent appelée équité horizontale: égalité de traitement pour des besoins égaux; équité dans les résultats de santé; équité dans le financement de la santé (souvent appelée équité verticale, ce qui signifie que chacun-e contribue au financement de la santé en fonction de sa capacité à payer); équité dans la protection financière. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les études sur la CSU explorent généralement l'impact des politiques de CSU

sur l'équité, et ceci sur la base de données ventilées par zone géographique, statut socio-économique et sexe. Toutefois, un autre domaine clé au sein duquel des inégalités peuvent apparaître est celui des disparités dans la qualité des soins et l'accès aux services cliniques spécialisés (Rodney & Hill, 2014). D'autres types de disparités dans les services de santé sont liés à la race/ethnicité, à la culture, à l'éducation ou à d'autres avantages sociaux (Commission on Social Determinants of Health, 2008; Braveman, 2006; Braveman *et al.*, 2011; O'Connell *et al.*, 2015; Hall *et al.*, 2016). La mesure des inégalités en matière de santé reste donc un défi et est un concept en évolution (Hosseinpour *et al.*, 2014; O'Donnell *et al.*, 2008; Rodney & Hill, 2014; Wagstaff *et al.*, 1989, 1991; World Health Organization & World Bank, 2014).

Méthodes

Ce chapitre vise à explorer, d'une part, la manière dont le concept multidimensionnel d'équité a été abordé dans les principaux rapports et documents stratégiques mondiaux sur la CSU et, d'autre part, si et comment cette compréhension du concept a un impact sur les politiques de CSU au niveau national. Pour ce faire, nous avons analysé un échantillon de rapports et de documents politiques clés sur la CSU, tant au niveau mondial que dans deux pays : le Bénin et le Sénégal. Ces deux pays étaient au centre d'un projet de recherche que nous avons mené à l'Université de Liège (2015-2019) sur les politiques de CSU. Ils sont situés en Afrique de l'Ouest francophone, ont des systèmes de santé et des défis relativement similaires, mais ont choisi des voies très différentes pour étendre la protection financière en matière de soins de santé. Alors que le Sénégal avait initialement opté pour les mutuelles de santé à base communautaire, le Bénin s'efforce de développer une assurance maladie de portée nationale gérée par l'État (Deville, 2018). Cela offre des comparaisons intéressantes.

Nous avons utilisé une approche heuristique similaire à celle utilisée par d'autres auteurs et autrices concernant la qualité des politiques des systèmes de santé (Jordan *et al.*, 2018). Nous avons recherché sur les sites web des deux principales institutions

mondiales qui façonnent les politiques de CSU et qui sont chargées de leur suivi mondial —l’OMS et la Banque mondiale— des rapports et des documents politiques consacrés à la CSU. Nous avons sélectionné les plus pertinents et les plus significatifs afin de constituer un échantillon ciblé de vingt rapports et documents de politiques clés sur la CSU, publiés à la suite de l’adoption de la première résolution de l’Assemblée mondiale de la santé sur la CSU (58.33) en 2005 (les documents retenus n’ont été publiés qu’à partir de 2008) et jusqu’en 2018. Il est à noter que nous avons exclu deux documents dont l’objectif principal était de comprendre l’équité —à savoir, le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (Commission on Social Determinants of Health, 2008) et la base de données de la BM sur les indicateurs d’équité (Wagstaff *et al.*, 2018)— mais nous avons également identifié et inclus un rapport de l’Organisation internationale du travail (OIT) consacré à la protection sociale dans le domaine de la santé (Scheil-Adlung, 2014). Nous avons recherché manuellement dans chaque document l’utilisation et la discussion des termes liés à l’équité, à l’inégalité et aux disparités. Le contenu a ensuite été résumé et analysé, notamment pour comprendre comment ces concepts étaient compris dans chaque document et pour évaluer dans quelle mesure les documents étaient préoccupés par ces concepts. Cela a été fait en utilisant une approche mixte comprenant une composante d’analyse qualitative du contenu (analyse thématique du discours) et une composante quantitative (comptage du nombre d’occurrences liés à l’équité, ainsi que de l’étendue de sa compréhension, soit les niveaux et types d’équité visés). Nous avons fait la distinction entre 1) le niveau auquel l’inégalité se produit (déterminants sociaux, résultats de santé, systèmes et politiques de santé, accès/couverture/utilisation des services de santé, financement et protection financière) et 2) l’origine ou les types d’inégalités en matière de santé (socio-économiques, fondées sur le sexe, etc.). Ensuite, nous avons adopté la même approche pour analyser comment le concept d’équité a été abordé dans trois types de documents de politique de CSU au Bénin et au Sénégal: 1) les plans nationaux de développement sanitaire, 2) les stratégies nationales de financement de la santé pour la CSU et 3) d’autres documents de politique décrivant la stratégie ou le modèle de CSU privilégié par le gouvernement. Les résultats sont présentés dans des tableaux

récapitulatifs disponibles dans l'article original publié en anglais (Paul *et al.*, 2019)². Les éléments les plus marquants sont expliqués plus en détail ci-dessous.

Résultats

La compréhension de l'équité dans les rapports et documents de politiques clés sur la CSU au niveau mondial

Pour ce qui concerne les niveaux d'équité les plus souvent considérés, l'accès (disponibilité, couverture, fourniture, utilisation) est la dimension la plus souvent citée (18 documents sur 20), suivie par l'équité en matière de protection financière (14/20), puis par l'équité au niveau des systèmes de santé, des politiques et/ou de la distribution des ressources (13/20) –avec un accent variable selon les sources. Les autres dimensions comprennent l'équité dans la contribution financière (financement), dans les résultats de santé et dans les déterminants sociaux de la santé (y compris la distribution du pouvoir, de l'argent et des ressources; les comportements de santé: l'eau et l'assainissement). En ce qui concerne les types d'équité considérés, les plus souvent mentionnés ont trait aux disparités socio-économiques (15 documents sur 20), géographiques (13/20), les disparités socio-économiques autres ou non définies (12/20), et les disparités fondées sur le genre (10/20). Divers autres critères sont mentionnés tout au long des documents: l'éducation, l'âge et les facteurs culturels tels que la religion, la race/l'ethnicité et le statut de migrant-e.

Une analyse de contenu plus approfondie et qualitative de la manière dont l'équité a été abordée dans les documents mondiaux sur la CSU est synthétisée dans le Tableau 2 de l'article original (Paul *et al.*, 2019). Il en ressort, premièrement, que la plupart des documents (15/20) ne définissent pas ce qu'ils entendent par équité. Deuxièmement, la plupart des documents parlent d'«équité en matière de santé» ou

2. Disponible ici: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-019-1089-9>

d'«iniquité en matière de santé» au sens large, sans mentionner la dimension ou le type d'iniquité considéré. Troisièmement, il existe une certaine ambiguïté dans certaines dimensions de l'équité: la «couverture» est parfois utilisée dans le sens de l'accès ou de la disponibilité des services de santé, parfois dans le sens de l'utilisation des services de santé; et le «financement» fait tantôt référence à l'équité dans le financement (mobilisation des ressources, équité verticale, dépenses publiques), tantôt à l'équité dans l'allocation des ressources, et même parfois à l'équité dans la protection financière. Quatrièmement, la plupart des documents assimilent l'équité à un objectif global ou à un principe directeur étroitement associé à la CSU et aux Objectifs de développement durable (ODD). Cependant, les liens auxquels il est fait allusion entre la CSU et l'équité ne sont pas évidents. Globalement, il n'est pas clair si l'accent mis sur l'équité est censé permettre de progresser vers la CSU (l'équité comme moyen), si la CSU est censée accroître l'équité (l'équité comme fin), ou s'il s'agit de deux objectifs distincts. De même, il n'est pas clair si l'équité est une valeur ou un principe orientant les actions ou si elle est un objectif de ces actions. Certains documents tentent de clarifier les liens entre la CSU et l'équité. Par exemple, les publications du département du financement de la santé de l'OMS utilisent de manière récurrente un modèle qui indique que l'équité dans la distribution des ressources est un objectif intermédiaire de la CSU et que l'équité dans l'utilisation des services est un objectif de la CSU (Kutzin *et al.*, 2017; Diane McIntyre & Kutzin, 2016); un rapport conjoint considère la CSU comme «la réponse aux inégalités» (Brearley *et al.*, 2013 : 6); et le rapport de suivi mondial de la CSU de 2017 fait une distinction claire entre l'équité et la CSU (World Health Organization & World Bank, 2017). Néanmoins, la situation globale n'est pas claire dans la plupart des documents, et l'utilisation du concept d'équité est souvent plus rhétorique que concrète. Cinquièmement, le concept d'équité est aussi souvent relié à d'autres concepts et valeurs tels que la justice sociale (ou l'inclusion), la solidarité, les droits humains (y compris le droit à la santé) et la lutte contre la pauvreté, mais il est encore plus souvent associé à l'efficacité ainsi qu'à la durabilité.

Implications pour les politiques de CSU nationales

Les tableaux 3 et 4 de l'article original (Paul *et al.*, 2019) suivent une approche analytique thématique similaire et résument l'analyse sur la façon dont le concept d'équité a été compris dans trois types de documents politiques spécifiques à chaque pays inclus dans cette étude : 1) les plans nationaux de développement du secteur de la santé (PNDS), 2) les stratégies nationales de financement de la santé (SNFS) et 3) d'autres documents de politique de CSU au Bénin et au Sénégal.

Les documents des deux pays présentent des similitudes, ce qui permet une analyse conjointe. Il convient de noter tout d'abord qu'un certain nombre de conclusions sont similaires à celles des documents mondiaux. La plupart des documents politiques spécifiques aux pays (7 sur 8) ne définissent pas ce qu'ils entendent par équité. La couverture, l'accès et la fourniture de services sont utilisés de manière interchangeable; et les dimensions et les types d'équité en matière de santé sont souvent mal expliqués. En ce qui concerne le niveau d'équité considéré, tous les documents nationaux de notre échantillon font explicitement référence à l'accès, à la couverture et à l'utilisation des services. Les documents nationaux mettent également beaucoup l'accent sur l'amélioration de l'équité dans l'allocation des ressources (en particulier les ressources humaines) entre les régions (5 documents sur 8) et sur le financement et la contribution financière (5/8). En ce qui concerne les types d'équité considérés, les disparités socio-économiques au sens large ou non définies (par exemple, ayant trait au secteur formel *vs* secteur informel, aux populations vulnérables) sont mentionnées par 6 documents sur 8, tandis que les inégalités géographiques (y compris rurales/urbaines) sont les stratificateurs les plus largement utilisés explicitement. Toutefois, dans les documents examinés, aucune mention n'est faite de l'inégalité dans la qualité des services ou due à des différences d'éducation, d'âge ou d'aspects culturels. En outre, les documents de politique nationale examinés ont tendance à faire référence au principe d'équité de manière assez rhétorique en l'associant à d'autres concepts généraux (par exemple, la solidarité et la justice sociale) mais principalement avec l'efficacité et la durabilité.

Le document politique supposé prédominant dans chaque pays, à savoir le PNDS, couvre la période 2009-2018 dans les deux pays. Le PNDS du Bénin tient compte de l'existence d'une répartition inéquitable du personnel ainsi que de barrières financières qui ne favorisent pas un accès équitable aux soins de santé. Parmi les valeurs et principes du système de santé, on retrouve « le financement équitable et la bonne gestion des dépenses de santé » (p. 61). Le PNDS repose sur une vision qui entend disposer « d'un système de santé performant [...] pour l'Offre et la Disponibilité permanentes de Soins de Qualité, équitables et accessibles aux Populations de toutes catégories, fondées sur les Valeurs de Solidarité et de Partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois » (p. 61-62). Cependant, aucune mesure concrète pour améliorer l'équité n'est proposée dans le PNDS (République du Bénin, 2010). Celui du Sénégal affirme que « Plus que par le passé, la priorité est accordée à la répartition équitable de l'offre de services et au financement de la demande en santé » (p. 5) et que « La mise à disposition d'une offre de soins minimale par région et la répartition spatiale judicieuse des moyens de diagnostic et de traitement garantiront plus d'équité dans la prise en charge » (p. 31). Ceci est censé être réalisé à travers un « système d'allocation de ressources rendu plus équitable » et le fait que « L'équité dans la distribution des soins fera l'objet d'une attention plus soutenue par l'opérationnalisation de la carte sanitaire » (p. 46). Si des stratégies plus concrètes sont indiquées pour améliorer l'équité que dans celui du Bénin, le PNDS du Sénégal fait également référence à l'équité de manière vague et rhétorique, comme un principe directeur parmi d'autres tels que « la participation, la multisectorialité, la transparence, la solidarité [...] et le genre » (République du Sénégal, Ministère de la santé et de la prévention, 2009 : 32). Des actions plus concrètes se trouvent dans le Plan d'investissement sectoriel qui suit et qui entend accorder « la priorité à ces deux composantes essentielles : "le financement de la demande" et « la construction de nouvelles infrastructures » » (République du Sénégal, Ministère de la Santé et de l'Action sociale, 2017a : 17).

Les deux pays ont également publié une Stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la CSU (SNFS). Celle du Bénin met l'accent sur l'équité dans le financement et considère la nécessité de «trouver des lieux de ponction (taxes, impôts indirects) qui répondent aux soucis d'équité et de protection contre le risque financier» (p. 16). Elle estime que «La distribution plus équitable des allocations dans le cadre du budget renforcera encore cet objectif d'un accès mieux partagé à des soins de qualité» (Ministère de la Santé, 2015 : 24). Celle du Sénégal diagnostique une «répartition inéquitable des ressources (humaines, matérielles et financières)» (p. 5) (notamment entre les régions et les milieux de vie mais aussi entre les niveaux de soins) et affirme que «le principe d'équité sera clairement positionné dans les critères qui soutiennent les décisions sur l'allocation des ressources en vue de démocratiser l'accès aux services de santé» (p. 23). La stratégie comprend quatre orientations stratégiques, les deux premières étant axées sur l'équité dans l'accès à des soins de santé de qualité et la protection financière (République du Sénégal, Ministère de la Santé et de l'Action sociale, 2017b). Cependant, au-delà de ces déclarations de principe, aucun de ces plans ne propose d'action concrète (comme, par exemple, des critères d'allocation des ressources) pour faire progresser l'équité.

Enfin, les deux pays ont choisi des stratégies différentes pour accroître la couverture de la protection financière. Alors que le Sénégal a opté pour les mutuelles à base communautaire (Ministère de la Santé et de l'Action sociale, 2013; Ministère de la Santé et de l'Action sociale & Agence de la Couverture Maladie Universelle, 2017), le Bénin a opté pour un projet dirigé par l'État, appelé Assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH), qui comprend quatre ensembles de services de protection sociale (assurance maladie, formation, crédit et retraite) (Présidence de la République du Bénin, 2019).

Dans l'ensemble, malgré des différences de contextes, de choix et de discours politiques, les politiques de CSU des deux pays sont assez similaires dans leur approche de l'équité. Les deux pays reconnaissent l'existence d'importantes disparités en matière de santé, notamment géographiques, et les attribuent à des inégalités dans l'allocation des ressources et à une protection financière insuffisante. Du côté de

l'offre, les deux pays ont l'intention de réviser les procédures d'allocation budgétaire pour assurer l'équité et l'efficacité. Cependant, les documents examinés pour le Bénin n'expliquent pas comment le faire, tandis que les documents de politique de CSU du Sénégal mentionnent la carte sanitaire (c'est-à-dire les normes en termes d'infrastructures, d'équipements et de personnel par niveau de soins) comme une façon concrète de le réaliser (République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention, 2009; République du Sénégal, Ministère de la Santé et de l'Action sociale, 2017a; 2017b). Du côté de la demande, les deux pays ont l'intention d'étendre la couverture de la protection financière en santé en promouvant un régime d'assurance maladie pour les secteurs ruraux et informels, et en subventionnant les contributions des pauvres à ces régimes. Ils reconnaissent également les problèmes découlant de la fragmentation des régimes de financement et envisagent de créer un fonds commun, mais n'y sont pas encore parvenus (Ministère de la Santé, 2015; Ministère de la Santé et de l'Action sociale, 2013). Enfin, les deux pays sont conscients de l'importance des déterminants sociaux de la santé. Le Sénégal entend agir à cet égard par une action multisectorielle, tandis que le Bénin a plutôt opté pour le développement de tout un ensemble de programmes de protection sociale par le biais du projet ARCH (Présidence de la République du Bénin, 2019; République du Sénégal, Ministère de la Santé et de l'Action sociale, 2017b).

Discussion

Nos résultats montrent que le concept d'équité est souvent utilisé de manière imprécise, voire rhétorique, tant dans les documents de politique mondiaux sur la CSU que dans les documents politiques spécifiques à chaque pays. Cela est vrai tant en ce qui concerne les niveaux d'équité considérés (l'accès, la couverture et l'utilisation sont souvent utilisés de manière interchangeable) qu'en ce qui concerne les types d'équité (avec des disparités « socio-économiques » souvent indéfinies). L'équité financière est particulièrement mal comprise dans de nombreux documents examinés. La plupart confondent l'équité dans la mobilisation des ressources et l'équité dans l'allocation

des ressources —alors qu'en fait, l'équité dans le financement est censée être liée à la manière dont les recettes sont collectées, et non à la manière dont l'argent est dépensé (Diane McIntyre & Kutzin, 2016).

Notre étude était basée sur une analyse des documents politiques, mais au-delà des politiques déclarées, il peut y avoir d'importantes lacunes dans leur mise en œuvre. Notre expérience au Bénin et au Sénégal montre que les deux pays peinent à améliorer l'allocation des ressources et à accroître la couverture de protection financière. Au Bénin, après l'échec notable de la tentative du gouvernement précédent de développer un régime national d'assurance maladie universelle, le projet ARCH du gouvernement actuel a subi de longs retards avant de commencer à être testé en juillet 2019 (Deville, Fecher *et al.*, 2018; Paul *et al.*, 2020). Au Sénégal, fin décembre 2018, seuls 19% de la population totale bénéficiaient d'une couverture des risques sanitaires par le biais des mutuelles à base communautaire, contre un objectif de 26% (Agence de la Couverture Maladie Universelle, Direction de l'Assurance maladie, 2019). Selon le récent rapport de suivi mondial de la CSU, l'indice de couverture des services (ODD 3.8.1) était de 39,6 pour le Bénin en 2017 (contre 40,2 en 2015) et de 45,4 en 2017 pour le Sénégal (contre 43,8 en 2015) (World Health Organization, 2019). Comment expliquer cela? Alors que l'équité est un concept central en santé publique, elle n'est pas appréhendée de la même façon par toutes les disciplines, ce qui peut entraîner certaines difficultés quant à la mise en pratique des politiques. En effet, avant de pouvoir être mises en œuvre, les politiques doivent être traduites dans des cadres juridiques et institutionnels. Or, la notion d'équité n'existe tout simplement pas en tant que telle en droit. Dans les systèmes de droit commun (par opposition aux systèmes de droit civil), le terme «équité» fait référence à un ensemble particulier de doctrines et de procédures relevant du droit civil, qui complètent les lois statutaires, mais sans lien réel avec la signification utilisée dans le domaine de la santé publique. Dans les systèmes juridiques de droit civil, l'équité n'existe pas en tant que concept, mais est comprise à travers d'autres concepts tels que l'égalité et la non-discrimination, la protection des minorités, la base minimale, la proportionnalité ou la capacité de payer ou encore le fédéralisme fiscal. Elle peut également être

abordée par le biais des droits économiques et sociaux fondamentaux, y compris le droit à la santé qui impliquent des obligations positives de la part du gouvernement. Cependant, le choix du concept juridique qui sera utilisé pour traduire l'objectif d'équité ne sera pas sans conséquence.

Étant donné que l'équité englobe de nombreuses dimensions, un certain nombre de questions se posent lorsque l'on cherche à améliorer l'équité dans le cadre des politiques de CSU. Tout d'abord, quels aspects de l'équité devraient être prioritaires? Par exemple, les politiques de CSU doivent-elles garantir les droits fondamentaux à l'ensemble de la population ou plutôt cibler en premier lieu les plus pauvres (ou d'autres groupes défavorisés)? Une récente revue narrative a montré que la majorité des documents examinés dans le domaine de la santé publique concluent que les programmes de CSU devraient d'abord se concentrer sur l'augmentation de la couverture et la réduction des barrières économiques à l'accès parmi les groupes les plus défavorisés (« universalisme progressif ») (Rodney & Hill, 2014). Cependant, il n'y a pas de consensus sur la manière de réaliser cet objectif (Paul *et al.*, 2018). En particulier, la mise en œuvre de stratégies ciblées (comparé aux stratégies universelles) comporte des écueils importants, tels que le manque de pérennité politique des réformes, ainsi que le fait que les prestations destinées exclusivement aux pauvres finissent souvent par être des prestations médiocres (Sen, 1995). En outre, les niveaux et les types d'équité à privilégier dépendent des valeurs de la société dans laquelle on se situe et devraient logiquement varier d'un pays à l'autre. Pourtant, nous observons que si les documents mondiaux prennent en compte de nombreuses dimensions de l'équité, le diagnostic réalisé dans les documents nationaux se concentre sur les inégalités géographiques et urbaines/rurales, qui sont probablement le type de disparités le plus facile à appréhender avec les données existantes. Paradoxalement, dans les deux pays étudiés, peu d'interventions concrètes sont mises en œuvre pour améliorer l'équilibre dans l'allocation des ressources, alors que des politiques ciblant les plus pauvres ou les plus vulnérables existent (par exemple, la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et de la césarienne, la subvention de l'assurance maladie sociale ARCH au Bénin et l'adhésion

aux mutuelles au Sénégal). Il y a donc un décalage entre le diagnostic des problèmes et les solutions proposées. Le biais urbain dans la décision politique des pays à faible et moyen revenu est connu depuis des décennies (Lipton, 1977). Les intérêts politiques nationaux peuvent probablement expliquer pourquoi la politique d'assurance maladie figure en bonne place dans l'agenda politique des Présidents du Bénin et du Sénégal. Au Bénin, le programme intégré de protection sociale est conçu pour renforcer le capital humain du pays en vue de soutenir son développement, conformément à la vision néolibérale de son gouvernement (Présidence de la République du Bénin, 2019). Au Sénégal, le choix du modèle de mutuelle à base communautaire —qui va à contre-courant de l'expérience internationale soulignant son potentiel limité de progression vers la CSU (Mathauer *et al.*, 2017)— a été influencé par les lobbies mutualistes nationaux soutenus par l'agence de coopération américaine (Caffin, 2018).

Deuxièmement, une fois l'objectif d'équité défini, comment le traduire dans les cadres juridiques et institutionnels du pays? De nombreuses solutions sont possibles à cet égard, mais les similitudes d'objectifs d'équité entre les deux pays étudiés —qui ont cependant choisi des voies très différentes pour atteindre la CSU— soulèvent des questions quant à la capacité des pays à traduire effectivement les lignes directrices mondiales dans la pratique de manière spécifique à leur contexte. La question de savoir comment traduire un impératif moral dans la pratique se pose depuis des décennies, comme en témoignent les tensions autour de la question de savoir si et comment assurer l'égalité des chances dans la société (Rawls, 2001). L'élaboration d'une politique de CSU peut poursuivre un agenda strictement politique, mais elle peut aussi être poussée par des contraintes constitutionnelles ou statutaires, des conventions ou des accords internationaux. La politique de CSU peut avoir divers degrés de force contraignante —le droit à la santé peut être inscrit jusqu'au niveau de la constitution, auquel cas des obligations positives sont créées pour obliger l'État à en assurer la jouissance effective. Plus généralement, les droits sociaux et le droit à la santé peuvent avoir des valeurs juridiques différentes. S'il existe un engagement juridiquement contraignant envers la CSU, les citoyens pourraient le revendiquer directement ou indirectement devant les autorités,

notamment les tribunaux. La règle du stand-still (qui signifie que lorsqu'un certain niveau de protection sociale ou un droit est atteint, il n'y a pas de retour en arrière possible) peut être utilisée pour garantir les engagements financiers en faveur de la CSU. Au-delà de l'accès aux services, il convient également de rechercher l'équité dans le financement, ce qui implique que la répartition de la charge du financement des services de santé soit «juste», en référence à la progressivité ou à la régressivité du financement, qui varie selon que la charge du financement retombe de manière plus ou moins proportionnelle sur les riches ou les pauvres par rapport à leur capacité de contribution (Jowett & Kutzin, 2015). Comme indiqué ci-dessus, les deux pays étudiés ont l'intention de rendre le financement de la santé plus progressif et de mettre en commun les ressources à un niveau élevé, mais aucun progrès majeur à ce niveau n'a été réalisé jusqu'à présent. Au Bénin, il n'y a toujours pas de mécanismes clairs et durables en place pour financer le projet ARCH (Paul *et al.*, 2020). Au Sénégal, les cadres juridiques et institutionnels ne sont pas totalement en ligne avec la politique de CSU (Badiane *et al.*, 2018).

Troisièmement, une fois formalisées, comment faciliter la mise en œuvre des politiques d'équité? Une fois encore, les politiques pourraient être séduisantes mais difficiles à traduire en décrets appropriés puis à mettre en œuvre, que ce soit pour des raisons politiques ou techniques (Paul *et al.*, 2018). Ainsi, des écarts importants peuvent apparaître dans la mise en œuvre des politiques (Ridde, 2008). Le contenu des documents politiques ne reflète pas nécessairement ce qui est fait sur le terrain. Les deux études de cas suggèrent que cela risque de se produire car les pays étudiés mettent l'accent sur le rééquilibrage de l'allocation des ressources au sein du système de santé, sans définir de critères d'allocation ni proposer d'engagement ferme à cet égard, à l'exception de la référence à la carte sanitaire au Sénégal. En outre, lors de la mise en œuvre, les politiques de CSU doivent être suivies de près car elles peuvent avoir des effets inattendus sur l'équité. Par exemple, une étude récente sur les soins de santé maternelle au Sénégal montre que si une intervention au niveau de la demande (gratuité des soins) profite davantage aux ménages les plus pauvres, réduisant ainsi les inégalités,

une intervention au niveau de l'offre (élargissement de la disponibilité des services de santé maternelle) profite davantage aux ménages les plus riches, augmentant ainsi l'iniquité (Parmar & Banerjee, 2019).

Enfin, il convient de noter que l'amélioration de l'équité en matière de santé nécessite une intervention au-delà du secteur de la santé et des frontières nationales. En effet, la CSU ne suffit pas à garantir le droit à la santé et nécessite des changements importants pour rendre l'environnement plus propice à la santé (Ooms *et al.*, 2013). En outre, les politiques nationales qui ne ciblent que les facteurs internes ont une capacité limitée à traiter les inégalités en matière de santé, sans s'engager dans l'économie politique mondiale et sans agir sur les déterminants des inégalités de santé au niveau mondial (McNamara, 2019).

Conclusion

Il ressort de notre étude que si l'équité est largement évoquée dans les documents de politique sur la CSU aux niveaux mondial et national et semble aller de soi, ses interprétations et applications spécifiques au contexte peuvent varier. Le concept est souvent utilisé de manière plutôt rhétorique ou politique. Alors que le concept d'équité couvre de nombreux niveaux et types, et à l'exception de ceux qui sont très spécifiques, de nombreux documents mondiaux sur la CSU ne le définissent pas correctement et ne l'appréhendent pas dans toute son étendue. Par conséquent, les documents politiques spécifiques à chaque pays le considèrent peut-être aussi comme allant de soi et utilisent l'équité comme un principe général, sans la définir correctement et sans proposer de moyens concrets pour la mettre en œuvre. Dans les deux pays étudiés, si les documents politiques de CSU reconnaissent la nécessité de s'attaquer aux disparités géographiques, ils ne définissent en fait pas de règles contraignantes pour allouer les ressources (financières, humaines, matérielles) de manière plus équitable. Quant aux politiques visant à protéger les plus pauvres ou les plus vulnérables, elles sont soit non ciblées (par exemple, tous les enfants de moins de cinq ans ou toutes les femmes enceintes ont droit à la gratuité des soins, quel que soit

leur statut socio-économique), soit confrontées à des difficultés pour identifier la population cible (les plus pauvres) (Coady *et al.*, 2004; Deville, Escot *et al.*, 2018). Une explication peut être trouvée dans le manque d'outils permettant d'appréhender d'autres types d'iniquités. En effet, l'utilisation de données issues des formations sanitaires ou d'autres sources administratives présente des difficultés car elles ne recueillent généralement pas de variables pertinentes pour les analyses d'équité autres que la localisation géographique (World Health Organization & World Bank, 2017). Dès lors, la collecte de données de routine ventilées sur la base d'autres stratificateurs pourrait être une première étape pour mieux prendre en compte l'équité dans les politiques de CSU et pour mieux cibler les populations qui ont le plus besoin de soins particuliers. Cela contribuerait à rendre les politiques de CSU plus efficaces et plus durables. En tout état de cause, seule une collaboration étroite entre les décideurs et décideuses politiques, les chercheurs et chercheuses, les financiers et financières et les juristes peut permettre d'adapter les politiques de CSU aux besoins spécifiques des pays et de les traduire en cadres institutionnels pour faciliter leur mise en œuvre.

Liste des abréviations

ARCH	Assurance pour le renforcement du capital humain
CSU	Couverture santé universelle
MS	Ministère de la Santé
PNDS	Plan national de développement sanitaire
ODD	Objectifs de développement durable
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
SNFS	Stratégie nationale de financement de la santé

Financement

La recherche qui a financé l'article à l'origine de ce chapitre a été financée par la Fédération Wallonie-Bruxelles à travers les projets d'Action de recherche concertée (ARC) (projet ARC Effi-Santé mené à l'Université de Liège de 2015 à 2019).

Références

- Agence de la Couverture Maladie Universelle, Direction de l'Assurance maladie. (2019). *Rapport de performance de l'année 2018*. Ministère de la Santé et de l'Action sociale.
- Badiane M.-C., Bourgeois, M., & Dioh, A. (2018). *Financing Universal Health Coverage in Senegal: Why and how lawyers must be involved to reach the financing objectives*. Mimeo, University of Saint-Louis (Senegal).
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 27, 167-194. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>
- Braveman, P. (2014). What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public Health Reports* (Washington, D.C. 1974), 129(Suppl 2), 5-8. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S203>
- Braveman, P. A., Kumanyika, S., Fielding, J., LaVeist, T., Borrell, L. N., Manderscheid, R. & Troutman, A. (2011). Health Disparities and Health Equity: The Issue Is Justice. *American Journal of Public Health*, 101(S1), S149-S155. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300062>
- Brearley, L., Marten, R. & O'Connell, T. (2013). *Universal Health Coverage: A Commitment to Close the Gap*. The Rockefeller Foundation, Save the Children, UNICEF and the World Health Organization.
- Caffin, J.-H. (2018). *L'aide au développement et le financement basé sur la performance: Quelle performativité? Analyse du processus de conceptualisation et de diffusion du financement basé sur la performance dans la gestion des systèmes de santé africains par la*

- Banque Mondiale et l'USAID. *Étude du cas du Programme national de financement basé sur les résultats du Ministère de la Santé du Sénégal*. École Doctorale de Management Panthéon-Sorbonne.
- Coady, D., Grosh, M. & Hoddinott, J. (2004). *Targeting of transfers in developing countries: Review of lessons and experience*. The World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/464231468779449856/Targeting-of-transfers-in-developing-countries-review-of-lessons-and-experience>
- Cohen, A. B., Grogan, C. M. & Horwitt, J. N. (2017). The many roads toward achieving health equity. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 42(5), 739–748. <https://doi.org/10.1215/03616878-3940414>
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization.
- Deville, C. (2018, 25 octobre). *Same objective, different paths: An analysis of Universal Health Coverage policies in Benin and Senegal*. International Conference on Global Dynamics of Social Policy Social policy dynamics in (West and Central) Africa, University of Bremen.
- Deville, C., Escot, F., Ridde, V. & Touré, L. (2018, 23 mai). *Les processus d'identification des plus pauvres à l'épreuve du terrain : Une comparaison Bénin-Mali-Sénégal*. APAD Conférence, Roskilde University.
- Deville, C., Fecher, F. & Poncelet, M. (2018). L'Assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH) au Bénin : Processus d'élaboration et défis de mise en œuvre. *Revue française des affaires sociales*, 1, 107–123. Cairn.info.
- Fenny, A. P., Yates, R. & Thompson, R. (2018). Social health insurance schemes in Africa leave out the poor. *International Health*, 10(1), 1–3. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihx046>
- Hall, M., Graffunder, C. & Metzler, M. (2016). Policy Approaches to Advancing Health Equity. *Journal of Public Health Management and Practice*, 22, S50–S59.

- Hosseinpoor, A. R., Bergen, N., Koller, T., Prasad, A., Schlottheuber, A., Valentine, N., Lynch, J. & Vega, J. (2014). Equity-oriented monitoring in the context of universal health coverage. *PLoS Medicine*, 11(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001727>
- Jordan, K., Marten, R., Gureje, O., Daelmans, B. & Kruk, M. E. (2018). Where is quality in health systems policy? An analysis of global policy documents. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1158–e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30375-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30375-9)
- Jowett, M. & Kutzin, J. (2015). *Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers*. Health Financing Policy Brief No 1. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/192280/1/WHO_HIS_HGF_PolicyBrief_15.1_eng.pdf?ua=1
- Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: Concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 602–611. PubMed. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>
- Kutzin, J., Witter, S., Jowett, M. & Bayarsaikhan, D. (2017). *Developing a national health financing strategy: A reference guide*. Health Financing Guidance Series No 3. World Health Organization.
- Lipton, M. (1977). *Why Poor People Stay Poor: Urban Bias in World Development*. Harvard University Press.
- Mathauer, I., Mathivet, B. & Kutzin, J. (2017). *Community based health insurance: How can it contribute to progress towards UHC?* Health Financing Policy Brief No 3. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255629/1/WHO-HIS-HGF-PolicyBrief-17.3-eng.pdf?ua=1>
- McIntyre, D. & Mooney, G. (2007). Where now with equity? Dans D. McIntyre & G. Mooney (dir.), *The Economics of Health Equity* (249–268). Cambridge University Press; Cambridge Core. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511544460.013>
- McIntyre, D. & Kutzin, J. (2016). Health financing country diagnostic: A foundation for national strategy development. *World Health Organization*. <http://www.who.int/iris/handle/10665/204283>

- McNamara, C. L. (2019). Relieving the tension between national health equity strategies and global health equity. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(6), 608–610. <https://doi.org/10.1177/1403494819860742>
- Ministère de la Santé. (2015). *Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour la Couverture Sanitaire Universelle du Bénin 2016-2022* (SNFS).
- Ministère de la Santé et de l'Action sociale. (2013). *Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017*.
- Ministère de la Santé et de l'Action sociale & Agence de la Couverture Maladie Universelle. (2017). *Plan stratégique de développement de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle 2017/2021*.
- Norheim, O. F. (2015). Ethical perspective: Five unacceptable trade-offs on the path to universal health coverage. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(11), 711–714. PubMed. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.184>
- O'Connell, T., Rasanathan, K. & Chopra, M. (2014). What does universal health coverage mean? *The Lancet*, 383(9913), 277–279. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60955-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60955-1)
- O'Connell, T. S., Bedford, K. J. A., Thiede, M. & McIntyre, D. (2015). Synthesizing qualitative and quantitative evidence on non-financial access barriers: Implications for assessment at the district level. *International Journal for Equity in Health*, 14(54). <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0181-z>
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A. & Lindelow, M. (2008). *Analyzing health equity using household survey data: A guide to techniques and their implementation*. The World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/6896>
License: CC BY 3.0 IGO
- Ooms, G., Brolan, C., Eggermont, N., Eide, A., Flores, W., Forman, L., Friedman, E. A., Gebauer, T., Gostin, L. O., Hill, P. S., Hussain, S., McKee, M., Mulumba, M., Siddiqui, F., Sridhar, D., Van Leemput, L.,

- Waris, A. & Jahn, A. (2013). Universal health coverage anchored in the right to health. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(1), 2-2A. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.115808>
- Organisation mondiale de la santé. (2008). *Rapport sur la santé dans le monde, 2008: Les soins de santé primaires—Maintenant plus que jamais*.
- Parmar, D. & Banerjee, A. (2019). How do supply- and demand-side interventions influence equity in healthcare utilisation? Evidence from maternal healthcare in Senegal. *Social Science & Medicine*, 241(112582). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112582>
- Paul, E., Deville, C., Bodson, O., Sambiéni, N. E., Thiam, I., Bourgeois, M., Ridde, V. & Fecher, F. (2019). How is equity approached in universal health coverage? An analysis of global and country policy documents in Benin and Senegal. *International Journal for Equity in Health*, 18(195). <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1089-9>
- Paul, E., Fecher, F., Meloni, R. & van Lerberghe, W. (2018). Universal health coverage in francophone sub-saharan Africa: Assessment of global health experts' confidence in policy options. *Global Health: Science and Practice*, 6(2), 260-271. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00001>
- Paul, E., Sambiéni, N. E., Wangbe, J.-P., Fecher, F. & Bourgeois, M. (2020). Budgeting challenges on the path towards universal health coverage: The case of Benin. *Health Economics Review*, 10(28). <https://doi.org/10.1186/s13561-020-00286-9>
- Potvin, L., Mantoura, P. & Ridde, V. (2007) Evaluating Equity in Health Promotion. Dans D.V. McQueen D.V. & C.M. Jones (dir.) *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* (367-384). Springer. https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1007/978-0-387-70974-1_21
- Présidence de la République du Bénin. (2019). *Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH)* [Fiche de projet].
- Rawls, J. (2001). *Justice as Fairness: A Restatement*. Belknap Press.
- République du Bénin, Ministère de la Santé. (2010). *Plan national de développement sanitaire 2009-2018*.

- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention. (2009). *Plan national de développement sanitaire PND5 2009-2018*.
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de l'Action sociale. (2017a). *Programme d'investissements sectoriels 2017-2021*.
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de l'Action sociale. (2017b). *Stratégie nationale de financement de la santé (SNFS) pour tendre vers la couverture sanitaire universelle*.
- Ridde, V. (2008). « The problem of the worst-off is dealt with after all other issues »: The equity and health policy implementation gap in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1368-1378. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.026>
- Roberts, M. J., Hsiao, W. C. & Reich, M. R. (2015). Disaggregating the universal coverage cube: putting equity in the picture. *Health Systems & Reform*, 1(1), 22-27. <https://doi.org/10.1080/23288604.2014.995981>
- Rodney, A. M. & Hill, P. S. (2014). Achieving equity within universal health coverage: A narrative review of progress and resources for measuring success. *International Journal for Equity in Health*, 13(72). <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0072-8>
- Scheil-Adlung, X. (2014). *Universal health protection: Progress to date and the way forward* [Social Protection Policy Papers, Paper 10]. International Labour Organization (ILO).
- Sen, A. (1995). The Political economy of targeting. Dans D. van de Walle & K. Nead (dir.), *Public spending and the poor: Theory and evidence* (11-24). Johns Hopkins University Press for the World Bank. documents.worldbank.org/curated/en/404991468778782212/pdf/multi0page.pdf
- Umeh, C. A. & Feeley, F. G. (2017). Inequitable access to health care by the poor in community-based health insurance programs: A review of studies from low- and middle-income countries. *Global Health, Science and Practice*, 5(2), 299-314. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00286>
- Wagstaff, A., Eozenou, P., Neelsen, S. & Smits, M. (2018). *The 2018 health equity and financial protection indicators database—Overview and Insights*. World Bank Group.

- Wagstaff, A., Paci, P. & van Doorslaer, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 33(5), 545–557. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90212-U](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90212-U)
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E. & Paci, P. (1989). Equity in the finance and delivery of healthcare: Some tentative cross-country comparisons. *Oxford Review of Economic Policy*, 5(1), 89–112. <https://doi.org/10.1093/oxrep/5.1.89>
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 22(3), 429–445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- World Health Organization. (2014). *Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage*. World Health Organization. http://www.who.int/choice/documents/making_fair_choices/en/
- World Health Organization. (2015). *Tracking universal health coverage: First global monitoring report*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage [Conférence]*. World Health Organization.
- World Health Organization & World Bank. (2014). *Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels – Framework, measures and targets*.
- World Health Organization & World Bank. (2017). *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*.

6. Les dynamiques politiques et couverture de santé universelle : pouvoir, idées et mutuelles de santé communautaires au Rwanda

BENJAMIN CHEMOUNI

Introduction

La fourniture de soins de santé abordables à la population des pays à faible et moyen revenu est un problème persistant¹. L'OMS a estimé en 2010 que, chaque année, 100 millions de personnes sont poussées dans la pauvreté et 150 millions subissent une catastrophe financière en raison des dépenses de santé qu'elles doivent assumer (WHO, 2010). Par conséquent, la couverture santé universelle (CSU) est une priorité de l'agenda mondial pour le développement, comme le montre son inclusion dans les Objectifs de Développement Durable. Malgré le soutien mondial en faveur de la CSU, la manière d'atteindre cet objectif dans les pays pauvres reste très débattue (WHO 2010; Kutzin 2012). Le Rwanda a fait des progrès impressionnants vers la CSU, principalement en fournissant une assurance maladie aux pauvres du secteur informel par le biais de mutuelles de santé communautaires. Ce système a fait du Rwanda le pays avec le taux d'inscrit-e-s à l'assurance maladie le plus élevé d'Afrique subsaharienne (tableau 1). En 2015/2016, le régime des mutuelles couvrait 81,6% des Rwandais-es². En outre, 6% de la population travaillant dans l'économie formelle étaient inscrit-e-s dans d'autres

1. Cet article est une traduction et adaptation d'un article paru en anglais dans la revue *World Development* : Chemouni, B. (2018). The political path to universal health coverage: Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda. *World Development*, 106, 87-98.

2. RSSB Media rapport hebdomadaire du 06/10/2016 : http://www.rssb.rw/sites/default/files/media_weekly_report_06-10-2016.pdf (consulté le 6 avril 2017).

régimes d'assurance maladie : la RAMA (Rwandaise d'Assurance Maladie), qui couvre les fonctionnaires, l'assurance médicale militaire (MMI) et les assurances maladie privées. Ces données sont conformes aux résultats de l'enquête démographique et de santé (EDS). En 2014-2015, alors que le taux d'inscription officiel au régime des mutuelles était de 76,5%³, l'EDS, qui ne portait que sur les répondant-e-s âgé-e-s de 15 à 49 ans, révélait que 70% d'entre eux et elles étaient inscrit-e-s aux mutuelles (NISR *et al.*, 2015)⁴. Au Rwanda, les mutuelles ont réussi à augmenter l'utilisation des soins médicaux et à réduire les dépenses de santé personnelles (Lu *et al.*, 2012). Le système a évolué, passant d'une forme « pure » de mutuelles communautaires avec inscription volontaire à une forme basée sur l'inscription obligatoire et recourant également aux subventions du secteur économique formel, ouvrant ainsi la voie à un modèle d'assurance maladie national. Avant que le système de mutuelles ne devienne obligatoire en 2006, il était déjà reconnu comme l'un des rares succès concernant le nombre d'inscrit-e-s en Afrique subsaharienne (De Allegri *et al.*, 2009; Soors *et al.*, 2010).

Depuis les années 1990, les mutuelles communautaires ont été largement promues comme un outil permettant de réduire le fardeau financier de l'accès aux soins de santé dans les pays pauvres (Preker & Carin, 2004). Les mutuelles communautaires présentent trois caractéristiques principales : elles sont basées sur le prépaiement pour l'achat de soins de santé, en séparant le paiement direct des soins de leur utilisation; elles sont contrôlées par la communauté; et elles reposent sur l'adhésion volontaire (Atim, 1998)⁵. Les mutuelles sont l'une des trois principales stratégies de financement pour atteindre la CSU. Les deux autres étant l'assurance maladie nationale qui est un système obligatoire centralisant les ressources pour les soins de santé provenant des taxes sur les salaires des employé-e-s et géré par un organisme public ou quasi public, et le financement par

3. Données du ministère de la Santé : <http://www.moh.gov.rw/index.php?id=3> (consulté le 14 août 2015).

4. La différence peut être due au fait que la bureaucratie locale est incitée à gonfler le nombre d'inscriptions (voir plus loin dans l'article).

5. Par souci de simplicité, le régime d'assurance rwandais sera appelé mutuelles tout au long de l'article, bien qu'il ne soit plus une forme pure de mutuelles depuis 2006, date à laquelle l'adhésion à l'assurance est devenue obligatoire.

l'impôt, par lequel l'argent est collecté par le biais de l'impôt général sur l'ensemble de la population et qui finance les soins de santé à travers le budget général du gouvernement.

Tableau 1 : inscriptions à l'assurance maladie en Afrique subsaharienne

Pays	Couverture	Nom de l'assurance	Année de référence
Rwanda	81,6 % pour les mutuelles. ~87% en incluant les autres assurances.	Mutuelles de santé (la couverture atteint ~87% si l'on inclut les assurances MMI, RAMA et privées)	2015
Gabon	45%	NHIP (Programme national d'assurance maladie)	2012
Ghana	38%	NHI (National Health Insurance Scheme)	2013
Sénégal	32%	Différents régimes d'assurance	2014
Burundi	25%	CAM (Carte d'Assurance Maladie)	2012
Namibie	18%	Différents régimes d'assurance	2014
Botswana	17%	Différents régimes d'aide médicale, le plus important étant le BPOMAS (Botswana Public Officers' Medical Aid Scheme)	2013
Kenya	17%	Le NHIF (National Hospital Insurance Fund) a couvert 15%, les assurances privées et le CBHI le reste.	2014
Afrique du Sud	16%	Les assurances privées et les différents régimes médicaux	2013
Tanzanie	10%	Fonds national d'assurance maladie (NHIF), Prestation sociale d'assurance maladie (SHIB), Fonds de santé communautaire (CHF), Assurance privée	2008
Éthiopie	~8%	Mutuelles de santé communautaires et assurances de santé nationales	2015
Nigeria	3%	Régime national d'assurance maladie (NHIS)	2013
Lesotho	2%	Différents régimes d'assurance	2014

Source : compilation de l'auteur. Pour le détail des sources par pays, voir Chemouni (2018).

Les mutuelles semblent être une solution particulièrement adaptée pour améliorer l'accès aux services de santé dans les pays à faible et moyen revenu où la taille du secteur économique formel est petite, réduisant ainsi les possibilités de déduction de salaires pour une assurance maladie nationale et, plus généralement, la création d'une base fiscale suffisamment large pour financer la CSU⁶. Pourtant, malgré l'intérêt mondial pour les mutuelles, le taux d'inscription de la population à ces régimes d'assurance reste obstinément faible dans les pays pauvres, et en particulier en Afrique subsaharienne (De Allegri *et al.*, 2009; Soors *et al.*, 2010), faisant ainsi du Rwanda une exception flagrante. Malgré l'importance du cas rwandais pour contribuer au débat sur la façon d'atteindre la CSU dans les pays pauvres, les écrits scientifiques restent axés sur les aspects techniques et managériaux des mutuelles rwandaises (par exemple, Musango, 2005; Lu *et al.*, 2012). Alors que développer une protection maladie implique de modifier l'allocation de ressources, et constitue

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

ainsi un processus éminemment politique (Barientos & Pellissery, 2012), les analyses ne se sont pas penchées sur l'histoire et les dynamiques politiques à l'origine de l'impressionnante expansion des mutuelles au Rwanda. Cela est d'autant plus surprenant que le régime des mutuelles présente des caractéristiques originales et polarisantes, telles que l'inscription obligatoire de la population, la combinaison de subventions publiques et privées et leur financement massif par des donateurs d'aide internationale. Cela soulève des questions sur les origines de ces innovations, les types d'idées qui leur ont donné naissance et les leçons que l'on peut tirer de cette expérience. En analysant les dynamiques politiques et les idées qui ont sous-tendu l'adoption et la mise en œuvre des mutuelles, ce chapitre cherche à comprendre pourquoi la poursuite de la CSU a pris la forme de ce régime d'assurance original au Rwanda et pourquoi ce régime a réussi à se généraliser.

L'étude construit un récit historique de la politique de couverture sanitaire au Rwanda, en utilisant le *process tracing* des décisions cruciales qui ont donné aux mutuelles leur forme actuelle. Le *process tracing* peut être défini comme l'étude du « processus décisionnel par lequel diverses conditions initiales sont traduites en résultats » (George & McKeown, 1985 : 35). Les données de ce chapitre proviennent de l'examen de documents de politiques publiques et d'entretiens semi-structurés. Il s'appuie également sur une recherche plus large sur l'efficacité de l'État au Rwanda qui a nécessité une enquête de terrain de neuf mois effectuée en 2012 et 2013 et qui a permis de mener 150 entretiens. Une autre enquête de terrain entre janvier et mars 2015 a été l'occasion de conduire des entretiens supplémentaires. Il s'agit d'entretiens avec des hommes et des femmes politiques (huit entretiens, dont quatre avec d'ancien-ne-s ministres de la santé), avec des fonctionnaires, principalement du ministère de la Santé (16 entretiens), avec le personnel d'organisations internationales ayant participé à la conception, au financement et à la mise en œuvre des mutuelles de santé (cinq entretiens).

Analyser les politiques publiques de couverture santé : *political settlement* et idées

L'analyse s'appuie sur le cadre théorique élaboré par Lavers et Hickey (2015) qui repose sur deux piliers. Premièrement, reconnaissant la centralité de la négociation et de la contestation entre groupes politiques dans l'évolution des politiques sociales dans les économies avancées (Korpi, 1978; Huber & Stephens, 2001), le cadre utilise une approche de *political settlement* pour analyser les motivations politiques derrière la mise en place de la protection sociale. Le *political settlement* peut être défini comme « l'équilibre ou la répartition du pouvoir parmi des groupes sociaux et des classes sociales en compétition » (Di John & Putzel, 2009 : 4). Identifier différents groupes sociaux et leur pouvoir relatif aide à comprendre la structure institutionnelle qui sous-tend la distribution de rentes sous forme de programme de protection sociale. En effet, les *political settlements* influencent directement les institutions, car « si les groupes puissants ne bénéficient pas d'une répartition acceptable des avantages d'une structure institutionnelle donnée, ils s'efforceront de la modifier » (Khan, 2010 : 4).

En s'inspirant de Khan (2010), on peut distinguer une répartition du pouvoir horizontale (entre différentes factions de l'élite) et verticale (entre l'élite et la population). Comme le supposent Lavers et Hickey (2015 : 10-11), dans un *political settlement* compétitif où les factions de l'élite exclues de la coalition au pouvoir sont puissantes et où la coalition au pouvoir a peu d'autonomie par rapport à ses partisan-e-s et à la population en général, les programmes de protection sociale risquent davantage d'être dysfonctionnels. Dans ce contexte, les dirigeant-e-s ont intérêt à transformer les programmes de protection sociale en outils de redistribution clientélistes et en sites de captation de rentes pour accommoder la puissante opposition politique ou pour renforcer la fidélité de leurs partisan-e-s. La mise en œuvre des programmes sociaux peut également souffrir du fait que « plus les factions de bas niveau [non élite] sont puissantes, plus les points de blocage dans l'application des règles peuvent être nombreux » (Khan, 2010 : 65). À l'inverse, dans un *political settlement* dominant où le pouvoir est concentré à la fois horizontalement et

verticalement, les programmes sociaux ont plus de chances d'être fonctionnels et mis en œuvre de manière impartiale. La mise en œuvre bénéficie en outre des capacités d'exécution plus élevées de la coalition car l'opposition de la population restera faible. Par conséquent, dans un *political settlement* dominant, les dirigeants, dont le pouvoir est moins menacé, sont susceptibles de raisonner dans une perspective de long terme et d'étendre la protection sociale afin de renforcer leur légitimité et empêcher l'émergence d'une opposition politique.

Au Rwanda, le *political settlement* peut être décrit comme dominant. Le pouvoir est concentré dans les mains du Front patriotique rwandais (FPR). Le FPR a été créé par des réfugiés tutsis qui ont fui les pogroms anti-Tutsis des années 1950 et 1960. Il est né en Ouganda en 1987 dans le but de permettre le retour des réfugiés au Rwanda, ce à quoi les deux régimes depuis l'indépendance, dominés par les Hutus, se sont constamment opposés (Prunier, 1998). Le FPR a lancé une attaque depuis l'Ouganda en 1990 et a pris le pouvoir en 1994 en mettant fin au génocide contre les Tutsis et en remportant une nette victoire sur l'armée gouvernementale. Il a pris le pouvoir dans un contexte de soutien populaire limité. La population rwandaise est en effet composée d'environ 85% de Hutus, 14% de Tutsis et 1% de Twa. Le FPR règne depuis sur une population à majorité hutue. Le fossé entre les deux groupes a par ailleurs été amplifié par les horreurs du génocide et des décennies d'idéologie anti-Tutsis qui ont constitué un critère central de légitimité de tous les régimes depuis l'indépendance (Prunier, 1998).

Depuis la fin du génocide, le pouvoir est concentré horizontalement car l'opposition politique est pratiquement inexistante pour deux raisons principales. Premièrement, les partis politiques autres que le FPR sont avant tout des partis satellites de celui-ci. Le pouvoir reste en effet fermement dans les mains du FPR, aidé par son contrôle de l'appareil militaire et de grandes entreprises (Reyntjens, 2013). Deuxièmement, l'espace politique restreint et des limites imposées aux médias et aux activités de la société civile (Reyntjens, 2013) empêchent l'émergence d'idées et de projets politiques alternatifs. En conséquence, l'opposition politique est

faible. Elle est principalement à l'extérieur du Rwanda, constituée par des militant-e-s de la diaspora et les restes de l'opposition armée au FPR qui ont fui vers la République démocratique du Congo après le génocide.

Le pouvoir est également concentré verticalement dans le *political settlement*. Le FPR est généralement analysé comme un parti uni, bien que sa cohésion ait été ponctuellement remise en cause par la défection d'individus haut placé-e-s dans le parti. Le FPR est dominé par Paul Kagame qui bénéficie d'une énorme loyauté de la part des membres du parti. Le FPR jouit d'une autonomie considérable par rapport aux groupes subordonnés, ce qui lui confère de grandes capacités de mise en place de politiques publiques. Ces capacités sont renforcées par le contrôle étroit que le FPR exerce sur l'administration locale (Chemouni, 2014).

Le deuxième pilier du cadre théorique reconnaît l'importance des idées dans l'analyse des politiques de protection sociale. Une des limites de l'analyse des *political settlements* est sa dépendance inhérente aux explications fondées sur les intérêts des acteurs et actrices (Lavers & Hickey, 2015). Les institutions sont conceptualisées comme le simple reflet de la répartition du pouvoir entre groupes qui poursuivent leurs intérêts propres. Les idées sont alors traitées au mieux comme des instruments utilisés par les élites pour atteindre leurs objectifs. Pourtant, cette approche réductrice du comportement politique est discutable. Elle ne tient pas compte de l'importance des idées dans les préférences des acteurs et actrices politiques en matière de politique sociale soulignée par la littérature scientifique (Béland, 2005). En outre, les politiques sociales peuvent être le résultat d'un transfert d'idées de l'étranger. Weyland (2009) soutient par exemple qu'elles sont principalement le résultat de raccourcis cognitifs destinés à faciliter leur processus d'élaboration en puisant parmi les idées existant dans d'autres pays. Enfin, les idées sont importantes parce que l'utilisation exclusive d'une approche des *political settlements* ignore le fait que « tout *political settlement* est susceptible d'être compatible avec différents types de politiques publiques » (Lavers & Hickey, 2015 : 11).

Pour analyser le rôle des idées dans la protection sociale, il est utile de distinguer les paradigmes politiques, c'est-à-dire les feuilles de route mentales fournissant « un ensemble relativement cohérent d'hypothèses sur le fonctionnement des institutions économiques, sociales et politiques » (Béland, 2005 : 8), les définitions de problèmes, c'est-à-dire la façon de formuler et de comprendre des questions sociales particulières, et enfin les idées de politiques publiques qui fournissent des solutions potentielles à des problèmes sociaux prédéfinis. L'analyse fait également la distinction entre les idées cognitives, utilisées pour comprendre la réalité et la manière d'agir sur celle-ci, et les idées normatives qui indiquent « ce qui est bon ou mauvais » à la lumière de « ce qui devrait être fait » (Schmidt, 2008 : 306, dans Lavers & Hickey, 2015). Ce cadre général, au carrefour des intérêts et des idées, est utilisé pour analyser le matériel empirique présenté dans la section suivante.

Les mutuelles : la quête d'une couverture santé universelle

Reconnaître le problème

Depuis les années 1960, l'accès aux services de santé était payant au Rwanda. D'abord symboliques, les frais ont augmenté de façon spectaculaire au début des années 1990, à la suite de l'initiative de Bamako de 1987 qui appelait au recouvrement des coûts dans le domaine de la santé. Immédiatement après le génocide, les soins de santé sont devenus gratuits. Cela n'était pas dû à des préférences idéologiques du gouvernement, mais résultait d'une décision pragmatique dans le contexte de la période d'urgence post-génocide. Les quelques établissements de santé gérés par l'État qui fonctionnaient encore fournissaient des soins d'urgence de mauvaise qualité à une population appauvrie incapable de payer les services de santé. En outre, le secteur de la santé était principalement constitué d'ONG qui fournissaient des soins gratuits.

Les paiements des frais pour soins de santé ont été progressivement réintroduits à partir de 1997, en raison de contraintes budgétaires. Ils ont entraîné une baisse de la

fréquentation des établissements de santé (figure 1 ci-dessous). En outre, l'aide des donateurs du secteur de la santé a progressivement diminué à la suite de la fin de la période d'urgence (1994-1998). Cela a incité le ministère de la Santé (MINISANTÉ) à demander en 1998 l'aide de l'Agence des États-Unis d'Amérique pour le développement international (USAID) pour améliorer l'accès financier aux soins par le biais de l'assurance maladie. USAID accepta d'emblée, car cette demande s'inscrivait dans le cadre de son projet en cours de Partenariats pour la réforme de la santé (*Partnerships for Health Reform - PHR*), un projet mondial de cinq ans qui a débuté en octobre 1995 pour soutenir la réforme du secteur de la santé dans différents pays. À partir de 1998, la société de conseils Abt Associates, financée par le PHR, aida le Ministère à concevoir, mettre en œuvre et évaluer un projet pilote⁷.

Durant cette période, la gratuité partielle ou totale de l'accès aux soins n'a jamais été envisagée, bien que certaines ONG préconisassent une telle solution. Le manque de ressources a rendu difficilement acceptable l'idée de la gratuité des soins (basée sur la fiscalité générale et le soutien des donateurs). Outre les contraintes financières, la gratuité fut également exclue pour des raisons idéologiques. Les dirigeants rwandais craignaient que cela n'ouvre la porte à une culture d'assistanat et de dépendance. Comme l'a expliqué le ministre de la santé de l'époque (1994-1997), Joseph Karemera, les systèmes de prépaiement des soins « l'intéressaient déjà parce qu'ils créaient [parmi la population] de la solidarité, de l'appropriation et de l'autonomie ». La Politique de santé rwandaise de 1995 a donc encouragé la population à créer des mutuelles de santé communautaires et des mécanismes d'auto-assistance pour améliorer l'accès financier aux soins (Schneider *et al.*, 2000 : 16).

7. Voir le chapitre de Gautier *et al.* sur le rôle des sociétés de conseils au Mali.

Concevoir une solution : le projet pilote des mutuelles de 1999

La conception du projet pilote fut façonnée par trois facteurs principaux. Premièrement, aucun exemple africain de système de prépaiement des soins ne se démarqua, aux yeux des autorités rwandaises, comme pouvant s'adapter directement à la situation du Rwanda. Dès 1995, le ministère de la Santé examina différents systèmes communautaires ouest-africains ainsi que la carte d'assistance médicale burundaise (CAM), un système national d'assurance maladie créé en 1984. Ces exemples ne furent pas considérés comme de potentielles solutions car leurs résultats furent jugés insatisfaisants, notamment concernant les taux d'adhésion des populations. Le projet pilote des mutuelles fut toutefois influencé par l'expérience d'un consultant de Abt Associates qui avait travaillé sur les systèmes de prépaiement testés à l'époque en Zambie. Les personnes inscrites à ces programmes payaient une somme mensuelle à un établissement de santé en échange de services gratuits lorsque la personne tombait malade.

La deuxième influence résida dans la préférence idéologique du ministère de la Santé pour l'implication de la communauté dans la gestion du projet. C'était une différence essentielle avec le projet zambien, où le personnel des établissements de santé gérât les fonds. L'intention du ministère de la Santé rwandais était de promouvoir deux types de participation : la participation démocratique de la base, en renforçant le contrôle de la population sur la gestion et l'utilisation des fonds; et la participation financière, pour éviter que la population ne soit un consommateur passif qui ne « s'approprie » pas le programme ou ne prenne pas ses responsabilités, car, comme l'a déclaré Joseph Karemera, ancien ministre de la santé, « les choses gratuites ne sont pas utilisées correctement ».

La troisième influence sur la conception du projet pilote vint des consultations avec la base. Les caractéristiques du projet –type de prestations, montant des cotisations et des tickets modérateurs (les frais à la charge de l'utilisateur ou de l'utilisatrice), structure de gestion– furent définies par le comité directeur du projet pilote après consultation de la population, du personnel de santé et des dirigeant-e-s locaux et locales. Des fiches d'information exposant les avantages

et inconvénients de chaque option furent soumises localement à discussion au cours de plusieurs ateliers consultatifs organisés de février 1999 à juillet 1999.

Les initiatives passées visant à réduire le fardeau financier des soins de santé pour les citoyen-ne-s du Rwanda n'ont guère influencé le projet pilote des mutuelles. Les fonds de solidarité, utilisés pour réduire les dépenses personnelles en cas d'événements imprévus tels que la maladie ou des funérailles, existent depuis l'époque coloniale. Il en existait six en 1998 (Ministère de la Santé, 2004), souvent organisés autour de centres de santé gérés par l'Église, mais ils faisaient face à d'importants problèmes opérationnels. Un programme créé par le bourgmestre de la commune de Ruhondo dans le nord du pays faisait exception cependant. Il atteignit un taux élevé d'adhésion à la mutuelle locale. Comme le rappelle Protais Musoni, ancien ministre des collectivités locales (2004-2009), cette initiative a « suscité beaucoup d'enthousiasme au sein de la direction » du FPR. Pourtant, cette initiative n'influença pas le projet pilote car elle fut jugée insuffisamment participative, puisqu'il s'agissait essentiellement d'une taxe locale pour les soins de santé.

Le déploiement du projet pilote eut lieu dans trois districts de santé (Schneider *et al.*, 2000). Les campagnes de sensibilisation commencèrent en février 1999, trois mois seulement après le début du projet, et les mutuelles furent lancées le 1^{er} juillet 1999. En un an et demi seulement, 8% de la population des districts pilotes s'étaient inscrit-e-s. Le programme permit d'accroître l'utilisation des établissements de santé et de réduire les dépenses, bien que de nombreux et nombreuses pauvres soient resté-e-s exclu-e-s du programme parce que les cotisations étaient trop élevées pour eux et elles (Schneider & Diop, 2001). Ces résultats convainquirent le ministère de la Santé de déployer les mutuelles à l'échelle nationale. Il créa également des demandes de la part d'autres districts sanitaires pour des programmes de prépaiement similaires.

Expansion et consolidation : vers une couverture nationale

L'une des conclusions essentielles du projet pilote, dans la lignée de l'expérience menée par la commune de Ruhondo avant 1999, fut que la participation des fonctionnaires locaux et locales à la sensibilisation de la population était essentielle pour stimuler l'adhésion aux mutuelles. En conséquence, le gouvernement rwandais a fait des fonctionnaires locaux et locales le pilier de l'expansion des mutuelles. En 2003, le MINALOC demanda aux gouverneur-e-s de province et aux maires et mairesses de district de créer des mutuelles « dans des délais aussi courts que possible » et a déclara que « La création des mutuelles de santé sera un des points de leur évaluation future » (Musango *et al.*, 2009). Les mutuelles communautaires se sont donc développées rapidement. Elles étaient au nombre de 54 en 2000, 76 en 2001 et 226 en 2004 (Ministère de la Santé, 2004; Soors *et al.*, 2010). En conséquence, la tendance à la baisse de la fréquentation des établissements de santé depuis la fin de la gratuité des soins s'inversa (figure 1).

Parallèlement, les mutuelles ont attiré l'attention des dirigeant-e-s. Les conseillers et conseillères à la présidence de la République consultaient régulièrement le ministère de la Santé pour s'enquérir du développement des mutuelles. Elles étaient devenues une priorité nationale et furent intégrées dans le document de stratégie de réduction de la pauvreté (PRSP) de 2002. Elles bénéficièrent donc du soutien de l'ensemble du gouvernement. Concrètement, comme le rappelle un consultant qui a travaillé régulièrement sur les mutuelles de 1999 à 2011, « le ministère [de la Santé] n'a jamais eu à demander des ressources pour étendre les mutuelles. C'est plutôt la présidence ou le ministère des finances qui a mis le budget à la disposition du ministère ».

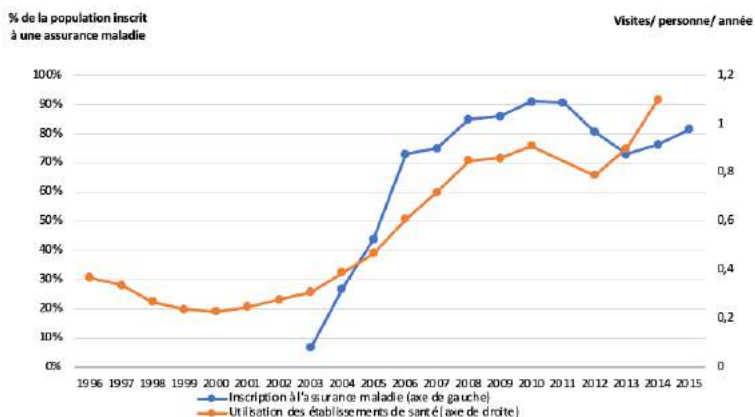


Figure 1. Proportion de la population couverte par l'assurance maladie et utilisation des établissements de santé au Rwanda. Source : Données du ministère de la Santé et du RSSB. Pour l'inscription à l'assurance maladie à partir de 2011, les années sont des années fiscales et non des années civiles (par exemple, 2011 est 2011/2012).

Néanmoins, les mutuelles restaient un ensemble d'interventions disparates initiées par différents acteurs (églises, gouvernements locaux, leaders d'opinion) avec des variations dans l'organisation, le paquet de soins couvert et le montant de la cotisation et des tickets modérateurs. Les interventions dans les hôpitaux n'étaient en outre pas couvertes (Ministère de la Santé, 2004). Reconnaisant à la fois les bons résultats des mutuelles et leurs limites, le gouvernement énonça une série de principes dans sa politique de développement des mutuelles de santé de 2004. Le montant des souscriptions fut normalisé à 1 000RwF (1,7USD à l'époque) par personne et par an, bien que certains donateurs aient fait valoir qu'elles restaient trop élevées. À ce prix cependant, compter uniquement sur les contributions de la population n'était pas financièrement viable. En outre, les mutuelles restaient inabordables pour les plus pauvres, ce qui réduisait l'équité et limitait leur développement. En conséquence, la politique de développement des mutuelles de santé de 2004 stipulait qu'un « mécanisme de solidarité nationale entre le secteur salarié public et privé formel et le monde rural devrait être mis en place » (Ministère

de la Santé, 2004 : 17), jetant ainsi les bases d'une subvention des mutuelles par le secteur formel. La politique reconnaissait également la nécessité pour le gouvernement de soutenir financièrement les mutuelles et de les subventionner pour les plus pauvres.

Cet engagement, difficile à mettre en œuvre à court terme compte tenu de son coût, se concrétisa en 2006 grâce au financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM). L'année précédente, l'équipe du Mécanisme de coordination nationale (CCM) pour les projets financés par le Fonds mondial au sein du ministère de la Santé, composée de membres du personnel du Ministère et de donateurs, avait soumis une demande innovante dans le cadre d'un appel à projet du Fonds mondial. Au lieu de demander un financement pour des interventions verticales sur des maladies particulières, le CCM demanda, avec succès, des fonds pour subventionner les mutuelles pour les plus pauvres sous la forme d'un projet de renforcement du système de santé. Ce projet est devenu à l'époque l'un des trois seuls projets de renforcement des systèmes de santé jamais approuvés par le Fonds mondial (Kalk et al., 2010). Le Fonds accepta ce projet non conventionnel parce que le CCM fit valoir de manière convaincante que pour lutter efficacement contre les maladies sur lesquelles le Fonds se concentrait (VIH, tuberculose et paludisme), il fallait améliorer l'accès financier aux soins de santé pour les plus pauvres. En janvier 2006, 34 millions de dollars furent mis à la disposition des mutuelles pour les cinq prochaines années (Kalk et al., 2010).

Le succès de la demande du CCM fut une surprise et créa des tensions entre les donateurs et le ministère de la Santé. Au départ, un consortium composé de la coopération allemande GTZ, du PNUD et de l'organisation de la première dame *Protection and Care of Families against HIV/AIDS* (PACFA) devaient gérer l'argent (CCM Rwanda, 2005). Cependant, lorsque la demande de subventions fut acceptée, le ministère de la Santé s'opposa à une gestion de l'argent par le consortium afin de contrôler lui-même la majorité des fonds. Le but était de renforcer les capacités nationales et de limiter les frais généraux des membres du consortium (Kalavakonda et al., 2007). Du côté des donateurs, des inquiétudes ont été exprimées quant à la capacité du ministère de la Santé à gérer l'argent et à mettre en œuvre

le projet. Malgré des frictions, le ministère de la Santé ne changea pas de position et, en conséquence, le PNUD se retira du processus, tandis que la GTZ n'obtint qu'environ 1% du budget total.

L'attribution de la subvention a eu deux conséquences principales pour les mutuelles. Premièrement, en payant les cotisations d'assurance de 1,57 million de Rwandais-es et les tickets modérateurs pour 1,35 million (Kalk *et al.*, 2010 : 95), elle a considérablement augmenté la couverture des mutuelles et a renforcé l'équité dans l'accès aux soins. Pourtant, 14% des Rwandais-es les plus pauvres devaient encore payer le ticket modérateur lorsqu'ils et elles se faisaient soigner, ce qui était souvent prohibitif au niveau des hôpitaux. Ce financement a également créé un précédent puisque le Fonds mondial a fourni, par la suite, d'autres financements similaires. Deuxièmement, la subvention a rendu obligatoire l'inscription à l'assurance maladie, une mesure impossible à mettre en œuvre sans subventionner les mutuelles pour les plus pauvres.

Rendre l'inscription aux mutuelles obligatoire

La décision de rendre les mutuelles obligatoires a été prise par arrêté ministériel en 2006. Cette mesure a ensuite été inscrite dans la loi de 2007 sur les mutuelles qui stipule que « toute personne résidant au Rwanda doit avoir une assurance maladie ». La nécessité de justifier les pratiques autoritaires des fonctionnaires locaux et locales pour stimuler l'inscription aux assurances explique pourquoi le caractère obligatoire des mutuelles a été stipulé dans un arrêté ministériel avant même que la loi soit adoptée.

Quatre facteurs principaux expliquent la décision audacieuse et polarisante de rendre l'inscription aux mutuelles obligatoires. Premièrement, Jean-Damascène Ntawukuriryayo, qui était ministre de la santé depuis septembre 2004, était frustré par la lenteur de la progression du taux d'adhésion aux mutuelles. Deuxièmement, il était clair pour le ministère de la Santé que le faible taux d'adhésion compromettait la viabilité financière du système, notamment en raison de la sélection adverse, les personnes en bonne santé étant moins susceptibles de s'inscrire à une mutuelle (Ministère de la Santé,

2004). Troisièmement, il était inspiré par son expérience d'étudiant en Belgique, où l'assurance maladie était obligatoire. Enfin, la subvention du Fonds mondial pour l'assurance maladie des plus pauvres a permis de concrétiser l'adhésion obligatoire de tous et toutes aux mutuelles.

L'adhésion obligatoire a été soutenue unanimement par le gouvernement et le parlement. La loi sur les mutuelles de 2007 fut facilement adoptée. De nombreux donateurs s'opposèrent toutefois à l'inscription obligatoire, qu'ils considéraient comme trop autoritaire. Pourtant, le ministère de la Santé ne changea pas de position. Comme l'a rappelé le ministre de la santé de l'époque :

J'ai dû me battre avec les Américains, les Allemands, les Belges, tous ceux qui intervenaient au niveau des mutuelles car je changeais complètement le concept original [de l'adhésion volontaire] et ils ne s'y attendaient pas du tout.

La participation financière obligatoire n'était pas seulement un choix politique, mais aussi une question de principe. Par exemple, même lorsqu'un donateur pouvait payer pour l'ensemble de la population d'une région donnée, le ministère de la Santé refusait.

MSF [Médecins sans frontières] Belgique qui opérait dans le Nord, dans le Burera, [...] voulait payer la carte de mutuelle pour tout le monde. J'ai dit, c'est quand même bizarre, tous ces gens-là ne sont pas misérables. Il ne faut payer que pour les gens qui sont dans le besoin. [...] il ne faut pas prendre nos gens en otage, les habituer à les nourrir et quand demain vous allez partir, vous ne leur laisserez rien.

Plus généralement, les donateurs remettaient régulièrement sur la table la question de la suppression –partielle ou totale– des tickets modérateurs, en invoquant notamment l'exemple de l'Ouganda. Au début de la mise en œuvre des mutuelles, le contexte idéologique mondial concernant les frais de santé avait changé. Alors qu'à la fin des années 1990, les tickets modérateurs couplés à des systèmes de prépaiement n'étaient pas remis en question, la pression en faveur de leur suppression devint en vogue au milieu des années 2000, dans le sillage des stratégies de réduction de la pauvreté (Ridde *et al.*, 2010). Le gouvernement rwandais a toujours refusé catégoriquement

d'envisager la levée des tickets modérateurs, une mesure jugée non pérenne et qui favoriserait la dépendance à l'égard de l'aide étrangère à long terme. Comme l'explique Jean Damascène Ntawukuriryayo :

Mon approche était de dire que je ne veux pas quelque chose de gratuit [...], si je reçois quelque chose de gratuit, pour lequel je n'ai pas travaillé, s'il y a toujours quelqu'un qui me le donne, à un certain moment, cette personne peut décider d'arrêter. Et si elle arrête, moi, qu'est-ce que je deviens? [...] Pour moi et mon gouvernement, c'est une responsabilisation de nous-même : ne pas toujours attendre que vous me donniez quelque chose et que je la prenne. [...] C'était ça la raison pour laquelle on a choisi les mutuelles.

Le refus de supprimer les tickets modérateurs et la décision de rendre l'inscription obligatoire ont des racines évidentes dans l'idéologie du FPR, déjà visible dans la discussion entourant le projet pilote de 1999. Premièrement, l'inscription obligatoire s'ancre dans l'importance idéologique de « kwigira » pour le FPR, « ne compter que sur soi-même ». Il ne fait aucun doute que les mutuelles dépendent du financement des donateurs, mais l'idée du gouvernement était de créer un système qui, à long terme, pouvait réduire cette dépendance, considérée comme dangereuse pour le pays. Deuxièmement, la participation financière obligatoire a été justifiée idéologiquement par le fait que, selon le FPR, personne ne devrait rien recevoir gratuitement, sans acte de paiement visible. Comme l'a expliqué l'ancien ministre Joseph Karemera, le FPR « ne croit pas dans le fait que les gens soient seulement des bénéficiaires » car « les choses gratuites détruisent la mentalité des gens ». Globalement, comme le résume un autre ancien ministre de la santé, Vincent Biruta, les mutuelles obligatoires étaient aussi « une manière de travailler sur les mentalités. Ce qui compte, c'est la contribution ».

Problèmes persistants et professionnalisation des mutuelles

L'expansion rapide des mutuelles au Rwanda a créé de nombreuses difficultés. Les capacités de gestion du personnel, bien qu'elles se soient améliorées, sont restées limitées. La capacité d'audit

du ministère de la Santé était faible, ce qui a créé d'importantes possibilités de surfacturation par les établissements de santé (OAG, 2011). En outre, il a été difficile de maintenir un taux d'adhésion élevé, comme le montre la récente diminution des inscriptions aux mutuelles (figure 1). Plusieurs facteurs ont été évoqués pour expliquer cette baisse. Le nombre d'inscriptions a été gonflé par certains responsables locaux et locales, comme l'a révélé un audit gouvernemental, avant d'être corrigé. L'effort de mobilisation a pu également avoir été moindre qu'auparavant, en partie en raison de la priorité accordée au développement économique local dans le cadre de la deuxième stratégie de développement économique et de réduction de la pauvreté (EDPRS 2) adoptée en 2013. Sans les efforts continus des fonctionnaires locaux et locales pour assurer le renouvellement annuel de l'adhésion aux mutuelles, le niveau élevé des cotisations et la qualité encore limitée des soins de santé sont des obstacles à l'adhésion spontanée de la population.

Les efforts déployés par le gouvernement pour résoudre ces problèmes ont entraîné le déclin du caractère communautaire des mutuelles et la professionnalisation de leur gestion. La loi de 2007 sur les mutuelles n'a pas retenu le modèle de gestion proposé dans la politique de développement des mutuelles de 2004, qui impliquait largement la communauté dans les institutions nationales gérant les assurances communautaires. Au niveau des districts, c'est un arrêté ministériel qui nomme les membres du conseil d'administration des mutuelles de santé. En conséquence, l'OMS a noté que « cette représentation limitée des membres des mutuelles n'est pas de nature à favoriser le sentiment d'appropriation du régime d'assurance communautaires par la communauté » (WHO, 2009 : 61). De même, le comité national d'audit des mutuelles ne comprenait aucun membre de la société civile.

Le caractère communautaire des mutuelles a encore été affaibli par la loi de 2015 portant organisation du régime des mutuelles de santé. En 2014, la retraite annuelle des dirigeants politiques et hauts fonctionnaires a décidé que le *Rwanda Social Security Board* (RSSB), plutôt que le ministère de la Santé, gérerait les mutuelles. Le raisonnement était que, en tant qu'organe de gestion des retraites et de l'assurance maladie des fonctionnaires, le RSSB avait une meilleure

expérience de gestion financière que le Ministère. Cet arrangement permettait également de réaliser des économies d'échelle, de faciliter l'audit et d'accroître la mutualisation des risques en centralisant les fonds au sein du RSSB, au lieu que l'argent soit partiellement géré dans chaque branche des mutuelles de santé. En conséquence, grâce aux efforts constants du gouvernement pour rationaliser le fonctionnement de l'assurance communautaire et prévenir sa mauvaise gestion, le système a progressivement perdu son caractère de gestion populaire.

La poursuite de l'équité et de la viabilité financière

Un autre problème des mutuelles depuis leur création réside dans leur viabilité financière et leur équité. En 2007, lorsque la loi sur les mutuelles fut adoptée, l'assurance communautaire était financièrement équilibrée au niveau des districts, mais accusait des déficits alarmants au niveau des hôpitaux (OMS, 2009). En outre, l'équité du régime d'assurance était douteuse. La cotisation de 1 000 RwF par an demandée à chaque personne bénéficiait aux plus riches (OMS, 2009).

En conséquence, le ministère de la Santé adopta deux mesures. Premièrement, il a créé en 2009 un fonds national de garantie pour soutenir financièrement l'assurance communautaire. Le fonds a été financé par le ministère de la Santé, contribuant à 13% de son budget ordinaire, et par des subventions équivalant à 1% des revenus de toutes les compagnies d'assurance maladie privée du pays. Deuxièmement, le ministère de la Santé adopta le principe de la stratification des cotisations de mutuelles en fonction de la richesse des bénéficiaires dans sa politique des mutuelles de 2010 (Ministère de la Santé, 2010). L'objectif était de rendre le montant des souscriptions aux mutuelles progressif tout en maximisant la mobilisation des ressources. La stratification des cotisations en fonction de la richesse est difficile, car la population inscrite aux mutuelles travaille principalement dans le secteur informel. Le ministère de la Santé décida de s'appuyer sur un exercice de classification des niveaux richesses régulièrement réalisé depuis 2001 pour le programme ubudehe. Ubudehe est un programme de

protection sociale sous la responsabilité du ministère des Collectivités Locales qui implique la classification par la communauté des ménages en fonction de leur richesse, afin de différencier les interventions sociales. Le ministère de la Santé a exploité cette initiative pour moduler la cotisation des mutuelles. En conséquence, 24,8% de la population fut classée comme indigente (catégorie 1) pour laquelle la cotisation annuelle de 2 000 Frs était payée par l'État et les donateurs. Les personnes de la catégorie 2 (65,9%) payaient 3 000 Frs/personne, et les plus riches de la catégorie 3 (0,64%), 7 000 Frs/personne.

L'exactitude de cette classification a été mise en doute. Des travaux ont pointé le manque de transparence et de caractère participatif du processus (Sabates-Wheeler *et al.*, 2015). L'absence de correspondance entre la catégorisation des ménages par l'ubudehe et les résultats de l'Enquête intégrée sur les conditions de vie des ménages 3 (EICV 3), qui mesure la consommation des ménages, fut particulièrement préoccupante (Sabates-Wheeler *et al.*, 2015). Cela pouvait refléter le fait que les autorités locales choisissaient arbitrairement ceux et celles qui bénéficiaient gratuitement d'une adhésion aux mutuelles, ainsi que des nombreux autres avantages associés à la catégorie ubudehe la plus basse. Pourtant, si la capture du processus de classification à des fins personnelles pouvait se produire au niveau local, rien ne prouve qu'elle résultait d'une stratégie systématique et centralisée de favoritisme. Au contraire, le gouvernement central s'est montré déterminé à résoudre le problème qu'il a reconnu publiquement lors de la retraite de 2014. Ceci a entraîné des pressions sur le ministère des Collectivités Locales pour qu'il conçoive une nouvelle classification pour l'ubudehe. En outre, l'exercice de classification communautaire a été complété par un questionnaire pour les ménages afin de fournir des mesures plus objectives de la pauvreté (Lavers, 2016a).

Mise en œuvre au quotidien

Analyser la conception des mutuelles ne suffit pas pour expliquer l'impressionnant taux d'adhésion. Par exemple, bien que l'inscription à l'assurance maladie soit également obligatoire au Ghana, comme

au Rwanda, la mesure reste peu appliquée dans les faits (Kusi *et al.* 2015). L'analyse du développement des mutuelles au Rwanda exige par conséquent de comprendre le rôle de la bureaucratie locale dans le maintien de taux d'adhésion élevés.

L'adhésion a d'abord été encouragée par les nombreux canaux de sensibilisation que peuvent utiliser les autorités aux niveaux national et local. Il s'agit de discours de sensibilisation prononcés à la suite de l'umuganda, les travaux communautaires mensuel organisés par l'État, à la radio communautaire, à l'église, au marché, au sein des coopératives ou des associations de femmes. En outre, les 45 000 agent-e-s de santé communautaires opérant dans chacun des 14 744 villages (umudugudu) du Rwanda sont essentiels pour la sensibilisation et la détection des personnes qui n'ont pas payé leur adhésion aux mutuelles.

Pourtant, qu'est-ce qui pousse les responsables locaux et locales à utiliser l'outil puissant que constitue l'appareil étatique rwandais au niveau local? La réponse réside principalement dans la forte pression exercée sur les autorités locales. Dès 2002, l'inscription des mutuelles a fait partie de l'évaluation des collectivités locales. Actuellement, la pression principale provient du système des imihigo, ou contrats de performance, solennellement signés chaque année depuis 2006 entre les maires et mairesses de district et le président de la République (Chemouni, 2014). L'inscription à l'assurance communautaire figure systématiquement comme objectif dans ces contrats. L'objectif à atteindre est invariablement de 100% d'adhésion dans tous les districts, tandis que les autres objectifs de l'imihigo sont généralement adaptés en fonction de la situation locale, ce qui révèle l'engagement du gouvernement à atteindre rapidement la couverture santé universelle. Les fonctionnaires peuvent également compter sur un cadre juridique favorable pour stimuler l'adhésion. Les lois sur les mutuelles de 2007 et 2015 leur ont permis d'infliger des amendes aux personnes non adhérentes (entre 5 000 et 10 000 francs rwandais, soit 6 à 12 dollars). Elles prévoient une forte dissuasion pour « toute personne qui incite les autres à ne pas s'affilier au régime des mutuelles de santé est passible d'une amende administrative de cinquante mille francs rwandais (50 000 Frw) à deux cent mille francs

rwandais (200 000 Frw) ». En outre, les lois stipulent qu'un individu ne peut bénéficier d'une couverture santé que si tous et toutes les membres de son ménage y sont inscrit-e-s.

Cette pression exercée sur les fonctionnaires locaux et locales pour qu'ils et elles maintiennent un niveau élevé d'adhésion aux mutuelles a conduit à l'utilisation de méthodes autoritaires, et parfois brutales, notamment l'arrestation, la confiscation du bétail, l'interdiction d'accès aux marchés locaux ou le refus de délivrer des documents administratifs aux non porteurs ou non porteuses de cartes de mutuelle. Dans un cas, les fonctionnaires locaux et locales n'ont pas hésité à voler de l'argent à une coopérative d'agent-e-s de santé communautaire afin de payer l'assurance communautaire de la population et de maintenir ainsi le taux d'inscription à un niveau élevé. De tels comportements sont officiellement interdits, mais certain-e-s fonctionnaires les ont considérés comme inévitables, compte tenu de la forte pression qu'ils et elles subissent de la part du gouvernement. Comme l'a expliqué un vice-maire de district, « c'est leur rôle à Kigali de se préoccuper des droits de l'homme et de ce genre de choses. Mais ce n'est pas eux sur le terrain [qui font le travail]. Ils ne comprennent pas que pour les paysans, la mutuelle est considérée comme un impôt ». La pression est telle que certains fonctionnaires locaux n'ont pas hésité à manipuler les données d'inscription à l'assurance communautaire. Un exemple flagrant de ce phénomène a été révélé par la démission et l'arrestation, fin 2014 et début 2015, de trois maires de district et de plusieurs autres fonctionnaires locaux pour avoir gonflé les chiffres d'inscription aux mutuelles.

Pendant, la pression exercée sur les fonctionnaires locaux et locales crée également des stratégies moins brutales et plus créatives. Certain-e-s ont encouragé la création d'associations d'épargne (ibimina) pour payer les cotisations d'assurance ou ont poussé les coopératives agricoles à payer les mutuelles de leurs membres, du moins à leur prêter l'argent nécessaire.

Expliquer l'engagement politique en faveur des mutuelles

Dynamique politique et élargissement de la couverture santé

L'analyse du *political settlement* est utile pour comprendre la capacité du gouvernement à mettre en place le programme d'assurance communautaire à travers le pays. Premièrement, la concentration du pouvoir horizontal (le pouvoir entre les factions parmi l'élite) dans les mains du FPR a facilité une prise de décision politique centralisée. Dans le développement des mutuelles, le ministère de la Santé a été pleinement soutenu par la présidence et le ministère des Collectivités Locales qui a poussé ses agent-e-s à maintenir des taux d'inscription élevés. Le pouvoir législatif a également soutenu sans réserve l'assurance communautaire, bien que la rigueur de la mise en œuvre aurait pu être facilement exploitée par certain-e-s acteurs et actrices politiques pour défier le gouvernement. En effet, les partis au Rwanda, parfois décrits comme des satellites du FPR (Longman, 2011), appartiennent tous à la coalition au pouvoir et ne contestent jamais les choix politiques ou les préférences idéologiques du gouvernement. Deux ministres de la santé qui ont joué un rôle essentiel dans le déploiement des mutuelles, Vincent Biruta et Jean-Damascène Ntawukuriryayo, bien que tous deux membres du Parti social-démocrate (PSD), n'ont jamais cherché à prendre leurs distances par rapport à la vision globale du FPR. Agissant comme des technocrates, ils ont travaillé dans la même ligne que leurs prédécesseur-e-s membres du FPR. Dans l'ensemble, la concentration horizontale du pouvoir a permis au gouvernement de se saisir rapidement d'une initiative visant à faciliter l'accès financier à la santé et de la mettre en œuvre sans mener de longues négociations avec d'autres parties prenantes. Les discours alternatifs concernant l'accès financier à la santé sont venus des donateurs, et non de l'opposition politique ou de la société civile.

Deuxièmement, la répartition verticale du pouvoir dans le *political settlement*, concentré avant tout dans les hauts échelons du FPR, a donné au parti une grande autonomie vis-à-vis de potentielles revendications populaires, ce qui a grandement facilité le maintien de frais d'adhésion et l'inscription obligatoire. Cette répartition du

pouvoir a également permis à la coalition dirigée par le FPR de faire des mutuelles un mécanisme de redistribution entre le secteur formel, plus riche et principalement urbain, et les zones rurales. En 2015, la contribution des assurances des fonctionnaires et des militaires, ainsi que des assurances santé privées, à l'assurance communautaire a été portée de 1% à 5% de leurs revenus.

Dans ce contexte, la grande marge de manœuvre politique offerte par la nature du *political settlement* a pu être pleinement utilisée par le régime pour dissuader toute contestation future de son pouvoir. Cette dissuasion a pris la forme d'un projet de légitimation fondé sur un développement socio-économique rapide. Gagner en légitimité a été une préoccupation majeure du FPR, étant donné son extraordinaire vulnérabilité lorsqu'il a pris le pouvoir en 1994. La fourniture de soins de santé abordables peut être comprise comme faisant partie de cette stratégie. Cela est d'autant plus vrai que l'assurance communautaire est avant tout un outil de développement pour le secteur informel et principalement rural, où la légitimité du FPR est sans doute la plus mince. Alors que la population rurale est principalement hutue, le FPR est historiquement composé de rapatrié-e-s tutsis urbain-e-s qui ont fui le pays dans les années 1950 et 1960. Ils et elles ont donc peu de liens avec le monde rural (Ansoms, 2009). Les mutuelles peuvent être interprétées comme un moyen de favoriser la légitimité du régime dans les zones rurales. Ceci est particulièrement nécessaire, compte tenu de la nature du *political settlement*. La concentration horizontale du pouvoir signifie que les menaces pour l'élite dirigeante ne se présentent pas sous la forme de groupes d'opposition structurés. Compte tenu de l'histoire d'antagonisme ethnique, les menaces sont potentielles, diffuses et posées par la majorité rurale hutue qui n'a pas de dirigeant-e-s identifiables. Dans un tel contexte, la mise en œuvre d'un programme de redistribution efficace et de grande envergure par le biais d'une assurance maladie subventionnée devient rationnelle. L'universalisme et la couverture des mutuelles rwandaises peuvent être interprétés comme une tentative de créer une triple solidarité de fait au Rwanda, une solidarité capable de participer à la légitimation du régime et de contribuer à la société post-ethnique que le FPR appelle de ses vœux. C'est d'abord une solidarité entre les personnes d'une même

communauté autour du centre de santé. C'est ensuite une solidarité, susceptible de s'accroître à mesure que l'économie se développe, entre les secteurs informel et formel ainsi qu'entre urbains et ruraux. C'est enfin, et par conséquent, une solidarité nationale. À cet égard, le cas rwandais fait écho aux tentatives de nombreux régimes africains après l'indépendance de réduire les divisions ethniques et de favoriser l'identité nationale par des politiques sociales ambitieuses (Kpessa et al., 2011).

Toutefois, cette interprétation n'explique pas l'approbation par le gouvernement de la mise en œuvre parfois brutale de l'assurance communautaire, qui crée du ressentiment et peut donc potentiellement affaiblir la légitimité du gouvernement. Si l'objectif était simplement de satisfaire la masse rurale pour que le FPR conserve son pouvoir, pourquoi ne pas mettre en œuvre le programme avec moins de rigueur, réduire le prix de la prime d'assurance ou supprimer le ticket modérateur? Une partie de la réponse réside à nouveau dans la nature dominante du *political settlement*. Il donne au gouvernement un horizon à long terme, ce qui lui permet d'adopter « des politiques de protection sociale dont la conception et la mise en œuvre peuvent prendre du temps et qui apportent des avantages à moyen et long terme », comme Lavers et Hickey (2015 : 10) en font l'hypothèse. Les mutuelles ne sont donc pas seulement une question de redistribution immédiate ou un moyen de contenter la population. Elles font partie d'un projet de légitimation plus large, qui exige une transformation profonde et une performance soutenue, et non une redistribution de court terme et non durable. Le FPR, conforté par son hégémonie, est par conséquent prêt à adopter des politiques pour l'accès à la santé nécessitant des choix impopulaires tels que l'adhésion obligatoire ou une gestion communautaire limitée des mutuelles. Ces choix sont, dans son esprit, les conditions d'une assurance maladie viable à long terme.

L'autre raison, et la principale, pour laquelle le gouvernement a fait des choix potentiellement impopulaires dans la conception des mutuelles est d'ordre idéologique. D'autres options, potentiellement plus populaires, visant à améliorer l'accès aux soins auraient pu en

effet être compatibles avec la nature du *political settlement* rwandais. Cependant, elles n'auraient pas été compatibles avec les idées de l'élite dirigeante.

Prendre les idées au sérieux

Comme le suppose le deuxième pilier du cadre théorique, si l'analyse du pouvoir peut aider à comprendre la motivation et la capacité du gouvernement à promouvoir l'accès financier à la santé, se concentrer sur les seuls intérêts politiques des acteurs et actrices risque d'expliquer seulement partiellement la façon dont les mutuelles ont été conçues et se sont développées. En reprenant la distinction présentée au début de l'article, le rôle des idées est visible au niveau des paradigmes, des définitions de problèmes et des idées de politiques publiques.

L'assurance communautaire au Rwanda est en partie le produit de paradigmes spécifiques, c'est-à-dire de « feuilles de route mentales » de la coalition dirigée par le FPR. On peut identifier trois grandes idées paradigmatiques. Tout d'abord, l'autonomie nationale est un élément central de l'idéologie du FPR. Ce paradigme se traduit par le refus catégorique de rendre les soins de santé gratuits ou de supprimer, même partiellement, les tickets modérateurs. Les fonctionnaires ont en effet assimilé de telles mesures à une dépendance à long terme du pays vis-à-vis du monde extérieur. Ce paradigme se traduit également par la volonté de faire participer financièrement l'ensemble de la population aux mutuelles de santé, soit par l'adhésion obligatoire, soit par la subvention des mutuelles par le secteur formel. Le souci d'autonomie est également perceptible dans l'important pouvoir du gouvernement dans sa relation avec les donateurs, malgré leur expertise technique et leur pouvoir financier. Le gouvernement n'a pas hésité pas à s'opposer à eux ou à mettre fin à leurs activités si elles étaient jugées contraires à sa vision.

Deuxièmement, la conception des mutuelles est ancrée dans la vision paternaliste du FPR de ce que devrait être un-e « bon-ne Rwandais-e ». Les gens ne devraient rien recevoir gratuitement dans le Rwanda post-génocide. L'autonomie s'applique donc non seulement

à la nation, mais aussi à l'individu. Les « choses gratuites » sont perçues comme particulièrement dangereuses au niveau individuel car elles favorisent une culture d'assistanat. L'importance de cette idée a été particulièrement manifeste lorsque certains donateurs ont tenté de payer la cotisation aux mutuelles pour une partie de la population, indépendamment du niveau de richesse des individus, et que le gouvernement leur a demandé d'arrêter. Pour le FPR, s'ils et elles veulent sortir de la pauvreté, les Rwandais-es doivent jouer un rôle actif. Ils et elles doivent notamment changer leur « état d'esprit » et leur « mentalité », un élément rhétorique important dans le discours des fonctionnaires (Ansoms, 2009). Le *New Times*, un journal pro-gouvernement, a identifié, par exemple, comme obstacle à l'adhésion aux mutuelles, « la mauvaise mentalité des anciens indigents qui se sont sortis de la pauvreté, c'est-à-dire qui sont passés dans les catégories ubudehe supérieures et doivent maintenant payer eux-mêmes leur cotisation »⁸. Cette citation est révélatrice dans les récits officiels de l'opposition entre le paiement de la cotisation aux mutuelles et la dépendance individuelle, et, plus généralement, de la façon dont la sortie de la pauvreté est vue comme le résultat d'un processus actif. Ce qui compte, ce n'est pas seulement de sortir de la pauvreté, c'est aussi l'effort mis dans le processus lui-même. Une partie de l'effort consiste à trouver l'argent nécessaire pour payer la cotisation aux mutuelles. La pauvreté, y compris le manque d'accès aux soins de santé, n'est pas seulement envisagée comme un piège dans lequel les gens sont pris. C'est aussi une maladie de la dépendance que l'adhésion obligatoire aux mutuelles peut aider à combattre.

Troisièmement, l'adoption d'un système d'assurance communautaire était, au départ, le produit de la conviction du FPR que la participation démocratique de la base encourage la réconciliation et combat « la sous-culture d'obéissance passive qui laisse les gens ouverts à la manipulation politique et sectaire » (MINALOC, 2004 : 11). L'idée d'encourager l'appropriation populaire était visible dans la détermination du ministère de la Santé à s'écarter

8. « Mutuelle subscription rate at 79% », *The New Times*, 12 janvier 2016.

du modèle zambien de gestion des assurances par le personnel des établissements de santé et à introduire la cogestion entre la population et les fonctionnaires.

Le cas des mutuelles rwandaises n'est cependant guère le résultat d'une diffusion de politiques publiques. Le modèle rwandais a été conçu de manière largement endogène, s'inspirant de façon limitée de l'expérience zambienne des systèmes de prépaiement des soins de santé. Cela ne veut pas dire que les idées transnationales n'ont pas eu d'importance. Elles en ont eu, mais de manière négative. Les résultats décevants des systèmes de mutuelles en Afrique de l'Ouest et de la carte d'assistance médicale burundaise ont été perçus comme des contre-exemples à ne pas suivre. Cette analyse renforce l'argument de cet article selon lequel le pouvoir et les impératifs idéologiques sont cruciaux pour comprendre la forme et la mise en œuvre des mutuelles rwandaises. Ils ont poussé le gouvernement à ne pas adopter aveuglément des modèles existants, incapables de répondre à ses préoccupations politiques et à ses préférences idéologiques.

La façon dont les idées ont influencé la conception et la mise en œuvre des mutuelles peut être résumée en utilisant le cadre analytique présenté dans l'introduction. Les idées au niveau paradigmatique ont façonné les idées au niveau de la définition des problèmes puis des politiques publiques, qui ont à leur tour donné leur forme aux mutuelles. Ces idées étaient à la fois normatives, indiquant comment le monde devrait être, et cognitives, agissant comme un prisme à travers lequel les problèmes étaient compris et traités (tableau 2).

Tableau 2 : mutuelles de santé et idées

Niveau d'analyse de l'idée	Type d'idée	Idées pertinentes pour la conception des mutuelles
Idées paradigmatiques	<i>Normative</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Un développement socio-économique rapide est bon pour la légitimation du régime. • Le Rwanda devrait être autonome
	<i>Cognitif</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Le rôle de l'État est de mobiliser toutes les ressources et les individus dans la poursuite du progrès socio-économique • Il appartient à l'État de réduire la dépendance vis-à-vis du monde extérieur.
Définition du problème	<i>Normative</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'accès aux soins de santé doit être abordable afin de ne pas entraver le développement socio-économique. • Le financement de la santé ne devrait pas dépendre de l'argent des donateurs à long terme.
	<i>Cognitif</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Une mentalité de passivité et de dépendance parmi la population freine le Rwanda • Les ressources financières de l'État et de la population ne sont pas pleinement exploitées pour réduire les obstacles financiers d'accès à la santé • L'extraction de ressources financières de la population est un bon moyen d'inculquer la valeur de l'autosuffisance individuelle.
Idées de politiques publiques	<i>Normative</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins de santé doivent être accessibles à tous et à toutes • L'État, le secteur privé et tout individu capable de le faire doivent contribuer financièrement
	<i>Cognitif</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Les dépenses directes sont limitées par le prépaiement et la mutualisation des risques. • Le coût de l'assurance communautaire est partagé entre l'État et les bénéficiaires, et subventionné par le secteur formel • Les mutuelles sont obligatoires • Les mutuelles sont gérées par des professionnels, et non par la population.

Source : Basé sur la typologie de Lavers et Hickey (2015).

Conclusion

La nature du *political settlement* rwandais a rendu les approches de financement des soins de santé visant des bénéfices politiques immédiats inutiles pour le maintien du régime au pouvoir. L'espace politique fourni par le *political settlement* signifiait que le gouvernement pouvait déployer un programme d'assurance maladie à grande échelle, l'adapter rapidement aux problèmes émergents et

faire des choix politiques difficiles pour assurer sa durabilité. Toutefois, la nature du *political settlement* ne suffit pas à comprendre pourquoi le gouvernement a choisi ce système de mutuelles obligatoire pour élargir l'accès aux soins de santé. D'autres solutions, parfois préconisées par les donateurs, telles que le financement par l'impôt ou des mutuelles sans tickets modérateurs, étaient également compatibles avec le *political settlement*. Pourtant, ces solutions ne cadraient pas avec les idées du FPR comme le faisait la solution des mutuelles. Les idées ont également eu un effet sur la façon dont les mutuelles ont été mises en œuvre. L'idée qu'un taux d'adhésion élevé était la condition d'une autonomie nationale et individuelle explique le dirigisme de l'État, voire son autoritarisme, dans la mise en place des mutuelles. Outre le pouvoir, les idées ont compté. Cet article fait donc écho au « tournant idéologique » (Blyth, 1997) de la science politique qui a réaffirmé le rôle des idées dans les processus politiques en critiquant les explications fondées uniquement sur des intérêts « objectifs » des acteurs et actrices (Béland & Cox, 2011). Les idées sont des modèles mentaux à travers lesquels les intérêts sont identifiés et construits (Hay, 2011).

Il est évident que le modèle rwandais n'est peut-être pas entièrement reproductible. Il est le résultat d'un paysage politique et idéologique particulier. Pourtant, le cas rwandais souligne l'importance de deux variables clés dans la poursuite de la couverture santé universelle dans un contexte de pauvreté et de capacité limitée de l'État : la répartition du pouvoir et les idées. Le cas de l'Éthiopie semble confirmer l'hypothèse selon laquelle les *political settlements* dominants sont propices à la poursuite de la couverture santé universelle. Si l'Éthiopie s'est récemment engagée dans cette voie, elle a fait des progrès extrêmement rapides en termes d'inscriptions (Lavers, 2016b). Pour les donateurs, cela signifie que, lorsqu'ils décident d'allouer des fonds à la protection sociale, l'analyse politique est essentielle pour évaluer les modes de prise de décision de l'élite politique, et identifier les acteurs et actrices susceptibles d'entraver les politiques publiques, les pressions clientélistes et, en fin de compte, la volonté du régime de mettre en place des solutions durables. Le chapitre souligne également la centralité des idées dans la poursuite de la couverture santé universelle. Concrètement, cela

signifie que l'analyse minutieuse des idées qui animent la coalition au pouvoir par les donateurs est essentielle. Une conception d'un programme de protection sociale incompatible avec les idées du régime peut saper l'engagement du pays envers ce programme ou simplement créer une résistance de la part du gouvernement bénéficiaire, comme l'a montré de façon spectaculaire le cas du Rwanda, où le gouvernement s'est parfois directement opposé aux bailleurs. Le cas rwandais alimente également le débat sur la pertinence pour les pays pauvres des modèles de mutuelles basés sur l'adhésion volontaire et la gestion communautaire⁹. Bien qu'à la mode, l'incapacité des mutuelles classiques à assurer une forte adhésion, mutualiser un large éventail de risques et garantir une gestion professionnelle tout en limitant la sélection adverse remet en question leur capacité à contribuer à la couverture santé universelle (Carin *et al.* 2005; De Allegri *et al.*, 2009). L'expérience rwandaise montre qu'une assurance santé durable et couvrant une large partie de la population n'est guère possible sans un soutien fiscal de la part du gouvernement ou un soutien des donateurs importants, notamment pour subventionner l'assurance des populations les plus pauvres. Par conséquent, les donateurs doivent accepter que plaider en faveur d'une couverture santé universelle dans les pays pauvres peut être vain à moins qu'ils ne soient prêts, comme le Fonds mondial au Rwanda, à verser des fonds directement par le biais des systèmes budgétaires nationaux sur une période prolongée. Ce n'est jamais facile, comme le montre la tension que l'argent du Fonds mondial a créée entre les donateurs et le gouvernement rwandais au sujet de sa gestion. Malheureusement, cela sera de plus en plus difficile étant donné l'évolution récente du paysage de l'aide internationale. La diminution de l'engagement des donateurs en faveur de la *Déclaration de Paris* de 2005 et de ses principes d'alignement des financements sur les priorités des pays bénéficiaires rend moins probable l'appui budgétaire et le respect des idées paradigmatiques des pays pauvres. Le cas du Rwanda remet également en question la viabilité d'un modèle de mutuelles basé sur la gestion communautaire. Toute importante masse d'argent nécessite de solides compétences en

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

matière de gestion et d'audit financier pour être gérée, ce que les initiatives centrées sur la communauté ne peuvent pas fournir. Au Rwanda, ce problème a été résolu au détriment de la participation populaire.

En outre, l'expérience rwandaise met en évidence qu'il est difficile d'accroître l'adhésion aux assurances communautaires. La montée de l'État-providence en Europe a été facilitée par la formalisation de l'économie qui a simplifié la taxation des revenus ou l'inscription obligatoire à l'assurance maladie par le biais de retenues sur salaire. Une telle évolution est plus difficile en Afrique subsaharienne étant donné l'importance du secteur informel. Néanmoins, les données historiques suggèrent qu'« aucun pays n'a atteint une couverture universelle de sa population en s'appuyant principalement sur les contributions volontaires aux régimes d'assurance » (Kutzin, 2012 : 867). L'adhésion volontaire à des régimes d'assurance fragmentés n'est peut-être qu'une première étape, mais elle n'est pas viable à long terme. Pourtant, pour les pays pauvres, s'il est difficile de financer les soins de santé par l'impôt à cause d'une base d'imposition limitée, la mise en place de l'adhésion obligatoire aux assurances est non seulement compliquée sur le plan pratique avec un secteur informel important, mais aussi sur le plan politique. L'approche autoritaire du Rwanda, rendue possible par la nature de son *political settlement*, est difficilement transférable voire souhaitable. En tout état de cause, l'expérience rwandaise est un puissant appel à une réflexion sur les moyens d'améliorer l'adhésion, par exemple par le biais de mécanismes de financement innovants tels que les associations d'épargne pour payer les cotisations ou le financement par les donateurs, ou par le biais de l'amélioration de la qualité des soins. Elle souligne également qu'une myriade de régimes de mutuelles communautaires indépendants à faible taux d'adhésion ne suffira probablement pas à atteindre la couverture santé universelle.

Références

Ansoms, A. (2009). Re-engineering rural society: The visions and ambitions of the Rwandan elite. *African Affairs*, 108(431), 289-309.

- Barrientos, A. & Pellissery, S. (2012). *Delivering effective social assistance: Does politics matter?* ESID Working Paper, (9).
- Béland, D. (2005). Ideas and social policy: An institutionalist perspective. *Social Policy & Administration*, 39(1), 1-18.
- Béland, D. & Cox, R.H. (dir.) (2011). *Ideas and politics in social science research*. Oxford University Press.
- Blyth, M. (1997). « Any more bright ideas? » The ideational turn in comparative political economy. *Comparative Politics*, 29(1), 229-250.
- Carrin, G., Waelkens, M. P. & Criel, B. (2005). Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical medicine & international health*, 10(8), 799-811.
- CCM Rwanda (2005). *Assuring Access to Quality Care: the Missing Link to Combat AIDS, Tuberculosis and Malaria*. Kigali, Country Coordinating Mechanism (CCM) Rwanda.
- Chemouni, B. (2014). Explaining the design of the Rwandan decentralization: Elite vulnerability and the territorial repartition of power. *Journal of Eastern African Studies*, 8(2), 246-262.
- Chemouni, B. (2018). The political path to universal health coverage : Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda. *World Development*, 106, 87-98.
- De Allegri, M., Sauerborn, R., Kouyaté, B. & Flessa, S. (2009). Community health insurance in sub-Saharan Africa: What operational difficulties hamper its successful development? *Tropical Medicine & International Health*, 14(5): 586-596.
- Di John, J. & Putzel, J. (2009). *Political settlements: Issues paper* [Discussion Paper]. University of Birmingham, UK.
- George, A. & McKeown, T. (1985). Case studies and theories of organizational decision making. Dans R. Coulam & R. Smith (dir.), *Advances in Information Processing in Organizations* (43-68). JAI Press.
- Hay, C. (2011). Ideas and the construction of interests. Dans D. Béland & R. H. Cox (dir.), *Ideas and politics in social science research* (65-82). Oxford University Press.

- Huber, E. & Stephens, J. D. (2001). *Development and crisis of the welfare state: Parties and policies in global markets*. University Of Chicago Press.
- Kalavakonda, V., Groos, N. & Karasi, J.-C. (2007). *Mid-term Evaluation of the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) 5th Round Project on Health Systems Strengthening: Assuring Access to Quality Care: The Missing Link to Combat AIDS, Tuberculosis and Malaria in Rwanda*. The Global Fund, Genève.
- Kalk, A., Groos, N., Karasi, J. C. & Girrback, E. (2010). Health systems strengthening through insurance subsidies: the GFATM experience in Rwanda. *Tropical Medicine & International Health*, 15(1), 94-97.
- Khan, M. (2010). *Political settlements and the governance of growth-enhancing institutions*. [Unpublished manuscript].
- Korpi, W. (1978). *The working class in welfare capitalism: Work, unions and politics in Sweden*. Routledge & Kegan Paul.
- Kpessa, M., Béland, D. & Lecours, A. (2011). Nationalism, development, and social policy: The politics of nation-building in sub-Saharan Africa. *Ethnic and Racial Studies*, 34(12): 2115-2133.
- Kusi, A., Enemark, U., Hansen, K. S. & Asante, F. A. (2015). Refusal to enrol in Ghana's national health insurance scheme: is affordability the problem? *International journal for equity in health*, 14(2).
- Kutzin, J. (2012). Anything goes on the path to universal health coverage? No. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(11): 867-868.
- Lavers, T. (2016a). *Understanding elite commitment to social protection: Rwanda's Vision 2020 Umurenge Programme*. [ESID Working Paper (68)]. The University of Manchester, UK.
- Lavers, T. (2016b). *Social protection in an aspiring « developmental state »: The political drivers of community-based health insurance in Ethiopia*. [ESID Working Paper (71)]. The University of Manchester, UK.

- Lavers, T. & Hickey, S. (2015). *Investigating the political economy of social protection expansion in Africa: At the intersection of transnational ideas and domestic politics* [ESID Working Paper (47)]. The University of Manchester, UK.
- Longman, T. (2011). Limitations to political reform. Dans S. Straus & L. Waldorf (dir.), *Remaking Rwanda: State building and human rights after mass violence* (25-47). University of Wisconsin Press.
- Lu, C., Chin, B., Lewandowski, J. L., Basinga, P., Hirschhorn, L. R., Hill, K., Murray, M. & Binagwaho, A. (2012). Towards universal health coverage: An evaluation of Rwanda mutuelles in its first eight years. *PLoS One*, 7(6).
- MINALOC (2004). *Rwanda five-year decentralization implementation program*. Kigali, Ministry of Local Government, Republic of Rwanda.
- Ministère de la Santé (2004). *Rwanda community-based health insurance Policy*. Kigali, République du Rwanda.
- Ministère de la Santé (2010). *Politique de développement des mutuelles de santé au Rwanda*. Kigali, République du Rwanda.
- Musango, L. (2005). *Organisation et mise en place de mutuelles. Défi au développement de l'assurance maladie au Rwanda* [Thèse de doctorat]. Université Libre de Belgique.
- Musango, L., Doetinchem, O. & Carrin G. (2009). *De la mutualisation du risque maladie à l'assurance universelle : Expérience du Rwanda*. [Discussion Paper (1)]. Geneva, World Health Organisation.
- NISR, MoH & ICF International. (2015). *Rwanda demographic and health survey 2014-15*. National Institute of Statistics of Rwanda, Ministry of Health, & ICF International.
- OAG (2011). *Value for money audit report of mutual health insurance scheme (Mutuelles de Santé) for the Period 2009-2010*. Kigali, Office of the Auditor General.
- Preker A. & Carrin G. (2004). *Health financing for poor people: Resource mobilization and risk sharing*. Washington DC, World Bank.
- Prunier, G. (1998). *The Rwanda crisis: History of a genocide*. Hurst Publishers.

- Reyntjens, F. (2013). *Political governance in post-genocide Rwanda*. Cambridge University Press.
- Ridde, V., Robert, E. & Meessen, B. (2010). Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé. [World Health Report: Background Paper (43)]. Genève, World Health Organization.
- Sabates-Wheeler, R., Yates, S., Wylde, E. & Gatsinzi, J. (2015). Challenges of measuring graduation in Rwanda. *IDS Bulletin*, 46(2), 103-114.
- Schmidt, V. (2008). Discursive institutionalism: The explanatory power of ideas and discourse. *Annual Review of Political Science*, 11(1), 303-326.
- Schneider, P. & Diop, F. (2001). *Synopsis of results on the impact of community-based health insurance on financial accessibility to health care in Rwanda* [HNP Discussion Paper]. Washington, DC, World Bank.
- Schneider, P., Diop, F. & Bucyana, S. (2000a). *Development and implementation of prepayment schemes in Rwanda* [Technical Report (45)]. Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates.
- Soors, W., Devadasan, N., Durairaj, V. & Criel, B. (2010). *Community health insurance and universal coverage: Multiple paths, many rivers to cross* [World Health Report: Background Paper (48)]. Genève, World Health Organization.
- Weyland, K. (2009). *Bounded rationality and policy diffusion: Social sector reform in Latin America*. Princeton University Press.
- WHO (2009). *Republic of Rwanda health financing systems review 2008: Options for universal coverage*. World Health Organization.
- WHO (2010). *The World health report 2010: Health systems financing. The path to universal coverage*. World Health Organization.

7. L'utilisation de la science pour formuler la politique d'exemption du paiement des soins de 2016 au Burkina Faso

VALÉRY RIDDE ET PIERRE YAMÉOGO

À Gaëtan Mootoo, chercheur à *Amnesty International*

Introduction

Fin 2017, dans une interview à TV5 Monde, la chaîne internationale francophone la plus regardée en Afrique, le nouveau président de la République du Burkina Faso a mis en avant la politique de gratuité des soins de santé décrétée par le gouvernement le 2 mars 2016, comme l'une de ses actions politiques clés pour lutter contre la pauvreté¹. Si la question du journaliste était surprenante, reprochant au Président que la pauvreté n'avait pas diminué après deux ans de mandat, la réponse est particulièrement intéressante à étudier. Cette décision politique en Afrique, soulignée par un président, mérite une analyse réflexive, encore peu pratiquée en santé publique (Tremblay & Parent, 2014). En effet, l'institutionnalisation du paiement direct pour les soins de santé au début des années 1990 en Afrique² et les premiers projets pilotes d'exemption du paiement direct à la fin des années 2000 au Burkina Faso (Ridde, 2015) s'inscrivent dans un processus long et complexe qui a abouti à l'adoption de la politique de gratuité des soins en 2016.

1. Ce chapitre est une traduction d'un article publié en anglais et remanié/réduit pour cet ouvrage : 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 Commun* 4(119) :<https://doi.org/10.1057/s41599-018-0173-x>.

2. Voir l'introduction de l'ouvrage

En Afrique, « 80% des pays (37 des 41 pays qui avaient des frais d'utilisation) ont mis en œuvre des réformes pour réduire ou éliminer les frais d'utilisation » (Cotlear & Rosemberg, 2018 : 14). Cependant, plusieurs études ont montré que les décisions d'introduire ces politiques d'exemption du paiement des frais d'utilisation en Afrique étaient souvent motivées par des raisons électorales, soudaines, suscitées par des pressions extérieures, et par conséquent très chaotiques dans leur mise en œuvre, même si leurs effets ont souvent été bénéfiques pour les populations (Gautier & Ridde, 2017; Olivier de Sardan & Ridde, 2015). C'était encore le cas fin 2017, comme au Gabon, où le Président a soudainement annoncé l'exonération du paiement des frais d'utilisation sans que rien n'ait été préparé sur le terrain. Ces politiques sont évidemment essentielles, car on sait que demander aux patient-e-s de payer sur place est l'un des plus grands obstacles à l'accès aux soins (Robert *et al.*, 2017). Pourtant, contrairement aux recommandations et discours internationaux (Robert & Ridde, 2013), de nombreux pays d'Afrique continuent d'imposer des frais d'utilisation pour certains services ou catégories de personnes, entravant ainsi la réalisation de la couverture universelle en santé (CSU) et de l'objectif trois du développement durable. Par exemple, dans certains pays africains, la pratique persiste de retenir les patient-e-s parce qu'ils ou elles ne peuvent pas payer leurs soins (Yates *et al.*, 2017), et on assiste à un retour à certaines formes de frais d'utilisation pour les patient-e-s atteint-e-s du VIH³, qui a été dénoncé lors du Forum du CSU à Tokyo en décembre 2017. Ainsi, le droit d'accès aux soins est encore loin d'être respecté dans de nombreux pays, et il existe un décalage persistant entre les décisions et leur mise en œuvre effective. Le rôle des idées préconçues par rapport à cet instrument politique n'est certainement pas négligeable (Ridde & Ouattara, 2015).

Contrairement à certains pays qui se sont précipités dans de telles décisions, l'histoire du Burkina Faso est assez exceptionnelle et mérite la présente analyse. Le processus a duré près de 10 ans, depuis les premières discussions et les projets pilotes jusqu'à la décision de supprimer, à l'échelle nationale, les frais d'utilisation pour les enfants

3. Voir le chapitre de Carillon et Ridde

de moins de cinq ans et les femmes enceintes. L'objectif de cet article est de décrire et d'analyser cette histoire en utilisant une approche réflexive.

Méthodes

Dans ce chapitre, nous analysons ce processus sur la base de notre participation en tant que chercheur de longue date (Valéry Ridde, VR) et conseiller technique et décideur impliqué dans ce processus politique (Pierre Yaméogo, PY). Notre approche est réflexive, définie comme « une activité intellectuelle intentionnelle et consciente dans laquelle des individus (ou des groupes) explorent ou examinent leurs expériences pour développer de nouvelles compréhensions qui, en fin de compte, façonnent leurs actions » (Tremblay & Parent, 2014 : 221). La réflexivité est essentielle au développement professionnel, en particulier pour les chercheurs et chercheuses en santé publique (Tremblay & Parent, 2014). Dans cet article, nous adoptons *a posteriori* une posture réflexive sur l'action qui, dans ce cas, est le processus qui a mené à la décision d'abolir les frais d'utilisation.

Les données utilisées pour cette analyse proviennent de nos notes et réflexions compilées au cours de notre implication dans cette politique depuis 2008, ainsi que de l'observation (parfois participante) de tous les événements que nous présentons ci-dessous. Nous avons utilisé tous les écrits disponibles pour étayer notre analyse. La rédaction de cet article a également été un processus de soutien à notre réflexion. Tout d'abord, nous nous sommes mis d'accord sur le contenu de l'article dans les trois dimensions du cadre conceptuel choisi (voir ci-dessous). Ensuite, pour la rédaction, sous la direction de VR, nous avons partagé le contenu et comparé nos perspectives tout au long de la rédaction des différentes versions de l'article, y compris sa révision après les commentaires des personnes qui ont évalué anonymement l'article. La rédaction de la discussion nous a permis d'associer la réflexion à des concepts plus largement utilisés

en science politique. Nous avons présenté les résultats préliminaires de nos réflexions lors de deux conférences internationales au Sénégal et au Japon en 2017.

La description et l'analyse que nous présentons s'inscrivent dans le cadre de l'étude des politiques publiques et, plus précisément, du rôle des données probantes dans la définition de politiques publiques solides, la formation d'idées et le soutien de coalitions plaidantes pour faire passer la question à l'ordre du jour politique (Béland, 2016; Sabatier & Weible, 2014). Il est souvent recommandé que l'analyse des changements politiques couvre une longue période d'au moins dix ans (Sabatier & Weible, 2014). C'est ce que nous avons fait dans notre analyse.

Dans ce chapitre, nous utilisons l'approche proposée par Hassenteufel (2010) car elle est la plus propice à notre approche descriptive et réflexive. D'autres cadres sur l'émergence des politiques exigent une approche empirique et analytique qui va au-delà de l'intention de notre chapitre. Selon le modèle de Hassenteufel (2010), le processus qui conduit à cette décision de politique publique comporte trois phases : la mobilisation (attirer l'attention sur le problème et ses solutions), la médiatisation (les rendre publics, en particulier avec les médias) et la politisation (obtenir des avantages politiques). Cette triple dynamique non linéaire s'est évidemment inscrite dans un contexte spécifique, que nous allons d'abord présenter.

Contexte

Le Burkina Faso est un pays aux ressources limitées pour le financement de santé, avec seulement 46,8 dollars de dépenses de santé par habitant-e en 2016 (Ministère de la Santé, 2017). Le système de santé est donc entravé par l'insuffisance des ressources. Le paiement direct des frais d'utilisation des soins de santé est une source importante de financement de la santé. La politique de santé est axée sur les soins de santé primaires, la base du système de santé.

Malgré les efforts déployés au cours des dix dernières années, le niveau de couverture des soins de santé dans la population reste très faible, aux alentours de 39% selon l'indice de couverture des services de santé de 2017 (WHO & World Bank, 2017). Les ressources médicales humaines, matérielles et techniques sont insuffisantes en quantité et en qualité et souvent mal réparties. Les régions du Nord, du Centre-Nord et du Sahel concentrent les maigres ressources humaines pour répondre aux besoins fondamentaux en matière de santé génésique, précisément là où les premiers projets pilotes d'exemption de frais d'utilisation ont débuté en 2008. Le Burkina Faso ne dispose pas d'une assurance maladie fonctionnelle, c'est pourquoi les frais d'utilisation des soins de santé sont le mécanisme promu par la politique de santé pour aider à financer le secteur de la santé. Si certaines formes d'exemption de frais d'utilisation existent depuis longtemps pour certaines maladies (tuberculose, VIH, malnutrition), une première politique de subvention ambitieuse a été lancée en 2006 pour les accouchements et les nouveau-nés de moins de sept jours; il ne s'agissait cependant pas d'une exemption (c'est-à-dire d'une subvention totale). Entièrement financée par l'État, elle a été relativement bien mise en œuvre et s'est avérée très efficace, y compris pour les plus pauvres (Nguyen *et al.*, 2018; Ridde *et al.*, 2015), et très efficiente (Nguyen *et al.*, 2020)⁴. Néanmoins, les obstacles financiers restent élevés pour les femmes et les enfants.

Début 2012, un rapport a émis l'hypothèse que, malgré l'abondance des données produites sur le financement de la santé au Burkina Faso, peu de connaissances semblent avoir été mobilisées par les décideurs et décideuses (Ridde *et al.*, 2012). Les deux mondes ne semblaient pas s'être beaucoup influencés l'un l'autre. Cependant, l'histoire a changé depuis, comme nous le verrons dans ce chapitre.

4. Voir les deux chapitres de Hoa T. Nguyen

Mobilisation

Expériences pilotes et coalition d'ONG

C'est dans ce contexte que l'Union européenne et son Office d'aide humanitaire (ECHO) ont lancé en 2008 un vaste plan de réduction de la malnutrition. Leur objectif était de soutenir les ONG souhaitant organiser des projets pilotes pour mettre en œuvre l'exonération des frais d'utilisation des services de santé, l'un des principaux déterminants de la lutte contre la malnutrition (DG ECHO, 2007). Des expériences pilotes de gratuité des soins financées par ECHO dans le cadre de ce plan Sahel ont été menées par plusieurs ONG internationales (HELP, Terre des hommes (Tdh), Action Contre la Faim (ACF), Save the Children International (SCI) et Médecins du Monde (MdM)) dans un nombre limité de districts sanitaires (Tougan, Séguénéga, Dori, Sebba, Diapaga, Fada et Kaya). Elles ont été d'ampleur et de durée variables, mais certaines ont été maintenues pendant plus de huit ans. Ces interventions pilotes ont été largement étudiées.

D'une part, si les preuves scientifiques ont montré les difficultés de mise en œuvre de l'exemption, elles ont également révélé sa capacité à réduire les dépenses de santé catastrophiques, à améliorer l'utilisation des centres de santé et à corriger les inégalités (Ridde *et al.*, 2014). Une simulation publiée en 2014 a montré que si la stratégie d'exemption testée dans les projets pilotes était mise en œuvre à l'échelle nationale, elle permettrait de sauver entre 14 000 et 19 000 enfants de moins de cinq ans par an, soit une réduction de 16% du taux de mortalité infantile (Johri *et al.*, 2014). Des études qualitatives ont également montré que l'exemption du paiement des frais d'utilisation peut renforcer l'autonomisation des femmes (Samb & Ridde, 2018).

D'autre part, ces ONG ont également produit des connaissances tacites qu'elles ont exploitées au fur et à mesure de l'avancement de leurs projets et qu'elles ont partagées avec les technicien-ne-s du ministère de la Santé et les décideurs et décideuses aux niveaux central, régional et local. Ces connaissances étaient liées à des sujets

tels que : les processus de suivi et de vérification de l'exemption, les méthodes de remboursement forfaitaire, le contenu du paquet de services, les dossiers médicaux informatisés, les outils de suivi, les approches pour cibler les indigent-e-s, etc. En conséquence, plusieurs guides de bonnes pratiques ont été rédigés par ces ONG en collaboration avec les acteurs et actrices du système de santé.

Sur la base de leur expérience d'interventions réussies, ces ONG ont lancé diverses actions de sensibilisation avec le soutien d'Amnistie Internationale et de donateurs et donatrices (ECHO, UNICEF, OMS) en vue de développer les soins de santé gratuits.

Les ONG ont organisé de nombreuses réunions pour discuter et présenter les résultats au niveau du ministère de la Santé. Par exemple, en 2009, les résultats ont été présentés lors de la réunion annuelle de tous et toutes les médecins de district et des directeur-e-s régionaux et régionales de la santé de tout le pays. Certaines ONG ont apporté un soutien en amont aux présentateurs et présentatrices, qui étaient les médecins chef-fe-s des districts où les projets pilotes étaient mis en œuvre.

En juillet 2010, une mission conjointe (PY, VR, ONG et autres chercheurs et chercheuses) a participé à la 20^e conférence mondiale de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé. Les premiers résultats des expériences pilotes ont été portés à l'attention des participant-e-s (en particulier des chercheurs et chercheuses et des ONG internationales) par le biais de présentations et de posters.

Étude de faisabilité de la stratégie nationale en 2012

Fin 2011, les bailleurs de fonds ont organisé une réunion spéciale de plaidoyer pour les partenaires techniques et financiers (PTF) sur le renforcement de l'exemption des frais d'utilisation pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Le ministère de la Santé a accueilli favorablement ce plaidoyer et a entamé un processus d'étude de la faisabilité de la gratuité des soins de santé au niveau national. L'objectif principal de cette étude, menée en 2012, était d'estimer les coûts de la suppression du paiement direct à l'échelle nationale et

d'identifier les conditions de succès. Un consultant international de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, rémunéré par Tdh, a été mis à la disposition de l'équipe du ministère de la Santé pour mener cette étude.

Le rapport de cette étude a été soumis aux décideurs et décideuses du ministère de la Santé (les directeurs centraux et directrices centrales) en décembre 2012. L'étude indique notamment que

l'extension de la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans coûte entre 9,89 milliards de FCFA et 12,18 milliards de FCFA par an. Cependant, il convient de noter que ces chiffres ne sont plausibles que si un contrôle rigoureux et efficace accompagne l'introduction de la gratuité dans les centres de santé. (Ministère de la Santé, 2012 : 35)

La principale recommandation de cette réunion de restitution de l'étude de faisabilité est l'élaboration d'un document de stratégie nationale pour la mise en place de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Développement de la stratégie nationale

Avec le soutien technique et financier de l'UNICEF, d'ECHO, de l'OMS et des ONG, le ministère de la Santé a poursuivi sa réflexion en élaborant un document de stratégie pour la mise en œuvre de la gratuité des soins au niveau national. Une équipe d'acteurs et actrices clés (prestataires de services, ONG, niveau central du ministère de la Santé, bailleurs de fonds internationaux) s'est réunie en atelier dans la ville de Koudougou du 12 au 15 mars 2013. La stratégie (contenu) et un document de plaidoyer (pour influencer les décideurs et décideuses à adopter le contenu) ont été élaborés au cours de cet atelier. Les deux documents ont été présentés lors de la réunion du cabinet du ministère de la Santé en août 2013, puis officiellement transmis aux PTF par l'OMS (lettre du 7 octobre 2013) pour avis. Trois des

13 références citées dans le document stratégique proviennent de recherches sur l'intervention pilote de HELP dans la région du Sahel, ce qui reflète l'utilisation des preuves scientifiques produites.

En décembre 2013, dans une correspondance, les PTF se sont prononcés en faveur de la mise en œuvre de l'exonération des frais d'utilisation. Les partenaires ont souligné le souhait que cela soit fait au niveau national dès le départ, en s'appuyant sur l'expérience acquise par les ONG et en plaçant le financement de cette stratégie dans le cadre global d'une stratégie nationale de financement de la santé pour la CSU.

À la suite de cet avis, l'Agence Française de Développement (AFD) a sollicité à plusieurs reprises entre 2013 et 2015 le ministère de la Santé pour lui proposer un soutien financier afin de démarrer cette stratégie. En effet, l'AFD venait de décider de déployer une intervention de 30 millions d'euros, financée par la taxe sur les transactions financières, pour soutenir les pays du Sahel engagés dans des politiques d'exonération des frais de santé : l'*Initiative Santé Solidarité Sahel* (I3S). Le Burkina Faso était éligible. En décembre 2013, un projet de 5 millions d'euros pour le Burkina Faso a été présenté au comité d'identification de l'I3S à Paris. Cependant, en mai 2014, le ministère de la Santé a informé l'AFD qu'il souhaitait attendre les résultats des discussions et évaluations internes de sa stratégie nationale de subvention des accouchements avant de lancer une étude de faisabilité sur le financement de l'I3S. L'AFD a répondu cinq mois plus tard, en prenant acte de cette position mais en annonçant qu'elle ne financerait pas cette étude de faisabilité. Il est apparu que les responsables de l'AFD basés au Burkina Faso, contrairement à ceux et celles du siège parisien, n'étaient pas favorables à l'investissement dans le secteur de la santé (HERA, 2018). Ainsi, l'appui financier prévu pour le Burkina Faso a été réorienté vers d'autres pays du Sahel (Deville *et al.*, 2018). Ce désintérêt pour la santé semble toujours le cas en 2021 puisque ce secteur n'est pas une priorité de soutien au Burkina Faso pour l'AFD.

Puis, il y a eu un ralentissement. Comme le financement d'ECHO pour le projet pilote devait prendre fin en 2014, le ministère de la Santé a demandé une prolongation et ECHO a accordé une année supplémentaire de financement aux ONG. Début 2015, le ministère

de la Santé a également demandé à l'AFD de prendre le relais, après cette année supplémentaire accordée par ECHO, dans le cadre de son initiative I3S. Cependant, en fin de compte, aucun financement I3S n'a été accordé (HERA, 2018).

Médiatisation

Courtage de connaissances

Pendant quatre ans, l'ONG HELP a financé la présence d'un courtier en connaissances pour aider les chercheurs et chercheuses à rendre leurs travaux pertinents et surtout à mettre en œuvre des stratégies de transfert de connaissances (Dagenais *et al.*, 2013). Entre 2008 et 2013 (mais les activités se sont poursuivies, voir ci-dessous), cette ONG, avec l'aide de chercheurs et chercheuses (l'équipe de VR) et du courtier (Ludovic Queuille), a mobilisé au moins 1 million d'euros pour mener à bien cette recherche (pour un total de 9 millions d'euros de projets pilotes finançant l'exonération des frais d'utilisation) et a produit une vingtaine d'articles scientifiques, quatre thèses de doctorat, deux livres, 25 notes de politique, cinq films et une quarantaine de présentations lors de conférences scientifiques. Les recherches sur ce processus ont montré que les acteurs et actrices impliqué-e-s (ONG, Ministère, chercheurs et chercheuses, etc.) ont confirmé l'importance de son impact sur le plaidoyer (Queuille *et al.*, 2013).

Coalition d'ONG

Les quatre principales ONG (Tdh, HELP, ACF, SCI) impliquées dans la mise en œuvre des projets pilotes depuis le début ont convenu en 2008 de créer une coalition informelle pour renforcer leur plaidoyer. Cela n'a évidemment pas été facile, car les ONG ont souvent leur propre agenda et cherchent parfois à se mettre en avant des autres. Il y a eu des tensions occasionnelles, mais l'importance du sujet, la conviction des ONG que les décisions politiques pouvaient être influencées par leur travail et le soutien du donateur (ECHO) à ce

processus ont tous contribué à l'efficacité de la coalition. Puis d'autres ONG ont rejoint le groupe, dont Amnistie Internationale (AI) et Mdm. À notre connaissance, c'était la première fois que des chercheurs et chercheuses d'AI s'engageaient dans le domaine de la santé, qui n'est pas leur domaine de compétence habituel. Ils et elles ont largement collaboré avec la coalition d'ONG sur le terrain ainsi qu'avec les chercheurs et chercheuses afin d'utiliser des données probantes pour étayer leur rapport (Amnesty International, 2009). Ce rapport a non seulement donné lieu à de nombreuses activités internationales de plaidoyer, mais il a également été particulièrement utile au bureau local d'Amnistie Internationale et à d'autres ONG.

Médias et conférences de presse

Les différentes ONG ont également entretenu des relations étroites avec les médias internationaux, nationaux et régionaux. La stratégie déployée a été large afin de ne pas dépendre d'un seul média, car les décideurs et décideuses de la capitale sont plus enclin-e-s à lire les journaux papier, tandis que le grand public est plus influencé par la télévision en ville et la radio dans les zones rurales. Ainsi, à partir de 2010, de multiples conférences de presse, des ateliers pour les journalistes et des émissions de radio internationales (RFI) et nationales/régionales ont été organisés. À trois reprises au moins, les acteurs et actrices impliqué-e-s dans l'exemption du paiement des frais d'utilisation (dont PY, VR et le courtier) ont participé au programme de santé RFI, qui est largement écouté au Burkina Faso, en Afrique et en France. En avril 2014, Mdm a réalisé un reportage sur la gratuité des soins et a payé pour sa diffusion à la télévision nationale. Mais, au bout de 48 heures, les responsables du ministère de la Santé ont demandé à Mdm d'arrêter la diffusion afin de ne pas entraver les discussions internes. Il semble que ce reportage exacerbait les débats contentieux. Dans le même temps, le ministère de la Santé a demandé à HELP de cesser de diffuser sa documentation.

Politisation

La phase de politisation a été largement menée par cette coalition d'ONG, tant au niveau européen que national.

Au niveau européen

ECHO a joué un rôle important non seulement dans le financement des interventions et des actions de sensibilisation, mais aussi dans l'avancement du processus de politisation. Cela n'a pas été facile, car il a également fallu convaincre leurs collègues des bureaux d'aide au développement (différents de ceux de l'office d'aide humanitaire), qui étaient assez résistants à cet instrument politique (Howlett, 2011), c'est-à-dire l'exemption des frais d'utilisation des soins de santé.

Fin 2012, ECHO a organisé avec succès une visite du commissaire européen à la coopération internationale et à l'aide humanitaire, membre de la Commission européenne, dans la zone d'intervention HELP. Dans une lettre envoyée début 2013, elle a félicité les ONG pour ce travail de subventionnement des frais d'utilisation des soins de santé, ce qui a permis d'aller au-delà de la déclaration de principe émise par la direction générale ECHO en 2008 (DG ECHO, 2008) à ce sujet et d'ouvrir toute la Commission à cet instrument.

En février 2013, ce même commissaire a discuté des « résultats exceptionnels » de cette expérience pilote au Sahel lors d'un sommet du *Programme alimentaire mondial* à Rome. Dans sa déclaration, elle a même cité l'étude, non encore publiée à l'époque (Johri *et al.*, 2014), qui a montré une réduction de la mortalité infantile associée à la mise en œuvre nationale d'exemptions de frais d'utilisation des soins de santé. L'utilisation par une responsable de haut niveau de résultats de recherche non encore publiés dans une revue scientifique démontre également la pertinence de produire des notes politiques avant les publications scientifiques afin que les résultats puissent être rapidement mis à profit par les décideurs et décideuses (Dagenais & Ridde, 2018). Une évaluation de la campagne de sensibilisation de *Save the Children* pour 2015 a montré l'efficacité des notes de politique

pour influencer la prise de décision (Baptist & Miletzki, 2017). En outre, la coalition d'ONG, accompagnée de PY et du courtier en connaissances, s'est rendue à Bruxelles en septembre 2012 pour rencontrer les décideurs et décideuses afin de plaider en faveur du financement d'ECHO, car le financement de l'exemption des frais d'utilisation restait en débat et sa pérennité n'était pas assurée.

Au niveau national : de la présidence à la révolution

Un grand nombre d'activités de plaidoyer basées sur des données probantes (parfois en utilisant des notes de politiques) ont été menées pour politiser la question au niveau national. L'investissement d'AI a culminé avec la visite de ses délégué-e-s et chercheurs et chercheuses au Président de la République en 2010. L'engagement du président en faveur de la gratuité des soins a été annoncé par AI aux médias et sur Internet. AI a également organisé une caravane en 2010 pour se rendre dans les zones rurales et attirer l'attention des autorités régionales et des décideurs et décideuses sur cet instrument politique. En 2010, HELP a produit un rapport de capitalisation sur son expérience après deux ans, qu'elle a remis à la Première Dame en 2011, car il n'était pas possible de rencontrer directement le Président. Tdh a également remis cette année-là son rapport d'activité sur les soins gratuits. Le Président a répondu par une lettre de félicitations et d'encouragement pour leur engagement en faveur des plus pauvres. L'ONG a été décorée cette année-là du grade de Chevalier de l'Ordre national.

En 2013, les ONG ont soutenu des groupes de femmes dans la région du Sahel pour qu'elles interpellent le président de la République lors de sa visite dans la région. La même année, une communauté de pratique d'Harmonization for Health in Africa a organisé une conférence sur les politiques d'exemption du paiement des frais d'utilisation en Afrique⁵, où plus de 300 chercheurs et chercheuses, expert-e-s et parties prenantes ont débattu de ces questions. Ce fut également l'occasion pour le vice-ministre français

5. Disponible sur : <https://ouagadougou2013.sciencesconf.org>

du développement, en présence du ministre de la santé du Burkina Faso, d'annoncer le lancement par la France de l'I3S, qui n'a finalement pas soutenu le pays dans ses efforts. Au cours de cette conférence, des chercheurs et chercheuses canadien-ne-s⁶ ont dispensé une formation sur les pratiques de transfert de connaissances et la rédaction de notes de politiques.

Malgré tout ce plaidoyer entrepris avec des preuves scientifiques, il est resté une certaine prudence ou résistance, et le processus s'est ralenti en 2014. Puis, un événement majeur a changé le cours de l'histoire. Le 30 octobre 2014, alors que l'Assemblée nationale devait débattre de la politique d'assurance maladie universelle (AMU), le président, au pouvoir depuis 27 ans, a décidé de changer l'ordre du jour et a demandé aux parlementaires de voter sur un amendement à la Constitution qui lui permettrait de se représenter à la prochaine élection présidentielle. Finalement, ni l'AMU ni l'amendement n'ont été discutés. L'Assemblée nationale a été brûlée lors d'une révolte citoyenne qui a chassé le président. Un gouvernement de transition a été mis en place. C'est ce gouvernement qui a voté en septembre 2015 une loi sur l'AMU, dans laquelle l'exemption du paiement des frais d'utilisation pour les indigent-e-s a été incluse dans l'article 18. Si l'exemption ne s'appliquait pas encore aux femmes et aux enfants, cette décision, avec l'acceptation de cet instrument politique, a marqué le début d'un changement de paradigme de politique (Hall, 1993).

Cependant, la stratégie nationale d'exemption de frais d'utilisation pour les enfants et les femmes n'a toujours pas été adoptée. En 2015, *Save the Children* a pu obtenir un financement de 110 000 euros pour mener de nombreuses activités de plaidoyer dans le cadre de la coalition des ONG. Ces activités ont pris la forme d'une vaste campagne médiatique « Ma Voix, la santé des enfants », qui comprenait l'organisation de visites de journalistes sur le terrain. L'organisation a également produit des notes de politiques et mobilisé le secrétariat national permanent des ONG (SPONG) (Baptist & Miletzki, 2017). Ainsi, la coalition d'ONG s'est remise sur les rails et

6. Disponible sur : <http://www.equiperenard.ca>

a développé de nombreuses activités de plaidoyer à l'intention des candidat-e-s à la nouvelle (et sans précédent) campagne présidentielle. Tous et toutes les candidat-e-s ont été rencontré-e-s et invité-e-s à prendre position publiquement. La coalition d'ONG a mis en place un comité chargé de suivre les engagements présidentiels dans ce domaine. Une évaluation a montré que

le message de la campagne a été programmé pour avoir un impact maximal [...] Le moment était opportun dans le sens où après le soulèvement populaire de 2015, il y avait un appétit de changement politique et la voix du peuple avait un poids et une importance accrues dans le discours politique national. (Baptist & Miletzki, 2017 : 5)

La politique de gratuité des soins a finalement été décrétée le 2 mars 2016, lors du Conseil des ministres du nouveau gouvernement, quatre mois seulement après les premières élections libres, mais huit ans après les premiers projets pilotes organisés par les ONG. Le ministre de la santé de l'époque aurait préféré une mise en œuvre en deux étapes, d'abord pour supprimer les frais d'accouchement pour les femmes, puis, six mois plus tard, pour les enfants de moins de cinq ans. Mais le président de la République voulait que ces mesures soient mises en œuvre en même temps et dans le mois suivant la déclaration du Conseil des ministres. Ainsi, en avril 2016, tous les districts sanitaires des régions du Centre, des Hauts-Bassins et du Sahel ont lancé la politique nationale. Puis, en mai 2016, elle a été appliquée dans tous les hôpitaux régionaux et universitaires. Enfin, à partir du 1^{er} juin 2016, tous les autres districts du pays ont organisé des exemptions de frais d'utilisation.

La figure 1 présente un résumé de la chronologie des événements importants et des principales parties prenantes.

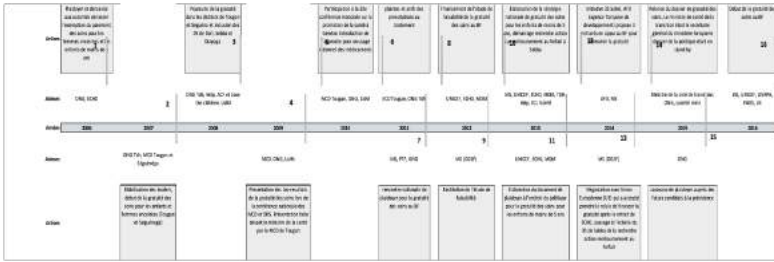


Figure 1. Chronologie des événements importants et des principales parties prenantes

Réflexion conceptuelle et théorique

Plus encore que les idées et les institutions (Béland, 2016), le rôle du pouvoir dans les décisions politiques est évident, comme l'a montré le cas du Rwanda et de son système d'assurance mutuelle à adhésion obligatoire (Chemouni, 2018). Le rôle prépondérant des président-e-s dans les décisions de lancement de politiques de gratuité des soins en Afrique a été largement démontré (Ghana en 2008, Ouganda en 2001, Zambie en 2005, etc.). En effet, des travaux en Afrique ont montré que « le moteur de la réforme a été l'intégration de l'assistance sociale comme élément des stratégies de survie politique employées par les élites politiques nationales pour renforcer la légitimité du régime, assurer l'allégeance politique ou gagner le soutien électoral » (Hickey *et al.*, 2018 : 8). Toutefois, dans le contexte du Burkina Faso, alors que le nouveau président a demandé que la mise en œuvre commence rapidement, le processus n'a pas été précipité. Ainsi, il a fallu huit ans pour que la politique nationale soit décidée après les premiers projets pilotes, ce qui, dans le domaine du changement des politiques publiques, n'est pas si long en fin de compte (Sabatier & Weible, 2014). Les changements ont été progressifs, en fonction de la dépendance au sentier et, notamment, de l'évolution des idées des décideurs et décideuses, et ont confirmé que « la continuité, à première vue, l'emporte de loin sur les ruptures » (Lascoumes, 2006 : 405). Les instruments politiques (frais d'utilisation) ont été modifiés au fil des années, étant d'abord réduits, puis supprimés pour une partie de la population, façonnée notamment par

les manœuvres politiques, les idées des acteurs et actrices influent-e-s, et le contexte des institutions d'aide au développement et de leurs multiples projets (le rôle d'ECHO étant central en raison de l'ampleur de son financement). La production de preuves scientifiques par des acteurs et actrices légitimes pouvant être mobilisées par des courtiers de connaissances, des ONG et des militant-e-s a également été déterminante.

Si l'on se réfère aux propositions de Hall (1993) sur les paradigmes de politique publique, on pourrait dire que nous assistons à un changement de troisième ordre, puisque l'abolition du paiement des frais d'utilisation et l'évolution de la réflexion autour de cette question ont conduit à la formulation d'une nouvelle politique publique d'exemption des frais d'utilisation dans le but explicite de réaliser la CSU. Ce changement de paradigme a été rendu possible en partie grâce à la mobilisation de coalitions plaidantes (Lemieux, 2002) agissant comme des entrepreneurs et entrepreneuses politiques (Béland, 2016; Ridde, 2009), ainsi que par le nombre croissant d'acteurs et d'actrices au fur et à mesure de l'avancement du processus et du dépassement des seuls débats techniques, comme l'a suggéré Hall (1993). Une analyse approfondie sera nécessaire pour explorer le rôle des « entrepreneur-e-s politiques à succès » (Weible & Cairney, 2018) dans la définition de l'agenda politique. Notre réflexion nous amène à penser que les ONG internationales et nationales (avec leur expertise spécifique) ainsi que leurs donateurs et donatrices (notamment ECHO) ont largement joué ce rôle d'entrepreneurs et d'entrepreneuses politiques. Des recherches indépendantes seront nécessaires pour mieux comprendre ce rôle (Gautier & Ridde, 2017; Khan *et al.*, 2018).

Les investissements considérables, consentis non seulement pour générer des connaissances, mais aussi pour les mobiliser par le biais d'activités de courtage de connaissances, de techniques de narration et de promotion ont certainement contribué à cette décision politique et à l'évolution des idées (Davidson, 2017; Weible & Cairney, 2018). De plus, ces investissements ont été réalisés sur une très longue période, mobilisant non seulement des scientifiques internationaux, internationales et nationaux, nationales reconnu-e-s, mais aussi des acteurs et actrices de la société civile. La légitimité

de ceux et de celles qui ont produit et présenté les résultats de la recherche a certainement été un facteur positif dans la prise en compte des preuves. La patience, l'accumulation des preuves et l'organisation d'une large coalition d'acteurs et d'actrices ont certainement été des facteurs de succès. Nous avons vu que des obstacles étaient parfois dressés pour empêcher la diffusion des preuves dans les médias, et les ONG ont dû accepter que, pour que leur plaidoyer soit efficace, elles devaient prendre en compte les questions politiques.

Les partenariats entre chercheurs et chercheuses et ONG peuvent être avantageux et, comme en Ouganda et en Éthiopie, les efforts coordonnés des acteurs transnationaux et actrices transnationales sont un facteur de réussite pour influencer les États (Hickey *et al.*, 2018). Au cours du processus décrit ici, des recherches sur les activités de transfert de connaissances ont même été menées pour améliorer la stratégie et la rendre plus efficace (Dagenais *et al.*, 2013; D'Ostie-Racine *et al.*, 2016). La science de l'utilisation de la science (Langer *et al.*, 2016) a donc été d'une aide indéniable, et « enfin, il est important de reconnaître le rôle central que jouent les chiffres et le raisonnement scientifique dans de nombreux problèmes publics » (Neveu, 2017 : 13). Il était également essentiel de travailler avec des chercheurs et chercheuses ouvert-e-s (et d'autres qui le sont devenu-e-s), prêt-e-s à s'investir dans cette aventure de longue haleine, acceptant de publier les résultats d'abord auprès des décideurs nationaux et décideuses nationales (en français et en utilisant un vocabulaire profane⁷, avant de les diffuser dans des revues scientifiques internationales de renom –des stratégies pour lesquelles les institutions académiques ne sont pas encore très bien préparées.

Le changement de paradigme politique ne peut s'expliquer uniquement par les développements pratiques des instruments politiques, mais aussi, comme le suggère Hall (1993) par le fait que « l'apprentissage social en tant que mécanisme causal suggère que le changement de paradigme se produit par une délibération fondée

7. Voir, par exemple, le cas nigérien (Dalglish *et al.*, 2017).

sur des preuves de la réussite ou de l'échec des politiques (« apprentissage »), complétée par une lutte externe pour les ressources institutionnelles (« prise de pouvoir »)» (Wood, 2015 : 6). Ainsi, l'évolution des idées concernant les instruments politiques a certainement été un facteur d'influence aussi essentiel (Béland, 2016) que l'évolution du pouvoir et des intérêts (Béland, 2010); cela a été clairement démontré en ce qui concerne la politique de CSU au Rwanda où l'analyse historique a montré qu'« outre le pouvoir, les idées comptaient »⁸. En ce qui concerne l'exemption de frais d'utilisation, l'abondance de preuves produites localement a certainement eu un impact pour contrer les idées préconçues. Ainsi, l'utilisation des résultats de la recherche dans ce contexte a non seulement contribué à faciliter la prise de décision, mais a certainement aussi permis de changer les idées sur le plan conceptuel (Weiss, 1979). En particulier, elle a nécessité «le travail de séduction des journalistes» (Neveu, 2017 : 14) et des décideurs et décideuses politiques pour « considérer les “biais cognitifs” du point de vue des décideurs politiques au lieu de les déplorer du nôtre » (Cairney & Kwiatkowski, 2017 : 4). Contrairement au Rwanda, où les idées des fonctionnaires sur les frais d'utilisation sont restées statiques et se sont concentrées sur un autre type de politique pour la CSU⁹, les idées des décideurs et décideuses au Burkina Faso ont évolué vers l'acceptation de l'abolition du paiement des frais d'utilisation.

Par ailleurs, il ne faut pas minimiser le rôle essentiel du soulèvement de fin 2014, la fameuse « fenêtre d'opportunité » de Kingdon (1995), entre autres facteurs, pour expliquer l'émergence des politiques publiques. Le défi consiste maintenant à mieux comprendre le rôle de ce type d'événement dans une société burkinabè caractérisée à l'époque comme semi-autoritaire (Hilgers & Mazzocchetti, 2010) étant donné que le concept et l'approche de Kingdon (1995) ont été développés aux États-Unis d'Amérique, une démocratie libérale, dans les années 1980.

8. Voir le chapitre de Chemouni

9. Voir le chapitre de Chemouni

Leçons tirées pour une prise de décision fondée sur des données probantes

À la suite des résultats de notre réflexion, nous proposons quelques enseignements pour les quatre principaux types d'acteurs et d'actrices concerné-e-s par le désir de mieux prendre en compte les données probantes dans la prise de décision politique.

Pour les États et les décideurs et décideuses des bailleurs de fonds

- Financer et évaluer des projets pilotes afin de produire des preuves d'innovation tout en impliquant les chercheurs et les chercheuses à tous les stades;
- Attendre les résultats des projets pilotes avant de passer à une plus grande échelle;
- Inclure systématiquement dans les budgets d'intervention le financement des évaluations et des activités de transfert de connaissances;
- Recruter, former et mobiliser les personnes ou les services responsables des activités de transfert de connaissances;
- Prendre en compte la source de production des preuves scientifiques dans un contexte où il y a une forte présence de multiples donateurs internationaux et donatrices internationales.

Pour les chercheurs et chercheuses

- Identifier les entrepreneurs et entrepreneuses politiques et établir des partenariats avec eux et elles de manière précoce et régulière;
- Persévérer et être cohérent-e dans la production de preuves rigoureuses et utiles;
- Tenir compte du contexte lors de la production de preuves (qui finance quoi, à quelles fins et utilisations prévues, etc.);

- Privilégier les équipes indépendantes pour l'évaluation des interventions et promouvoir l'utilisation de méthodes mixtes;
- Valoriser la validité externe des résultats de la recherche de la même manière que la validité interne;
- Diffuser régulièrement les résultats de la recherche sous une forme adaptée au public cible;
- Anticiper les besoins en connaissances des décideurs et décideuses et formuler des recherches qui tentent d'y répondre.

Pour les courtiers et courtières de connaissances

- Être bien formé-e aux processus et aux outils de transfert de connaissances;
- Former les décideurs et décideuses et les chercheurs et chercheuses au transfert de connaissances;
- Former les chercheurs et chercheuses aux processus de décision politique et les décideurs et décideuses aux questions de production de connaissances;
- Adapter (contenu, format, vocabulaire, langue, etc.) les données probantes en étroite collaboration avec les chercheurs et chercheuses et les diffuser auprès de différents publics cibles;
- Comprendre les différentes logiques des chercheurs et chercheuses et des décideurs et décideuses et agir comme intermédiaire entre ces deux mondes pour favoriser leur interaction;
- Analyser les processus de décision politique spécifiques au contexte national ainsi que les contextes sociaux et politiques favorables (ou non) à la prise de décision, afin de pouvoir saisir les opportunités;
- Comprendre le contexte dans lequel les médias opèrent;
- Établir des partenariats avec des organisations de la société civile spécialisées dans ce domaine (santé, éducation, transport, etc.).

Pour les acteurs et actrices de la société civile

- Mettre en commun les efforts sous la forme d'un consortium pour

- stimuler les actions de sensibilisation;
- Travailler en étroite collaboration avec les chercheurs et chercheuses afin d'établir des preuves pour faciliter les actions de sensibilisation;
 - Identifier et collaborer avec les acteurs et actrices clés, les décideurs et décideuses et les fonctionnaires qui sont en mesure de s'engager dans des actions de sensibilisation fondées sur des données probantes afin de changer les mentalités et les méthodes de travail;
 - Soyez patient-e et persévérant-e dans votre plaidoyer pour un changement social et comportemental afin d'améliorer la santé de la population.

Conclusion

Il y a plus de dix ans, nous avons montré comment le manque de considération pour l'équité dans les politiques de santé au Burkina Faso s'expliquait en partie par l'absence d'entrepreneurs et d'entrepreneuses politiques mobilisé-e-s pour saisir les opportunités (Ridde, 2008). L'histoire ne semble pas s'être répétée. Néanmoins, le processus a pris un temps relativement long et a nécessité un ensemble très important de preuves générées par des interventions financées de manière fiable par des donateurs et donatrices motivé-e-s par le changement, la mise en œuvre de multiples stratégies de transfert de connaissances, les efforts d'entrepreneurs et d'entrepreneuses politiques collectifs et individuels, des coalitions de plaidoyer efficaces et patientes, aidés par une importante fenêtre d'opportunité qu'ils et elles ont saisie et utilisée à bon escient. Le rôle de la preuve dans la prise de décision autour de cette politique nationale d'exemption du paiement des soins de santé au Burkina Faso était donc essentiel, mais certainement ni plus ni moins que tous ces autres facteurs dont les contributions individuelles sont certainement impossibles à évaluer.

Références

- Amnesty International. (2009). *Giving life, risking death. Maternal mortality in Burkina Faso*. Amnesty International Publications.
- Baptist, C. & Miletzki, J. (2017). *Working towards universal health coverage in Burkina Faso*. GSK & Save The Children.
- Béland, D. (2010). The idea of power and the role of ideas. *Political Studies Review*, 8(2), 145-154. <https://doi.org/10.1111/j.1478-9302.2009.00199.x>
- Béland, D. (2016). Kingdon reconsidered: Ideas, interests and institutions in comparative policy analysis. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 18(3), 228-242.
- Cairney, P. & Kwiatkowski, R. (2017). How to communicate effectively with policymakers: Combine insights from psychology and policy studies. *Palgrave Communications*, 3(37). <https://doi.org/10.1057/s41599-017-0046-8>
- Chemouni, B. (2018). The political path to universal health coverage: Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda. *World Development*, 106, 87-98. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.01.023>
- Cotlear, D. & Rosemberg, N. (2018). *Going universal in Africa: How 46 African countries reformed user fees and implemented health care priorities* [Universal health care coverage series (26)]. World Bank Group.
- Dagenais, C., Queuille, L. & Ridde, V. (2013). Evaluation of a knowledge transfer strategy from user fee exemption program for vulnerable populations in Burkina Faso. *Global Health Promotion, Special Issue on Vulnerability and Health in Africa*, 20(Suppl 1), 70-79. <https://doi.org/10.1177%2F1757975912462416>
- Dagenais, C. & Ridde, V. (2018). Policy brief (PB) as a knowledge transfer tool: To « make a splash », your PB must first be read. *Gaceta Sanitaria* (Sous presse).

- Dalglish, S. L., Rodríguez, D. C., Harouna, A. & Surkan, P. J. (2017). Knowledge and power in policy-making for child survival in Niger. *Social Science & Medicine*, 177, 150-157. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.056>
- Davidson, B. (2017). Storytelling and evidence-based policy: Lessons from the grey literature. *Palgrave Communications*, 3(17093). <https://doi.org/10.1057/palcomms.2017.93>
- Deville, C., Hane, F., Ridde, V. & Touré, L. (2018). *La Couverture universelle en santé au Sahel: La situation au Mali et au Sénégal en 2018* [Working Papers (40)]. CEPED.
- DG ECHO. (2007). *Humanitarian aid for vulnerable populations at risk in the Sahel Region of West Africa. Global plan 2007*. Humanitarian Aid Committee, European Commission, Directorate General for Humanitarian Aid- ECHO.
- DG ECHO. (2008). *DG ECHO position paper on user fees for primary health services in humanitarian crises*. European Commission, Directorate General for Humanitarian Aid-ECHO.
- D'Ostie-Racine, L., Dagenais, C. & Ridde, V. (2016). A qualitative case study of evaluation use in the context of a collaborative program evaluation strategy in Burkina Faso. *Health Research Policy and Systems / BioMed Central*, 14(37). <https://doi.org/10.1186/s12961-016-0109-0>
- 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).
- Hall, P. (1993). Policy paradigms, social learning and the state: The case of economic Policymaking in Britain. *Comparative Politics*, 25(3), 275-296.
- Hassenteufel, P. (2010). Les processus de mise sur agenda: Sélection et construction des problèmes publics. *Informations sociales*, 157(1), 50-58. <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2010-1-page-50.htm>
- HERA. (2018). *Evaluation in itinera de l'Initiative Solidarité Santé Sahel (I3S)* [Rapport final provisoire]. HERA.

- Hickey, S., Lavers, T., Niño-Zarazúa, M. & Seekings, J. (2018). *The negotiated politics of social protection in Sub-Saharan Africa* [WIDER Working Paper (34)]. UNU-WIDER.
- Hilgers, M. & Mazzocchetti, J. (dir.). (2010). *Révoltes et oppositions dans un régime semi-autoritaire. Le cas du Burkina Faso*. Karthala.
- Howlett, M. P. (2011). *Designing public policies: Principles and instruments*. Routledge.
- Johri, M., Ridde, V., Heinmüller, R. & Haddad, S. (2014). Estimation of maternal and child mortality one year after user-fee elimination: An impact evaluation and modelling study in Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(10), 706-715. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.130609>
- Khan, M. S., Meghani, A., Liverani, M., Roychowdhury, I. & Parkhurst, J. (2018). How do external donors influence national health policy processes? Experiences of domestic policy actors in Cambodia and Pakistan. *Health Policy & Planning*, 33(2), 215-223. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx145>
- Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, Alternatives and Public Policies* (2^e éd.). Harper Collins.
- Langer, L., Tripney, J. & Gough, D. (2016). *The science of using science: Researching the use of research evidence in decision-making*. University of London, Social Science Research Unit & Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre.
- Lascombes, P. (2006). Ruptures politiques et politiques pénitentiaires, analyse comparative des dynamiques de changement institutionnel. *Déviance et Société*, 30(3), 405-419. <https://doi.org/10.3917/ds.303.0405>
- Lemieux, V. (2002). *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir* (2^e éd.). Les Presses de l'Université Laval.
- Ministère de la Santé. (2012). *Étude de faisabilité de l'exemption du paiement direct des soins curatifs chez les enfants de moins de 5 ans au Burkina Faso*. Ministère de la Santé, Ouagadougou.

- Ministère de la Santé. (2017). *Comptes de la santé 2016. Comptes globaux & Dépenses de santé du Paludisme, du VIH/Sida, de la Tuberculose et de la Santé de la Reproduction*. Ministère de la Santé, Ouagadougou.
- Neveu, E. (2017). L'analyse des problèmes publics: Un champ d'étude interdisciplinaire au cœur des enjeux sociaux présents. *Idées économiques et sociales*, 190(4), 6-19. <https://doi.org/10.3917/idee.190.0006>
- Nguyen, H. T., Torbica, A., Brenner, S., Kiendrébéogo, J. A., Tapsoba, L., Ridde, V., & De Allegri, M. (2020). Economic evaluation of user-fee exemption policies for maternal healthcare in Burkina Faso: Evidence from a cost-effectiveness analysis. *Value in Health*, 23(3), 300-308. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.10.007>
- Nguyen, T. H., Zombré, D., De Allegri, M. & Ridde, V. (2018). The impact of reducing and eliminating user fees on facility-based delivery: A controlled interrupted time-series in Burkina Faso. *Health Policy & Planning*, 33(8), 948-956. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy077>
- Olivier de Sardan, J.-P. & Ridde, V. (2015). Public policies and health systems in Sahelian Africa: Theoretical context and empirical specificity. *BMC Health Services Research*, 15(Suppl 3). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S3>
- Queuille, L., Ridde, V., Chiocchio, F., Dagenais, C., Gnanou, S. & Sedogo, S. (2013, 7 mai). *Capitalisation de knowledge mobilization pour améliorer l'accès aux soins des populations vulnérables du Sahel - Burkina Faso* [Conférence]. 81^{ème} congrès de l'ACFAS, Québec, Canada.
- Ridde, V. (2008). "The problem of the worst-off is dealt with after all other issues": The equity and health policy implementation gap in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 66, 1368-1378.
- Ridde, V. (2009). Policy implementation in an African State: An extension of the Kingdon's multiple-streams approach. *Public Administration*, 87(4), 938-954.

- Ridde, V. (2015). From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: A story of pilot projects and public policies. *BMC Health Services Research*, 15(S6). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S6>
- Ridde, V., Agier, I., Jahn, A., Mueller, O., Tiendrebéogo, J., Yé, M. & De Allegri, M. (2015). The impact of user fee removal policies on household out-of-pocket spending: Evidence against the inverse equity hypothesis from a population based study in Burkina Faso. *The European Journal of Health Economics*, 16, 55-64. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0553-5>
- Ridde, V., Zerbo, R., Yaogo, M., Samb, O. M. & Faye, A. (2012, avril). *Two solitudes: Learning about research systems and health systems in Burkina Faso through the history of user fees* [Rapport]. Learning About Capacity Strengthening.
- Ridde, V., Belaid, L., Samb, O. M. & Faye, A. (2014). Les modalités de collecte du financement de la santé au Burkina Faso de 1980 à 2012. *Santé Publique (Vandoeuvre-Lès-Nancy, France)*, 26(5), 715-725.
- Ridde, V. & Ouattara, F. (2015). *Des idées reçues en santé mondiale*. Presses de l'Université de Montréal; Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.
- Robert, E. & Ridde, V. (2013). Global health actors no longer in favor of user fees: A documentary study. *Globalization and Health*, 9(29).
- Robert, E., Samb, O. M., Marchal, B. & Ridde, V. (2017). Building a middle-range theory of free public healthcare seeking in sub-Saharan Africa: A realist review. *Health Policy & Planning*, 32(7), 1002-1014. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx035>
- Sabatier, P. A. & Weible, C. M. (dir.) (2014). *Theories of the policy process* (3^e éd.). Westview Press, a member of the Persus Books Group.
- Samb, O. M. & Ridde, V. (2018). The impact of free healthcare on women's capability: A qualitative study in rural Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 197, 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.045>

- Tremblay, M.-C. & Parent, A.-A. (2014). Reflexivity in PHIR: Let's have a reflexive talk! *Canadian Journal of Public Health*, 105(3), e221-e223. <https://doi.org/10.17269/cjph.105.4438>
- Weible, C. M. & Cairney, P. (2018). Practical lessons from policy theories. *Policy & Politics*, 46(2), 183-197. <https://doi.org/10.1332/030557318X15230059147191>
- Weiss, C. (1979). The many meanings of research utilization. *Public Administration Review*, 39(5), 426-431.
- WHO & World Bank. (2017). *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development; The World Bank.
- Wood, M. (2015). Puzzling and powering in policy paradigm shifts: Politicization, depoliticization and social learning. *Critical Policy Studies*, 9(1), 2-21. <https://doi.org/10.1080/19460171.2014.926825>
- Yates, R., Brookes, T. & Whitaker, E. (2017). *Hospital detentions for non-payment of fees: A denial of rights and dignity*. Chatham House.

PARTIE II
MISE EN ŒUVRE

8. Les débuts de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats au Burkina Faso

VALÉRY RIDDE, PAUL-ANDRÉ SOMÉ ET ANNE-MARIE
TURCOTTE-TREMBLAY

Introduction

Depuis plusieurs années en Afrique, de nombreux pays se sont lancés dans des interventions de financement basé sur les résultats (FBR)¹. Si les fondements théoriques de l'approche sont encore débattus (Paul & Renmans, 2017; Paul *et al.*, 2021), il s'agit de lier le financement des formations sanitaires et le paiement de primes au personnel de la santé à l'atteinte d'indicateurs de quantité, et souvent de qualité des soins, préalablement définis. Ces indicateurs sont l'objet d'un processus de contrôle par des acteurs et actrices indépendant-e-s. Les preuves scientifiques de l'efficacité ou de l'efficacité du FBR restent limitées au Nord (Milstein & Schreyoegg, 2016) comme au Sud (Turcotte-Tremblay *et al.*, 2016). Les recherches sur sa mise en œuvre étaient encore très rares en Afrique de l'Ouest francophone (Paul *et al.*, 2014) au moment de réaliser cette recherche, alors qu'elles existaient ailleurs en Afrique (Anselmi *et al.*, 2017; Antony *et al.*, 2017; Renmans *et al.*, 2016; Wilhelm *et al.*, 2016). Ces recherches ont des méthodes et des résultats très variables mais confirment toutes le manque de connaissances à l'égard de la mise en œuvre du FBR en Afrique. Certain-e-s évoquent même une tendance dans les écrits sur le FBR d'un « un biais de publication bien connu en faveur des histoires à succès » (Ssenooba *et al.*, 2012 : 382). Pourtant, il est

1. Ce chapitre est une traduction d'un article publié en anglais et remanié/réduit pour cet ouvrage : Ridde, V., Yaogo, M., Zongo, S., Somé, P. A., Turcotte-Tremblay, A.-M. (2018). Twelve months of implementation of health care performance-based financing in Burkina Faso: A qualitative multiple case study. *International Journal of Health Planning Management*, 33(1), e153-e167. <https://doi.org/10.1002/hpm.2439>

essentiel d'entrer dans la «boîte noire» du FBR et mieux comprendre le fonctionnement de cette intervention complexe (Renmans *et al.*, 2016; Ssenooba *et al.*, 2012). Les recherches non financées par les organisations qui paient la mise en place du FBR restent encore rares en Afrique (Turcotte-Tremblay *et al.*, 2016), tout comme rares sont celles concernant la mise en œuvre des interventions en Afrique (Ridde & Olivier de Sardan, 2017; Saetren, 2005).

Au Burkina Faso, après un projet pré-pilote dans trois districts, le ministère de la Santé et la Banque mondiale ont déployé une intervention FBR dans 12 districts supplémentaires en janvier 2014. Le Burkina a décidé d'innover en y associant des stratégies destinées à améliorer l'équité et soutenir la demande des soins. Ainsi, 10 districts ont organisé dans certains centres de santé sélectionnés de façon aléatoire un processus de sélection communautaire des indigent-e-s, leur permettant d'être exempté-e-s du paiement des soins et dans deux autres districts une assurance maladie à base communautaire associée à cette exemption. Ainsi, tous et toutes les patient-e-s ont continué de payer les soins au point de service, sauf les indigent-e-s qui en ont été exempté-e-s ou les femmes enceintes dont les accouchements sont subventionnés par l'État depuis 2006 et gratuits depuis 2016. Rédigé avec le soutien de consultant-e-s de la Banque mondiale, un guide de mise en œuvre de l'intervention de plus de 300 pages est disponible (Ministère de la Santé, 2013).

Le Service Technique FBR (ST-FBR) a été créé pour appuyer la mise en œuvre du FBR à travers l'élaboration et le suivi des indicateurs, la supervision des vérifications, l'organisation d'ateliers de formation et l'analyse de données de performance. Des agences de contractualisation et de vérification (ACV) ont été mises en place pour vérifier les résultats quantitatifs des formations sanitaires, accompagner les agent-e-s de santé dans l'utilisation des outils du FBR, saisir les données et soumettre les factures des formations sanitaires pour validation. Les ACV ont effectué les vérifications *quantité* mensuellement pour compter le nombre de prestations ciblées effectuées (~23 indicateurs). Les vérifications *qualité* ont été effectuées trimestriellement sur plusieurs dimensions de la qualité des soins telles que les conditions d'accueil des patient-e-s, la disponibilité du matériel, la tenue des supports, la gestion des

médicaments et la gestion financière (~104 indicateurs). Cette dernière requiert la collaboration des membres des comités de gestion (COGES) des formations sanitaires en raison de leur implication dans la trésorerie du centre de santé et de promotion sociale (CSPS). Les indicateurs de quantité ont été achetés à un prix fixe et ceux pour la qualité en fonction d'une cible minimale à atteindre.

L'organisation du FBR a été conçue pour faciliter son évaluation d'impact financée par la Banque mondiale selon une expérimentation par assignation aléatoire des CSPS (centres de santé de première ligne). Quatre catégories de sélection aléatoire ont été définies : (i) FBR1 : le centre de santé payé pour les indicateurs d'activités atteints sur la base de prix fixés mais qui peuvent fluctuer au cours du projet; (ii) FBR2 : le FBR1 couplé à une intervention de sélection communautaire des indigent-e-s exempté-e-s du paiement des soins dont l'achat était effectué à un prix modéré; (iii) FBR3 : le FBR2 à un prix d'achat plus élevé pour les indigent-e-s visait à encourager les initiatives innovantes pour augmenter leur utilisation des services; (iv) FBR4 : FBR1 associé à une assurance maladie à base communautaire couplée à une intervention de sélection communautaire des indigent-e-s. Cette dernière composante du FBR a été mise en œuvre uniquement dans une seule région sanitaire.

Pour les quatre modalités, un « bonus équité » a été mis en place entre les districts et les centres de santé. Ainsi, les prix d'achats variaient sensiblement pour les centres de santé au sein de ces quatre catégories afin de notamment tenir compte de leur éloignement de la ville du district et des conditions de travail (besoins en ressources). Par exemple, une consultation curative d'une personne de plus de cinq ans serait achetée entre 100 et 180 FCFA selon les CSPS dans un même district. Les détails sont disponibles dans le guide mise en œuvre (Ministère de la Santé, 2013).

L'analyse de la fidélité de la mise en œuvre du FBR entreprise 12 mois après son démarrage a montré que globalement les éléments importants et essentiels de la théorie d'intervention ont été implantés (Bodson *et al.*, 2016). Bien que cette analyse de la fidélité soit essentielle, elle n'est pas suffisante pour comprendre le

fonctionnement de l'intervention dans toutes ses subtilités. Ainsi, nous avons entrepris une analyse qualitative de la mise en œuvre du FBR au Burkina Faso.

Méthodes

Cette étude s'inscrit dans le courant des recherches interventionnelles (Hawe *et al.*, 2012) et de l'évaluation fondées sur la théorie de l'intervention (Weiss, 1998). Nous nous inspirons aussi des approches conceptuelles de l'étude de la mise en œuvre des politiques publiques (Erasmus *et al.*, 2014; Hill & Hupe, 2014). La théorie de l'intervention FBR a été explicitée dans le protocole publié (Ridde *et al.*, 2014) et a guidé notre collecte et nos analyses de données. Au plan méthodologique, nous nous inscrivons dans la troisième génération de recherches sur la mise en œuvre des interventions en usant notamment d'études de cas multiples (Ridde & Dagenais, 2019; Saetren, 2014).

L'approche méthodologique est celle d'une étude de cas multiples et contrastés avec plusieurs niveaux d'analyse imbriqués correspondant aux centres de santé et aux groupes d'acteurs et d'actrices concernés (Yin, 2009). La sélection des cas a été justifiée dans le protocole (Ridde *et al.*, 2014). La recherche s'est déroulée dans trois districts sanitaires différents afin de représenter la diversité des processus de mise en œuvre du FBR. Puis, la collecte s'est déroulée dans 18 formations sanitaires de première ligne (CSPS). Une discussion avec les membres des trois Équipes cadre de district (ECD), soutenue par une analyse statistique des données de routine, a permis de classer les CSPS selon leur niveau de performance préalable au démarrage du FBR. Dans les deux districts qui organisent les FBR1, FBR2 et FBR3, un CSPS performant et un non performant ont été sélectionnés ($n= 3 \times 2 \times 2$). Dans le district organisant le FBR1 et le FBR4, un CSPS performant, un moyennement performant et un non performant ont été sélectionnés ($n= 3 \times 2$), voir la figure 1.

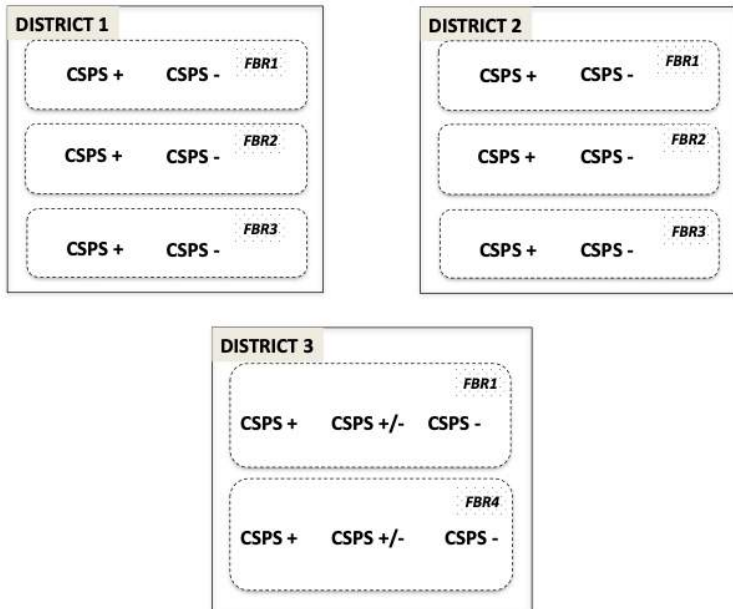


Figure 1. 18 études de cas dans 3 districts sanitaires

Quatre instruments de collecte de données qualitatives ont été utilisés.

1. Des observations (participantes et non participantes) ont été effectuées dans les villages (marchés, réunions communautaires, etc.) pour rédiger une monographie descriptive du contexte local et dans les formations sanitaires pour étudier les interactions patient-e-s/agent-e-s de santé lors des consultations, les visites de contrôle et de supervision, etc.
2. Des entretiens formels individuelles ont été effectués à l'aide d'un guide préalablement testé, commun à tous les cas et concernant les dimensions de la théorie de l'intervention (Tableau 1).
3. Des entretiens informels ont été réalisés : contrairement aux précédentes, il s'agit d'entretiens non planifiés, effectués sans enregistrement mais essentielles à la compréhension du FBR dans un contexte d'aide au développement.

4. De nombreux documents ont été analysés: rapports d'activités et de formations, documents de formations, guide de mise en œuvre, registres de consultations, etc.

Tableau 1. Nombre total d'entretiens par district

	District 1	District 2	District 3
Membres de l'équipe de gestion du district	8	2	5
Professionnel-le-s de la santé	36	46	52
Agent-e-s de santé communautaires	8	12	22
Membres du COGES	14	27	25
Élu-e-s, ONG, dirigeant-e-s locaux et locales	28	20	52
Utilisateurs et utilisatrices du service	17	23	59
Total des entretiens formels	114	130	215
Total des entretiens informels	168	30	26

Toutes les entrevues ont été intégralement transcrites puis codées à l'aide du logiciel QDA Miner Lite 4. L'analyse des données a suivi la démarche déductive-inductive (Ritchie & Spenser, 1994) au regard de la théorie de l'intervention.

Résultats

Les prochaines sections présentent les résultats par thèmes car il n'existe que peu de différence entre les cas ou les contextes, mais lorsqu'elles sont observées nous les mentionnons.

Démarrage et assignation aléatoire des CSPS

L'introduction du FBR au niveau local a suivi le processus classique de la plupart des interventions de santé publique au Burkina Faso, du haut vers le bas: réunions d'informations, ateliers de formation selon une approche en « cascade », distribution des supports, etc. Cependant, un souvenir majeur des agent-e-s de santé a été l'activité de sélection des CSPS selon les différents types de FBR qui s'est déroulée entre fin 2013 et début 2014. En effet, tel que voulu par la Banque mondiale pour son évaluation d'impact, un devis quasi-experimental a été retenu pour mettre en place l'intervention. Les responsables de chaque CSPS d'un même district ont donc été réunie-s dans une même salle pour tirer dans un chapeau le type de FBR qu'il allait mettre en œuvre. Auparavant, une explication détaillée leur a été faite sur le concept, la justification et le fonctionnement de la randomisation.

Les agent-e-s étaient partagés à l'égard de ce processus. Certain-e-s avançaient que cette sélection aléatoire a été décidée, qu'ils et elles n'ont pas à s'y confronter ou que c'est la chance qui a permis la répartition plutôt qu'un choix délibéré et biaisé par l'interconnaissance. D'autres ont trouvé cela injuste car, d'une part, le sort leur a donné le type de FBR1 où les primes sont les moins importantes et la prise en charge des indigent-e-s était absente ou, d'autre part, ils et elles préconisaient que l'intervention soit mise en place pour tous et toutes, partout, sans sélection. En effet, la prise en charge des indigent-e-s était utile partout si elle était bien mise en œuvre : « Ce que le FBR fait là, c'est pas bon! Il devait faire la même chose partout ». Lors de l'atelier de randomisation, l'explication des différents types de FBR a été compliquée, même si la plupart des agent-e-s avaient déjà suivi une formation. Mais ils et elles ont très rapidement estimé que le FBR3 pourrait être plus avantageux pour eux et elles. Dans une région, un infirmier s'exclame devant tous et toutes ses collègues des conséquences du tirage au sort: « il fallait qu'on sache avant de venir, on allait se préparer au traumatisme », ce qui fit rire tout le monde. Ainsi, les choix successifs des agent-e-s donnent lieu à des cris et exclamations selon les types de FBR tirés. Un

responsable tentait de plaisanter sur un CSPS: « c'est dommage hein, car il est en FBR1 », tandis qu'un infirmier affirme « souffrir d'être en FBR1 ».

Connaissances du FBR

Fidèle à une méthode de « formation en cascade » organisée à très grande échelle (y compris par des formations à l'extérieur du pays pour certains cadres), toutes les personnes qui y ont participé étaient les mieux informées sur les principes généraux et le mode de fonctionnement du FBR. Toutes les FS avaient nommé un point focal FBR qui a été formé et sensé partager les informations. Mais au-delà de ce cercle, le niveau de connaissance décline pour devenir inexistant pour la population ou les leaders communautaires. Les agent-e-s de santé en congé lors des formations ou ceux et celles travaillant dans des formations sanitaires où les informations ne passaient pas (notamment pour des raisons de conflits internes) n'étaient pas vraiment au courant des détails. La mobilité des agent-e-s réduit aussi la transmission de l'information car les nouveaux et nouvelles n'étaient pas formé-e-s et certain-e-s ancien-ne-s quittaient pour des CSPS d'autres régions où le FBR n'existait pas.

Dans certains CSPS, les agent-e-s de santé et les responsables du COGES ont décidé de dissimuler, ou simplement de ne pas évoquer le fonctionnement du FBR aux populations ou aux agent-e-s de santé communautaire, notamment l'octroi des primes au personnel. Mais dans l'ensemble, la complexité du fonctionnement du FBR n'était pas complètement appréhendée. Les agent-e-s de santé retenaient surtout la présence d'indicateurs de performance à atteindre, les contrôles et le changement de mode de rémunération qui leur octroyait des « motivations » supplémentaires : « Maintenant on dit vous donnez des résultats et on vous donne des fonds, c'est sur la base du travail. Maintenant c'est, produisez ça et puis on vous donne ça. ».

La vision globale des personnes rencontrées qui connaissaient le FBR restait celle de la présence d'un « projet », comme tant d'autres avant et après ce dernier. Ainsi, les répondant-e-s savaient qu'il était temporaire, financé et dirigé par l'aide internationale et qu'il pouvait provoquer de nombreuses logiques d'accaparement.

Appréciations

La grande majorité de ceux et de celles qui connaissaient l'existence du FBR et que nous avons rencontré-e-s douze mois après son démarrage dans les trois districts appréciaient favorablement cette nouvelle intervention. Les agent-e-s de santé y voyaient plusieurs avantages : des subventions utiles pour renforcer la FS et ses capacités financières mais aussi l'augmentation du salaire et de la motivation des agent-e-s de santé, un renforcement du travail en équipe, un retour à des normes de travail de meilleure qualité avec de meilleures relations avec les patient-e-s pour un meilleur recours aux soins. Parfois, on notait cependant chez certain-e-s agent-e-s de santé une focalisation sur la prime, en tant que moyen d'améliorer ses revenus, au détriment de son objectif pour améliorer la qualité des soins. La prise en charge annoncée et amorcée des indigent-e-s (sélection communautaire) était particulièrement bien appréciée par les acteurs et actrices.

Les rares usagers et usagères qui connaissaient la présence du FBR disaient qu'ils et elles étaient maintenant mieux traité-e-s, que l'on prenait plus de temps pour s'occuper d'eux et d'elles lors des consultations : « Depuis que le FBR est là on est mieux traité. Avant quand tu partais, la consultation ne prenait pas du temps maintenant [...] ils prennent leur temps pour te poser les questions pour savoir ce qu'il y a vraiment avec toi. ».

Contrats de performance, contrôle et vérification

À quelques exceptions près, les contrats de performance entre les formations sanitaires et les agences de contrôle et de vérification (ACV) n'étaient pas encore signés dans plusieurs centres de santé.

Cela n'a pas été possible au même moment mais progressivement au cours de la première année de mise en œuvre. Dans un CSPS, il a été signé un an après le démarrage du FBR. Ces retards dus à la lourdeur des procédures administratives s'accumulent (recrutement des ACV, signature des contrats, etc.) faisant en sorte que les acteurs locaux et actrices locales ne savaient pas vraiment comment fonctionnaient les contrats, les indicateurs ou les plans d'amélioration de la performance (servant à planifier les investissements tirés des *subsidés* du FBR et des autres recettes pour améliorer les services). Par exemple, dans un CSPS, les soignant-e-s ne savaient pas que la lisibilité des registres était évaluée, ce qui leur a fait perdre des points lors des premières vérifications. Certain-e-s s'étaient amélioré-e-s par la suite après les conseils reçus. Ainsi, les activités des CSPS ont été achetées au cours de cette première année de mise en œuvre du FBR mais ils et elles ont reçu des *subsidés* avec beaucoup de retard et sans référence au contrat de performance qui n'a pas été signé.

Les ACV ont été recrutées en janvier 2014 mais ont commencé leurs activités seulement en août 2014. Avant cette période, des fonctionnaires des districts ont été formé-e-s pour devenir des vérificateurs et vérificatrices temporaires de la quantité. Puis, la plupart des ACV les ont recruté-e-s mais ils et elles n'ont pas cessé leurs services de fonctionnaires au sein des équipes de districts. Ils et elles ont cumulé leurs fonctions. Ainsi, le personnel de la formation sanitaire ne fait pas de différences entre les acteurs et actrices chargé-e-s des vérifications, car les deux types de vérifications sont faits par les membres de l'ECD recruté-e-s par l'agence de vérification.

Les contrôles se faisaient plutôt régulièrement. Les CSPS recevaient des visites mensuelles pour la vérification quantitative et trimestrielles pour celle qualitative. La vérification quantitative consistait à compter les données d'utilisation des services enregistrées dans les supports et à les comparer aux chiffres qui ont été rapportés par les prestataires.

Quand ils viennent pour l'évaluation quantitative comme ça c'est les consultations du mois qu'on compte du premier jusqu'à la dernière consultation, jusqu'au dernier malade quoi. Ils vérifient tout pour ne pas compter un même malade deux fois... (un agent de santé)

Les agent-e-s de santé comptaient manuellement les différents types de prestations. Puis, ils et elles devaient inscrire la quantité sur la fiche quantité de l'ACV qui compte aussi manuellement le nombre des différents types de consultations. Si c'est plus ou moins que 10% de la quantité déclarée par les agent-e-s, le paiement de cet indicateur était annulé et aucun *subside* n'était remis pour l'indicateur concerné. Ensuite, le vérificateur médical envoyait la fiche au bureau de l'ACV pour saisie dans le portail FBR. Après cette saisie, le ST-FBR validait les résultats sur le portail.

Au début on nous percevait comme des gendarmes et c'est peut-être pour ça qu'on ne nous accueillait pas bien. Mais on est arrivé à faire passer le message que notre rôle est de faire gagner plus d'argent aux CSPS pour mieux fonctionner. (un agent de contrôle et de vérification)

Les premières vérifications ont partout donné lieu à des discussions d'équipe et des réajustements rapides des agent-e-s de santé afin que les prochain-e-s soient meilleur-e-s pour recevoir le maximum de *subsides* possibles car «quand FBR va venir pour l'évaluation, ils sont trop rigoureux, petite erreur, il n'y a pas de pardon dans FBR!» (un agent de santé). Mais la vérification quantitative était souvent source de polémiques (entre vérificateurs et vérificatrices et agent-e-s de santé, entre le personnel soignant et le personnel de soutien, et au sein du personnel soignant).

Le contrôle de la qualité des soins (vérification qualitative) était réalisé par les acteurs et actrices du système de santé. Des membres des Equipes cadre du district (ex. médecin, sage-femme, pharmacienne) contrôlaient la qualité des prestations des CSPS, et les équipes des Centres Hospitaliers Régionaux celle des prestations des hôpitaux de districts. La vérification qualité des CHR se faisait par les pair-e-s. Pour obtenir un bonus qualité, les CSPS devaient obtenir un

score minimal de 50%. Pour les formations sanitaires ayant obtenu le droit d'avoir le bonus qualité, celui-ci était calculé à l'aide d'une formule multiplicative qui prend en compte le score global de qualité et le montant total des *subsidés* quantité. Certains CSPS dans les districts concernés n'avaient pas réussi à obtenir ce score lors des trois premières évaluations : « Aujourd'hui, un seul centre de santé sur cinq a obtenu le score de 50% ou plus (...) Certains ont eu 40% ou 49%. » (un vérificateur qualité) ».

Les agent-e-s de santé semblaient en majorité, du moins dans leur discours, apprécier ces vérifications qu'ils et elles prennent souvent comme des supervisions formatives et des moments de discussions constructives. Cependant, ils et elles se sont parfois plaint-e-s d'une attitude hautaine et condescendante, donc peu propice à l'apprentissage, de la part de certain-e-s vérificateurs et vérificatrices : « ils rentrent en profondeur pour juger et pourtant ils ne devaient pas le faire, et généralement les vérificateurs n'aiment pas qu'on les conteste ». Certains contrôles sont perçus comme exagérés : « si on me demande la salubrité de la cour, je peux comprendre, mais cette histoire de chercher la poussière là... (rire de foule) Ah! Souvent on cherche même avec des stylos dans nos installations; vraiment... » (un employé d'un CSPS).

En outre, dans quelques CSPS de plusieurs districts, nous avons constaté la préparation d'une mise en scène préalable au contrôle car ce dernier était toujours annoncé ou simplement connu, les informations circulant vites dans ces milieux où le niveau d'interconnaissance est important. Par exemple, la veille, les agent-e-s se sont mobilisé-e-s pour nettoyer le centre de santé, mettre des poubelles, déposer des moustiquaires aux lits ou changer les matelas défectueux des patient-e-s par ceux et celles des agent-e-s de santé. Certain-e-s malades mis-es en observation ont été libéré-e-s pour éviter que les soignant-e-s ne « perdent des points à cause de leur insalubrité » (notes d'observation du chercheur). De même, certaines données étaient inscrites dans les registres car elles faisaient partie des vérifications, mais nos observations montraient qu'elles n'étaient pas réelles. C'est par exemple le cas des prises de constantes des patient-e-s (température, tension, poids) ou du remplissage des

partogrammes, que certain-e-s agent-e-s de santé nomment des «postogrammes» en privé (c'est-à-dire remplis après coup), tel que cela nous avait été rapporté lors des entrevues informelles.

Après un an de mise en œuvre, les vérifications communautaires qui permettaient de connaître la satisfaction des usagers et des usagères et le contrôle de la réalité des noms et soins écrits dans les registres n'avaient encore eu lieu dans aucun des trois districts, contrairement à ce qui était prévu. De plus, les contre-vérifications dans les centres de santé permettant de prouver la fiabilité des résultats des vérifications qualité et quantité réalisées par les différentes structures de vérification (ACV et équipes de qualité) n'avaient pas encore eu lieu dans les districts.

Paiement des primes individuelles au personnel de santé

Pour les agent-e-s de santé, le paiement des primes individuelles était essentiel. Certain-e-s agent-e-s nomment ainsi la subvention envoyée pour l'achat des services comme étant des «motivations FBR». Mais seulement une partie de ces *subsidés* revenait directement aux agent-e-s de santé selon un barème complexe dépendant de plusieurs critères (ancienneté, responsabilité, absence, activité individuelle). Selon le guide de mise en œuvre, cette prime ne pouvait pas dépasser 30% des recettes globales de la structure (Ministère de la Santé, 2013). Un fichier Excel a été remis à tous et toutes les responsables de formations sanitaires, mais le contenu de l'outil a changé à plusieurs reprises, ne facilitant pas la compréhension. Partout, l'arrivée et la distribution des différents types d'incitatifs financiers (dont les primes) ont été effectuées avec d'importants retards (plus de cinq mois), alors que l'on avait expliqué aux agent-e-s qu'elles seraient mensuelles. Les conséquences peuvent être l'inverse de ce qui est recherché: «ils n'ont pas respecté ce qu'ils ont dit là. Ça fait que d'autres mêmes étaient découragés pour ça» (un employé d'un CSPPS).

La distribution des primes individuelles était très variable d'une FS à l'autre et dépendait beaucoup du leadership local et des enjeux classiques de pouvoir autour de l'argent. Dans certaines, un manque

absolu de transparence était constaté. Les agent-e-s signaient une feuille montrant leur niveau de prime mais le responsable cachait le montant que les autres devaient toucher alors que cela ne devrait pas l'être. En outre, lorsque les acteurs et actrices apprenaient par hasard les montants des primes, différentes d'une personne à une autre, un sentiment d'injustice était parfois émis. Ailleurs, mais cela semblait être une exception, dans un CSPS performant, le responsable avait décidé d'associer tous et toutes les agent-e-s de son équipe pour effectuer les calculs des primes en toute transparence. Mais dans un autre CSPS, la responsable n'avait pas souhaité créer des conflits internes et décidé, contrairement aux recommandations du manuel de procédure, d'attribuer la même note de performance à tous et toutes les agent-e-s ainsi que le même nombre de jours d'absence, quelle que soit la réalité. Mais le résultat n'était pas forcément atteint :

Pour la note ici là, c'est des notes qu'on donne mais souvent tu vois que ce n'est pas juste parce qu'on a pas les mêmes mérites. Mais bon le major [responsable] il est obligé de nous donner des notes uniformes pour que l'un ne dise pas pourquoi telle ou telle personne a eu telle note (un employé d'un CSPS).

Dans son contenu, le FBR n'avait pas prévu que des primes soient données aux membres des COGES qui gèrent pourtant le budget, le compte bancaire du CSPS et la mobilisation communautaire. La plupart des formations sanitaires ont respecté cette règle mais d'autres s'y sont opposées car elles la trouvaient injuste compte tenu du travail important réalisé par ces membres de la communauté locale. De plus, ce sont eux et elles qui réceptionnaient les importantes subventions provenant de l'achat des services par le FBR. Un président de COGES disait à cet égard : « Il faut que le FBR songe à motiver aussi les membres du COGES. Comment quelqu'un va aller retirer plus de 400 000 francs [600 euros] pour venir donner aux agents qui vont se partager! » Cependant, ils et elles ont été vite rappelés-e-s à l'ordre par les responsables centraux et centrales et ont dû officiellement cesser.

Discussion

Cette recherche montre combien l'adaptation et l'évolution sont la norme et non pas l'exception dans la mise en œuvre des interventions de santé publique, ce qui pose évidemment des défis d'évaluation (Perez *et al.*, 2013; Ridde & Robert, 2014). Si cette intervention de FBR était très centralisée, ses contours parfaitement planifiés et définis dans un guide de mise en œuvre très détaillé (Ministère de la Santé, 2013), sa rencontre du contexte, des acteurs et actrices et des événements faisait ainsi en sorte que tout ne se passait pas comme prévu. Pour reprendre les propositions de Hawe *et al.* (2009) et celle de Macq et Chiem (2011) concernant spécifiquement le FBR, elle représente donc un événement parmi bien d'autres au sein du système complexe qu'est le système de santé au Burkina Faso. Les acteurs et actrices de terrain ne connaissaient pas tous les détails de l'intervention et les acteurs centraux et actrices centrales ainsi que le bailleur de fonds ne pouvaient contrôler l'ensemble de son fonctionnement, ce qui peut laisser perplexe quant au choix du devis d'évaluation d'impact contrairement à une approche tenant mieux compte du contexte en situation réelle.

Les retards dans le paiement des primes (qui sont du même ordre qu'au Bénin (Antony *et al.*, 2017) ou au Mali (Coulibaly *et al.*, 2020)), alors que ce dernier est au cœur de l'argument théorique et pratique sous-jacent à l'intervention², sont un exemple probant des difficultés à tout organiser en amont. De plus, comme en Tanzanie (Chimhutu *et al.*, 2016), au Bénin (Paul *et al.*, 2014), au Mali (Zitti *et al.*, 2019) ou en Sierra Léone (Bertone *et al.*, 2016), nous avons vu que les enjeux concernant la distribution des primes individuelles au sein des formations sanitaires sont centraux, faisant appel à des notions de justice sociale et d'équité. En outre, le FBR au Burkina Faso fonctionnait sur l'approche « carotte-carotte » pour reprendre le vocabulaire des expert-e-s, où aucune sanction ne semble ni possible ni probable (et peut-être pas du tout envisageable dans le contexte actuel ouest-africain francophone contrairement au Rwanda (Booth &

2. Voir le chapitre de Filliol *et al.*

Cammack, 2013) ou à ce que les expert-e-s pensent possible (Fritsche *et al.*, 2014)). On peut donc se demander si la logique théorique sous-jacente n'était pas qu'un prétexte, que certain-e-s pourraient trouver valide, à simplement fournir des ressources supplémentaires au niveau opérationnel du système de santé, qui en a en effet bien besoin. Mais le prix de cette logique incitative en valait-il le coût alors que les autres options pour résoudre les problèmes du système de santé n'ont pas été toutes testées (Paul *et al.*, 2018; Paul & Renmans, 2017) et que les récentes analyses confirment que le FBR au Burkina Faso n'a été ni vraiment efficace et pas du tout équitable (Mwase *et al.*, 2020; Zizien *et al.*, 2018).

En outre, plusieurs éléments du contenu ont évolué au fur et à mesure des mois (modalités de paiements, tarifs, etc.), ce qui est un facteur positif pour son adaptation au contexte (Ogundeji *et al.*, 2016). Mais cela n'a pas été sans conséquence pour sa compréhension et son appréhension par les acteurs et les actrices comme nous avons pu le voir ici au Burkina Faso et ailleurs en Afrique (Ogundeji *et al.*, 2016; Paul *et al.*, 2014; Renmans *et al.*, 2016). En revanche, plusieurs éléments du contexte local et du système de santé ne semblaient pas avoir été suffisamment considérés, comme la présence du personnel de soutien médical dans les formations sanitaires dont les activités n'étaient pas toutes prises en compte dans les calculs des subventions, le rôle essentiel des membres des COGES qui pourtant ne recevaient pas de primes, etc. Ces derniers éléments participaient certainement à la perception du FBR comme un projet de développement, comme tant d'autres, et non comme une réforme systémique. Le fait que l'unité technique chargée du suivi du projet soit un simple service administratif au sein d'une direction du ministère de la Santé sans réelle autonomie de gestion et de décision encourageait cette perception par les agent-e-s de santé. Malgré une recherche à ce sujet, on ne connaît pas les raisons de ce choix stratégique (Zida *et al.*, 2017). Si la Banque mondiale et le Gouvernement n'ont aucun souci pour financer cette nouvelle intervention d'envergure, l'État s'est heurté à sa bureaucratie peu adaptée à sa gestion. La tentative de l'intégrer dans le fonctionnement habituel de l'État est à saluer, contrairement aux projets de FBR qui, souvent, sont organisés en parallèle (Seppey *et al.*, 2017; Zida *et al.*,

2017)³. Mais dans le cas présent, elle s'est butée à une organisation séculaire qu'il n'est pas facile de changer en quelques mois en Afrique (Bierschenk & Olivier de Sardan, 2014). Les arrangements institutionnels à organiser dans un contexte de FBR sont très complexes et on peut se demander si les États africains seront en mesure de s'adapter. Les politiques de subventions des accouchements s'étaient déjà confrontées à ces défis au Burkina Faso (Belaid & Ridde, 2015). Comme pour les politiques d'exemption du paiement des soins des années 2000 en Afrique et contrairement à l'objectif annoncé de la théorie du FBR pour instaurer notamment plus d'autonomie de gestion, on peut se demander si la mise en œuvre du FBR dans ce contexte spécifique du Burkina Faso ne serait pas une nouvelle tentative de recentralisation étatique allant à l'encontre des réformes décentralisatrices des années 1990? Peut-être que le contexte du Burkina Faso et l'organisation de son système de santé ne se prêtent simplement pas à une intervention de ce type? C'est de la cohérence des politiques de santé et de la volonté politique dont il est ici question, comme cela a été évoqué en bien notamment au Rwanda et en plus difficile au Niger (Booth & Cammack, 2013). Prenant justement l'exemple du Rwanda, Booth et Cammack (2013 : 69) montrent que « les financements basés sur la performance [...] sont des remèdes privilégiés de la Banque mondiale et de purs produits des stratégies traditionnelles mandant-mandataire du haut vers le bas [...], ils fonctionnent au Rwanda en raison de caractéristiques contextuelles et conceptuelles spécifiques ». Mais le FBR n'est pas l'apanage de la Banque mondiale et de la perspective descendante⁴, d'autres modalités plus décentralisées et participatives existent, comme au Mali par exemple (Seppey *et al.*, 2017), mais elles n'ont pas été plus efficaces.

En outre, la perception des acteurs et des actrices mais aussi les modalités de mise en œuvre s'apparentent à un (nouveau) projet de développement, peu intégré et organisé selon le traditionnel mode du haut vers le bas, comme souvent (Hill & Hupe, 2014; Paul *et al.*, 2014). Cela se concrétise dans le contexte de ce projet financé par la

3. Voir les chapitres de Seppey *et al.* et de Gautier *et al.*

4. Voir le chapitre de Gautier *et al.* sur le FBR au Mali.

Banque mondiale notamment par une intervention très standardisée, pilotée par une cellule technique d'expert-e-s (Zida *et al.*, 2017) en lien direct avec le bailleur de fonds et organisée dans une démarche du haut vers le bas. L'appropriation d'une telle innovation dans le système de santé en est donc forcément réduite (Gautier & Ridde, 2017; Khan *et al.*, 2018). Cependant, nous avons également vu que les acteurs et actrices de première ligne usent de leur marge de manœuvre pour adapter la politique à leurs contextes locaux, tel que Lipsky (2010) nous l'explique depuis longtemps. Au-delà des effets inattendus mis en lumière dans le chapitre coordonné par Anne-Marie Turcotte-Tremblay de ce présent ouvrage⁵, les données montrent que s'ils s'écartent trop du contenu (*design*) d'origine du FBR (ex : primes pour des agent-e-s non officiel-le-s), ils sont souvent rapidement rappelés à l'ordre, confirmation du caractère pyramidal de la mise en œuvre, laissant peu de place à l'adaptation, dans le contexte de notre étude. Si l'on s'inscrit dans la matrice proposée par Matland des types de mise en œuvre, il semble que celle du FBR au Burkina Faso soit de l'ordre d'une « mise en œuvre politique » où « les résultats de la mise en œuvre sont décidés par le pouvoir » (Matland, 1995 : 163). En effet, si les objectifs à atteindre souffrent de peu d'ambiguïtés, le choix de l'instrument politique qu'est le FBR reste contesté (Paul *et al.*, 2018). Matland (1995 : 163) suggère que dans ce type de mise en œuvre « les mécanismes de rémunération seront prédominants », ce qui semble ici le cas. Le FBR est surtout organisé car la Banque mondiale le souhaite; elle dispose de fonds très importants qu'il semble difficile de refuser dans le contexte national, ce qui pourtant a été le cas au Tchad par exemple (Kiendrébéogo *et al.*, 2017). Une coalition d'acteurs internationaux et nationaux et d'actrices internationales et nationales s'est d'ailleurs formée pour contribuer à sa diffusion (Gautier *et al.*, 2018; Turcotte-Tremblay *et al.*, 2018), tel que le chapitre coordonné par Lara Gautier le montre au Mali.

5. voir le chapitre 15

Conclusion

Le FBR est une option qui a été très promue en Afrique, bien que les preuves de son efficacité étaient et sont toujours limitées et les connaissances à l'égard des défis de sa mise en œuvre largement mis en avant⁶. Après un projet pilote dans trois districts, le Burkina Faso a décidé de déployer à une très grande échelle cette intervention complexe. Elle s'est finalement arrêtée en 2017, faute de financement, la Banque mondiale s'étant retirée (provisoirement). Cette recherche sur la mise en œuvre montre que le Burkina Faso fait face aux mêmes défis que les autres pays en Afrique (Renmans *et al.*, 2016). Après douze mois, les acteurs et actrices et les responsables de l'intervention se sont adapté-e-s aux contextes locaux, malgré un processus relativement rigide et normé, et des conditions matérielles et humaines différentes entre les formations sanitaires impliquées. Mais certaines dimensions de l'intervention ont moins tenu compte du contexte, comme par exemple la place des instances communautaires, la distribution des primes ou encore les retards importants de paiement. La recherche montre aussi toute l'importance d'ouvrir la « boîte noire » pour comprendre l'intervention et mettre au jour ses adaptations dans le contexte local. Les autres analyses de cet ouvrage permettent de mieux comprendre comment l'intervention a évolué dans le temps (« ce que Wildavsky et Majone appellent « la mise en œuvre comme évolution » » (Hill & Hupe, 2014), pour tenir compte de tous ces défis afin d'être la plus efficace possible.

Références

- Anselmi, L., Binyaruka, P. & Borghi, J. (2017). Understanding causal pathways within health systems policy evaluation through mediation analysis: An application to payment for performance (P4P) in Tanzania. *Implementation Science*, 12(10). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0540-1>

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

- Antony, M., Bertone, M. P. & Barthes, O. (2017). Exploring implementation practices in results-based financing: The case of the verification in Benin. *BMC Health Services Research*, 17(204). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2148-9>
- Belaïd, L. & Ridde, V. (2015). Contextual factors as a key to understanding the heterogeneity of effects of a maternal health policy in Burkina Faso? *Health Policy & Planning*, 30(3), 309-321. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu012>
- Bertone, M. P., Lagarde, M. & Witter, S. (2016). Performance-based financing in the context of the complex remuneration of health workers: Findings from a mixed-method study in rural Sierra Leone. *BMC Health Services Research*, 16(286). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1546-8>
- Bierschenk, T. & Olivier de Sardan, J.-P. (dir.). (2014). *States at work: Dynamics of African bureaucracies*. Brill.
- Bodson, O., Barro, A., Turcotte-Tremblay, A.-M., Zante, N. & Ridde, V. (2016, 20 juin). *Assesing implementation fidelity of a results-based financing intervention in Burkina Faso*. International Health Conference, London.
- Booth, D. & Cammack, D. (2013). *Governance for development in Africa. Solving collective action problems*. Zed Book.
- Chimhutu, V., Songstad, N. G., Tjomsland, M., Mrisho, M. & Moland, K. M. (2016). The inescapable question of fairness in Pay-for-performance bonus distribution: A qualitative study of health workers' experiences in Tanzania. *Globalization and Health*, 12(77). <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0213-5>
- Coulibaly, A., Gautier, L., Zitti, T. & Ridde, V. (2020). Implementing performance-based financing in peripheral health centres in Mali: What can we learn from it? *Health Research Policy and Systems*, 18(54). <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00566-0>
- Erasmus, E., Orgill, M., Schneider, H. & Gilson, L. (2014). Mapping the existing body of health policy implementation research in lower income settings: What is covered and what are the gaps? *Health Policy & Planning*, 29(suppl 3), iii35-iii50. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu063>

- Fritsche, G. B., Soeters, R. & Meessen, B. (2014). *Performance-based financing toolkit*. The 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).
- Gautier, L., Tosun, J., De Allegri, M. & Ridde, V. (2018). How do diffusion entrepreneurs spread policies? Insights from performance-based financing in Sub-Saharan Africa. *World Development*, 110, 160-175. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.05.032>
- Hawe, P., Di Ruggiero, E. & Cohen, E. (2012). Frequently asked questions about population health intervention research. *Canadian Journal of Public Health*, 103(6). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23618030>
- Hawe, P., Shiell, A. & Riley, T. (2009). Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology*, 43(3-4), 267-276. <https://doi.org/10.1007/s10464-009-9229-9>
- Hill, M. J. & Hupe, P. L. (2014). *Implementing public policy: An introduction to the study of operational governance* (3^e éd.). SAGE Publications.
- Khan, M. S., Meghani, A., Liverani, M., Roychowdhury, I. & Parkhurst, J. (2018). How do external donors influence national health policy processes? Experiences of domestic policy actors in Cambodia and Pakistan. *Health Policy & Planning*, 33(2), 215-223. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx145>
- Kiendrébéogo, J. A., Berthé, A., Yonli, L., Béchir, M., Shroff, Z. C. & 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>
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. Russel Sage Foundation.

- Macq, J. & Chiem, J.-C. (2011). Looking at the effects of performance-based financing through a complex adaptive systems lens. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(9), 699-700. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.089920>
- Matland, R. E. (1995). Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(2), 145-174.
- Milstein, R. & Schreyoegg, J. (2016). Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. *Health Policy*, 120(10), 1125-1140. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.08.009>
- Ministère de la Santé. (2013). *Guide de mise en oeuvre du financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé*. Ministère de la Santé, Ouagadougou.
- Mwase, T., Lohmann, J., Hamadou, S., Brenner, S., Somda, S. M. A., Hien, H., Hillebrecht, M. & De Allegri, M. (2020). Can combining performance-based financing with equity measures result in greater equity in utilization of maternal care services? Evidence from Burkina Faso. *International Journal of Health Policy and Management* (sous presse). <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.121>
- Ogundeji, Y. K., Jackson, C., Sheldon, T., Olubajo, O. & Ihebuzor, N. (2016). Pay for performance in Nigeria: The influence of context and implementation on results. *Health Policy & Planning*, 31(8), 955-963. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw016>
- Paul, E., Bodson, O. & Ridde, V. (2021). What Theories Underpin Performance-Based Financing? A Scoping Review. *Journal of Health Organization and Management* (sous presse). <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2020-0161>.
- Paul, E., Albert, L., Bisala, B. N. et al. (2018). Performance-based financing in low-income and middle-income countries: Isn't it time for a rethink? *BMJ Global Health*, 3. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000664>

- Paul, E. & Renmans, D. (2017). Performance-based financing in the health sector in low- and middle-income countries: Is there anything where of it may be said, see, this is new? *International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), 51-66. doi: 10.1002/hpm.2409
- 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>
- Perez, D., Lefevre, P., Castro, M., Toledo, M. E., Zamora, G., Bonet, M. & Van der Stuyft, P. (2013). Diffusion of community empowerment strategies for *Aedes aegypti* control in Cuba: A muddling through experience. *Social Science and Medicine*, 84, 44-52. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.003>
- Renmans, D., Holvoet, N., Orach, C. G. & Criel, B. (2016a). Opening the 'black box' of performance-based financing in low- and lower middle-income countries: A review of the literature. *Health Policy & Planning*, 31(9), 1297-1309. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw045>
- Ridde, V. & Olivier de Sardan, J.-P. (2017). La mise en œuvre des interventions de santé publique en Afrique: Un thème stratégique négligé. *Médecine et Santé Tropicales*, 27(1), 6-9. <https://doi.org/10.1684/mst.2016.0605>
- Ridde, V. & Dagenais, C. (dir.) (2019). *Évaluation des interventions de santé mondiale. Méthodes avancées*. Éditions science et bien commun; IRD Éditions. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3241866>
- Ridde, V & Robert, É. (2014). Real World Evaluation Strategies. *Oxford Bibliographies*. <http://www.oxfordbibliographies.com/display/id/obo-9780199756797-0140>
- Ridde, V., Turcotte-Tremblay, A.-M., Soares, A., Lohmann, J., Zombré, D., Koulidiati, J., Yaogo, M., Hien, H., Hunt, M., Zongo, S. & De Allegri, M. (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/10.1186/s13012-014-0149-1>
- Ritchie, J. & Spenser, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. Dans A. Bryman & R. G. Burgess (dir.), *Analyzing qualitative data* (173-194). Routledge.
- Saetren, H. (2005). Facts and myths about research on public policy implementation: Out-of-fashion, allegedly dead, but still very much alive and relevant. *Policy Studies Journal*, 33(4), 559-582.
- Saetren, H. (2014). Implementing the third generation research paradigm in policy implementation research: An empirical assessment. *Public Policy and Administration*, 29(2), 84-105. <https://doi.org/10.1177/0952076713513487>
- Seppey, M., Ridde, V., Touré, L. & Coulibaly, A. (2017). Donor-funded project's sustainability assessment: A qualitative case study of a results-based financing pilot in Koulikoro region, Mali. *Globalization and Health*, 13(86). <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0307-8>
- Ssengooba, F., McPake, B. & Palmer, N. (2012). Why performance-based contracting failed in Uganda—An « open-box » evaluation of a complex health system intervention. *Social Science and Medicine*, 75(2), 377-383. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.050>
- Turcotte-Tremblay, A.-M., Gautier, L., Bodson, O., Sambieni, E. & Ridde, V. (2018). Le rôle des acteurs de la santé mondiale dans l'expansion du financement basé sur la performance dans les pays à faible et à moyen revenu. *Journal de Gestion et d'Économie Médicales*, 36(5-6), 261-279.
- Turcotte-Tremblay, A.-M., Spagnolo, J., De Allegri, M. & Ridde, V. (2016). Does performance-based financing increase value for money in low- and middle- income countries? A systematic review. *Health Economics Review*, 6(30). <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0103-9>
- Weiss, C. H. (1998). *Evaluation: Methods for studying programs and policies* (2^e éd.). Prentice Hall.

- Wilhelm, D. J., Brenner, S., Muula, A. S. & De Allegri, M. (2016). A qualitative study assessing the acceptability and adoption of implementing a results based financing intervention to improve maternal and neonatal health in Malawi. *BMC Health Services Research*, 16(398). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1652-7>
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods* (4^e éd.). Sage Publications.
- Zida, A., Lavis, J. N., Sewankambo, N. K., Kouyate, B., Moat, K. & Shearer, J. (2017). Analysis of the policymaking process in Burkina Faso's health sector: Case studies of the creation of two health system support units. *Health Research Policy and Systems*, 15(10). <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0173-0>
- Zitti, T., Gautier, L., Coulibaly, A. & Ridde, V. (2019). Stakeholder perceptions and context of the implementation of performance-based financing in district hospitals in Mali. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(10), 583-592. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.45>
- Zizien, Z. R., Korachais, C., Compaoré, P., Ridde, V. & De Brouwere, V. (2018). 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>

9. Les défis de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans les centres de santé périphériques au Mali

ABDOURAHMANE COULIBALY, LARA GAUTIER, TONY ZITTI ET VALÉRY RIDDE

Contexte

Au cours des 15 dernières années, le FBR a attiré l'attention en tant que moyen d'atteindre plus d'objectifs de santé dans les pays à faible revenu et les États fragiles (Bertone, Falisse *et al.*, 2018)¹. Renmans *et al.* (2017 : 263) proposent la définition suivante des interventions de type FBR : « le financement basé sur les performances est un ensemble de réformes du côté de l'offre qui est orienté vers l'amélioration des performances (défini comme une augmentation des services prédéfinis et une amélioration des mesures de qualité) en utilisant des incitations financières basées sur les performances pour les prestataires de santé (établissements et/ou professionnel-le-s) ». Dans cette optique, les performances positives peuvent être encouragées en liant les paiements aux résultats souhaités et en favorisant l'autonomie décisionnelle et le comportement entrepreneurial au niveau des établissements de santé (Witter *et al.*, 2013).

Au moment de cette étude, 32 (sur un total de 46) pays d'Afrique subsaharienne ont essayé le FBR dans le but de réformer leur système de santé (Gautier *et al.*, 2018). Cette intervention est donc souvent promue avec l'appui de certain-e-s acteurs internationaux et actrices

1. Ce chapitre est une traduction d'un article publié en anglais et remanié/réduit pour cet ouvrage : Coulibaly A., Gautier L., Zitti T. & Ridde V. (2020). Implementing performance-based financing in peripheral health centres in Mali: What can we learn from it? *Health Research Policy Systems*, 18(1).

internationales, notamment la Banque mondiale². Certaines études suggèrent que le FBR a eu une influence positive sur l'utilisation des services (Basinga *et al.*, 2011; Bonfrer *et al.*, 2014; Steenland *et al.*, 2017). Pourtant, après de nombreuses expériences, il reste controversé dans la communauté des chercheurs et chercheuses, notamment en raison des écarts entre les financements alloués et les résultats obtenus (Chimhutu *et al.*, 2016; Paul *et al.*, 2018; Ssengooba *et al.*, 2012). Les preuves scientifiques de son efficacité et de son efficience restent limitées (Milstein & Schreyoegg, 2016; Turcotte-Tremblay *et al.*, 2016). Le FBR est notamment critiqué pour ses effets pervers potentiels, notamment le fait qu'il peut, en fait, affaiblir le système de santé (Paul *et al.*, 2018) et avoir des effets non intentionnels³.

Les raisons de la mise en œuvre du FBR au Mali étaient diverses, mais l'initiative visait principalement à améliorer les indicateurs de santé, la gestion et la motivation du personnel de santé et l'accès aux soins (Coulibaly *et al.*, 2020). L'expansion du FBR est l'une des priorités stratégiques du Programme de développement sanitaire et social 2014-2018 (MSHP, MTASH, MPFEF, 2013). Le projet FBR au Mali dont il est question dans ce chapitre a été financé par la Banque mondiale dans le cadre d'une initiative plus large visant à renforcer la santé reproductive. Il a été mis en œuvre dans les 10 districts sanitaires de la région de Koulikoro entre juillet 2016 et février 2017. Nous l'appelons ici le « deuxième projet pilote ». Il fait suite à un projet antérieur mis en œuvre dans trois districts sanitaires de cette région entre 2012 et 2013. Nous appelons cela le « premier projet pilote », appelé « pré-pilote » par ses concepteurs et conceptrices. Il visait à concrétiser la notion de « FBR à la malienne » (Gautier, Coulibaly *et al.*, 2019). Une étude rapportée ailleurs a mis en évidence le faible niveau de pérennité de ce premier projet (Seppey *et al.*, 2017).

Si certaines recherches ont été menées sur la mise en œuvre du FBR sur le continent africain (Anselmi *et al.*, 2017; Ssengooba *et al.*, 2012; Zitti *et al.*, 2019) beaucoup de pistes restent à explorer notamment en Afrique francophone (Paul *et al.*, 2014). La littérature sur le FBR reste dominée par les évaluations d'impact. Si ces

2. Voir le chapitre de Gautier *et al.*

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

évaluations sont utiles pour mieux comprendre les effets du FBR sur la motivation des professionnel-le-s et sur la santé, elles n'expliquent pas clairement comment ces effets se produisent (Witter *et al.*, 2013) ni les contextes dans lesquels ils se réalisent. Certaines recherches ont montré que l'analyse du processus de mise en œuvre du FBR permet de mieux comprendre les résultats obtenus (Antony *et al.*, 2017). Des études récentes ont accordé plus d'attention aux impacts du FBR sur les relations entre les acteurs et actrices du système de santé et aux contextes et processus qui expliquent si ces résultats sont atteints ou non (Anselmi *et al.*, 2017; Bertone, Jacobs *et al.*, 2018; Bhatnagar & George, 2016; Mayumana *et al.*, 2017; Renmans *et al.*, 2016; Ridde *et al.*, 2018). Pour comprendre les processus, les caractéristiques contextuelles de la mise en œuvre sont des éléments essentiels et justifient une analyse approfondie (Luoto *et al.*, 2014).

Notre recherche qualitative explique comment les spécificités contextuelles des centres de santé influencent la qualité de la mise en œuvre du FBR en mettant l'accent sur ce qui fait que le FBR fonctionne dans certains centres de santé et pas dans d'autres. Elle met également en évidence l'héritage de l'histoire locale et la manière dont elle peut influencer les processus de mise en œuvre, reflétant ainsi l'idée que le passé représente un tremplin pour la mise en œuvre de politiques et de techniques et pour assurer le succès de la mise en œuvre (Lachenal, 2013).

Méthodes

Cadre conceptuel

Le terme «mise en œuvre» désigne un ou plusieurs processus organisés dans un contexte particulier pour aider à réaliser les changements visés par une intervention par les moyens mis en œuvre (Pfadenhauer *et al.*, 2017; Ridde & Olivier de Sardan, 2017). Pour cette étude, nous avons choisi d'utiliser le *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR), qui regroupe les principaux concepts des théories de mise en œuvre. Il a été proposé par Damschroder *et al.* (2009) pour aider à évaluer l'efficacité de la mise en œuvre d'une

intervention dans un contexte spécifique. Le CFIR s'est révélé utile dans un large éventail de scénarios, y compris dans des contextes de faible revenu (Ilott *et al.*, 2013).

Selon le CFIR, pour comprendre la mise en œuvre d'une intervention, cinq «domaines» doivent être étudiés : 1) les caractéristiques de l'intervention; 2) le contexte externe des établissements de santé; 3) le contexte interne des établissements de santé; 4) les caractéristiques des individus; et 5) le processus de mise en œuvre. Le CFIR se compose de 39 constructions et sous-constructions réparties entre ces cinq domaines. Le plan de recherche que nous avons adopté est celui d'une étude de cas multiple contrastée avec plusieurs niveaux d'analyse intégrés (Yin & Ridde, 2018). Les cas étaient des centres de santé communautaires (CSCOM), c'est-à-dire des centres de soins primaires. Les données ont été collectées entre décembre 2016 et janvier 2017 dans trois des dix districts sanitaires (DS) de la région de Koulikoro : DS1, DS2 et DS3. Les trois DS ont été sélectionnés sur la base de critères spécifiques : un site agricole ayant fait l'expérience d'un programme de transfert d'argent liquide pour les plus pauvres; un site où il était prévu de tester un programme de mutuelle communale; et un site à caractère urbain. Sur les trois DS sélectionnés, un seul (DS1) avait participé au premier projet pilote FBR en 2012-2013.

Comme nous n'avons pas pu mener notre étude dans tous les CSCOM en raison de contraintes budgétaires et de temps, nous avons sélectionné quatre CSCOM par DS, deux parmi les plus performants (CSCOM ++ et CSCOM + selon le niveau de performance) et deux parmi les moins performants (CSCOM -- et CSCOM - selon le niveau de performance), pour un total de 12 CSCOM au sein des trois DS (MISELI, 2016) (voir tableau 1). Le niveau de performance des CSCOM a été défini sur la base de critères qualitatifs et quantitatifs qui ont émergé d'un processus participatif et consensuel impliquant les équipes des CSREF et l'équipe de recherche (MISELI, 2016). Pour les chercheurs et chercheuses, cela a offert une occasion opportune de tester un modèle de sélection participative des cas (Zombré *et al.*, 2016). Il s'agit d'une approche innovante qui permet de légitimer au préalable les critères de sélection des sites, notamment la notion de performance en prenant en compte le point de vue des agent-e-s de

santé. Les CSCOM les plus performants ont souvent été associés à une meilleure implication des leaders communautaires dans les activités, une plus grande mobilisation communautaire, une plus grande densité démographique, une meilleure implication de l'ASACO dans les activités, un personnel de santé dynamique, etc. Par rapport aux autres CSCOM, les CSCOM DS1 ont eu l'avantage de bénéficier d'une partie des infrastructures mises en place lors du premier projet FBR.

Tableau 1 : Nombre et niveau de performance des CSCOM par district sanitaire (DS)

	CSCOM	CSCOM+	CSCOM- -	CSCOM -	Total
DS1	1	1	1	1	4
DS2	1	1	1	1	4
DS3	1	1	1	1	4
Total	3	3	3	3	12

Les quatre CSCOM sélectionnés dans chaque district sanitaire étaient composés d'un CSCOM urbain (CSCOM du chef-lieu de district) et de trois CSCOM ruraux à l'exception du district sanitaire de Koulikoro où il y a deux CSCOM urbains. Quelques caractéristiques communes ont été relevées. Elles concernent le type d'infrastructure (comprenant généralement une salle de consultation, une salle d'accouchement, une infirmerie et une salle d'hospitalisation), le profil du personnel (le plus souvent composé du Directeur ou Directrice Technique du Centre (DTC), d'infirmiers et d'infirmières, de sages-femmes, d'accoucheuses, d'aides-infirmiers et d'aides-infirmières, de vaccinateurs et de vaccinatrices, de responsable de dépôt de médicaments, d'hygiénistes).

Les critères pour l'inclusion des CSCOM dans l'étude ont été définis comme suit : avoir le statut de centre de santé communautaire, situé dans l'un des trois districts sélectionnés pour cette étude, et faire partie des CSCOM classés soit comme les plus efficaces, soit comme les moins efficaces à la fin du processus de sélection. Les critères d'exclusion étaient les suivants : tout CSCOM non situé dans l'un des trois districts sélectionnés pour cette étude et tout CSCOM non sélectionné à la fin du processus de sélection.

Description de l'intervention

Les acteurs et actrices

Au niveau local, le FBR a été mis en œuvre dans les CSCOM et les CSREF. Le deuxième projet pilote FBR a impliqué un certain nombre d'acteurs et d'actrices et de fonctions institutionnelles. Les résultats quantitatifs et qualitatifs de ces prestataires sont évalués par l'équipe cadre de district (ECD) pour le niveau CSCOM et l'équipe de la DRS pour le niveau CSREF. Une fois évalués, les résultats sont achetés par les autorités locales, qui sont impliquées dans la signature des contrats de performance avec les prestataires (mairie pour le CSCOM et conseil de cercle pour le CSREF). La fonction de régulation (c'est-à-dire la vérification du respect des normes et standards) est assurée par le DRS pour les CSREF et l'ECD pour le CSCOM. Les fonds utilisés pour l'achat des résultats sont mobilisés par l'UCP/PRSR. Une contre-vérification est effectuée par une agence indépendante pour savoir si les patient-e-s ont effectivement bénéficié des services de santé et leur niveau de satisfaction.

Les indicateurs

Comme dans toute intervention FBR, les établissements de santé sont financés sur la base de l'achat d'indicateurs de quantité (tableau 2) et d'indicateurs de qualité (tableau 3).

Tableau 2. Indicateurs quantitatifs sélectionnés pour le projet pilote FBR à Koulikoro

Indicateurs	Prix d'achat (Francs CFA)
Consultation prénatale (CPN 4)	3,958
Accouchement assisté par un professionnel qualifié	3,984
Consultation postnatale (CPON)	661
Utilisation d'une contraception moderne par la femme	2,645
Prise en charge correcte d'un cas de paludisme chez une femme enceinte	1,323
Traitement ARV pour femme enceinte (testés séropositives)	2,876
Vaccination complète d'un enfant de moins de 12 mois	397
Consultation d'un enfant de moins de 5 ans conforme à la PCIME	397
Prise en charge correcte d'un cas de paludisme chez un enfant de moins de 5 ans	198
Prise en charge DOT d'un cas de tuberculose simple	2,645

Les défis de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans les centres de santé périphériques au Mali

Tableau 3. Indicateurs de qualité par catégorie sélectionnée pour le projet pilote FBR à Koulikoro

Catégorie	Contenu	Poids dans le calcul des primes (valeur attribuée à chaque catégorie d'indicateurs qualitatifs)
Ressources et processus	<ul style="list-style-type: none"> - ressources humaines - infrastructures - relation avec les patients - hygiène - gouvernance - rôle de l'ASACO 	30%
Indicateurs cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - disponibilité des médicaments essentiels - soins maternels et néonataux - chaîne du froid 	50%
Satisfaction des usagers et usagères		20%

Dix indicateurs quantitatifs reflétant les principaux problèmes de santé maternelle et infantile ont été sélectionnés pour le projet pilote. En outre, trois domaines de qualité correspondant à des scores spécifiques ont été couverts, à savoir les ressources et les processus (30%), la qualité clinique (50%) et la satisfaction des usagers et des usagères (20%). En général, les indicateurs de quantité sont achetés à un prix fixe, tandis que le paiement des indicateurs de qualité dépend de la réalisation d'un objectif minimum. Dans le cas présent, après qu'un audit ait identifié tout écart entre les chiffres rapportés par les CSCOM et la fourniture effective des services, ainsi que l'évaluation du niveau de satisfaction des usagers et usagères et la vérification des résultats quantitatifs des agent-e-s de santé, une facture a été établie et envoyée via un portail web à une agence de paiement, qui a ensuite effectué le transfert sur le compte de chaque CSCOM.

Outils de collecte de données

Des guides d'entretien semi-structurés ont été élaborés pour chaque catégorie d'acteurs et d'actrices individuel-le-s interrogé-e-s. Ces différent-e-s acteurs et actrices comprenaient le personnel du CSCOM, les membres des ASACO (c'est-à-dire les membres des associations de santé communautaires chargé-e-s de gérer le CSCOM au nom de la communauté), les agent-e-s de santé communautaires (c'est-à-dire les membres de la communauté qui assistent les agent-e-s de santé qualifié-e-s principalement par des activités de prévention et de traitement des maladies au sein de la communauté), les leaders communautaires qui ont le pouvoir d'influencer l'opinion publique et les élu-e-s locaux et locales.

Les guides ont été traduits du français en langue bambara et ont ensuite été pré-testés. Une grille d'observation a également été utilisée. Ces différents guides ont été élaborés en tenant compte des cinq domaines du CFIR. Des discussions ont eu lieu au préalable entre les co-auteurs et co-autrices de l'article pour parvenir à une compréhension commune des différents construits et sous-construits.

Techniques de collecte de données et d'échantillonnage

Entretiens formels et informels

Selon une stratégie d'échantillonnage par sélection raisonnée, des données ont été recueillies auprès de différent-e-s acteurs et actrices individuel-le-s impliqué-e-s dans la mise en œuvre du FBR dans les CSCOM (Tableau 4).

Nous avons engagé des assistant-e-s de recherche (n = 3) pour collecter les données. Au total, nous avons mené 161 entretiens formels (tableau 4) et 69 entretiens informels (tableau 5) dans les trois DS, sur la base des profils des répondant-e-s.

Tableau 4. Répartition des répondant-e-s par catégorie et par district sanitaire, entretiens semi-structurés

Distriets de santé	Directeurs techniques des centres (DTC)	Personnel du CSCOM	Les membres de l'ASACO	Leaders communautaires	relais	Membres mairie	Total
DS1	4	22	8	8	10	4	56
DS2	4	18	8	8	8	4	50
DS3	4	22	7	10	9	3	55
Total	12	62	23	26	27	11	161

Tableau 5. Répartition des répondant-e-s par catégorie et par district sanitaire, entretiens informels

Distriets de santé	Personnel du CSCOM	Relais communautaires	Membres mairies	Membres Asaco	Total
DS1	8	8	2	5	23
DS2	8	8	2	5	23
DS3	8	8	2	5	23
Total	24	24	6	15	69

Les données ont été recueillies auprès de ces répondant-e-s en fonction de leur disponibilité, des opportunités et de leur capacité présumée à donner des éclairages sur la situation étudiée.

Le personnel des CSCOM est souvent limité en nombre (cinq à six personnes). Dans la plupart des cas (10/12), tout le personnel du CSCOM a été interrogé. Dans les grands CSCOM et autres organisations impliquées dans la mise en œuvre du FBR, nous avons choisi d'interviewer les personnes en charge ou supervisant les activités de santé tout en veillant à prendre en compte la diversité des profils. Comme la population étudiée était à peu près de la même taille dans tous les districts, nous avons choisi un échantillon similaire dans chacun des trois districts inclus dans l'étude (69 personnes interrogées pour les trois districts).

Au niveau de chaque CSCOM, le premier entretien a généralement été mené avec le ou la DTC, qui nous a ensuite présenté les autres acteurs et actrices (agent-e-s de santé, membres de l'ASACO, etc.). Les assistant-e-s de recherche ont utilisé un enregistreur pour enregistrer les entretiens. Ils et elles ont également utilisé des cahiers de notes pour enregistrer leurs propres réflexions tout au long de la collecte des données. Les entretiens informels ont été le plus souvent réalisés en dehors du CSCOM, soit au domicile du ou de la répondant-e, soit dans un autre lieu de son choix.

Observations

Des observations non participantes ont été menées dans les CSCOM pour étudier les interactions entre les prestataires de services et les patient-e-s lors des consultations médicales ainsi que les changements intervenus au niveau managérial depuis le lancement des activités FBR (hygiène des locaux, procédures d'enregistrement des données). Les résultats des observations ont été consignés dans un journal de bord. Les enquêteurs et enquêtrices ont réalisé 96 séances d'observation pour les 12 CSCOM (DS1 = 32, DS2 = 32, DS 3 = 32), soit une moyenne de huit observations par CSCOM. Nous avons considéré que ce nombre de séances d'observation était

suffisant pour atteindre la saturation et aborder des sujets d'intérêt essentiels, à savoir l'hygiène, la manière dont les outils utilisés par le personnel étaient remplis, etc.

Résultats

Caractéristiques de l'intervention

La plupart des répondant-e-s (n= 117/161) ont souligné l'origine exogène de l'intervention, faisant le plus souvent référence à sa source de financement. Seul-e-s les professionnel-le-s du DS1, qui ont déjà fait l'expérience du FBR, en ont une perception plus positive. Les résultats obtenus ont été considérés comme une preuve en soi :

Quand on regarde les résultats, on peut voir qu'il y a vraiment eu des changements, surtout au niveau des indicateurs. C'est un CSCOM qui est sous-utilisé. (DTC, DS1)

Les raisons de l'avis positif sur le premier projet pilote, qui impliquait en même temps un avis négatif sur le second, avaient trait à la création d'infrastructures. Pour la plupart des répondant-e-s (n= 106/161), elles étaient également liées au montant des subventions et au choix d'indicateurs jugés plus avantageux :

[Dans le] premier [projet], l'accouchement était payé 1000 F pour les accoucheuses et 3000 F pour les infirmières-obstétriciens, mais cette fois-ci, il n'y avait rien pour l'accouchement par les accoucheuses. (Accoucheuse, DS1)

D'autres répondant-e-s, en particulier ceux et celles du DS3, ont cité des expériences passées de CSCOM ayant reçu des primes non liées au FBR, telles que « Ciwara d'Or ». Ce prix a été décerné par le programme Kènèya Ciwara, financé par l'USAID, entre 2003 et 2008 pour récompenser les CSCOM les plus performants. Les indicateurs de qualité de ce programme Ciwara ont été utilisés pour élaborer la liste des indicateurs de qualité du projet FBR.

La plupart des répondant-e-s (n= 123/161) considèrent que le projet FBR est une intervention qui s'adresse à ce que les acteurs locaux et actrices locales considèrent comme des «priorités en matière de santé». Il s'agissait notamment de l'augmentation des taux de vaccination, des consultations prénatales (CPN), des accouchements en milieu de soins et du planning familial. Cependant, le personnel local n'a pas été impliqué dans la conception du projet. Ce manque d'implication explique sa faible adaptation au contexte local, puisque de nombreux et nombreuses répondant-e-s (n= 86/161) ont perçu le projet comme ayant été décidé par la Banque mondiale, sans possibilité pour les acteurs et actrices impliqué-e-s dans sa mise en œuvre de modifier le choix des indicateurs.

Cela nous démotive souvent. Parce que s'ils disent que c'est noir, alors c'est noir. On ne peut pas le changer. Donc, ça veut dire que nous n'avons pas d'impact sur ça. Donc nous devons vivre avec ça. (DTC, DS2)

Parmi les 10 indicateurs sélectionnés, la «prise en charge de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)» et la «gestion de la tuberculose» ont été considérés comme peu pertinents. Les professionnel-le-s ont indiqué qu'ils et elles n'avaient pas reçu une formation suffisante dans ces domaines et ont mentionné l'utilisation limitée des établissements de santé pour ce type de consultation.

La malnutrition, les consultations curatives pour adultes, les maladies gériatriques et les accouchements assistés par des accoucheuses ont été perçus par de nombreux et nombreuses répondant-e-s (n = 123/161) comme des indicateurs pertinents. Pourtant, ils n'ont pas été inclus dans la liste des indicateurs sélectionnés.

Dans certains cas, les professionnel-le-s de la santé n'étaient plus motivé-e-s par la recherche des bonnes performances du centre (comme le prévoyait l'achat de ces indicateurs), mais plutôt par le gain financier personnel. Selon de nombreux et nombreuses répondant-e-s (n = 83/161), plus le paiement associé est élevé, plus l'indicateur devient pertinent et motivant : «Nous sommes plus motivé-e-s par les indicateurs qui sont bien payés que par ceux qui ne le sont pas» (Infirmière, DS1).

À quelques exceptions près, le FBR a été perçu comme une intervention compliquée à mettre en œuvre, en partie à cause des procédures de gestion des données. Le nombre d'outils de travail, en particulier les formulaires et les rapports, a contribué à cette complexité : « Avec le FBR, l'inscription au registre ne suffit pas, il faut écrire sur le formulaire d'admission, comme il se doit. Ce sont les rapports et les procédures qui sont un peu compliqués » (Matrone, DS1).

Outre les outils, la complexité du FBR tient également au nombre et à la diversité des acteurs et actrices impliqués et aux distinctions à faire entre leurs différents rôles (par exemple, les procédures de vérification et de contrôle).

Contexte externe

Cadre socio-normatif et problèmes rencontrés

Il s'agit de situations qui ne sont pas directement liées au FBR mais qui sont en mesure d'en influencer les résultats. Les perceptions locales de la grossesse ont entraîné une faible fréquentation des centres de santé par les patientes : « Vous appelez certaines femmes pour qu'elles viennent pour une CPN, elles refusent. Elles disent que la grossesse est honteuse. » (Matrone, DS1).

Les problèmes rencontrés par les patient-e-s et soulignés par les professionnel-le-s de la santé sont nombreux. Il s'agit notamment de difficultés financières, de problèmes de transport, d'une information insuffisante sur les conséquences négatives de certaines pratiques sanitaires, de déficiences dans l'accueil et l'orientation des patient-e-s, et d'un nombre insuffisant de chambres d'hôpital. Pourtant, le programme FBR n'a pas apporté de solutions à la plupart de ces problèmes.

Le contexte extérieur est également marqué par ce que font ensemble différents types d'acteurs et d'actrices et la manière dont ils et elles se comportent. C'est l'objet de la sous-section ci-dessous.

Réseaux de professionnel-le-s de la santé

Dans le projet FBR, les résultats quantitatifs des CSCOM ont été audités par l'ECD, mais en raison de la durée limitée du projet, un seul cycle d'audit a pu être réalisé. Cette courte durée a limité la possibilité d'établir un système de réseaux. D'autre part, la collaboration entre les CSCOM et les ASACO, et entre les CSCOM et mairies, est liée à la décentralisation sanitaire et existe depuis longtemps. Selon de nombreux et nombreuses répondant-e-s (n= 117/161), la mise en œuvre du FBR a favorisé une collaboration plus étroite entre ces trois entités qui ont travaillé ensemble pour élaborer le plan de résultats trimestriels des CSCOM lors de la formation initiale. Ces plans sont des documents qui décrivent les principaux obstacles à l'amélioration des indicateurs de santé, les solutions proposées pour y remédier et les moyens nécessaires à la mise en œuvre de ces solutions.

Nous avons validé le contrat ensemble, les objectifs étaient les pourcentages... Nous avons fixé tout cela avec le personnel [du CSCOM] et nous avons essayé de savoir ce que la population nous demande de faire par mois, ce que nous pouvons faire. Cela s'est fait à partir des idées des uns et des autres, afin d'établir les choses que nous avons validées ensemble. Et nous avons mis cela dans le contrat. (DTC, DS1)

Les trois entités (CSCOM, ASACO et commune) ont également uni leurs forces pour mener des activités de sensibilisation dans les villages. De plus, le représentant de mairie a souvent été invité à assister aux réunions de l'ASACO, et vice versa.

Un environnement compétitif

Le FBR a été perçu par la plupart des répondant-e-s (n = 92/161) comme établissant une logique de concurrence car les CSCOM et même les villages ont tendance à se comparer les uns aux autres en termes de performance :

Quand on parle de FBR, la concurrence devient tangible. Nous devons donc vraiment mettre l'accent sur la concurrence entre les villages dans le domaine [sanitaire]. Non seulement entre les villages de la région, mais aussi entre les CSCOM. Personne ne veut arriver en dernier. (DTC, DS1)

Une autre personne interrogée a abondé dans le même sens, en utilisant un idiome militariste : « C'est de la concurrence, voilà ce que c'est. En tout cas, pour nous, c'est une arme de guerre. » (DTC, DS1).

Le DTC a été ajouté à un environnement déjà concurrentiel. Dans le contexte malien, la concurrence est justifiée par la fierté d'être reconnu-e parmi les meilleur-e-s et est très présente dans la vie sociale. Elle peut se concrétiser au niveau de la famille, du village, de l'inter-village et de la commune. Toute activité économique peut également devenir un espace de compétition (production agricole, construction d'infrastructures de développement, etc.).

Cette logique concurrentielle a été largement alimentée par l'existence de projets tels que la « Ciwara d'or » dans le passé et « Blue Star », toujours en cours, dont les démarches valorisent grandement l'idée de concurrence entre les CSCOM. Outre les CSCOM, les communes et les aires de santé, cette compétition s'est jouée entre les ASACO et même les districts sanitaires, engagés dans l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'utilisation des services de santé à fort impact, ainsi que dans l'adoption par les membres des ménages de bonnes pratiques de santé maternelle et infantile.

Selon de nombreux et nombreuses répondant-e-s (n = 89/161), la concurrence les a poussé-e-s à une plus grande efficacité :

[si] il y a de la concurrence, chacun essaie de sauver sa tête...
Donc les gens feront l'effort. Vous verrez qu'il y a des choses que nous ne pensons pas faire, mais dès qu'ils diront que c'est comme ça que ça doit être, nous nous empresserons de le faire, vous voyez. (Leader communautaire, DS3)

Influence des politiques publiques

Le Programme de développement social et sanitaire 2014-2018 (PRODESS III) fait référence au FBR, en fournissant des détails sur sa définition, ses avantages et son fonctionnement (MSHP, MTASH, MPFEF, 2013). Le FBR figurait également parmi les activités prévues par le *Projet de renforcement de la santé reproductive* (PRSR) de la Banque mondiale comme moyen de renforcer l'offre et la qualité des services de santé reproductive en améliorant les indicateurs dans ce domaine. Ainsi, le FBR devrait contribuer à la réalisation d'une série d'objectifs de chacun de ces programmes ainsi que de ceux du Plan stratégique national de santé reproductive 2014-2018.

Contexte interne

Diffusion d'informations sur le FBR

Les DTC et les collègues qui avaient participé à la formation initiale ont organisé des séances d'information au cours desquelles ils et elles ont partagé des informations sur le fonctionnement du projet FBR avec les autres professionnel-le-s qui étaient resté-e-s sur place. Ces séances d'information ont permis de communiquer autour des objectifs contenus dans les plans de résultats. Cependant, certain-e-s répondant-e-s, en particulier le personnel de nettoyage, ont eu le sentiment d'avoir été simplement négligé-e-s et de ne pas avoir bénéficié de ce partage d'informations.

Ils et elles ont estimé que les *briefings* étaient des séances de validation de ce que les représentant-e-s du CSCOM avaient déjà décidé, plutôt que de véritables discussions : « C'est le chef qui fait cela et qui nous informe ensuite » (Matrone, DS1). Dans certains cas, l'élaboration des objectifs du contrat de performance a été largement dominée par le DTC, qui a impliqué peu d'autres membres du personnel. Les contrats de performance définissent, sur une base trimestrielle, les engagements des parties signataires et les résultats escomptés. Au niveau des CSCOM, le contrat a été signé par le DTC, le président de l'ASACO et le maire de la commune.

Au cours de la réunion, des informations ont été données sur les outils du FBR : « Le DTC nous a réunis. Il avait quelques dossiers pour expliquer comment le travail sur le FBR pouvait être fait. La partie que nous devons signer, nous l'avons signée. » (Responsable du dépôt de médicaments, DS1).

Dans certains cas, des discussions informelles avec le DTC ont permis à certains membres du personnel d'être mieux informé-e-s sur le FBR.

Convergence entre les normes professionnelles valorisées et les normes FBR valorisées

Le FBR s'inscrit dans la continuité des normes professionnelles déjà valorisées par le personnel sanitaire.

Le FBR encourage le développement de l'esprit d'équipe au sein des équipes de santé. Il vise à assurer l'équité entre les professionnel-le-s en rémunérant chacun-e en fonction de ses performances.

Formes d'engagement dans le cadre du programme FBR

Chez le DTC, l'engagement s'est traduit par les efforts que ce dernier a déployés pour informer les autres membres du personnel de l'importance du FBR : « Je rappelle au personnel qu'il doit bien faire son travail, et je lui rappelle l'importance de mettre en œuvre le FBR » (DTC, DS1).

Certaines ASACO ont accepté d'investir dans la rénovation des infrastructures, tandis que d'autres ont fait des efforts pour renforcer les ressources humaines. L'engagement s'est également traduit par des visites régulières du président ou des membres des ASACO au CSCOM pour observer l'avancement des activités : « Si le président de l'ASACO est vu ici tous les matins, c'est parce que nous respectons nos engagements envers le FBR » (Vaccinateur, DS2).

Une personne interrogée du DS1 a noté que d'autres membres de l'ASACO visitaient le CSCOM beaucoup plus régulièrement depuis le lancement de l'intervention. Chaque membre du personnel avait signé

un formulaire d'engagement personnel. Les DTC ont demandé que ce formulaire soit affiché devant les bureaux afin que l'engagement de chacun puisse être visualisé à travers ce moyen. Dans certains cas, l'engagement dépendait du degré de motivation.

Une personne interrogée a estimé que le projet FBR créait une situation d'injustice entre les professionnel-le-s, les plus qualifié-e-s étant mieux traité-e-s que les autres : « Non, ils ne récompensent pas le travail de tout le monde, mais seulement celui des professionnel-le-s qualifié-e-s » (Leader communautaire, DS3).

L'influence des héritages locaux

La participation au premier projet FBR, comme c'est le cas dans le district DS1, a été utilisée comme raison justifiant la volonté du CSCOM de mettre en œuvre le FBR : « Tant qu'il y a cet ancien système, le deuxième système ne peut pas tomber en panne et peut bien fonctionner » (membre mairie, DS1). La majorité des répondant-e-s du DS1 (n = 43/56) ont déclaré que leur centre était prêt à mettre en œuvre le nouveau projet FBR en se basant sur le fait qu'il y avait un système mis en place lors du précédent FBR qui pourrait bien contribuer à son efficacité : « le matériel dont nous disposons, nous pouvons travailler avec cela » (Agent d'hygiène, DS1). En outre, certains CSCOM avaient bénéficié des interventions et du soutien d'ONG telles que Marie Stopes International et Kèneya Ciwara à travers un programme d'accréditation des CSCOM, ainsi que l'AMCP ALIMA avec des actions dans le domaine de la nutrition. Selon plusieurs répondant-e-s (n = 89/161), ces héritages du passé sont un atout pour les CSCOM engagés dans le renforcement de leurs capacités de formation et d'organisation des équipements : « ils ont transféré des compétences et c'est l'essentiel. Lorsque les compétences sont transférées, même si vous partez, le personnel peut travailler après vous ». (DTC, DS3).

Caractéristiques des individus

Les personnes interrogées dans les centres ont été assez réceptives au changement proposé par le FBR (n= 70/74). La nouvelle de l'arrivée du projet FBR a suscité l'enthousiasme. Cette réaction positive provenait souvent du fait qu'ils et elles avaient entendu parler de la mise en œuvre réussie du premier projet pilote. Pour de nombreux et nombreuses répondant-e-s (n= 89/161), l'enthousiasme exprimé au moment de l'introduction s'est dissipé en raison de l'absence de toute supervision spécifique au FBR une fois le projet en cours de mise en œuvre. Dans certains cas, les bonnes pratiques générées par le projet FBR, comme l'introduction de listes de présence, ont rapidement disparu : « nous attendions une supervision et nous allons ensuite donner des primes, mais cela n'a pas été fait jusqu'à présent, c'est pourquoi nous avons abandonné le registre de présence » (Infirmière, DS3).

L'analyse des données a montré qu'un certain nombre de répondant-e-s n'ont pas été en mesure de fournir des informations détaillées sur certains aspects du régime FBR, notamment en ce qui concerne le calcul des primes au personnel et les procédures de paiement des primes et des subventions. Parmi les informations les plus maîtrisées par les répondant-e-s, on trouve les objectifs de l'intervention, avec un accent mis sur la motivation et le paiement en fonction de l'effort fourni. Les informations sur le FBR étaient mieux maîtrisées par les agent-e-s les plus qualifié-e-s.

La plupart des raisons invoquées par les répondant-e-s pour expliquer leur attitude positive à l'égard du projet FBR étaient fondées sur leur perception que les objectifs de l'initiative incorporaient les valeurs qu'ils et elles défendaient (travail bien fait, mérite récompensé, consensus, cohésion, etc.) : « Parce que j'ai toujours dit. Il s'agit vraiment de récompenser le mérite » (DTC, DS3).

Cependant, les conditions définies pour les incitations financières ont été une source de frustration pour certain-e-s professionnel-le-s, et surtout pour les moins qualifié-e-s, comme on l'a vu plus haut dans le cas des matrones. Certain-e-s répondant-e-s ont exprimé un sentiment de satisfaction relative à l'égard du projet

FBR, tout en manifestant une certaine forme d'inquiétude : « Nous étions tous heureux et inquiets en même temps, parce que c'est une chose nouvelle pour nous » (DTC, DS3).

Processus de mise en œuvre

Dans le cadre du FBR, les activités des CSCOM ont été planifiées sur une base trimestrielle. Les seuls plans de résultats d'intervention ont été élaborés lors de la formation initiale. Au moment de notre collecte de données, le personnel des CSCOM se concentrait davantage sur les changements à apporter pour maximiser leurs primes individuelles. Les calendriers des différentes activités étaient rarement respectés. Certaines activités, telles que les évaluations du personnel, n'ont pas pu être réalisées dans certains cas par manque de temps. En effet, le délai initial prévu pour la mise en œuvre des projets (huit mois) a été ramené à six mois en raison de nombreux problèmes (crise politique de 2012, recrutement de l'agence d'exécution, problèmes de gestion, etc.). Dans un premier temps, il a été annoncé que les primes seraient payées sur la base de deux trimestres de travail. Finalement, les professionnel-le-s n'ont reçu les primes que pour un seul trimestre, avec des retards de paiement pouvant aller jusqu'à six mois dans certains cas.

Malgré les problèmes rencontrés par les équipes de santé, des changements importants semblent avoir été apportés dans plusieurs domaines. Les horaires des sorties pour les équipes se rendant dans les villages pour mener des activités sanitaires ont été modifiés; en particulier, la durée des sorties a été augmentée. Certains CSCOM ont décidé de renforcer l'équipe de vaccination en procédant à de nouveaux recrutements. Cette tendance à recruter du personnel supplémentaire n'a pas été observée dans les CSCOM dont le niveau de performance est faible. Afin de réduire le coût des prescriptions pour les enfants, conformément à une norme de qualité imposée par le projet FBR, certains ASACO ont négocié avec les agent-e-s de santé pour les inciter à parler avec les patient-e-s en vue d'évaluer leur capacité financière et de délivrer ensuite des prescriptions en fonction de leur situation financière. Cela a été fait afin que les primes ne soient pas affectées négativement par le non-respect de cette

norme. L'un des changements les plus souvent mentionnés par les personnes interrogées en ce qui concerne le système de garde est qu'avec l'introduction du FBR, le personnel qualifié (infirmière, infirmière-obstétricienne, sage-femme, DTC) est devenu beaucoup plus présent lors des accouchements qu'auparavant. Conformément aux nouvelles instructions du projet FBR, lorsque les cas d'accouchement arrivaient en l'absence de personnel qualifié pendant les périodes de garde, les matrones faisaient appel à ce personnel pour assister aux accouchements, contrairement à la période précédant le projet FBR où elles pouvaient assister seules à ces accouchements. Pour le personnel éligible, l'objectif d'une telle mesure était de gagner plus de primes liées aux accouchements.

La prise en charge des patient-e-s a évolué, passant d'une situation «non accueil» à une plus grande disponibilité du personnel vis-à-vis des patient-e-s. Les mesures prises dans le domaine de l'accueil ont été des instructions verbales données aux agent-e-s pour accueillir les patient-e-s, et des changements dans le système d'accueil. Dans la plupart des cas, les deux mesures ont été introduites. Certains CSCOM ont augmenté le nombre de salles de consultation afin d'éviter les files d'attente. Dans le cadre du programme FBR, le système d'accueil comprenait l'orientation des patient-e-s vers les services dont ils et elles avaient besoin. Dans les CSCOM classés comme peu performants, les mesures visant à améliorer l'accueil ont plus souvent pris la forme d'instructions verbales. L'orientation des patient-e-s vers les services qui répondent à leurs besoins est une nouvelle initiative dans de nombreux centres. Si la mesure existait avant le projet FBR, elle a été renforcée avec la mise en œuvre du projet.

Dans le domaine de l'hygiène, le projet FBR a obligé presque tous les CSCOM à adopter de nouvelles règles de nettoyage. Ces règles portent sur la quantité et la qualité du nettoyage effectué. Elles ont permis de modifier la fréquence de nettoyage des installations, le nombre de surfaces à nettoyer et le degré de propreté des espaces nettoyés. Les équipes de nettoyage ont également été renforcées. Selon la plupart des répondant-e-s (n= 126/161), le taux de nettoyage a considérablement augmenté : « Le nettoyage est fait tous les matins, à la première heure. Souvent, lorsque l'agent d'hygiène a terminé le

travail, nous faisons le reste après l'accouchement, et nous faisons aussi le nettoyage.» (Infirmière, DS1). Le FBR a également permis d'améliorer le système de gestion des médicaments. Les responsables des dépôts de médicaments ont régulièrement vérifié les stocks pour éviter les ruptures de stocks. Les procédures de commande ont été simplifiées et les commandes ont été envoyées assez rapidement dès que le stock a diminué. Des inventaires mensuels de médicaments ont été effectués par les ASACO et réalisés régulièrement, selon les responsables des dépôts. La majorité des responsables de dépôts de médicaments (n = 12/12), ont indiqué qu'ils et elles étaient devenues plus diligents-e-s dans le remplissage des outils de gestion des médicaments : «Depuis le début du nouveau FBR, je remplis ces documents tous les matins» (Gérant du dépôt de médicaments, DS1).

Résumé des comparaisons entre cas

Dans cette section, nous proposons un résumé des conclusions, en soulignant les similitudes et les différences entre les différents cas. Les données ont révélé des différences entre les CSCOM les plus performants et les moins performants dans l'approche adoptée pour la mise en œuvre du FBR (tableau 7). Ces différences significatives ont été observées dans les concepts « climat de mise en œuvre » et « préparation à la mise en œuvre » liés au contexte interne (CFIR domaine 3) et dans le concept « engageant » lié au processus de mise en œuvre (CFIR domaine 5).

Les CSCOM les plus performants se caractérisent par une meilleure circulation de l'information entre les DTC et le reste de l'équipe, une prédominance de l'esprit d'équipe, et davantage d'initiatives pour encourager la population à utiliser les services (voir tableau 6).

Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?

Tableau 6. Comparaison des CSCOM performants et peu performants par domaines et constructions du CFIR

Domaine	Contraintes CFIR	CSCOM performants	CSCOM peu performants
Contexte interne	Climat de mise en œuvre : - tension autour du changement	Perception que les CSCOM s'étaient bien préparés à la mise en œuvre du FBR.	Le personnel de certains CSCOM a indiqué que les conditions requises pour lancer le FBR n'étaient pas remplies en raison du manque d'équipements et d'infrastructures.
	Climat de mise en œuvre : - objectifs et retour d'information	Les objectifs fixés dans le contrat ont, dans de nombreux cas, été discutés avant d'être ratifiés. Des séances d'information ont été organisées pour communiquer les objectifs des plans de résultats.	Les objectifs n'ont guère été discutés avec le reste du personnel. Les plans de résultats étaient souvent partagés avec le reste du personnel.
	Climat de mise en œuvre : - environnement d'apprentissage	La conscience d'être une équipe unique dans laquelle chaque membre est personnellement responsable des résultats. Un engagement collectif plus fort.	
	Préparation à la mise en œuvre : - engagement des dirigeant-e-s	Les DTC ont expliqué les données sur l'importance du FBR au reste du personnel pour les motiver.	Faible leadership des DTC, interactions souvent conflictuelles avec l'ASACO.
Processus	Engagement	Nombreuses actions de sensibilisation menées par une équipe composée du DTC, du maire de la commune et du président de l'ASACO.	Les DTC ont dirigé la plupart des sessions de sensibilisation de leur propre chef.

L'analyse des données a également révélé des similitudes et des différences entre les districts sanitaires (tableau 7). Les spécificités concernent trois des cinq domaines du CFIR : le contexte interne, les caractéristiques des individus et le processus de mise en œuvre.

Tableau 7. Résumé des résultats de la mise en œuvre du FBR dans les trois districts sanitaires selon les cinq domaines de la CFIR

Domaines CFIR	Les similitudes entre les districts	Caractéristiques spécifiques		
		DS1	DS2	DS3
1. Caractéristiques de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Le FBR perçu comme une intervention étrangère - Difficulté à citer le nom du financeur - Perceptions d'une intervention compliquée 	S/O*		
2. Contexte externe	<ul style="list-style-type: none"> - Recours tardif aux soins - Une couverture vaccinale insuffisante des enfants - Le réseau FBR n'est pas bien développé parmi les personnels de santé impliqués dans sa mise en œuvre - Présence d'ONG qui pourraient contribuer à la réalisation des objectifs du FBR - Mise en œuvre du programme de développement social et sanitaire 	N/A		
3. Contexte interne	<ul style="list-style-type: none"> - Forte corrélation entre le niveau d'information et le niveau d'éducation - Personnel axé sur les incitations financières - Apparition de différentes formes d'engagement envers le FBR - Frustration perceptible chez le personnel moins bien formé 	Expérience de participation à la mise en œuvre d'un projet FBR précédent	Première expérience de participation à un projet FBR	Première expérience de participation à un projet FBR
4. Caractéristiques des individus	<ul style="list-style-type: none"> - Un personnel réceptif au changement - Lien perçu entre les objectifs du FBR et les valeurs professionnelles des professionnel-le-s 	Les arguments en faveur du projet FBR étaient basés sur le succès du projet FBR précédent	Les arguments en faveur du PBR étaient fondés sur les valeurs qui lui sont attribuées et sur les rumeurs concernant le projet PBR	Les arguments en faveur du PBR étaient fondés sur les valeurs qui lui sont attribuées et sur les rumeurs concernant le projet PBR
5. Processus de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - Le calendrier des activités prévues n'a pas été respecté - Réformes mises en œuvre pour maximiser les résultats - Une connivence accrue entre les professionnels - Présence accrue de personnel qualifié pendant les périodes de garde - Recrutement de nouveau personnel par certains CSCOM 	Une meilleure maîtrise des outils et du contenu du FBR	Faible maîtrise des outils et du contenu du FBR	Faible maîtrise des outils et du contenu du FBR

*N/A : non applicable

Discussion

Avec le CFIR, qui est de plus en plus utilisé dans les pays à faible et moyen revenu (Means, Kemp & Gwayi-Chore, 2019), nous avons pu mener une analyse contextuelle approfondie, en réfléchissant notamment sur les contextes interne et externe de l'intervention FBR. La conclusion récurrente dans la littérature est que le contexte a

été négligé dans les recherches visant à développer et à évaluer les interventions en santé des populations (Shoveller *et al.*, 2016). En Afrique subsaharienne, toute analyse de la mise en œuvre des interventions de santé publique doit tenir compte du contexte (Ridde & Olivier de Sardan, 2017). Le rôle des acteurs et actrices est également crucial dans le processus de mise en œuvre et d'appropriation d'une réforme, où le pluralisme des normes et leur instabilité obligent souvent les acteurs sociaux à procéder à de multiples ajustements (Winter, 2001). La mise en œuvre peut également être influencée par le fait que les normes pratiques et les cultures professionnelles qui régissent le comportement réel des employé-e-s sont très éloignées des normes officielles. En outre, les biens et services publics sont fournis conjointement par une série d'acteurs et d'actrices et d'institutions différents, avec peu de coordination entre eux et elles.

Dans le contexte que nous avons étudié, notre attention a été attirée sur certains construits liés au contexte interne. Les différences entre les CSCOM très performants et les CSCOM peu performants ont été mises en évidence lors de l'application de certains construits et sous-construits de ce domaine, qui reflétaient également des attitudes et des pratiques particulièrement évidentes dans la phase de démarrage de l'intervention. Il s'agit du construit « climat de mise en œuvre » et du sous-construit « engagement des dirigeant-e-s » (construit « préparation à la mise en œuvre »). En outre, notre analyse de la question du leadership a montré qu'il s'agissait d'un facteur qui favorisait les bonnes performances. Ainsi, les CSCOM dirigés par un DTC doté d'un leadership fort ont réalisé davantage de réformes dans le cadre de cette intervention FBR. Une étude menée au Burkina Faso dans les hôpitaux de district a mis en évidence le fait que le leadership et la vision des gestionnaires des centres de santé étaient des ingrédients essentiels pour une action sanitaire efficace, en particulier pour contextualiser les stratégies nationales et prendre en compte les préoccupations des patient-e-s (Meda *et al.*, 2011).

Nos données soulignent un lien étroit entre le leadership et l'engagement. Dans les CSCOM les plus performants, l'engagement des managers a favorisé l'engagement du personnel. Dans ces CSCOM, la phase de démarrage de l'intervention a été marquée par

de multiples efforts de la part des DTC pour expliquer au reste du personnel l'importance du FBR afin de le motiver. Des recherches récentes ont montré l'importance des styles de leadership (directionnel ou participatif) dans la détermination de la motivation des agent-e-s de santé pour le FBR au Mali (Fillol *et al.*, 2019).

Le FBR est une intervention qui, comme toute autre, requiert un engagement à la fois individuel et collectif de la part des acteurs et actrices impliqué-e-s. L'engagement individuel s'est théoriquement manifesté par la signature d'un formulaire d'engagement par chaque employé-e du CSCOM. L'engagement collectif s'est traduit par un esprit d'initiative accru pour améliorer les chances d'obtenir davantage de subventions. Cet esprit d'initiative s'est manifesté plus souvent dans les CSCOM les plus performants que dans les autres, qui ont obtenu de mauvais résultats en termes de refonte des outils de collecte de données, d'organisation des services, de mesures visant à améliorer l'accueil des patient-e-s et d'amélioration de l'hygiène.

La littérature identifie plusieurs facteurs contextuels qui pourraient potentiellement expliquer la différence de performance entre les établissements impliqués dans la mise en œuvre du projet FBR (Canavan & Swai, 2008; Toonen *et al.*, 2009; Young *et al.*, 2005) particulier, les auteurs et autrices soulignent l'incertitude entourant le paiement des primes (par exemple, les retards de paiement), la communication entre les parties prenantes, la confiance dans la méthodologie de l'instrument de mesure des performances, la compréhension par les professionnel-le-s de la santé du fonctionnement du FBR et le rôle des gestionnaires des établissements (compétences de gestion).

Le FBR peut affecter la motivation des professionnel-le-s de la santé de diverses manières, et souvent de manière à aller bien au-delà des effets directs des récompenses financières pour les individus (Bertone, Jacobs *et al.*, 2018). Une étude menée au Nigeria a montré que la motivation et les performances des professionnel-le-s de la santé étaient réduites par l'incertitude quant à l'obtention de la prime et par l'insuffisance des infrastructures (Ogundeji *et al.*, 2016). À l'inverse, une bonne compréhension du système par les professionnel-le-s de la santé et de solides compétences de gestion sont susceptibles d'améliorer la motivation et les performances, tout

comme la réduction des délais de versement des primes, une communication efficace et le renforcement de la compréhension du système FBR par les professionnel-le-s de la santé sont susceptibles de produire de meilleurs résultats dans les programmes de rémunération au rendement. Une autre étude menée en Sierra Leone a révélé que les lacunes dans la mise en œuvre, telles que les retards de paiement et les difficultés d'accès, posaient une série de problèmes qui limitaient les effets motivationnels des incitations (Bertone *et al.*, 2016).

L'analyse de nos données a montré que le projet FBR a également généré de l'incertitude et de la frustration parmi les personnes impliquées dans sa mise en œuvre. Celles-ci étaient liées, entre autres, au long retard dans le démarrage des activités et au manque de considération pour les accouchements effectués par les matrones, en particulier pour celles de DS1, qui avaient l'expérience du premier projet pilote FBR dans lequel ces accouchements avaient été pris en compte. Ces situations ont créé un certain scepticisme au départ, même si la majorité des agent-e-s de santé ont exprimé leur adhésion à l'intervention. Les entretiens ont montré que globalement, le projet FBR est resté une source importante de motivation pour les professionnel-le-s de la santé. Leur motivation était liée non seulement aux subventions, mais aussi à l'amélioration des conditions de travail (acquisition d'équipement, infrastructure) et à une meilleure gouvernance du système (récompenser le mérite). En tant que tel, le FBR a stimulé une relation interactive entre les facteurs de motivation internes et externes liés à la responsabilité, à la réalisation et à la reconnaissance, augmentant ainsi la motivation perçue (Gergen *et al.*, 2018).

Certaines études ont fortement souligné l'importance de la motivation liée au FBR associée aux environnements de travail, y compris la supervision systématique et la disponibilité des médicaments essentiels (Bhatnagar & George, 2016). Au Bénin, une analyse contextuelle de la mise en œuvre de deux modèles différents de FBR a montré que, dans ce domaine, il n'existe pas de modèle rigide et standardisé car chaque contexte dicte ses spécificités (Paul *et al.*, 2018). Compte tenu des spécificités des contextes et des caractéristiques, le « même » projet sera « différent » dans chaque

établissement, c'est-à-dire que certains mécanismes peuvent fonctionner dans un contexte et pas dans un autre, au point qu'il devient possible d'identifier des caractéristiques spécifiques à chaque système FBR (Renmans *et al.*, 2017).

Il est important de noter que le FBR ne fonctionne pas dans le vide au sein des systèmes de santé. Certaines études ont souligné la complexité de ces interventions, mettant en évidence la notion selon laquelle une intervention peut être considérée comme un événement critique dans l'histoire d'un système, entraînant l'émergence de nouvelles structures d'interaction et de nouvelles significations communes (Hawe *et al.*, 2009). La complexité des interactions sociales est une propriété à la fois de l'intervention et du contexte (Hawe, 2015). Souvent, tant les professionnels des CSCOM que la population en général perçoivent le FBR comme un projet de développement comme tant d'autres qu'ils et elles ont vus au fil du temps, comme on l'a vu pour le FBR au Burkina Faso (Ridde *et al.*, 2018). Dans ce contexte, les projets vont et viennent, mais pour les acteurs et actrices impliqués, ils se ressemblent tous (Crehan & Oppen, 1988). En effet, ils sont souvent mis en œuvre dans un environnement qui a subi de nombreuses interventions antérieures qui ont laissé leurs traces. Une telle histoire locale structure nécessairement les comportements actuels, du moins en partie (Gentil *et al.*, 1984). Cette observation reflète la notion de «*path dependency*», dans laquelle chaque nouvelle réforme est définie en référence (positive ou négative) à un ensemble de politiques passées (Palier & Bonoli, 1999). La logique qui prévaut généralement chez les concepteurs et conceptrices de projets est de considérer que l'histoire commence avec leur propre projet, puis de sous-estimer systématiquement tout ce qui a été fait auparavant et de surestimer l'impact de leur projet. Le FBR ne fait pas exception à cette règle, car le paiement de primes basées sur les performances, qui est au cœur de cette intervention, est une pratique courante. Dans le passé, certains projets proposaient également des primes liées à la performance globale des établissements de santé. En tant que politique publique, le FBR a été analysé au niveau national sur la base d'une accumulation d'expériences dans lesquelles les acteurs locaux et actrices locales ont joué un rôle particulièrement important (Mayaka Ma-Nitu *et al.*, 2018).

Le CFIR nous a également permis de réfléchir sur les pratiques visant à encourager l'adoption de l'intervention. Le FBR s'appuie sur des normes globales pour des réformes spécifiques : renouvellement des structures de gestion publique, séparation des fonctions (acheteurs-fournisseurs, acheteuses-fournisseuses), renforcement de la supervision, plus grande autonomie des prestataires de services et efficacité accrue des systèmes d'information (Gautier, De Allegri *et al.*, 2019). Cette recherche met en évidence la manière dont l'adoption se construit par l'interaction de multiples acteurs et actrices. L'approche qualitative nous a permis d'aller au-delà de l'application mécanique des constructions du CFIR et de donner à l'analyse un caractère moins schématique en montrant de manière concrète comment les acteurs sociaux et actrices sociales co-construisent la réalité de la mise en œuvre du FBR. En effet, l'analyse des résultats à travers les domaines et les construits du CFIR, en particulier les domaines 1 (caractéristiques de l'intervention), 2 (contexte interne) et 3 (contexte externe), a révélé des informations utiles sur les façons dont les acteurs locaux et actrices locales ont adapté le FBR et l'ont façonné selon leur propre logique. Cette appropriation se fait dans un système de normes et de valeurs qui peuvent influencer la façon dont il se manifeste. Nous avons observé, par exemple, que le contexte externe de la mise en œuvre du FBR était marqué par des attitudes et des pratiques qui pouvaient entraver l'utilisation des services. Le sentiment de honte associé à la grossesse, qui a empêché de nombreuses femmes de se rendre au centre de santé pour une CPN, en est un exemple. Dans ce sens, certaines études ont noté que le contexte social peut affecter directement l'atteinte des objectifs du projet FBR si les comportements préconisés par cette intervention ne sont pas ancrés socialement ou culturellement (Olafsdottir *et al.*, 2014). D'autres ont montré que la manière dont l'équité est conçue dans un contexte donné peut influencer l'acceptabilité des systèmes de paiement méritocratiques (Chimhutu *et al.*, 2014).

Dans l'ensemble, certains changements «visibles» ont marqué le lancement du projet FBR, notamment les diverses modifications apportées au système de garde, aux sorties des équipes de vaccination, à l'accueil des patient-e-s et à l'hygiène. Ces réformes

montrent que la mise en œuvre du projet FBR peut avoir un impact sur le système de santé, en particulier sur la prestation des services, les ressources humaines et la gouvernance (Witter *et al.*, 2013).

Certaines études ont montré que le fait de donner des informations spécifiques à la communauté augmente l'efficacité de la participation (Nyqvist *et al.*, 2014). Cette approche du partage de l'information correspond à la théorie du changement centrée sur la responsabilité envers la communauté, par opposition à la théorie du changement centrée sur la responsabilité envers les acheteurs et acheteuses de services (Renmans *et al.*, 2017). Le cas présenté dans cette étude appartient à cette dernière théorie du changement, notamment parce que ce que les professionnel-le-s de la santé ont retenu du projet FBR, c'est qu'ils et elles devraient recevoir des primes et que celles-ci étaient liées à la réalisation d'indicateurs de performance. Leurs déclarations reflétaient le fait qu'ils et elles ne comprenaient que très peu la complexité du fonctionnement du FBR. Une observation similaire a été faite au Burkina Faso (Ridde *et al.*, 2018).

En démontrant l'influence du contexte sur la mise en œuvre du FBR par l'approche comparative inter-cas, notre recherche a souligné que dans un contexte de haute performance, les ressources humaines des établissements de santé sont mieux organisées pour mettre en œuvre le FBR que dans un contexte de faible performance.

En raison des retards ultérieurs dans la mise en œuvre du programme pilote et du délai très court de mise en œuvre, la présente étude n'a pu porter que sur la phase de démarrage. Cela représente une limite : les tendances à long terme ne sont pas connues. En même temps, cette situation souligne la nécessité d'adapter le CFIR en fonction des étapes de la mise en œuvre d'un programme (démarrage, moyen terme, post-mise en œuvre) et plus largement du contexte de l'étude (Means, Kemp, Gwayi-Chore, Gimbe, Soi, Sherr *et al.*, s. d.).

Conclusion

Dans cette étude qualitative, nous avons particulièrement insisté sur le rôle des spécificités contextuelles des structures de santé. Les contextes externes et internes ont notamment joué un rôle décisif dans le processus de mise en œuvre. Le leadership et l'engagement des DTC sont beaucoup plus prononcés dans les CSCOM les plus performants que dans les CSCOM les moins performants. En outre, les différences les plus significatives entre les CSCOM performants et les moins performants se trouvent dans le contexte interne (« climat de mise en œuvre » et « état de préparation à la mise en œuvre ») et le processus de mise en œuvre (« engagement »). L'étude a souligné que la mise en œuvre du FBR n'entraîne pas une application mécanique des normes officielles, et que ces normes sont toujours modulées en fonction du contexte. Les contextes jouent en effet un rôle déterminant dans l'efficacité de la mise en œuvre.

Références

- Anselmi, L., Binyaruka, P. & Borghi, J. (2017). Understanding causal pathways within health systems policy evaluation through mediation analysis: An application to payment for performance (P4P) in Tanzania. *Implementation Science*, 12,(10). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0540-1>
- Antony, M., Bertone, M. P. & Barthes, O. (2017). Exploring implementation practices in results-based financing: The case of the verification in Benin. *BMC Health Services Research*, 17(204). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2148-9>
- 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/10.1016/S0140-6736\(11\)60177-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60177-3)

- Bertone, M.P., Falisse, J.-B., Russo, G. & Witter, S. (2018). Context matters (but how and why?) A hypothesis-led literature review of performance based financing in fragile and conflict-affected health systems. *PLoS ONE*, 1-27. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195301>
- Bertone, M. P., Jacobs, E., Toonen, J., Akwataghibe, N. & Witter, S. (2018). Performance-based financing in three humanitarian settings: Principles and pragmatism. *Conflict and Health*, 12(28). <https://doi.org/10.1186/s13031-018-0166-9>
- Bertone, M. P., Lagarde, M. & Witter, S. (2016). Performance-based financing in the context of the complex remuneration of health workers: Findings from a mixed-method study in rural Sierra Leone. *BMC Health Services Research*, 16(286). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1546-8>
- Bhatnagar, A. & George, A. S. (2016). Motivating health workers up to a limit: Partial effects of performance-based financing on working environments in Nigeria. *Health Policy & Planning*, 31(7), 868-877. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw002>
- Bonfrer, I., Van de Poel, E. & Van Doorslaer, E. (2014). The effects of performance incentives on the utilization and quality of maternal and child care in Burundi. *Social Science & Medicine*, 123(1982), 96-104. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.004>
- Canavan, A. & Swai, G. (2008). *Payment for Performance (P4P) evaluation [2008 Tanzania country report for Cordaid]*. Kit Development Policy & Practice.
- Chimhutu, V., Lindkvist, I. & Lange, S. (2014). When incentives work too well: Locally implemented pay for performance (P4P) and adverse sanctions towards home birth in Tanzania – a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14(23). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-23>
- Chimhutu, V., Songstad, N. G., Tjomsland, M., Mrisho, M. & Moland, K. M. (2016). The inescapable question of fairness in Pay-for-performance bonus distribution: A qualitative study of health workers' experiences in Tanzania. *Globalization and Health*, 12(77). <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0213-5>

- Coulibaly, A., Gautier, L., Touré, L. & Ridde, V. (2020). Le financement basé sur les résultats (FBR) au Mali : Peut-on parler d'émergence d'une politique publique de santé? *International Development Policy | Revue internationale de politique de développement*, (12.1). <https://doi.org/10.4000/poldev.3242>
- Crehan, K. & Oppen, A. V. (1988). Understanding of « Development »: An arena of struggle. The story of a development project in Zambia. *Sociologia Ruralis*, 28(2-3), 113-145. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9523.1988.tb01034.x>
- 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>
- Fillo, A., Lohmann, J., Turcotte-Tremblay, A.-M., Somé, P. & Ridde, V. (2019). The importance of leadership and organizational capacity in shaping health workers' motivational reactions to performance-based financing: A multiple case study in Burkina Faso. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(5), 272-279. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.133>
- Gautier, L., Coulibaly, A., De Allegri, M. & Ridde, V. (2019). From Amsterdam to Bamako : A qualitative case study on diffusion entrepreneurs' contribution to performance-based financing propagation in Mali. *Health Policy & Planning*, 34(9), 656-666. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz087>
- Gautier, L., De Allegri, M. & Ridde, V. (2019). How is the discourse of performance-based financing shaped at the global level? A poststructural analysis. *Globalization and Health*, 15(6). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0443-9>
- Gautier, L., Tosun, J., De Allegri, M. & Ridde, V. (2018). How do diffusion entrepreneurs spread policies? Insights from performance-based financing in Sub-Saharan Africa. *World Development*, 110(C), 160-175.

- Gentil, D., Dufumier, M., Macrae, J. & Groupe de recherche pour l'amélioration des méthodes d'investigation en milieux informels et ruraux d'Afrique. (1984). *Le Suivi-évaluation dans les projets de développement rural: Orientations méthodologiques*. INSEE, groupe Amira.
- Gergen, J., Rajkotia, Y., Lohmann, J. & Ravishankar, N. (2018). Performance-based financing kick-starts motivational “feedback loop”: Findings from a process evaluation in Mozambique. *Human Resources for Health*, 16(55). <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0320-x>
- Hawe, P. (2015). Lessons from complex interventions to improve health. *Annual Review of Public Health*, 36, 307-323. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114421>
- Hawe, P., Shiell, A. & Riley, T. (2009). Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology*, 43(3-4), 267-276. <https://doi.org/10.1007/s10464-009-9229-9>
- Ilott, I., Gerrish, K., Booth, A. & Field, B. (2013). Testing the consolidated framework for implementation research on health care innovations from South Yorkshire. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(5), 915-924. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01876.x>
- Lachenal, G. (2013). Le stade Dubaï de la santé publique. *Revue Tiers Monde*, 215(3), 53-71.
- Luoto, J., Shekelle, P. G., Maglione, M. A., Johnsen, B. & Perry, T. (2014). Reporting of context and implementation in studies of global health interventions: A pilot study. *Implementation Science*, 9(57). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-57>
- Mayaka Ma-Nitu, S., Tembey, L., Bigirimana, E., Dossouvi, C. Y., Basenya, O., Mago, E., Mushagalusa Salongo, P., Zongo, A. & Verinumbe, F. (2018). Towards constructive rethinking of PBF: Perspectives of implementers in sub-Saharan Africa. *BMJ Global Health*, 3(5). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001036>

- Mayumana, I., Borghi, J., Anselmi, L., Mamdani, M. & Lange, S. (2017). Effects of payment for performance on accountability mechanisms: Evidence from Pwani, Tanzania. *Social Science & Medicine* 179(1982), 61-73. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.022>
- Means, A. R., Kemp, C. G., Gwayi-Chore, M.-C. et al. (2020). Evaluating and optimizing the consolidated framework for implementation research (CFIR) for use in low- and middle-income countries: A systematic review. *Implementation Science*, 15(17). <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0977-0>
- Meda, Z. C., Konate, L., Ouedraogo, H., Sanou, M., Hercot M. & Sombie, I. (2012). Leadership et vision exercée pour la couverture universelle des soins dans les pays à faible revenu. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 21(3), 178-184. doi:10.1684/san.2011.0268
- Milstein, R. & Schreyoegg, J. (2016). Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. *Health Policy*, 120(10), 1125-1140. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.08.009>
- MISELI. (2016). *Processus de sélection des sites de l'enquête dans le cadre du programme de recherche « FBR et équité au Mali et au Burkina », note de synthèse [Rapport de recherche]*. MISELI.
- MSHP, MTASH, MPFEF. (2013). *Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP), Ministère du travail et des affaires sociales et humanitaires (MTASH), Ministère de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant (MPFEF). Programme de développement sanitaire et social (PRODESS) 2014-2018, Mali.*
- Nyqvist, M. B., de Walque, D. & Svensson, J. (2014). *Information is power: Experimental evidence on the long-run impact of community based monitoring* [Policy Research Working Paper (WPS 7015), 1-53]. Impact Evaluation series, The World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/739811468318587268/Information-is-power-experimental-evidence-on-the-long-run-impact-of-community-based-monitoring>

- Ogundeji, Y. K., Jackson, C., Sheldon, T., Olubajo, O. & Ihebuzor, N. (2016). Pay for performance in Nigeria: The influence of context and implementation on results. *Health Policy & Planning*, 31(8), 955-963. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw016>
- Olafsdottir, A. E., Mayumana, I., Mashasi, I., Njau, I., Mamdani, M., Patouillard, E., Binyaruka, P., Abdulla, S. & Borghi, J. (2014). Pay for performance: An analysis of the context of implementation in a pilot project in Tanzania. *BMC Health Services Research*, 14(392). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-392>
- Olivier de Sardan, J.-P. & Ridde, V. (2015). Public policies and health systems in Sahelian Africa: Theoretical context and empirical specificity. *BMC Health Services Research*, 15(S3). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S3>
- Palier, B. & Bonoli, G. (1999). Phénomènes de Path Dependence et réformes des systèmes de protection sociale. *Revue française de science politique*, 49(3), 399-420. <https://doi.org/10.3406/rfsp.1999.395383>
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(5), 533-544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- Paul, E., Albert, L., N'Sambuka Bisala, B. et al. (2018). Performance-based financing in low-income and middle-income countries: isn't it time for a rethink? *BMJ Global Health*, 3(e000664). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000664>
- Paul, E., Lamine Dramé, M., Kashala, J.-P., Ekambi Ndema, A., Kounnou, M., Aïssan, J. C. & Gyselinck, K. (2018). Performance-based financing to strengthen the health system in Benin: Challenging the mainstream approach. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(1), 35-47. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.42>

- 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>
- Pfadenhauer, L. M., Gerhardus, A., Mozygemba, K. et al. (2017). Making sense of complexity in context and implementation: The Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation Science*, 12(21). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5>
- Renmans, D., Holvoet, N., Criel, B. & Meessen, B. (2017). Performance-based financing: The same is different. *Health Policy & Planning*, 32(6), 860-868. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx030>
- Renmans, D., Holvoet, N., Orach, C. G. & Criel, B. (2016). Opening the « black box » of performance-based financing in low- and lower middle-income countries: A review of the literature. *Health Policy & Planning*, 31(9), 1297-1309. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw045>
- Ridde, V. & Olivier de Sardan, J.-P. (2017). La mise en œuvre des interventions de santé publique en Afrique: Un thème stratégique négligé. *Médecine et Santé Tropicales*, 27(1), 6-9. <https://doi.org/10.1684/mst.2016.0605>
- Ridde, V., Yaogo, M., Zongo, S., Somé, P.-A. & Turcotte-Tremblay, A.-M. (2018). Twelve months of implementation of health care performance-based financing in Burkina Faso: A qualitative multiple case study. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), e153-e167. <https://doi.org/10.1002/hpm.2439>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H. & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893-1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>

- Seppey, M., Ridde, V., Touré, L. & Coulibaly, A. (2017). Donor-funded project's sustainability assessment: A qualitative case study of a results-based financing pilot in Koulikoro region, Mali. *Globalization and Health*, 13(86). <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0307-8>
- Shoveller, J., Viehbeck, S., Di Ruggiero, E., Greyson, D., Thomson, K. & Knight, R. (2016). A critical examination of representations of context within research on population health interventions. *Critical Public Health*, 26(5), 487-500. <https://doi.org/10.1080/09581596.2015.1117577>
- Ssengooba, F., McPake, B. & Palmer, N. (2012). Why performance-based contracting failed in Uganda—An « open-box » evaluation of a complex health system intervention. *Social Science & Medicine*, 75(2), 377-383. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.050>
- 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/10.1016/j.ssmph.2017.01.001>
- Toonen, J., Canavan, A., Vergeer, P. & Elovainio, R. (2009). *Learning lessons on implementing performance based financing, from a multi-country evaluation* [Synthèse de Rapport]. KIT (Royal Tropical Institute), Cordaid & WHO.
- Turcotte-Tremblay, A.-M., Spagnolo, J., De Allegri, M. & Ridde, V. (2016). Does performance-based financing increase value for money in low- and middle- income countries? A systematic review. *Health Economics Review*, 6(30). <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0103-9>
- Winter, G. (dir.). (2001). *Inégalités et politiques publiques en Afrique: Pluralités des normes et jeux d'acteurs*. Karthala.
- Witter, S., Toonen, J., Meessen, B., Kagubare, J., Fritsche, G. & Vaughan, K. (2013). Performance-based financing as a health system reform: Mapping the key dimensions for monitoring and evaluation. *BMC Health Services Research*, 13(367). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-367>

- Yin, R. K. & Ridde, V. (2018). 10. Théorie et pratiques des études de cas en évaluation de programmes. Dans C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (179-198). Presses de l'Université de Montréal. <http://books.openedition.org/pum/5989>
- Young, G. J., White, B., Burgess, J. F., Berlowitz, D., Meterko, M., Guldin, M. R. & Bokhour, B. G. (2005). Conceptual issues in the design and implementation of pay-for-quality programs. *American Journal of Medical Quality: The Official Journal of the American College of Medical Quality*, 20(3), 144-150. <https://doi.org/10.1177/1062860605275222>
- Zitti, T., Gautier, L., Coulibaly, A. & Ridde, V. (2019). Stakeholder perceptions and context of the implementation of performance-based financing in district hospitals in Mali. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(10), 583-592. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.45>
- Zombré, D., Turcotte-Tremblay, A.-M., Sangaré, A. et al. (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'éthique à l'émique*. ACFAS, Québec. http://methodesmixtesfrancophonie.pbworks.com/w/file/fetch/109401628/Zombr%C3%A9_et_al_ACFAS_MMIRA_2016.pdf

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

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Méthodes

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

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

Résultats

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Discussion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Implications pour les interventions

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

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

Conclusion

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

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

Remerciements

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

Références

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

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

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

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

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

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

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

Introduction

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

1. Ce chapitre est une traduction d'un article publié en anglais et remanié/réduit pour cet ouvrage : Fillol A., Lohmann J., Turcotte-Tremblay A.-M., Somé P. A., Ridde V. (2019). The importance of leadership and organizational capacity in shaping health workers' motivational reactions to performance-based financing: A multiple case study in Burkina Faso. *International Journal of Health Policy Management*, 8(5), 272-279.

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

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

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

Encadré 1 : Description du FBP au Burkina Faso

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

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

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

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

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

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

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

La théorie de l'auto-détermination

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

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

Objectifs de l'étude

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

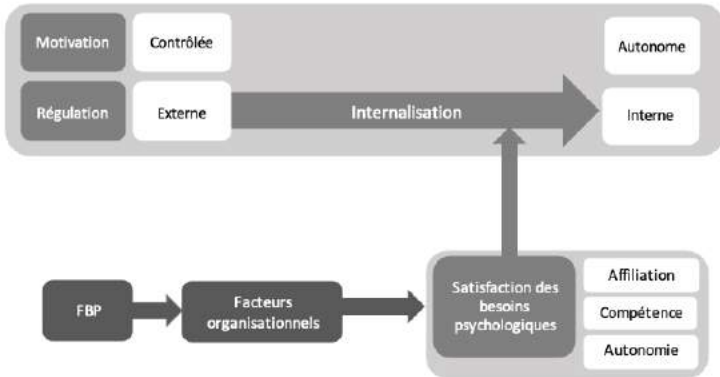


Figure 1. Cadre conceptuel de l'étude

Méthode

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

Résultats

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Discussion

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

Importance clé du leadership

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

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

FBP : du succès (seulement) au succès?

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

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

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

Conclusion

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

Remerciements

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

Bibliographie

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

- Bhatnagar, A. & George, A. S. (2016). Motivating health workers up to a limit: Partial effects of performance-based financing on working environments in Nigeria. *Health Policy & Planning*, 31(7), 868-877. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw002>
- Borghgi, J., Lohmann, J., Dale, E., Meheus, F., Goudge, J., Oboirien, K. & Kuwawenaruwa, A. (2018). How to do (or not to do)... Measuring health worker motivation in surveys in low- and middle-income countries. *Health Policy & Planning*, 33(2), 192-203. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx153>
- Chimhutu, V., Lindkvist, I. & Lange, S. (2014). When incentives work too well: Locally implemented pay for performance (P4P) and adverse sanctions towards home birth in Tanzania – a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14(23). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-23>
- Craig, P., Ruggiero, E. D., Frohlich, K. L. et al. (2018). *Taking account of context in population health intervention research: Guidance for producers, users and funders of research*. NIHR Journals Library.
- Deci, E. L., Olafsen, A. H. & Ryan, R. M. (2017, 21 mars). *Self-determination theory in work organizations: The state of a science (world)* [Review-article]. [Http://Dx.Doi.Org/10.1146/Annurev-Orgpsych-032516-113108](http://Dx.Doi.Org/10.1146/Annurev-Orgpsych-032516-113108); Annual Reviews. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113108>
- Fillol, A., Lohmann, J., Turcotte-Tremblay, A.-M., Somé, P.-A. & Ridde, V. (2019). The importance of leadership and organizational capacity in shaping health workers' motivational reactions to performance-based financing: A multiple case study in Burkina Faso. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(5), 272-279. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.133>
- Gagné, M. (2014). *The Oxford Handbook of Work Engagement, Motivation, and Self-Determination Theory*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199794911.001.0001>
- Gagné, M. & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 331-362. <https://doi.org/10.1002/job.322>

- Ireland, M., Paul, E. & Dujardin, B. (2011). Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? *Bulletin of the World Health Organization*, 89(9), 695-698. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.087379>
- Johns, G. (2018). Advances in the treatment of context in organizational research. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5(1), 21-46. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104406>
- Lohmann, J., Muula, A. S., 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/10.1016/j.socscimed.2018.04.053>
- Lohmann, J., Souares, A., Tiendrebéogo, J., Houlfort, N., Robyn, P. J., Somda, S. M. A. & De Allegri, M. (2017). Measuring health workers' motivation composition: Validation of a scale based on Self-Determination Theory in Burkina Faso. *Human Resources for Health*, 15(33). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0208-1>
- Lohmann, J., Wilhelm, D., Kambala, C., Brenner, S., Muula, A. S., & De Allegri, M. (2018). 'The money can be a motivator, to me a little, but mostly PBF just helps me to do better in my job.' An exploration of the motivational mechanisms of performance-based financing for health workers in Malawi. *Health Policy & Planning*, 33(2), 183-191. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx156>
- Meda, Z. C., Konate, L., Ouedraogo, H., Sanou, M., Hercot, D. & Sombie, I. (2012). Leadership et vision exercée pour la couverture universelle des soins dans les pays à faible revenu. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 21(3), 178-184. doi:10.1684/san.2011.0268
- Meessen, B., Soucat, A. & Sekabaraga, C. (2011). Performance-based financing: Just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of the World Health Organization*, 89(2), 153-156. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.077339>

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

- Ridde, V., Yaogo, M., Zongo, S., Somé, P.-A. & Turcotte-Tremblay, A.-M. (2017). Twelve months of implementation of health care performance-based financing in Burkina Faso: A qualitative multiple case study. *The International Journal of Health Planning and Management*. <https://doi.org/10.1002/hpm.2439>
- Savedoff, W. D. & Partner, S. (2010). *Basic economics of results-based financing in health*. Social Insight.
- Schriver, M., Cubaka, V. K., Itangishaka, S., Nyirazinyoye, L. & Kallestrup, P. (2018). Perceptions on evaluative and formative functions of external supervision of Rwandan primary healthcare facilities: A qualitative study. *PLOS ONE*, 13(2), e0189844. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189844>
- Soucat, A., Dale, E., Mathauer, I. & Kutzin, J. (2017). Pay-for-performance debate: Not seeing the forest for the trees. *Health Systems & Reform*, 3(2), 74-79. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1302902>
- Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D. & Ditlopo, P. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: A systematic review. *BMC health services research*, 8(247).
- Witter, S., Fretheim, A., Kessy, F. L. & Lindahl, A. K. (2012). Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007899.pub2>
- Yé, M., Diboulo, E., Kagoné, M., Sié, A., Sauerborn, R. & Loukanova, S. (2016). Health worker preferences for performance-based payment schemes in a rural health district in Burkina Faso. *Global Health Action*, 9(1). <https://doi.org/10.3402/gha.v9.29103>

12. Le besoin de navigateurs et navigatrices en santé pour soutenir l'accès aux soins des indigent-e-s en Afrique subsaharienne

SARAH LOUART, EMMANUEL BONNET, KADIDIATOU KADIO ET VALÉRY RIDDE

Introduction

L'objectif d'atteindre une couverture santé universelle est devenue une priorité au niveau mondial depuis de nombreuses années (WHO, 2005)¹. Alors que de nombreux pays ont engagé des actions dans ce sens, la question de la prise en compte des indigentes et indigents semble très peu abordée. Un-e indigent-e peut être défini-e comme une personne extrêmement défavorisée sur le plan social et économique, incapable de subvenir à ses propres besoins et dépourvue de ressources internes ou externes (Ridde *et al.*, 2010). Bien que le défi de l'accès de ces personnes aux services de santé soit mis en lumière depuis très longtemps (Kaddar *et al.*, 2000), peu d'actions semblent avoir été entreprises. Les indigent-e-s, du fait de leur situation socio-économique qui ne leur permet pas de financer leur recours aux soins, ont longtemps été exclu-e-s des systèmes de santé par les politiques requérant le paiement des soins au point de délivrance des services. Néanmoins, dans certains pays, comme au Mali grâce au Régime d'Assistance MEDicale (RAMED) (Touré & Ridde,

1. Ce chapitre est une traduction/adaptation de deux articles publiés en anglais et remanié/réduit pour cet ouvrage : Louart, S., Bonnet, E., Kadio K. & Ridde, V. (2021). How could patient navigation help promote health equity in sub-Saharan Africa? A qualitative study among public health experts. *Global Health Promotion*, 28(1), 75-85. <https://doi.org/10.1177/1757975920980723>; Louart, S., Bonnet, E. & Ridde, V. (2021). Is patient navigation a solution to the problem of "leaving no one behind"? A scoping review of evidence from low-income countries. *Health Policy & Planning*, 36(1), 101-116. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa093>

2020) ou au Burkina Faso grâce à un programme d'exemption de paiement (Ridde, Yaogo *et al.*, 2010), des politiques visant à exonérer les indigent-e-s du paiement des frais d'utilisation du système de santé ont été instaurées. Cependant, les évaluations des effets de ces programmes ont montré que ces politiques de gratuité n'ont pas permis d'augmenter significativement l'utilisation des services de santé par les indigent-e-s (Atchessi *et al.*, 2016; Beaugé *et al.*, 2020)². Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils et elles rencontrent une multitude de barrières, au-delà de la barrière financière, qui les empêchent d'accéder aux services de santé. D'après une étude menée au Burkina Faso, ces indigent-e-s sont souvent des personnes non mariées, veuves ou âgées (Kadio *et al.*, 2014; Ouédraogo *et al.*, 2017). Ils ou elles peuvent faire face à une exclusion sociale, un manque de moyen de transport, des problèmes de mobilité physique, des maladies mentales ou autres, qui entravent leurs capacités à accéder aux soins nécessaires. Dans ces conditions, comment permettre à cette catégorie de population de dépasser les obstacles qu'elle rencontre tout au long du parcours de soins?

Dans les pays à haut revenu, des interventions de navigation en santé se multiplient depuis de nombreuses années pour soutenir l'accès aux soins des populations les plus vulnérables et exclues des systèmes de santé (Valaitis *et al.*, 2017). Elles sont basées sur le travail de navigateurs et navigatrices, qui accompagnent les patientes et patients tout au long de leur parcours de soins pour les aider à surmonter les barrières qu'ils ou elles rencontrent à leur niveau. Ces programmes ont montré de nombreux bénéfices, pouvant notamment aider à réduire les inégalités en santé (Natale-Pereira *et al.*, 2011) et permettre d'agir sur les déterminants sociaux de la santé (Carter *et al.*, 2018). La proximité entre les navigateurs et navigatrices et les patient-e-s leur permet de prendre en compte leurs besoins spécifiques et d'avoir une action ciblée. Cependant, très peu de connaissances sont disponibles sur ce type de programmes dans les pays à faible revenu. L'objectif de notre chapitre est donc de proposer une revue des écrits pour examiner toutes les interventions de navigation mises en œuvre pour des populations pauvres ou vulnérables dans les pays à faible

2. Voir le chapitre de Beaugé *et al.*

revenu (Louart *et al.*, 2020). Nous avons également, en complément, réalisé des entrevues avec des expert-e-s en santé publique pour réfléchir à comment adapter les actions trouvées dans la littérature à la situation spécifique des indigent-e-s en Afrique subsaharienne (Louart *et al.*, 2021).

Méthode

Cadre d'analyse

Nous avons choisi de nous appuyer sur le cadre d'analyse de Levesque *et al.* (2013) (figure 1). Il permet de conceptualiser les différentes dimensions de l'accès aux soins du point de vue des patient-e-s et des services, et d'analyser les barrières à l'accès aux soins en matière de parcours de soins (chaque dimension décrite pouvant correspondre à une étape du parcours). Il met en lumière cinq capacités des patient-e-s à accéder aux soins : capacité à percevoir, à chercher, à atteindre, à payer et à s'engager. Ces cinq capacités sont en lien avec cinq caractéristiques du système de santé : accessibilité, acceptabilité, disponibilité et accueil, coût et pertinence/adéquation et qui, ensemble, déterminent les possibilités d'accès des patient-e-s aux services de santé. Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes focalisé-e-s sur les capacités des patient-e-s (en bas du schéma), plutôt que sur les caractéristiques liées au système de santé (en haut du schéma), car les navigateurs et navigatrices agissent plutôt sur les barrières à l'accès aux soins au niveau des patient-e-s, et n'ont souvent pas le rôle ni le pouvoir d'agir directement sur les caractéristiques des systèmes de santé (par exemple sur le choix de la localisation des établissements de santé ou sur le coût des soins).

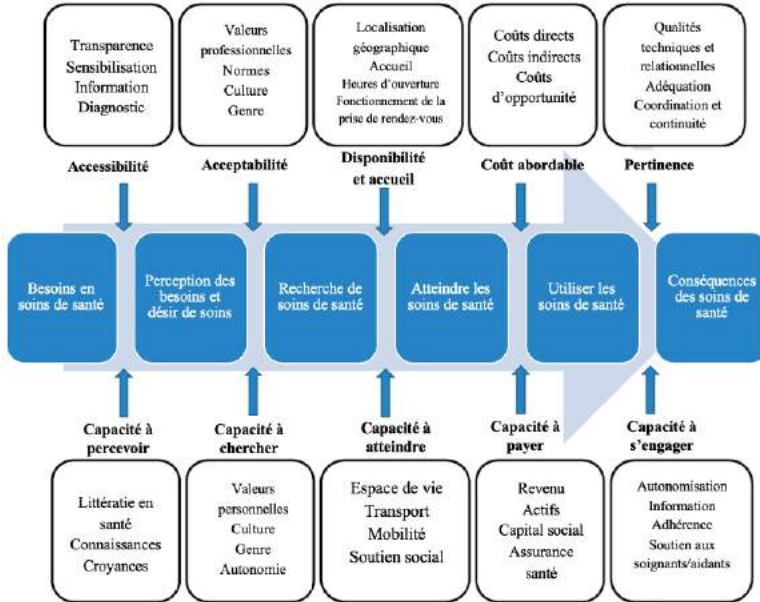


Figure 1. Cadre d'analyse des différentes dimensions de l'accès aux services de santé; Source : © 2013 Levesque et al. 15 licensee BioMed Central Ltd., traduit par les auteurs et autrices.

Revue des écrits

Nous avons réalisé une revue exploratoire (*scoping review*), un type spécifique de revue des écrits, qui se base sur un protocole de recherche précis et vise l'exhaustivité et l'objectivité des références scientifiques collectées. Nous nous sommes appuyé-e-s sur la méthode développée par Arksey et O'Malley (2005) et avons cherché dans neuf bases de données scientifiques les articles liés aux quatre concepts clés nécessaires pour répondre à notre question de recherche (navigation/navigateur-navigatrice, santé, pauvre/vulnérable et pays à faible revenu), à savoir: «que sait-on des interventions de navigation en santé en faveur de l'accès aux systèmes de santé pour les populations pauvres/vulnérables dans les pays à faible revenu?» Nous avons défini la navigation en santé comme une intervention impliquant une personne, un groupe de personnes ou une organisation, qui vise à promouvoir l'accès aux services de santé

aux personnes qui sont déconnectées (marginalisées, exclues) des systèmes de santé en agissant sur au moins deux des cinq capacités nécessaires pour accéder aux services de santé, telles que définies par Levesque *et al.* (2013) (Louart *et al.*, 2020). Pour plus de détails sur la méthodologie utilisée, voir Louart *et al.* (2020).

Recherche qualitative

Nous avons également réalisé 22 entretiens avec des expert-e-s en santé publique, spécialistes des pays africains et disposant d'une expertise sur la situation d'indigence. Parmi ces 22 expert-e-s, 12 sont des chercheurs et chercheuses et 10 sont des personnes qui travaillent dans des institutions spécialisées sur la santé dans les pays africains; 11 sont Africain-e-s et 11 sont Européen-ne-s; huit sont des femmes et 14 sont des hommes. Nous avons également utilisé le cadre de Levesque *et al.* (2013) pour construire nos guides d'entretien et pour analyser les entrevues. Tous les entretiens ont été intégralement retranscrits et analysés avec un logiciel d'analyse des données qualitatives (NVivo12). Pour plus de détails sur la méthodologie utilisée, voir Louart, Bonnet, Kadio et Ridde (2021).

Résultats

Quelles sont les connaissances existantes sur ce type d'intervention?

La recherche que nous avons effectuée dans les bases de données nous a permis de trouver 2184 articles. Nous les avons sélectionnés selon des critères bien définis liés à leur pertinence pour notre recherche et avons finalement inclus 60 articles dans la revue pour les analyser. Ces 60 articles reportent les résultats de 48 interventions de navigation en santé (parfois plusieurs articles étaient à propos de la même intervention) dans 16 pays à faible revenu: Burkina Faso, Ethiopie, Guinée-Bissau, Haïti, Liberia, Malawi, Mozambique, Népal, Niger, Rwanda, République Démocratique du Congo, Sierra Leone, Tanzanie, Togo, Uganda et Zimbabwe. Très peu d'articles faisaient référence au terme de navigation en santé et seul un a mobilisé ce

terme pour décrire l'intervention mise en œuvre (Matousek *et al.*, 2017). Cela montre que malgré la popularité croissante de ce terme dans les pays à haut revenu pour décrire ce type d'intervention, ce vocabulaire est très peu mobilisé pour décrire le même type d'action dans les pays à faible revenu.

Parmi les interventions de navigation que nous avons trouvées dans la littérature et qui ont été mises en œuvres dans les pays à faible revenu, aucune ne cible spécifiquement les indigent.e.s ou les personnes âgées. Les trois principales cibles de ces programmes sont les personnes vivant avec le VIH, les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Ainsi, on peut constater que, comme la plupart des interventions en santé publique, celles-ci se focalisent sur des publics qualifiés de vulnérables par les politiques publiques ou sur des maladies épidémiques telles que le VIH/SIDA. Mais les populations les plus démunies sont encore une fois hors du spectre des bénéficiaires.

Nous avons classé les interventions selon les capacités des patient-e-s à accéder aux services de santé (décrites par Levesque *et al.* (2013)) sur lesquelles elles agissent. Nous avons trouvé que toutes les interventions (48) agissent sur la capacité à percevoir, six ciblent la capacité à chercher, 34 la capacité à atteindre, huit la capacité à payer et 30 la capacité à s'engager. Aucune intervention trouvée dans la littérature n'agit sur toutes les capacités à la fois. On peut donc constater que c'est sur la capacité à chercher que le moins d'interventions agissent. La capacité à payer, quant à elle, est également moins ciblée par les interventions, mais cela peut s'expliquer par le fait que les mesures d'exemption sont plus souvent liées directement aux systèmes de santé (politiques d'exemption de paiement, etc.) plutôt qu'à des actions sur les capacités des individus (activités génératrices de revenu pour financer les soins de santé, distribution de coupons pour financer les soins, etc). Le tableau 1 présente des exemples d'actions mises en œuvre pour agir sur chacune des capacités à accéder aux soins, trouvées dans les écrits scientifiques (pour une liste plus exhaustive, voir Louart *et al.* (2020)).

Le besoin de navigateurs et navigatrices en santé pour soutenir l'accès aux soins des indigent-e-s en Afrique subsaharienne

Capacité à percevoir	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les malades au sein de la communauté et les inciter à se faire soigner • Réaliser des campagnes d'information et de promotion de la santé, soit au niveau communautaire (réunions, groupes d'information, ou via la radio ou les journaux locaux) ou au niveau individuel (visites à domicile, etc.) • Accompagner les patient-e-s aux réunions d'information • Organiser des campagnes de diagnostic à domicile, au niveau de la communauté ou des établissements de santé • Contacter les patient-e-s qui ne se sont pas rendu-e-s au centre de santé après un diagnostic qui a révélé une maladie • Référer les patient-e-s vers des organisations locales offrant un soutien additionnel (financier, social, etc.)
Capacité à chercher	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter les activités mises en œuvre et les informations données aux différents groupes culturels • Aider les patient-e-s à remplir les papiers administratifs requis pour se faire soigner • Sensibiliser les hommes à encourager les femmes à se rendre aux centres de santé • Informer les patient-e-s de la possibilité de reproduire certaines traditions culturelles aux centres de santé
Capacité à atteindre	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser un véhicule dédié pour transporter les patient-e-s vers les centres de santé • Accompagner les patient-e-s jusqu'au centre de santé • Aider les patient-e-s à financer leur transport jusqu'au centre de santé • Soutenir les stratégies communautaires pour financer et organiser le transport • Orienter les patient-e-s à l'intérieur des établissements sanitaires (guider les patient-e-s à toutes les étapes nécessaires dans la clinique) • Rembourser le carburant des personnes de la communauté qui ont accepté de transporter un-e patient-e • Équiper les navigateurs ou navigatrices de téléphone pour alerter les centres de santé en cas d'urgence et appeler des ambulances pour faciliter la référence
Capacité à payer	<ul style="list-style-type: none"> • Aider les patient-e-s et leur famille à financer les soins (distribution de bons, etc.) • Soutenir les stratégies communautaires pour mutualiser le paiement des soins (initiative de partage des coûts, fonds d'urgence, etc.) • Promouvoir l'épargne pour la santé par la création de groupes d'épargne communautaires • Soutenir la réalisation d'activités génératrices de revenu
Capacité à s'engager	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser des visites à domicile pour faciliter l'adhésion au traitement, observer la bonne prise des médicaments, s'assurer de la continuité des soins, apporter un soutien psychologique, informer les effets secondaires des traitements, identifier des signes de danger et donner l'alerte en cas de complication • Distribuer de la nourriture pour aider à la prise des médicaments • Soutenir la participation des patient-e-s à des groupes de soutien et des groupes d'information (sur comment gérer une thérapie à long terme par exemple) • Accompagner les patient-e-s à leurs visites de suivi • Informer sur l'importance du suivi régulier du traitement via la radio ou des supports audiovisuels • Discuter des barrières à l'adhésion au traitement et réfléchir à la mise en place de solutions

Tableau 1. Exemples d'action pour agir sur chaque capacité de l'accès aux soins.

Concernant les types de navigateurs et navigatrices que nous avons pu relever dans la littérature, nous avons trouvé que la plupart du temps ce rôle était occupé par des agent-e-s de santé communautaire. Quand leur genre était mentionné dans les articles (ce qui était le cas pour 24 interventions sur les 48 identifiées), nous avons pu constater que ce statut était plus souvent endossé par des femmes: exclusivement des femmes pour huit interventions, majoritairement des femmes (plus de 50%) pour sept, majoritairement des hommes pour trois, et à la fois des hommes et des femmes (sans précision) dans six interventions. Parfois, les actions de navigation étaient mises en œuvre par des pair-e-s navigateurs ou navigatrices,

c'est-à-dire des personnes qui ont eu l'expérience d'une situation médicale similaire à celle vécue par les personnes qu'elles conseillent et supportent. Cela était notamment le cas dans le cadre d'interventions de navigation ciblant des femmes enceintes ou des personnes atteintes du VIH. Ces navigatrices et navigateurs peuvent être des volontaires, percevoir des compensations en nature (par exemple un vélo pour les aider dans leurs déplacements) ou se voir attribuer une rémunération. Cette rétribution est parfois un simple bonus ou compensation, mais dans certains cas (peu nombreux) les navigateurs et navigatrices recevaient un salaire pour leur travail.

Concernant les évaluations de ces interventions, elles se focalisent majoritairement sur la mesure de l'efficacité de ces programmes. Très peu d'évaluations mesurent l'équité des actions. Néanmoins, le peu d'évaluations qui ont analysé l'équité montrent des résultats prometteurs, puisque les interventions ont bénéficié à certaines des populations les plus démunies. Par exemple, une intervention de lutte contre la tuberculose en Éthiopie a permis d'améliorer l'accès aux soins de personnes qui étaient jusque-là exclues des services de santé (Datiko *et al.*, 2015). Une autre intervention qui ciblait les femmes enceintes au Népal et au Malawi a permis d'améliorer au moins autant la situation des groupes les plus marginalisés que celles des femmes les mieux loties (Houweling *et al.*, 2019).

Globalement, les évaluations des interventions montrent de très bons résultats relatifs à l'amélioration du nombre de personnes qui a accès aux soins, la réduction de la mortalité, l'augmentation des taux d'utilisation des services, la réduction du temps avant d'utiliser les services de santé, l'amélioration de l'adhésion au traitement, etc. Les interventions sont majoritairement considérées comme ayant un bon rapport coût-efficacité et sont le plus souvent jugées acceptables pour les navigateurs et navigatrices et les bénéficiaires. Le rôle des navigateurs et navigatrices leur permet de créer un pont entre les familles et les centres de santé (Mukherjee & Eustache, 2007) et de fournir un soutien économique, psychologique, matériel et émotionnel (Muzyamba, 2019). Leur proximité avec les patient-e-s peut créer un désir de réciprocité qui peut favoriser leur participation et implication dans le programme (Ware *et al.*, 2016).

Certains effets négatifs ont néanmoins été relevés dans les articles comme ayant compromis ou entaché le succès des programmes de navigation. Par exemple, du fait de leur statut de volontaire, les navigatrices et navigateurs doivent parfois s'absenter fréquemment pour réaliser d'autres activités génératrices de revenus, ce qui peut influencer leur capacité à répondre aux besoins des patient-e-s (Altaras *et al.*, 2017). Certains articles mettent également en avant le fait que les communautés engagées dans le programme avaient certaines attentes vis-à-vis des navigateurs et navigatrices qui allaient au-delà du rôle qui leur avait été attribué, comme par exemple la distribution de médicaments, et que cela, ou le manque de bénéfice financier à la participation à l'intervention par exemple, pouvait entraver la motivation des personnes à s'engager dans le programme (Asher *et al.*, 2018; Musinguzi *et al.*, 2017).

Nous avons pu relever certains éléments clés pour favoriser la réussite des interventions de navigation. D'abord, il est souhaitable que les navigateurs et navigatrices soient familiers et familières avec le contexte des patient-e-s désavantagé-e-s et pas trop éloigné-e-s de leur situation socio-économique (Busza *et al.*, 2018; Mukherjee & Eustache, 2007) même s'ils ou elles peuvent être plus éduqué-e-s et plus mobiles au sein de la communauté. Ils ou elles doivent être déployé-e-s de façon stratégique afin de pouvoir atteindre les zones géographiques où se situent les populations les plus démunies, être disponibles la plupart du temps et facilement localisables (Altaras *et al.*, 2017). S'ils ou elles sont issu-e-s de la communauté, cela peut aider à réduire l'isolation sociale des patient-e-s ou leur stigmatisation (Behforouz *et al.*, 2004). Cependant, il est essentiel de prendre en compte les enjeux de pouvoir et les biais politiques qui peuvent influencer leur processus de sélection. Un autre élément important est la reconnaissance du statut du navigateur ou de la navigatrice par la fourniture d'un contrat ou d'une attestation garantissant la formation effectuée qui permet de rassurer la communauté sur leurs compétences (Altaras *et al.*, 2017) et par le versement d'une rémunération adéquate pour s'assurer de leur disponibilité et pour maintenir leur motivation (Besada *et al.*, 2018). Le lien entre les navigatrices et navigateurs et les professionnel-le-s de santé est aussi crucial pour la bonne conduite de ces programmes. Cependant, ce

lien est complexe à entretenir : des réunions fréquentes peuvent être un élément important de la réussite du programme (Ferrand *et al.*, 2017), mais les communautés peuvent aussi parfois voir d'un mauvais œil les « alliances » entre les navigateurs et navigatrices et les structures sanitaires formelles (Musinguzi *et al.*, 2017).

Certains facteurs ont été mis en avant dans les articles comme pouvant permettre de s'assurer que ces interventions bénéficient aux plus démunis : adapter les outils et lieux de communication, mobiliser une approche participative pour définir les activités mises en œuvre, prendre en compte les besoins spécifiques rencontrés par les catégories socio-économiques les plus basses (Kassam *et al.*, 2017), sélectionner des navigatrices et navigateurs pas trop différent-e-s des participant-e-s (Houweling *et al.*, 2016), et s'assurer que l'intervention couvre tout le monde tout en ayant une attention spécifique envers les personnes les plus vulnérables (Houweling *et al.*, 2019).

Comment adapter ces interventions pour les indigent-e-s en Afrique subsaharienne ?

À partir des informations que nous avons pu recueillir sur les programmes de navigation en santé dans les pays à faible revenu, et puisqu'aucune intervention ne ciblait spécifiquement les indigent-e-s, nous avons demandé aux expert-e-s s'ils ou elles trouvaient que ce type de programme était pertinent à mettre en œuvre pour les indigent-e-s en Afrique subsaharienne. Et dans l'affirmative, comment les actions mises en œuvre pour d'autres populations vulnérables pourraient être adaptées pour cette catégorie de population.

Les expert-e-s ont d'abord souligné que les indigent-e-s faisaient face à de nombreux obstacles qui placent la santé au second plan face à d'autres priorités, comme le fait de pouvoir se nourrir : « le recours aux soins c'est comme un luxe. Donc quand tu es malade, la première chose que tu te dis c'est que ça va passer, et tu essaies de supporter ça un certain temps. » (experte interrogée 3, E.3) Pour expliquer le fait que les indigent-e-s ne recourent pas aux soins même quand ils sont gratuits, les expert-e-s ont mis en lumière qu'« il y a une exclusion financière, mais il y a aussi une exclusion sociale, culturelle, politique, etc. Donc agir sur une des dimensions est pertinent, mais souvent

pas suffisant.» (E.9) Ils ou elles ont ensuite cité plusieurs exemples de barrières qui peuvent entraver l'accès aux soins des indigent-e-s, comme le manque d'informations sur leur droit à la gratuité (quand il existe) et sur les règles de fonctionnement du système de santé, la peur d'être mal reçu-e et d'être discriminé-e, l'auto-stigmatisation, la distance géographique du centre de santé, le manque d'accompagnement pour se rendre au centre du fait de leur isolation sociale, la mauvaise qualité des soins reçus due à leur relation inégale avec les professionnel-le-s de santé, etc. La majorité des expert-e-s ont donc trouvé que des interventions de type navigation en santé étaient extrêmement pertinentes à mettre en œuvre pour les indigent-e-s. En effet, pour agir sur la multitude de barrières à l'accès aux soins qu'ils ou elles rencontrent tout au long de leur parcours de soins, un soutien à chaque étape de ce parcours a semblé crucial, d'autant plus que ce sont des gens qui «sont sans voix, qui se disent que dans tous les cas personne ne les voit, rien n'est fait pour eux » (E.4). Ce soutien nécessaire, et qui ne doit pas uniquement se cantonner au domaine de la santé mais doit s'intégrer dans une vision plus holistique de la situation d'indigence, pourrait donc être fourni par un navigateur ou une navigatrice.

Nous avons ensuite discuté avec les expert-e-s sur la pertinence des actions identifiées grâce à la revue des écrits pour dépasser tous ces obstacles et agir sur chaque capacité à l'accès aux soins décrite dans le cadre de Levesque *et al.* (2013). Seule la capacité à payer n'a pas été abordée en profondeur au cours des entretiens, car certains pays (comme le Burkina Faso ou le Mali par exemple) ont déjà des programmes d'exemption du paiement pour les indigent-e-s qui permettent théoriquement de lever cette barrière. Dans tous les cas, les expert-e-s ont souligné que la gratuité des soins était un prérequis nécessaire pour cette catégorie de population, car elle est en «incapacité durable de payer le minimum des frais médicaux » (Kaddar *et al.*, 2000).

Capacité à percevoir

Concernant la capacité à percevoir, qui est celle sur laquelle le plus d'interventions de navigation agissent d'après la revue des écrits effectuée, les expert-e-s ont expliqué qu'il était nécessaire d'agir sur cette capacité, mais que ce n'était qu'une étape dans le parcours de soins. Il ne faut pas uniquement se focaliser sur le fait d'informer sur les possibilités de recours aux soins en se basant simplement sur l'idée que ces personnes ne sont pas informées. Ils ou elles ont expliqué que le non-recours aux soins est souvent lié à beaucoup d'autres barrières que celle de l'information et qu'il ne faut pas sous-estimer les difficultés rencontrées : « par souci d'efficacité et de retour sur argent investi, c'est plus facile de dire que le pauvre n'est pas informé et donc de l'informer et d'avoir ce sentiment un peu de bienfaisance, un bon samaritain, on va informer ce pauvre souvent analphabète [...] c'est vraiment une vision réductrice et une simplification d'un problème et d'une problématique bien plus complexe que ça » (E.17). Néanmoins, pour agir sur cette capacité, ce qui a été majoritairement recommandé est d'adopter une approche de proximité car « ce n'est pas des gens qu'on peut, comme les autres publics cibles, mobiliser facilement. Il faut aller vers eux forcément » (E.10). Ce type d'approche devrait permettre de prendre en compte la situation globale des indigent-e-s (au-delà du domaine de la santé) afin d'adapter les informations et d'évaluer les possibilités concrètes d'application par les indigent-e-s des conseils prodigués. Plusieurs expert-e-s ont souligné qu'il serait pertinent, si le contexte le permet, de faire un lien avec l'action sociale locale. Les personnes interrogées ont également expliqué que le fait d'organiser des actions uniquement pour les indigent-e-s pouvait accentuer leur stigmatisation et qu'il était plus judicieux d'avoir à la fois une action ciblée pour être sûr-e d'atteindre les indigent-e-s, car il est probable qu'ils ou elles ne se rendent pas aux mobilisations communautaires : « pendant les rencontres qu'on va faire, ils ne seront pas là-bas, ils seront vraiment ailleurs » (E.4); mais également de promouvoir leur intégration sociale en organisant des activités au niveau de la communauté et en s'assurant de leur participation.

Capacité à chercher

À propos de la capacité à chercher, la revue des écrits nous a montré que peu d'interventions de navigation agissent spécifiquement sur cette capacité à l'accès aux soins. D'après les expert-e-s, cela peut s'expliquer par le fait qu'agir sur de tels déterminants de l'accès aux soins nécessite souvent une action qui soit intersectorielle et sur un temps long, qui soit très adaptée au contexte car « toutes ces questions de valeurs personnelle, culture, genre, autonomie, c'est très lié au contexte direct, et les interventions de santé ont tendance à être souvent très standardisées » (E.11), et qui requiert du « courage politique » (E.22) car ce sont des sujets sensibles à aborder. De plus, il faudrait nécessairement adopter une approche participative et impliquer les bénéficiaires dans l'élaboration des programmes, ce qui est encore trop peu fait : « on confectionne des programmes et des projets, et puis on met en œuvre sans vraiment prendre le point de vue des bénéficiaires. [...] si on les associait, si on élaborait de façon participative les projets, je pense qu'il y aurait des interventions qui auraient pu aussi s'intéresser à la capacité à chercher, notamment les valeurs, la culture, etc. » (E.13). Néanmoins, parmi les actions proposées, celles qui ont semblé les plus pertinentes à mettre en œuvre pour les indigent-e-s sont d'adapter les actions et mobilisations aux différents groupes culturels, de porter une attention particulière aux problématiques liées au genre qui peuvent être une barrière importante dans le parcours de soins, et d'aider à remplir les papiers administratifs requis pour se faire soigner. Concernant cette dernière proposition, les avis étaient mitigés, certain-e-s expert-e-s trouvant cela très pertinent, même au-delà du domaine de la santé (pour accéder aux services sociaux, bénéficiaire de programmes d'aide, etc.), alors que d'autres ont trouvé que dans certains contextes, ce n'était pas forcément utile car très peu de documents étaient requis et qu'ils étaient souvent complétés par les professionnel-le-s de santé.

Capacité à atteindre

Soutenir les indigent-e-s dans leur déplacement et transport jusqu'au centre de santé, c'est-à-dire agir sur leur capacité à atteindre les formations sanitaires, a semblé un élément très important à mettre en œuvre pour les expert-e-s. Néanmoins, ce type d'action a soulevé des questionnements, par exemple sur la façon de financer et d'organiser le transport pour qu'il soit pérenne. Il a été souligné que mettre en place un système de transport uniquement pour les indigent-e-s n'était pas très pertinent, car ils et elles ne sont que quelques-un-e-s par village, donc le système ne serait pas viable, et qu'en plus de cela ce transport devrait pouvoir bénéficier à tout le monde dans un souci d'équité considérant que la plupart des gens en ont besoin. D'après les personnes rencontrées, l'idéal serait donc d'organiser un système de transport qui bénéficie à tout le monde et dont les indigent-e-s seraient exempté-e-s de paiement. Mais au-delà d'un transport physique jusqu'à l'établissement de santé, les expert-e-s ont jugé crucial qu'un accompagnateur ou une accompagnatrice soit présent-e durant son parcours jusqu'au centre de santé :

Je pense que l'élément déclencheur c'est vraiment : il y a une personne en face de la personne qui va la prendre par la main, et qui va lui dire : voilà, on y va. Sinon, il y aura toujours d'autres priorités finalement que d'aller se faire soigner. (E.6)

En plus de cela, ce navigateur ou cette navigatrice pourrait guider les indigent-e-s au sein des centres de santé (notamment dans les plus grosses structures) afin de les orienter vers les personnes et services adéquats. Sa présence pourrait même peut-être aider à atténuer les mauvais traitements dont les indigent-e-s sont souvent victimes :

ils sont très vite maltraités, dès qu'ils sont indigents. On va d'abord les questionner, s'assurer qu'ils sont indigents, ils vont voir l'assistante sociale, ça devient vite une pyramide à franchir. C'est vrai que d'avoir cet acteur qui serait là pour guider les indigents qui ont été ciblés, c'est pour moi une bonne idée. (E.17)

De plus, cet accompagnement ne doit pas forcément être réitéré à chaque visite médicale mais plutôt être vu comme un premier pas nécessaire : « très souvent, les indigents sont des gens qui ont perdu toute confiance en eux-mêmes. Et donc il s'agit de rétablir un tout petit peu cette confiance en soi et il ne faut pas, pour le reste de la vie, tenir les gens par la main. » (E.9).

Capacité à s'engager

Enfin, le moyen le plus pertinent pour agir sur la capacité à s'engager des indigent-e-s est, d'après les expert-e-s, d'apporter un soutien individualisé, notamment via des visites à domicile, car « contrairement à ce qu'on voit souvent dans certains cas de pathologies, chaque indigent constitue un cas [...] Si chaque indigent constitue un cas, il faut que cette approche soit vraiment individualisée, pour ne pas noyer certaines situations dans d'autres. » (E.15). Lors de ces visites, il a été jugé important d'informer sur les effets positifs de l'adhésion au traitement et sur les potentiels effets secondaires des médicaments, et de laisser une grande place à l'écoute afin de discuter des barrières à l'adhésion au traitement et de réfléchir à la mise en place de solutions pour dépasser ces barrières. Apporter un soutien psychologique a aussi été souligné comme quelque chose d'important. Certain-e-s expert-e-s ont également trouvé que, lors de visites quotidiennes au domicile des patient-e-s, il était pertinent que les navigateurs ou navigatrices puissent observer la prise de médicaments, car certain-e-s indigent-e-s peuvent souffrir de problèmes de santé mentale ou liés à l'âge qui peuvent rendre difficile le suivi du traitement et le respect des dosages. Cependant, d'autres ont trouvé que cela relevait d'une sorte de « paternalisme » (E.6) ou de « police sanitaire » (E.7) et que cela n'était pertinent qu'en cas d'épidémie qu'il fallait contenir, et non pas pour les maladies dont souffrent la plupart du temps les indigent-e-s :

un patient qui souffre d'une hypertension ou qui souffre d'autre chose, bon, évidemment, il a besoin de prendre ses médicaments tous les jours, mais le risque n'est pas le même pour la communauté et pour lui-même, on n'a pas besoin de le suivre de manière aussi précise et continue. (E.7)

En revanche, plusieurs interrogé-e-s ont mis en lumière le fait que les conséquences des difficultés socio-économiques rencontrées par les indigent-e-s, comme l'incertitude sur la possibilité de prendre trois repas par jour, pouvaient les empêcher de prendre correctement leurs médicaments ou entraîner des effets secondaires néfastes. Il a donc été également recommandé de prendre particulièrement en compte ces aspects, par exemple en distribuant de la nourriture aux patient-e-s lors des visites à domicile, afin de leur permettre de suivre correctement leur traitement et pour leur apporter un soutien supplémentaire.

Discussion

Notre recherche visait à présenter les connaissances scientifiques existantes sur la navigation en santé dans les pays à plus faible revenu. Les résultats montrent, alors même que ce type de programme est conçu pour bénéficier aux populations les plus vulnérables, que les indigent-e-s ne sont jamais la cible spécifique de ces interventions. Alors que, du fait de leur situation socio-économique défavorable et de l'exclusion multidimensionnelle qu'ils ou elles subissent, les indigent-e-s auraient d'autant plus besoin d'un soutien pour leur permettre d'accéder aux services de santé, cette catégorie de population demeure encore et toujours invisibilisée et peu prise en compte dans les programmes et politiques de santé. Cependant, même s'ils ou elles n'étaient pas la cible spécifique des interventions trouvées dans les écrits scientifiques, les résultats de certaines évaluations montrent que ce type d'actions peut bénéficier aux plus démunis-e-s et permettre d'agir en faveur de l'équité en santé. Nous avons donc discuté avec les expert-e-s en santé publique de la façon dont les indigent-e-s pourraient être mis-es au centre de ces programmes de navigation, afin d'adapter les actions à engager en

fonction de leurs besoins spécifiques. Cette action ciblée vers les plus démunis-e-s peut être liée au concept d'universalisme proportionné (Marmot *et al.*, 2010). L'idée est d'agir pour améliorer la situation de tous et de toutes, en mettant en œuvre des actions qui doivent bénéficier à tout le monde, mais également de prendre en compte le fait que les besoins soient différents et que des actions strictement non ciblées pourraient laisser de côté les personnes qui ont besoin d'un soutien spécifique. Pour réduire les inégalités en santé, il est donc important d'avoir à la fois une action universelle, mais également différenciée en fonction des différents niveaux de besoins. Pour soutenir les indigent-e-s d'Afrique subsaharienne dans leurs parcours de soins et répondre à leurs besoins précis, des interventions de navigation en santé pourraient être une solution. Les expert-e-s ont donné de précieuses indications sur les approches et les types d'actions à privilégier pour être sûr-e-s que les actions mises en œuvre bénéficient réellement à ces personnes. Ces entretiens ont effectivement mis en lumière que les activités prévues pour d'autres publics cibles comme les femmes enceintes, les enfants, les personnes vivant avec le VIH ou autres, doivent nécessairement être adaptées aux besoins et à la situation distinctive des indigent-e-s. Une approche individualisée, holistique, qui prend en compte les défis quotidiens rencontrés par les indigent-e-s (par exemple, le manque de lien social et de nourriture, les maladies chroniques, etc.) est ce qui a été privilégié par les expert-e-s interrogé-e-s. Les navigateurs et navigatrices pourraient ici jouer un rôle crucial de soutien et d'accompagnement dont les indigent-e-s ont particulièrement besoin.

Les interventions de navigation sont des programmes qui se basent sur des principes communs, notamment l'accompagnement des populations les plus vulnérables dans leurs démarches d'accès aux soins, mais elles peuvent prendre de multiples formes (différents types d'actions, de navigateurs et de navigatrices, de modalités d'intervention, etc.). Les entretiens avec les expert-e-s fournissent des conseils précieux pour guider la réflexion sur les interventions à mettre en œuvre, tout en laissant la place pour une évaluation locale des besoins afin d'adapter les actions spécifiques aux différents contextes et situations rencontrées localement. Bien sûr, la navigation

en santé se focalise surtout sur l'amélioration des capacités des patient-e-s à accéder aux services de santé. Aussi, nous sommes conscient-e-s que les problèmes au niveau des systèmes de santé (fonctionnement et localisation des centres, prix des médicaments, disponibilité des professionnel-le-s de santé, etc.) doivent également être résolus. Cependant, tester des interventions de navigation pour les indigent-e-s en Afrique subsaharienne représenterait un grand pas en avant pour agir pour la couverture santé universelle et enfin inclure cette catégorie de population dans les politiques de santé.

Conclusion

Alors que des interventions de navigation en santé, en s'appuyant sur le soutien et l'accompagnement de navigatrices et navigateurs, pourraient aider les indigent-e-s à dépasser la multitude de barrières non-financières qu'ils ou elles rencontrent tout au long de leurs parcours de soins, notre revue des écrits a montré qu'aucune intervention de navigation en santé dans les pays à faible revenu ne ciblait spécifiquement les indigent-e-s. Ce manque d'attention porté à cette catégorie de population et son exclusion de la plupart des politiques publiques ne sont pas nouveaux. Nos entretiens avec des expert-e-s ont permis de proposer des lignes directrices pour mettre en œuvre des programmes de navigation adaptés à la situation spécifique des indigent-e-s en Afrique subsaharienne. Il est crucial d'intégrer ces indigent-e-s dans tous les programmes visant à la couverture santé universelle et d'ajouter des actions alignées sur leurs besoins. Initier la mise en œuvre d'interventions de navigation en santé pour cette catégorie de population devrait être un premier pas en ce sens.

Remerciements

Nous souhaitons remercier *EuropeAid* qui a participé au financement de cette recherche dans le cadre d'un fonds pour la création d'un observatoire territorial de la gratuité des soins pour les indigent-e-s (<http://www.origine-burkina.org>); et Affaires Mondiales

Canada qui a également soutenu cette recherche via le financement du projet TOPICs (TechnOlogie PartIcipation Citoyenne en santé) (<http://www.topics-sante.net/>).

Nous voulons également dire un grand merci à toutes les personnes que nous avons interrogées dans le cadre de cette étude, qui nous ont accordé de leur temps pour partager avec nous leur expertise et nous donner de précieux enseignements.

Bibliographie

- Altaras, R., Montague, M., Graham, K. et al. (2017). Integrated community case management in a peri-urban setting: A qualitative evaluation in Wakiso District, Uganda. *BMC Health Services Research*, 17(785), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2723-0>
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Asher, L., Hanlon, C., Birhane, R., Habtamu, A., Eaton, J., Weiss, H. A., Patel, V., Fekadu, A. & De Silva, M. (2018). Community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia (RISE): A 12 month mixed methods pilot study. *BMC Psychiatry*, 18(250). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1818-4>
- Atchessi, N., Ridde, V. & Zunzunegui, M.-V. (2016). User fees exemptions alone are not enough to increase indigent use of healthcare services. *Health Policy & Planning*, 31(5), 674-681. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv135>
- Beaugé, Y., De Allegri, M., Ouédraogo, S., Bonnet, E., Kuunibe, N. & Ridde, V. (2020). Do targeted user fee exemptions reach the ultra-poor and increase their healthcare utilisation? A panel study from Burkina Faso. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6543. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186543>

- Behforouz, H. L., Farmer, P. E. & Mukherjee, J. S. (2004). From directly observed therapy to accompagnateurs: Enhancing AIDS treatment outcomes in Haiti and in Boston. *Clinical Infectious Diseases*, 38(suppl_5), S429–S436. <https://doi.org/10.1086/421408>
- Besada, D., Goga, A., Daviaud, E. et al. (2018). Roles played by community cadres to support retention in PMTCT Option B+ in four African countries: A qualitative rapid appraisal. *BMJ Open*, 8(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020754>
- Busza, J., Dauya, E., Bandason, T. et al. (2018). The role of community health workers in improving HIV treatment outcomes in children: Lessons learned from the ZENITH trial in Zimbabwe. *Health Policy & Planning*, 33(3), 328–334. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx187>
- Carter, N., Valaitis, R. K., Lam, A., Feather, J., Nicholl, J. & Cleghorn, L. (2018). Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: A scoping literature review. *BMC Health Services Research*, 18(96). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2889-0>
- Datiko, D. G., Yassin, M. A., Tulloch, O. et al. (2015). Exploring providers' perspectives of a community based TB approach in Southern Ethiopia: Implication for community based approaches. *BMC Health Services Research*, 15(501), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1149-9>
- Ferrand, R. A., Simms, V., Dauya, E. et al. (2017). The effect of community-based support for caregivers on the risk of virological failure in children and adolescents with HIV in Harare, Zimbabwe (ZENITH): An open-label, randomised controlled trial. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 1(3), 175–183. Scopus. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(17\)30051-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(17)30051-2)
- Houweling, T. A. J., Looman, C. W. N., Azad, K. et al. (2019). The equity impact of community women's groups to reduce neonatal mortality: A meta-analysis of four cluster randomized trials. *International Journal of Epidemiology*, 48(1), 168–182. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx160>

- Houweling, T. A. J., Morrison, J., Alcock, G. *et al.* (2016). Reaching the poor with health interventions: Programme-incidence analysis of seven randomised trials of women's groups to reduce newborn mortality in Asia and Africa. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(1), 31-41. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204685>
- Kaddar, M., Stierle, F., Schmidt-Ehry, B. & Tchicaya, A. (2000). L'accès des indigents aux soins de santé en Afrique subsaharienne. *Revue Tiers Monde*, 41(164), 903-925. <https://doi.org/10.3406/tiers.2000.1444>
- Kadio, K., Ridde, V. & Samb, O. M. (2014). Les difficultés d'accès aux soins de santé des indigents vivant dans des ménages non pauvres. *Santé Publique*, 26(1), 89-97.
- Kassam, D., Berry, N. S. & Dharsee, J. (2017). Transforming breast cancer control campaigns in low and middle-income settings: Tanzanian experience with 'Check It, Beat It.' *Global Public Health*, 12(2), 156-169. <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1170182>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F. & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Louart, S., Bonnet, E. & Ridde, V. (2020). Is patient navigation a solution to the problem of 'leaving no one behind'? A scoping review of evidence from low-income countries, *Health Policy & Planning*, 36(1), 101-116. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa093>
- Louart, S., Bonnet, E., Kadio, K. & Ridde, V. (2021). How could patient navigation help promote health equity in sub-Saharan Africa? A qualitative study among public health experts. *Global Health Promotion*, 28(1), 75-85. <https://doi.org/10.1177/1757975920980723>
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D. & Grady, M. (2010). Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England Post-2010. *The Marmot Review*. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>

- Matousek, A., Addington, S., Kahan, J. *et al.* (2017). Patient navigation by community health workers increases access to surgical care in rural Haiti. *World Journal of Surgery*, 41(12), 3025–3030. <https://doi.org/10.1007/s00268-017-4246-6>
- Mukherjee, J. S. & Eustache, F. R. E. (2007). Community health workers as a cornerstone for integrating HIV and primary healthcare. *AIDS Care*, 19(Supp_1), 73–82. <https://doi.org/10.1080/09540120601114485>
- Musinguzi, L. K., Turinawe, E. B., Rwemisisi, J. T. *et al.* (2017). Linking communities to formal health care providers through village health teams in rural Uganda: Lessons from linking social capital. *Human Resources for Health*, 15(4), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0177-9>
- Muzyamba, C. (2019). “This conflict has turned me into a Doctor, Nurse and Nutritionist at the same time”: How peer support among HIV-positive IDPs created opportunities for care in conflict-stricken Kabaré, Congo DR. *BMC Research Notes*, 12(126). <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4162-y>
- Natale-Pereira, A., Enard, K. R., Nevarez, L. & Jones, L. A. (2011). The role of patient navigators in eliminating health disparities. *Cancer*, 117(S15), 3541–3550. <https://doi.org/10.1002/cncr.26264>
- Ouédraogo, S., Ridde, V., Atchessi, N., Souares, A., Koulidiati, J.-L., Stoeffler, Q. & Zunzunegui, M.-V. (2017). Characterisation of the rural indigent population in Burkina Faso: A screening tool for setting priority healthcare services in sub-Saharan Africa. *BMJ Open*, 7(10), e013405. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013405>
- Ridde, V., Haddad, S., Nikiema, B., Ouedraogo, M., Kafando, Y. & Bicaba, A. (2010). Low coverage but few inclusion errors in Burkina Faso: A community-based targeting approach to exempt the indigent from user fees. *BMC Public Health*, 10(631). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-631>

- Ridde, V., Yaogo, M., Kafando, Y., Sanfo, O., Coulibaly, N., Nitiema, P. A. & Bicaba, A. (2010). A community-based targeting approach to exempt the worst-off from user fees in Burkina Faso. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(1), 10–15. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.086793>
- Touré, L. & Ridde, V. (2020). The emergence of the national medical assistance scheme for the poorest in Mali [Sous presse]. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-16164/v1>
- Valaitis, R. K., Carter, N., Lam, A., Nicholl, J., Feather, J. & Cleghorn, L. (2017). Implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services: A scoping literature review. *BMC Health Services Research*, 17(116). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2046-1>
- Ware, N. C., Wyatt, M. A., Asimwe, S. et al. (2016). How home HIV testing and counselling with follow-up support achieves high testing coverage and linkage to treatment and prevention: A qualitative analysis from Uganda. *Journal of the International AIDS Society*, 19(1), 20929. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.1.20929>
- WHO. (2005). *Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance*. World Health Assembly, Genève.

13. La presse et la protection sociale au Mali

FABRICE ESCOT

Introduction

La presse malienne est perçue comme emblématique de la presse africaine (Perret, 2005), car elle est marquée par de « profondes lacunes » (Kamga, 2019). Sur la forme, les journaux maliens seraient les « plus mal écrits » de la sous-région (Perret, 2005), l'expression journalistique est « fortement empreinte du style et des rhétoriques de l'oralité et du « griotisme », qui priment souvent sur la logique (discours sur le discours, effets de manche, présentation d'agrégats) et la rigueur journalistique » (Escot & Ousséini, 2014). Le verbe est « haut et incendiaire » (Perret, 2005). Sur le fond, Perret se réfère aux constats du Conseil national de la communication malien : « le parti pris flagrant et exagéré [...] l'appréciation tordue des faits et volontiers subjective... » [...] « on se croit sous le régime du laisser-faire et du bon vouloir ». Ces dysfonctionnements sont attribués à la faiblesse économique des entreprises de presse (Tudesq, 1996; Perret, 2001), au manque de formation des journalistes (Perret, 2005) et à leur fonctionnement « à la fois inféodé et dépendant du politique » (Rambaud, 2006).

Perret (2001) rappelle toutefois le rôle didactique et potentiellement critique des médias publics des années de l'indépendance, qui s'étaient donnés pour tâche « d'illustrer, de mettre en perspective l'action de l'État, d'en donner une traduction plus didactique, et le cas échéant » avec une « marge de manœuvre élargie à une forme de critique "constructive" » (Perret, 2001, cité par Kamga, 2019). Dans son rapport ambigu avec le politique, la presse garde une capacité à « dénoncer ses abus et désacraliser le pouvoir » (Rambaud, 2006). Ndior et Kadio (2005) observent que les journalistes ivoirien-ne-s et sénégalais-es adoptent des positions différentes dans les domaines de la santé et de la politique, qui se traduit pour la santé

par un rapport non critique, entre autres facteurs explicatifs pour « endosser le rôle de messenger d'une bonne parole préventive "pour le bien des populations" et se préserver des sources de revenus ». Au Mali, la presse écrite se fait volontiers l'écho des discours de satisfecit des institutions sur les politiques de santé en place ou à venir (Escot & Ousséini, 2011). Incendiaire ou prophétique, le « griotisme » de la presse peut ainsi prendre des formes différentes selon le sujet et la relation particulière du ou de la journaliste avec l'institution ou la personnalité politique.

La période 2007-2017 a été marquée, au Mali, par des évolutions du contexte politique, du « paradigme » de la protection sociale et de la mise en œuvre des différents régimes qui la composent. La presse écrite a bénéficié d'un contexte favorable à l'émergence d'un journalisme voulant se rapprocher des standards de qualité. De 2007 à 2012, la démocratie était perçue comme assise, et la presse était relativement structurée entre partisan-e-s et opposant-e-s plus ou moins explicites au Président Amadou Toumani Touré, communément appelé « ATT ». À la suite de la rébellion de certaines population et à la prise de pouvoir par des fractions djihadistes du nord du pays en 2011, à un coup d'État militaire en 2012 et à l'élection d'un président contesté en 2013, la période 2012-2015 a été caractérisée par un fort affaiblissement de l'État et une polarisation de la presse ouvertement en faveur ou contre le Président Ibrahim Boubakar Keïta, communément appelé « IBK ». Le système malien de protection sociale s'est très sensiblement étoffé, parfois en innovant au sein de la sous-région (Touré, 2019), pour couvrir la totalité de la population. La politique nationale adoptée en 2016 s'organise autour de trois régimes de protection contre le risque maladie: i) l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), à destination des salarié-e-s du secteur formel et de leurs ménages, soit 17% de la population, ii) le Régime d'Assurance Médicale (RAMED) à destination d'une population d'indigent-e-s fixée à 5% de la population totale, et iii) la mutualité, au bénéfice des familles des travailleurs et travailleuses informel-le-s, dont l'agricole, soit 78% de la population. L'instauration de la

couverture universelle en santé émergente à partir de 2013 a été perçue par l'État comme un moyen d'améliorer son image et de renforcer la cohésion nationale¹.

L'objectif de cette étude est de cerner comment la presse a traité différents thèmes de la protection sociale à partir de la période d'émergence et de formulation du RAMED et de l'AMO, institués en 2009.

Méthode

La période de l'étude a été fixée de janvier 2007 à décembre 2017. L'étude qualitative a porté sur les archives papier de six journaux, dont le choix a été établi sur la base d'une étude précédente sur les politiques d'exemption de paiement de soins, menée sur dix journaux (Escot, 2010). J'ai retenu les plus contributifs en nombre d'articles et en singularité de discours. Il s'agit de quatre quotidiens d'information générale: i) *L'Essor*, seul journal malien partiellement détenu par l'État, ii) *Les Echos*, iii) *L'indépendant*, iv) *L'indicateur du Renouveau*, et deux hebdomadaires au positionnement critique ou satirique: *Waati* et *Le Scorpion*. Le dépouillement des archives a été réalisé en juillet 2017 pour 2011-2017 et en juin 2018 pour 2007-2010. Il a porté sur l'intégralité des articles citant au moins une fois un ou plusieurs des termes suivants: AMO (Assurance Maladie Obligatoire), CANAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie, organisme de gestion déléguée de l'AMO), RAMED (Régime d'Assurance Maladie), Indigence/indigent-e-s (bénéficiaires du RAMED), ANAM (Agence Nationale d'Assurance Maladie, organisme de gestion déléguée du RAMED), mutuelle de santé, UTM (Union Technique de la Mutualité, organe faitier de la mutualité), INPS (Institut National de Prévoyance Sociale, organisme en charge de la gestion des retraites et associé à la CANAM), Protection sociale, CMU (Couverture Maladie Universelle), Jigisèmèjiri (programme de transferts monétaires de l'État à

1. Voir le chapitre de Touré et Ridde.

destination des ménages les plus pauvres, dépendant du ministère de l'Économie et des Finances). Des sites de presse en ligne ont été consultés pour compléter le corpus sur la fin de l'année 2017.

Au total, 320 articles ont été identifiés, dont 230 articles de presse rédigés par les journalistes ou contributeurs et contributrices des journaux, six articles parfois difficiles à qualifier, entre rédactionnels et publi-rédactionnels (reproduisant plus ou moins fidèlement les communiqués de presse fournis par les institutions de la protection sociale, dont les services du département en charge de la protection sociale, normalement sans contrepartie financière) et 84 annonces (intégralement rédigées et mises en forme par les services d'annonceurs, en l'espèce ici toujours la CANAM, et publiées sans modification selon les termes de contrats publicitaires).

Le corpus a fait l'objet de trois modes d'analyse complémentaires. Les articles ont été répertoriés selon le journal, la date de publication, le format (taille, traitement formel), les thématiques abordées et le ton journalistique, ce qui a permis une analyse quantitative. À partir de ce panorama, différentes périodes ont été distinguées selon la fréquence de publication d'articles et les points d'attention de la presse. Une analyse qualitative inductive du contenu a été réalisée sur l'intégralité du corpus par thématique et selon la période, incluant l'analyse des sources mobilisées et du discours restitué.

Pour compléter l'analyse, huit entretiens ont été menés avec les directeurs de publication des quatre journaux de ce corpus ayant produit le plus d'articles (*L'Essor*, *Les Echos*, *L'Indépendant*, *L'Indicateur du Renouveau*) et du journal *Mali Infos*, ce dernier s'intéressant à la protection sociale, et trois journalistes travaillant dans le domaine de la santé et protection sociale (*L'Essor*, *L'Indépendant*, *Le Journal du Mali*).

Résultats

La presse ne s'est que lentement appropriée le concept de protection sociale

Jusqu'en 2011, la presse était familière d'un concept de sécurité sociale qui englobait divers dispositifs relatifs au droit du travail et aux acquis sociaux: la retraite surtout, les allocations familiales, les congés maternité, les accidents de travail et les pensions d'invalidité. La gestion du risque maladie, qui reposait sur des dispositifs privés assurantiels et mutualistes, était peu traitée et n'était pas intégrée dans ce concept. La presse ne restituait le terme de protection sociale que comme un élément de langage des institutions. Dans l'un des premiers articles du corpus, qui annonce la mise au vote à l'Assemblée nationale des textes de lois relatifs à l'instauration de l'AMO et du RAMED, ces deux régimes s'invitent clairement, selon le ou la journaliste, dans le champ de la sécurité sociale.

Ces textes tractent une petite révolution sociale en termes de sécurité sociale dans notre pays. («Assemblée nationale : un planning très chargé», *L'Essor*, le 10/04/2009)

Le terme de protection sociale n'émerge réellement dans les tribunes des journaux qu'à partir de 2011, quand ils restituent les discours des institutions sur l'articulation des trois régimes, AMO, RAMED et mutualité posés comme «... les trois volets du système national de protection sociale contre la maladie» («Prise en charge des réfugiés au Nord: l'ANAM face à ses responsabilités», *Les Echos*, le 6/7/2012). Malgré tout, les journalistes peinent à s'approprier ce concept de protection sociale et, pendant un temps parlent toujours de sécurité sociale, sinon de protection des risques sociaux, d'action sociale, d'assurance maladie, d'assistance médicale, de protection contre la maladie. Le discours institutionnel a parfois participé à cette distinction entre régimes de prise en charge du risque maladie et sécurité sociale.

L'INPS gère les retraites, la maternité, les prestations familiales, les accidents de travail et maladies professionnelles, les invalidités, etc. La Canam ne s'occupe que d'un seul régime: la maladie. C'est une manière, pour l'État, de ne pas mettre la maladie avec les différentes caisses. [...] Dans tous les pays environnants, la tendance est d'aller à la séparation des maladies des autres régimes pour maîtriser les dépenses de gestion. («Nouhoum Sidibé, dg de la caisse nationale d'assurance maladie - l'AMO n'a rien de coercitif», *Les Echos*, le 11/3/2011)

Il faudra attendre 2014 pour que le terme de protection sociale s'impose dans le langage de la presse comme un concept qui « englobe l'ensemble des mécanismes relatifs à la sécurité sociale, l'action sociale et l'aide sociale » («Protection sociale - la CDTM souhaite l'accompagnement des autorités», *L'Indicateur du Renouveau*, le 30/04/2014).

La protection sociale de façon générale est l'ensemble des mesures préconisées par l'État pour assurer la prise en charge des risques sociaux de la population. Elle est perçue au plan mondial comme une composante clé dans les stratégies de réduction de la pauvreté. («Concertation sur la protection sociale : l'Union technique de la Mutualité pour renforcer l'efficacité des différentes actions», *L'Indépendant*, le 29/01/2016)

« À bon vin point d'enseigne », la maxime sied comme un gant à l'AMO dont la mise en œuvre se poursuit dans la plus grande sérénité. Rarement, il a été autant question de satisfaction et de soulagement, en parlant d'un régime de protection sociale, notamment la prise en charge du risque maladie. («Assurance maladie obligatoire : le chantier de la modernisation», *L'Essor*, le 15/02/2017)

Les enjeux de la sécurité sociale ont évolué en parallèle de la CMU

Sous l'influence des agences internationales et via l'émergence de la Couverture Maladie Universelle (CMU), les termes constitutifs du système de protection sociale ont sensiblement évolué au cours de la décennie, fournissant aux journalistes de nouveaux sujets d'intérêt et de nouveaux concepts.

De 2009 à 2011, lors du lancement de l'AMO et du RAMED, la prévention du risque maladie est décrite à travers des principes sociétaux: solidarité nationale, cohésion nationale, égalité dans l'accès aux soins, équité, «équité sociale», lutte contre la pauvreté, l'exclusion et la discrimination, respect des droits humains, de la personne humaine et égalité des droits face à la maladie. La protection sociale est parfois abordée sous l'angle du capital humain. Un glissement progressif s'opère à partir de 2014, du paradigme idéologique et éthique vers des fonctions plus matérialistes et économiques de la protection sociale, soit au niveau individuel d'épanouissement personnel (capacités des ménages, résilience, niveau de vie, bien-être), soit à un niveau plus collectif de participation à l'économie (émergence du pays, productivité) avec des bénéfices de l'ordre du développement. Cette évolution émerge avec la perspective de la CMU et la rhétorique de l'action des filets sociaux, mais également de certaines mutuelles. Cette perception plus individualiste, moderniste et plus libérale, mais aussi plus fonctionnaliste de la protection sociale, est notamment portée par l'UTM, le patronat malien et la Centrale démocratique des travailleurs du Mali (CDTM), syndicat regroupant plutôt des travailleurs et travailleuses de l'informel et donc plutôt intéressé par le développement de la mutualité.

En plus de la réduction de la vulnérabilité économique, sociale, alimentaire, nutritionnelle, la protection sociale selon (UTM) constitue également une voie pour promouvoir la productivité des ménages en augmentant leur capacité. («Concertation sur la protection sociale : l'Union technique de la Mutualité pour renforcer l'efficacité des différentes actions», *L'indépendant*, le 29/1/2016)

La première référence à la couverture sanitaire universelle (CSU) au sein du corpus est fournie le 1^{er} juillet 2013 par *L'Essor* qui lui consacre d'emblée un article de fond et l'associe à la protection sociale en matière de santé. Ceci est à l'occasion d'un atelier qui rassemble les partenaires de la campagne «Tous et chacun» : la Direction Nationale de la Santé (DNS), l'UNICEF, Save The Children, World Vision et Plan Mali. Leur objectif est de renforcer leurs capacités sur le concept de la CSU au Mali et ses implications. Cet atelier délivre une définition de la CSU et invoque l'aspiration des populations à la CSU. À noter que *L'Essor* fait alors référence à la déclaration de politique malienne de protection sociale de 2002. Bien que celle-ci n'ait presque jamais été mentionnée auparavant, elle est présentée comme visionnaire, selon un schéma assez courant de reconstruction rétrospective de l'histoire.

(La CSU) consiste à assurer à l'ensemble de la population, l'accès aux services préventifs, curatifs de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin, de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. [...] La CSU prend ses racines dans les textes fondamentaux de l'OMS, adoptés en 1948, qui font de la santé un droit fondamental. [...] Au Mali, la couverture sanitaire universelle reste toujours un objectif recherché. Ainsi, depuis l'adoption en conseil des ministres, en avril 2002, de la déclaration de politique nationale de protection sociale, notre pays s'est engagé dans l'implantation d'un système de protection sociale efficace, efficient et profitable à l'ensemble de la population. («Santé maternelle et infantile : les garanties de la couverture sanitaire universelle», *L'Essor*, le 01/07/2013)

La dynamique de la CSU est ensuite largement alimentée, toujours via des références aux normes et doctrines internationales : Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Organisation internationale du Travail (OIT), Union Économique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA), qui l'ancrent dans les droits humains. Le 23 février 2015, lors de la 10^{ème} session ordinaire du conseil d'administration de la CANAM, la protection sociale est clairement associée à la notion d'efficience

des prestataires de santé (pour autant, les références à la qualité des soins sont peu fréquentes, surtout après 2014). En mai 2014, à l'occasion de la journée internationale du travail, la CDTM « table sur la collaboration du gouvernement pour mieux organiser et mieux structurer le secteur informel » (« 10^{ème} session de la Canam – la satisfaction des partenaires et clients à l'ordre du jour », *Waati*, le 26/02/2015). Elle rappelle que ce secteur est pourvoyeur de plus de 65% des emplois au Mali. Elle organise ainsi une conférence-débat sur l'AMO et l'INPS. Il s'agit pour cette organisation syndicale de réfléchir à la prise en charge des travailleurs et travailleuses du secteur informel dans la sécurité sociale, perçue comme « une préoccupation majeure des militants », le secrétaire général de la Confédération Syndicale des Travailleurs du Mali (CSTM) rappelant que ce secteur « n'est pas saisi dans ces opportunités des régimes de l'Assurance maladie obligatoire et l'Institut national de prévoyance sociale » (« Protection sociale – la CDTM souhaite l'accompagnement des autorités », *L'Indicateur du Renouveau*, le 30/04/2014). La protection sociale est perçue comme un moyen de lutte contre la pauvreté et la « vulnérabilité sociale », et la centrale cite les études de la Banque mondiale autour des programmes de transferts sociaux. Cette définition de la protection sociale la positionne ainsi comme un facteur de résilience et de stabilisation de l'économie.

Les activités de la Canam contribuent à l'atteinte stratégique n°9 du PDDSS 2014-2023 à savoir : « Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé et qui incitent les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces ». (« 10^{ème} session de la CANAM – la satisfaction des partenaires et clients à l'ordre du jour », *Waati*, le 26/02/2015)

L'appropriation des concepts de protection sociale, de CSU et des différents régimes mis en place a manifestement été difficile pour bon nombre de journalistes, qui tout en s'y montrant très favorables en ont peu maîtrisé les aspects techniques et institutionnels. Leur

intérêt a essentiellement porté sur le compte rendu de l'actualité institutionnelle au détriment de l'analyse de l'investigation et de l'expression d'opinion.

Le traitement des différents régimes est très inégal et l'AMO, contestée, a largement mobilisé les journalistes

Les termes-clés retenus pour la recherche sont absents des colonnes en 2007 et 2008, et rares en 2009 et 2010. En quatre ans, les six journaux étudiés n'ont ainsi publié que 20 articles traitant de la protection sociale, s'intéressant à l'instauration de l'AMO/création de la CANAM mais très peu à celle du RAMED/de l'ANAM, et sporadiquement à la création de quelques mutuelles de santé (respectivement abordés dans dix, trois et cinq articles). Il est ainsi difficile de parler de mobilisation de la presse autour des régimes de protection sociale. À noter qu'à cette période, la presse se montrait très emphatique sur les politiques de gratuités, dont elle glorifiait les succès et les impacts.

La presse commence à s'intéresser spécifiquement à l'AMO en décembre 2010, quand débutent les prélèvements sur les salaires. Les syndicats dénoncent alors le caractère obligatoire du régime et questionnent son articulation avec les systèmes de prise en charge des soins de santé déjà mis en place dans les entreprises et administrations ou par l'assurance privée. Presque la moitié du corpus a été publié du début 2011 au premier trimestre 2012, qui constitue la période d'intérêt majeur de la presse pour les thèmes de la protection sociale avec huit articles publiés par mois. La presse s'empare de l'AMO, dont l'actualité va devenir brûlante et va constituer son sujet d'intérêt principal (89 des 100 articles publiés pendant cette période traitent de l'AMO, souvent exclusivement); ou elle pense s'en emparer, puisque les institutions vont progressivement affiner leur stratégie de canalisation, voire de contrôle, du discours de la presse (cf. infra). C'est également pendant cette période que sont publiés des articles non directement liés à l'actualité, porteurs de pédagogie, d'analyse et parfois de critique. Ces « initiatives » s'expliquent par le désir de la presse de s'inscrire dans la démarche de plaidoyer et d'information initiée par les institutions et ainsi de manifester son adhésion à la

nouvelle politique de protection sociale en général et à l'AMO en particulier. Le discours journalistique demeure toutefois assez factuel. Les autres programmes, pourtant déjà qualifiés de piliers de la protection sociale (RAMED, mutuelles, filets sociaux) sont très peu abordés, les politiques de gratuité sont oubliées, et le discours sur le RAMED (qui lui ne prête à aucune remise en cause de principe, et dont la mise en œuvre n'a pas encore démarré) va alors très largement être mobilisé dans une optique de valorisation de l'AMO.

Le recul de l'État sur le caractère obligatoire de l'AMO, le refus d'adhésion d'une grande partie des adhérent-e-s potentiel-le-s, fonctionnaires surtout, et le coup d'État de mars 2012 marquent la fin de cette période d'intérêt singulier de la presse pour la protection sociale. La polémique syndicale autour de l'AMO et la question du retrait des affilié-e-s est absente du discours de la presse, qui communique peu et plutôt, en écho à la stratégie de revalorisation entamée par les institutions en charge de sa mise en œuvre, sur les avantages de la réforme. Il semble, d'après les articles des périodes suivantes, que cette année 2012, marquée par les troubles politiques liés au coup d'État du 22 mars, ait plutôt enregistré des désaffections que des adhésions à l'AMO, et que les acteurs et actrices aient pu envisager la suppression de cette politique.

Par la suite, la fréquence de publication des articles de presse reste faible. À partir de 2013, à la suite de l'expérience positive de certain-e-s assuré-e-s et de la stratégie de revalorisation engagée par les institutions, le bien-fondé de l'AMO et ses avantages semblent plus clairement reconnus. Les travailleurs et travailleuses éligibles s'y (ré-)inscrivent de façon relativement massive. En novembre 2014, par la signature d'une convention entre la CANAM et le ministère de la Défense et des Anciens combattants, les forces armées du Mali adhèrent à l'AMO, presque quatre ans après les manifestations de 2011. Après celle des syndicats de fonctionnaires civil-e-s et d'enseignant-e-s, l'adhésion globale des forces armées consacre la viabilité et la vitalité du régime. La presse va surtout relater ce phénomène qui consacre la victoire des « pro-AMO » : « un tournant décisif dans le processus d'adhésion à l'AMO » (« CANAM – les services sanitaires des forces de défense et de la sécurité adhèrent à l'AMO », *L'Indépendant*, le 03/11/2014). La rhétorique du retour en grâce va être assez

fréquemment utilisée, par *L'Essor* surtout, dont certains articles traduisent une certaine ironie, à la fois sur la position de l'État et sur les opposant-e-s repent-i-e-s.

Après le coup d'État du 22 mars, certains avaient conclu à la fin prématurée de l'AMO. Il n'en est rien. Les établissements hospitaliers, les Csref, les officines pharmaceutiques privées et les laboratoires d'analyses conventionnés à l'AMO continuent en effet d'offrir des prestations dans le cadre de l'assurance maladie. On se rappelle que cette réforme avait été désavouée par des travailleurs du secteur public [...] notamment de la part de la CSTM. (« Assurance maladie obligatoire : la couverture fonctionne bien dans la pratique », *L'Essor*, le 06/07/2012)

À partir de 2015, un peu plus d'attention est portée aux différents programmes et à la notion de CMU, émergente. Mais l'AMO reste le sujet privilégié des rédactionnels et la CANAM recommence à publier des communications informatives sur l'AMO. La nécessité de citer le RAMED pour valoriser l'AMO s'amenuise graduellement². Les articles sont presque tous liés à des événements, mais les journalistes introduisent des éléments de critique (cf. infra), de plaidoyer et de satisfecit.

La fréquence de publication d'articles et l'intérêt porté aux différents régimes ont ainsi fortement évolué, suivant l'actualité de l'AMO (Figures 1 et 2 ci-dessous) : aucun article du 1^{er} trimestre 2007 au 4^{ème} trimestre 2008; un article par mois du 1^{er} trimestre 2009 au 4^{ème} trimestre 2010 (surtout lors de la création de l'AMO et de la CACAM); dix articles par mois du 1^{er} trimestre 2011 au 1^{er} trimestre 2012 (crise sociale autour de l'AMO); moins de deux articles par mois du 2^{ème} trimestre 2012 (après le coup d'État fin mars) au 3^{ème} trimestre 2014; enfin, presque quatre articles par mois du 4^{ème} trimestre 2014 (adhésion des forces armées à l'AMO) au 3^{ème} trimestre 2017.

2. Voir le chapitre de Touré et Ridde.

Le ministère en charge des domaines relatifs à la protection sociale, créé en 2000, était en 2007 celui du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées (MDSSPA), qui a ensuite pris différents noms au cours de la période étudiée: ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Âgées (MAHSPA) début 2012 à la fin 2013; du Travail, des Affaires Sociales et Humanitaires (MTASH) fin 2013 au début 2014; de la Solidarité, de l'Action humanitaire et de la Reconstruction du Nord (MSAHRN) début 2014 au début 2017; enfin, depuis début 2017, ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (MSAH).

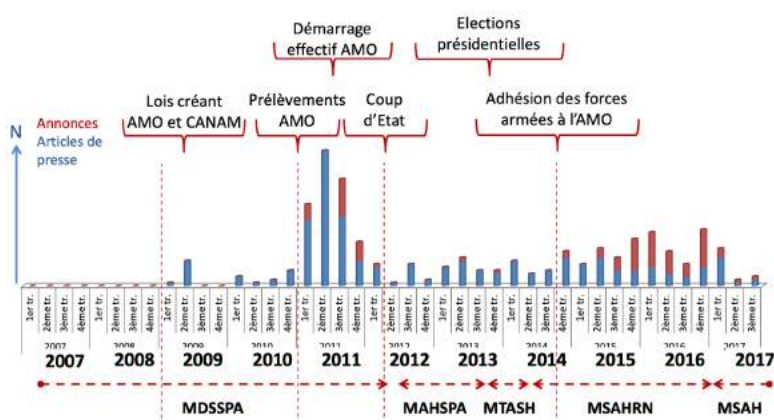
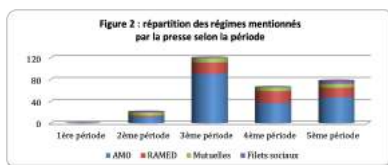


Figure 1. Événements-clés de la période, nombre d'articles publiés et noms des ministères successifs en charge de la protection sociale



Dans le contexte de débat public autour de l'AMO et de crises politiques graves fragilisant l'État, les institutions ont canalisé le discours de la presse et l'ont parfois manipulé

Dès les prémises du conflit social engagé fin 2010, l'État a admis un déficit de communication lors de l'instauration de l'AMO, explicatif de l'incompréhension et de la colère des usagers et des usagères. Il a, sur la base de ce constat, chargé le ministère du Développement social d'élaborer une stratégie de communication sur l'AMO. Le ministère et les structures en charge de la mise en œuvre des différents programmes (CANAM, INPS et ANAM surtout) ont défini des axes de communication incluant la presse (présence de journalistes dans certains événements), voire spécifiquement destinées à la presse. La CANAM a notamment créé une cellule de communication relativement étoffée (elle-même ayant invité la presse à la visiter au cours d'une journée médiatisée). Des espaces de partenariats avec la presse ont été créés, notamment avec l'Association des entreprises de presse (Assep) depuis 2014, et le Réseau des Journalistes Citoyens Actions pour la République (JCAR) depuis 2016.

Ils ont organisé des événements à destination exclusivement de communication, conférences de presse ou événements organisés pour la presse, qui sont minoritaires en nombre, mais deviennent plus fréquents au fil du temps et ont suscité des articles importants, en taille et en contenu pédagogique pour le lectorat. La presse a également été invitée (moyennant une motivation financière) à assister et ainsi à rendre compte des discours tenus lors des manifestations officielles comme les forums, les conseils d'administration, les ateliers ou des événements organisés par de grandes ONG internationales. Certaines visites de structures sanitaires ont été organisées spécifiquement à son intention, fournissant l'occasion de démontrer aux journalistes le bon fonctionnement des programmes.

Pour sa part, le directeur général de la Canam, Ankoundio Luc Togo [...] a enfin sollicité l'accompagnement des hommes de médias afin qu'il puisse atteindre les résultats escomptés. L'inscription des journalistes à l'Amo, la signature d'une convention entre l'Assep et la Canam, le concours du meilleur

article sur l'Amo ont été les principales recommandations qui ont sanctionné les travaux. («AMO – les patrons de presse s'informent sur les différentes opportunités», *L'Indépendant*, le 11/11/2014)

Il a salué la Canam, « une entreprise citoyenne qui contribue à soulager les souffrances des maliens et leurs familles dans les traitements des maladies et des hospitalisations ». («CANAM – JCAR : vers un partenariat gagnant-gagnant», *Les Echos*, le 05/05/2016)

Au plan des discours, les institutions combinent trois approches rhétoriques :

- Une justification du bien-fondé des politiques par les valeurs « universelles » de la protection sociale (OMS, BIT, droits humains, etc.) couplés à une initiative nationale historique depuis l'indépendance, avec une forte tonalité de plaidoyer;
- Une qualification positive des institutions et du personnel en charge de la mise en œuvre, motivé, courageux, généreux, etc. et qui franchit les obstacles, fournit des « efforts »... L'ANAM, notamment, a très fréquemment recours à cette rhétorique;
- Une présentation des faits posés comme résultats, toujours à l'avantage des acteurs et des actrices.

La presse a unanimement adhéré à ce principe relationnel avec son objet d'étude et d'enquête et a souvent, dès le lendemain de chaque événement, retranscrit les discours qui lui avaient été prodigués. Les journalistes admettent qu'étant peu familiers et familières du domaine, de ses arcanes et de ses concepts, la presse qui s'informe est une presse qui informe mieux. La logique du ou de la journaliste est clairement ancrée dans une logique de répétition immédiate du discours entendu ou lu, les institutions produisant de plus en plus de support écrits pour mieux maîtriser la mémoire de leur auditoire, et parfois des communiqués de presse rédigés sous la forme d'articles de presse et de ce fait difficiles à distinguer des articles de presse.

L'opinion de la presse a également pu être orientée selon des schémas classiques de corruption. La CANAM a abondamment utilisé la presse (84 annonces au sein du corpus) comme support de communication informative à destination des usagers et usagères pour annoncer les forums d'information et de plaider sur l'AMO. Très peu ont été publiées dans *L'Essor*, malgré le statut et le tirage de ce journal. Plus de la moitié ont été publiées dans le journal satirique *Scorpion*, et le quart dans le quotidien *L'Indépendant*, journaux potentiellement plus virulents envers l'État, ce qui relève pour certain-e-s journalistes du contrôle économique de la presse par ses annonceurs.

Ces structures comme la CANAM, très souvent quand ils passent beaucoup d'annonces dans un journal, ce n'est pas une volonté de communiquer, c'est pour qu'on les laisse tranquille. (Directeur de publication, quotidien)

La stratégie de l'ANAM est jusqu'en 2018, date de changement de direction, parfois mobilisé par un autre mécanisme coutumier, le « *brown envelop journalism* », qui consiste à rétribuer le ou la journaliste pour qu'il ou elle publie ou ne publie pas certaines informations ou certains commentaires.

Madame... a tellement maîtrisé la communication dans ce pays. Elle était vraiment arrivée à mailler les gens de la presse, avec ses entrées, elle avait des amis un peu partout. Et elle rendait bien ça aux gens, en réalité. [...] Elle a cette largesse quoi, elle donne de l'argent aux gens. (Journaliste, quotidien)

La CANAM s'est associée avec des structures privées, communicantes, pour organiser des journées de consultations médicales gratuites pour la presse, ce qui relève d'un syncrétisme entre approches coutumières et modernes de communication.

La presse, favorable à l'ensemble des régimes, a manifesté une volonté de technicité au service de l'information

Les journalistes ont adhéré aux régimes de protection sociale en général et au principe de l'AMO en particulier, et ont traité le sujet avec « bienveillance ». Seul *Scorpion* a questionné la pertinence du caractère obligatoire de l'AMO.

L'Amo que le gouvernement veut appliquer au Mali à partir du 1^{er} mai 2011 pose problème. Plusieurs facteurs montrent qu'il y aura blocage [...] Des sources concordantes affirment que le Mali n'est pas prêt à faire face à l'Amo, tant que ces facteurs ne sont pas pris en compte. (« AMO : le gouvernement est-il prêt pour le premier mai? », *Scorpion*, le 20/04/2011)

Le recul de l'État et l'abrogation du caractère obligatoire de « l'Assurance Maladie Obligatoire » est notamment critiqué par les journalistes.

Tiéman Coulibay qui l'a sciemment abordé accueille favorablement le concept qui, à ses dires, est une avancée sociale. Mais il se dit sceptique quant à la reculade du gouvernement qui a récemment dénié le caractère obligatoire à l'AMO. On ne peut pas adopter une loi à l'Assemblée nationale et dire qu'elle n'existe plus, il faut soit la relire, soit l'amender. (« 20^e anniversaire de l'UDD – Amo, Ravec, élections de 2012, réformes institutionnelles... », *Les Echos*, le 28/4/2011)

Cette adhésion aux régimes de protection sociale se traduit par un souci de pédagogie et de plaidoyer. Les articles se composent essentiellement d'introductions descriptives des événements et de citations directes ou paraphrases de discours des personnalités. En l'absence d'investigations, de recherches spontanées ou d'enquête auprès des usagers et usagères, l'opinion ou le vécu des populations a très rarement été relayé par la presse. La relation de type « partenariale » engagée surtout par la CANAM a efficacement contribué à éliminer la critique des tribunes.

Quand on parle de l'AMO par exemple, son application dans certaines structures, des fois ça pose problème. Les gens ont vraiment du mal à bénéficier des avantages de l'AMO dans certains hôpitaux et centres de santé. Vraiment, c'est des sujets à dénoncer, mais malheureusement, avec l'élan de communication que les structures ont entamé, ça a beaucoup entravé ça. En général, ce que la presse relève, c'est institutionnel, mais le quotidien réel, ce qui se passe dans les hôpitaux, avec l'application des soins de santé, l'AMO, l'INPS, la presse le relève peu, à part quelques-uns. Parce que c'est institutionnel. (Directeur de publication, quotidien, interviewé en mars 2019)

Même s'il y a tendanciellement un déplacement du griotisme à plus de professionnalisme, on reste souvent dans le perroquet. (Journaliste interviewé en mars 2019)

Le contenu de nombreux rédactionnels se veut informatif, didactique et pédagogique, surtout dans des articles de fond, qui ont fait l'objet d'un traitement conséquent: pleine page ou demi-page, usage de photographies, couleur pour les images, les titres, dont ceux à la Une. Les titres sont le plus souvent simples et directs, avec une certaine technicité et l'absence d'emphase ou de superflu. Les titres et l'imagerie participent à cette interpellation du lectorat sur le fond du sujet, en faveur des mesures de protection sociale et de la nécessaire diligence, le cas échéant, des structures qui la mettent en œuvre.

- « L'assurance maladie obligatoire : preuve de solidarité affichée », *Scorpion*, le 26/10/2011
- « Protection sociale des salariés : la Canam et l'INPS signent un partenariat », *Waati*, le 21/6/2013
- « L'INPS/Canam face aux défis de la sécurité sociale », *Les Echos*, le 7/4/2015

L'expression est relativement rationalisée et descriptive. Les aspects protocolaires et cérémoniaux (la pompe institutionnelle) sont peu développés, et, même à l'occasion de satisfecit à partir de 2016, se limitent le plus souvent à un descriptif informatif des personnalités présentes et de leurs interventions le cas échéant. D'une façon

générale, le lexique exalté de l'action politique de l'État est assez peu présent, même si on retrouve quelques termes de la rhétorique du combat : les enjeux, les défis, la lutte, dans les titres de L'Essor surtout. Le vocabulaire reste globalement descriptif, et l'expression modérée, rationnelle. Peu de références sont faites aux deux Présidents en exercice sur la période, Amadou Toumani Touré jusqu'en mars 2012, Ibrahim Boubakar Keïta à partir de fin 2013. Ceux-ci ont d'ailleurs peu pris la parole sur le sujet, l'État ayant officiellement mandaté le ministère chargé de la mise en œuvre des programmes pour en assurer la promotion et la communication. Le registre de la louange, qui attribue au chef d'État le mérite des politiques publiques, et qui était particulièrement perceptible dans les articles sur les politiques d'exemptions de paiement (Escot & Ousseïni, 2014), est ainsi très peu présent dans ce corpus.

La presse a rappelé l'ancrage de la politique malienne de protection sociale et de la gestion de la maladie dans le droit international, les principes de l'OIT (la protection sociale des travailleurs et travailleuses), de l'OMS, le droit UEMOA. Elle a présenté des rétrospectives des mesures de PS prévues par la législation malienne depuis l'indépendance, ce qui ancre les politiques dans l'identité nationale et la constitution de l'État indépendant. La référence au droit international et à «l'ordre des choses» est ainsi ajustée par une adaptation locale, ce qui fournit aux autorités maliennes un argument de justification des mesures nationales face à leurs détracteurs et détractrices. Ce registre offre une rare occasion d'exaltation et de référence à une fibre patriotique et aux vœux des «fondateurs» du pays.

Après la période de compte-rendu très factuel de la crise sociale de 2011, la fréquence des articles à tonalité pédagogique et de réflexion tend à augmenter tout au long de la période. L'attitude de la presse évolue également graduellement, délaissant le registre de la critique au profit du plaidoyer et du satisfecit (presque la moitié des articles à partir de 2014). La presse consacre ainsi les bons résultats obtenus, les efforts des acteurs et actrices et la clairvoyance des institutions. Les conseils d'administration de la CANAM et surtout de

l'ANAM sont notamment l'occasion de discours laudatifs. Le plaidoyer est surtout mobilisé pour diffuser la notion émergente de CMU, en relais des institutions qui promeuvent cette nouvelle approche.

(«ANAM- l'assistance médicale dans ses beaux jours», Waati, le 02/04/2015)

Cette session a été l'occasion de rappeler les efforts de l'Etat à travers l'adoption des projets de modification des textes régissant le Ramed et l'Anam. («10^{ème} session ordinaire de son conseil d'administration -L'ANAM enregistre cette année un taux de croissance de 8,75%», *L'Indépendant*, le 08/02/2016)

Malgré sa volonté de s'inscrire dans le discours techniciste et dans le dialogue social, la presse ne parvient pas à s'appropriier les réels enjeux des politiques et à dépasser le niveau du compte rendu des discours institutionnels. Ce mécanisme amène parfois différents journaux à produire des articles très similaires, ce qui montre la très faible part des journalistes dans la production du discours journalistique sur le sujet à cette période.

La défense de l'AMO par la presse a masqué d'autres problématiques de la protection sociale

Quatre rédactionnels sur cinq abordent l'AMO, en thématique principale le plus souvent. Les journaux au positionnement très politique (*L'Indicateur du Renouveau*, *Waati*, *Scorpion*) ont publié presque exclusivement sur ce programme et accordé une très faible attention aux autres. Cette focalisation s'explique par l'innovation réelle représentée par cette mesure au sein du système de protection sociale, qui concerne l'élite (les fonctionnaires, les cadres du privé, jusqu'au Président lui-même) soit le lectorat principal de la presse écrite, et par les conflits sociaux qu'elle a entraînés en 2011, le recul de l'État sur le caractère obligatoire en 2011, puis la campagne de reconquête de la CANAM et les ré-adhésions assez massives autour de 2014. La presse a très fréquemment rappelé les contours de l'AMO: principe, mission, valeurs et fonctions, «philosophie» de la CANAM; cotisations,

organigramme des organismes de gestion, INPS et CMSS, prestations fournies, liste des établissements conventionnés, chiffres d'immatriculation ou le nombre de bénéficiaires, mécanismes de fraude et dispositifs de lutte contre la fraude. Le fait que le régime ait été quasiment non fonctionnel au moment de l'ouverture des droits des bénéficiaires, le conventionnement de multiples structures de prestations et d'officines privées et l'extension à des médicaments de spécialités pour le rendre plus attractif, l'absence d'articulation avec les autres politiques normalement effectives dont particulièrement les exemptions, sont autant de questions qui auraient pu faire l'objet d'enquêtes et d'analyses de la part de la presse écrite, mais qui n'ont jamais été problématisées.

Le RAMED émerge assez faiblement, souvent comme faire-valoir de l'AMO

Le traitement du RAMED est symptomatique d'un discours tronqué. Le RAMED a peu focalisé l'intérêt, c'est une politique très peu opérationnalisée avec une institution sur la défensive. Le RAMED a bénéficié d'une adhésion de principe, voire d'une empathie guidée par la morale, de par sa vocation au bénéfice des plus pauvres, renforcée par l'association avec les populations du Nord (victimes). Le RAMED n'a été abordé que dans le quart des articles, surtout par les grands quotidiens généralistes (*Echos*, *Essor*, *Indépendant*), dans des articles de pédagogie et de réflexion, avec une forte composante de plaidoyer. Cette politique publique qui cible les indigent-e-s a été chargée de nombreuses valeurs sociales, émotionnelles (générosité, solidarité, etc.). Certain-e-s journalistes admettent leur faible niveau de connaissance du régime, du rôle et des fonctions de l'ANAM. Les articles sur le RAMED permettent assez mal de saisir les enjeux du programme au-delà de sa vocation à aider les plus vulnérables. Elle a été souvent présentée de façon superficielle, voire seulement citée comme un «pendant social», comme faire-valoir de l'AMO, régime clairement au bénéfice des élites. Un article de *L'Essor* montre la difficulté pour les journalistes de cerner les réelles problématiques

du programme, en attribuant le faible nombre d'immatriculations à sa structure de financement, sans énoncer la question du processus d'identification et d'immatriculation.

Un assuré de l'AMO nous rappelle de façon burlesque le paradoxe du Ramed. L'AMO dont la mise en œuvre avait fait des vagues bénéficie d'une adhésion populaire maintenant alors que le Ramed qui ne souffrait d'aucune contestation s'enlise dans les difficultés liées au non-paiement des arriérés que doivent les collectivités à l'Anam. (« Régime d'assistance médicale : encore des difficultés », *L'Essor*, le 04/02/2014)

On note ainsi une moindre attention portée au RAMED à la suite de la victoire définitive de l'AMO en 2014. De plus, des mécanismes auraient permis d'immatriculer au RAMED des personnes non indigentes. Les CA de l'ANAM ont largement communiqué cette progression des immatriculations, éliminant le point de critique majeur de la presse sur ce régime. Les difficultés de mise en œuvre et de fonctionnement ayant conduit à un très faible taux d'immatriculation ne sont jamais réellement questionnées, ni la question budgétaire (des budgets importants et sous-utilisés malgré le refus des collectivités et les plaintes récurrentes de l'ANAM sur ses ressources), la complexité du processus d'immatriculation, n'ont jamais été réellement questionnés. De plus, l'ANAM, de 2011 à 2016, a adopté une posture de discours défensive pour expliquer les faibles avancées opérationnelles du RAMED. Sa directrice générale a exprimé de façon répétitive un combat « héroïque » contre les obstacles à la mise en œuvre de sa mission, qui a su gagner l'adhésion de la presse. Au final, l'information véhiculée sur le RAMED relève plus du discours que de l'action. Dans ce contexte, l'institution, et ainsi la presse, ont surinvesti les réalisations et ignoré les problèmes de fond, à savoir que ce régime marqué par les grandes valeurs de solidarité, d'équité, de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, etc., était alors de fait entravé par le manque de volonté d'implication de la part des acteurs et actrices (maires, Développement social, ANAM elle-même).

Le régime mutualiste a très peu mobilisé la presse

Le régime mutualiste n'est abordé que dans un rédactionnel sur huit, et surtout par les trois grands quotidiens généralistes. Le traitement est de plus très factuel et d'une certaine façon assez lénifiant. Ce régime, institué en 1998, n'a pas suscité de débat ou de polémique de fond. La stratégie nationale d'extension de la couverture maladie aux secteurs agricole et informel par les mutuelles de santé, adoptée au moment de l'AMO et du RAMED, prévoit plusieurs innovations et notamment un subventionnement des cotisations par l'État à hauteur de 50%, dans une perspective d'équité. Mais la mutualité, comme pilier de la protection sociale, n'a pas été problématisée par la presse (ni par les institutions), et n'apparaît souvent que comme un point au sein d'une liste des mesures mises en œuvre où l'AMO (et rarement, le RAMED) occupent la première place.

L'actualité mutualiste porte sur des faits liés la création ou à l'évolution de différentes mutuelles. L'information délivrée est très diffuse, très peu politique, souvent de type anecdotique (ex. création de mutuelles de ressortissant-e-s au Gabon, ou d'une « mutuelle de santé pour les vaches » au Rwanda). Elle permet très peu d'appréhender la situation du réseau mutualiste, la réforme adoptée en 2011, ses enjeux, le fonctionnement réel des mutuelles et les avantages potentiels pour les adhérent-e-s. La vie mutualiste se rapproche ainsi d'une actualité très locale que la presse tend à relayer sous un angle positif de valorisation d'initiatives, de prévoyance et de solidarité.

Les enseignants maliens du Gabon, six mois après la création de leur mutuelle, ont tenu leur première AG ordinaire [...] Au cours de cette retrouvaille fraternelle et conviviale, nos compatriotes se sont montrés plus unis et plus solidaires pour construire ensemble une vie digne et prospère, à l'abri des ennuis ou de la peur. (« Mutuelle des enseignants maliens du Gabon (Memag) – nos compatriotes plus unis et solidaires », *L'Indépendant*, le 04/07/2014)

Les politiques d'exemption de paiement de soins de santé sont très peu abordées, alors qu'une étude de la presse menée auprès de dix journaux (Escot, 2010) avait identifié 182 articles sur le sujet entre 2005 et 2009, montrant que la presse avait plébiscité les trois mesures étudiées (paludisme, césarienne, ARV). De rares articles les mentionnent au sein du dispositif de prise en charge du risque santé (et peut-être uniquement pour positionner positivement l'État et ainsi l'AMO, de la même façon que le RAMED).

Des efforts ont été entrepris dans ce domaine grâce notamment à la création ainsi qu'à la mise à l'échelle des CSCOM, la prise en charge des traitements du paludisme des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes. S'y ajoutent la gratuité de la césarienne, la mise en œuvre de l'AMO, le Ramed et l'appui aux mutuelles de santé. (« Couverture sanitaire universelle : le nécessaire engagement des parlementaires », *L'Essor*, le 18/3/2014)

Dès 2013, la presse les considère manifestement comme appartenant à un passé révolu, et en 2015, *Les Echos* les mentionnent comme des freins à l'adhésion aux mutuelles de santé.

L'hôpital régional de Sikasso encaisse en moyenne 3 millions de Fcfa sur les consultations, les hospitalisations et les ordonnances des assurés de l'AMO [...] les responsables ont souligné le casse-tête constitué auparavant par la gestion des gratuités. (« Assurance maladie obligatoire : regain d'intérêt à Sikasso », *L'Essor*, le 29/07/2013)

Au chapitre des difficultés, les responsables de la Mutuelle ont dénoncé [...] ou encore la gratuité des soins en cours pour les enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes, assurés par l'ONG Terre des Hommes, qui a dû siphonner des cibles potentielles, dont les cotisations pour une bonne part n'ont pas été renouvelées. (« Saye - la mutuelle de santé sous perfusion », *Les Echos*, le 05/05/2015)

Les transferts monétaires ou filets sociaux et le programme d'État Jigisèmèjiri qui les met en œuvre sont surtout cités lors de l'immatriculation des bénéficiaires au RAMED et n'ont pas suscité l'intérêt de la presse.

Discussion

Sur la forme, les journaux étudiés montrent une certaine modernité et une plus grande rigueur, à associer à la formation des journalistes et à la relecture de leurs articles. On note globalement une tentative commune de la part des journalistes d'adopter un ton de chroniqueur ou de chroniqueuse relativement neutre, peu empruntée des registres du «griotisme», du prophétisme et de la pompe. Ils et elles ne subsistent que par inertie lorsqu'il s'agit de faire référence au passé, à la Nation ou à son chef, le langage patriotique refaisant surface.

Sur le fond, la presse montre en revanche toujours des faiblesses. En dix ans, les journalistes, surtout dédié-e-s à la santé et la protection sociale au sein des rédactions des quotidiens, n'ont pas réellement acquis de maîtrise, sinon d'expertise du sujet. Certain-e-s journalistes rencontré-e-s connaissaient très peu le RAMED. Les rédactionnels traduisent une absence de recul, d'analyse technique ou critique, et une quasi-absence de recherche. L'attitude consistant en la reproduction (fidèle) du discours entendu, la «presse- perroquet» pour reprendre le terme d'un journaliste, participe de la fonction de compte-rendu de la presse mais ignore largement celles d'investigation et d'opinion.

La posture de la presse sur la protection sociale contre le risque maladie s'est ainsi largement ancrée dans le rôle de «messenger porteur de bonne parole» énoncé par Ndior et Kadio (2006), sans endosser les missions de critique ou de participation à la construction des opinions publiques. La presse n'a manifestement pas pu, sur ces bases, influencer l'opinion ou les décideurs, et encore moins «forger» une quelconque opinion publique. Même sur une politique aussi contestée que l'AMO, elle s'est contentée d'enregistrer et de restituer des informations factuelles. Ses prises de position, très rares, ont soit

porté sur des faits déjà acquis (ex. recul de l'État en 2011), soit été sans effets (prise en compte des réfugié-e-s du nord par l'ANAM, 2011, dénonciation des déclarations du Segal de la CSTM, 2011).

Le discours est lié aux conditions de sa formulation : événements formels, politiques, protocolaires, mais aussi au désir des institutions de maintenir une attitude de façade au service de l'image d'un pays en marche, en progrès, porté par des acteurs et actrices performant-e-s. Certains enjeux réels, structurels ou à long terme ont été presque systématiquement ignorés ou minorés, au profit d'éléments immédiats mais positifs, communiqués comme des « victoires » acquises ou prévisibles (par exemple l'acquisition des outils biométriques pour l'AMO, le versement des contributions de trois communes sur 703 à l'ANAM). Les échecs sont présentés à travers une reconstruction (ou simplification) du passé qui permet un « consensus » (ex. déficit de communication sur l'AMO pour expliquer les contestations, en gommant par exemple le rôle de la CSTM dans la mobilisation du mouvement réfractaire, motivée essentiellement par des ambitions politiciennes du SG, déficit de ressources budgétaires pour l'ANAM pour expliquer les faibles taux d'immatriculations et de prestations).

Les politiques d'exemption du paiement des soins et le régime mutualiste sont emblématiques de la versatilité des acteurs et actrices, parfois sujets à l'amnésie. Les politiques d'exemption sont citées en 2009-2010 comme des piliers de la protection contre la maladie au Mali, et jusqu'en 2009, la presse a relayé les satisfecit des institutions sur les bilans de ces mesures (Escot & Ousséini, 2014). Elles ont certainement souffert du contexte et de la crise sociale autour de l'AMO. En 2009, elles sont citées comme des mesures effectives, dont l'État doit tenir compte pour définir les contours de l'AMO. Bien que les gratuités soient restées le seul levier facilitant l'accès aux soins d'une partie importante de la population (vu le faible taux d'immatriculation au RAMED et le faible nombre de mutuelles fonctionnelles), elles n'ont été vues que dans la perspective des nouveaux régimes, et partant, jugées parfois comme des mesures obsolètes et même comme des mesures contraignantes qui pénalisent

les autres régimes³. Les mutuelles ont très peu mobilisé l'attention malgré leur inscription dans la stratégie nationale, la participation de l'État, l'adhésion des journalistes au principe mutualiste et le fait qu'elles s'adressent à 78% de la population. Le faible intérêt de la presse pour ces mécanismes importants de la prise en charge du risque santé traduit celui des institutions y compris celles chargées de les mettre en œuvre et une relation très ambiguë.

Conclusion

La presse, comme le personnel de l'administration et de santé, a dû suivre l'évolution du système de protection sociale sur au moins trois registres. Le premier concerne le passage d'un système de droits sociaux liés à l'entreprise à celui de prise en charge globale des risques sociaux, largement axé sur la santé. Le deuxième concerne le type de régimes de droits très différents des politiques précédentes et innovants. L'AMO était une spécificité malienne (avec, on l'a vu, des difficultés pour l'État à communiquer et mettre en œuvre et des difficultés pour les usagers et usagères à s'approprier le concept de régime contributif). Le Mali est, selon les sources restituées par la presse, le seul pays de la sous-région à avoir adopté dès 1998 une réglementation nationale (que le droit UEMOA n'est venu qu'orienter). Le troisième registre d'évolution de la protection sociale est celui d'une prise en charge du risque santé initialement basée sur des valeurs humaines et morales et, ensuite, plutôt étayée par des valeurs fonctionnalistes de développement et plus économiques.

La presse a rendu compte de l'ensemble de ces évolutions et y a très largement adhérees, avec une valorisation de l'innovation, des efforts de l'État et des différent-e-s acteurs et actrices de la santé et de la protection sociale. Elle a manifestement considéré qu'il n'était problématique, ni de faire table rase du passé, ni de passer sous silence certaines incohérences.

3. Voir le chapitre de Gautier *et al.* pour le renouveau.

La superposition d'un sujet évolutif, technique, difficile à appréhender par la presse, et d'un mode de production de discours journalistique étroitement dirigé par les institutions a ainsi produit un corpus simple et plutôt sobre sur la forme, et informatif à première vue. Mais cette apparente progression laisse entrevoir la permanence des modes de fonctionnement de la presse: la corruption, la superficialité au détriment de l'analyse et la répétition du discours institutionnel en matière de santé.

L'étude montre en effet comment, au cours de la période, l'émergence de la communication au sens technique et moderne du terme au sein des institutions, et notamment de la CANAM avec la création d'une cellule spécifique, a outillé ces dernières pour faire émerger une nouvelle forme de contrôle du discours de la presse. Les institutions, en effet, ont su produire un discours très formaté et adapté aux besoins de la presse (rappelons notamment quelques communiqués de presse rédigés comme des articles de journalistes), très attractif auprès de journalistes en besoin de renforcement de compétences. La stratégie de communication a évolué de la présence des journalistes aux forums à des sessions spécifiquement organisées pour la presse et ultimement à des espaces de partenariat institutions-presse. Au-delà d'une entreprise de flatterie et de séduction, on pourrait y lire non seulement une appropriation, mais presque une privatisation de la presse par les institutions, qui succède peut-être à l'inféodation de la presse au politique énoncée par Rambaud (2006).

Références

Escot, F. & Ousseïni, A. (2014). Presse sous influence, presse sans opinion. Traitement des politiques de gratuité des soins par les presses écrites nigérienne et malienne. Dans J.-P. Olivier de Sardan & V. Ridde (dir.), *Une politique de santé publique et ses contradictions* (233-248). Khartala.

- Escot, F. (2010). *Le traitement de la question de la gratuité des soins par la presse malienne, 2005–2009* [Revue de presse]. Miseli. [http://www.miselimali.org/fs/Root/caw9p-
Revue_de_presse_malienne_sur_la_gratuite_Rapport.pdf](http://www.miselimali.org/fs/Root/caw9p-Revue_de_presse_malienne_sur_la_gratuite_Rapport.pdf)
- Kamga, O. (2019). Difficile émergence d'un journalisme objectif en Afrique. *Communication*, 36(1). [http://journals.openedition.org/
communication/9827](http://journals.openedition.org/communication/9827)
- Ndior, M. A. & Kadio, M. (2005). Difficile mise en question des systèmes et politiques de santé à travers la presse (Côte d'Ivoire et Sénégal). Dans L. Vidal, A.S. Fall & D. Gadou (dir.), *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest, entre savoirs et pratiques : paludisme, tuberculose et prévention au Sénégal et en Côte-d'Ivoire* (83-98). L'Harmattan.
- Perret, T. (2001). Le journaliste africain face à son statut. *Les Cahiers du journalisme*, 9, 154-168.
- Perret, T. (2005). *Le temps des journalistes: L'invention de la presse en Afrique francophone*. Karthala.
- Rambaud, B. (2006). *Rapports presse/politique* [Communication]. Réflexions sur les études de médias africains, Études africaines en France, Rencontre RTP 2006.
- Touré, L. (2019). *Une nouvelle politique publique de financement de la Santé dans le cadre de la couverture universelle au Mali* [Rapport de recherche]. Miseli, Bamako.
- Touré, L. & Ridde, V. (2020) The emergence of the national medical assistance scheme for the poorest in Mali. *Global Public Health*. doi: 10.1080/17441692.2020.1855459.
- Tudesq, A.-J. (1995). *Feuilles d'Afrique. Étude de la presse de l'Afrique sub-saharienne*. Éditions de la maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine.

I4. Les mutuelles de santé communautaires au Sénégal : une forme d'économie sociale et solidaire?

JULIETTE ALEND A ET BRUNO BOIDIN

Introduction

L'Afrique connaît actuellement un mouvement de promotion de la couverture sanitaire universelle (CSU). À défaut de pouvoir appliquer les modèles de protection sociale des pays riches, ce mouvement s'appuie en partie sur l'extension des mutuelles de santé communautaires (MSC). Pourtant, les MSC rencontrent un certain nombre de limites techniques et institutionnelles (Waelkens & Criel, 2004; De Allegri, Sanon & Sauerborn, 2006). Dans ce chapitre, nous nous intéressons à une autre difficulté qui découle d'un paradoxe. Les MSC en Afrique, bien que relevant de l'économie sociale et solidaire (ESS) du point de vue des principes qui président à leur création, sont cependant très diverses dans la façon dont leurs responsables et leurs membres se représentent les valeurs et les objectifs prioritaires. Derrière l'homogénéité apparente de ce secteur se révèle alors une certaine hétérogénéité qui rend difficile la convergence des initiatives mutualistes vers une extension de la CSU.

Nous présentons l'exemple du Sénégal où la promotion de la couverture maladie universelle, notamment par l'extension des mutuelles, est considérée comme un enjeu national majeur par les gouvernements depuis le milieu des années 2000. Nous mobilisons des données issues d'une enquête de terrain réalisée entre 2013 et 2015 auprès des mutuelles de santé et des acteurs et actrices institutionnel-le-s.

Bien que le terme d'ESS soit peu utilisé en Afrique de l'Ouest par les acteurs publics et actrices publiques et socioéconomiques, nous considérons que les diverses initiatives relatives à la promotion des MSC s'inscrivent dans cette approche. En effet, cherchant de nouvelles manières de répondre aux besoins économiques et sociaux, elles s'appuient sur le principe de réciprocité au sens de Polanyi (2001 [1944])¹. Ainsi, contrairement au tiers-secteur et au « non profit », qui sont pensés comme des secteurs spécifiques en complémentarité avec le marché et l'État, l'ESS s'inscrit dans un cadre plus global, en dessinant les contours d'une économie alternative (Defalvard, 2013; Ripess & Kawano, 2012). C'est cette dernière approche que nous adoptons dans ce chapitre, en considérant les organisations concernées dans leurs relations avec la société et le politique.

Matériau et méthode

Nous mobilisons une partie des résultats d'une enquête qualitative conduite au Sénégal entre 2013 et 2015 sur la place des mutuelles dans l'extension de la couverture maladie. Au total, nous avons réalisé 66 entretiens semi-directifs (groupés et individuels) auxquels s'ajoutent des entretiens informels et des visites auprès des structures.

Les études de cas ont été réalisées sur les structures indiquées dans le tableau 1. Le Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes (GRAM) encadre les plus anciennes mutuelles communautaires du pays, dans la région de Thiès. La mutuelle du Partenariat pour la Mobilisation de l'Épargne et le Crédit au Sénégal (PAMECAS), présente sur l'ensemble du territoire, constitue une expérience innovante de couplage entre micro-crédit et micro-assurance. Le Rémusac (Réseau de Mutuelles Communautaires) réunit les mutuelles de santé de Guédiawaye. Enfin, TransVie est la mutuelle nationale des routiers du Sénégal.

1. Ce principe fait référence à la symétrie des relations entre les membres de la société, au sens où chacun-e a besoin des activités des autres pour subvenir à ses propres besoins. Les obligations sont donc réciproques.

Tableau 1. Structures étudiées

Structure	GRAIM	MS-PAMECAS	Rémusac	Transvie
Type de structure	Réseau de mutuelles communautaires	Mutuelle nationale, couplée avec une mutuelle de microcrédit	Réseau de mutuelles communautaires	Mutuelle nationale, ciblage des routiers
Localisation	Thiès	Nationale (caisses de quartier)	Guédiawaye (Dakar)	Nationale
Zone	Rurale	Urbaine et rurale	Urbaine	Urbaine et rurale
Public ciblé	Homogène	Hétérogène	Hétérogène	Homogène
Encadrement	Bénévole	Professionnel	Bénévole	Professionnel

Une grille d'analyse des valeurs et des registres mutualistes

Les formes d'ESS peuvent se rencontrer dans toute activité pour peu qu'elle mette en pratique certaines caractéristiques particulières. Avant de présenter ces caractéristiques, il convient de préciser la place particulière des pays du Sud dans les différentes conceptions de l'ESS.

Les différentes conceptions de l'ESS et les pays du Sud

L'économie sociale et solidaire revêt des réalités différentes selon le lieu où elle prend place. Ainsi, dans les pays du Sud, Castel (2015) considère que l'économie populaire est une branche de l'ESS, dans la mesure où l'on y retrouve des intentions similaires, avec un projet collectif d'économie alternative à l'économie capitaliste et une identité commune entre les travailleurs et les travailleuses. Certaines de ces organisations populaires hybrident, de la même manière que l'ESS, des ressources marchandes, non marchandes et non monétaires. À cet égard, les mutuelles de santé en Afrique s'inscrivent bien dans l'approche de l'ESS. Elles mettent en œuvre un projet collectif d'économie alternative afin de combler l'écart entre le droit à la santé pour tous et pour toutes et son application réelle. Cette économie alternative se base sur la solidarité et la réciprocité au sens

de Polanyi (2001 [1944]) et s'éloigne du processus de marchandisation de la santé favorisé par les politiques néolibérales conduites depuis les années 1980. Ce projet est également politique par la création d'espaces autonomes de discussion dans le domaine de la santé au sein de ces mutuelles, amenant la participation de la société civile aux décisions collectives. Les mutuelles permettent ainsi une interaction entre les ménages, les communautés, les partenaires extérieur-e-s, les pouvoirs publics et le secteur privé.

Les apports de Polanyi nous permettent de définir plus finement les mutuelles de santé dans un cadre d'économie populaire propre aux pays du Sud. La prise en charge de la santé en Afrique se place principalement au sein de la sphère domestique. En cas d'épisode de maladie, les premiers recours sont la famille et les proches. La réciprocité fonctionne ainsi à divers niveaux. Les mariages, les naissances, les enterrements, les maladies sont autant de situations de la vie courante permettant une mise en place de dons et de contre-dons (Ballet, Bazin, Dubois & Mahieu, 2014). Dans la sphère de la réciprocité des pays capitalistes (Polanyi, 2001 [1944]), ne pas se montrer « généreux ou généreuse » peut conduire à être exclu-e de ce système. Les mutuelles de santé recourent à la fois la réciprocité et la redistribution à l'inverse d'un « quasi-marché » de la santé devenu une norme dominante (McCaster, Batifoulier & Domin, 2015). La prise en charge des soins qu'elles proposent élargit la réciprocité entre personnes proches à une réciprocité entre membres d'une même mutuelle. Ces jalons mêlant réciprocité, intérêt et redistribution vont à l'encontre d'une théorie assurantielle standard des mutuelles de santé (Wang *et al.*, 2010), destinées, par la contractualisation, à lutter contre des comportements supposés purement opportunistes. Par opposition à l'hypothèse de rationalité instrumentale, les individus ne sont pas seulement intéressé-e-s par leur satisfaction personnelle, mais aussi par leur satisfaction directe, se rapportant à l'identité sociale (Caillé, 2006). L'appartenance à la communauté permet de recevoir l'assistance du groupe sans distinction entre les membres. Cette appartenance s'inscrit conjointement dans les registres de l'intérêt, de la réciprocité et du sens donné à l'adhésion au groupe.

Les caractéristiques idéales typiques des MSC comme composantes

de l'ESS

La littérature sur l'ESS permet de mettre en évidence trois caractéristiques principales de cette économie. La pluralité démocratique constitue une première caractéristique (Laville, 2010): elle relève à la fois d'un mode de fonctionnement interne et d'une activité externe à l'organisation. Sur le plan interne, l'ESS s'appuie sur la participation des membres aux délibérations et aux décisions. Le mode de délibération privilégié consiste en la construction de règles à travers la confrontation de divers points de vue dans une relation d'égalité. La délibération collective constitue un principe économique, tout comme la régulation marchande ou étatique. Sur le plan externe, les organisations de l'ESS constituent des lieux de discussion faisant le lien entre le niveau communautaire et les niveaux plus élevés (collectivités, État, acteurs internationaux et actrices internationales).

La deuxième caractéristique est l'identité commune. C'est la réflexion collective propre à l'organisation qui permet la constitution d'une identité propre, partagée par les membres. Cette identité se crée en établissant des liens sociaux entre les membres, ainsi qu'à travers la légitimation de la structure, de sa finalité et de ses valeurs. En ce qui concerne les mutuelles de santé, le projet de la mutuelle doit faire sens auprès des membres potentiel-le-s afin que ceux-ci et celles-ci puissent partager un intérêt commun et prendre la décision de se réunir collectivement. Les valeurs véhiculées par la mutuelle présentent une dimension de coordination; elles permettent l'évaluation des actions par les individus et forment l'appartenance à une communauté (Batifoulier, 2012).

Enfin, la troisième caractéristique est la pluralité économique et la place qu'y occupe le principe de réciprocité. Il s'agit de chercher des moyens différents de gérer des biens et des services, de créer et de partager la richesse. Ces expériences permettent une pluralité économique, leur but étant d'humaniser l'économie, de la démocratiser (Lewis & Swinney, 2008) et de s'étendre hors de l'hégémonie du marché pour intégrer d'autres principes économiques.

La mise en commun des ressources pour la prise en charge de la santé se fait dans une relation d'interdépendance entre les membres, dans un « tout social » constitué par la mutuelle.

Classification des quatre structures étudiées

Les études de cas présentent l'avantage de représenter une certaine diversité des formes mutualistes au-delà de leur objectif initial commun. Nous avons élaboré à cet effet une typologie des mutuelles de santé au Sénégal fondée sur deux critères de différenciation: d'une part, on peut considérer que le principe de réciprocité, au cœur du mouvement mutualiste, occupe une place plus ou moins centrale dans chaque mutuelle; d'autre part, l'homogénéité de la population ciblée, primordiale par rapport à la constitution d'une identité commune, est plus ou moins forte. Cette typologie nous a permis de positionner chacune des quatre structures en fonction de leur situation par rapport aux deux critères.

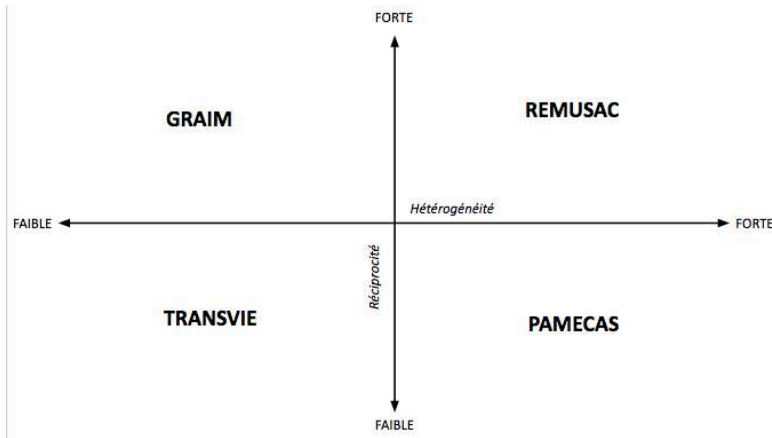


Figure 1. Typologie des mutuelles sénégalaises au regard de la réciprocité et de l'hétérogénéité. Source: auteur et autrice

Ainsi, la typologie reflète également les liens entre les trois caractéristiques idéales typiques des mutuelles. En effet, l'homogénéité (ethnique, religieuse, socioéconomique) de la

population ciblée joue un rôle non négligeable sur le caractère démocratique (première caractéristique de notre grille) du fonctionnement de la structure dans la mesure où elle facilite la confiance et le sentiment de solidarité propices à un processus délibératif. De la même façon, l'homogénéité favorise l'identité commune (deuxième caractéristique de la grille). Enfin, la réciprocité constitue à la fois la troisième caractéristique idéale typique et un élément favorisé par l'homogénéité.

Résultats

Nous montrons les difficultés rencontrées par les mutuelles pour adopter les trois critères présentés dans la section précédente tout en rappelant pour chaque caractéristique les résultats de la littérature. Ainsi, la réciprocité intervient dans l'objectif d'humanisation de l'économie, cet objectif se réalisant dans le fait que les membres partagent une même identité, basée sur des relations réciproques et un « souci de l'autre » (Servet, 2007) : chacun-e, valant autant que les autres membres, peut contribuer à la délibération. La démocratie et la régularité des échanges appuient à leur tour l'unité et l'identité commune entre les membres, primordiales pour la pérennité de l'organisation (Wallimann, 2014). Cependant, nos résultats mettent en évidence des écarts entre cette grille idéale typique et la réalité vécue par les membres et animateurs et animatrices des mutuelles.

Une démocratie interne à construire

La littérature sur les motivations de l'adhésion aux mutuelles de santé a mis en évidence le rôle important de la transparence dans la gouvernance, de la confiance vis-à-vis des dirigeant-e-s et du contrôle social sur les décisions. De nombreux travaux conduits au Sénégal (Devignes, 2014) et dans d'autres pays africains (Waelkens & Criel, 2004; De Allegri, Sanon & Sauerborn, 2006) montrent que le respect de ces différentes caractéristiques permet d'obtenir des plus forts taux de pénétration et d'adhésion. Notre étude confirme cette tendance. Lors de nos entretiens, plusieurs acteurs et actrices

ont insisté sur le besoin de l'appropriation par les membres et de la démocratie interne comme moyens de parvenir aux objectifs sociaux partagés par les adhérents et adhérentes. Le Président de la mutuelle Goxu-Mbathie indique :

Pour la région de Saint Louis, sur les neuf mutuelles qui existaient, seules deux subsistent, à savoir la nôtre et celle des gardiens [...]. Il faut un fonctionnement régulier des organes, une sensibilisation permanente, des rencontres périodiques avec les prestataires de soins pour la qualité et la diversité dans l'offre de soins [...], partager les décisions, pas de système autoritaire. Il faut des décisions démocratiques. Tout ce qui participe à la cohésion est une bonne chose.

Le directeur exécutif d'Intermondes (organisation d'appui du Rémusac), se démarquant selon lui des pouvoirs publics qui considèrent que la participation consiste à «contribuer aux actions définies par l'État», définit la participation de manière «plus large, plus active, créative, autour d'une table. Il faut contribuer et évaluer ensemble». Il s'agit de

promouvoir le dialogue entre les acteurs économiques, sociaux et politiques, en vue de renforcer la participation citoyenne [...] Pour atteindre le maximum de sénégalais, les mutuelles de santé communautaires sont là pour la proximité, l'attrait communautaire, les valeurs qui existent au sein de la société. Il est important de rencontrer les usagers pour leurs avis, leur opinion.

Le coordinateur du GRAIM précise :

Nous au GRAIM on avait beaucoup évité de construire des mutuelles pour simplement dire de se soigner. Ça permet de se soigner mais ça permet aussi à une communauté de se questionner sur sa situation, et d'envisager son avenir et ses relations avec les différents acteurs y compris l'autorité. De prendre une position par rapport à une autorité. [...] Il n'y aura de la durabilité qu'à travers l'appropriation que les

communautés feront de la mutualité et les éléments internes qu'ils mettront en œuvre pour que cela devienne de véritables communautés, de véritables sociétés.

Certains exemples sont emblématiques de la recherche d'une démocratie interne qui permet d'adapter les règles aux besoins spécifiques de la mutuelle. Ainsi, comme l'avaient déjà observé certains travaux (Atim, Diop & Bennett, 2005), les paramètres clés sont presque toujours fixés par l'Assemblée générale constitutive. Cette procédure permet alors de prendre des décisions collectives différentes de celles préconisées dans les études de faisabilité. C'est le cas des mutuelles de Thiès dont le coordinateur met en évidence une fixation des cotisations et des services fondée sur la discussion entre les membres: « On discute tant que le montant n'est pas accepté. Et vous faites le lien entre la cotisation et le service. Et donc chaque mutuelle se déterminait par rapport à ça, à la contribution acceptée par l'ensemble. »

Cependant, les études sur les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne ont généralement souligné que, malgré l'enthousiasme suscité par ces structures auprès des populations cibles et des partenaires au développement, la réalité est souvent décevante avec des taux d'adhésion et de recouvrement plus faibles que prévu (Fonteneau, 2003; Waelkens & Criel, 2004; De Allegri, Sanon & Sauerborn, 2006). De plus, la légitimité des acteurs et actrices mutualistes pour intervenir dans le processus démocratique au niveau des politiques nationales devrait se coupler à la légitimité de la démocratie interne à la mutuelle (Laville, 2010). Or, notre enquête montre qu'au-delà des convictions des responsables des mutuelles, il existe d'importants décalages entre la vision des mutualistes et celle des membres élu-e-s et gérant-e-s. Plusieurs problèmes apparaissent : la charge de travail élevée des responsables des mutuelles favorise une concentration des décisions par manque de temps pour délibérer; les pratiques démocratiques sont un souhait lors de la création des mutuelles mais elles se perdent à long terme dans la gestion quotidienne; les cabinets d'expert-e-s extérieur-e-s sont sollicités, favorisant une conception « clé en main » peu propice à la prise en

compte des besoins réels; les membres n'ont pas tous et toutes la capacité à participer effectivement aux débats et décisions, compte tenu d'un niveau de formation faible.

La démocratie représentative dans les mutuelles ne représente pas vraiment les membres. On demande toujours aux présidents mais jamais aux membres, on ne prend pas en compte leurs besoins. Quand un gars veut faire une mutuelle, il fait toujours venir les mêmes experts qui font les mêmes études de faisabilité et les mêmes mutuelles qui ne correspondent pas à la situation. (Directeur du cabinet Hygea)

Le coordinateur de l'Union régionale des mutuelles de Saint Louis évoque un détournement de fonds au sein d'une mutuelle : « C'est un exemple de l'échec d'une mutuelle. C'était une bonne intention au départ, mais l'argent est allé dans la main des dirigeants, la population a toujours pu attendre. Il y a un problème de transparence, pas de démocratie ».

La PAMECAS est un exemple frappant de mutuelles présentant des failles importantes sur le plan de la démocratie interne. Les assemblées générales concernent la mutuelle d'épargne et de crédit mais pas la mutuelle de santé. Les adhérent-e-s rencontré-e-s ont pourtant fait part de leur souhait d'exprimer leurs besoins et doléances. Nous avons également constaté que l'ampleur des tâches administratives des équipes de direction limite le temps consacré à impliquer les membres. Nous avons relevé l'expression de difficultés à recruter des personnes de confiance et compétentes pour gérer les mutuelles. En conséquence, les cadres dirigeant-e-s des mutuelles sont fréquemment reconduit-e-s durant de nombreuses années, renforçant la concentration des décisions. Les adhérent-e-s y trouvent un avantage de confiance vis-à-vis des dirigeant-e-s et de stabilité de la structure, souvent au détriment d'une démocratie interne. Nos observations vont également dans le sens des travaux qui indiquent que l'implication des adhérent-e-s intervient principalement à la constitution de la mutuelle, au moment où les dirigeant-e-s veulent créer une relation de confiance et fixer de façon consensuelle les taux de cotisation ou le paquet de prestations (Letourmy & Pavy-Letourmy, 2005).

Les difficultés de créer une identité collective

La construction d'une identité collective à travers les mutuelles communautaires rencontre des difficultés importantes pour deux raisons. D'abord, l'adhésion à une mutuelle ne signifie pas nécessairement que les adhérent-e-s partagent une vision commune avec les autres membres. Ensuite, les mutuelles communautaires qui sont pérennes, telles que les mutuelles du GRAIM, se basent souvent sur des communautés soudées, ce qui peut entrer en contradiction avec la création d'une identité propre à la mutuelle et non à la communauté de départ.

Une étude menée au Sénégal dans des mutuelles de Fatick, Kaolack, Diourbel et Kaffrine (CAFSP, HYGEA, PAMAS, 2011) montre que les membres définissent avant tout les mutuelles comme des structures de solidarité collective permettant de faciliter l'accès à la santé aux membres et à leur famille. La logique de convivialité est mise en avant, consolidant la cohésion sociale. Dans un contexte général de développement des systèmes assurantiels individualistes, les mutuelles construisent ainsi des mouvements collectifs différents fondés sur la réciprocité et la création de liens sociaux. Une cohésion sociale déjà existante serait alors un facteur important pour la viabilité des mutuelles de santé. Le succès de certaines mutuelles communautaires ne viendrait pas de la nature de l'activité mais des liens créés, des mécanismes de socialisation enclenchés par cette activité (Mladovsky & Mossialos, 2008).

Ainsi, alors que l'une des caractéristiques de l'ESS est de chercher à créer une identité autour d'un projet, dans le cas des MSC, cette identité collective ne semble prendre pied qu'en s'appuyant sur des identités communes préexistantes. À cet égard, la littérature montre que lorsque les membres sont réuni-e-s par une forte identité commune, les mutuelles sont plus durables (Daff, 2000). Le bouche-à-oreille est très important, renforçant le rôle des réseaux dans la motivation à adhérer. Cette identité commune est généralement plus faible en milieu urbain où, en l'absence d'une identité collective initiale, il semble très difficile de sortir d'un fonctionnement mécanique de la solidarité. La solidarité vue de manière mécanique et fonctionnelle par les institutions financières internationales conduit

alors à plaquer des préconisations techniques sur des populations dont la première motivation est en réalité la confiance dans leur communauté.

Cette différence importante entre milieu urbain et milieu rural, entre hétérogénéité et homogénéité de la population ciblée, a été constatée dans notre enquête. À titre d'exemple, le directeur du cabinet Hygea indique :

la solidarité est forte contre la maladie mais pas au sein des mutuelles[...] Le problème ici [dans les quartiers urbains], c'est que les mutuelles communautaires se basent sur les quartiers. Les gens se connaissent plus ou moins, il n'y a pas de relations horizontales mais de l'individualisme.

Par contraste, les membres des mutuelles rurales mettent l'accent sur l'importance de l'appartenance à une communauté, comme l'illustre un membre de la PAMECAS : « Ici, c'est une communauté, tout le monde est pratiquement une famille. C'est une communauté de caractère. Qui agissent ensemble. Donc s'ils acceptent une chose, c'est de manière globale. »

Nos observations directes ont également permis de faire apparaître concrètement de telles différences. Ainsi, la forte solidarité déjà présente dans la culture sérère² à Thiès ou chez les femmes des mutuelles du Rémusac illustre l'importance de tels liens comme bases de mutuelles de santé communautaires afin d'obtenir des plus forts taux de pénétration. Fandène et Lalane Diassap, mutuelles de la région de Thiès, sont deux exemples des mutuelles rurales assises sur une forte base sociale et possédant un taux de pénétration élevé (respectivement 90% et 82%) (Devignes, 2014). Nos entretiens et observations indiquent que cette pérennité tient pour beaucoup aux facteurs suivants : les liens étroits avec l'hôpital Saint Jean de Dieu, l'habitude des communautés sérères de s'organiser et de cotiser pour obtenir des services, de donner (quête à l'Église), et la forte cohésion sociale dans les villages.

Paradoxalement, il apparaît également que la forte cohésion communautaire représente un obstacle à une extension nationale de la couverture maladie fondée sur le mouvement mutualiste. En effet, les mutuelles concernées excluent de fait les membres extérieur-e-s à ces communautés. Le Président de l'Union régionale des mutuelles de santé de Diourbel indique :

Au niveau du Sénégal, les mutuelles se créent sur la base « appartenant à une confrérie ». Ça a des avantages et des inconvénients, car les extérieurs à la confrérie ne pourront pas adhérer. Il y a une mainmise du chef religieux. Si la population avait pour base que la santé, on se focaliserait davantage sur la santé tout court.

Le coordinateur du GRAIM analysait cette question dans le cas de Thiès : « Fandène c'est une réalité sociale, même communauté ethnique, religieuse. Et quand vous voulez sortir de ces cercles-là vous avez des difficultés. Quand vous voulez intégrer d'autres, ils peuvent venir dans un premier temps mais c'est un effritement. »

Par contraste avec l'identité commune vue comme idéal type de l'ESS, le cas des MSC au Sénégal montre ainsi une réalité contrastée. D'un côté, la présence de communautés soudées facilite la création et la pérennité des mutuelles; d'un autre côté, elle a comme contrepartie un morcellement des MSC et une exclusion des populations n'appartenant pas aux communautés d'origine.

L'approche verticale contre la réciprocité?

Une étude menée en 1997 dans les communautés rurales traditionnelles du Sénégal, du Nigéria ou encore de l'Inde (Platteau, 1997) montrait que les membres étaient guidé-e-s par le principe de « réciprocité équitable » et ne concevaient pas l'assurance comme un jeu avec des gagnant-e-s et des perdant-e-s. Le partage des risques n'est pas considéré comme un transfert mais comme une dette contractée auprès des autres membres. Pourtant, la littérature montre également que si la plupart des acteurs et actrices à l'initiative des mouvements mutualistes partagent la vision de solidarité et de

réciprocité, cette approche n'est pas considérée comme suffisante par les membres (Mladovsky *et al.*, 2014). Les mutuelles sont souvent perçues comme un soutien aux familles avant d'être un outil de mise en œuvre de la réciprocité d'après nos entretiens. La motivation des membres se limite dans ce cas à leur intérêt individuel.

Notre étude a pu confirmer que différentes visions cohabitent au sein des mutuelles de santé, oscillant tantôt vers l'intérêt individuel, tantôt vers la réciprocité. Le manque de participation concrète à la vie des mutuelles réduit souvent la relation entre les membres à sa dimension financière, par le règlement de la cotisation plutôt que par l'implication collective ou le partage de valeurs. Nous avons relevé un décalage entre la vision des dirigeant-e-s, principalement masculins, souvent très impliqué-e-s, partageant les valeurs mutualistes, et des membres mettant en avant le registre de l'intérêt avant le registre de la réciprocité. Le directeur du cabinet Hygea nous confiait :

Depuis 20 ans, on végète sur les mutuelles, beaucoup de toutes petites mutuelles peu viables. On met trop en avant les problèmes de gestion, de formation, les formes mutualistes sont calquées sur les formes occidentales. Personne ne parle vraiment de solidarité autre que financière.

Le gérant de la mutuelle et comptable de l'hôpital à Saint Jean de Dieu illustre le décalage entre une solidarité affichée et les décisions des mutualistes qui relèvent plutôt de l'intérêt personnel :

J'ai un ami qui a cotisé 5 ans, mais n'est pas tombé malade donc a arrêté. [...] Le gars est tombé malade à ce moment-là et a dû verser. Quand je lui ai montré les différents coûts, [...] le gars a compris l'intérêt et est revenu. Problème de solidarité, c'est ce qui manque. Comme pour une assurance voiture.

Un autre résultat intéressant tient aux liens qui apparaissent entre les trois caractéristiques de l'ESS (démocratie interne, identité commune et réciprocité) à travers les études de cas. Ainsi, le manque de démocratie participative et de partage de l'information défavorise la construction d'une identité collective autour de valeurs communes. De même, les limites de la démocratie peuvent conduire à une pratique de la réciprocité qui ne correspond pas aux besoins et aux

souhaits de tous et de toutes. Si l'on applique le principe de réciprocité au sens de Polanyi, chacun-e doit s'acquitter en fonction de ses propres capacités (Servet, 2007). Selon Mladovski *et al.* (2014) et selon nos entretiens avec les membres de la PAMECAS, une partie des mutualistes souhaiteraient tendre vers cette forme de réciprocité plutôt que de conserver l'égalité des cotisations telle qu'elle est pratiquée. Si de telles règles étaient appliquées, dans les communautés relativement homogènes, les cotisations changeraient peu. Dans un milieu hétérogène, notamment en milieu urbain, les différences seraient beaucoup plus fortes. Notre enquête met en évidence que de nombreuses personnes se disent prêtes à augmenter leur cotisation mais que beaucoup ne peuvent déjà pas les assumer dans l'état actuel. Les membres reconnaissent souvent un manque de redistribution verticale entre les plus riches et les plus pauvres.

Enfin, un troisième résultat concerne les liens entre, d'une part, la difficulté de mettre en place un principe de réciprocité qui satisferait tous et toutes les membres, d'autre part, le caractère relativement exogène de certaines initiatives. En effet, la dynamique communautaire au Sénégal est fortement appuyée par les pouvoirs publics et les partenaires au développement. Mais dans un contexte où la couverture maladie est présentée comme une priorité nationale, les acteurs et actrices mutualistes regrettent l'accélération des pressions institutionnelles sur leurs structures et les conséquences qui s'ensuivent sur le caractère insuffisamment endogène des initiatives, au profit d'une approche verticale inadaptée aux valeurs des mutuelles.

Ainsi, le DECAM (projet de mutualisation du risque maladie dans le cadre de la décentralisation) est le programme le plus souvent critiqué par les responsables mutualistes. Initié en 2010 sous l'impulsion de l'USAID, le DECAM instaure un partenariat entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'État. Son objectif est que chaque commune ou communauté rurale dispose d'une mutuelle. L'État subventionne une partie des cotisations et un fonds d'équité pour soutenir les ménages ne pouvant assumer les cotisations est mis en place, soutenu par l'USAID et la coopération belge. Si les mutualistes reconnaissent unanimement une opportunité

dans ce nouveau schéma, ils et elles regrettent que les mutuelles ayant adhéré à ce schéma l'aient fait par souci de profiter de la manne financière associée plutôt que par adhésion au programme.

Le coordinateur du GRAIM regrette que les initiatives soient désormais décrétées au lieu d'être discutées :

Il faut toute une discussion pour faire accepter des changements. Mais aujourd'hui, c'est décrété. Maintenant, ce n'est plus vous qui décidez de la cotisation de votre mutuelle, c'est l'État qui a décidé. [...] Fou fou fou ces objectifs fixés par l'État. C'est très ambitieux mais on est dans le mécanique. [...] C'est ça en fait, on a oublié les processus et le sens du processus dans la chose.

Le Président de la mutuelle de Fandène est critique envers le chemin pris par l'extension de la couverture maladie :

C'est mal : les gens doivent s'adapter à la structure, ce n'est pas bien. Il ne faut pas que des appuis, il faut faire soi-même. Ce sont les structures qui doivent s'adapter à la population. Il faut des études sur chaque milieu, sur les possibilités, les revenus. Il faut des idées participatives, là on aboutit.

En fin de compte, l'ambition des acteurs publics et actrices publiques est à la fois vue comme une opportunité et une menace. Cette dernière relève en particulier du fait que l'aide apportée dans ce cadre a comme contrepartie une évolution des mutuelles qui restreint la participation des membres à une participation économique et qui doit se faire dans l'urgence. Cette approche restrictive laisse alors de côté les réflexions sur une vision pluraliste de l'économie et la construction sur le long terme d'une réciprocité entre les membres.

Conclusion

Notre étude montre que l'unification des mutuelles pour aboutir à une CSU demeure un chemin ardu et ne devrait pas être abordé comme une évidence. Les mutuelles se heurtent à de nombreux obstacles techniques, financiers mais également tenant à la diversité

des conceptions internes à chaque mutuelle³. En conséquence, il n'existe pas de schéma typique du développement des mutuelles de santé. Ces résultats plaident pour une double approche du côté des pouvoirs publics: le volontarisme nécessaire pour combler les défaillances des mutuelles (difficultés techniques, financières, organisationnelles telles que mises en évidence dans d'autres chapitres) et la préservation des caractéristiques spécifiques des mutuelles qui sont la condition d'une prise en compte de la diversité des publics et des valeurs derrière une apparente homogénéité.

Ce chapitre a cherché à comparer les idéaux types de l'ESS et la réalité des pratiques et des perceptions des acteurs et actrices des mutuelles de santé au Sénégal. Ces dernières ont souvent été présentées par les institutions internationales et les bailleurs de fonds comme des solutions idoines de mise en œuvre de l'extension de la couverture maladie en Afrique. Notre enquête de terrain met en évidence que, malgré une réelle inscription des MSC dans le mouvement de l'ESS, il existe des contraintes de mise en œuvre et des pratiques spécifiques et hétérogènes qui questionnent leur capacité à unifier le système de couverture maladie.

On peut alors s'interroger sur les transformations que les MSC pourraient connaître durant ce processus d'intégration dans le système de couverture maladie, sous l'impulsion ou l'injonction des bailleurs des fonds (voir le cas des unions départementales d'assurance maladie, UDAM). Assisterons-nous à une disparition progressive du principe de réciprocité, alors que ce principe, même s'il est appliqué à des degrés divers, constitue un fondement de ces initiatives? Cette question découle du constat que les standards internationaux occupent une place centrale dans tout programme élaboré dans les pays pauvres. Le domaine de la santé est révélateur de cette standardisation des objectifs et des dispositifs. La contractualisation des relations entre les acteurs et actrices est un mécanisme apporté de l'extérieur que les autorités locales doivent intégrer dans leurs objectifs. Le prépaiement constitue un autre dispositif en vogue. Ces différentes approches entrent largement dans

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

une logique quasi-marchande de la santé. Or, les mutuelles de santé communautaires sont supposées être le terrain de prédilection de tels dispositifs selon les organisations internationales qui ont adopté les modèles de « bonne gouvernance » comme des leviers d'amélioration des systèmes de santé.

Dans ce contexte d'assimilation permanente de dispositifs apportés de l'extérieur, on peut alors s'interroger sur les capacités d'élaboration de programmes originaux par les pouvoirs publics locaux. Ces derniers sont généralement limités dans leur marge de manœuvre. La standardisation des mutuelles de santé communautaires, voire leur marchandisation, constitue ainsi un risque majeur qui pourrait nuire à leur apport dans la couverture maladie. Ce risque devrait être pris au sérieux par les décideurs nationaux et internationaux et les décideuses nationales et internationales.

Références

- Atim, C., Diop, F. & Bennett, S. (2005). *Déterminants de la stabilité financière des mutuelles de santé : Une étude menée dans la région de Thiès au Sénégal* [Rapport USAID]. The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- Ballet, J., Bazin, D., Dubois, J.-L. & Mahieu, F.-G. (2014). *Freedom, Responsibility and Economics of the Person*. Routledge.
- Batifoulier, P. (2012). De la responsabilité individuelle aux priorités collectives. Une analyse institutionnaliste des politiques de la demande en santé. *Revue Éthique et Économique*, 9(2). 25-44. <http://ethique-economique.net/>
- CAFSP, HYGEA, PAMAS (2011). *Déterminants d'adhésion et de non adhésion aux mutuelles de santé dans les régions de Fatick, Kaolack, Diourbel et Kaffrine*. Hygea, Dakar.
- Caillé, A. (2006). Remarques sur l'économie des conventions. Dans F. Eymard-Duvernay (dir), *L'économie des conventions, méthodes et résultats* (93-102). La Découverte.

- Castel, O. (2015). La réciprocité au cœur de la structuration et du fonctionnement de l'économie sociale et solidaire. *Revue française de socio-économie*, (15), 175-192.
- Daff, B. M. (2000). *Étude sur les capacités des mutuelles de santé du Sénégal à assurer une meilleure accessibilité financière aux soins* [Mémoire de maîtrise]. CESAG, Dakar.
- De Allegri, M., Sanon, M. & Sauerborn, R. (2006). To enrol or not enrol? A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1520-1527.
- Defalvard, H. (2013). *L'ESS comme idéal-type d'économie* [Cahier de Recherche, (1)]. Chaire d'économie sociale et solidaire, UPEMLV.
- Devignes, F. (2014). *Les mutuelles de santé au Sénégal*. Enda Graf Sahel.
- Diagne, M. (2011). *Relance du développement local au Sénégal*. L'Harmattan.
- Fonteneau, B. (2003). *Les défis des politiques de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest. Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité*. VLIR/DGIS.
- Laville J.-L. (2010). The solidarity economy: An international movement. *RCCS Annual Review*, (2). <http://rccsar.revues.org/202>
- Letourmy, A. & Pavy-Letourmy, A. (2005) *La microassurance de santé dans les pays à faible revenu*. Agence Française de Développement.
- Lewis, M. & Swinney, D. (2008). Social economy and solidarity economy: Transformative concepts for unprecedented times? Dans J. Allard, C. Davidson & J. Matthaei (dir.), *Solidarity economy: Building alternatives for people and planet* (9-22). ChangeMaker Publications.
- Mladovsky, P. & Mossialos, E. (2008). A conceptual framework for community-based health insurance in low-income countries: Social capital and economic development. *World Development*, 36(4), 590-607.
- Mladovsky, P., Ndiaye, A., Ndiaye, P., Lelubre, B., Soors, W. & Criel, B. (2014). *Les mutuelles de santé et le capital social MUCAPS: trois études de cas sénégalaises*. The London School of Economics and Political Science.

- Platteau, J-P. (1997). Mutual insurance as an elusive concept in traditional rural communities. *The Journal of Development Studies*, 33(6), 764-796.
- Polanyi, K. (2001 [1944]). *The great transformation: the political and economic origins of our time*. Beacon Press.
- RIPESS (2012). *Differences and Convergences in Social Solidarity Economy Definitions, Concepts and Frameworks* [Working Paper, (2)]. RIPESS, Manila'13.
- Servet, J.-M. (2007). Le principe de réciprocité chez Karl Polanyi, contribution à une définition de l'économie solidaire. *Revue Tiers Monde*, (190), 255-273.
- Waelkens, M. & Criel, B. (2004). *Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. État des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Wallimann, I. (2014). Social and solidarity economy for sustainable development: its premise – and the Social Economy Basel example of practice. *International Review of Sociology*, 24(1), 48-58.
- Wang, H., Switlick, K., Ortiz, C., Connor, C. & Zurita, B. (2010). *Africa Health Insurance Handbook – how to make it work* [Rapport USAID]. Abt Associates Inc., USAID, Health Systems 20/20.

PARTIE III
IMPACTS

15. Le financement basé sur les résultats a engendré des conséquences non intentionnelles dans des centres de santé au Burkina Faso

ANNE-MARIE TURCOTTE-TREMBLAY, IDRISSE ALI GALI-GALI ET VALÉRY RIDDE

Le FBR, « c'est comme la viande d'un éléphant qui est déposée là : chacun vient couper ! Si ton couteau est tranchant, tu coupes beaucoup. Si ton couteau n'est pas tranchant, tu seras toujours derrière. »

(Prestataire de soins, Burkina Faso)

Introduction

L'atteinte de la couverture sanitaire universelle d'ici 2030 nécessite une amélioration significative de la performance des systèmes de santé¹. Pour accélérer cette transformation, certaines organisations comme la Banque mondiale encouragent financièrement et techniquement les gouvernements à mettre en œuvre le financement basé sur les résultats (FBR) (Fritsche *et al.*, 2014; WHO, 2018a). Selon cette approche, les établissements de santé et leurs personnels reçoivent un financement en fonction de la quantité et de la qualité des soins.

1. Ce chapitre est une traduction d'un article publié en anglais et remanié/réduit pour cet ouvrage : Turcotte-Tremblay, A.-M., Gali Gali, I. A. & Ridde, V. (2019). An exploration of the unintended consequences of performance-based financing in 6 primary healthcare facilities in Burkina Faso. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(5) : 272-279. 10.34172/ijhpm.2020.83

Pendant que le FBR gagne du terrain dans les pays à faible ou moyen revenu, des acteurs et actrices en santé mondiale s'interrogent sur les conséquences non intentionnelles qui pourraient en découler. L'intervention pourrait engendrer des changements positifs, neutres ou négatifs qui ne sont pas ciblés par les personnes qui l'ont élaborée.

À ce jour, plusieurs revues des écrits ont montré le manque d'études sur les conséquences non intentionnelles du FBR dans les PFMR (Diaconu *et al.*, 2020; Gorter *et al.*, 2013; Witter *et al.*, 2012). Pourtant, il y a plusieurs raisons d'étudier ces conséquences. La probabilité que le FBR engendre des conséquences non intentionnelles allant au-delà des objectifs de l'intervention est élevée. Il existe un grand degré d'incertitude quant à la manière dont les nouvelles pratiques se développent dans des systèmes complexes comme celui de la santé (Rogers, 2003). De plus, les conséquences non intentionnelles peuvent être encore plus importantes que les conséquences intentionnelles. Donc, une compréhension globale des conséquences intentionnelles et non intentionnelles est nécessaire pour juger de la valeur d'une intervention.

Cadre d'analyse

Nous avons développé un cadre d'analyse sur la base de la théorie de la diffusion des innovations (Rogers, 2003). Selon ce cadre, quatre catégories de facteurs peuvent interagir pour influencer les conséquences d'une innovation comme le FBR. Premièrement, il est important de considérer la nature de l'intervention (par exemple, la compatibilité avec les besoins locaux, le niveau de complexité, l'avantage relatif par rapport à une autre intervention). Deuxièmement, nous devons tenir compte des caractéristiques des acteurs et des actrices du système social (par exemple, les statuts socio-économiques, les expériences antérieures, les perceptions et attitudes à l'égard de l'innovation). Troisièmement, il est important d'examiner la nature du système social (par exemple, les normes, la culture, l'environnement, les ressources). Enfin, la mise en œuvre et l'utilisation d'une innovation (par exemple, leur réinvention par les personnes locales) influencent ses conséquences.

Selon le cadre, les conséquences découlant d'une innovation peuvent être classées selon trois dimensions: 1) désirables ou indésirables; 2) directes ou indirectes; et 3) anticipées ou non anticipées. Nous avons considéré une conséquence comme anticipée si les guides de mise en œuvre de l'intervention y font référence ou si elle est alignée avec l'esprit ou les idées autour de l'intervention (c'est-à-dire les croyances, les hypothèses ou les perceptions). Comme Bloomrosen et ses collègues (2011), nous avons considéré que les conséquences intentionnelles ont tendance à être désirables et attendues par les planificateurs ou planificatrices de programmes. En contrepartie, les catégories de conséquences suivantes ont tendance à être non intentionnelles: indésirables et attendues, indésirables et inattendues et désirables et inattendues. La justification pour cette supposition est que les planificateurs et planificatrices ne sont pas enclin-e-s à cibler des changements considérés comme étant indésirables ou qu'ils ou elles n'ont pas vu venir. La figure 1 illustre notre cadre.

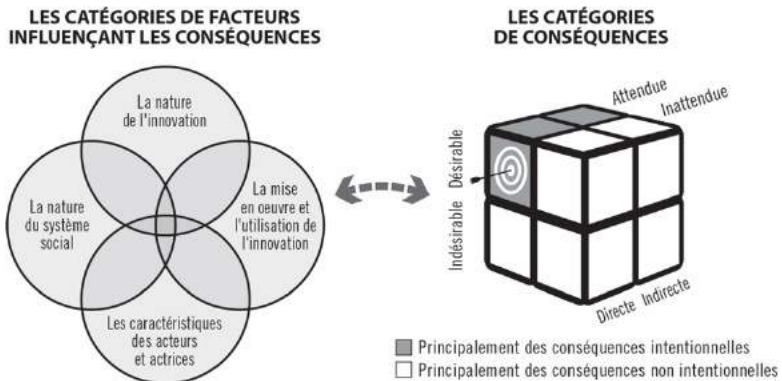


Figure 1. Cadre d'analyse; Adapté de Turcotte-Tremblay et ses collègues (2020)

Méthodes

Contexte

En 2014, le gouvernement du Burkina Faso, avec le soutien de la Banque mondiale, a mis en œuvre le FBR dans 15 districts afin d'améliorer la qualité et la quantité des soins². Quatre bras d'intervention ont été mis en œuvre, combinant différentes modalités du FBR avec des mesures d'équité. Chaque mois, un vérificateur ou une vérificatrice de l'agence de vérification et de contractualisation (ACV) allait dans les centres de santé pour compter la quantité de soins octroyés pour 23 indicateurs afin d'établir le montant des subsides. Puis, chaque trimestre, une équipe de vérification de la qualité technique utilisait une grille d'évaluation de 113 éléments (couvrant 28 domaines) afin de déterminer le montant des bonus qualité. Des vérifications communautaires étaient aussi censées être effectuées chaque trimestre afin de retrouver les patient-e-s pour évaluer l'authenticité des soins déclarés et la satisfaction (Turcotte-Tremblay *et al.*, 2017). Les subsides et bonus qualité étaient destinés aux paiements des dépenses des centres de santé et aux primes pour le personnel. Les prestataires de soins devaient remplir un outil d'indice chaque mois pour effectuer la planification financière et déterminer la répartition des primes. Chaque trimestre, les agents et agentes de santé devaient produire un plan d'amélioration de la performance afin de fixer des objectifs et de planifier des activités. Le modèle d'intervention est disponible en ligne (Ministère de la Santé, Burkina Faso, 2013).

Collecte de données

Nous avons mené une étude de cas multiple dans six centres de santé et de promotion sociale (CSPS) au Burkina Faso (Yin & Ridde, 2012). Pour la collecte de données, nous avons effectué de l'observation sur le terrain, des entretiens semi-structurés et des

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

discussions informelles entre avril 2015 et mai 2016. Nous avons mené 101 entretiens semi-structurés avec le personnel de soins, le personnel de soutien, des usagers et usagères et des personnes représentant des niveaux communautaires, régionaux et nationaux. Les personnes participant à l'étude ont été sélectionnées en fonction de leur capacité à fournir de l'information pertinente et de leur accessibilité. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits. De plus, 258 séances d'observation ont été rapportées dans un journal de recherche. L'observation a principalement été effectuée dans les CSPS, les établissements de gestion et les villages.

Nous avons effectué une analyse thématique en adoptant une approche hybride déductive-inductive. Le logiciel QDA Miner a été utilisé pour coder et récupérer des segments de texte pertinents. Une synthèse transversale des cas a été effectuée afin de tirer des conclusions générales (Yin, 2009).

Nous avons également eu recours à des données quantitatives publiques sur les prestations de services de santé³. Ces données longitudinales ont été collectées mensuellement dans les formations sanitaires lors des vérifications FBR.

Résultats

Le FBR a engendré d'importantes conséquences non intentionnelles dans les centres de santé primaire. Le tableau 1 présente ces conséquences classées selon notre modèle.

Tableau 1. Classification des conséquences non intentionnelles

	Médicaments		Matériel		Indicateurs
	Processus	Produit	Processus	Produit	Structurel
Qualité	<ul style="list-style-type: none"> Qualité des médicaments Qualité des services Qualité des équipements 	<ul style="list-style-type: none"> Qualité des médicaments Qualité des services Qualité des équipements 	<ul style="list-style-type: none"> Qualité des médicaments Qualité des services Qualité des équipements 	<ul style="list-style-type: none"> Qualité des médicaments Qualité des services Qualité des équipements 	<ul style="list-style-type: none"> Qualité des médicaments Qualité des services Qualité des équipements
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des médicaments Disponibilité des services Disponibilité des équipements 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des médicaments Disponibilité des services Disponibilité des équipements 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des médicaments Disponibilité des services Disponibilité des équipements 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des médicaments Disponibilité des services Disponibilité des équipements 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des médicaments Disponibilité des services Disponibilité des équipements

Note: Les conséquences non intentionnelles ont été classées dans ce tableau.

Conséquence désirable et inattendue

Stratégies pour limiter la vente de médicaments sans consultation

Trois centres de santé ont modifié la vente de médicaments pour augmenter le nombre de consultations enregistrées dans les registres médicaux. Dans deux centres de santé, le personnel a refusé de vendre des médicaments à des personnes qui n'avaient pas préalablement consulté un agent ou une agente de santé. Dans un autre CSPS, l'infirmier-chef de poste a doublé le coût des médicaments pour les personnes qui n'avaient pas consulté. Localement, ces pratiques étaient perçues comme étant désirables afin de réduire l'automédication. Cependant, un gérant de dépôt de médicaments a signalé qu'un petit nombre de personnes partaient sans suivre la consigne parce qu'elles ne pouvaient pas payer les frais des médicaments prescrits.

Avant le FBR, beaucoup de gens venaient acheter des médicaments et peu allaient se faire consulter, donc le major a demandé que tout le monde se fasse consulter. Comme ça, on peut les enregistrer et, quand le vérificateur FBR quantité vient, cela fait augmenter les quantités. (Gérant de dépôt)

Conséquences indésirables et attendues

Stratégies de jeu (gaming)

Dans la plupart des centres de santé, le personnel manipulait délibérément ses comportements pour obtenir un avantage (*gaming*). Une stratégie courante consistait à effectuer des mises en scène juste avant les vérifications FBR. Des gérant-e-s de dépôt de médicaments ont déclaré qu'ils et elles gardaient généralement les boîtes de médicaments sur le sol et les plaçaient sur les étagères avant l'arrivée des vérificateurs et vérificatrices pour obtenir des points de qualité. Les fiches de stock de médicaments étaient mises à jour juste avant les vérifications. Des manœuvres ont déclaré travailler davantage

lorsqu'elles étaient informées de la venue des vérificateurs et vérificatrices. Un autre exemple de mise en scène porte sur l'obtention de blouses avec des badges d'identité pour répondre aux critères d'évaluation du FBR. Bien que les membres du personnel aient souvent obtenu des points FBR pour leur tenue, nos observations ont montré qu'ils et elles ne portaient généralement pas leur blouse au quotidien. Ces stratégies de jeu, adoptées dans de nombreux CSPS, étaient instrumentales dans l'obtention de subsides et de bonus qualité.

Ma blouse est lourde avec la chaleur [...] le jour que [les agents ou agentes de vérification FBR] viennent, en tout cas, je la porte pour ne pas perdre les points. (Personnel de santé)

Fixation sur les indicateurs et les subsides

Certain-e-s employé-e-s des centres de santé se focalisaient sur les indicateurs de performance plutôt que sur leurs objectifs sous-jacents. Par exemple, des rideaux ont été installés pour répondre aux critères de confidentialité du FBR. Les prestataires obtenaient généralement d'excellents scores pour la confidentialité visuelle en raison de la présence des rideaux, mais nos observations en temps réel ont montré que la confidentialité était régulièrement compromise. Les agents et agentes de santé examinaient plusieurs usagers et usagères simultanément dans la plupart des CSPS. De plus, des personnes sans formation médicale entraient librement dans les salles de consultation.

Les membres du personnel semblaient souvent plus préoccupé-e-s par le remplissage des registres que par les services à offrir. Dans un CSPS, nous avons observé un infirmier occupé à falsifier le registre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) pendant que du personnel non qualifié soignait un jeune enfant à quelques mètres de là. Dans un autre CSPS, le gérant de dépôt falsifiait des registres avant une vérification FBR, alors que les prestataires vendaient des médicaments directement aux patient-e-s (une pratique interdite). Si certains remplissages rétrospectifs des registres avaient eu lieu avant le FBR, ils étaient désormais effectués

de manière plus systématique pour éviter de laisser des lignes vides dans les registres. Certain-e-s prestataires ont ouvertement admis faire davantage de remplissage rétrospectif à la suite de la mise en œuvre du FBR afin d'éviter d'être humilié-e-s ou surpassé-e-s par d'autres formations sanitaires.

Le major, à chaque fin du mois, il me dit qu'il faut qu'il mette ses papiers à jour pour être en règle pour que les autres CSPS ne le dépassent pas. À la fin du mois, il me fait comprendre qu'ils ont eu telle ressource. (Membre du comité de gestion)

Avant le FBR, les gens travaillaient sans complexe, personne ne se plaignait; depuis que le FBR est là, les gens ne parlent que subsides, subsides et ça devient comme une revendication qui emmerde tout le temps. Et ça a énervé un des ministres [...] Par exemple, quand il y a un retard dans l'arrivée des subsides, ils veulent même faire des grèves. (Gestionnaire au niveau national)

Falsification de registres médicaux et de documents administratifs

Les prestataires des différents CSPS manipulaient délibérément les registres et documents médicaux, de sorte que la quantité et la qualité des soins déclarées étaient différentes de ce qui avait réellement été dispensé. Dans tous les CSPS, les prestataires modifiaient régulièrement les documents avant les vérifications FBR afin d'améliorer leur performance. Cette falsification prenait beaucoup de temps et était effectuée ouvertement. Nous avons pu observer une relation de cause à effet entre le FBR et la falsification des registres à travers divers résultats complémentaires: 1) les prestataires faisaient explicitement référence au FBR en falsifiant les registres; 2) certains registres falsifiés avaient été créés spécifiquement pour le FBR; 3) une partie de la falsification a été effectuée en préparation des vérifications quantité et qualité du FBR; 4) les rapports de vérification du FBR montraient que les prestataires avaient d'abord été critiqué-e-s pour ne pas avoir rempli les registres

qui ont ensuite été falsifiés. Ultimement, la falsification des registres et des documents a été instrumentalisée pour obtenir des scores de performance et des versements plus élevés.

La première fois que les [vérificateurs FBR] sont venus, j'étais à 30 partogrammes, on m'a donné zéro partout. J'ai failli couler des larmes, ça m'a fait très mal, parce que tout simplement j'avais pris la tension artérielle chaque deux heures, ils ont dit que, non, c'est chaque quatre heures [...] Depuis ce jour-là, je suis à 100%. (Prestataire de soins)

De nombreux facteurs expliquent la falsification des registres, tels que la pression pour obtenir des résultats, la concurrence entre les formations sanitaires, les difficultés de mise en œuvre de l'intervention (par exemple, le manque de personnel qualifié, le temps nécessaire pour remplir les registres), les critères stricts du FBR inadaptés aux réalités locales (par exemple, les longs formulaires avec l'obligation de tout remplir) et le désir de recevoir des primes. De plus, certains registres n'étaient pas couramment utilisés au quotidien avant le FBR. Certain-e-s prestataires ont rejeté les registres comme étant des « papiers » (c'est-à-dire une bureaucratie imposée de l'extérieur) et ont expliqué qu'ils et elles ne souscrivaient pas réellement à leur importance. Des prestataires ont également indiqué que certains registres ne répondaient pas réellement à leurs besoins.

Les éléments régulièrement falsifiés comprenaient les registres PCIME, les partogrammes, les visites à domicile, les consultations de maternité, les qualifications des agents de santé, les dates des rendez-vous, les absences du personnel. Nous présentons des exemples des falsifications des services payés.

PCIME

Lors d'une rencontre bilan du FBR, la figure 2 a été présentée pour montrer que, dans les CSPP des districts FBR, le pourcentage d'enfants traités selon l'approche PCIME avait augmenté à la suite du FBR (janvier 2014), comparativement aux CSPP des autres districts. Les personnes participant à l'étude ont affirmé que l'augmentation

de l'utilisation de l'approche PCIME était l'un des principaux points forts du FBR. Notre observation a toutefois montré que les registres de la PCIME, qui déterminent environ 10% des scores de qualité du FBR, étaient systématiquement falsifiés et remplis rétrospectivement dans au moins trois CSPS. Ils n'étaient jamais utilisés ou remplis lors des consultations, bien que certaines questions aient nécessité la contribution des patients. Ces registres étaient souvent remplis par un autre prestataire que celui qui avait prodigué les soins et étaient ensuite signés par un prestataire qui remplissait les conditions requises pour les vérifications FBR. Dans une formation sanitaire, par exemple, le gérant du dépôt de médicaments remplissait les registres PCIME à son domicile pendant son temps libre, alors qu'il n'était ni qualifié ni présent lors des consultations.

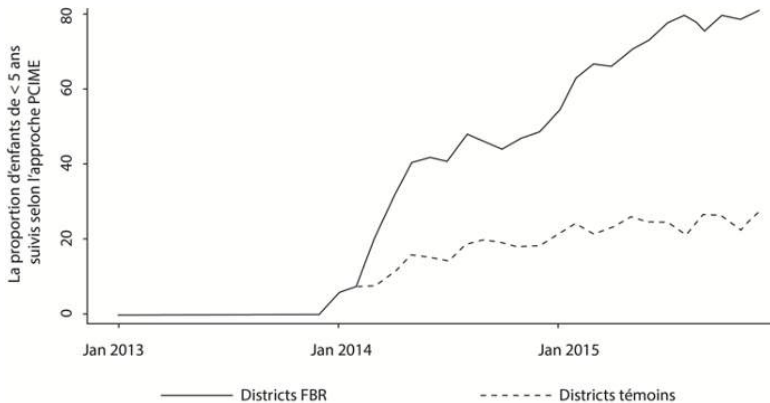


Figure 2. Proportion d'enfants traité-e-s selon l'approche PCIME dans les districts FBR et les districts témoins

Partogramme

Selon le discours officiel, le pourcentage de naissances réalisées à l'aide d'un partogramme a considérablement augmenté grâce au FBR (voir la figure 3 présentée lors d'une rencontre annuelle du FBR). Les CSPS inclus dans l'étude ont souvent obtenu des scores de qualité élevés pour la «proportion de naissances suivies à l'aide d'un partogramme» et pour la «qualité de la surveillance du travail et de

l'accouchement». Cependant, l'observation dans la majorité de ces centres a montré que les registres de partogrammes n'étaient pas systématiquement utilisés pendant les accouchements. Les données rapportées dans les partogrammes étaient souvent estimées ou inventées pour répondre aux critères d'évaluation de la qualité technique. Les partogrammes étaient généralement remplis par un prestataire qualifié-e qui n'avait pas nécessairement assisté à l'accouchement, parfois quelques jours après l'accouchement, juste avant les vérifications FBR. Dans un CSPS, par exemple, l'accoucheuse remplissait calmement plusieurs partogrammes chez elle. Elle a créé un faux partogramme pour un accouchement effectué par l'agent itinérant de santé, en son absence, pour obtenir des points de qualité FBR. Dans un autre CSPS, l'agent itinérant de santé a expliqué comment les partogrammes sont falsifiés en vue des vérifications du FBR.

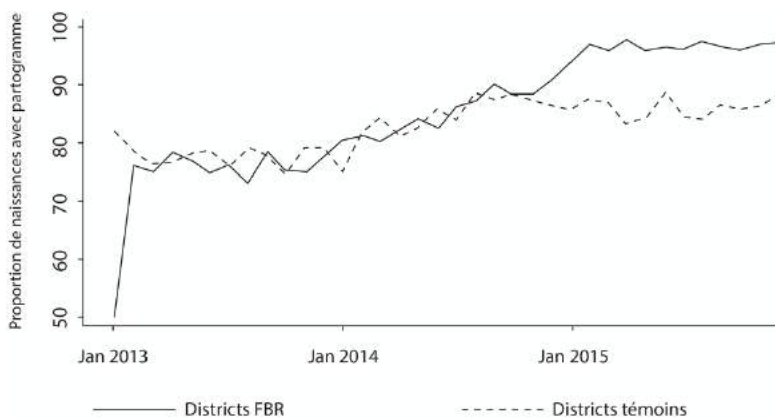


Figure 3. Proportion de naissances effectuées à l'aide d'un partogramme dans les districts FBR, comparativement aux districts témoins

Les visites à domicile (VADs)

À la suite de l'implantation du FBR, les prestataires de soins ont dû adopter de nouvelles procédures et formulaires pour effectuer des VADs. Les personnes participant à l'étude ont souligné que

l'augmentation du nombre de VADs était l'un des principaux effets positifs du FBR (Figure 4). Cependant, au cours des périodes d'observation dans les centres de santé, nous n'avons pas observé un-e seul-e prestataire mener une VAD adéquatement, malgré le fait que ces derniers et dernières aient déclaré le nombre maximum de VADs payables. Les séances d'observation ont montré que les prestataires utilisaient diverses stratégies pour manipuler la conduite réelle des VADs, qui étaient considérées comme étant « bien payées ». Dans au moins trois des CSPS, les prestataires ont falsifié les formulaires de VADs et ont conduit des VADs de mauvaise qualité. Par exemple, les prestataires ont rempli les formulaires VADs quelques minutes avant les vérifications du FBR en falsifiant des contenus tels que les signatures des personnes censées avoir été présentes, les dates des rendez-vous et les analyses des ménages. Les formulaires étaient parfois remplis par des personnes qui n'étaient pas présentes lors des visites déclarées ou qui n'étaient même pas qualifiées pour les effectuer. Dans un CSPS, une sage-femme a fait appel à des patientes en maternité pour remplir rapidement les formulaires sans se rendre réellement dans leur ménage. Une autre infirmière a effectué huit visites à domicile en trois heures, malgré les rapports indiquant que chaque visite dure une heure. Le contenu des longs formulaires de VAD était souvent superficiel, citant les mêmes forces, faiblesses, causes et plan d'action pour tous les ménages. Les gestionnaires du FBR ont confirmé avoir observé des « fraudes » et des « abus majeurs » concernant les VADs et ont tenté diverses stratégies pour résoudre ce problème (par exemple, plafonner le nombre de VADs payées, suspendre l'achat des VADs).

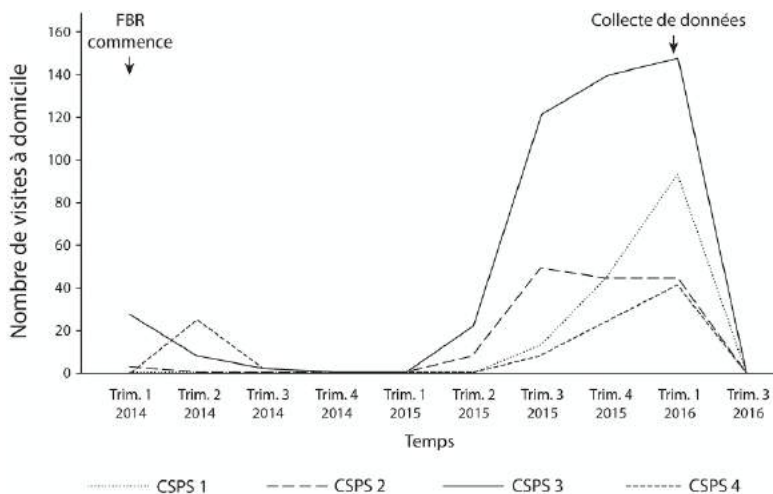


Figure 4. Nombre de visites à domicile pour quatre CSPS inclus dans l'étude.
Source: www.fbrburkina.org/data/element/16

Consultations

De fausses consultations ont été ajoutées pour les personnes suivis à la maternité dans au moins deux des CSPS. Par exemple, lors de la préparation d'une vérification FBR, les prestataires d'un CSPS ont constaté qu'ils et elles avaient effectué peu de consultations pour des enfants en bonne santé entre 12 et 23 mois. Ils et elles ont donc simplement ajouté des consultations pour les femmes enceintes qui étaient venues antérieurement. De plus, dans un autre CSPS, les prestataires ajoutaient régulièrement de fausses consultations pour : 1) les femmes enceintes qui avaient manqué leurs rendez-vous; 2) les consultations postnatales pour les femmes qui avaient accouché dans le CSPS; et 3) les enfants soigné-e-s pour malnutrition. Les dates de consultation prévues étaient écrites à l'avance avec un stylo et les informations sur les patientes étaient remplies, même si elles ne venaient pas.

L'accoucheuse est assise sur le banc avec les deux registres de malnutrition aiguë modérée et de malnutrition aiguë sévère. Je la vois inscrire les données pour une dizaine d'enfants mal-

nourris supplémentaires qui ne sont pas là. [...] Elle n'a pas de carnet de santé dans les mains et aucun enfant autour d'elle.
(Notes d'observation)

Complaisance, collusion et complicité

Les résultats montrent qu'il y a eu de la complaisance, de la collusion et de la complicité pour manipuler les scores de performance du FBR. Dans tous les CSPS, les prestataires se voyaient régulièrement falsifier les registres sans intervenir les un-e-s auprès des autres. Les superviseur-e-s étaient parfois impliqué-e-s dans la falsification et la manipulation des données. Par exemple, un vérificateur FBR a expliqué à un gérant de dépôt de médicaments comment préparer des reçus de ventes pour obtenir des points FBR sans réellement remettre de copies aux usagers et usagères. Dans un autre CSPS, un superviseur du district a conseillé aux prestataires de signaler un seul jour d'absence afin qu'ils et elles puissent obtenir les points FBR sans avoir à indiquer leurs absences réelles. Dans une autre formation sanitaire, l'infirmier-chef de poste a encouragé une sage-femme à inscrire des enfants comme étant des cas de malnutrition sévère (un service rémunéré), malgré son évaluation clinique. Dans tous ces exemples, les personnes ont explicitement mentionné le FBR pour se justifier.

Dans le cadre du FBR, tous les paliers du système de santé ont reçu un financement basé sur leur performance. La performance d'un niveau (par exemple, les centres de santé) influençait celle des autres (par exemple, les districts). Ainsi, les gestionnaires, dont certain-e-s étaient des vérificateurs et vérificatrices FBR, avaient un intérêt direct à protéger les établissements de leurs districts. En 28 mois de mise en œuvre, aucune équipe-cadre de district n'a signalé de fraude dans ses centres de santé appliquant le FBR. Aucune sanction n'a été émise concernant la falsification de données dans les districts d'intervention. Cela est cohérent avec les pratiques du système social dans lequel les prestataires sont reconnu-e-s pour se protéger mutuellement.

Lors de la supervision, ils revoient l'outil d'indice, car le district n'a pas bien performé. Le superviseur du district dit: « Ce n'est pas possible que personne n'ait été absent durant le mois! Major, vous devez vous flageller et vous mettre un jour d'absence, juste un jour major, pour que nous (au niveau du district) puissions avoir nos 65 points! On a eu zéro le trimestre dernier à cause de ça. On a eu froid dans le dos! » (Notes d'observation)

Conséquences inattendues et indésirables

Enseignement de mauvaises pratiques aux stagiaires

Les stagiaires effectuant des stages dans quatre CSPS étaient souvent témoins de la falsification de registres, ou y participaient, pour augmenter les scores de performance. Dans au moins deux de ces CSPS, les prestataires de soins ont montré aux stagiaires des astuces pour éviter d'être accusé-e-s de fraude, comme remplir les partogrammes à l'envers ou utiliser la même écriture et le même stylo dans les registres.

En modifiant le registre de planification familiale rempli par la stagiaire, l'accoucheuse lui dit ceci: « Il faut tout renseigner. Tout! Sinon, c'est zéro! On se fout de toi. FBR nous fait beaucoup écrire. Trop! Il faut que l'information soit concordante. Si tu mets qu'il n'y a pas d'écoulement, tu ne peux pas dire qu'elle a ses règles. Il faut réfléchir avec sa tête! Sinon, on sait que tu veux voler, mais que tu ne peux pas. » (Notes d'observation)

Fardeau élevé de documents administratifs

Le FBR a considérablement augmenté la charge de travail administratif. Même si de nombreux registres existaient avant, ils étaient généralement négligés dans la pratique quotidienne. De plus, certains registres ont été modifiés pour le FBR afin de recueillir

davantage d'informations (par exemple, les signatures et les qualifications des prestataires). D'autres documents ont été ajoutés pour le FBR (par exemple, des plans d'amélioration des performances, des outils d'indice, de longs formulaires de visite à domicile). En conséquence, la majorité des prestataires de services de santé se sont plaint-e-s que le FBR leur demandait d'écrire «trop», compte tenu du manque de personnel. Pour illustrer ce point, un infirmier-chef de poste s'est exclamé: «Le FBR là, c'est l'encre et la salive!»

Poursuite d'indicateurs de performance étroits

Parfois, les vérificateurs, les vérificatrices et les gestionnaires FBR se concentraient sur des indicateurs de performance étroits perçus comme non pertinents, irréalistes ou trop coûteux dans le contexte local. Par exemple, un indicateur FBR portait sur la présence d'une clôture autour de la formation sanitaire. Aucun des CSPS n'était clôturé, donc les vérifications recommandaient à répétition de construire une clôture. Lors d'une rencontre nationale, une équipe-cadre du district a même présenté l'absence de clôture comme étant la principale difficulté liée à la qualité des soins. Sous la pression, les prestataires ont souvent inclus la «construction d'une clôture» comme objectif dans les plans d'amélioration des performances. Cependant, la plupart des prestataires interrogé-e-s ont explicitement exprimé leur désaccord ou leur faible degré d'adhésion avec ces objectifs.

Manipulation des outils d'indice

Pour la planification financière, les CSPS appliquant le FBR devaient remplir chaque mois un outil d'indice déterminant les primes individuelles pour les membres du personnel. Le montant disponible pour ces primes individuelles dépendait des caractéristiques de l'établissement (par exemple, revenus, dépenses, économies) et du personnel de santé (par exemple, qualifications, années d'expérience, absences, notes d'évaluation individuelle). Dans la plupart des CSPS, les infirmiers-chefs de poste et les prestataires manipulaient les

données de l'outil d'indice pour leur propre gain financier, notamment : 1) en réduisant le nombre d'années d'expérience des autres membres du personnel (parfois analphabètes); 2) en déclarant la mauvaise catégorie de qualification des autres membres du personnel; 3) en diminuant la note d'évaluation individuelle d'un-e membre du personnel; 4) en gonflant artificiellement les dépenses prévues pour garder de l'argent pour eux; 5) en sous-déclarant les dépenses réelles pour garder plus de fonds pour les primes à répartir entre le personnel; et 6) en ne déclarant pas les absences réelles. « Le FBR est tactique. Si on achète une autre table d'accouchement, il ne restera plus rien pour les agents. » (Prestataire) « Ils ont volontairement décidé de ne pas acheter des médicaments pour augmenter leur marge bénéficiaire et donc, pour augmenter leur prime. » (Gestionnaire)

Tensions et conflits liés aux outils d'indice

L'outil d'indice a provoqué des tensions et des conflits entre les personnes impliquées. Premièrement, le personnel des CSPS a été frustré d'apprendre qu'il recevait un pourcentage de primes considérablement plus faible que dans l'étude pré-pilote⁴. Au moment de la collecte des données, les outils d'indice stipulaient que le pourcentage des primes versées au personnel ne devait pas dépasser 30% des revenus d'un établissement. Deuxièmement, certain-e-s prestataires n'étaient pas satisfait-e-s des points attribués pour les différents niveaux de responsabilité. L'outil d'indice attribuait automatiquement 20 points aux infirmiers-chefs de poste, ce qui ne reflétait pas nécessairement la répartition de la charge de travail. Troisièmement, le manque de transparence de certains infirmiers-chefs de poste lors du remplissage de l'outil d'indice a souvent provoqué des conflits internes. Enfin, dans la plupart des CSPS, l'impossibilité d'inclure les représentant-e-s des membres du COGES dans les outils d'indice était une source d'insatisfaction, de conflits

4. Sur ces questions voir l'exemple du Mali dans les chapitres de Zitti et Coulibaly.

et de démotivation⁵. Pour le FBR, les membres du COGES devaient mettre à jour la documentation, acheter des médicaments, entretenir les locaux extérieurs, retirer les subsides des comptes en banque, etc. Les participant-e-s ont indiqué que le FBR dévalorisait leur travail en déclarant qu'ils et elles sont « exclu-e-s », « ne font pas partie de l'équipe », « ne sont pas important-e-s parmi ces personnes », et « ne font rien pour augmenter les subsides ».

Frustrations pour les prestataires dont les soins ne sont pas admissibles à des points qualité

Avec le FBR, les registres médicaux ont été modifiés pour que les prestataires inscrivent leur nom et leurs qualifications. Lors des vérifications qualité, les soins fournis par certaines catégories de prestataires n'étaient pas admissibles. Ce critère d'évaluation s'est heurté aux pratiques locales. Avant la mise en œuvre du FBR, les agent-e-s itinérant-e-s de santé (formé-e-s pour mener des activités de promotion de la santé) et les accoucheuses (formées pour apporter un soutien dans les maternités) traitaient régulièrement les patient-e-s. Avec le FBR, leurs consultations recevaient automatiquement un score de zéro lors des vérifications qualité sous prétexte qu'ils et elles étaient « non qualifié-e-s ». Les agent-e-s itinérant-e-s de santé et les accoucheuses percevaient cela comme une injustice et ont exprimé leur grande frustration. La plupart des prestataires ont contesté ce critère d'évaluation, en argumentant qu'il n'est pas adapté au contexte local, étant donné : 1) la pénurie de personnel et la difficulté d'embaucher du personnel; 2) le fait que le travail de ces prestataires sauve des vies; 3) la grande mobilité des infirmiers-chefs de poste qui sont souvent absents; et 4) le fait que tous et toutes les prestataires ont suivi le même guide de diagnostic et de traitement.

Dans cinq CSPS, les prestataires ont élaboré des stratégies visant à falsifier systématiquement l'identité des prestataires non qualifié-e-s qui traitaient les patient-e-s. Des agent-e-s itinérants de santé, des accoucheuses et des stagiaires ont fourni des services, mais ont

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

laissé les colonnes de signatures et de qualifications vides. Par la suite, les prestataires qualifiés ont signé leur nom et mentionné leurs qualifications malgré leur absence lors de ces consultations.

Ce qui me fait mal avec le FBR est que nos actes ne sont pas considérés de qualité. Ce matin, j'ai fait un accouchement et ça s'est très bien passé, mais ce n'est pas considéré de qualité. Pourtant, c'est les mêmes actes que je pose. Donc, l'accoucheuse ou le major n'a qu'à signer le registre. Ce n'est pas juste. (Agent itinérant de santé)

Le mécontentement et la démotivation du personnel en raison des retards de paiement

La plupart des agents ou agentes de santé ont indiqué que le FBR est plus avantageux que les mécanismes de rémunération antérieurs. Toutefois, les longs délais de paiement étaient une source d'insatisfaction et de démotivation dans tous les centres de santé. Durant la période de l'étude, les délais de paiement pour les subsides (paiement de la quantité) étaient de plus de six mois, tandis que ceux pour les bonus qualité étaient de plus de 16 mois. Le bonus pour l'amélioration de la qualité a totalement été annulé malgré les promesses. De nombreuses personnes ont indiqué que les délais s'allongeaient et que le FBR avait perdu de son dynamisme. Leur mécontentement était exacerbé par le manque de communication concernant les causes des retards et l'augmentation de leur charge de travail.

Planification sous-optimale en raison des retards de paiement

Chaque mois, les prestataires devaient planifier les dépenses à l'aide des outils de gestion du FBR tels que le plan d'amélioration de la performance et l'outil d'indice. Selon les instructions, les prestataires devaient remplir l'outil d'indice comme si les subsides mensuels étaient déjà disponibles dans leur compte en banque même si ce n'était pas le cas. Ainsi, les longs délais de paiement ont limité

l'application pratique des outils de gestion du FBR dans tous les CSPS. De nombreuses personnes ont décrit les subsides comme étant de l'argent « virtuel » qui ne peut pas être réellement dépensé pour atteindre les objectifs.

Les difficultés du plan d'amélioration de la performance, c'est que vous planifiez des activités et après vous n'avez pas les moyens pour les réaliser parce que les virements sont en retard. (Prestataire de soins)

Enjeux financiers

Dans l'ensemble, les membres des COGES affirmaient disposer de plus de fonds qu'avant le FBR. Ces fonds étaient utilisés, par exemple, pour augmenter les stocks de médicaments. Toutefois, de nombreuses personnes participantes à l'étude se sont plaintes que les retards de paiement ont causé des problèmes financiers, en particulier pour les CSPS de petite taille ou plus vulnérables. En vertu du principe d'autonomie de gestion du FBR, de nombreuses dépenses auparavant couvertes par les équipes-cadres de districts ont été transférées aux formations sanitaires, telles que les photocopies, les réunions, les frais de formation, les matelas et les reçus avec copie carbone. Le FBR a également généré des dépenses spécifiques, telles que la nourriture et les boissons des vérificateurs, les formulaires plus longs et de nouveaux documents, les réunions du FBR et le matériel recommandé par les vérificateurs. Bien que les retards de paiement aient constitué un défi pour certaines formations sanitaires, les écarts financiers ont été comblés une fois les paiements FBR transférés.

Tensions entre le principe d'autonomie de gestion et une approche dirigée

Le FBR a accru l'autonomie de gestion des formations sanitaires en permettant aux prestataires de recruter du personnel supplémentaire et d'effectuer des dépenses jusqu'à 50 000 francs CFA sans l'approbation des gestionnaires du district. Toutefois, le FBR était également perçu comme une approche de gestion descendante.

Quelques participant-e-s ont affirmé percevoir le FBR comme une forme de contrôle. Les prestataires devaient suivre des directives strictes sur la manière de dépenser les recettes. 90% des dépenses des établissements devaient être consacrés à l'achat de médicaments. Les prestataires ne pouvaient prélever des primes individuelles que si les économies de l'établissement couvraient les frais de fonctionnement pendant 90 jours. En théorie, les primes pour les travailleurs ne pouvaient pas dépasser 30% des revenus, mais en réalité, les vérificateurs et vérificatrices FBR et les équipes-cadres des districts réduisaient constamment ce pourcentage dans l'outil d'indice (par exemple de 12-17%) pour augmenter les réserves bancaires. Ces derniers et dernières ont souvent modifié le contenu de l'outil d'indice sans consulter les prestataires ni obtenir leur consentement. En outre, des mesures coercitives ont été utilisées pour forcer l'adoption du FBR. Les établissements qui ne suivaient pas les directives du FBR, ou dont les performances n'étaient pas adéquates, étaient menacés de suspension. De plus, les infirmiers-chefs de poste étaient tenus de respecter les directives du FBR dans le cadre de leur mandat. Ainsi, il y avait une tension croissante entre le principe d'autonomie de gestion et une approche dirigée. «La validation mensuelle de l'outil d'indice est un peu à l'encontre des principes de l'autonomie, mais on a été obligé d'y aller parce qu'il y avait des dérives.» (Prestataire de soins)

Activités retardées ou diminuées en raison du retrait progressif des autres financements

Le FBR a entraîné une réduction d'autres sources de financement provenant du niveau national. Certaines activités devaient désormais être couvertes par les subsides et bonus qualité du FBR. Le Programme d'appui au développement sanitaire (PADS) gère un panier commun qui combine les fonds du gouvernement et des partenaires financiers pour soutenir les équipes-cadres de districts. Face à des difficultés financières, le PADS a cessé d'allouer certains fonds aux districts FBR en les réaffectant à des districts non-FBR. Les participants et participantes à l'étude ont perçu cela comme étant une réduction de l'engagement de l'État.

De nombreux et nombreuses prestataires de soins ont expliqué que ces changements dans les modalités de financement ont nui aux activités telles que les rencontres et les formations. Selon le principe d'autonomie de gestion du FBR, les équipes-cadres de districts et les infirmiers-chefs de poste sont censés évaluer les besoins des employé-e-s et utiliser les subsides pour organiser des activités, mais cela ne s'est pas produit. De nombreuses activités financées auparavant par le PADS n'ont pas été organisées en temps voulu ou ont été raccourcies, ce qui a pu nuire à leur qualité. Cela a contrarié les prestataires, qui recevaient des indemnités lors de ces activités.

Intervention « budgétivore »

Le personnel des CSPS et les gestionnaires au niveau national ont exprimé leurs préoccupations concernant les coûts élevés liés aux vérifications, rencontres, registres, etc. Certain-e-s ont qualifié l'intervention de « budgétivore », en expliquant qu'elle consommait les budgets de manière disproportionnée. Beaucoup se sont interrogé-e-s sur sa viabilité financière.

Le FBR coûte cher! [...] Il faudra peut-être voir le coût à un moment donné parce que, quand on compare par rapport aux districts qui ne sont pas FBR, les budgets vont de simple à cinq ou six fois. Les résultats ne sont pas dans cette proportion. Donc, il faudra peut-être qu'on voie comment le FBR peut être adapté au budget de l'État [...] jusqu'à aujourd'hui on n'a pas la preuve que le FBR fait mieux qu'avant. (Gestionnaire)

Discussion

Les conclusions de cette étude soulèvent des considérations méthodologiques importantes pour les évaluations du FBR. Alors que les données quantitatives sur les performances rapportées suggéraient que les services de santé s'étaient améliorés, les observations en temps réel ont révélé que les registres étaient souvent falsifiés. Le contraste entre les données qualitatives et

quantitatives présentées dans cette étude met en évidence le risque de se fier à une seule méthode pour comprendre les effets d'interventions complexes comme le FBR. L'interprétation des données quantitatives sur la performance des centres de santé est plus juste lorsque les processus de mise en œuvre et les adaptations locales sont pris en compte. Au Burkina Faso, les gestionnaires de la Banque mondiale n'avaient pas initialement prévu d'effectuer une évaluation des processus et n'ont décidé de procéder à une collecte de données qualitatives qu'après avoir obtenu les résultats décevants de l'évaluation d'impact. Comme Cataldo et Kielmann (2016), nous pensons que les évaluateurs et évaluatrices du FBR devraient se concentrer davantage sur le temps passé sur le terrain, la confiance, les relations, l'observation et le dialogue avec les participant-e-s afin d'obtenir des données riches permettant de mieux comprendre comment les acteurs et actrices réagissent au FBR et à ses effets. De telles approches sont cruciales pour envoyer les bons signaux politiques aux décideur-e-s.

Les résultats de ce chapitre sont complémentaires de nos travaux antérieurs sur les conséquences non intentionnelles des vérifications communautaires du FBR au Burkina Faso (Turcotte-Tremblay *et al.*, 2017). Ensemble, les résultats révèlent des faiblesses dans le système de vérification du FBR. Les prestataires falsifiaient régulièrement les données pour augmenter leurs scores de performance, mais les vérifications communautaires n'ont pas pu détecter clairement cette falsification en raison des nombreux problèmes de mise en œuvre lors des vérifications communautaires (par exemple, difficulté à retrouver les patient-e-s, falsification des vérificateurs et vérificatrices communautaires chargé-e-s de retrouver les patient-e-s). En 28 mois, aucune sanction n'a été prononcée pour la falsification des registres. Cette situation est similaire à ce qui a été observé au Niger, où l'impunité prévaut pour les fautes professionnelles et où la seule « sanction » appliquée en pratique est de transférer un-e prestataire vers un autre site (Olivier de Sardan *et al.*, 2018).

Une étude menée au Rwanda a également montré la fixation des acteurs et actrices sur les mesures de performance (Kalk *et al.*, 2010). Les participant-e-s ont fait valoir que, lorsqu'une incitation est offerte pour un indicateur précis, ce dernier se « dissocie » de

sa signification et perd sa raison d'être. Cette même étude a fait état d'une surcharge de travail administratif. Les participant-e-s ont expliqué que les contraintes de temps les obligeaient à choisir entre les activités essentielles et celles qui sont nécessaires pour obtenir les récompenses (par exemple, remplir la paperasse). Conformément à nos conclusions, les indicateurs de performance étaient souvent falsifiés pour améliorer les résultats annoncés (Kalk *et al.*, 2010). La forte concordance entre la quantité des soins déclarée par les prestataires et la quantité validée par les vérificateurs et vérificatrices du FBR, telle qu'étudiée par Kuunibe et ses collègues (2019), ne démontre pas l'absence de falsification. Nos résultats ont montré que la falsification se produit souvent en amont, directement dans les registres médicaux, et ne peut pas être facilement détectée ni dénoncée par les vérificateurs et vérificatrices FBR, ce qui soulève des questions quant à l'efficacité des audits et à la connivence entre les acteurs et actrices d'un même système social.

De plus, les résultats de plusieurs études confirment les conséquences indésirables en lien avec les paiements et la distribution des subsides et bonus. Premièrement, des recherches ont montré que les travailleurs et travailleuses peuvent perdre leur motivation lorsque les contrats de performance ne sont pas respectés (Deci et Ryan, 1985; Kok *et al.*, 2014). De telles lacunes vont à l'encontre de la théorie de l'intervention du FBR, qui repose sur l'offre d'incitations financières pour motiver le personnel. Deuxièmement, une étude menée en Tanzanie a aussi soulevé des inquiétudes quant au manque de compensation formelle pour les représentant-e-s des communautés qui sont impliqué-e-s dans les formations sanitaires (Chimhutu *et al.*, 2014). Troisièmement, des études menées au Bénin, au Rwanda et au Burkina Faso ont montré que les prestataires étaient préoccupé-e-s par la distribution « injuste » des récompenses (Bodson, 2014; Kalk *et al.*, 2010; Paul *et al.*, 2014)⁶. Comme dans notre étude, ce ne sont pas toujours ceux et celles qui produisent le plus de résultats qui obtiennent la plus forte rémunération. Enfin, les

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

résultats de notre étude font écho à la situation au Bénin, où des prestataires soupçonnaient leurs supérieurs hiérarchiques de monopoliser les primes (Paul *et al.*, 2014).

De nombreux gouvernements et nombreuses organisations en santé mondiale souhaitent poursuivre le FBR par le biais de nouveaux accords de financement avec le Mécanisme de financement mondial et la Banque mondiale. Cela est déjà en cours au Burkina Faso (World Bank, 2018). Compte tenu de la portée et de l'ampleur des conséquences indésirables du FBR, nous conseillons aux décideurs politiques de les examiner attentivement avant de poursuivre l'intervention ou de la déployer à grande échelle. L'encadré 1 présente quelques messages clés pour orienter la pratique.

Encadré 1. Implications pour la pratique

- Examiner attentivement l'ampleur et la portée des conséquences non intentionnelles avant de poursuivre le FBR ou de le déployer à grande échelle.
- Réduire les conséquences indésirables du FBR en effectuant certains ajustements pour transférer les paiements à temps, s'assurer que leur distribution soit perçue comme étant équitable entre les acteurs impliqués, améliorer l'appropriation des normes de qualité par le personnel, adapter les indicateurs de performance au contexte local, diminuer la paperasse non essentielle et embaucher des vérificateurs réellement indépendants.
- Se méfier des incitatifs et de la pression à la performance qui peuvent encourager la falsification délibérée et systématique des registres médicaux et d'autres documents.
- Surveiller et mesurer davantage les conséquences non intentionnelles désirables et indésirables des interventions complexes afin de mieux comprendre leur impact global sur les systèmes de santé.
- Élaborer et tester des stratégies visant à réduire les conséquences non intentionnelles indésirables et à promouvoir les conséquences désirables.
- Répondre aux préoccupations concernant le rapport coût-efficacité et la pérennisation de l'intervention.
- Déterminer si les avantages du FBR justifient réellement le large éventail de conséquences non intentionnelles indésirables.

Conclusion

Notre étude de cas multiple a montré comment le FBR a engendré des conséquences non intentionnelles dans les centres de santé primaire au Burkina Faso. La plupart des conséquences non intentionnelles étaient indésirables et pouvaient compromettre l'efficacité de l'intervention. Cette étude permettra aux décideurs

s politiques de développer des stratégies pour minimiser les conséquences non intentionnelles indésirables. Il faut continuer à étudier les conséquences non intentionnelles des interventions complexes en santé pour dresser des portraits plus complets et, ultimement, atteindre la couverture sanitaire universelle.

Références

- Bloomrosen, M., Starren, J., Lorenzi, N. M., Ash, J. S., Patel, V. L. & Shortliffe, E. H. (2011). Anticipating and addressing the unintended consequences of health IT and policy: A report from the AMIA 2009 Health Policy Meeting. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 18(1), 82-90. [10.1136/jamia.2010.007567](https://doi.org/10.1136/jamia.2010.007567)
- Bodson, O. (2014). *Analyse pré évaluative de la fidélité de l'implantation de la politique de financement basé sur les résultats au Burkina Faso* [Mémoire de maîtrise]. Université de Liège, Open Repository and Bibliography. <http://hdl.handle.net/2268/23526>
- De Allegri, M., Lohmann, J. & Schleicher, M. (2018, 22 June). *Results-based financing for health impact evaluation in Burkina Faso* [Results report (version 2)]. RBF Health. <https://www.rbhealth.org/sites/rbf/files/documents/Burkina-Faso-Impact-Evaluation-Results-Report.pdf>
- Cataldo, F. & Kielmann, K. (2016, 1^{er} février). *Qualitative Research to Enhance the Evaluation of Results-Based Financing Programmes: the Promise and the Reality*. World Bank Group, Health, Nutrition and Population. <https://eresearch.qmu.ac.uk/handle/20.500.12289/4412>
- Chimhutu, V., Lindkvist, I. & Lange, S. (2014). When incentives work too well: locally implemented pay for performance (P4P) and adverse sanctions towards home birth in Tanzania – a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14(23). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-23>

- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). Cognitive Evaluation Theory. Dans *Intrinsic Motivation and Self-determination in Human Behavior* (43-85). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7_3
- Diaconu, K., Falconer, J., Verbel Facuseh, A. V., Fretheim, A. & Witter, S. (2020). Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(CD007899). <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007899.pub2/abstract>
- Fritsche, G. B., Soeters, R. & Meessen, B. (2014). *Boîte à outils: financement basé sur la performance*. Banque mondiale. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/17194/9782326000728.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Gorter, A. C., Ir, P. & Meessen, B. (2013, 27 février). *Evidence review, results-based financing of maternal and newborn health care in low- and lower-middle-income countries [Rapport final]*. German Federal Ministry for Economic Cooperation & Development (BMZ). <https://www.oecd.org/dac/peer-reviews/Evidence-RBF-maternal-health.pdf>
- Kalk, A., Paul, F. A. & Grabosch, E. (2010). Paying for performance in Rwanda: does it pay off? *Tropical Medicine & International Health*, 15(2), 182-90. 10.1111/j.1365-3156.2009.02430.x
- Kok, M. C., Dieleman, M., Taegtmeier, M., Broerse, J. E., Kane, S. S., Ormel, H., Tijm, M. M. & Koning, K. A. de. (2014). Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A systematic review. *Health Policy and Planning*, 30(9), 1207-1227. 10.1093/heapol/czu126
- Kuunibe, N., Lohmann, J., Schleicher, M., Kouliadiati, J.-L., Robyn, P. J., Zigani, Z., Sanon, A. & Allegri, M. D. (2019). Factors associated with misreporting in performance-based financing in Burkina Faso: Implications for risk-based verification. *International Journal of Health Planning and Management*, 34(4), 1217-1237. 10.1002/hpm.2786

- Olivier de Sardan, J.-P., Bako, M. T. A. & Harouna, A. (2018). Les normes pratiques en vigueur dans les secteurs de l'éducation et la santé au Niger. Une base pour des réformes ancrées dans les réalités? *Études et travaux du LASDEL*, (127). https://www.pseau.org/outils/ouvrages/lasdel_les_normes_pratiques_en_vigueur_dans_les_secteurs_de_l_education_et_la_sante_au_niger_2019.pdf
- 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 Health Policy Managing*, 3(4), 207-214. 10.15171/ijhpm.2014.93
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations* (5e éd.). Free Press.
- 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/10.1016/j.socscimed.2017.09.007>
- Turcotte-Tremblay, A.-M., Gali Gali, I. A. & Ridde, V. (2020). An exploration of the unintended consequences of performance-based financing in 6 primary healthcare facilities in Burkina Faso. *International Journal of Health Policy and Management*. 10.34172/ijhpm.2020.83
- WHO. (2018a). Health Financing for Universal Coverage. Moving from Passive to Strategic Purchasing. *World Health Organization*. http://www.who.int/health_financing/topics/purchasing/passive-to-strategic-purchasing/en/
- WHO. (2018b). *World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs*. https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/
- WHO. (2019). *Index of service coverage Data by WHO region*. WHO. <https://apps.who.int/gho/data/view.main.INDEXOFESSENTIALSERVICECOVERAGEREGv?lang=en>

- Witter, S., Fretheim, A., Kessy, F. L. & Lindahl, A. K. (2012). Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(CD007899). 10.1002/14651858.CD007899.pub2
- World Bank. (2018). *International Development Association Project Appraisal Document on a Proposed Grant in the Amount of SDR 55.7 Million (US\$80 Million Equivalent) to the Republic of Burkina Faso for a Health Services Reinforcement Project*. [Rapport du Health, Nutrition & Population Global Practice, Africa Region, no PAD2720]. World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/570511531107056406/pdf/BURKINA-FASO-PAD-1-06182018.pdf>
- Yin, R. K. (2009). Case study research: Design and methods (4e éd.). *The Canadian Journal of Action Research*, 14(1). <https://journals.nipissingu.ca/index.php/cjar/article/view/73>
- Yin, R. K. & Ridde, V. (2012). Théorie et pratiques des études de cas en évaluation de programmes. Dans C. Dagenais et V. Ridde (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (179-198). Les Presses de l'Université de Montréal. <https://books.openedition.org/pum/5989?lang=fr>

16. Le financement basé sur la performance et les ruptures de stocks de médicaments essentiels au Cameroun

ISIDORE SIELEUNOU, MANUELA DE ALLEGRI, PASCAL ROLAND ENOK BONONG, SAMIRATOU OUÉDRAOGO ET VALÉRY RIDDE

Introduction

La fourniture de médicaments essentiels (ME) appropriés, de haute qualité, à coût abordable, et de manière régulière a été établie comme une priorité mondiale (World Health Assembly, 2002; United Nations, 2017). La mise à disposition des ME au niveau le plus reculé du système de santé est l'un des éléments les plus rentables pour tout système de santé et l'une des stratégies visant à renforcer le système de soins de santé primaires (Bigdeli *et al.*, 2014). Dans les pays à faible et moyen revenu (PRFM), la simple sulfadoxine-pyriméthamine peut prévenir les complications et les décès dus au paludisme, et le fer-folate à faible coût peut réduire la mortalité maternelle et infantile due à l'anémie pendant la grossesse (WHO, 2016). Malgré ces effets sur la santé, les ME ne sont souvent pas disponibles dans ces régions. Plus de 50% des femmes et des enfants d'Afrique subsaharienne n'ont pas accès aux médicaments d'urgence dont elles et ils ont besoin (Droti *et al.*, 2019) en raison de stratégies de financement des médicaments inappropriées. Le financement des médicaments est une composante essentielle des soins de santé car ils représentent une part importante des dépenses de santé, un dollar sur quatre étant consacré aux médicaments dans les PRFM (Wirtz *et al.*, 2017). La conception de systèmes de financement performants peut aider les décideurs et décideuses politiques à améliorer la disponibilité des médicaments nécessaires et à obtenir un accès substantiel aux ME (Ali, 2014). Par exemple, les stratégies de passation des marchés peuvent inciter les acteurs et actrices du système de santé à améliorer la disponibilité

des médicaments d'urgence et à les utiliser de manière plus appropriée et plus efficace. Grâce à une réglementation stratégique des formations sanitaires et à des mesures d'incitation à l'intention des prescripteur-e-s, certains pays ont mis en œuvre des réformes du financement de la santé afin d'améliorer l'efficacité de la prestation des services et de réduire les dépenses en médicaments (Angell *et al.*, 2019; Luiza *et al.*, 2015).

L'une de ces réformes du financement de la santé est appelée financement basé sur la performance (FBP). Le FBP consiste à établir une relation contractuelle entre une agence d'achat de performance (AAP) et des entités de prestation, telles que les districts sanitaires et les centres de santé, par laquelle ces dernières sont payées à la réalisation d'un ensemble d'objectifs, dont certains peuvent cibler spécifiquement la disponibilité et l'accessibilité des médicaments (Oxman & Fretheim, 2009). Une plus grande autonomie dans la gestion des ressources financières et humaines, la concurrence entre les fournisseurs de médicaments, l'intensification de la supervision du personnel et le renforcement de la réglementation ont été décrits comme des facteurs permettant aux AAP d'améliorer l'offre des ME. Le programme de FBP a donc le potentiel de garantir que les ressources soient dirigées vers les soins de santé primaires, et peut être utilisé pour inciter de manière appropriée les gestionnaires et les prestataires en améliorant la disponibilité et la qualité des médicaments d'urgence dans les formations sanitaires (Basinga *et al.*, 2011; Fritsche *et al.*, 2014).

À ce jour, peu d'efforts ont été investis pour mesurer si le FBP peut accroître la disponibilité des ME dans les PRFM. Seules quelques études ont fait état de résultats controversés (Binyaruka & Borghi, 2016; Bonfrer *et al.*, 2014; Engineer *et al.*, 2016; Huillery & Seban, 2014; Rudasingwa *et al.*, 2015). La plupart de ces études (*ibid.*; Soeters *et al.*, 2011) n'ont pas réussi à différencier l'effet du lien entre les paiements et la performance du simple effet de l'augmentation des ressources financières au niveau de la formation sanitaire. Ainsi, nous avons examiné les effets du FBP sur la rupture de stock des ME au Cameroun, en utilisant les données d'un essai contrôlé randomisé (ECR).

Méthodes

Contexte : FBP et approvisionnement des médicaments au Cameroun

Des recherches menées au Cameroun ont montré qu'environ 50% des médicaments génériques largement utilisés sont disponibles dans les centres de santé primaires (Chana, 2009; Van der Geest, 1982). L'indice d'accès et de qualité des soins de santé du pays est l'un des plus faibles au monde (Barber *et al.*, 2017) et la mauvaise qualité des prestations de services de santé a entraîné une surmortalité de 28 000 décès estimée en 2015 (Kruk *et al.*, 2018).

Avant l'introduction du programme FBP au Cameroun, le système public d'approvisionnement en ME s'articulait autour d'une seule actrice nationale, la *Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels* (CENAME). Au niveau régional, deux entités étaient chargées de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments : les Fonds régionaux de promotion de la santé (FRPS) dans trois régions et les Centres d'approvisionnement pharmaceutiques régionaux (CAPR) dans les sept autres régions du pays. La mission de la CENAME consistait à acheter des ME de qualité au niveau international et à approvisionner les FRPS et les CAPR. Ces deux derniers acteurs étaient à leur tour responsables de l'approvisionnement des formations sanitaires publiques. L'une des clés de voûte du FRPS était son système de dépôt et de vente. Sur une base régulière et selon un plan préétabli, le FRPS déposait les médicaments dans les pharmacies des formations sanitaires et collectait la vente du dépôt précédent. Pour ce qui concernait les CAPR, les formations sanitaires publiques commandaient les médicaments trimestriellement sur la base d'une estimation de la quantité nécessaire. Les formations sanitaires non publiques se procuraient les produits auprès de fabricants étrangers ou locaux ou de grossistes privés agréés. L'approvisionnement de certains produits tels que les vaccins, les antirétroviraux, la vitamine A et ceux du planning familial était géré par des programmes verticaux spécifiques à chaque maladie. La CENAME a régulièrement souffert d'une pénurie chronique de produits, d'une gestion inadéquate et de

mauvaises allocations budgétaires. En conséquence, les formations sanitaires ont connu de fréquentes ruptures de stock de ME dans le secteur public (Le Mentec & Mettling, 2014).

En 2011, le gouvernement du Cameroun a lancé le programme FBP dans 26 districts sanitaires répartis dans quatre régions sur dix (Sieleunou, Turcotte-Tremblay, Fotso *et al.*, 2017) et a mis en place une agence d'achat de performance (AAP) qui a permis aux formations sanitaires de s'approvisionner en médicaments et en fournitures, soit auprès de distributeurs agréés par le gouvernement, soit auprès de grossistes privés (AEDES, 2012).

Les contrats de performance réglementaient les paiements de performance de l'AAP aux formations sanitaires. Les AAP signaient des contrats trimestriels avec les entités de régulation (district sanitaire ou délégation régionale de la santé publique) pour évaluer la qualité technique des formations sanitaires. Elles signaient également des contrats trimestriels avec des organisations communautaires pour effectuer des évaluations au niveau de la communauté. Les contrats visaient les services de soins de santé prioritaires, principalement liés à la santé maternelle et infantile, mais ne prévoyaient pas la disponibilité des ME (AEDES, 2012). Chaque mois, le personnel des AAP vérifiait la quantité de services fournis, tandis que les organismes de régulation procédaient à l'évaluation de la qualité sur une base trimestrielle. Une partie de la liste de contrôle de la qualité était axée sur la disponibilité et la gestion des ME et des consommables médicaux. Les paiements aux formations sanitaires FBP devaient être effectués après vérification des volumes de services déclarés ainsi que des évaluations de la qualité des soins.

Devis de l'étude

En 2012, 205 formations sanitaires avaient été réparties au hasard, soit au groupe d'intervention (FBP), soit à l'un des trois groupes de contrôle différents (mise en œuvre partielle ou non du FBP). L'unité de répartition était la formation sanitaire. Toutes les formations sanitaires d'un district de santé étant éligibles à la répartition.

Pour l'ensemble des interventions pour le groupe FBP (T), l'intervention comprenait des contrats et des paiements à la performance, une supervision renforcée et une autonomie de gestion, y compris l'achat des médicaments. Le premier groupe de contrôle (C1) recevait le même paquet d'intervention que le groupe T, à la différence que les paiements n'étaient pas liés à la performance. Le groupe C1 recevait un montant équivalent à celui reçu par le groupe T, alloué aux formations sanitaires proportionnellement à la population de l'aire d'attraction. Le second groupe de contrôle (C2) ne recevait aucun financement mais bénéficiait des autres activités spécifiques du FBP (c'est-à-dire une supervision et un encadrement renforcés). Le dernier groupe de contrôle (C3) ne recevait aucune activité liée au programme et était considéré comme le statu quo (World Bank, 2013). Après la répartition, 53 formations sanitaires avaient été affectées au groupe T, 51 au groupe C1, 55 au groupe C2 et 46 au groupe C3 (tableau 1).

Table 1: Caractéristiques de base des formations sanitaires

Variables	Groupes				Valeur p du test statistique
	T1	C3	C2	C1	
N	53	46	55	51	
Région					0,99
Est	17 (32%)	12 (26%)	17 (31%)	17 (33%)	
Nord-Ouest	20 (38%)	19 (41%)	20 (36%)	19 (37%)	
Sud-Ouest	16 (30%)	15 (33%)	18 (33%)	15 (29%)	
Caractéristique de la zone					0,73
Urbain	11 (21%)	12 (26%)	16 (29%)	15 (29%)	
Rural	42 (79%)	34 (74%)	39 (71%)	36 (71%)	
Niveau de prestation des soins					0,21
Centre médical d'arrondissement	2 (4%)	6 (13%)	5 (9%)	8 (16%)	
Centre de santé	51 (96%)	40 (87%)	50 (91%)	43 (84%)	
Types de formations sanitaires					0,85
Confessionnelle	9 (17%)	6 (13%)	10 (18%)	12 (24%)	
Républicaine	2 (4%)	1 (2%)	1 (2%)	1 (2%)	
Privée	4 (8%)	6 (13%)	6 (11%)	2 (4%)	
Publique	38 (72%)	33 (72%)	38 (69%)	36 (71%)	
Ouverture de la formation sanitaire					0,54
24/24 h (officiel)	35 (66%)	32 (70%)	35 (64%)	37 (73%)	
24/24 h (non officiel)	13 (25%)	7 (15%)	9 (16%)	6 (12%)	
Moins de 24 h par jour	5 (9%)	7 (15%)	11 (20%)	8 (16%)	
Distance entre la formation sanitaire et l'hôpital de référence (km), médiane (IQR)	16,0 (5,0 - 30,0)	9,0 (4,0 - 30,0)	18,0 (4,0 - 35,0)	12,0 (6,0 - 28,0)	0,83
Population d'attraction, médiane (IQR)^a	5994,0 (2895,0 - 10998,0)	6589,0 (3510,0 - 11460,0)	5613,0 (3627,0 - 11092,0)	3973,0 (2382,3 - 9476,0)	0,36
Population des enfants de moins de 5 ans, médiane (IQR)^b	1186,0 (558,0 - 1849,0)	1188,5 (312,5 - 2149,0)	1015,0 (655,0 - 1997,0)	711,0 (418,0 - 1666,0)	0,43
Population des patients de moins de 5 ans, médiane (IQR)^c	21,0 (10,0 - 40,0)	22,0 (12,0 - 36,0)	19,0 (10,0 - 47,0)	12,0 (7,0 - 28,0)	0,21

^aGroupe (nombre de données manquantes): T (4), C3 (5), C2 (5), C1 (3)
^bGroupe (nombre de données manquantes): T (13), C3 (10), C2 (8), C1 (12)
^cGroupe (nombre de données manquantes): C3 (1)
 N: nombre
 IQR: intervalle inter quartile

Données et sources de données

Cette étude a utilisé des données secondaires collectées dans le cadre de l'évaluation d'impact qui avait été réalisée par la Banque mondiale et accessibles librement. La collecte de données avait eu

lieu entre mars et mai 2012 (données de base) et entre avril et juin 2015 (données finales) dans toutes les formations sanitaires randomisées des trois régions.

Variables de l'étude

Variables de résultats

La série d'indicateurs de résultats en lien avec les ME a permis de mesurer les ruptures de stock de ces médicaments. Cinq variables dépendantes ont été utilisées, chacune relative à une catégorie de médicaments, agrégées en fonction de leur utilisation dans le cadre du continuum de soins de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescent-e-s (SRMNIA), et basées sur les directives de l'OMS : (i) Soins prénataux (WHO, 2016) : comprimés de sulfadoxine-pyriméthamine, anatoxine tétanique (TT), comprimés de fer, comprimés d'acide folique, kit de test VIH, test de syphilis (VDRL, TPHA), kit de test urinaire; (ii) Vaccination (WHO, 2019) : Bacille Calmette et Guérin (BCG), vaccin oral contre la polio (VPO), diphtérie, tétanos et coqueluche (DTC), rougeole, pentavalent (DTC, hépatite B, Haemophilus influenza); (iii) prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) (WHO & UNICEF, 2005) : comprimés d'amoxicilline, sirop d'amoxicilline, sirop de luméfántrine artésunate (ACT), paracétamol, sels de réhydratation orale (SRO), vitamine A, kit de diagnostic rapide du paludisme, comprimés de fer, comprimés d'acide folique, comprimés de luméfántrine artésunate (ACT), pommade ophtalmologique à base de tétracycline; (iv) travail et accouchement (WHO, 2018) : ocytocine, misoprostol, sulfate de magnésium; (v) Planification familiale (WHO et al., 2018) : comprimés de contraceptifs oraux, Depot Médroxyprogestérone Acétate (DMPA).

Pour les analyses statistiques, nous avons utilisé une approche conservatrice pour construire les différentes variables dépendantes en attribuant une valeur de 1, si au moins un médicament du groupe considéré était en rupture de stock et de 0 dans le cas contraire, plutôt que de mesurer leur disponibilité sur une échelle continue. Tout d'abord, des considérations sur la qualité de la prestation de

services ont guidé notre décision analytique. Dans la plupart des cas, les médicaments ne sont pas substituables au sein d'un groupe et l'absence d'un seul médicament est susceptible d'entraver la qualité des soins. Par exemple, dans le cas de la vaccination, si un vaccin est en rupture de stock, cela compromet l'état vaccinal global de l'enfant. Ainsi, d'un point de vue clinique, nous avons supposé que lorsqu'il manquait un médicament dans un groupe de médicaments, même si d'autres médicaments étaient disponibles, la qualité des soins ne pouvait pas être garantie. Cette approche s'inscrit dans la perspective du continuum de soins visant à éviter les écarts dans la qualité des soins de santé (Okawa *et al.*, 2019; Wilunda *et al.*, 2015). Deuxièmement, pour assurer la comparabilité entre différents contextes, nous avons suivi l'approche adoptée dans une étude précédente en Tanzanie qui a appliqué une approche similaire pour évaluer les effets du paiement basé sur la performance sur la disponibilité et le taux de rupture de stock des produits médicaux de la SRMNIA en Tanzanie (Binyaruka & Borghi, 2016).

Variable d'exposition primaire

La principale variable d'exposition est la variable de répartition (groupe) qui est catégorielle et définie pour distinguer les formations sanitaires recevant un FBP (T) de celles de l'un des trois groupes de contrôle (C1, C2, C3).

Analyse statistique

Pour l'analyse descriptive, toutes les variables catégorielles (groupe de randomisation, région, caractéristique de la zone, type de formation sanitaire et rupture de stock de médicaments) ont été décrites en utilisant la fréquence absolue et relative, et pour les variables continues (distance entre formations sanitaires et l'hôpital de référence, population de l'aire d'attraction, population d'enfants de moins de cinq ans, population de patient-e-s de moins de cinq ans) la médiane et l'intervalle inter-quartile (IIQ) ont été utilisés. Le test du chi carré ou le test exact de Fisher et le test de rang de Wilcoxon

ont été utilisés, respectivement pour tester les différences entre les variables catégorielles et entre les variables continues avant et après l'intervention.

Imputation des données manquantes

Les variables de résultat (rupture de stock de médicaments) comportaient des données manquantes. La présence de données manquantes peut conduire à des estimations biaisées si les données ne sont pas complètement manquantes au hasard (MCAR) (Eddings & Marchenko, 2012). Comme les données manquantes étaient associées à la variable « temps », elles ont été imputées en supposant qu'elles étaient manquantes de manière aléatoire (MAR), c'est-à-dire que les données manquantes ne dépendent que des variables observées (Eddings & Marchenko, 2012).

Dans l'ensemble, la fréquence des données manquantes était plus élevée dans la période pré-intervention comparativement à la période post-intervention, quel que soit le groupe de médicaments considéré ($p < 0,01$) (tableau 2).

Modélisation

Nous avons mesuré les effets du FBP en comparant les changements de résultats avant et après l'intervention entre les formations sanitaires du groupe d'intervention et les formations sanitaires des différents groupes contrôles.

Ces effets potentiels ont été estimés au moyen de la méthode de double différence ou différence des différences en utilisant un modèle linéaire de probabilité (MLP). Le groupe d'intervention T et les deux premiers groupes de contrôle (C1 et C2) ont été comparés au groupe de contrôle pur (C3) pour évaluer l'effet du FBP sur les ruptures de stock de médicaments.

Bien que la randomisation permette d'équilibrer les distributions des co-variables fixes entre les groupes comparés, en guise d'analyse de sensibilité, nous avons estimé deux modèles linéaires de

probabilité (sans et avec co-variables). Une seconde analyse de sensibilité a consisté à estimer les deux modèles précédant exclusivement sur les données de la période post-intervention.

Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel Stata /SE 14.0.

Résultats

Caractéristiques de base des formations sanitaires

Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives dans les caractéristiques de base entre les formations sanitaires des groupes contrôles et celles du groupe d'intervention (tableau 2).

Table 2 : Fréquences des données manquantes

Variables	Rupture de stock d'un mois ou moins en médicaments du groupe de consultation pré-natale				Rupture de stock d'un mois ou moins en médicaments du groupe Vaccins				Rupture de stock d'un mois ou moins en médicaments du groupe PCJME				Rupture de stock d'un mois ou moins en médicaments du groupe travail et accouchement				Rupture de stock d'un mois ou moins en médicaments du groupe de planification familiale			
	Données de base (n=72)		Données de suivi (n=21)		Données de base (n=75)		Données de suivi (n=17)		Données de base (n=95)		Données de suivi (n=21)		Données de base (n=92)		Données de suivi (n=18)		Données de base (n=42)		Données de suivi (n=7)	
	p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001	
	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p
Groupe																				
T1	21 (29,2)		8 (38,6)		19 (35,3)		3 (17,6)		28 (29,5)		7 (33,9)		24 (27,9)		4 (22,2)		19 (50,8)		3 (14,3)	
C1	15 (20,8)	0,86	7 (32,0)	0,27	14 (18,7)	0,64	4 (22,5)	0,20	16 (16,8)	0,28	6 (18,6)	0,54	17 (19,8)	0,66	3 (27,8)	0,71	12 (19,4)	0,37	2 (28,6)	0,65
C2	18 (25,9)		3 (16,7)		26 (34,7)		3 (17,6)		25 (26,3)		7 (33,9)		23 (28,4)		3 (16,7)		14 (22,8)		1 (14,3)	
C3	18 (25,9)		10 (58,7)		22 (29,3)		7 (41,2)		26 (27,4)		12 (57,5)		24 (27,9)		6 (33,3)		17 (27,4)		3 (42,9)	
Région																				
Est	27 (37,9)		6 (21,4)		23 (33,3)		3 (17,6)		27 (28,4)		6 (18,6)		26 (30,2)		2 (11,1)		19 (30,8)		1 (14,3)	
Nord-Ouest	27 (37,9)	0,22	11 (39,3)	0,89	26 (34,7)	0,75	4 (22,5)	0,064*	44 (46,3)	0,044	17 (53,1)	0,21	38 (44,2)	0,22	9 (50,0)	0,31	25 (40,3)	0,088	3 (42,9)	0,76
Sud-Ouest	18 (25,9)		11 (59,5)		24 (32,0)		10 (58,8)		24 (25,3)		9 (28,1)		22 (25,6)		7 (38,9)		18 (29,8)		3 (42,9)	
Localisation de la FS																				
Urbain	15 (20,8)		7 (32,0)		21 (28,0)		6 (33,3)		26 (23,1)		8 (25,0)		18 (20,9)		9 (27,8)		14 (22,6)		2 (28,6)	
Rural	57 (79,2)	0,19	21 (75,0)	0,71	54 (72,0)	0,68	11 (66,7)	0,48	75 (78,9)	0,11	34 (75,0)	0,95	68 (79,1)	0,13	13 (72,2)	0,99	48 (77,4)	0,42	5 (71,4)	0,97
Type de FS																				
Publique	58 (80,6)		23 (92,1)		55 (73,3)		14 (82,4)		71 (74,7)		21 (71,8)		64 (74,0)		12 (66,7)		42 (67,7)		4 (57,1)	
Privatisée	14 (19,4)	0,079*	5 (17,9)	0,24	20 (26,7)	0,97	3 (17,6)	0,37	24 (25,3)	0,64	9 (28,1)	0,87	22 (25,6)	0,77	6 (33,3)	0,52	20 (32,3)	0,25	3 (42,9)	0,33

n (%): nombre (pourcentage) des données manquantes
 FS: Formation sanitaire
 *p < 0,10
 *La variable "Lieu de la FS" n'est pas disponible pour 4 FS
 PCJME: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance

Fréquences des ruptures de stock des ME avant et après l'intervention

Pour tous les groupes de contrôle et d'intervention, les ruptures de stock ont été plus fréquentes sur les données finales, en comparaison aux données de base de l'intervention. Avant la mise en œuvre de l'intervention, les ruptures de stock allaient de 11% (médicaments pour le travail et l'accouchement dans les groupes T

et C2) à 46% (médicaments pour la PCIME dans le groupe C3). Ces variations allaient de 42% (planification familiale) à 87% (travail et accouchement) à la fin de l'intervention (tableau 3).

Table 3: Fréquences des ruptures de stock des ME avant et après l'intervention

Variables	T			C1			C2			C3		
	Avant	Après	p-value	Avant	Après	p-value	Avant	Après	p-value	Avant	Après	p-value
N	53	53		51	55		55	52		46	44	
Rupture de stock d'au moins un médicament du groupe consultation prénatal			<0,001			0,014			<0,001			0,013
Pas de rupture	18 (34%)	5 (9%)		15 (29%)	10 (18%)		21 (38%)	7 (13%)		15 (33%)	8 (18%)	
Rupture	14 (26%)	40 (75%)		18 (35%)	35 (64%)		16 (29%)	42 (81%)		16 (35%)	29 (66%)	
Données manquantes	21 (40%)	8 (15%)		18 (35%)	10 (18%)		18 (33%)	3 (6%)		15 (33%)	7 (16%)	
Rupture de stock d'au moins un médicament du groupe Vaccins			<0,001			<0,001			<0,001			<0,001
Pas de rupture	20 (38%)	15 (28%)		22 (43%)	10 (18%)		26 (47%)	17 (33%)		22 (48%)	12 (27%)	
Rupture	14 (26%)	35 (66%)		7 (14%)	38 (69%)		9 (16%)	32 (62%)		10 (22%)	28 (64%)	
Données manquantes	19 (36%)	3 (6%)		22 (43%)	7 (13%)		20 (36%)	3 (6%)		14 (30%)	4 (9%)	
Rupture de stock d'au moins un médicament du groupe PCIME			<0,001			0,005			<0,001			0,002
Pas de rupture	4 (8%)	1 (2%)		5 (10%)	5 (9%)		12 (22%)	0 (0%)		9 (20%)	2 (5%)	
Rupture	21 (40%)	45 (85%)		20 (39%)	38 (69%)		18 (33%)	45 (87%)		21 (46%)	36 (82%)	
Données manquantes	28 (53%)	7 (13%)		26 (51%)	12 (22%)		25 (45%)	7 (13%)		16 (35%)	6 (14%)	
Rupture de stock d'au moins un médicament du groupe travail et accouchement			<0,001			<0,001			<0,001			<0,001
Pas de rupture	23 (43%)	7 (13%)		21 (41%)	8 (15%)		28 (51%)	8 (15%)		23 (50%)	3 (7%)	
Rupture	6 (11%)	42 (79%)		6 (12%)	41 (75%)		6 (11%)	41 (79%)		6 (13%)	36 (82%)	
Données manquantes	24 (45%)	4 (8%)		24 (47%)	6 (11%)		21 (38%)	3 (6%)		17 (37%)	5 (11%)	
Rupture de stock d'au moins un médicament du groupe de planification familiale			<0,001			<0,001			<0,001			<0,001
Pas de rupture	21 (40%)	28 (53%)		25 (49%)	29 (53%)		32 (58%)	27 (52%)		27 (59%)	14 (32%)	
Rupture	13 (25%)	24 (45%)		9 (18%)	23 (42%)		9 (16%)	24 (46%)		7 (15%)	28 (64%)	
Données manquantes	19 (36%)	1 (2%)		17 (33%)	3 (5%)		14 (25%)	1 (2%)		12 (26%)	2 (5%)	

N: nombre
PCIME: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance

Effets estimés avec l'analyse des différences des différences (DID)

Le tableau 4 présente les effets moyens estimés du FBP sur les mesures de rupture de stock pour les différentes catégories de médicaments. Les estimations suggèrent que l'intervention FBP n'a eu aucun effet sur la probabilité de ruptures de stock de médicaments de soins prénatals (p=0,160), de vaccins (p=0,396), de médicaments de la PCIME (p=0,681) et de médicaments pour le travail et l'accouchement (p=0,589). Nous avons constaté une réduction significative de la probabilité d'une rupture de stock pour les médicaments de planification familiale dans le groupe T par rapport au groupe de contrôle C3. Le projet FBP a été associé à une diminution de 34 points de pourcentage du taux de rupture de stock pour les médicaments de planification familiale dans le groupe T par rapport au groupe de contrôle C3. Le projet FBP a été associé à une diminution de 34 points de pourcentage du taux de rupture de stock pour les médicaments de planification familiale dans le groupe T par rapport au groupe de contrôle C3. Le projet FBP a été associé à une diminution de 34 points de pourcentage du taux de rupture de stock pour les médicaments de planification familiale dans le groupe T par rapport au groupe de contrôle C3. Le projet FBP a été associé à une diminution de 34 points de pourcentage du taux de rupture de stock pour les médicaments de planification familiale dans le groupe T par rapport au groupe de contrôle C3.

Nous avons examiné l'hétérogénéité entre les régions et les milieux. Pour les vaccins, l'intervention était associée respectivement à des diminutions de 42% et 32% des ruptures de stock dans la région du Nord-Ouest (p=0,065) et dans les zones rurales (p=0,043). Pour les

médicaments de planification familiale, l'intervention était associée à une diminution de 33% des ruptures de stock dans les zones rurales ($p=0,068$).

En examinant les effets associés à l'augmentation des ressources (T vs C1), le FBP était associé à une diminution de 13% et 5% du taux de rupture de stock pour les médicaments de CPN et de PF. Cependant, ces effets n'étaient pas significatifs ($p=0,386$ et $p=0,773$).

Table 4 : Estimations des effets du financement basé sur la performance sur la rupture de stock de médicaments essentiels avec analyse des différences (modèles avec données imputées)

		Modèle estimé (n=409)	
		Coefficients	p-value
Soins prénataux			
	Groupe C2/ C3	0,163	0,207
	Groupe C1/ C3	0,027	0,843
	Groupe T/ C3	0,177	0,160
Vaccins			
	Groupe C2/ C3	-0,014	0,925
	Groupe C1/ C3	0,044	0,755
	Groupe T/ C3	-0,122	0,396
PCIME			
	Groupe C2/ C3	0,091	0,347
	Groupe C1/ C3	-0,121	0,211
	Groupe T/ C3	-0,038	0,681
Travail et accouchement			
	Groupe C2/ C3	-0,031	0,798
	Groupe C1/ C3	-0,109	0,395
	Groupe T/ C3	-0,074	0,589
Planning familial			
	Groupe C2/ C3	-0,221	0,132
	Groupe C1/ C3	-0,274	0,080*
	Groupe T/ C3	-0,334	0,028**

* $p < 0.10$ ** $p < 0.05$

n : nombre de formation sanitaire

PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance

Discussion

Cette recherche est l'une des premières à évaluer l'impact du FBP sur la rupture de stock des ME et à isoler ses effets de ceux associés à l'augmentation des ressources financières. Nos estimations suggèrent que l'intervention FBP n'a eu aucun effet sur les ruptures de stock de médicaments de soins prénataux, de vaccins, de médicaments

de la PCIME et de médicaments pour le travail et l'accouchement. Cependant, l'intervention a été associée à une réduction significative des ruptures de stock de médicaments de planification familiale.

Des études antérieures sur les effets des interventions FBP sur la disponibilité ou la rupture de stock des ME ont montré des résultats mitigés (Ahmed *et al.*, 2019; Binyaruka & Borghi, 2016; Bonfrer *et al.*, 2014; Engineer *et al.*, 2016; Huillery & Seban, 2014; Rudasingwa *et al.*, 2015; Soeters *et al.*, 2011). Contrairement au Cameroun, le FBP en Tanzanie (Binyaruka & Borghi, 2016) a été associé à une réduction de la rupture de stock de la plupart des produits essentiels. Le programme en Tanzanie prévoyait un paiement maximal si tous les objectifs étaient pleinement atteints. Ce n'était pas le cas au Cameroun. En outre, en Tanzanie, la fourniture de médicaments était une condition préalable à la réalisation de certains objectifs de performance de l'intervention (par exemple, les responsables de district de santé étaient récompensé-e-s quand la proportion de formations sanitaires du district qui signalaient des ruptures de stock de médicaments essentiels pendant au moins une semaine baissait). Ce n'était pas le cas dans notre étude et ceci pourrait expliquer la différence des résultats.

Malgré certains effets prometteurs des interventions FBP sur la réduction des ruptures de stock des ME (Binyaruka & Borghi, 2016; Soeters *et al.*, 2011), aucune preuve permettant d'isoler ces effets d'une augmentation des ressources financières indépendamment des incitations n'a été rapportée. Une analyse des études précédentes (Ahmed *et al.*, 2019; Bonfrer *et al.*, 2014; Engineer *et al.*, 2016; Huillery & Seban, 2014; Rudasingwa *et al.*, 2015; Soeters *et al.*, 2011) a relevé des faiblesses méthodologiques qui limitent l'interprétation des résultats comme effets causaux de l'intervention FBP. La mise en évidence de cette distinction a une grande pertinence politique puisque dans ces études précédentes, les effets pourraient être le résultat de ressources financières accrues plutôt que d'incitations à la performance. Nous avons évalué l'effet du paiement basé sur la performance (groupe T1) par rapport au paiement non lié à la performance (groupe de contrôle C1). Nous n'avons trouvé aucune différence sur la proportion des ruptures de stock des ME.

Le Cameroun a été l'un des pays à avoir tenté de s'attaquer explicitement à l'approvisionnement en médicaments dans son programme FBP, en plaçant les FRPS au centre de la conception de l'intervention (Sieleunou *et al.*, 2019). L'absence d'effets indique probablement certains écueils dans la conception (théorie) et la mise en œuvre (réalité/fidélité) de l'intervention, ce qui est conforme aux données provenant d'autres recherches (Eijkenaar *et al.*, 2013; Engineer *et al.*, 2016). La mise en œuvre du FBP au Cameroun s'est heurtée à des difficultés considérables, telles que le retard dans le paiement des prestations. Déjà, en juin 2018, les factures impayées s'élevaient à 4,7 millions de dollars, soit près d'un an de retard de paiement (Dukhan *et al.*, 2019). Un autre défi considérable concernait le manque d'autonomie de gestion et de décision des structures (De Allegri *et al.*, 2018) qui limitaient la capacité des prestataires à acheter leurs propres médicaments.

Le transfert du rôle d'achat de performances des organisations internationales aux entités nationales s'est produit juste avant la collecte des données finales pour l'évaluation de l'impact du FBP au Cameroun. Le processus de transfert s'est avéré difficile, car il a connu d'importantes difficultés opérationnelles (par exemple, l'absence de contrats de performance entre les formations sanitaires et les AAP, la perturbation et l'interruption des services, et la réduction importante des salaires des expert-e-s du programme FBP), ce qui a suscité des inquiétudes parmi le personnel des formations sanitaires quant à une éventuelle cessation du FBP et a conduit à leur démotivation extrême (Sieleunou, Turcotte-Tremblay, Yumo *et al.*, 2017).

Comme en Tanzanie, l'évaluation précoce du programme au Cameroun a montré des changements significatifs dans la qualité du service, y compris la disponibilité des ME (Zang *et al.*, 2015). Des enquêtes de suivi dans les formations sanitaires en Tanzanie se sont déroulées 13 mois après la collecte des données de base. Cette période était presque trois fois plus longue dans notre étude (36 mois). En outre, dans une recherche qualitative précédente, nous avons mis en évidence une amélioration de la perception de la disponibilité des ME dans le contexte du programme FBP au Cameroun (Sieleunou *et al.*, 2019). À la lumière de ces premiers

impacts positifs et de l'amélioration perçue du programme FBP sur la disponibilité des ME au Cameroun, nous soutenons que le manque d'effets quantitatifs observé dans notre étude pourrait résulter en partie des difficultés de mise en œuvre et de transfert du rôle d'achat qui ont atteint le paroxysme juste avant la collecte des données finales. Il est également possible que le faible effet observé, trois ans après le début du programme, laisse soupçonner un relâchement progressif de la mise en œuvre de l'intervention FBP, ce qui devrait attirer l'attention des décideurs et décideuses politiques sur un éventuel épuisement du programme, ainsi que sur la question de la pérennité à long terme de ses effets (Seppey *et al.*, 2017).

Dans le système d'approvisionnement des médicaments au Cameroun, certaines catégories de médicaments de notre étude dépendaient de programmes financés par des donateurs (vaccins, médicaments pour le planning familial) et étaient mis gratuitement à la disposition dans les formations sanitaires, tandis que d'autres catégories devaient être achetées par les formations sanitaires. Les programmes verticaux ont démontré une plus grande propension à produire des résultats souhaitables lorsqu'ils sont intégrés dans une intervention de renforcement des systèmes de santé bien conçue et mise en œuvre (de Walque *et al.*, 2015; Rao *et al.*, 2014; Touré *et al.*, 2010). Dans notre étude, l'impact positif de l'intervention sur les produits de planification familiale pourrait suggérer des effets synergiques entre le FBP et les programmes verticaux, comme on l'a vu au Mozambique (Spisak *et al.*, 2016). Ce n'était pas le cas en Tanzanie où les médicaments achetés par les donateurs (vaccins, ARV et planning familial) n'ont pas été affectés par un programme de paiement à la performance en raison de difficultés qui échappaient au contrôle des formations sanitaires, telles que la pénurie de ces médicaments sur le marché mondial (Binyaruka & Borghi, 2016).

Nos résultats montrent que les effets des interventions FBP sur l'amélioration des stocks de ME peuvent fonctionner différemment selon les caractéristiques spécifiques du contexte (Bertone *et al.*, 2018; Ogundeji *et al.*, 2016). Nous avons constaté que le programme FBP a réduit les ruptures de stock de vaccins et de médicaments de planification familiale dans les formations sanitaires des zones rurales. Des tendances similaires ont été signalées en Côte d'Ivoire, où

l'effet du programme FBP sur la qualité des soins était plus important dans les centres de santé ruraux que dans les centres de santé urbains (Duran, 2019). Une explication possible dans notre cas est que la structure d'incitation du FBP au Cameroun a été conçue pour répondre à la ruralité et à l'éloignement par des incitations plus élevées par service (prime d'équité). En outre, comme on l'a également vu en Côte d'Ivoire (Duran, 2019), les centres de santé ruraux du Cameroun ont commencé le programme avec des scores de qualité inférieurs à ceux de leurs homologues urbains, ce qui leur a très probablement donné une plus grande marge d'action et d'effets.

L'impact plus important du programme FBP dans la région du Nord-Ouest était déjà reconnu dans des rapports précédents (Djoulde *et al.*, 2013). Plusieurs facteurs pourraient expliquer ces différences. Tout d'abord, des facteurs contextuels, tels que la ruralité, l'éloignement ou la difficulté d'accès à une formation sanitaire peuvent affecter la prestation et la performance du service (De Allegri *et al.*, 2018). Sur les trois régions étudiées, même si la ruralité (Institut National de la Statistique, 2014) et la répartition des ressources humaines pour la santé étaient presque identiques (Direction des ressources humaines, 2011), la région du Nord-Ouest était celle qui présentait le meilleur profil d'accessibilité aux infrastructures de santé et de transport (Institut National de la Statistique, 2016). Deuxièmement, les capacités des organismes de mise en œuvre dans les trois régions pourraient également avoir contribué à ces différences de performance. En 2013, il avait été signalé que les faibles performances observées dans la région de l'Est reflétaient la faiblesse de l'agence de mise en œuvre (Sorgho *et al.*, 2013). Par exemple, jusqu'en juillet 2013, le personnel de l'AAP de la région de l'Est n'avait pas utilisé la liste de contrôle de déclaration/vérification recommandée dans le manuel national de mise en œuvre du FBP, et n'avait pas non plus pleinement mis en œuvre la procédure de gestion financière définie (Bwanga *et al.*, 2013).

Implications pour les interventions

Malgré les attentes élevées, les interventions de FBP ne fonctionnent pas toujours comme planifiées au moment de leur mise en œuvre. L'inattention envers les facteurs liés aux défis de la mise en œuvre peuvent miner les effets potentiels de cette intervention. Pour les décideurs et décideuses, il convient d'accorder une plus grande attention à ces facteurs, et ceci dès l'étape de la conception du programme. Ceci inclut la question de l'autonomie des formations sanitaires et des paiements des services. En outre, les décideurs et décideuses doivent rester vigilant-e-s et prendre des actions nécessaires pour éviter le relâchement dans la mise en œuvre de l'intervention afin d'espérer une pérennité des effets du programme. Par ailleurs, les autorités sont également appelées à mettre en œuvre des interventions appropriées pour garantir l'équité, telles que le soutien au réapprovisionnement en médicaments et aux primes d'équité pour les formations sanitaires dans les zones difficiles d'accès. Ces efforts concernent aussi le renforcement des systèmes de réglementation des médicaments afin de garantir la qualité des produits, d'améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement et de soutenir sa disponibilité au dernier kilomètre.

Conclusion

Notre étude suggère que l'intervention du FBP au Cameroun a eu des effets limités sur la réduction des ruptures de stock des ME. L'intervention n'a été associée qu'à une réduction significative des ruptures de stock de médicaments de planification familiale, effet qui a disparu lorsqu'on a examiné les effets associés à l'augmentation des ressources. Ces résultats mitigés étaient probablement la conséquence d'échecs partiels de conception, de transfert et de mise en œuvre. Ils suggèrent que pour une intervention complexe comme le FBP, il est essentiel de mettre correctement en pratique un ensemble de stratégies qui peuvent soutenir l'impact à long terme du programme.

Références

- AEDES. (2012). *Performance based-financing implementation procedures manual*.
- Ahmed, T., Arur, A., de Walque, D. & Shapira, G. (2019). *Incentivizing quantity and quality of care: Evidence from an impact evaluation of performance-based financing in the health sector in Tajikistan* [World Bank Policy Research Working Paper (8951)]. World Bank. <https://papers.ssrn.com/abstract=3430566>
- Ali, E. E. (2014). Health care financing in Ethiopia: Implications on access to essential medicines. *Value in Health Regional Issues*, 4, 37-40. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2014.06.005>
- Angell, B., Dodd, R., Palagyi, A., Gadsden, T., Abimbola, S., Prinja, S., Jan, S. & Peiris, D. (2019). Primary health care financing interventions: A systematic review and stakeholder-driven research agenda for the Asia-Pacific region. *BMJ Global Health*, 4(Suppl_8). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001481>
- Barber, R. M., Fullman, N., Sorensen, R. J. D. et al. (2017). Healthcare access and quality index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: A novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 390(10091), 231–266. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8)
- 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/10.1016/S0140-6736\(11\)60177-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60177-3)
- Bertone, M. P., Falisse, J.-B., Russo, G. & Witter, S. (2018). Context matters (but how and why?): A hypothesis-led literature review of performance based financing in fragile and conflict-affected health systems. *PLOS ONE*, 13(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195301>

- Bigdeli, M., Peters, D. H. & Wagner, A. K. (2014). *Medicines in Health Systems: Advancing access, affordability and appropriate use*. World Health Organization. https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/FR_webfinal_v1.pdf
- Binyaruka, P. & Borghi, J. (2016). Improving quality of care through payment for performance: Examining effects on the availability and stock-out of essential medical commodities in Tanzania. *Tropical Medicine & International Health*, 22(1), 92-102. <https://doi.org/10.1111/tmi.12809>
- Bonfrer, I., Soeters, R., Van de Poel, E., Basenya, O., Longin, G., van de Looij, F. & van Doorslaer, E. (2014). Introduction of performance-based financing in Burundi was associated with improvements in care and quality. *Health Affairs (Project Hope)*, 33(12), 2179-2187. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0081>
- Bwanga, E., Sieleunou, I. & Bangué, B. (2013, 17-18 juillet). Troisième rencontre trimestrielle des Responsables des Agences d'Achats des Performances [Rapport de réunion]. Unité de Gestion du PAISS, Bertoua.
- Chana, C. R. (2009). *Factors influencing the use of medicines by consumers in Tiko sub-division, Cameroon* [Mémoire de maîtrise]. University of Western Cape. <http://etd.uwc.ac.za/xmlui/handle/11394/3180>
- De Allegri, M., Bertone, M. P., McMahon, S., Mounpe Chare, I. & Robyn, P. J. (2018). Unraveling PBF effects beyond impact evaluation: Results from a qualitative study in Cameroon. *BMJ Global Health*, 3(2). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000693>
- de Walque, D., Gertler, P. J., Bautista-Arredondo, S., Kwan, A., Vermeersch, C., de Dieu Bizimana, J., Binagwaho, A. & Condo, J. (2015). Using provider performance incentives to increase HIV testing and counseling services in Rwanda. *Journal of Health Economics*, 40, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.12.001>
- Direction des ressources humaines. (2011). *Recensement général des personnels du secteur de la santé du Cameroun* [Rapport général]. Ministère de la Santé Publique. <http://cm-minsante-drh.com/site/>

images/stories/

Rapport_general_du_recensement01_12_2011_misenforme_FINAL05122001.pdf

- Djoulde, M., Sorgho, G., Zang, O., Bwanga, E. & Bangue, B. (2013). *Rapport d'activités du premier semestre 2013*. Unité de Gestion du PAISS.
- Droti, B., O'Neill, K. P., Mathai, M., Dovlo, D. Y. T. & Robertson, J. (2019). Poor availability of essential medicines for women and children threatens progress towards Sustainable Development Goal 3 in Africa. *BMJ Global Health*, 4(Suppl_9). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001306>
- Dukhan, Y., Tshivuila Matala, O. O., Didiba Ndome, M. et al. (2019). *Aide mémoire mission de revue à mi-parcours au Cameroun. Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé*. Banque Mondiale.
- Duran, D. (2019). *Strengthening financial incentives to improve the quality of primary care in Cote d'Ivoire* [Thèse de doctorat]. Harvard T.H. Chan School of Public Health, Harvard Library. <https://dash.harvard.edu/handle/1/40976810>
- Eddings, W. & Marchenko, Y. (2012). Diagnostics for multiple imputation in Stata. *The Stata Journal*, 12(3), 353–367. <https://doi.org/10.1177/1536867X1201200301>
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M. & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. *Health Policy*, 110(2–3), 115–130. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.008>
- Engineer, C. Y., Dale, E., Agarwal, A. et al. (2016). Effectiveness of a pay-for-performance intervention to improve maternal and child health services in Afghanistan: A cluster-randomized trial. *International Journal of Epidemiology*, 45(2), 451–459. <https://doi.org/10.1093/ije/dyv362>
- Fritsche, G. B., Soeters, R., & Meessen, B. (2014). *Performance-Based financing toolkit*. The World Bank. <http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-1-4648-0128-0>

- Huillery, E. & Seban, J. (2014). Pay-for-performance, motivation and final output in the health sector: Experimental evidence from the Democratic Republic of Congo. *Sciences Po Economics Discussion Papers*, (2). <https://ideas.repec.org/p/spo/wpecon/infodhl2441-4pmvo3bm7m9claa02gl0337ip4.html>
- Institut National de la Statistique. (2014). *Annuaire statistique du Cameroun 2013*. Institut National de la Statistique. <http://www.statistics-cameroon.org/news.php?id=476>
- Institut National de la Statistique. (2016). *Annuaire statistique du Cameroun 2015*. Institut National de la Statistique. <http://www.statistics-cameroon.org/news.php?id=476>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Joseph, N. T., Danaei, G., García-Saisó, S. & Salomon, J. A. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: A systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *The Lancet*, 392(10160), 2203–2212. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)
- Le Mentec, R. & Mettling, C. (2014). *Fonds régionaux pour la promotion de la santé: Fonctionnement – Forces – Défis*. GIZ.
- Luiza, V. L., Chaves, L. A., Silva, R. M., Emmerick, I. C. M., Chaves, G. C., Araújo, S. C. F. de, Moraes, E. L. & Oxman, A. D. (2015). Pharmaceutical policies: Effects of cap and co-payment on rational use of medicines. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007017.pub2>
- Ogundeji, Y. K., Jackson, C., Sheldon, T., Olubajo, O. & Ihebuzor, N. (2016). Pay for performance in Nigeria: The influence of context and implementation on results. *Health Policy and Planning*, 31(8), 955–963. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw016>
- Okawa, S., Gyapong, M., Leslie, H. et al. (2019). Effect of continuum-of-care intervention package on improving contacts and quality of maternal and newborn healthcare in Ghana: A cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 9(9). <https://bmjopen.bmj.com/content/9/9/e025347>

- Oxman, A. D. & Fretheim, A. (2009). Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? Overview of the effectiveness of results-based financing. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 2(2), 70-83. <https://doi.org/10.1111/j.1756-5391.2009.01020.x>
- Rao, K. D., Ramani, S., Hazarika, I. & George, S. (2014). When do vertical programmes strengthen health systems? A comparative assessment of disease-specific interventions in India. *Health Policy and Planning*, 29(4), 495-505. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt035>
- Rudasingwa, M., Soeters, R. & Bossuyt, M. (2015). The effect of performance-based financial incentives on improving health care provision in Burundi: A controlled cohort study. *Global Journal of Health Science*, 7(3), 15-29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4802075/>
- 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. *Globalization and Health*, 13(86). <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0307-8>
- Sieleunou, I., Turcotte-Tremblay, A.-M., De Allegri, M., Taptué Fotso, J.-C., Azinyui Yumo, H., Magne Tamga, D. & Ridde, V. (2019). How does performance-based financing affect the availability of essential medicines in Cameroon? A qualitative study. *Health Policy and Planning*, 34(Suppl_3). <https://doi.org/10.1093/heapol/czz084>
- Sieleunou, I., Turcotte-Tremblay, A.-M., Fotso, J.-C. T., Tamga, D. M., Yumo, H. A., Kouokam, E. & Ridde, V. (2017). Setting performance-based financing in the health sector agenda: A case study in Cameroon. *Globalization and Health*, 13(52). <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0278-9>
- 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>

- 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 (Project Hope)*, 30(8), 1518–1527. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0019>
- Sorgho, G., Sjetnan, C., Loevinsohn, B. et al. (2013, mai). *Aide mémoire mission de revue à mi-parcours du PAISS [Évaluation de projet]*. Banque mondiale.
- Spisak, C., Morgan, L., Eichler, R., Rosen, J., Serumaga, B. & Wang, A. (2016). Results-based financing in Mozambique's central medical store: A review after 1 year. *Global Health: Science and Practice*, 4(1), 165–177. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00173>
- Touré, H., Audibert, M. & Dabis, F. (2010). To what extent could performance-based schemes help increase the effectiveness of prevention of mother-to-child transmission of HIV (PMTCT) programs in resource-limited settings? A summary of the published evidence. *BMC Public Health*, 10(702). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-702>
- United Nations. (2017). *Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Sustainable Development. <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>
- van der Geest, S. (1982). The efficiency of inefficiency: Medicine distribution in South Cameroon. *Social Science & Medicine*, 16(24), 2145–2153. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90264-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90264-7)
- WHO. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf>
- WHO. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513809/>
- WHO. (2019, 26 avril). *WHO recommendations for routine immunization—Summary tables*. World Health Organization. http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/

- WHO, Reproductive Health and Research & K4Health. (2018). *Family planning: A global handbook for providers. Evidence-based guidance developed through worldwide collaboration*. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research; John Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication programs, Knowledge for Health Project. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260156/1/9780999203705-eng.pdf?ua=1>
- WHO, & UNICEF (dir.). (2005). *Handbook IMCI: Integrated management of childhood illness*. World Health Organization, Dept. of Child and Adolescent Health and Development.
- Wilunda, C., Putoto, G., Dalla Riva, D. et al. (2015). Assessing coverage, equity and quality gaps in maternal and neonatal care in sub-saharan Africa: An integrated approach. *PLOS ONE*, 10(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127827>
- Wirtz, V. J., Hogerzeil, H. V., Gray, A. L. et al. (2017). Essential medicines for universal health coverage. *The Lancet*, 389(10067), 403–476. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31599-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31599-9)
- World Bank. (2013). *Impact evaluation of Results-based Financing for Health Cameroon Performance-based Financing: Results from the health facility baseline survey*. World Bank. <http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/2047/download/31106>
- World Health Assembly. (2002). *Ensuring accessibility of essential medicines*. World Health Organization.
- Zang, O., Djienuouassi, S., Sorgho, G. & Taptueii, J. C. (2015). Impact of performance-based financing on health-care quality and utilization in urban areas of Cameroon. *Facilities*, 7(21), 22. <https://www.semanticscholar.org/paper/Impact-of-performance-based-financing-on-quality-in-Zang-Djienuouassi/8beefbbae72576acf757a89472ebdaae04372a48>

17. Permanence et invisibilité des paiements directs pour le VIH en République Démocratique du Congo

SÉVERINE CARILLON ET VALÉRY RIDDE

Introduction

La gratuité des soins dans le contexte du VIH figure comme l'un des succès de la lutte contre le sida tant sur un plan politique, éthique que médical (Gilks *et al.*, 2006; Souteyrand *et al.*, 2008). Pour autant, le paiement direct réclamé aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH) pour des services de santé fournis par le secteur public tels qu'une consultation, des tests de laboratoire et des médicaments contre les infections opportunistes sont parfois considérables dans des pays d'Afrique subsaharienne (Boyer, 2009). Dans une étude conduite à Lubumbashi en République Démocratique du Congo (RDC) par Médecins Sans Frontières (MSF), les coûts directs revenant aux personnes hospitalisées pour le VIH se sont avérés être, en moyenne, d'un peu plus de 200 US\$, dépassant le revenu mensuel des patient-e-s dans 63% des cas. Celles atteintes d'infections opportunistes ont encouru des coûts supplémentaires pouvant atteindre 31 US\$ (Médecins Sans Frontières, 2016). De nombreuses données probantes montrent que le paiement direct au point de service réduit l'accès aux soins et aux traitements pour les individus les plus pauvres (Ridde *et al.*, 2012) ainsi que leur adhérence aux traitements (Mills *et al.*, 2006). Or, dans le contexte du VIH, une prise en charge tardive ou un défaut d'observance aux traitements antirétroviraux (ARV) constituent un risque important de dégradation de l'état de santé des personnes et de transmission du virus. Dans ce contexte, le paiement direct de certains soins pour des PVVIH peut avoir un effet délétère pour la santé des populations et constitue un enjeu de santé publique majeur.

Dans les écrits scientifiques, la réalité du reste à charge tend à se cantonner dans l'ombre des succès de la gratuité (Taverne *et al.*, 2013). Les rares données disponibles sont particulièrement alarmantes dans le contexte de la RDC, pays dans lequel le système de soins est particulièrement affaibli. La faible prévalence du VIH (1,2%) ne doit pas masquer une situation préoccupante concernant la couverture des interventions VIH et l'accessibilité aux soins. En dépit de la gratuité des soins associés au VIH, légiférée depuis 2008 en RDC, la contribution des ménages aux dépenses constitue l'une des principales sources de financement de la réponse à cette épidémie. En 2013 et 2014, les dépenses des ménages – c'est-à-dire celles engagées par les familles pour payer les services ou les intrants y afférents – ont représenté 45% des dépenses globales de santé pour le VIH (PNMLS, 2016). Les ménages font donc encore face à des coûts pour accéder aux services de soins VIH. Ainsi, ce chapitre vise, à partir d'une revue documentaire (Kayesa & Shung-King, 2021), à mettre en évidence les connaissances existantes dans la littérature grise sur la présence des paiements directs au sein des interventions de lutte contre le VIH en RDC ainsi que leurs conséquences et conditions de mise en œuvre. Il s'agira de dégager le besoin en connaissances dans le contexte de la RDC.

Méthode

Définition de la revue documentaire

L'analyse documentaire proposée a été réalisée en 2018 dans le cadre d'un projet plus large porté par l'ONUSIDA visant à mieux comprendre cette question du paiement direct dans le contexte des interventions de lutte contre le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre. Elle est centrée sur la littérature grise (rapports d'étude, d'expertise, d'évaluation; plan stratégiques nationaux; documents de lois, normes, procédures; communications dans les conférences, posters; etc.) rapportant des données sur la présence, les montants et l'impact des paiements directs par les usagers et les usagères dans le cadre de la prise en charge du VIH en RDC.

Critères d'inclusion

Cette recension a été effectuée à partir de cinq critères préalablement définis : des documents publiés (1) depuis 2010; (2) en anglais ou français; (3) produits par une institution publique, un chercheur ou une chercheuse, une organisation internationale, une ONG, ou une institution reconnue; (4) traitant du paiement direct dans les formations sanitaires ET des interventions de VIH; (5) concernant la RDC.

Sources d'information et recherche documentaire

Deux méthodes de collecte de données ont été mises en œuvre :

1. Un envoi de document par un consultant présent en RDC ainsi que des envois de documents par MSF Belgique à partir de leur propre base de données;
2. Une recherche faite par nos propres soins articulant :
 - a) Une recherche documentaire sur Internet en utilisant :
 - les moteurs de recherche spécifiques pour la littérature grise : Open Grey, Wholis, BDSP, National Information Center on Health Services Research and Health Care Technology (NICHSR), HAL, EThOS, Grey Litterature Report, SSRN (Social Science Research Network) ainsi que sur Google Scholar. Les concepts et mots clés associés utilisés dans la recherche ont été : « *user fees* », « HIV », « *Democratic Republic of Congo* » ou « DRC » ou « DR Congo », « *out-of-pocket* », « *fees* », « *free care* » ou « *free healthcare* », « *free of charge* », « *cost* », « *payment* » et « *health expenditure* ». Pour les documents en français, les mots clés ont été : « paiements directs », « VIH », « RDC » ou « République Démocratique du Congo » ou « RD Congo », « gratuité », « frais », « coût », « reste à charge », « dépenses de santé ».
 - un blog : Health Financing in Africa.
 - les sites internet :
 - des ONG présentes en RDC : MSF, MDM, PATH, ICAP, Save the

children;

- des institutions internationales: PNUD, UNFPA, ONUSIDA, WHO;
- des agences gouvernementales de coopération: PEPFAR, Banque mondiale, USAID, UNITAID, Fonds Mondial, CDC;
- des instances gouvernementales de RDC: PNLMS, Ministère de la Santé;
- des conférences internationales VIH: IAS, AFRAVIH, AIDS;
- des organisation de la société civile: Femme plus, UCOP+, la Plateforme Régionale Francophone, l'Observatoire de la qualité de prise en charge du VIH/TB en RDC, CORDAID
- des programmes de lutte contre le VIH en RDC: PROVIC, Fast-track, etc.

Ces sites ont été consultés entre le 21 février et le 05 mars 2018.

b) Une recherche manuelle dans les bibliographies de chacun des documents examinés, par effet «boule de neige» a été également effectuée. Les documents ainsi repérés étaient recherchés sur Internet. Deux d'entre eux ont fait l'objet d'une sollicitation directe des organisations ayant produit les documents.

Description du processus de sélection des documents

Les documents collectés ont fait l'objet d'une sélection selon les critères préalablement définis, puis ont été classés en trois catégories distinctes:

1. Les documents pour l'analyse : ils entrent strictement dans les critères définis;
2. Les documents de cadrage: ils sont publiés après 2010, portent sur la RDC mais ne traitent pas du paiement direct ET des interventions VIH. Ils fournissent néanmoins des données de contexte à prendre en compte. Les plus récents ont été retenus.
3. Les documents écartés: ils sont publiés avant 2010; ou ne sont pas de la littérature grise; ou ne portent pas sur le paiement direct ET les interventions VIH; font doublons, le cas échéant les plus anciens ont été écartés. Le principe de saturation a été

appliqué au cours de cette collecte. Les documents n'apportant pas de données nouvelles ont été inclus dans cette catégorie.

La méthode d'inclusion des documents est basée sur la méthode PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Tricco et al., 2018).

L'ensemble des documents reçus (n=150) a fait l'objet d'une sélection dont le processus est récapitulé dans le schéma qui suit (Schéma 1). Ce processus a permis de retenir 29 documents pour l'analyse et 28 pour des données de cadrage.

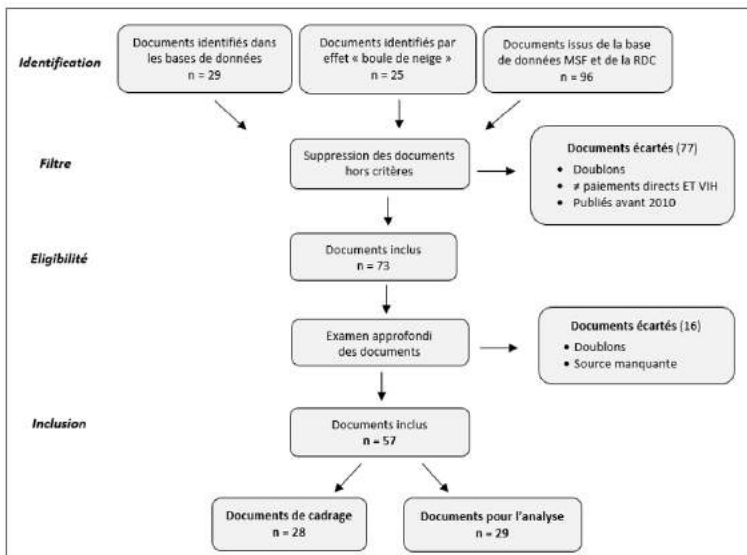


Schéma 1. Processus de sélection des documents envoyés

Les documents retenus ont été classés selon la nature des documents et leur source. Puis, le contenu de chacun de ces documents a été extrait et synthétisé. Une méthode essentiellement inductive a permis d'opérer une analyse thématique de contenu.

Résultats

La stratégie de recherche a permis d'identifier 29 documents répondant aux critères d'inclusion. Bien que le processus de sélection de documents ne soit pas exhaustif, il laisse présager du peu de données existantes dans la littérature grise sur la question des paiements directs par les usagers et usagères dans le contexte du VIH en RDC. Parmi les 29 documents, seuls trois font de la question des paiements directs dans le contexte du VIH l'objet d'une étude ou d'un rapport à part entière (Baglione, 2017; Médecins Sans Frontières, 2017b; 2018). Dans les 26 autres documents, la question des paiements directs émerge au détour de celle du manque d'investissement financier de l'État dans la lutte contre le sida, ou de celle des difficultés d'accès aux soins des personnes.

Les principaux enseignements qui peuvent être tirés de cette revue documentaire sont présentés ci-après selon une analyse thématique organisée autour de trois grands thèmes: (1) la mise en évidence des paiements directs des soins associés au VIH dans les écrits, (2) leur mise en œuvre (montants, répartition, impacts et causes) et (3) les initiatives contribuant ou visant à leur diminution (plan d'intervention, projets et plaidoyers).

Les paiements directs: une problématique attestée mais peu explorée

Un consensus sur la persistance de frais imputés aux PVVIH

Qu'elle soit abordée d'un point de vue politique ou juridique, concernant l'absence de gratuité des soins ou la non application de la loi, d'un point de vue économique au plan des dépenses des ménages ou encore du point de vue du système de soins et des usagers et usagères, l'existence des paiements directs dans les interventions VIH en RDC fait consensus parmi l'ensemble des acteurs et actrices. Pour autant, ces paiements directs sont peu explorés.

Un constat essentiellement examiné par les ONG

Dans les 29 documents, la question des paiements directs fait l'objet d'une préoccupation variable. Il peut s'agir de :

- un constat, souvent alarmant et systématiquement déploré, mais peu développé et ne faisant l'objet d'aucune recommandation spécifique;
- une description (de la répartition et de l'impact des paiements directs par exemple) suivie de quelques recommandations ou d'interventions;
- un examen plus approfondi, mais plus rare : des données produites spécifiquement sur la question sont alors fournies (notamment sur le montant des paiements) et servent de fondement pour des recommandations concrètes et un plaidoyer en faveur de la suppression des paiements directs.

La place plus ou moins marginale attribuée à cette question dans les documents varie selon la source des données. Elle revêt une préoccupation importante des ONG et Organisations de la Société Civile (OSC). Elle l'est bien moins par les instances gouvernementales et les bailleurs. Les ONG produisent des rapports fondés sur leur expérience de terrain qui montrent les effets délétères des paiements directs, abordent la question du montant de ces paiements et leur répartition et enfin, à partir de données probantes, permettent d'affirmer un positionnement et de faire pression sur les gouvernements pour la suppression des paiements directs. Cette catégorie de document est la plus représentée parmi les 29 documents retenus, mais elle reste minoritaire sur l'ensemble des documents sélectionnés initialement (29/150). Ce constat montre que la question des paiements est finalement peu explorée hormis par les ONG.

Une question dans l'ombre d'enjeux financiers et sanitaires

Dans les documents examinés, les paiements directs des usagers et usagères sont essentiellement abordés au détour d'autres problématiques, comme :

- des conséquences du sous-investissement de l'État dans la lutte contre le sida et plus généralement dans le secteur de la santé;
- des barrières à l'accès aux soins : par exemple à l'accès au dépistage pour les jeunes (Médecins du Monde, 2017) ou les femmes enceintes (Save the Children, 2014) ou l'accès à la prise en charge des PVVIH (Médecins Sans Frontières, 2010);
- des facteurs explicatifs du recours tardifs aux soins ou aux hospitalisations des PVVIH à un stade avancé de leur infection ou encore d'une faible rétention dans les soins (Médecins Sans Frontières, 2017a; 2016).

Ils sont ainsi mentionnés comme facteurs explicatifs plus que comme facteurs à expliquer. Ils sont dès lors peu explorés. Les documents produits par les ONG fournissent toutefois des données éloquentes sur la mise en œuvre de ces paiements directs.

La mise en œuvre des paiements directs

Des montants inabordables

Tous les documents attestent de montants variables mais toujours inabordables à toutes les étapes de la cascade de soins : du dépistage à l'hospitalisation, et dans des établissements de santé et des provinces divers.

Les données fournies par MSF dans son rapport « Le prix de l'oubli » (Médecins Sans Frontières, 2016), en reprenant des données issues d'une étude sur les coûts d'hospitalisations des PVVIH conduites dans trois hôpitaux généraux à Lubumbashi (Tshamba *et al.*, 2013), attestent du fait que, bien que le test de dépistage du VIH lui-même soit gratuit, les PVVIH doivent souvent payer pour la

consultation l'équivalent de 2 à 5 US\$ et, entre 15 et 30 US\$ pour les examens biologiques (CD4). De même, l'ONG rapporte qu'à Goma, le dépistage du VIH est gratuit, mais 2 US\$ sont facturés pour une consultation. Des frais de pénalité de 20 US\$ sont également imposés aux personnes qui abandonnent le traitement (Médecins Sans Frontières, 2016).

Deux simulations faites à partir des tarifs appliqués dans des hôpitaux de Kinshasa dans le cadre d'une étude sur l'évaluation des coûts de prise en charge des PVVIH hospitalisées suggèrent un coût moyen d'hospitalisation (pour les PVVIH) de 160 à 280 US\$ (Médecins Sans Frontières, 2017a).

L'observatoire de l'accès et de la qualité des services VIH/TB est un dispositif qui permet de renseigner sur la disponibilité des médicaments et des intrants médicaux, la gratuité et, inversement, les coûts des prestations de services et l'amélioration de la qualité des soins dans trois provinces de RDC, grâce à des collectes de données par questionnaire auprès d'usagers et d'usagères et des prestataires de services VIH (Tableau 1).

Tableau 1 : Montant et répartition des coûts à la charge des usagers et usagères

Prestations	Montant en US\$	Lieu	Source
Dépistage VIH	3	Mbuji mayi / Kasai Oriental (4 zones de santé)	Observatoire, 2017
Consultation	1.15-1.25	Goma et Karisimbi	Observatoire, 2014
	2-5	Lubumbashi	MSF
CD4	15-20	RDC	MSF
	16	Kinshasa	Observatoire, 2017
Hospitalisation	200	Lubumbashi	MSF
	160 - 280	Kinshasa	MSF
PTME	7	Nord Kivu	Observatoire, 2017
IST	5,5	Nord Kivu	Observatoire, 2017
	1	Mbuji mayi / Kasai Oriental	Observatoire, 2017
Planning Familial	5	Nord Kivu	Observatoire, 2017
TB	0.50	Mbuji mayi / Kasai Oriental	Observatoire 2014

Ces données montrent que le montant des frais imputés aux PVVIH varie d'une province à l'autre, d'une structure à l'autre et selon les prestations. Il n'y a pas de standardisation des tarifs. Ce constat corrobore l'analyse des coûts d'hospitalisation dans trois hôpitaux de Kinshasa : « la fixation des tarifs n'est pas motivée par un critère objectif (par exemple les coûts réels ou la capacité à payer de la population). Au contraire, les tarifs sont très souvent fixés

arbitrairement par la Direction, et varient significativement d'un hôpital à l'autre (et parfois d'un mois à l'autre)» (Baglione, 2017 : 7). Il en résulte des coûts très élevés avec des tarifs qui «ne tiennent pas compte de la capacité à payer des patients» et «ne reflètent pas les coûts réellement supportés (souvent très inférieurs aux tarifs)» (*ibid.*). Les documents examinés ne permettent pas d'expliquer ces différences de tarifs hormis par le sous-financement des formations sanitaires et l'absence de tarification forfaitaire.

Enfin, ces coûts ne semblent pas épargnés les femmes séropositives enceintes (Save the Children, 2014; USAID & PEPFAR, 2012b). L'accès des femmes aux consultations prénatales, faute de gratuité, semble ainsi limité dans certaines provinces (PNLS, 2015). Save the Children établit un lien direct entre la situation alarmante des femmes enceintes séropositives – avec un taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant estimé à 37% – et les coûts des soins. Dans son rapport (2014 : 39), l'ONG rapporte le témoignage de la directrice de l'association locale, Femme plus, attestant de coûts multiples :

Même quand les services sont gratuits, ils le sont rarement complètement. Par exemple, le test de VIH est gratuit mais tu dois payer pour la carte du patient, pour les seringues utilisées, pour d'autres traitement, les transports... Les coûts se cumulent et les femmes ne peuvent les assurer.

Ces résultats, bien que fondés sur des données parfois fragiles, montrent que les montants des soins sont de fait inabordables pour les 77% de la population qui vivent en dessous du seuil de pauvreté et, qui plus est, pour les PVVIH dont la plus grande vulnérabilité socioéconomique est connue : plus de 85% d'entre elles vivent en dessous du seuil de la pauvreté (PNMLS, 2014). L'impact des paiements directs en est d'autant plus lourd.

Des effets délétères à différents niveaux

Les frais médicaux imputés aux PVVIH sont mentionnés comme une barrière majeure à l'accès aux services de santé VIH dans la quasi-totalité des documents examinés. Les documents produits

essentiellement par les ONG qui ont capitalisé leurs expériences de terrain permettent d'aller plus loin dans l'exploration des effets de ces paiements directs en mettant en évidence la pluralité de leurs effets. L'analyse transversale de ces documents permet d'identifier différents niveaux d'impacts : impacts sur la santé, le système de soins, les ménages, les individus et l'accès aux soins. Ces différents impacts sont récapitulés dans le tableau qui suit (Tableau 2).

Tableau 2 : Synthèse des effets des paiements directs mentionnés

Domaines impactés	Effets mentionnés
Système de soin	Recours aux soins tardifs Augmentation du nombre d'hospitalisation Moindre qualité des soins
Santé	Interruption de traitement Développement de la maladie Mortalité élevée Accouchement à domicile
Ménages	Appauvrissement
Individus	Exclusion, vulnérabilité
Accès aux soins	Moindre utilisation des services de soins Inégalités d'accès aux soins

Les causes : des dysfonctionnements multiples mais peu étudiés

Peu de documents mentionnent les causes des paiements directs dans le contexte des soins associés au VIH et, quand elles le sont, ces causes ne font pas l'objet d'un examen approfondi.

L'explication la plus fréquemment fournie est le sous-financement des structures de santé par l'État. Pour MSF, « les services de santé faibles et sous-financés font passer le fardeau financier des soins de santé aux patients et aux familles » (Médecins Sans Frontières, 2016 : 21). Ce sous-financement rend les centres dépendants des financements extérieurs et des contributions des patient-e-s, non seulement pour leurs activités mais aussi « pour le paiement, via des primes, du personnel » de santé (Médecins du Monde, 2017 : 61). Le personnel soignant sous-payé en vient à prescrire des traitements qui rapportent un maximum de profit, privilège des activités qui « rapportent » (les consultations payantes) au détriment des services gratuits comme le dépistage, ou fait payer

des services censés être gratuits (Médecins du Monde, 2017; Médecins Sans Frontières, 2017b). MSF confirme également à partir de ses diverses expériences de terrain que « dans les centres de santé, les salaires du personnel infirmier sont faibles (à partir d'environ 96 US\$ par mois), ce qui signifie que les frais payés par les patients sont la principale source de revenus » (Médecins Sans Frontières, 2016 : 62).

D'autres dysfonctionnements d'ordre structurel et organisationnel tels que le manque de transparence dans la gouvernance, le déficit de gestion, notamment dans les circuits d'approvisionnement des médicaments, sont mentionnés comme des faiblesses qui contribuent au maintien des paiements directs (Médecins du Monde, 2017; PNMLS, 2014).

La mise en œuvre d'initiatives : témoin d'une problématique reléguée au second plan

Parmi les 29 documents examinés, 10 (issus de trois sources différentes seulement) mettent en évidence des initiatives assurées par les acteurs et actrices communautaires et 6 font état de plans d'intervention issus d'organisations gouvernementales. Deux ONG, MSF et Save the Children, élaborent quant à elles des plaidoyers présentés ci-après à la suite des initiatives communautaires et des plans d'interventions.

La société civile au cœur des rares initiatives pour favoriser l'accessibilité financière

L'analyse documentaire a permis de recenser trois projets mis en œuvre par des organisations communautaires. Il ne s'agit pas d'interventions directement ciblées sur les paiements directs mais elles contribuent à rendre compte de la question ou à diminuer les frais imputés aux PVVIH dans le cadre de la prise en charge de leur infection.

Par exemple, la création d'observatoires d'accès et de la qualité des services VIH-TB dans trois provinces de RDC, portée par Médecins du Monde et mise en œuvre en collaboration avec des

OSC locales, constitue un dispositif de veille important (Vancutsem, Sargueil & Tshibanda, 2017) favorisant la visibilité des difficultés d'accès aux services VIH (Observatoire de l'accès et de la qualité des services VIH/TB – UCOP+, 2014, 2015, 2017). Ainsi, les données recueillies par les associations du Nord-Kivu, une fois analysées et synthétisées, ont servi de matière au plaidoyer que mènent les représentant-e-s de la société civile congolaise (membres de l'Union Congolaise des Organisations de PVVIH et du Forum Sida) dans les instances de coordination nationales (CCM) du Fonds Mondial au sein desquels ils et elles siègent.

Autre exemple, sur financement du PEPFAR et via USAID, le Projet Intégré de VIH/SIDA au Congo (ProVIC) travaille avec des partenaires du secteur public et privé pour mettre en œuvre des approches à base communautaire contre le VIH/SIDA dans les cinq zones « chaudes » du pays. Ce projet vise notamment à promouvoir la prévention par la mobilisation communautaire et à apporter des soins et du soutien aux PVVIH et aux enfants orphelin-e-s ou vulnérables. Dans cette perspective, ProVIC soutient un programme d'Activités Génératrices de Revenus (AGR) pour encourager l'activité économique des familles de PVVIH. 741 AGR ont ainsi été soutenues sur trois ans (USAID & PEPFAR, 2012b). Il est également prévu dans ce projet une aide pour payer les frais des transports des PVVIH pour faciliter leur accès aux soins (USAID & PEPFAR, 2012a). Cette initiative intervient ainsi essentiellement en amont du parcours de soins, sur les frais informels. Elle s'attèle à renforcer les mécanismes de soutien socio-économique des patient-e-s pour faciliter l'accès aux formations sanitaires plus qu'à diminuer les frais qui leur sont imputés. Il s'agit donc ainsi de réduire la précarité des patient-e-s plus que de faire appliquer la gratuité des soins.

Ces initiatives témoignent de l'implication et de la mobilisation de la société civile sur la question de l'accessibilité financière des PVVIH aux soins. Les OSC contribuent ainsi à palier en partie à la faillite de l'État à assurer la gratuité des soins. Aucun de ces projets ne mentionne un projet de suppression des paiements directs. Il semble qu'il s'agisse d'éviter plutôt que de supprimer. Les plans d'intervention consultés vont dans ce même sens.

Les plans d'intervention : éviter versus supprimer les paiements directs

Les plans d'intervention identifiés dans cette revue documentaire sont des plans nationaux produits par les instances gouvernementales, les bailleurs ou les organisations intergouvernementales. Ils visent d'une manière générale à la réduction de l'impact du VIH en RDC. La question des paiements directs des PVVIH est quant à elle peu évoquée. Elle émerge de façon souvent secondaire, et ne fait pas l'objet de plans d'intervention spécifiques et directement ciblés. Elle est toutefois mise en évidence par deux acteurs clés : UNAIDS qui en évoque la suppression et le PEPFAR qui suggère d'y porter un intérêt particulier.

Parmi les cinq plans d'intervention examinés, trois types de mesures contribuant à la diminution des paiements directs par les usagers et les usagères ont été identifiés :

- L'une des mesures phares, d'ordre politique, est la mise en place de mécanismes innovants pour le financement durable de la riposte nationale. Le PNMLS évoque ainsi la création de fonds de solidarité pour la lutte contre le VIH (PNMLS, 2014). MSF mentionne en 2017 qu'une Déclaration nationale pour renforcer la dispensation des frais et étendre les politiques de gratuité via un fond de solidarité pour la santé est « en cours d'élaboration » (Médecins Sans Frontières, 2017b). Cette mesure n'est cependant pas développée dans les documents examinés. L'OMS et le ministère de la Santé évoquent, quant à eux, le renforcement d'un plaidoyer pour la mise en place d'une couverture universelle et pour en accélérer la mise en œuvre (OMS, 2017).
- D'autres mesures sont centrées sur la capacité d'agir des individus. Le PNMLS plaide par exemple pour le renforcement du pouvoir socio-économique des PVVIH par leur autonomisation. Il suggère ainsi « un environnement favorable aux PVVIH » via un renforcement des mécanismes de soutien socio-économique et la mise en place d'un programme d'assistance socio-économique adapté aux conditions de vulnérabilité des bénéficiaires (AGR) (PNMLS, 2014). Ce type de mesures tend à une individualisation de la question des paiements directs : il revient à la charge des

PVVIH de se procurer les moyens d'assurer le paiement des soins. Les PVVIH sont ainsi mises au cœur du dispositif, au risque d'en faire les coupables d'un potentiel échec de la réponse. L'OMS et le ministère de la Santé suggèrent de renforcer les capacités des OSC en vue d'« accroître leur participation à la mobilisation de ressources financières » (OMS, 2017). Ces mesures témoignent sans doute d'une préoccupation majeure : trouver des solutions pour assurer la pérennité du financement des soins.

- Enfin, les organisations intergouvernementales soutiennent des mesures organisationnelles : elles proposent de poursuivre la reconfiguration de l'espace sanitaire en favorisant l'implication des organisations de la société civile dans la prise en charge des PVVIH avec, notamment, la mise en œuvre des modèles de prestation de services différenciés (soins différenciés, distribution décentralisée des traitements antirétroviraux, etc.) qui favorisent l'accessibilité financière des PVVIH aux soins.

La question des paiements directs émerge dans les plans d'intervention dans l'ombre de celle, omniprésente, du financement de la riposte. Bien que ne constituant pas directement la cible d'un plan d'intervention – aucune intervention mentionnée pour supprimer les paiements directs par exemple – la question des paiements directs est indirectement abordée dans les interventions qui devraient permettre de diminuer ces frais ou de les éviter. Il semble que la priorité est davantage donnée à trouver toujours plus de moyens de financer la riposte au VIH que de s'atteler directement à la question des paiements directs, d'examiner les rouages de la non gratuité ou les dysfonctionnements des canaux de redistribution des financements.

Des recommandations pour éviter les frais imputés aux PVVIH

Dans les documents examinés, les recommandations ciblant la question des paiements directs sont peu nombreuses en dehors des documents produits par les ONG et manquent souvent de propositions pratiques. Certaines organisations, bien que déplorant la gratuité des soins, n'abordent pas la question des paiements directs

dans leurs recommandations (Global Fund, 2014). Celles existantes convergent avant tout vers une nécessaire application de la loi. Il est ainsi par exemple rappelé par le PNUD et UNAIDS que « les décideurs politiques congolais doivent concrétiser leurs engagements et apporter le soutien financier nécessaire pour assurer un accès gratuit aux antirétroviraux, comme cela est prévu dans la loi 08/011 du 14 Juillet 2011 protégeant les droits des PVVIH » (PNUD & UNAIDS, 2013 : 34). Le Plan National Stratégique de lutte contre le VIH, quant à lui, recommande de « vulgariser et suivre l'application de la loi sur la gratuité des traitements » (PNMLS, 2014 : 63). Pour autant, les modalités de mise en œuvre visant à l'application de cette loi manquent. UNAIDS et le PNUD déplorent une « absence de mesures d'application de la loi » et « une absence d'accompagnement de la loi ». Ils rappellent le besoin de « mesures précises sur la gratuité des ARV, du bilan biologique d'inclusion et de suivi » (PNUD & UNAIDS, 2013 : 41) déjà évoqué dans les recommandations du PNMLS de 2010-2014 (PNMLS, 2010). Ces recommandations, aussi louables soient-elles, sont peu concrètes.

Les ONG se positionnent, quant à elles, plus fermement sur la question des paiements directs et produisent des documents de plaidoyer en faveur de la suppression de ces paiements.

Des plaidoyers d'ONG pour supprimer les frais imputés aux PVVIH

MSF place la question de l'accessibilité financière au cœur des enjeux de la riposte au VIH en la mentionnant comme un impératif pour augmenter la couverture en ARV et améliorer la rétention des PVVIH dans les soins. Dans son rapport « Le prix de l'oubli » (2016) dans lequel l'ONG dresse un constat alarmant de la prise en charge du VIH dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, MSF déplore que les PVVIH aient à payer pour les soins essentiels, voire aient à « payer une deuxième fois pour les produits et services qui ont déjà été subventionnés » (Médecins Sans Frontières, 2016 : 32). L'ONG appelle les gouvernements et les bailleurs de fonds à intégrer dans leur programme des mesures concrètes pour appliquer la gratuité stricte de tous les aspects de la prise en charge du VIH et de la

tuberculose telles que des subventions ciblées afin de remplacer les frais médicaux payés par les PVVIH. En se basant sur ses expériences de terrain, MSF déploie ainsi un certain nombre de propositions – récapitulées dans le Tableau 3 – visant à la suppression des paiements directs.

- En se basant sur une étude visant à estimer les coûts de prise en charge des PVVIH hospitalisées dans trois hôpitaux de Kinshasa, MSF fournit des recommandations plus concrètes sur le modèle de remboursement des hôpitaux pour éviter aux PVVIH d'avoir à payer leur hospitalisation (Baglione, 2017). Le recouvrement des frais via un financement de l'hôpital sur la base de son activité effective et une tarification forfaitaire sont ainsi mis en évidence.
- Pour asseoir son plaidoyer, l'ONG rappelle, non seulement les effets délétères des paiements directs mais aussi, inversement, les bénéfiques de la gratuité des soins en mentionnant son expérience de recouvrement des soins à l'hôpital de Lulimba dans le Sud-Kivu en 2011 qui a eu pour effet une augmentation « en flèche » du nombre de PVVIH et de prestations délivrées (multipliés par 9).

L'ONG Save the Children dresse un état des lieux des difficultés rencontrées par les mères en RDC, particulièrement en zone de conflits. Elle aborde notamment les difficultés d'accès aux soins du fait des coûts excessifs à la charge des PVVIH. Elle déplore les paiements directs demandés dans les contextes de conflits où les systèmes de santé sont particulièrement faibles et rappelle les impacts collatéraux de ces paiements. Elle suggère finalement la suppression des paiements directs et l'amélioration de la qualité des soins. Selon elle, le retrait partiel ou total des frais dans les établissements publics de santé devrait être soigneusement planifié par les autorités appropriées, les agences humanitaires et les bailleurs (Save the Children, 2014). Save the Children appuie son argumentaire sur des principes tels que l'impartialité et le droit à la santé pour toutes et tous. Elle prône non seulement la gratuité des soins mais aussi la qualité des soins et de l'accueil des usagers et usagères.

MSF et Save the Children font ainsi force de propositions pour supprimer les paiements directs et informels. Leurs principales propositions sont récapitulées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Synthèse des propositions des ONG pour une suppression des paiements directs

Domaines d'intervention	Propositions de mise en œuvre
Supervision de la gratuité	<p>Une supervision effective pour s'assurer que les soins soient proposés sans frais aux PVVIH (notamment le dépistage)</p> <p>Intégrer un système de suivi de l'application de la gratuité par la communauté, impliquer les associations de patients et patientes pour monitorer la manière dont les politiques de gratuité des soins sont appliquées et signaler tout manquement</p> <p>Bon de traitements : fournir aux PVVIH des coupons subventionnés pour des services gratuits, afin de motiver le personnel sous-payé à fournir des soins qui ne génèrent pas de revenus</p> <p>Gestion des stocks de médicaments : mettre en place un système d'alerte précoce des baisses de stock</p>
Qualité des soins	Un appui technique et financier des établissements de soins
Motivation du personnel soignant	Une rémunération adéquate du personnel soignant pour compenser la perte de revenu
Recouvrement des coûts	<p>Des subventions ciblées afin de remplacer les frais médicaux payés par les PVVIH</p> <p>Mise en place d'un système de paiement forfaitaire des hôpitaux</p>
Parcours de soins / suivi des patients et patientes	<p>Diminution de la fréquence des visites en clinique et des renouvellements de médicaments pour les personnes sous ARV stables avec un réapprovisionnement de leurs ARV au sein de la communauté</p> <p>Informations délivrées aux PVVIH</p>
Implication et soutien aux associations	<p>Appui technique et matériel</p> <p>Renforcement du rôle des observatoires dans le suivi de l'accès et de la gratuité des soins VIH</p>

Ces résultats montrent que les paiements directs sont partiellement pris en compte dans les diverses initiatives. Si UNAIDS se prononce pour la suppression, les moyens de mise en œuvre ne sont pas évoqués. Les ONG se font quant à elles les portes paroles de la cause et tentent de faire force de proposition.

Discussion

Cette revue documentaire montre à la fois la persistance et l'ampleur des paiements directs imputés aux patient-e-s pour les soins associés au VIH en RDC, leurs effets délétères et – paradoxalement – le manque de visibilité de la question dans les documents ainsi que sa marginalisation dans les plans d'intervention et de recommandations des institutions gouvernementales, intergouvernementales et des bailleurs. Nous sommes ici au cœur d'un processus classique, déjà montré au Burkina Faso concernant l'accès aux soins des indigent-e-s (Ridde, 2012): la situation est largement connue mais n'est pas perçue par les dirigeant-e-s comme un problème public auquel il faut s'attaquer.

En effet, les paiements directs sont ouvertement reconnus comme persistants par l'ensemble des acteurs et actrices pris-es en compte en RDC. En dépit d'un état des lieux consensuel, éloquent et déploré par l'ensemble des acteurs et actrices, la question reste globalement peu étudiée. La pratique des paiements directs semble ainsi inversement proportionnelle à sa mise au jour dans les écrits examinés. En témoignent par exemple (1) la collecte de documents initiale bien maigre mais néanmoins probante sur l'existence des paiements directs des soins dans le domaine du VIH; (2) l'appréhension de la question au détour d'autres problématiques; (3) le peu d'examen approfondi dont la question fait l'objet ainsi que celle des frais informels qui demeure quant à elle quasiment inexistante dans les écrits; (4) une marginalisation de la question dans les documents, notamment dans les recommandations et plans d'intervention. Ce constat peut également être renouvelé à l'issu des différentes conférences sur le VIH au cours desquelles cette question reste marginale, en témoigne la Conférence internationale sur le sida en juillet 2012 à Washington (Taverne *et al.*, 2013). Plus récemment, lors de la neuvième conférence francophone sur le VIH et les Hépatites (AFRAVIH 2018), cette question des paiements directs n'était abordée que dans une seule communication d'une ONG (Médecins Sans Frontières, 2018) sur un total de 100 communications orales, et une affiche scientifique sur 335 exposés.

Cette revue documentaire montre par ailleurs que ces paiements directs constituent une préoccupation majeure des ONG tandis qu'ils semblent reléguer sur un second plan pour les autres organisations, notamment l'État. La question est en effet souvent mentionnée dans les écrits sans pour autant faire l'objet ni d'un examen approfondi, ni d'interventions, de projets ou de politiques visant à leur suppression (Geissler, 2013). Si certaines recommandations sont formulées, leurs modalités de mise en œuvre restent floues. Enfin, les interventions visant à éviter les paiements directs reviennent finalement à la charge des OSC. Elles interviennent notamment pour diminuer, voire éviter, les frais informels imputés aux PVVIH, tels que les frais de transports. La logique sous-jacente est de réduire la précarité des PVVIH plus que de faire appliquer la gratuité des soins. De plus, les ONG et OSC prises en compte dans les écrits ici examinés, tentent de « faire exister » le problème des paiements directs en investissant dans des dispositifs tels que des observatoires et en produisant des données empiriques. Elles donnent la voix aux personnes concernées : les PVVIH rendent visible les paiements directs et leurs effets délétères. Elles contribuent ainsi à faire des paiements directs non plus seulement une cause de non accès aux soins et une conséquence du sous-financement de la santé par l'État mais un problème de santé publique. Ce constat rejoint celui établi par Ridde et Yaméogo dans cet ouvrage qui montre combien le rôle des ONG a été central dans la production de connaissances, mais aussi dans le soutien à la formulation de politiques d'exemption du paiement des soins au Burkina Faso. Dans un pays où l'État reste faible et peu présent dans le secteur de la santé, le constat de la prégnance du rôle des ONG vient confirmer cette particularité. Si cette situation révèle une mobilisation de la société civile qui s'avère particulièrement favorable (Médecins Sans Frontières, 2017c), il ne doit pas occulter la responsabilité de l'État ni les rouages de la non application de la loi sur la gratuité des soins. Les seules réponses des OSC ne pourront suffire à pallier les dysfonctionnements (organisationnels, structurels, politiques) qui contribuent à la persistance de ces paiements directs.

En définitive, tous les acteurs et toutes les actrices reconnaissent les barrières d'accès aux soins mais peu font force de propositions opérationnelles pour les supprimer. La préoccupation semble être

centrée sur l'importance d'attirer l'attention sur le seul besoin d'éviter les paiements directs, de financer et d'assurer la pérennité et la gestion des financements alloués à la lutte contre le sida, plutôt que d'agir en supprimant les paiements directs. Finalement, la reconnaissance de la situation ne semble pas nécessairement se traduire par un traitement du problème, ce qui est un grand classique de l'analyse en science politique et de la formulation des politiques publiques (Rochefort & Cobb, 1993). Elle reste cantonnée à l'état de situation... Une situation connue, reconnue mais sans doute – au regard du peu d'attention qu'elle revêt dans les écrits encore aujourd'hui – ne dispose-t-elle pas de tous les éléments pour devenir un problème public? L'ensemble de ces constats montre, en outre, qu'on est ici au cœur du déficit de mise en œuvre (*implementation gap*) où des décisions sont prises mais restent cantonnées aux discours et ne sont pas réellement mise en place au bénéfice des populations (Ridde & Sardan, 2017), comme beaucoup de chapitres de cet ouvrage collectif le montrent. L'analyse de cet écart reste donc à réaliser pour la RDC.

L'analyse documentaire montre également que les paiements directs dans la littérature grise sont appréhendés à partir de leurs conséquences (l'absence d'accès aux soins et les enjeux sanitaires inhérents) ou leurs causes (les défaillances d'un système étatique et de soins). Si les conséquences sanitaires sont clairement mentionnées, les causes structurelles, organisationnelles et politiques le sont moins. Quand elles le sont, c'est souvent sous forme de liste de facteurs, fournissant certes des éléments d'explication de la persistance des paiements directs mais permettant difficilement de comprendre comment ces différents facteurs s'agencent, s'articulent et contribuent à la (re)production des paiements directs dans le contexte des soins associés au VIH. Une approche structurelle de la question gagnerait à être développée de façon à identifier le contexte de (re)production des paiements directs, à questionner et mettre au jour les dysfonctionnements des dispositifs et des canaux de distribution des financements existants par exemple. En effet, selon la théorie du fonctionnement de l'exemption du paiement des soins

en Afrique, nous savons que les enjeux sont aussi politiques et structureaux et qu'il faut absolument planifier des actions en conséquence (Robert *et al.*, 2017).

Conclusion

Dans un contexte de gratuité des soins associés au VIH, la persistance des paiements directs est un indicateur de dysfonctionnements multiples. Or, l'analyse documentaire montre que si certains dysfonctionnements sont mis en évidence, ils ne sont pas directement mis en lien avec les paiements directs. Des questions importantes restent en suspens et nous espérons que de prochaines recherches pourront être déployées à ce sujet :

- Qu'est-ce qui (re)produit ces paiements directs et comment? Dans quel contexte les paiements directs sont-ils décidés? À quel moment? Pour qui? Par qui? Quels sont les processus à l'œuvre?
- Il existe également peu de données récentes sur le réinvestissement de ces paiements: où et comment ces paiements directs se répercutent-ils dans le système de soins et sur la viabilité financière des formations sanitaires? Comment sont-ils utilisés? Par qui? Pour quoi faire? L'impact sur le personnel soignant semble également peu documenté: comment les paiements directs sont-ils réutilisés? Où sont-ils réinvestis? Quel est l'impact de ces paiements sur les pratiques des prestataires de soins? Qui pratique quoi et dans quelles conditions? Comment ces paiements directs dans le contexte du VIH affectent-ils le personnel soignant? Quels bénéfices en tire-t-il? Il s'agirait ainsi de comprendre la dynamique de production des paiements directs.
- La question de la mise en œuvre de la politique d'exemption dans le domaine du VIH mériterait quant à elle d'être étudiée: Comment la politique est-elle mise en œuvre? Comment et à quel niveau échoue-t-elle? Quelles perceptions les personnes chargées de la mettre en œuvre en ont-elles?

De quoi ce manque de données sur la question des paiements directs dans le contexte du VIH est-il le sens? Que révèle-t-il? Le constat du manque de visibilité et de la marginalisation de la question reflète-t-il la difficulté de mettre en évidence et d'explorer la question des paiements directs dans un contexte de gratuité des soins censé être effectif depuis 2005 et pour laquelle des acteurs internationaux et actrices internationales ont massivement investi ces deux dernières décennies? Laisse-t-il présager d'une indicibilité des paiements directs dans le domaine du VIH, domaine majoritairement financé par des ressources extérieures et qui bénéficie de financements très conséquents comparativement à d'autres pathologies (Ministère de la Santé Publique, 2016; PNCNS, 2016)? Peut-on également émettre l'hypothèse que cette invisibilité traduit un champ de recherche sur les interventions de VIH où l'analyse des systèmes de santé est insuffisamment abordée du fait notamment d'une verticalisation des programmes de prise en charge du VIH?

Enfin, si des données manquent sur cette question et si des recherches gagneraient à être conduites pour la rendre plus visible et en explorer les mécanismes, il n'en demeure pas moins que la question révèle des dysfonctionnements majeurs de l'État et qu'elle demeure politique, comme l'introduction de cet ouvrage le rappelle. Elle ne pourra dès lors évoluer à ce stade sans un engagement politique fort au niveau national et international.

Remerciements

Nous remercions Mit Philips (MSF Belgique), Iris Sémini (ONUSIDA) et Jean-Paul Divengi Nzambi (Consultant ONUSIDA RDC) pour leur contribution à cette revue documentaire. Merci également à l'ONUSIDA pour l'autorisation de publier ce chapitre.

Références

Baglione, Q. (2017). *Étude de coûts. Hospitalisation PVVIH à Kinshasa, RDC* [Rapport d'étude]. MSF, AEDES.

- Boyer, S., Marcellin, F., Ongolo-Zogo, P., Abega, S. C., Nantchouang, R., Spire, B. & Moatti, J. P. (2009). Financial barriers to HIV treatment in Yaounde, Cameroon: First results of a national cross-sectional survey. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 279–287. <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/07-049643.pdf>
- Geissler, P. W. (2013). Public secrets in public health: Knowing not to know while making scientific knowledge. *American Ethnologist*, 40(1), 13–34. <https://doi.org/10.1111/amet.12002>
- Gilks, C. F., Crowley, S., Ekpini, R. et al. (2006). The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *The Lancet*, 368(9534), 505–510. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69158-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69158-7/fulltext)
- Global Found (2014). *Investing for impact against tuberculosis and HIV in the DRC* [TB and HIV concept note]. The Global Fund. https://ecuo.org/mvdev/wp-content/uploads/sites/4/2016/10/UKR-C_ConceptNote_0_en.pdf
- Kayesa, N. K. & Shung-King, M. (2021). The role of document analysis in health policy analysis studies in low and middle-income countries: Lessons for HPA researchers from a qualitative systematic review. *Health Policy OPEN*, 2(100024). <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100024>
- Médecins du Monde (2017). *Déterminants socioculturels de la transmission du VIH chez les jeunes* [Rapport]. <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/11/30/determinants-socioculturels-de-la-transmission-du-vih-chez-les-jeunes>
- Médecins du Monde, UCOP + & FOSI (2016). *Renforcement et promotion du rôle de la société civile dans la coordination des programmes de lutte contre le VIH/Sida financés par le Fonds mondial dans le Nord-Kivu en République Démocratique du Congo* [Poster]. AFRAVIH, Bruxelles, Belgique.
- Médecins Sans Frontières (2010). *Bukavu HIV Case Study: Ongoing access to HIV care in Bukavu* [Briefing paper].

- Médecins Sans Frontières (2016). *Le prix de l'oubli* [Rapport]. https://www.msf.fr/sites/default/files/2016_04_hiv_full_report_fr_link_low.pdf
- Médecins Sans Frontières (2017a). *Les négligés de l'infection au VIH* [Rapport]. https://www.msfaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/HIV_AIDS/Docs/MSF%20Kinshasa%20Report%20digital_0.pdf
- Médecins Sans Frontières (2017b). *Taxing the ill: How user fees are blocking universal health coverage* [Rapport]. https://msfaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/HIV_AIDS/Docs/MSF%20Kinshasa%20Report%20digital_0.pdf
- Médecins Sans Frontières (2017c). *Vers une prise en charge plus efficace et accrue des PVVIH dans la région d'Afrique Occidentale et Centrale. Partage de trois approches ovatrices pilotées par MSF.* [Rapport].
- Médecins Sans Frontières (2018, avril). *Les conséquences humaines et financières des frais de médicaux imputés aux PVVIH en Guinée, RDC et RCA* [Conférence de l'AFRAVIH]. MSF, Bordeaux.
- Mills, E., Wilson, K., Rachlis, B., Griffith, L., Wu, P., Guyatt, G. & Cooper, C. (2006). Barriers to participation in HIV drug trials: A systematic review. *The Lancet Infectious Diseases*, 6(1), 32–38. https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=NR28211&op=pdf&app=Library&oclc_number=461541402#page=27
- Ministère de la Santé Publique (2016). *Plan National de Développement Sanitaire : 2016-2020.*
- Observatoire de l'accès et de la qualité des services VIH/TB – UCOP+. (2017). *Parole des usagers et des prestataires sur l'accessibilité et la qualité des services VIH/TB.*
- Observatoire de l'accès et de la qualité des services VIH/TB – UCOP+. (2014). *Parole des usagers et des prestataires sur l'accessibilité et la qualité des services VIH/TB.*
- Observatoire de l'accès et de la qualité des services VIH/TB – UCOP+. (2015). *Parole des usagers et des prestataires sur l'accessibilité et la qualité des services VIH/TB.*

- Observatoire de l'accès et de la qualité des services VIH/TB – UCOP+. (2017). *Paroles des usagers et des prestataires sur l'accessibilité et la qualité des services VIH/TB*.
- OMS. (2017). *Note pour l'accélération de l'atteinte de l'objectif du millénaire pour le développement*.
- PNCNS. (2016). *Rapport sur les comptes de santé*. RDC. 2014.
- PNLS. (2015). *Rapport épidémiologique de surveillance VIH/SIDA chez les femmes enceintes*. Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. <https://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Rapport-serosurveillance-2015-FINI-33.pdf>
- PNMLS. (2010). *Plan Stratégique National de lutte contre le Sida, 2010-2014*.
- PNMLS. (2014, juin). *Plan stratégique National de lutte contre le VIH et le SIDA 2014-2017*. Programme National Multisectoriel de la Lutte contre le Sida. http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/plan_strategique_national_2014-2017.pdf
- PNMLS. (2016, mai). *Rapport annuel sur la riposte Nationale au VIH/sida en 2015*. Programme National Multisectoriel de la Lutte contre le Sida. <https://www.medbox.org/document/drc-rapport-annuel-sur-la-riposte-nationale-au-vihsida-en-2015#GO>
- PNUD & UNAIDS. (2013, octobre). *Le VIH/SIDA et les droits de l'homme en République Démocratique du Congo*. Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD).
- Ridde, V. & Olivier de Sardan, J.-P. (2017). The implementation of public health interventions in Africa: A neglected strategic theme. *Médecine et Santé Tropicales*, 27(1), 6–9. <https://doi.org/10.1684/mst.2016.0605>
- Ridde, V. (2012). *L'accès au soins de santé en Afrique de l'Ouest : Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Les Presses de l'Université de Montréal. <https://www.pum.umontreal.ca/catalogue/acces-aux-soins-de-sante-en-afrique-de-louest-l>

- Ridde, V., Robert, E. & Meessen, B. (2012). A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public Health*, 12(289). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-289>
- Robert, E., Samb, O. M., Marchal, B. & Ridde, V. (2017). Building a middle-range theory of free public healthcare seeking in sub-Saharan Africa: A realist review. *Health Policy and Planning*, 32(7), 1002–1014. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx035>
- Rocheftort, D. A. & Cobb, R. W. (1993). Problem definition, agenda access, and policy choice. *Policy Studies Journal*, 21(1), 56–71. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.1993.tb01453.x>
- Save the Children (2014). *State of the world's mothers 2014: Saving mothers and children in humanitarian crises*. Save the Children Federation, Inc. http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SOWM_2014.PDF
- Souteyrand, Y. P., Collard, V., Moatti, J. P., Grubb, I. & Guerma, T. (2008). Free care at the point of service delivery: A key component for reaching universal access to HIV/AIDS treatment in developing countries. *AIDS*, 22(Suppl_1), S161–S168. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000327637.59672.02>
- Taverne, B., Desclaux, A., Delaporte, E., Ndoye, I., Coll Seck, A. M. & Barré-Sinoussi, F. (2013). Universal health coverage and HIV in resource-constrained countries: A critical juncture for research and action. *AIDS*, 27(14), 2173–2175. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3283611a0e>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W. et al. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Tshamba, H. M., Kaut, C. M., Kyalubile, N. M., Kakambal, A. K., Yav, G. D., Kaj, F. M. & Vancaillie, D. (2013). Cost of hospital care for HIV/AIDS infected patients in three general reference hospitals

in Lubumbashi, DR Congo: Prospective cohort study. *Pan African Medical Journal*, 15(76). <https://doi.org/10.11604/pamj.2013.15.76.2638>

USAID & PEPFAR. (2012a). *Projet intégré de VIH/SIDA au Congo (PROVIC)*. [Rapport annuel].

USAID & PEPFAR. (2012b). ProVIC “Champion community”. Preventing mother to child Transmission of HIV in the DRC. AIDSTAR-One. Case Study Series. https://www.path.org/publications/files/HIV_provic_champion_cs.pdf

Vancutsem, S., Sargueil, S. & Tshibanda J.M. (2017). *Évaluation finale du projet: Renforcement et promotion du rôle de la société civile dans la coordination des programmes de lutte contre le VIH/Sida financés par le Fonds mondial dans le Nord-Kivu en République Démocratique du Congo (2013-2015)* [Rapport du Bureau d'étude International associatif]. Médecins du Monde France/UCOP+/FOSI

I8. Les effets du financement basé sur les résultats au Mali sur le recours aux soins

DAVID ZOMBRÉ, MANUELA DE ALLEGRI ET VALÉRY RIDDE

Introduction

Étant donné que la santé maternelle et infantile reste une priorité dans les pays à faible revenu, toutes les possibilités continuent d'être explorées pour améliorer l'accès aux soins de santé dans le but de réduire la charge de morbidité des mères et de leurs enfants (Lassi *et al.*, 2016)¹. Ainsi, le financement basé sur les résultats (FBR) est de plus en plus mis en œuvre pour accroître l'utilisation et la qualité des soins de santé primaires, avec un accent particulier sur la santé maternelle et infantile. Les résultats des études menées en Afrique sur l'efficacité du FBR sur les résultats et la qualité des soins de santé maternelle et infantile, y compris les synthèses et les examens des données probantes, sont généralement mitigés (Das *et al.*, 2016; Paul *et al.*, 2018; Renmans *et al.*, 2016; Witter *et al.*, 2012) et incertains (Wiysonge *et al.*, 2017), de sorte qu'aucune conclusion générale ne peut actuellement être tirée sur leur efficacité (Witter *et al.*, 2012). Cela a d'ailleurs conduit certain-e-s auteurs et autrices et décideurs et décideuses à s'interroger sur la pertinence du FBR dans les pays à faible revenu (Paul *et al.*, 2018).

Entre 2012 et 2013, le ministère de la Santé et de l'hygiène publique du Mali, en collaboration avec la Coopération néerlandaise (SNV), a mis en œuvre un programme pilote FBR dans les Centres de Santé Communautaires (CSCOM) de trois districts sanitaires de

1. Ce chapitre est une traduction d'un article publié en anglais et remanié/réduit pour cet ouvrage : Zombré D., De Allegri M. & Ridde V. (2020). No effects of pilot performance-based intervention implementation and withdrawal on the coverage of maternal and child health services in the Koulikoro region, Mali: An interrupted time series analysis. *Health Policy Plan*, 35(4), 379-387.

la région de Koulikoro². Ce programme pilote a été déployé durant six trimestres (du troisième trimestre de 2012 au quatrième trimestre de 2013). Une évaluation réalisée par l'équipe de mise en œuvre du programme pilote FBR a montré une augmentation de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile et une amélioration significative de la qualité des soins et de la capacité de génération de revenus des associations de santé communautaire (ASACO) (Toonen *et al.*, 2014). Cependant, l'évaluation existante souffre d'un problème de fiabilité des données et une lacune méthodologique importante car les effets ont été estimés sans tenir compte d'un groupe témoin, ce qui compromet la validité interne de l'étude (Gautier, 2016). Dans l'ensemble, bien que le projet FBR ait eu des effets bénéfiques sur la plupart, mais pas sur la totalité, des services de santé maternelle et infantile ciblés dans certains pays à faible revenu et des résultats moins intéressants dans d'autres (Huillery & Seban, 2014; Paul *et al.*, 2018; Renmans *et al.*, 2016; Ssengooba *et al.*, 2012; Steenland *et al.*, 2017; Witter *et al.*, 2012; Zizien *et al.*, 2018), les évaluations des effets du FBR doivent être approfondies, en partie en raison du manque de rigueur méthodologique (Witter *et al.*, 2012).

L'intervention pilote FBR au Mali peut être considérée comme une expérience naturelle dans le cadre de laquelle l'intervention a été mise en œuvre de manière séquentielle dans plusieurs centres de santé, puis retirée 16 mois plus tard³. Par conséquent, la disponibilité des données du système national d'information sanitaire systématiquement collectées avant, pendant et après la phase pilote du FBR offre une occasion unique d'évaluer en profondeur son impact, au-delà de l'analyse bien utile mais plus simplifiée déjà réalisée par l'équipe de mise en œuvre. Il s'agit de la première étude visant à examiner les effets de la mise en œuvre et du retrait ultérieur du programme pilote de FBR dans la région de Koulikoro au Mali sur les tendances des indicateurs de santé maternelle et infantile pertinents ciblés par le programme.

2. Voir le chapitre de Gautier *et al.* pour son émergence.

3. Voir le chapitre de Coulibaly *et al.* pour l'analyse de la mise en œuvre.

Méthodes

Contexte

Cette étude a été menée à Koulikoro, la deuxième plus grande région du pays, située à 60 km de Bamako dans le nord-est du Mali (CAD-Mali, 2011). La région est dominée par des plateaux et des plaines bordés par le fleuve Niger sur plus de 130 km. La pluviométrie annuelle moyenne est de 700 à 900 mm par an. Elle couvre une superficie de 90 120 km² et compte 2 785 637 habitant-e-s (CAD-Mali, 2011). Différents groupes sociaux vivent dans la région, et les Bambara, les Malinké et les Sarakollé constituent la majorité. L'économie de la région est essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage. Ces deux activités occupent plus de 80% de la population. L'élevage occupe une place importante dans l'économie, surtout dans sa partie nord (CAD-Mali, 2011).

Le système de santé est formé par un réseau de CSCOM gérés par des associations de santé communautaire (ASACO) composées de représentant-e-s de la population (Ponsar *et al.*, 2011). Les CSCOM constituent les services de première ligne, offrant un paquet minimum de soins essentiels tout en orientant les cas de maladies les plus graves vers le centre de santé de référence (CSREF) (Ponsar *et al.*, 2011). Le ministère de la Santé construit les centres, les équipe et fournit les stocks initiaux de médicaments, et il affecte et rémunère les agent-e-s de santé responsables (Ponsar *et al.*, 2011). Certaines dépenses supplémentaires des CSCOM sont subventionnées par le gouvernement et par de multiples organisations non gouvernementales (ONG), mais une part importante des dépenses totales de santé (62%) est encore payée par les ménages par le biais de dépenses directes (World Health, 2014).

Intervention

Dans le but de réduire la mortalité maternelle et néonatale, le ministère de la Santé a lancé un programme pilote FBR en 2012. Ce programme pilote, financé par la SNV, se voulait un «FBR à la

maliennne», c'est-à-dire qu'il devait tenir compte du contexte institutionnel et administratif spécifique au Mali de la décentralisation dans le secteur de la santé (Toonen *et al.*, 2014). Des contrats de performance ont été signés avec les comités de gestion des 26 CSCOM, au travers desquels les structures reçoivent une compensation financière basée sur l'atteinte d'un ensemble d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs prédéfinis en lien avec les résultats de santé maternelle et infantile (Toonen *et al.*, 2014). Les indicateurs du FBR comprenaient les consultations curatives des moins de cinq ans, les consultations prénatales et postnatales, la vaccination des enfants, le planning familial, les accouchements assistés, le nombre d'enfants ou de femmes référés vers les CSCOM, et les femmes recevant une dose de vitamine A.

Des scores de performance ont été calculés et les paiements ont été effectifs pour les CSCOM qui ont atteint au moins 75% de l'objectif prenant à la fois en compte la quantité et la qualité des prestations fournies. Un paiement intégral a été accordé aux CSCOM qui ont atteint 100% de l'objectif. La vérification des indicateurs de performance, tant quantitatifs que qualitatifs, a été confiée aux services techniques de l'État, tandis qu'une contre-vérification indépendante a été effectuée par une ONG locale. 60% des fonds générés par le FBR devaient être réinvestis dans le CSCOM tandis que les 40% restant devaient être utilisés pour payer les primes du personnel⁴. Le ministère de la Santé s'attendait à ce que le programme FBR augmente les prestations de services, améliore la qualité des soins et les conditions de travail du personnel de santé. Le programme FBR a été mis en œuvre dans 26 CSCOM des districts de Banamba, Fana et Dioila sur les 121 de la région. Ces districts ont été sélectionnés par la SNV sur la base de performances antérieures en matière de gouvernance et d'utilisation des services (Toonen *et al.*, 2014). Compte tenu des contraintes en matière de ressources humaines au sein de l'équipe de la SNV, le programme a été mis en œuvre de manière séquentielle. L'idée était de permettre à l'équipe

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

d'intervention de s'appuyer sur l'expérience des premiers CSCOM pour corriger les imperfections. Toutefois, des contraintes financières ont obligé la SNV à retirer le programme FBR en décembre 2013.

Devis de l'étude

Nous nous sommes appuyé-e-s sur un modèle de série chronologique interrompue contrôlée (Lopez Bernal *et al.*, 2018) impliquant deux interruptions dont la première indique l'introduction du FBR et la seconde indique son retrait. La fenêtre d'observation couvrait la période allant du premier trimestre 2009 au dernier trimestre 2015, soit 15 trimestres avant le début de l'intervention, six trimestres pendant la mise en œuvre de l'intervention et sept trimestres après le retrait de l'intervention. En raison de considérations pragmatiques de mise en œuvre, les CSCOM ont été inclus de manière séquentielle : sept CSCOM ont reçu le FBR au 15^{ème} trimestre; un au 17^{ème} trimestre; cinq au 18^{ème}; sept au 19^{ème} et six au 20^{ème} trimestre. L'intervention a été retirée au 21^{ème} trimestre dans tous les CSCOMS.

Sources de données

Nous avons extrait les données pertinentes sur les indicateurs de santé maternelle et infantile du système national d'information sanitaire sur la période allant du premier trimestre 2009 au quatrième trimestre 2015 afin de former une série chronologique de 27 trimestres. En outre, à partir de la même source et sur la même période, nous avons obtenu des données sur le nombre et la qualification des professionnel-le-s de la santé par établissement, la population cible dans les zones de desserte concernées et sa répartition géographique en fonction de la distance. La fiabilité et la validité des données du système d'information sanitaire dans le contexte du Mali ont été prouvées par des études précédentes (Heinmüller *et al.*, 2013; Ponsar *et al.*, 2011).

Les variables de résultats et leur mesure

Nous avons sélectionné nos variables de résultats pour refléter les indicateurs des services de santé inclus dans le programme et en considérant celles disponibles dans le système national d'information sanitaire. Le tableau 1 publié dans l'article original en anglais résume les variables de résultats incluses dans notre analyse et leur mesure. Pour chaque indicateur, et pour chaque trimestre, nous avons généré des proportions pertinentes en divisant le nombre d'événements (par exemple, le nombre de consultations curatives des moins de cinq ans) par la taille de la population cible spécifique (par exemple, le nombre total d'enfants de moins de cinq ans résidant dans la zone de desserte).

Analyses statistiques

Assurance de la validité interne

Lors de l'évaluation d'une intervention de santé publique à l'aide de données longitudinales, les risques d'absence de validité interne peuvent être limités si le groupe d'intervention et le groupe de contrôle sont comparables tant au plan des caractéristiques pré-intervention qu'au niveau des tendances de changement dans les résultats d'intérêt observés (Handley *et al.*, 2018; Lee & Little, 2017). Dans notre cas, cela signifierait qu'avant le lancement du FBR, les CSCOM inclus dans notre analyse ne devraient pas différer sensiblement de niveau et de tendance dans l'utilisation des services de santé maternelle et infantile. Pour réduire cette menace, nous avons utilisé une stratégie analytique qui combinait un plan de séries chronologiques interrompues contrôlées (Lopez Bernal *et al.*, 2018) à un ajustement par les covariables. Nous avons inclus trois covariables invariantes dans le temps. La première est une variable contextuelle décrivant l'accessibilité aux services, définie comme la proportion de la population qui vit à moins de cinq km de chaque centre de santé. La deuxième variable représente un facteur lié aux services de santé qui mesure la densité du personnel de santé définie comme le

nombre de professionnel-le-s de santé (infirmières, sages-femmes et autres professionnel-le-s de la santé) pour 1 000 enfants de moins de cinq ans. La troisième variable décrit la performance initiale, c'est-à-dire la performance moyenne des CSCOM par rapport au niveau d'utilisation de la santé maternelle et infantile deux ans avant le début de l'intervention (voir annexe A pour les détails du calcul).

Justification de la stratégie analytique

Notre stratégie analytique était basée sur les considérations suivantes. Tout d'abord, par rapport aux interventions axées sur la demande comme la suppression du paiement des frais d'utilisation, qui devraient suivre un modèle de changement par étapes (Lopez Bernal *et al.*, 2018) avec des effets souvent immédiats (Zombré *et al.*, 2017), vu que le FBR est une intervention qui agit directement sur l'offre de soins de santé, son effet sur la demande de soins de santé va nécessairement être conditionné par la motivation du personnel de soins (Renmans *et al.*, 2017) et par l'amélioration de la qualité des soins (Eichler, 2006). Il faudra donc attendre un certain temps avant d'observer une évolution de la demande de soins (Eichler, 2006; Renmans *et al.*, 2017). Ainsi, les effets du FBR sur les indicateurs de santé que nous avons mesurés devraient se produire progressivement avec une période de latence qui exclurait un effet immédiat. Ceci a été confirmé par l'analyse visuelle et l'analyse de sensibilité que nous avons réalisées pour les 26 CSCOM d'intervention. C'est pour ces raisons que nous avons choisi d'analyser l'impact du FBR sur les tendances de l'évolution de l'utilisation des services de santé.

Résultats

Effets du programme pilote FBR sur les indicateurs de santé maternelle et infantile

Comme le montrent le tableau 1 et la figure 1, le taux initial des indicateurs de santé maternelle et infantile visés par le programme FBR était quasi-similaire dans les deux groupes ($p > 0,10$).

Au cours de la période précédant l'introduction du programme pilote FBR, la tendance était à la baisse et relativement stable dans les deux groupes pour les accouchements assistés (différence de tendance = 0,01, $p > 0,45$) et la proportion d'enfants complètement vaccinés (différence de tendance = 0,01, $p > 0,45$) et augmentait presque au même rythme dans les deux groupes pour les consultations postnatales (différence de tendance = 0,01, $p > 0,28$), les femmes recevant une dose de vitamine A (différence de tendance = 0,01, $p = 0,48$) et pour les consultations curatives des moins de cinq ans (différence de tendance = 0,01, $p > 0,20$).

Table 1. Effet du programme pilote FBR et de son retrait sur l'évolution des indicateurs de santé mère et de l'enfant dans la région de Kowileko (Malawi)

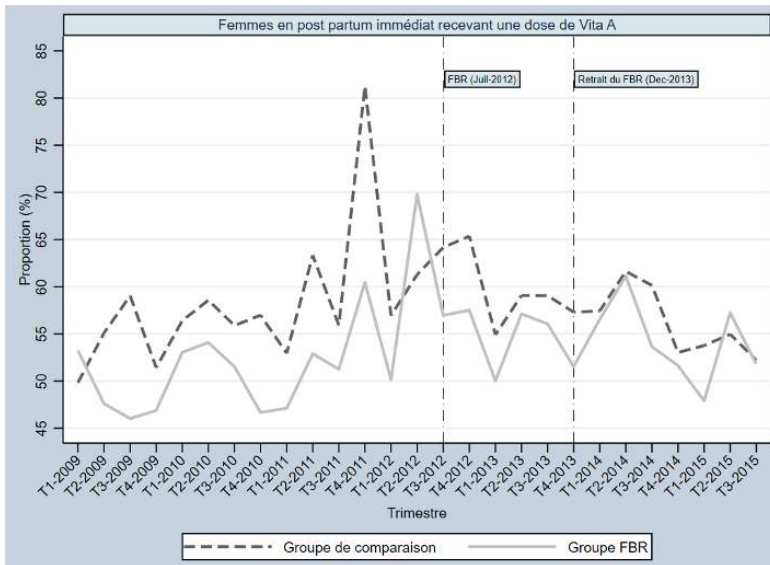
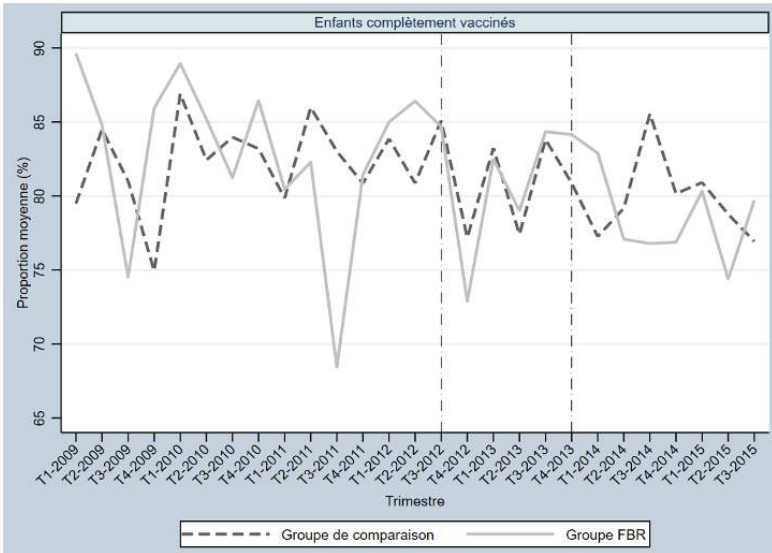
	Accouchements assistés	Consultations postnatales	Vitamine A	Consultations Enfants	Enfants vaccinés
Taux initial					
Groupe de comparaison	32.13 [23.89-40.77]	84.69 [58.04-113.35]	24.19 [16.92-31.47]	143.02 [92.8-189.25]	90.12 [77.69-102.94]
Groupe d'intervention	31.95 [26.22-37.47]	76.87 [52.27-101.47]	28.3 [19.79-32.87]	172.54 [131.97-212.11]	81.58 [72.16-90.96]
Différence	0.28 [-7.08-7.85]	7.82 [-15.8-32.44]	-2.1 [-8.73-4.52]	-31.52 [-75.88-12.85]	8.55 [-3.79-20.09]
Tendance Pre-intervention					
Groupe d'intervention	0.98 [0.97-0.99]	1.02 [1-1.03]	1.02 [1-1.04]	1.03 [1.01-1.05]	1 [0.98-1.01]
Groupe d'intervention	0.99 [0.97-1.02]	1.01 [0.99-1.02]	1.01 [1-1.02]	1.02 [1.01-1.03]	1 [0.99-1.01]
Différence	-0.01 [-0.02-0.03]	0.01 [-0.01-0.01]	0.01 [-0.01-0.03]	0.01 [-0.01-0.04]	0 [-0.02-0.03]
Tendance pendant l'intervention					
Groupe de comparaison	0.98 [0.93-1.03]	1.01 [0.96-1.06]	0.96 [0.91-1]	1.01 [0.96-1.06]	1 [0.98-1.03]
Groupe d'intervention	1.02 [1-1.04]	1.01 [0.97-1.05]	0.95 [0.92-0.97]	1.01 [0.96-1.03]	0.99 [0.98-1.01]
Différence	0.04 [-0.09-0.02]	0 [-0.06-0.06]	0.01 [-0.04-0.06]	0 [-0.06-0.05]	0.01 [-0.02-0.04]
Tendance Post-intervention					
Groupe de comparaison	1.01 [0.98-1.04]	0.97 [0.91-1.02]	1.03 [0.97-1.09]	0.94 [0.89-1]	0.99 [0.97-1.01]
Groupe d'intervention	0.98 [0.96-1]	0.99 [0.95-1.04]	1.05 [1.02-1.09]	0.95 [0.92-0.98]	1 [0.98-1.02]
Différence	0.03 [-0.01-0.11]	-0.02 [-0.1-0.04]	-0.02 [-0.09-0.05]	-0.01 [-0.07-0.06]	-0.01 [-0.04-0.02]

Au cours de la mise en œuvre du projet pilote FBR, le rythme de croissance des résultats en matière de santé maternelle et infantile a été quasi identique dans les deux groupes à celui de la période précédant l'introduction du programme pilote FBR pour les visites postnatales ($p > 0,98$), les consultations chez les moins de cinq ans ($p > 0,93$) et les enfants complètement vaccinés ($p > 0,57$). Toutefois, nos résultats ont montré une diminution statistiquement non significative de la proportion d'accouchements assistés (différence de

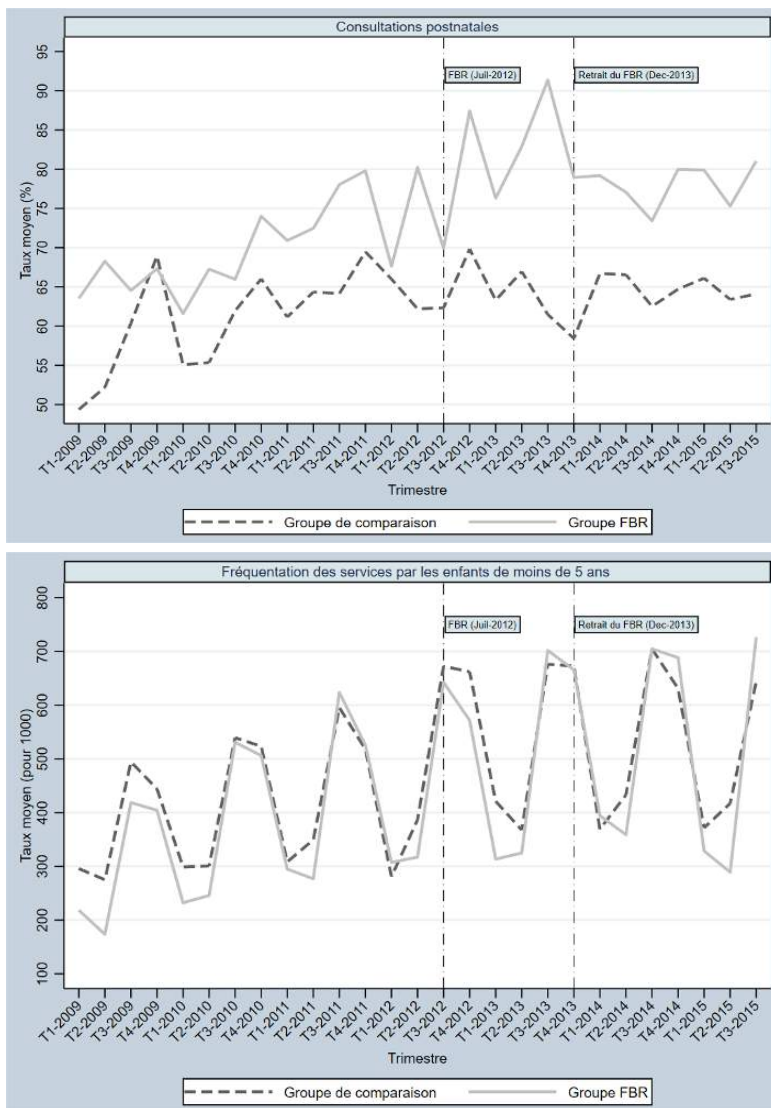
tendance = -0,04, $p = 0,1$). Ainsi, nous n'avons pas trouvé de différences dans la tendance de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile ($p > 0,10$), ce qui suggère que le programme pilote FBR n'a pas eu d'impact sur la tendance des résultats ciblés en matière de santé maternelle et infantile dans les CSCOM d'intervention.

Les graphiques ci-dessous présentent l'évolution des indicateurs de santé maternelle et infantile dans les CSCOM pilotes du FBR et dans les CSCOM de comparaison.

Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?



Les effets du financement basé sur les résultats au Mali sur le recours aux soins



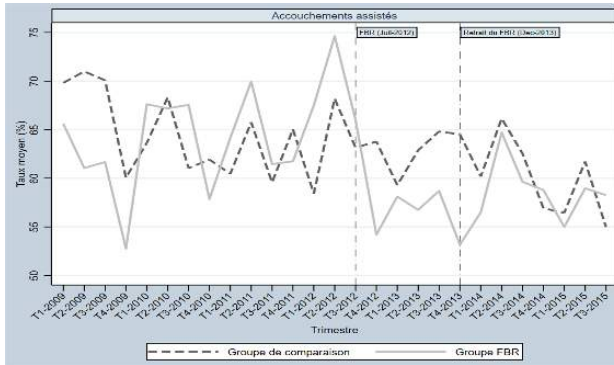


Figure 1. Évolution des indicateurs de santé maternelle et infantile dans les CSCOM pilotes du FBR (n = 26) et dans les CSCOM de contrôle (n = 95).

Note : Pour chaque figure, la première ligne verticale indique le début du programme pilote FBR au 3^{ème} trimestre 2012, et la deuxième ligne verticale indique l'arrêt du programme pilote FBR au 4^{ème} trimestre 2013.

Après le retrait du programme pilote FBR, nous avons observé une diminution statistiquement non significative de la tendance des consultations postnatales (différence de tendance = -0,03, p = 0,44), de la proportion de femmes recevant de la vitamine A (différence de tendance = -0,02, p = 0,59), des consultations curatives des moins de cinq ans (différence de tendance = -0,01, p = 0,87) et des enfants complètement vacciné-e-s (différence de tendance = -0,01, p = 0,58) dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin. Nos résultats ont montré une augmentation statistiquement non significative de la tendance de la proportion des accouchements assistés (différence de tendance = 0,05, p = 0,10). En résumé, nous n'avons pas trouvé de différences statistiquement significatives sur la tendance de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile (p > 0,10), ce qui suggère que le retrait de l'intervention de FBR n'a pas eu d'impact sur la tendance des résultats ciblés en matière de santé maternelle et infantile dans les CSCOM d'intervention.

Discussion

En utilisant une approche analytique pragmatique, cette étude contribue au débat sur l'efficacité du FBR pour améliorer les résultats en matière de santé maternelle et infantile, en examinant plus particulièrement les changements dans l'utilisation des services de santé pendant la mise en œuvre du FBR et après son retrait. Contrairement aux résultats d'études précédentes menées dans d'autres contextes (Basinga *et al.*, 2011; Bonfrer *et al.*, 2014; Steenland *et al.*, 2017), ni l'introduction ni le retrait du programme pilote FBR n'a eu un impact significatif sur la tendance de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile dans la région de Koulikoro au Mali.

Bien que notre étude n'ait trouvé aucune preuve de l'effet du programme pilote FBR sur les indicateurs de santé maternelle et infantile, une étude antérieure sur la pérennité du programme pilote FBR dans le contexte de notre étude⁵ a suggéré que plusieurs gains ont été générés par ce programme, notamment d'investissements à long terme dans les ressources humaines et matérielles, d'intégration de diverses tâches et procédures et de création de confiance entre les parties prenantes (Seppey *et al.*, 2017). Cependant, l'absence d'effets globaux significatifs du programme FBR pourrait s'expliquer par d'autres facteurs importants, liés au contexte, à sa conception et à la durée de sa mise en œuvre⁶. En effet, le programme pilote FBR était une approche très nouvelle au Mali, et l'équipe de mise en œuvre n'a pas reçu suffisamment de ressources financières et humaines pour démarrer le programme simultanément dans les 26 centres de santé. En outre, le programme a été déployé en plusieurs phases, avec des retards dans la distribution des primes aux agent-e-s de santé pendant sa mise en œuvre (Coulibaly *et al.*, 2018). Ces retards ont compromis dans une certaine mesure la motivation des prestataires ainsi que la capacité à mettre en œuvre les investissements visant à améliorer la qualité des soins. En conséquence, ces retards ont probablement contribué à diluer l'effet du programme dans tous les CSCOM qui l'ont expérimenté. De plus, le FBR a été déployé et retiré

5. Voir le chapitre de Seppey *et al.*

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

dans un contexte où 62% des dépenses de santé sont financées par les ménages par le biais de dépenses directes. En effet, même si la qualité des soins de santé a pu être améliorée grâce au programme pilote FBR et que l'intervention a eu suffisamment de temps d'être déployée, son effet sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile demeure incertain si les utilisateurs et les utilisatrices doivent continuer à payer des frais d'utilisation élevés. Ainsi, la demande de soins de santé serait plus sensible aux interventions qui améliorent l'accessibilité financière des soins de santé plutôt qu'à celles qui améliorent la motivation des professionnel-le-s de la santé et la qualité des soins.

Par ailleurs, si la mise en œuvre des interventions de santé publique nécessite un certain temps pour produire les effets attendus, la très courte durée du programme pilote FBR au Mali (16 mois) n'a pas permis à l'équipe de s'appuyer sur l'expérience des premiers centres de santé pour corriger progressivement les imperfections comme prévu (Toonen *et al.*, 2014). Il est également possible que l'intervention pilote FBR n'ait pas eu suffisamment de temps pour stimuler la demande au niveau de la population, et la variabilité de la mise en œuvre d'un CSCOM à l'autre a également rendu difficile de cerner un effet global positif dans l'ensemble des CSCOM. À la lumière de nos conclusions, il est plausible de supposer qu'un projet FBR ultérieur soutenu par la Banque mondiale dans 10 des districts de la région conduira à des résultats similaires, du fait que les retards de mise en œuvre ont finalement limité sa mise en œuvre effective à seulement huit mois (Coulibaly *et al.*, 2018). Du point de vue des évaluations produisant des résultats utiles dans la prise de décisions en santé publique (Wholey, 2004), cela nous amène à nous interroger sur l'évaluabilité du programme FBR (D'Ostie-Racine *et al.*, 2013) et sur la pertinence de la stratégie de mise en œuvre du programme dans le contexte des pays à faible revenu. Ainsi, alors que tous les programmes FBR avaient des théories de changement faibles au démarrage, la nécessité d'une bonne théorie de changement est essentielle afin d'assurer une conception de programme bien pensée et des évaluations qui expliquent comment et pourquoi les changements se produisent (Lindkvist & Bastøe, 2015).

Notre conclusion selon laquelle l'introduction du programme pilote FBR n'a pas eu globalement un impact significatif sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile dans la région de Koulikoro au Mali est conforme à celle d'une étude récente qui n'a trouvé aucune preuve de l'efficacité du FBR pour améliorer les indicateurs de SMI au Burkina Faso (Zizien *et al.*, 2018). Une analyse similaire des données de routine a été réalisée au Bénin sur la période 2010-2015 dans 400 établissements de santé et a également montré une absence d'effets sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile (Johnson *et al.*, 2016). Ce programme a été organisé sur une période plus longue (4-6 ans), et il a montré des améliorations notables de la qualité des soins (Johnson *et al.*, 2016). L'absence d'effets sur la couverture vaccinale des enfants dans le contexte du Bénin a été attribuée au niveau déjà élevé de cet indicateur, qui ne laisse aucune marge à une amélioration significative. Certes, comme l'utilisation des services de santé maternelle et infantile était globalement faible au Mali (Ponsar *et al.*, 2011) et au Bénin (Johnson *et al.*, 2016), nous nous attendions à une amélioration significative, même pour une courte durée d'intervention, et, étonnamment, cela n'a pas été le cas. Il peut donc être nécessaire de remettre en question la théorie du programme (Lindkvist & Bastøe, 2015), les facteurs de mise en œuvre et l'hypothèse causale promue par le FBR (Paul & Renmans, 2017).

En revanche, à partir des données du système national d'information sanitaire, une autre étude a conclu que le programme pilote FBR mis en œuvre dans trois districts du Burkina Faso a permis, sur une période relativement courte, d'augmenter le nombre de consultations (27,7%), d'accouchements (9,2%) et de consultations postnatales avancées (119%) (Steenland *et al.*, 2017). L'efficacité à très court terme de l'intervention FBR au Burkina Faso pourrait s'expliquer par le fait qu'elle a fonctionné pendant 18 mois et qu'il a été suivi de près par la Banque mondiale et le Secrétariat technique pour la mise en œuvre du programme. Cela n'a pas été le cas au Mali, où la mise en œuvre du programme a souffert de faiblesses qui ont réduit les chances que le programme ait un effet substantiel sur les indicateurs de santé maternelle et infantile (Seppey *et al.*, 2017).

Conclusion

La mise en œuvre du programme pilote FBR dans la région de Koulikoro au Mali a créé des conditions exceptionnelles pour une évaluation rapide de ses effets. Dans l'ensemble, l'introduction et le retrait du programme pilote FBR n'ont pas eu d'effets significatifs sur la couverture des services de santé maternelle et infantile dans la région de Koulikoro au Mali. Bien que plusieurs gains aient été générés par la mise en œuvre du programme FBR, selon ses promoteurs et promotrices (Toonen *et al.*, 2014), notamment d'investissements en ressources humaines et matérielles, l'absence d'effets significatifs dans l'ensemble des CSCOM pourrait s'expliquer par le contexte de mise en œuvre, par les faiblesses dans la conception de l'intervention, et par l'hypothèse causale et la mise en œuvre. Dans cet ouvrage, les chapitres de Coulibaly, Zitti et Gautier et leurs collègues donnent des pistes d'explications empiriques fortes intéressantes et confirment l'intérêt de comparer l'efficacité à la mise en œuvre.

Références

- Abadie, A., Diamond, A. & Hainmueller, J. (2010). Synthetic control methods for comparative case studies: Estimating the effect of California's tobacco control program. *Journal of the American Statistical Association*, 105(490), 493-505. <https://economics.mit.edu/files/11859>
- Akaike, H. (1998). Information theory and an extension of the maximum likelihood principle. Dans E. Parzen, K. Tanabe & G. Kitagawa, *Selected Papers of Hirotugu Akaike* (199-213). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4612-1694-0_15
- Austin, P. C. (2011). An introduction to propensity score methods for reducing the effects of confounding in observational studies. *Multivariate Behavioral Research*, 46(3), 399-424. <https://doi.org/10.1080/00273171.2011.568786>

- Barnett, A. G. & Dobson, A. J. (2010). *Analysing seasonal health data* (Vol. 30). Springer. <https://www.springer.com/gp/book/9783642107474>
- Basinga, P., Gertler, P., Binagwaho, A., Soucat, A., Sturdy, J. & Vermeersch, C. (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://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673611601773>
- Binyaruka, P., Patouillard, E., Powell-Jackson, T., Greco, G., Maestad, O. et Borghi, J. (2015). Effect of paying for performance on utilisation, quality, and user costs of health services in Tanzania: A controlled before and after study. *PLOS ONE*, 10(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135013>
- Bonfrer, I., Van de Poel, E. & Van Doorslaer, E. (2014). The effects of performance incentives on the utilization and quality of maternal and child care in Burundi. *Social Science & Medicine*, 123, 96-104. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953614007278>
- Brookhart, M. A., Sturmer, T., Glynn, R. J., Rassen, J. & Schneeweiss, S. (2010). Confounding control in healthcare database research : challenges and potential approaches. *Medical Care*, 48(6), S114-120. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181d8bebe3>
- CAD-Mali (2011). *Étude sur « l'état des lieux des sages-femmes au Mali » : Cas de la région de Koulikoro*. International Budget Partnership. <https://docplayer.fr/4984532-Etude-sur-l-etat-des-lieux-des-sages-femmes-au-mali-cas-de-la-region-de-koulikoro-rapport-final.html>
- Coulibaly, A., Zitti, T., Dagenais, C. & Ridde, V. (2018). *La mise en œuvre du FBR dans les CSCom au Mali: Quelles leçons retenir?* [Note]. Miseli. <https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010076728>
- D'Ostie-Racine, L., Dagenais, C., Briand-Lamarche, M. & Ridde, V. (2013). Étude d'évaluabilité de la stratégie d'évaluation d'une organisation non gouvernementale (ONG) d'aide humanitaire basée au Burkina Faso et au Niger (Afrique de l'Ouest). Dans J. C. Suárez-

- Herrera & M.-J. Blain, *La recherche en santé mondiale : Perspectives socio-anthropologiques* [Actes de colloque, 167-183]. Acfas, Université de Sherbrooke et Université Bishop's.
- Das, A., Gopalan, S.S. & Chandramohan, D. (2016). Effect of pay for performance to improve quality of maternal and child care in low- and middle-income countries: A systematic review. *BMC Public Health*, 321,(16). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2982-4>
- Dimick, J. B. & Ryan, A. M. (2014). Methods for evaluating changes in health care policy : the difference-in-differences approach. *JAMA*, 312(22), 2401-2402. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2020357>
- Eichler, R. (2006). *Can "Pay for Performance" increase utilization by the poor and improve the quality of health services?* Background papers for the Working Group on Performance Based Incentives. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.105.4111&rep=rep1&type=pdf>
- Gautier, L. (2016). *Le financement basé sur les résultats au Mali*. Atelier de lancement de l'étude FBR & équité au Mali et Burkina Faso. Recherches et interdits communautaires pour l'équité. https://www.researchgate.net/publication/297760179_Le_financement_base_sur_les_resultats_au_Mali
- Handley, M. A., Lyles, C. R., McCulloch, C. & Cattamanchi, A. (2018). Selecting and improving quasi-experimental designs in effectiveness and implementation research. *Annual Reviews of Public Health*, 39, 5-25. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014128>
- Heinmüller, R., Dembélé, Y. A., Jouquet, G., Haddad, S. & Ridde, V. (2013). Free healthcare provision with an NGO or by the Malian government: Impact on health center attendance by children under five. *The journal of field actions*, (Special 8). <https://journals.openedition.org/factsreports/1731?lang=en>

- Huillery, E. & Seban, J. (2014). Pay-for-performance, motivation and final output in the health sector: Experimental evidence from the Democratic Republic of Congo. *Blavatnik School of Government*, 1-57. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1077.3087&rep=rep1&type=pdf>
- Johnson, P., Korachais, C., Bello, K. & Meessen, B. (2016, juillet). *Effets des expériences du financement basé sur les résultats (FBR) dans le secteur de la santé au Bénin, une analyse à partir des données de routine collectées de 2010 à 2015*. Institute of Tropical Medicine, Antwerp. <https://research.itg.be/en/publications/effects-of-rbf-experiments-in-the-health-sector-in-benin-a-routin>
- Jung, R. C., Kukuk, M. & Liesenfeld, R. (2006). Time series of count data : modeling, estimation and diagnostics. *Computational Statistics & Data Analysis*, 51(4), 2350-2364. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167947306002581>
- Lagarde, M. (2012). How to do (or not to do)... Assessing l'impact d'un changement de politique avec des données longitudinales de routine. *Health Policy and Planning*, 27(1), 76-83. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr004>
- Lassi, Z. S., Kumar, R. & Bhutta, Z. A. (2016). *Community-based care to improve maternal, newborn and child health*. *Disease Control Priorities (3e éd.)*. World Bank Group. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0348-2_ch14
- Lawrence C. & Marsh, D. R. C. (2002). *Spline Regression Models. Quantitive Applications in the Social Sciences*. SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781412985901>
- Lee, J. & Little, T. D. (2017). A practical guide to propensity score analysis for applied clinical research. *Behaviour Research and Therapy*, 98, 76-90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2017.01.005>
- Linden, A. & Adams, J. L. (2010). Évaluation des programmes de gestion de la santé dans le temps : application de la pondération basée sur les scores de propension aux données longitudinales. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(1), 180-185. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01361.x>

- Lindkvist, I. & Bastøe, P. Ø. (2015). *Le financement basé sur les résultats a un potentiel mais n'est pas une solution miracle – Les évaluations et la recherche basées sur la théorie peuvent améliorer la base de données probantes pour la prise de décision* [Document de travail, Rapport 4-5]. Le département de l'évaluation, Norad.
- Lopez Bernal, J., Cummins, S. & Gasparrini, A. (2018). The use of controls in interrupted time series studies of public health interventions. *International Journal of Epidemiology*, 47(6), 2082-2093. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy135>
- McCaffrey, D. F., Ridgeway, G. & Morral, A. R. (2004). Propensity score estimation with boosted regression for evaluating causal effects in observational studies. *Psychological methods*, 9(4), 403-425. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.9.4.403>
- Organisation mondiale de la Santé (2014). *Atlas mondial des dépenses de santé de l'OMS*.
- Paul, E., Albert, L., Bisala, B. N. S., Bodson, O. 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). <http://gh.bmj.com/content/3/1/e000664.abstract>
- Paul, E. & Renmans, D. (2017). 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? *International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), 51-66. <https://doi.org/10.1002/hpm.2409>
- Ponsar, F., Van Herp, M., Zachariah, R., Gerard, S., Philips, M. & Jouquet, G. (2011). Abolishing user fees for children and pregnant women trebled uptake of malaria-related interventions in Kangaba, Mali. *Health Policy & Planning*, 26(2). <https://doi.org/10.1093/heapol/czr068>
- Renmans, D., Holvoet, N., Criel, B. & Meessen, B. (2017). Performance-based financing: The same is different. *Health Policy & Planning*, 32(6), 860-868. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx030>

- Renmans, D., Holvoet, N., Orach, C. G. & Criel, B. (2016). Opening the « black box » of performance-based financing in low- and lower middle-income countries: a review of the literature. *Health Policy Planning*, 31(9), 1297-1309. [10.1093/heapol/czw045](https://doi.org/10.1093/heapol/czw045)
- Ridde, V., Gautier, L., Turcotte-Tremblay, A. M., Sieleunou, I. & Paul, E. (2018). Performance-based financing in Africa: Time to test measures for equity. *International Journal of Health Services*, 48(3), 549-561. <https://doi.org/10.1177/0020731418779508>
- Rosenbaum, P. R. & Rubin, D. B. (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*, 70(1), 41-55. <https://doi.org/10.1093/biomet/70.1.41>
- 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>
- Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and Quasi-experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Houghton Mifflin Company. <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/147.pdf>
- Ssengooba, F., McPake, B. & Palmer, N. (2012). Why performance-based contracting failed in Uganda – An “open-box” evaluation of a complex health system intervention. *Social Science & Medicine*, 75(2), 377-383. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.050>
- 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., Dao, D., Matthijssen, J. & Kone, B. (2014). *Accélérer l'atteinte de l'OMD 5 dans la région de Koulikoro – projet pilote financement basé sur les résultats dans les cercles de Dioïla et Banamba*. Royal Tropical Institute KIT Development Policy & Practice.

- Wagenaar, B. H., Sherr, K., Fernandes, Q. & Wagenaar, A. C. (2015). Using routine health information systems for well-designed health evaluations in low- and middle-income countries. *Health & Policy Planning*, 31(1), 129-135. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv029>
- Wholey, J. S. (2004). *Evaluability Assessment* (2, 33-62). Handbook of practical program evaluation.
- Witter, S., Fretheim, A., Kessy, F. & Lindahl, A. (2012). Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007899.pub2>
- Wiysonge, C. S., Paulsen, E., Lewin, S., Ciapponi, A., Herrera, C. A., Opiyo, N., Pantoja, T., Rada, G. & Oxman, A. D. (2017). Implementation strategies for health systems in low-income countries: An overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 9(9). [10.1002/14651858.CD011086.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011086.pub2)
- Zeng, W., Shepard, D. S., Rusatira, J. D. D. Blaakman, A. P. & Nsitou, B. M. (2018). Evaluation of results-based financing in the Republic of the Congo: A comparison group pre-post study. *Health & Policy Planning*, 33(3), 392-400. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx195>
- Zizien, Z. R., Korachais, C., Compaoré, P., Ridde, V. & De Brouwere, V. (2018). Contribution of the results-based financing strategy to improving maternal and child health indicators in Burkina Faso. *International Journal of Health Planning & Management*, 34(1). <https://doi.org/doi:10.1002/hpm.2589>
- Zombré, D., De Allegri, M., Ridde, V. (2017). Immediate and sustained effects of user fee exemption on healthcare utilization among children under five in Burkina Faso: A controlled interrupted time-series analysis. *Social Science & Medicine*, 179, 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.027>

19. L'impact de la réduction et de la suppression des paiements directs sur la prestation de services au Burkina Faso

HOA THI NGUYEN, DAVID ZOMBRÉ, VALÉRY RIDDE ET MANUELA DE ALLEGRI

Introduction

Dans le but d'accroître l'assistance qualifiée à l'accouchement, de nombreux pays d'Afrique subsaharienne ont considérablement réduit ou entièrement supprimé les paiements directs des services de soins obstétricaux (Richard *et al.*, 2013; Ridde & Morestin, 2011; Yates, 2009)¹. Ces politiques se justifient par le fait qu'il est largement reconnu que le paiement direct constitue un obstacle financier majeur à l'accès aux soins de santé, en particulier pour les groupes vulnérables, tels que les femmes et les personnes très pauvres (Borghi *et al.*, 2008; Gabrysch & Campbell, 2009; Kyei-Nimakoh *et al.*, 2017; Lagarde & Palmer, 2011; Yates, 2009). Les politiques de réduction et de suppression des paiements directs visent à faciliter l'accès aux soins en réduisant les obstacles financiers au point de service, et donc à accroître leur utilisation et, en fin de compte, à améliorer les résultats en matière de santé (Richard *et al.*, 2013; Ridde & Morestin, 2011).

De nombreuses études ont été menées pour évaluer les effets des politiques de réduction et de suppression des paiements directs ciblant les soins de santé (Dzakpasu *et al.*, 2014; Hatt *et al.*, 2013; Richard *et al.*, 2013; Ridde & Morestin, 2011). Au-delà des variations

1. Ce chapitre est une traduction d'un article publié en anglais et remanié/réduit pour cet ouvrage : Nguyen, H. T., Zombré, D., Ridde, V. & De Allegri, M. (2018). The impact of reducing and eliminating user fees on facility-based delivery: A controlled interrupted time series in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 33(8), 948–956.

méthodologiques et des limites qui affectent inévitablement toutes les études visant à identifier de potentiels liens de causalité, les données des études convergent pour indiquer un effet immédiat et positif sur l'utilisation des services de santé à la suite de la réduction ou de la suppression des paiements directs (Dzakpasu, Powell-Jackson & Campbell, 2014). Plus précisément, une étude a révélé une augmentation de 5% des prestations en formation sanitaire dans trois pays d'Afrique sub-saharienne (Kenya, Ghana et Sénégal), où des politiques de suppression des paiements directs étaient en place (McKinnon, Harper, Kaufman & Bergevin, 2015). Une autre étude, examinant les effets de deux politiques nationales différentes qui garantissaient un accès gratuit aux soins de santé au Ghana, a montré une augmentation significative et immédiate des taux de prestation en formation sanitaire (Dzakpasu *et al.*, 2012). Au Burkina Faso, deux études ont identifié une augmentation substantielle du taux d'accouchements assistés un an après l'introduction du projet pilote de suppression des paiements directs dans la région du Sahel (Johri, Ridde, Heinmüller & Haddad, 2014; Ridde *et al.*, 2013).

Cependant, les preuves des effets durables des politiques de réduction et de suppression des paiements directs pour les soins maternels restent rares et mitigées. Nous n'avons identifié que cinq études concernant une période de plus de trois ans (De Allegri *et al.*, 2012; Dzakpasu *et al.*, 2012; Fournier *et al.*, 2014; Ganaba *et al.*, 2016; Ridde, Richard, Bicaba, Queuille & Conombo, 2011). Parmi ces cinq études, trois ont examiné la même politique nationale de réduction des paiements directs pour les soins d'accouchement mise en œuvre au Burkina Faso depuis 2007, mais ont fait état de résultats contrastés, selon la région étudiée et la méthodologie appliquée (De Allegri *et al.*, 2012; Ganaba *et al.*, 2016; Ridde *et al.*, 2011). De même, Dzakpasu *et al.* (2012) n'ont pas identifié de changement durable sur cinq ans après le lancement de la politique de soins gratuits au Ghana en 2005. Au Mali, Fournier *et al.* (2014) ont constaté une augmentation soutenue du taux de césariennes pour un seul groupe de femmes vivant dans des villes dotées d'hôpitaux de district au cours des sept années suivant l'introduction de la politique nationale de gratuité des césariennes.

Notre étude visait à évaluer les effets durables de la réduction partielle et de la suppression complète des paiements directs sur l'utilisation des services de santé, et à comparer les deux politiques afin d'évaluer le bénéfice marginal de l'une par rapport à l'autre.

Méthode

Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans la région du Sahel au Burkina Faso, où la politique nationale de réduction des paiements directs et le projet pilote de suppression des paiements directs ont été mis en œuvre en parallèle. Situé au nord-est et comptant une population de 1 160 000 habitant-e-s, principalement des éleveurs et éleveuses et des agriculteurs et agricultrices, le Sahel est la région la plus pauvre du pays (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2015). Elle est composée de quatre districts ruraux (Dori, Sebba, Djibo et Gorom) qui partagent des caractéristiques sociodémographiques similaires (Zombré, De Allegri & Ridde, 2017). Dans cette région, avant la mise en œuvre de la réduction ou de la suppression des paiements directs, l'utilisation des soins de santé, y compris la couverture des accouchements par du personnel qualifié, était parmi les plus faibles du pays. En 2006, le taux d'accouchement en formation sanitaire n'était que de 17,6%, alors que la moyenne nationale était de 42,9% (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2007).

Deux interventions à l'étude

Nous avons évalué les effets de deux interventions parallèles, mais différentes, de financement de la santé ciblant les paiements directs des services d'accouchement au Burkina Faso : la politique nationale de réduction des paiements directs pour l'accouchement et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et le projet pilote de suppression totale des paiements directs (le projet pilote) soutenu par l'ONG allemande HELP financée par ECHO.

La première politique, la SONU, a été mise en œuvre à l'échelle nationale de janvier 2007 à avril 2016 (Ministère de la Santé du Burkina, 2016). Cette politique a permis de réduire les paiements directs au lieu de soin en mettant effectivement en place une subvention de 80% pour la prise en charge de l'accouchement. Sur la base d'une étude de coûts, le gouvernement a fixé des tarifs fixes pour les services de soins et a remboursé 80% de ces valeurs aux formations sanitaires, laissant aux femmes le soin de payer les 20% restants au point d'utilisation. Cette contribution de 20% allait de 900 FCFA pour un accouchement normal, à 3 600 FCFA pour un accouchement compliqué et à 11 000 FCFA pour une césarienne. Cette politique prévoyait également que les 20% de femmes les plus pauvres soient totalement exemptées du paiement des services de soins d'accouchement (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2006). Tous les districts de la région du Sahel ont été touchés par cette politique, comme tous les autres districts du pays.

La deuxième politique était le projet pilote de suppression totale des paiements directs, qui a été mis en œuvre par les autorités sanitaires locales avec le soutien de HELP uniquement dans deux districts, Dori et Sebba, depuis septembre 2008. Le projet pilote a entraîné la suppression totale des paiements directs pour les femmes enceintes, les indigent-e-s et les enfants de moins de cinq ans (Ridde *et al.*, 2013; Zombré *et al.*, 2017)².

La SONU et le projet pilote ont été mis en œuvre conjointement avec d'autres initiatives parallèles visant à améliorer les soins maternels. Plus précisément, le projet pilote a été accompagné d'une série de mesures de soutien visant à améliorer la qualité des soins (Ridde *et al.*, 2013; Zombré *et al.*, 2017). De même, la SONU a été mis en œuvre sur un système déjà opérationnel, ce qui signifie qu'elle a eu lieu en même temps que d'autres activités visant à renforcer les performances du système de santé, y compris l'amélioration de la qualité des services (Ridde *et al.*, 2011). Dans notre analyse, nous n'avions aucun moyen d'isoler les effets de la réduction des paiements

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

directs et de la suppression de l'effet de l'amélioration de la qualité des soins, puisque les deux composantes ont été mises en œuvre en même temps comme une seule intervention dans les deux cas.

Conception de l'étude

Nous avons adopté l'analyse des séries chronologiques interrompues basée sur une régression segmentée (Bernal, Cummins, & Gasparrini 2016; Lagarde, 2012; Penfold, Harrison, Bell & Fitzmaurice, 2007; Shadish & Cook, 2002; Wagner, Soumerai, Zhang & Ross-Degnan, 2002) pour estimer les effets de la SONU et du pilote. Étant donné que le projet pilote n'a été mis en œuvre que dans deux districts (Dori et Sebba), nous avons pu inclure les deux autres districts (Djibo et Gorom) de la région comme groupe témoin pour la période suivant la mise en place du projet pilote. Cela signifie que nous avons traité les quatre districts comme une intervention pour la période pré-pilote (jusqu'en août 2008) et à partir de septembre 2008, nous avons traité les deux districts qui n'ont pas reçu le projet pilote comme un groupe de contrôle.

Notre série couvrait la période de onze ans, allant de janvier 2004 à décembre 2014. Elle se composait de 132 points de données mensuelles, dont 36 pour la période précédant la SONU, 20 pour la période entre le début de la SONU et le pilote et 76 pour la période suivant la mise en place du pilote. Nous avons placé deux interruptions consécutives, la première en janvier 2007 et la seconde en septembre 2008, afin de quantifier l'effet de la SONU et du projet pilote.

Sources de données

Cette étude s'est appuyée sur des données provenant de deux sources : le système d'information sur la gestion de la santé (HMIS) et une enquête *ad hoc* auprès des formations sanitaires. Le HMIS représente la principale source de données pour cette étude. Afin d'établir une série chronologique continue et stable, nous avons obtenu le nombre mensuel d'accouchements effectués dans les 87

Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), les formations sanitaires de premier niveau des quatre districts étudiés et une estimation du nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dans leur bassin de desserte.

L'enquête auprès des centres de santé représente une source secondaire de données utilisée pour cette étude. Cette enquête a été menée dans les 87 CSPS des quatre districts étudiés, dans le but de déterminer si les facteurs contextuels et les services de santé affectent l'association entre la suppression des paiements directs et l'utilisation des soins de santé (Zombré *et al.*, 2017). Pour les besoins de notre étude, nous n'avons extrait de cette enquête que des données sur la présence d'autres interventions sanitaires dans les formations sanitaires étudiées et sur la date d'ouverture de l'établissement. Nous avons utilisé ces données pour fournir une explication complémentaire des résultats des séries chronologiques et pour comparer la période théorique de disponibilité des données à celle observée dans la base du HMIS pour chaque formation sanitaire.

L'approche analytique et la modélisation statistique ont été présentées dans l'article publié en anglais³.

Résultats

Le tableau 1 présente des statistiques pour les groupes d'intervention et de contrôle pour l'ensemble de la période d'étude. De janvier 2004 à décembre 2014, notre base de données comprenait un total de 9 627 observations (dénombrement des points de données mensuels des 87 CSPS), dont 174 observations manquantes (1,8%). Les observations manquantes ont eu lieu principalement dans les mois suivant l'ouverture de l'établissement, dit formation sanitaire, indépendamment de l'emplacement dans les districts de contrôle ou d'intervention; nous avons donc décidé d'exclure toutes les valeurs manquantes de notre analyse. Notre analyse finale a pris en compte 9 453 observations au total, dont 5 661 observations dans le groupe de

3. Disponible sur : <https://academic.oup.com/heapol/article/33/8/948/5107204>

contrôle et 3 792 dans le groupe d'intervention. En outre, le tableau 1 présente la moyenne mensuelle de la proportion d'accouchements en formation sanitaire, le décompte mensuel des accouchements prévus pour les groupes d'intervention et de contrôle pour l'ensemble de la période d'étude et ses sous-périodes.

Tableau 1 : Statistiques

	Nombre de formations sanitaires	Nombre d'observations	Proportion moyenne mensuelle d'accouchements en formation sanitaire (%) et nombre attendu d'accouchements (n)			
			Période d'étude globale	Pré-SONU	SONU	Post-pilote
Groupe d'intervention (Dori et Sebba)	36	3792	53.75 (1749)	19.77 (1485)	33.52 (1623)	75.17 (1908)
Groupe de contrôle (Djibo et Gorom)	51	5661	33.20 (2,253)	11.22 (1942)	24.26 (2007)	45.96 (2464)

Le tableau 2 présente les estimations finales du modèle. La figure 1 visualise les résultats finaux en traçant les lignes observées (les points de données réels) et ajustées (les estimations du modèle) pour les groupes d'intervention et de contrôle. Au début de la période d'étude, le taux d'accouchements en formation sanitaire était déjà supérieur de 9,48% ($p=0,01$) dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle. Il n'y avait pas de différence significative dans la tendance préexistante entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle ($p>0,05$). Nous avons observé une légère augmentation d'un mois à l'autre de la tendance préexistante tant dans le groupe de contrôle (0,1%) que dans le groupe d'intervention (0,07%). Cependant, cette légère tendance positive préexistante avant la SONU n'était pas significative pour les deux groupes ($p > 0,05$).

Tableau 2 : Estimations finales du modèle

Coefficients	Estimations [IC 95%] (%)	Valeurs p.
Niveau de référence		
Différence entre intervention et contrôle (<i>intervention</i>)	+9.48 [+3.77, +15.19]	P < 0.002 **
Groupe de contrôle (<i>interception</i>)	9.21 [4.53, 13.89]	P < 0.001 ***
Tendance préexistante		
Différence entre intervention et contrôle (<i>int_time</i>)	-0.03 [-0.21, +0.14]	P < 0.709
Groupe de contrôle (<i>temps</i>)	+0.10 [-0.10, +0.29]	P < 0.328
Effet de la SONU		
Changement de niveau (<i>sonu_level</i>)	+3.05 [-3.13, +9.22]	P < 0.336
Changement de tendance (<i>sonu_trend</i>)	+0.76 [+0.30, +1.22]	P < 0.002**
Effet du projet pilote d'exemption des paiements directs		
Groupe d'intervention	+1.27 [-8.04, +10.57]	P < 0.790
Changement de niveau (<i>pilot_level</i>)		
Changement de tendance	+1.03 [+0.55, 1.51]	P < 0.001***
<i>tendance_pilote</i>	-0.01 [-0.015, -0.003]	P < 0.002**
<i>pilot_trendsq</i>		
Groupe de contrôle		
Changement de niveau (<i>niveau</i>)	+7.64 [+0.05, 15.24]	P < 0.050*
Changement de tendance		
<i>tendance</i>	-0.69 [-1.22, -0.15]	P < 0.013*
<i>trendsq</i>	-0.0006 [-0.005, +0.003]	P < 0.758

± représente des changements ou des différences positives ou négatives ; ***, **, * niveau de signification à 0,001, 0,01 et 0,05 respectivement

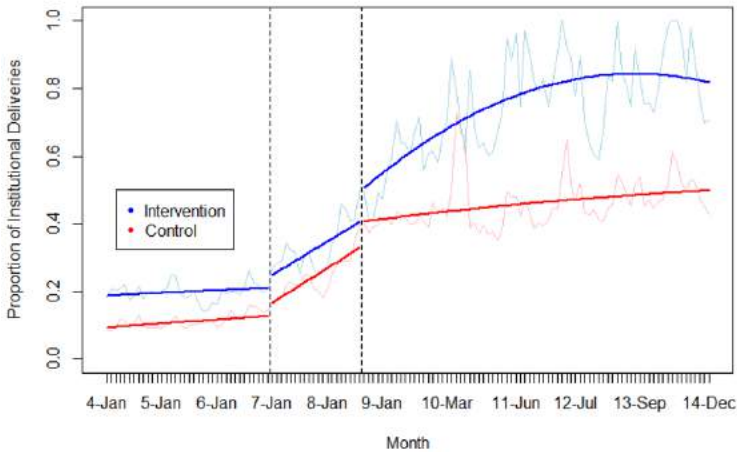


Figure 1. Évolution de la proportion mensuelle des accouchements en formation sanitaire dans les groupes d'intervention et de contrôle entre janvier 2004 et décembre 2014

Les estimations du modèle suggèrent que juste après l'introduction de la SONU, il y a eu une augmentation immédiate mais non significative de 3,05 points de pourcentage (changement de niveau) de la proportion des accouchements en formation sanitaire, et une accélération du développement des accouchements en formations sanitaires (+0,76 point de pourcentage d'augmentation mensuelle ($p < 0,01$)) pour la période entre le début de la SONU et celui du projet pilote d'exemption dans les quatre districts de l'étude. En ce qui concerne les effets du pilote, dans le groupe de contrôle, nous avons observé une augmentation immédiate et significative de 7,64% du taux d'accouchement en formation sanitaire. Cette augmentation immédiate dans le groupe de contrôle a été suivie d'une réduction mensuelle significative au taux de 0,69 point de pourcentage ($p = 0,01$) dans la période post-pilote dans la tendance linéaire, et une diminution non significative dans sa tendance quadratique correspondante. Sur la même période, dans le groupe d'intervention, il y a eu une augmentation immédiate de 8,91% du taux de prestation en formation sanitaire après l'introduction du pilote, soit seulement 1,27 points de pourcentage de plus que l'estimation correspondante pour le groupe de contrôle. La différence entre les deux n'était pas statistiquement significative. Cette différence d'augmentation initiale entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle s'est accompagnée d'une augmentation mensuelle significative de 1,03 points de pourcentage ($p = 0,001$), tandis que la tendance quadratique correspondante indiquait une réduction mensuelle significative au taux de 0,01% ($p = 0,01$) tout au long de la période post-pilote.

Le tableau 3 présente les effets absolus et relatifs (en moyenne dans les quatre districts) de la SONU sur l'utilisation des accouchements en formation sanitaire en pourcentage et en nombre sur les huit années suivant sa mise en œuvre. Un an après l'introduction de la SONU, le taux estimé d'accouchement en milieu hospitalier à Djibo et Gorom était de 26,1% (la valeur prédite). Si la SONU n'avait pas été mise en œuvre, cette valeur n'aurait dû être que de 13,9% (la valeur contrefactuelle), ce qui représente un effet absolu de 12,2 points de pourcentage, soit l'équivalent d'un effet relatif de 87,5%. En conséquence, entre fin décembre 2006 et fin décembre 2007 à Djibo et Gorom, 2 937 accouchements ont eu lieu en formation

sanitaire plutôt qu'à domicile grâce à l'exemption des paiements directs. Cet effet a augmenté et a atteint son point culminant à la fin de la troisième année après le début de la SONU, où il était de 27,0 points de pourcentage en termes absolus ou de 166,5% en termes relatifs. À partir de la quatrième année, l'augmentation de l'effet devient moindre d'année en année jusqu'à la dernière année d'étude (décembre 2014), où le taux d'accouchements en formation sanitaire s'est établi à 53,5%, présentant un effet absolu de 31,4 points de pourcentage et relatif de 142,0% respectivement. Sur huit ans, la SONU a produit une augmentation de 31,4%, ce qui équivaut à une augmentation annuelle d'environ 4% (31,4%/8) en moyenne et s'est traduit par 10 478 accouchements supplémentaires à Djibo et Gorom pour la seule année 2014.

Tableau 3 : Effet absolu et relatif de la SONU sur l'utilisation des accouchements en formation sanitaire en pourcentage (%) et en nombre (N)

Estimations postérieures	Contrefactuel*		Changement absolu		Variation relative (%)
	Prévu* (%)	(%)	(%)	(N)*	
Première année (Dec 2007)	25.1	13.9	12.2	2,917	87.5
Deuxième année (Dec 2008)	36.4	15.1	21.3	5,195	141.2
Troisième année (Dec 2009)	43.3	16.2	27.0	6,999	166.5
Quatrième année (Dec 2010)	45.3	17.4	27.9	7,516	160.3
Cinquième année (Dec 2011)	47.4	18.6	28.8	8,618	154.8
Sixième année (Dec 2012)	49.4	19.8	29.7	9,249	150.0
Septième année (Dec 2013)	51.4	20.9	30.5	9,718	145.8
Huitième année (Dec 2014)	53.5	22.1	31.4	10,478	142.0

* Les valeurs prédites, la variation contrefactuelle et absolue du nombre d'accouchements en formation sanitaire ont été calculées en utilisant la même méthodologie, la tendance pré-existante et le nombre prévu d'accouchements dans les deux districts de Djibo et de Gorom.

Le tableau 4 montre les effets absolus et relatifs du projet pilote sur l'utilisation de l'accouchement en formation sanitaire, à la fois en pourcentage et en valeur absolue, sur une période de six ans après son lancement. Seize mois après l'introduction du projet pilote (décembre 2009), le taux d'accouchement en formation sanitaire dans les districts d'intervention était estimé à 65,7%, soit un effet absolu de 15,3%, ou un effet relatif de 30,4% par rapport à son « contrefactuel » (le taux d'accouchement en formation sanitaire prédit pour le groupe contrôle). Cette tendance positive s'est poursuivie et a atteint son point culminant à la fin de la quatrième année, où l'effet a été le plus élevé (28,5% en termes absolus, 51,6 points de pourcentage en termes relatifs). Le taux d'augmentation a commencé à se stabiliser

à partir de la cinquième année. À la fin de la période d'étude, le taux d'accouchements prédit en formation sanitaire dans le groupe d'intervention était de 81,8%, soit un effet absolu de 23,2 points de pourcentage et 39,6% en termes relatifs, ce qui s'est traduit par 5 720 accouchements réalisés en formation sanitaire supplémentaires plutôt qu'à domicile à Dori et Sebba pour la seule année 2014. L'effet global du projet pilote sur six ans était de 23,2%, soit environ 4% par an (23,2%/4).

Tableau 4 : Effet absolu et relatif du projet pilote par rapport à la SONU sur l'utilisation des services obstétricaux en pourcentage (%) et en nombre (N)

Estimations ponctuelles	Prédit	Contrefactuel (%)	Changement absolu		Variation relative (%)
	(%)		(%)	(N) ^a	
Première année (Déc 2009)	65,7	50,4	15,3	3,271	30,4
Deuxième année (Déc 2010)	74,5	51,0	23,5	5,095	43,3
Troisième année (Déc 2011)	80,6	53,7	26,9	5,913	50,2
Quatrième année (Déc 2012)	83,8	55,3	28,5	6,746	51,6
Cinquième année (Déc 2013)	84,2	56,9	27,3	6,544	47,9
Sixième année (Déc 2014)	81,8	58,6	23,2	5,720	39,6

Discussion

Cette étude est la première à appliquer une série chronologique contrôlée pour évaluer à la fois les effets durables de la suppression des paiements directs pour les soins d'accouchement et l'effet relatif de la suppression complète des paiements directs par rapport à une réduction partielle. Le cadre unique du Burkina Faso, avec deux politiques mises en place parallèlement (une politique nationale de réduction des paiements directs, la SONU, et un projet pilote de suppression des paiements directs), combiné à la disponibilité de données de routine de haute qualité, nous a permis de mener cette étude et d'apporter une contribution substantielle à l'état des connaissances.

Notre étude a détecté un effet positif significatif et durable de la réduction et de la suppression des paiements directs sur le recours à l'accouchement en formation sanitaire au Burkina Faso. Plus précisément, la SONU a produit une augmentation globale de 31,4% en huit ans, ce qui équivaut à une augmentation annuelle de 4%. L'effet annuel a augmenté pendant les trois premières années puis

s'est progressivement stabilisé. De même, le projet pilote a encore amélioré l'utilisation des soins de santé en augmentant la proportion d'accouchements en formation sanitaire de 23,2 points de pourcentage par rapport à la situation de la SONU sur une période de six ans, ce qui équivaut à une augmentation annuelle d'environ 4%. L'ampleur de l'effet a augmenté d'année en année pendant quatre ans avant de se stabiliser.

L'ampleur de l'effet sur cinq ans (28,8 points de pourcentage) due à la SONU, estimée dans notre étude, est comparable à l'estimation basée sur la population de 35% observée par De Allegri *et al.* (2012) sur la même période dans le district de Nouna. De même, l'augmentation de 4% par an observée dans notre étude est égale à l'estimation produite par Ganaba *et al.* (2016) utilisant également les données du HMIS. En confrontant nos résultats à la littérature antérieure sur les effets produits par le même projet pilote de paiements directs sur l'utilisation des soins de santé pour les enfants de moins de cinq ans, nous constatons que notre étude n'a pas détecté un effet significatif d'une ampleur comparable immédiatement après sa mise en œuvre, mais qu'un effet soutenu sur six ans était plutôt comparable (Zombre *et al.*, 2017). La différence dans les effets immédiats pourrait être en partie attribuable à la magnitude de la suppression (Carroll *et al.*, 2007; Gearing *et al.*, 2011).

D'une part, l'augmentation mensuelle significative et continue observée dans les quatre districts étudiés à la suite de l'introduction de la SONU confirme que les paiements directs constituent depuis longtemps un obstacle majeur à l'accès aux soins (Borghesi, Storeng & Filippi, 2008; Gabrysch & Campbell, 2009; Kyei-Nimakoh, Carolan-Olah, & McCann, 2017; Lagarde & Palmer, 2011; Yates, 2009) et que cette suppression du paiement est déjà suffisante pour produire une augmentation soutenue de l'utilisation des services. D'autre part, l'augmentation significative et mensuelle qui a suivi l'introduction du projet pilote à Dori et Sebba, comparée à la réduction partielle maintenue à Djibo et Gorom, confirme que même de faibles co-paiements peuvent dissuader l'utilisation des services de santé (De Allegri *et al.*, 2015; Puertas, Nzala, Philips, Poletti & Team, 2005), en particulier dans les zones pauvres et défavorisées comme la région du Sahel (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2015). Cette constatation

contribue à dissiper une idée fautive sur la gratuité des soins de santé, selon laquelle une contribution financière, aussi minime soit-elle, est nécessaire pour que les gens apprécient la valeur des services qu'ils reçoivent (Ridde, Queuille & Ndour, 2014).

Conformément au troisième Objectif de Développement Durable (United Nations, 2015), nos conclusions indiquent clairement la nécessité d'investir dans des politiques qui suppriment toutes les barrières financières au point d'utilisation, processus initié au Burkina Faso avec le lancement de la politique de gratuité en avril 2016⁴, consacrant la suppression de tous les paiements directs pour les soins préventifs et curatifs pour les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de cinq ans (Ministère de la Santé du Burkina, 2016). Nos résultats suggèrent que la mise en œuvre de cette politique nationale est susceptible d'entraîner une nouvelle augmentation du recours aux soins de santé en réduisant les obstacles financiers au point d'utilisation. Étant donné que les quatre districts étudiés avaient les taux d'utilisation des services d'accouchement en formation sanitaire les plus faibles du pays avant la SONU (seulement 9,2% à Djibo et Gorom et 18,7% à Dori et Sebba en janvier 2004), l'ampleur de l'effet observé pourrait être plus importante qu'attendue dans les districts en partant d'une valeur de référence plus élevée. Cette même considération sur le rôle d'un faible niveau initial d'utilisation des soins de santé (50,4%) s'applique à l'examen de l'impact du projet pilote. Cela implique que l'attente sur le gain potentiel de la politique de gratuité doit être testée dans les études futures pour confirmer si elle est capable de produire les mêmes effets que l'objet pilote de notre analyse. De plus, cette conclusion suggère que la suppression de la gratuité peut produire des gains aussi importants sur la couverture des accouchements en formation sanitaire dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne où les taux d'accouchement par du personnel qualifié sont initialement aussi faibles que dans la région du Sahel.

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

De même, nos conclusions illustrent le succès relatif de l'expérience burkinabè, où la réduction et la suppression des paiements directs ont permis d'obtenir un taux d'accouchement en formation sanitaire qui était environ 35% supérieur à la moyenne de l'ASS (United Nations, 2014) et de 4% à 26% supérieur à ce qui a été observé dans six autres pays d'ASS (Burundi, Ghana, Sénégal, Niger, Kenya et Liberia) où des politiques similaires de suppression des paiements directs ont été mises en œuvre (UNICEF, 2017). La compréhension des différences dans l'effet produit par des politiques similaires de réduction et de suppression des paiements directs devrait faire l'objet de recherches futures, car les différences dans la mise en œuvre peuvent être largement responsables des différences observées dans les effets (Belaid & Ridde 2015; Witter *et al.* 2016). Dans le cas du Burkina Faso, il est possible que les efforts d'accompagnement pour améliorer la qualité de la prestation de services aient contribué à attirer les femmes dans les formations sanitaires (Philibert, Ridde, Bado & Fournier, 2014; Ridde *et al.*, 2013; Ridde *et al.*, 2011).

Le fait que le taux des accouchements en formation sanitaire se soit stabilisé trois ans et quatre ans après le début de la SONU et du projet pilote, respectivement, suggère l'existence d'autres obstacles importants en dehors des financiers. En fait, la détérioration de la qualité des soins due à une augmentation excessive de l'utilisation a été considérée comme une raison possible des effets non durables (FEMHealth, 2014; Gilson & McIntyre, 2005). Cependant, dans le cadre de notre étude, où la SONU et le projet pilote ont été mis en œuvre en même temps que des mesures d'amélioration de la qualité, ce raisonnement peut ne pas être applicable. Par conséquent, l'hypothèse émergente la plus crédible pour expliquer le plafonnement des effets est que les besoins non satisfaits en raison de contraintes financières ont été satisfaits dans ce délai, tandis que d'autres obstacles non financiers (accessibilité géographique et manque d'informations) et des facteurs individuels non observés ont continué à entraver l'accès aux soins. Cette constatation corrobore les données existantes selon lesquelles les paiements directs ne sont qu'un des nombreux obstacles à l'évaluation des soins obstétricaux (Borghini *et al.*, 2006; De Allegri *et al.*, 2015; Gabrysch & Campbell,

2009; Kyei-Nimakoh *et al.*, 2017; Lagarde & Palmer, 2011; Yates, 2009). Cela implique que la mise en œuvre effective de la suppression des paiements directs ne suffit pas à elle seule à atteindre la couverture totale et souligne la nécessité de prendre d'autres mesures d'accompagnement qui abordent de manière globale les autres obstacles non financiers importants pour garantir que toutes les femmes accouchent en présence d'un-e professionnel-le qualifié-e (Borghì, Ensor, Somanathan, Lissner & Mills, 2006; FEMHealth, 2014; Witter *et al.*, 2016).

L'augmentation immédiate de 7,64% du taux d'utilisation en formation sanitaire observée dans les districts témoins après le lancement du projet pilote semble surprenante et mérite une explication plus approfondie, d'autant plus qu'elle a minimisé la différence détectable entre les groupes d'intervention et les groupes témoins à ce moment-là. Ce résultat inattendu pourrait être dû en partie aux variations saisonnières prises en compte dans notre analyse de sensibilité, puisque le pic du taux d'accouchement en formation sanitaire a coïncidé avec les mois au cours desquels le projet pilote a été lancé (août et septembre). Elle pourrait également être partiellement attribuable à la réalité de la mise en œuvre de la SONU, car des recherches antérieures ont déjà révélé que la campagne de communication de masse pour la SONU a eu lieu seulement un an et demi après le lancement de la politique, entre mai et juillet 2008 (Ridde *et al.*, 2011). Il est donc plausible de supposer que la campagne de communication a permis de mieux faire connaître la SONU au moment même où le projet pilote a été lancé, ce qui a entraîné une nouvelle augmentation du recours aux accouchements en formation sanitaire, même dans les formations sanitaires de contrôle à ce moment-là. Notre observation confirme l'importance de l'évaluation des résultats à la lumière des facteurs contextuels qui caractérisent la mise en œuvre d'une intervention (Belaid & Ridde, 2015).

Conclusion

En s'appuyant sur le cas du Burkina Faso et sur un solide design quasi expérimentale de l'évaluation, notre étude fournit des preuves du potentiel des politiques de réduction et de suppression du paiement des paiements directs pour produire des augmentations positives et durables de l'utilisation des soins de santé. Néanmoins, notre étude détecte également les limites de ces politiques pour ce qui est de garantir que toutes les femmes accèdent à une formation sanitaire pour leur accouchement, ce qui met en évidence l'existence d'autres obstacles importants à l'accès. Tout en reconnaissant l'étape importante franchie par le Burkina Faso en lançant la politique de gratuité en 2016, notre étude suggère clairement qu'une approche multisectorielle, abordant les obstacles au-delà des paiements directs au point d'utilisation, est nécessaire pour garantir que toutes les femmes bénéficient d'une assistance qualifiée lors de l'accouchement.

Références

- Belaid, L. & Ridde, V. (2015). Contextual factors as a key to understanding the heterogeneity of effects of a maternal health policy in Burkina Faso? *Health Policy & Planning*, 30(3), 309-321. doi:10.1093/heapol/czu012
- Bernal, J. L., Cummins, S. & Gasparrini, A. (2016). Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: A tutorial. *International Journal of Epidemiology*, 46(1), 348-355. doi:10.1093/ije/dyw098
- Borghi, J., Ensor, T., Somanathan, A., Lissner, C. & Mills, A. (2006). Mobilising financial resources for maternal health. *The Lancet*, 368(9545), 1457-1465. doi:10.1016/S0140-6736(06)69383-5
- Borghi, J., Storeng, K. T. & Filippi, V. (2008). Overview of the costs of obstetric care and the economic and social consequences for households. Dans F. Richard, S. Witter & V. De Brouwere (dir.), *Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries* (23-46). ITG Press.

- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J. & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2(40). doi:10.1186/1748-5908-2-40
- De Allegri, M., Ridde, V., Louis, V. R. et al. (2012). The impact of targeted subsidies for facility-based delivery on access to care and equity – evidence from a population-based study in rural Burkina Faso. *Journal of Public Health Policy*, 33(4), 439-453. doi:10.1057/jphp.2012.27
- De Allegri, M., Tiendrebéogo, J., Müller, O., Yé, M., Jahn, A. & Ridde, V. (2015). Understanding home delivery in a context of user fee reduction: A cross-sectional mixed methods study in rural Burkina Faso. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(330). doi:10.1186/s12884-015-0764-0
- Dzakpasu, S., Powell-Jackson, T. & Campbell, O. M. R. (2014). Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: A systematic review. *Health Policy & Planning*, 29(2), 137-150. doi:10.1093/heapol/czs142
- Dzakpasu, S., Soremekun, S., Manu, A. et al. (2012). Impact of free delivery care on health facility delivery and insurance coverage in Ghana's Brong Ahafo Region. *PLOS ONE*, 7(11), e49430. doi:10.1371/journal.pone.0049430
- FEMHealth. (2014). *Free care for deliveries and caesareans in West Africa and Morocco: Research findings and lessons*.
- Fournier, P., Dumont, A., Tourigny, C., Philibert, A., Coulibaly, A. & Traoré, M. (2014). The free caesareans policy in low-income settings: An interrupted time series analysis in Mali (2003–2012). *PLOS ONE*, 9(8), e105130. doi:10.1371/journal.pone.0105130
- Gabrysch, S. & Campbell, O. M. (2009). Still too far to walk. Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(34). doi:1471-2393-9-34
- Ganaba, R., Ilboudo, P. G. C., Cresswell, J. A. et al. (2016). The obstetric care subsidy policy in Burkina Faso: What are the effects after five years of implementation? Findings of a complex evaluation. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(84). doi:10.1186/s12884-016-0875-2

- Gearing, R. E., El-Bassel, N., Ghesquiere, A., Baldwin, S., Gillies, J. & Ngeow, E. (2011). Major ingredients of fidelity: A review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 79-88. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.007>
- Gilson, L. & McIntyre, D. (2005). Removing user fees for primary care in Africa. The need for careful action. *BMJ British Medical Journal*, 331(762).
- Johri, M., Ridde, V., Heinmüller, R. & Haddad, S. (2014). Estimation of maternal and child mortality one year after user-fee elimination: An impact evaluation and modelling study in Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 706-715.
- Kyei-Nimakoh, M., Carolan-Olah, M. & McCann, T. V. (2017). Access barriers to obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa—a systematic review. *Systematic Reviews*, 6(110). doi:10.1186/s13643-017-0503-x
- Lagarde, M. (2012). How to do (or not to do) ... Assessing the impact of a policy change with routine longitudinal data. *Health Policy & Planning*, 27(1), 76-83. doi:10.1093/heapol/czr004
- Lagarde, M. & Palmer, N. (2011). The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). doi:10.1002/14651858.CD009094
- McKinnon, B., Harper, S., Kaufman, J. S. & Bergevin, Y. (2015). Removing user fees for facility-based delivery services: A difference-in-differences evaluation from ten sub-Saharan African countries. *Health Policy & Planning*, 30(4), 432-441. doi:10.1093/heapol/czu027
- Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2006). *Manual d'exécution de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso (SONU)*. Ouagadougou.
- Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2007). *Annuaire statistique 2006 (03 BP 7009)*.

- Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2015). *Annuaire statistique 2014* (03 BP 7009).
- Ministère de la Santé du Burkina (2016). *Stratégie nationale de gratuité des soins chez la femme enceinte, des accouchements, de la césarienne et des autres SONU*. Ouagadougou.
- Penfold, S., Harrison, E., Bell, J. & Fitzmaurice, A. (2007). Evaluation of the delivery fee exemption policy in Ghana: Population estimates of changes in delivery service utilization in two regions. *Ghana Medical Journal*, 41(3), 100-109.
- Philibert, A., Ridde, V., Bado, A. & Fournier, P. (2014). No effect of user fee exemption on perceived quality of delivery care in Burkina Faso: A case-control study. *BMC Health Services Research*, 14(120). doi:10.1186/1472-6963-14-120
- Puertas, G., Nzala, J. C., Philips, M., Poletti, T. & Team, M. D. (2005). *User fees in the Eastern Democratic Republic of Congo: A barrier to access to health-care results of five epidemiological surveys [Rapport]*. Médecins sans frontières. <http://hdl.handle.net/10144/90301>
- Ridde, V., Queuille, L., Atchessi, N., Samb, O., Heinmüller, R. & Haddad, S. (2013). The evaluation of an experiment in healthcare user fees exemption for vulnerable groups in Burkina Faso. *Field Actions Science Reports. The journal of field actions*, (Special 8).
- Ridde, V., Queuille, L. & Ndour, M. (2014). Nine misconceptions about free healthcare in sub-Saharan Africa. *Development Studies Research*, 1(1), 54-63. doi:10.1080/21665095.2014.925785
- Ridde, V., Richard, F., Bicaba, A., Queuille, L. & Conombo, G. (2011). The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health Policy & Planning*, 26(suppl_2). doi:10.1093/heapol/czr060
- Shadish, C. & Cook, T. D. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Houghton Mifflin.
- UNICEF (2017). *Percentage of births assisted by a skilled birth attendant by country, 2011-2016* [Database, Delivery care]. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>

- United Nations (2014). *The Millennium Development Goals* [Rapport].
- United Nations (2015). *Sustainable Development Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
- Wagner, A. K., Soumerai, S. B., Zhang, F. & Ross-Degnan, D. (2002). Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27(4), 299-309. doi:10.1046/j.1365-2710.2002.00430.x
- Witter, S., Boukhalfa, C., Cresswell, J. et al. (2016). Cost and impact of policies to remove and reduce fees for obstetric care in Benin, Burkina Faso, Mali and Morocco. *International Journal for Equity in Health*, 15(123). doi:10.1186/s12939-016-0412-y
- Yates, R. (2009). Universal health care and the removal of user fees. *The Lancet*, 373(9680), 2078-2081. doi:10.1016/S0140-6736(09)60258-0
- Zombré, D., De Allegri, M. & Ridde, V. (2017). Immediate and sustained effects of user fee exemption on healthcare utilization among children under five in Burkina Faso: A controlled interrupted time-series analysis. *Social Science and Medicine*, 179, 27-35. doi:10.1016/j.socscimed.2017.02.027

20. L'utilisation des services de santé par les indigent-e-s du Burkina Faso

YVONNE BEAUGÉ, MANUELA DE ALLEGRI, SAMIRATOU
OUÉDRAOGO, EMMANUEL BONNET, NAASEGNIBE KUUNIBE ET
VALÉRY RIDDE

Introduction

Les exemptions du paiement des frais d'utilisation visent à faciliter l'accès aux services de santé en supprimant les barrières financières au point d'utilisation des services (Hatt *et al.*, 2013)¹. Malgré la mise en œuvre croissante de ces exemptions, peu d'attention scientifique est accordée aux personnes indigentes au Burkina Faso et on ne sait pas si l'utilisation des services de santé augmente effectivement. La plupart des preuves proviennent d'autres pays tels que le Cambodge, le Cameroun, le Maroc et la Zambie, qui montrent généralement une augmentation de l'utilisation des services parmi les plus pauvres (Cottin, 2018; Flink *et al.*, 2016; Hardeman *et al.*, 2004; Jacobs *et al.*, 2007; Jacobs & Price, 2006) ou au sein d'autres groupes de population comme les femmes enceintes et les enfants (Nguyen *et al.*, 2018; Ridde *et al.*, 2013; Zombré *et al.*, 2017). Au Burkina Faso, seuls Atchessi *et al.* (2016) ont mené une étude sur l'utilisation des services de santé par des personnes indigentes dans un district et ont rapporté que la distribution des cartes d'exemption de frais n'augmentait pas l'utilisation des soins de santé.

1. Ce chapitre est la traduction d'un article publié à l'origine en anglais et édité/réduit pour ce livre : Beaugé, Y., De Allegri, M., Ouédraogo, S., Bonnet, E., Kuunibe, N. & Ridde, V. (2020). Do targeted user fee exemptions reach the ultra-poor and increase their healthcare utilisation? A panel study from Burkina Faso. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18). doi : 10.3390/ijerph17186543.

Compte tenu de la très faible utilisation des soins de santé par les plus pauvres, le gouvernement du Burkina Faso a adopté diverses politiques pour les exempter du paiement des services de santé au niveau primaire, d'abord dans le cadre de la mise en œuvre l'initiative de Bamako, puis à d'autres occasions. La loi actuelle sur l'assurance maladie universelle, adoptée en septembre 2015, reconnaît également la responsabilité de l'État de payer intégralement les frais d'utilisation des soins de santé des indigent-e-s. Cependant, presque toutes les politiques ciblant spécifiquement les indigent-e-s ont jusqu'à présent été plutôt inefficaces, en raison d'une mise en œuvre chaotique, de processus technocratiques et d'un financement insuffisant (Ridde, 2015).

En plus des nombreuses tentatives politiques, le gouvernement burkinabè a mis en place plusieurs programmes pilotes d'exemption du paiement des frais d'utilisation à plus petite échelle dans le pays. En 2014, le Burkina Faso a testé le financement basé sur la performance (FBP) (Ridde *et al.*, 2014; Turcotte-Tremblay *et al.*, 2017) en combinaison avec des exemptions ciblées de frais d'utilisation (De Allegri *et al.*, s.d.) à plus grande échelle dans huit districts sanitaires (Diébougou, Batié, Kongoussi, Kaya, Ouargaye, Tenkodogo, Gourcy et Ouahigouya)². Un ciblage communautaire a été utilisé pour identifier jusqu'à 20% de tous et toutes les individus résidant dans les districts considéré-e-s comme étant extrêmement pauvres, donc indigent-e-s. Des comités de sélection communautaires (CSC) ont été mis en place dans tous les districts au niveau des villages pour sélectionner les pauvres. Toutes les personnes indigentes identifiées étaient censées recevoir une carte d'exemption qui prouvait leur statut d'indigent-e (tableau 1) et leur permettait d'accéder gratuitement à tous les services inclus dans l'ensemble des prestations du FBP (Beaugé *et al.*, 2018). L'ensemble des prestations du FBP couvrait les services de soins maternels, les consultations curatives générales, les services liés au VIH, les services liés à la tuberculose et le planning familial (De Allegri *et al.*, 2018). Les établissements de soins ont reçu une somme forfaitaire pour compenser la perte de revenus provenant de l'exemption des frais d'utilisation. Néanmoins, les éléments de

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

l'évaluation du processus ont montré que toutes les personnes indigentes initialement sélectionnées n'avaient pas reçu une carte d'exemption.

L'objectif de la présente étude était d'examiner les facteurs associés à la réception de cartes d'exemption de frais d'utilisation des services de santé et de comprendre quelles personnes étaient susceptibles de la recevoir. L'étude a aussi évalué si les exemptions du paiement des frais d'utilisation ciblées pour les personnes indigentes ont augmenté l'utilisation des services de santé. Sur la base d'études antérieures concernant les effets des politiques de réduction/suppression des frais d'utilisation³, l'hypothèse était que la possession de la carte entraînerait une augmentation de l'utilisation des services pour les indigent-e-s exempté-e-s.

Tableau 1. Population, nombre et pourcentage de personnes indigentes identifiées, et réception de la carte d'exemption par district.

District	Population	Sélection d'indigent-e-s	Pourcentage de la population sélectionnée comme indigent-e-s (%)	Carte d'exonération mensuelle reçue par le district
Diébougou	69,062	6034	9	Février 2016
Gourcy	132,280	5879	4	Juin 2016
Kaya	554,117	22,889	4	Novembre 2015
Ouargaye	277,082	16,465	6	Décembre 2015
Tenkodogo	216,190	18,769	9	Décembre 2015
Kongussi	343,434	6076	2	Novembre 2015
Ouahigouya	114,294	19,937	17	Juin 2016
Batie	39,330	6560	17	Février 2016

Méthodes

Conception de l'étude et population

Cette étude s'est appuyée sur des données collectées auprès de 1652 personnes indigentes. Ces personnes ont été interrogées avant et après la distribution de carte d'exemption des paiements, respectivement entre février et avril 2015 puis entre février et mars 2017. Elles résidaient dans les districts sanitaires de Diébougou, Gourcy, Kaya et Ouargaye, dans les régions du sud-ouest, du centre-

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

nord, du centre-est et du nord du Burkina Faso. Toutes les personnes interrogées ont été initialement identifiées comme étant des indigentes lors d'un processus de ciblage communautaire intégré au programme FBP.

Les indigentes interrogées ont été sélectionné-e-s selon une technique d'échantillonnage aléatoire à plusieurs degrés. La première étape a consisté à sélectionner au hasard les districts de résidence de ces personnes, à savoir quatre districts parmi huit. Ces quatre districts comprenaient un total de 1 032 541 habitant-e-s, dont 51 267 personnes ont été identifiées comme indigentes. La deuxième étape a été la sélection aléatoire de communes et de villages au sein de chaque district. Les villages n'ont été inclus que s'ils contenaient un minimum de 10 personnes indigentes. Cinquante-huit villages répondaient à ce critère. La troisième étape a consisté à sélectionner des personnes indigentes âgées de 18 ans et plus, dont le nom figurait sur la liste originale des indigent-e-s qui ont été recrutées pour l'enquête de base⁴. Des détails supplémentaires sur les procédures d'échantillonnage sont décrits ailleurs (Ouédraogo *et al.*, 2017; Pigeon-Gagné *et al.*, 2017).

Résultats

Sur les 1 652 indigent-e-s recruté-e-s pour l'enquête de base en 2015, 1 260 (76,27%) ont répondu à l'enquête finale en 2017. En effet, après la première collecte de données en 2015, 124 (32%) répondant-e-s ont été perdu-e-s lors de l'enquête de suivi en 2017, et 144 (37%) ont été physiquement absent-e-s lors de visites répétées de l'équipe d'enquête. Les répondant-e-s qui n'ont pas pu participer à l'enquête de suivi ont été exclu-e-s de l'étude : 10 (3%) souffraient d'une maladie; 5 (1%) étaient à un âge avancé; 8 (2%) étaient mentalement malades; 6 (1%) avaient un handicap auditif; 90 (23%) étaient décédé-e-s, et 5 (1%) ont refusé de répondre au questionnaire. Le nombre de

4. Voir l'article original en anglais.

données des répondant-e-s pour l'analyse était de 1652 en 2015 et de 1260 en 2017, ce qui donnait un ensemble de données de panel non équilibré de 2912 observations.

Caractéristiques de l'échantillon

Le tableau 2 présente les statistiques descriptives et comparatives de toutes les variables incluses dans les analyses pour 2015 et 2017. Au départ, l'âge moyen de l'échantillon était de 55,13 ans (SD = 16,96), dont 67,6% étaient des femmes. La majorité des répondant-e-s vivaient dans le district de Diébougou (33,17%), n'étaient pas alphabétisé-e-s (93,70%), n'avaient aucune d'éducation (94,79%) et indiquaient ne souffrir d'aucune forme de handicap (76,45%). Environ 60% étaient marié-e-s, 42,80% étaient chefs de famille et 75,85% vivaient dans un rayon de 5 km autour du centre de santé le plus proche. Il y avait une forte concentration géographique des répondant-e-s sélectionné-e-s autour des centres de santé primaire (CSPS) à Diébougou, Gourcy, Kaya et Ouargaye (Figure 1, 2, 3 et 4).

Au moins 75,51% des répondant-e-s ont déclaré avoir reçu (possession de la carte) la carte d'exemption de frais d'utilisation des services de santé lors de l'enquête de suivi en 2017. En comparant les fréquences rapportées de 2015 avec celles de 2017, on constate une différence significative pour les variables âge ($p = 0,00$), taille du ménage ($p = 0,00$), santé perçue ($p = 0,01$), déclaration de maladie ($p = 0,00$) et utilisation des services de santé ($p = 0,05$). La taille moyenne des ménages en 2015 était de 1,61 (ET = 1,58) membres, contre 2,57 (ET = 1,97) en 2017. Au total, 19,49% des répondant-e-s en 2015 ont déclaré être en bonne santé, contre 23,49% des répondant-e-s en 2017 ($p = 0,01$). En 2015, 70,70% des répondant-e-s ont déclaré avoir eu au moins un épisode de maladie au cours des six derniers mois, contre 62,78% des répondant-e-s en 2017 ($p = 0,00$). Au départ, 64,21% ont signalé une utilisation des services de santé, contre 59,92% au moment du suivi ($p = 0,05$).

Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?

Tableau 2. Comparaison des caractéristiques de l'échantillon de l'étude en 2015 et 2017.

Variables	2015 (N = 1652)		2017 (N = 1260)		Chi2 et t-Test		KS-Test	
	Fréquences	%	Fréquences	%	p-value	Valeur D	p-value	
Résultat								
Signalement des maladies	Non	484	29.30	469	37.22	0.00	0.08	0.00
	Oui	1168	70.70	791	62.78			
Utilisation des services de santé	Non	418	35.79	317	40.08	0.05	0.08	0.00
	Oui	750	64.21	474	59.92			
Facteurs prédisposants								
Âge		55.13 (moyenne)	16.96 (SD)	57.22 (moyenne)	16.95 (SD)	0.00 (test t)	0.10	0.00
Genre	Homme	535	32.38	403	31.98	0.82	0.00	1.00
	Femme	1117	67.62	857	68.02			
État civil	Tout le reste	678	41.04	491	38.97	0.26	0.02	0.92
	Marié	974	58.96	769	61.03			
Chef de ménage	Non	945	57.20	711	56.43	0.68	0.01	1.00
	Oui	707	42.80	549	43.57			
Taille du ménage		1.61 (moyenne)	1.58 (SD)	2.47 (moyenne)	1.97 (SD)	0.00 (test t)	0.20	0.00
Facteurs favorables								
Possession d'une carte d'exonération	Non	1652	100.00	306	24.29	NA1	0.76	0.00
	Oui	0	0.00	954	75.51			
Éducation	Non	1566	94.79	1187	94.21	0.49	0.01	1.00
	Oui	86	5.21	73	5.79			
Alphabétisation de base	Non	1548	93.70	1187	94.21	0.57	0.01	1.00
	Oui	104	6.30	73	5.79			
Distance par rapport au centre de soins de santé le plus proche	< 5 km	1253	75.85	940	74.60	0.44	0.01	1.00
	> 5 km	399	24.15	320	25.40			
Facteurs de besoin								
État de santé	Tout le reste	1330	80.51	964	76.51	0.01	0.04	0.20
	Bon	322	19.49	296	23.49			
Handicap	Non	1263	76.45	992	78.73	0.15	0.02	0.85
	Oui	389	23.55	268	21.27			
Variables supplémentaires								
District de santé	Kaya (1)	400	24.21	283	22.46	0.41	0.12	0.98
	Ouargaye (2)	423	25.61	354	28.10			
	Diebouyou (3)	548	33.17	412	32.70			
	Gourcy (4)	281	17.01	211	16.75			
Heure	2015	1652	100.00	0	0.00	NA	NA	NA
	2017	0	0.00	1260	100.00			

¹ NA indique sans objet

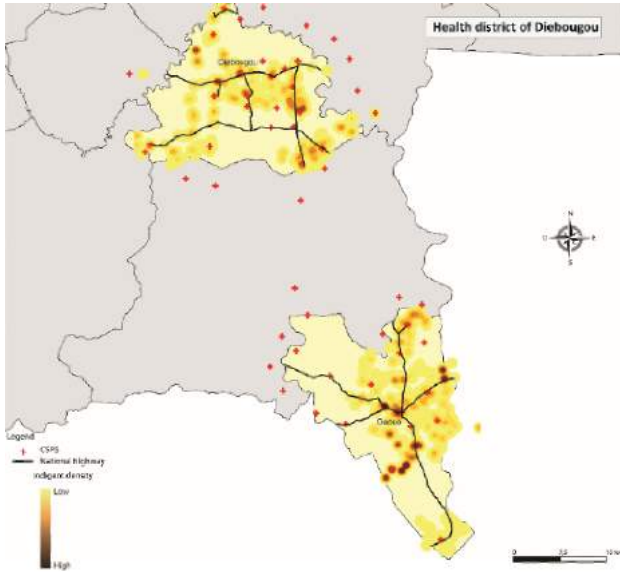


Figure 1.
Concentration géographique des répondant-e-s à Diébougou.

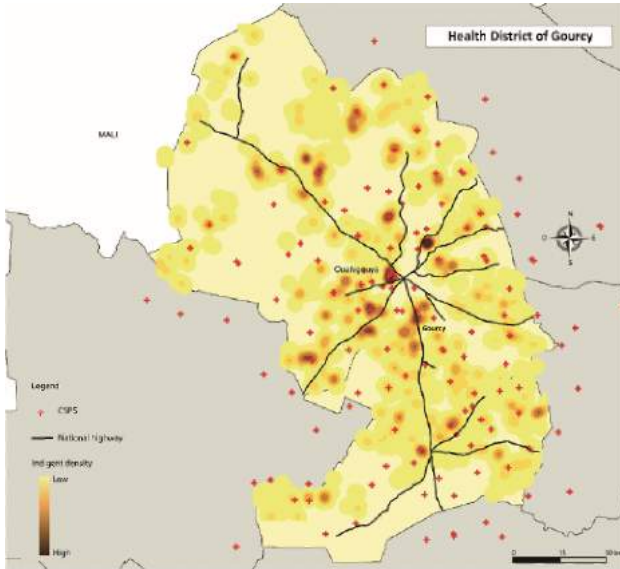


Figure 2.
Concentration géographique des répondant-e-s à Gourcy.

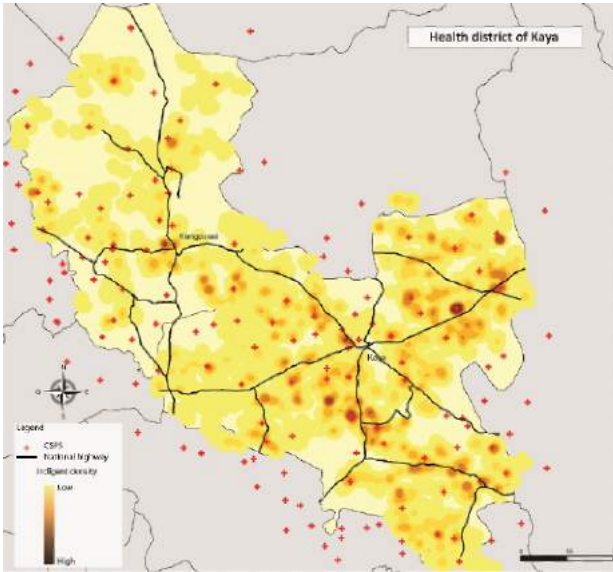


Figure 3. Concentration géographique des répondant-e-s à Kaya.

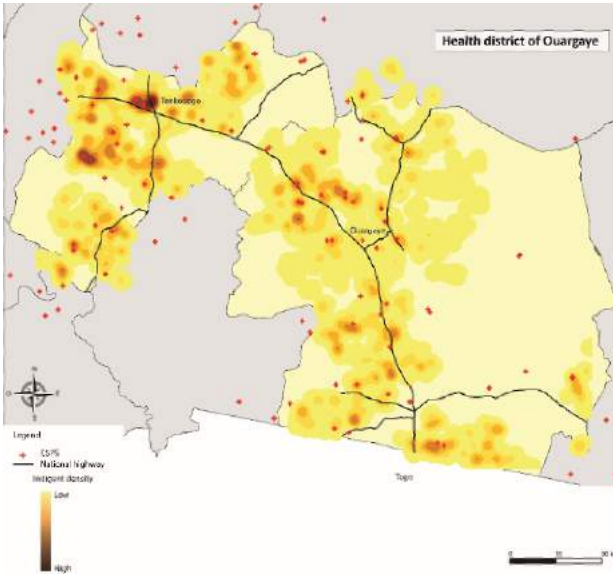


Figure 4. Concentration géographique des répondant-e-s à Ouargaye.

Analyse concernant la possession de cartes d'exemption de frais d'utilisation

Le tableau 3 présente les résultats du modèle identifiant les déterminants de la possession d'une carte d'exemption de frais d'utilisation. L'alphabétisation de base ($p = 0,03$), la distance inférieure à 5 km du centre de santé le plus proche ($p = 0,02$) et la résidence dans le district sanitaire de Diébougou ($p = 0,00$) et de Gourcy ($p = 0,01$) étaient positivement associées à la possession d'une carte.

Tableau 3. Modèle de régression sur la possession d'une carte d'exemption de frais d'utilisation.

Variable	Coefficient de régression (β)	Erreur Std	P-Value	[95% IC]
<i>Facteurs prédisposants</i>				
Age	0.00	0.00	0.98	-0.01 0.01
Sexe	-0.19	0.19	0.31	-0.56 0.18
État civil	-0.07	0.17	0.69	-0.39 0.26
Statut dans le ménage	-0.23	0.17	0.18	-0.57 0.10
Taille du ménage	0.06	0.04	0.11	-0.01 0.14
<i>Facteurs favorables</i>				
Education	-0.14	0.38	0.72	-0.88 0.61
Alphabétisation de base	-0.77	0.37	0.03	-1.49 -0.06
Distance par rapport au centre de soins de santé le plus proche	-0.38	0.15	0.02	-0.68 -0.07
<i>Facteurs de besoin</i>				
La santé perçue	0.22	0.17	0.19	-0.11 0.56
Handicap	0.04	0.18	0.81	-0.32 0.41
District de santé (Référence Kaya)				
Ouargaye	-0.09	0.18	0.59	-0.44 0.25
Diébougou	1.31	0.20	0.00	0.09 1.70
Gourcy	1.75	0.28	0.01	1.20 2.31
_cons	0.81	0.42	0.06	-0.02 1.65

Analyse concernant l'utilisation des services conditionnellement à la déclaration de maladie

Le tableau 4 présente les résultats du modèle à effets aléatoires prédisant l'utilisation des services de santé conditionnellement à la déclaration de maladie et la possession d'une carte d'exemption de frais d'utilisation des services de santé (modèle 2). Ces analyses ont été contrôlées sur toutes les autres variables explicatives. Aucune association n'a été trouvée entre la possession de la carte d'exemption de frais et l'utilisation des services de santé ($p = 0,73$). En outre, l'éducation, l'alphabétisation de base, l'état civil et la distance entre le lieu d'habitation et le centre de santé n'étaient pas non plus associés à l'utilisation des services de santé. Le fait d'être chef de ménage

($p = 0,00$), d'être un homme ($p = 0,04$) et d'avoir une plus grande taille de ménage ($p = 0,02$) étaient associés positivement à l'utilisation des services de santé, tandis qu'une meilleure perception de la santé était associée négativement. En revanche, le fait d'être handicapé ($p = 0,00$) et d'être d'un âge avancé ($p = 0,00$) étaient associés négativement à l'utilisation des services de santé.

Tableau 4. Modèle de régression sur l'utilisation des services (conditionné par la déclaration de maladie).

Variable	Coefficient de régression (B)	Erreur Std	P-Value	[95% IC]	
Facteurs prédisposants					
Age	-0.01	0.00	0.00	-0.02	-0.01
Sexe	-0.31	0.15	0.04	-0.61	-0.01
État civil	0.17	0.13	0.17	-0.07	0.42
Statut dans le ménage	0.42	0.13	0.00	0.16	0.68
Taille du ménage	0.08	0.03	0.02	0.01	0.14
Facteurs favorables					
Possession d'une carte d'exemption de frais d'utilisation	-0.07	0.20	0.73	-0.45	0.32
Éducation	0.45	0.35	0.20	-0.24	1.14
Alphabétisation de base	-0.25	0.1	0.42	-0.85	0.35
Distance par rapport au centre de soins de santé le plus proche	0.00	0.13	0.97	-0.25	0.26
Facteurs de besoin					
La santé perçue	-0.56	0.18	0.00	-0.92	-0.203
Handicap	-0.37	0.13	0.00	-0.63	-0.121
District de santé (Référence Kaya)					
Ouargaye	0.95	0.18	0.00	0.60	1.30
Diébougou	0.14	0.16	0.38	-0.17	0.45
Gourcy	0.10	0.18	0.58	-0.25	0.45
Heure	-0.26	0.18	0.16	-0.62	0.10
_cons	1.12	0.34	0.00	0.45	1.79
/lnsig2u	-0.57	0.50		-1.54	0.41
sigma_u	0.75	0.19		0.46	1.23
rho	0.15	0.06		0.06	0.31
Test LR de rho = 0: chibar2(01)	5.93				
Prob >= chibar2	0.01				

Discussion

Une constatation essentielle de cette recherche est que la majorité des indigent-e-s identifié-e-s ont reçu les cartes d'exemption. En outre, la possession de cartes d'exemption était positivement associée au fait d'avoir reçu une alphabétisation de base, au fait de résider à une distance inférieure à 5 km du centre de santé le plus proche et au fait de résider dans les districts sanitaires de Diébougou et de Gourcy. Contrairement à l'hypothèse initiale, les résultats indiquent que la possession des cartes d'exemption n'a pas augmenté l'utilisation des services de santé par les indigent-e-s. Le

fait d'être chef de ménage, d'être un homme, d'avoir une mauvaise perception de la santé, d'être plus âgé-e, de ne pas souffrir d'un handicap et d'avoir un ménage plus important étaient positivement associés à l'utilisation des services de santé.

Les résultats semblent contredire les conclusions tirées d'études antérieures menées dans d'autres contextes qui suggéraient une augmentation substantielle de l'utilisation des services par les pauvres après l'introduction d'exemptions de frais d'utilisation (Cottin, 2018; Flores *et al.*, 2013; Garchitorena *et al.*, 2017; Jacobs *et al.*, 2007; Lagarde *et al.*, 2012; Ridde, 2015). Par exemple, Jacobs *et al.* (2007) ont examiné l'impact des fonds d'équité en matière de santé au Cambodge sur l'utilisation des services de santé. En utilisant des analyse de séries chronologiques interrompues d'utilisation mensuelle des services de santé entre 2006-2013, ils ont montré une augmentation de leur utilisation par les pauvres. Cependant, cette politique nationale au Cambodge s'attaque également aux obstacles non financiers et prévoit le remboursement des frais de transport des bénéficiaires vers l'établissement de santé ou des allocations alimentaires quotidiennes pour les soignant-e-s (Jacobs *et al.*, 2007), ce qui n'a pas été le cas au Burkina Faso. Les données de plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest sur les interventions pilotes d'exemption de frais ont généralement tiré des conclusions positives et démontré une augmentation de l'utilisation des services parmi les pauvres (Abdu *et al.*, 2004; Flores *et al.*, 2013; Garchitorena *et al.*, 2017; Ridde, 2015). Une étude de Cottin réalisée en 2018 a estimé qu'un programme national d'exemption du paiement des frais avait un effet positif modeste sur l'utilisation des soins de santé par les pauvres au Maroc. Cependant, aucune de ces études sur les plus pauvres n'a utilisé un modèle de panel pour mesurer l'effet des exemptions sur l'utilisation.

Nos résultats concordent cependant avec ceux d'autres études antérieures. Par exemple, en utilisant une méthode de contrôle synthétique commune, Lépine *et al.* (2018) ont indiqué que la suppression des frais d'utilisation en Zambie n'avait pas entraîné une augmentation de l'utilisation des soins de santé par les personnes indigentes. Par rapport à la superficie du Cambodge, dont les résultats d'une étude présentée plus haut étaient contradictoires, la Zambie est quatre fois plus grande, ce qui pourrait avoir contribué aux

différences d'impact de la suppression des frais d'utilisation entre les pays, puisque la population est répartie sur une plus grande superficie, ce qui rend l'accès aux services de santé plus difficile. Atchessi *et al.* (2014) ont mené une étude pré-post à Ouargaye (Burkina Faso) et ont rapporté une augmentation de l'utilisation des services de santé parmi les indigent-e-s de 2010 à 2011, qui n'était toutefois pas associée à la possession de cartes d'exemption. Conformément à nos conclusions, l'étude soutient que les facteurs socioculturels tels que le sexe et les croyances culturelles, ainsi que des transports abordables, auraient pu être des déterminants plus influents⁵.

Le rôle de la conception et de la mise en œuvre des interventions

Pour mieux comprendre pourquoi la possession de cartes d'exemption de frais d'utilisation n'a pas augmenté l'utilisation des services de santé par les plus pauvres au Burkina Faso, les résultats doivent être interprétés en fonction du contexte de l'intervention et de sa mise en œuvre⁶.

Premièrement, il est important de considérer que les responsables de la mise en œuvre ont dû réduire deux fois le niveau des prix de remboursement (y compris les incitations financières pour atteindre les pauvres) pour tous les services en raison de contraintes budgétaires (Turcotte-Tremblay *et al.*, 2017). En examinant les 18 premiers mois de mise en œuvre (janvier 2014 à mai 2016), Turcotte-Tremblay *et al.* (2017) ont rapporté que certain-e-s prestataires de soins de santé étaient insatisfait-e-s des compensations reçues pour le traitement des indigent-e-s. Ils et elles ont fait valoir que puisque cette population est affectée par de multiples morbidités, les remboursements forfaitaires basés sur les cas et fixés autour du coût moyen du traitement n'étaient pas suffisants pour couvrir leurs coûts réels de prestation de soins de santé (Turcotte-Tremblay *et al.*, 2017). Par conséquent, on émet l'hypothèse que les incitations perçues par

5. Voir le chapitre de Louart *et al.*

6. Voir les chapitres de Ridde *et al.* et de Turcotte-Tremblay *et al.*

les prestataires étaient trop faibles et que, pour cette raison, les prestataires n'étaient pas suffisamment motivé-e-s pour prendre l'initiative d'attirer des plus pauvres dans les établissements comme prévu par le programme FBP. Bien qu'une enquête plus approfondie soit certainement nécessaire, des ajustements généraux des niveaux de prix de remboursement sont recommandés, en tenant compte du profil de morbidité complexe des indigent-e-s.

En outre, en raison de retards importants dans les remboursements⁷, certains établissements de soins ont facturé les indigent-e-s indépendamment de leur carte d'exemption (Turcotte-Tremblay *et al.*, 2017). Dans le même temps, il faut noter qu'un quart des indigent-e-s identifié-e-s initialement n'ont jamais reçu de carte d'exemption, en particulier ceux et celles qui vivent loin de l'établissement de santé et ceux et celles qui sont moins alphabétisé-e-s. Il n'est donc pas surprenant que l'impact de l'intervention soit en retard sur les attentes. Ces circonstances suggèrent la nécessité de respecter les directives de mise en œuvre et de concentrer les efforts pour atteindre les personnes éloignées du centre de santé.

Un autre élément de conception qui pourrait expliquer le manque d'efficacité signalé de l'intervention concerne la possibilité de fraude par les prestataires de soins de santé qui pourrait être une conséquence non intentionnelle du FBP⁸. Cette préoccupation a conduit les concepteurs du projet FBP à introduire un plafond qui rationne les services fournis aux indigent-e-s dans les districts ciblés à un maximum de 10% de toutes les consultations dans les établissements de santé (Fritsche *et al.*, 2014; Ministère de la Santé Burkina Faso, 2013; Ridde *et al.*, 2014). Pour mieux comprendre cette décision, il est important de rappeler que le processus initial d'identification et de ciblage a permis d'identifier jusqu'à 20% des personnes vivant autour des établissements de santé comme étant indigent-e-s et éligibles à une carte d'exemption. Cependant, les comités de sélection communautaires n'ont retenu qu'entre 5% et 10%. Seule une incidence très élevée de maladie (qui serait inhabituelle) émanerait les consultations des indigent-e-s à

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

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

représenter plus de 10% de tous les services fournis. L'imposition de ce plafond aurait pu mettre en garde les prestataires contre la fourniture de soins de santé aux pauvres, ce qui aurait eu pour conséquence de limiter l'accès observé plutôt que d'agir uniquement comme un moyen de dissuasion contre la fraude, comme prévu initialement. Il est intéressant de noter qu'une étude parallèle portant spécifiquement sur les fausses déclarations suggère que, contrairement aux attentes, il est peu probable que le jeu et des fraudes importantes aient eu lieu dans ce contexte (Kuunibe *et al.*, 2019).

L'équité dans l'accès aux soins de santé

Le fait que l'étude n'ait constaté aucun effet significatif des cartes d'exemption de frais d'utilisation sur l'utilisation des services de santé remet sans aucun doute en question la conception et le contenu de l'intervention, surtout si l'on tient compte des coûts financiers et économiques de l'identification des indigent-e-s (respectivement 6 et 12 USD) (Beaugé *et al.*, 2018). En outre, l'exemption de frais d'utilisation n'était pas un projet autonome, mais intégrée dans le cadre d'une intervention plus large. Cette intervention complétait déjà la demande (exemptions de frais d'utilisation) par des incitations du côté de l'offre (FBP) et visait à remédier aux inégalités d'accès aux soins de manière plus holistique. C'est particulièrement dans ce contexte que ces résultats sont alarmants, bien qu'ils fassent écho aux résultats d'études antérieures qui montrent que les mesures d'équité mises en œuvre parallèlement au FBP n'ont pas réussi à réduire les écarts (Allegri *et al.*, 2018; Lannes *et al.*, 2016; Mwase *et al.*, 2020; Ridde *et al.*, 2018) à quelques exceptions près (Binyaruka *et al.*, 2018; Flink *et al.*, 2016). Les implications de ces résultats pour les responsables de la mise en œuvre et le gouvernement sont que les stratégies existantes du FBP doivent être mieux adaptées aux besoins spécifiques des pauvres. Les exemptions de frais d'utilisation représentent, en effet, un premier pas vers la réduction du déficit d'équité⁹. Toutefois, pour

9. Voir le chapitre de Louart *et al.*

obtenir les résultats escomptés et ne pas gaspiller les ressources, il est essentiel que les recherches futures explorent et informent les décideurs et décideuses politiques sur le rôle et la contribution de tous les obstacles financiers et non financiers pertinents à l'accès des pauvres aux soins de santé (Thiede & Koltermann, 2013).

Il est intéressant de noter que les résultats suggèrent que dans ce contexte spécifique, ce ne sont pas seulement les dispositions financières mais aussi les dispositions individuelles telles que la position dans le ménage, la taille du ménage, l'état de santé perçu, l'âge et l'existence d'un handicap qui pourraient être des déterminants plus influents de l'utilisation des services de santé parmi les pauvres. Cela est conforme aux modèles et cadres théoriques qui expliquent la nature complexe de l'accès aux soins et les multiples déterminants de l'utilisation des services de santé (Andersen, 1995; Levesque *et al.*, 2013; Robert *et al.*, 2017). Tous et toutes soulignent que l'accès et l'utilisation des services de santé ne dépendent pas seulement des moyens financiers des pauvres¹⁰.

Malgré la complexité bien connue de la question, les décideurs et décideuses politiques et les bailleurs de fonds ont souvent tendance à trop insister sur l'importance de l'accès financier, car son degré de changement est élevé par rapport, par exemple, à l'évolution des normes et des structures sociales. Pourtant, l'équité de l'accès aux soins est dans l'œil de celui qui les regarde (Andersen, 1995), et ce sont finalement les plus pauvres qui peuvent le mieux présenter les facteurs qui expliquent leur utilisation. Par conséquent, pour promouvoir un accès équitable aux soins, les acteurs de la santé mondiale et les gouvernements doivent tenir compte des contextes locaux et s'adapter à ces réalités lors de la conception des interventions de santé publique et, en fin de compte, des politiques (Aboagye *et al.*, 2019; Thiede & Koltermann, 2013). Pour orienter les politiques, les recherches futures, avec l'application de méthodes mixtes, doivent se concentrer sur l'évaluation de la perspective locale

10. Voir le chapitre de Louart *et al.*

du rôle et de l'interrelation des divers obstacles financiers et non financiers à l'accès et à l'utilisation des soins de santé de manière globale.

À la lumière des résultats, une stratégie complémentaire aux mesures existantes pourrait consister à mieux lutter contre les inégalités entre les sexes par des interventions axées sur l'autonomisation, car les femmes sont encore moins susceptibles d'utiliser les services de santé en raison de leur pouvoir d'agir limité (Nanda, 2002). Pour améliorer radicalement la capacité des femmes à prendre des décisions en matière de santé, les gouvernements devront aller au-delà de simples réformes dans le secteur des soins de santé et introduire des politiques sociales et économiques qui renforcent la position des femmes dans l'ensemble de la société (Samb & Ridde, 2018). Une intervention axée sur les obstacles pourrait organiser des navigateurs et navigatrices en santé¹¹ au sein du système de soins de santé primaires qui serviraient de lien entre les pauvres et les prestataires de soins de santé en déterminant les obstacles à l'utilisation des services et en coordonnant et facilitant les soins nécessaires (Wells *et al.*, 2017). Cela pourrait être particulièrement efficace non seulement pour les femmes, mais aussi pour les personnes âgées. L'étude a mis en évidence leur diminution de probabilité d'utiliser les services de soins de santé. Un autre facteur important dans l'augmentation de l'utilisation est la suppression de la barrière du transport, qui reste un défi important pour les personnes indigentes.

Conclusion

Les indigent-e-s sont la population la plus vulnérable et la moins bien desservie en soins de santé de l'Afrique subsaharienne. En décidant de mettre en œuvre des exemptions ciblées de frais d'utilisation, le Burkina Faso a franchi une étape décisive pour surmonter les obstacles à un accès équitable aux services de santé.

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

Contrairement à l'objectif initial de l'intervention de FBP, l'étude a révélé que l'utilisation des services de santé par les plus pauvres n'était pas adaptée à l'introduction d'une exemption ciblée des frais d'utilisation pour ces personnes. Cette constatation ne remet toutefois pas en cause l'importance de telles stratégies pour la poursuite de la couverture universelle en santé (CSU), mais implique qu'il existe d'autres obstacles sous-jacents, plus ou tout aussi importants, que les obstacles financiers à l'accès universel aux soins de santé, en particulier dans les contextes où les inégalités initiales sont importantes. Bien que les résultats soient basés sur un petit échantillon et se rapportent à un champ géographique limité, ils sont très pertinents puisque les indigent-e-s constituent un groupe fortement sous-représenté dans le paysage scientifique en raison de la difficulté à les atteindre. En conséquence, l'étude offre des orientations pratiques et politiques précieuses qui se font attendre depuis longtemps.

L'étude sert en fin de compte au développement de futures interventions de santé publique pour ne laisser personne de côté, un principe au cœur de l'Agenda 2030 pour le développement durable. Pour améliorer efficacement les conditions de vie des pauvres, trois recommandations politiques peuvent être formulées. Premièrement, il est essentiel de comprendre précisément, au niveau local, les obstacles pertinents à l'accès aux services de santé pour les plus pauvres. Deuxièmement, il est nécessaire d'entamer un dialogue avec les prestataires de soins de santé afin de trouver un terrain d'entente sur les tarifs de remboursement de leurs prestations. Troisièmement, il est essentiel de préparer soigneusement, de planifier, de mettre en œuvre et de financer des exemptions de frais d'utilisation pour les plus démunis-e-s, ainsi que des mesures supplémentaires du côté de la demande, telles que la navigation en santé¹², afin de s'attaquer simultanément à tous les obstacles pertinents à l'accès aux soins de santé.

12. Voir le chapitre de Louart *et al.*

Références

- Abdu, Z., Mohammed, Z., Bashier, I. & Eriksson, B. (2004). The impact of user fee exemption on service utilization and treatment seeking behaviour: The case of malaria in Sudan. *The International Journal of Health Planning and Management*, 19(S1), S95-S106. <https://doi.org/10.1002/hpm.777>
- Aboagye, D.-C., South, J. & Khan, H. (2019). Understanding qualitative and community indicators of poverty for national health insurance scheme exemptions in Ghana. *Illness, Crisis & Loss*. <https://doi.org/10.1177/1054137319855697>
- Allegrì, M. D., Bertone, M. P., McMahon, S., Chare, I. M. & Robyn, P. J. (2018). Unraveling PBF effects beyond impact evaluation: Results from a qualitative study in Cameroon. *BMJ Global Health*, 3(2). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000693>
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 1-10.
- Atchessi, N., Ridde, V. & Zunzunegui, M.-V. (2016). User fees exemptions alone are not enough to increase indigent use of healthcare services. *Health Policy & Planning*, 31(5), 674-681.
- Beaugé, Y., Koulidiati, J.-L., Ridde, V., Robyn, P. J. & De Allegrì, M. (2018). How much does community-based targeting of the ultra-poor in the health sector cost? Novel evidence from Burkina Faso. *Health Economics Review*, 8(19). <https://doi.org/10.1186/s13561-018-0205-7>
- Binyaruka, P., Robberstad, B., Torsvik, G. & Borghi, J. (2018). Who benefits from increased service utilisation? Examining the distributional effects of payment for performance in Tanzania. *International Journal for Equity in Health*, 17(14). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0728-x>

- Cottin, R. (2018). *Free health care for the poor: A good way to achieve universal health coverage? Evidence from Morocco* [Working Papers, DT/2018/16]. DIAL (Développement, Institutions et Mondialisation). <https://ideas.repec.org/p/dia/wpaper/dt201816.html>
- De Allegri, M., Lohmann, J. & Hillebrecht, M. (2018). *Results-based financing for health impact evaluation in Burkina Faso*. [Rapport]. Institute of Global Health, Heidelberg University Hospital. <https://www.rbfhealth.org/sites/rbf/files/documents/Burkina-Faso-Impact-Evaluation-Results-Report.pdf>
- De Allegri, M., Lohmann, J., Souares, A. et al. (2019). Responding to policy makers' evaluation needs: Combining experimental and quasi-experimental approaches to estimate the impact of performance based financing in Burkina Faso. *BMC Health Services Research*, 19(733). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4558-3>
- Flink, I. J., Ziebe, R., Vagaï, D., van de Looij, F., van 'T Riet, H. & Houweling, T. A. (2016). Targeting the poorest in a performance-based financing programme in northern Cameroon. *Health Policy & Planning*, 31(6), 767–776. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv130>
- Flores, G., Ir, P., Men, C. R., O'Donnell, O. & van Doorslaer, E. (2013). Financial protection of patients through compensation of providers: The impact of Health Equity Funds in Cambodia. *Journal of Health Economics*, 32(6), 1180–1193. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.09.012>
- Fritsche, G. B., Soeters, R. & Meessen, B. (2014). *Performance-based financing toolkit*. The World Bank.
- Garchitorea, A., Miller, A. C., Cordier, L. F. et al. (2017). In Madagascar, use of health care services increased when fees were removed: Lessons for universal health coverage. *Health Affairs (Project Hope)*, 36(8), 1443–1451. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1419>
- Gouvernement du Burkina Faso (2007). *Institut National de la Statistique et de la Démographie du Burkina Faso. Table 06.04: Evolution of the consultation rate by sex and place of residence (in%) 1994–2007*. <http://www.insd.bf/n/index.php/indicateurs?id=88>

- Hardeman, W., Van Damme, W., Van Pelt, M., Por, I., Kimvan, H. & Meessen, B. (2004). Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy & Planning*, 19(1), 22–32. <https://doi.org/10.1093/heapol/czh003>
- Hatt, L. E., Makinen, M., Madhavan, S. & Conlon, C. M. (2013). Effects of user fee exemptions on the provision and use of maternal health services: A review of literature. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 31(4 suppl_2), S67–S80.
- Jacobs, B. & Price, N. (2006). Improving access for the poorest to public sector health services: Insights from Kirivong Operational Health District in Cambodia. *Health Policy & Planning*, 21(1), 27–39. <https://doi.org/10.1093/heapol/czj001>
- Jacobs, B., Price, N. L. & Oeun, S. (2007). Do exemptions from user fees mean free access to health services? A case study from a rural Cambodian hospital. *Tropical Medicine & International Health*, 12(11), 1391–1401. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2007.01926.x>
- Kuunibe, N., Lohmann, J., Schleicher, M., Kouliadiati, J., Robyn, P. J., Zigani, Z., Sanon, A. & De Allegri, M. (2019). Factors associated with misreporting in performance-based financing in Burkina Faso: Implications for risk-based verification. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(4), 1217–1237. doi: 10.1002/hpm.2786.
- Lagarde, M., Barroy, H. & Palmer, N. (2012). Assessing the effects of removing user fees in Zambia and Niger. *Journal of Health Services Research & Policy*, 17(1), 30–36. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2011.010166>
- Lannes, L., Meessen, B., Soucat, A. & Basinga, P. (2016). Can performance-based financing help reaching the poor with maternal and child health services? The experience of rural Rwanda. *The International Journal of Health Planning and Management*, 31(3), 309–348. <https://doi.org/10.1002/hpm.2297>
- Lépine, A., Lagarde, M. & Nestour, A. L. (2018). How effective and fair is user fee removal? Evidence from Zambia using a pooled synthetic control. *Health Economics*, 27(3), 493–508. <https://doi.org/10.1002/hec.3589>

- Levesque, J.-F., Harris, M. F. & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2013). *Guide de mise en oeuvre du financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé*.
- Ministry of Health Burkina Faso. (2016). *Plan National de Développement Économique et Social*. <http://presimetre.bf/document/PNDES.pdf>
- Mwase, T., Lohmann, J., Hamadou, S., Brenner, S., Somda, S. M. A., Hien, H., Hillebrecht, M. & De Allegri, M. (2020). Can combining performance-based financing with equity measures result in greater equity in utilization of maternal care services? Evidence from Burkina Faso. *International Journal of Health Policy and Management* (sous presse). <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.121>
- Nanda, P. (2002). Gender dimensions of user fees: Implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health Matters*, 10(20), 127-134. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(02\)00083-6](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(02)00083-6)
- Nguyen, H. T., Zombré, D., Ridde, V. & De Allegri, M. (2018). The impact of reducing and eliminating user fees on facility-based delivery: A controlled interrupted time series in Burkina Faso. *Health Policy & Planning*, 33(8), 948-956. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy077>
- Nguyen, N. T. V. & Dizon, F. F. (2017). *The geography of welfare in Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire and Togo*. World Bank.
- Ouédraogo, S., Ridde, V., Atchessi, N., Souares, A., Koulidiati, J.-L., Stoeffler, Q. & Zunzunegui, M.-V. (2017). Characterisation of the rural indigent population in Burkina Faso: A screening tool for setting priority healthcare services in sub-Saharan Africa. *BMJ Open*, 7(e013405). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013405>
- Pigeon-Gagné, É., Hassan, G., Yaogo, M. & Ridde, V. (2017). An exploratory study assessing psychological distress of indigents in Burkina Faso: A step forward in understanding mental health needs in West Africa. *International Journal for Equity in Health*, 16(143). <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0633-8>

- Ridde, V., Haddad, S. & Heinmüller, R. (2013). Improving equity by removing healthcare fees for children in Burkina Faso. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 67(9), 751–757. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-202080>
- Ridde, V. (2003). Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(7), 532–538.
- Ridde, V. (2015). From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: A story of pilot projects and public policies. *BMC Health Services Research*, 15(S6). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S6>
- Ridde, V., Gautier, L., Turcotte-Tremblay, A.-M., Sieleunou, I. & Paul, E. (2018). Performance-based financing in Africa: Time to test measures for Equity. *International Journal of Health Services*, 48(3), 549–561. <https://doi.org/10.1177/0020731418779508>
- 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).
- Robert, E., Samb, O. M., Marchal, B. & Ridde, V. (2017). Building a middle-range theory of free public healthcare seeking in sub-Saharan Africa: A realist review. *Health Policy & Planning*, 32(7), 1002–1014.
- Samb, O. M. & Ridde, V. (2018). The impact of free healthcare on women's capability: A qualitative study in rural Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 197, 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.045>
- Thiede, M. & Koltermann, K. (2013). Access to health services—Analyzing non-financial barriers in Ghana, Rwanda, Bangladesh and Vietnam using household survey data: A review of the literature. *UNICEF*, (61).

- 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/10.1016/j.socscimed.2017.09.007>
- Wells, K. J., Valverde, P. A., Ustjanauskas, A. E., Calhoun, E. A. & Risendal, B. C. (2017). What are patient navigators doing, for whom, and where? A national survey evaluating the types of services provided by patient navigators. *Patient Education and Counseling*, 101(2), 285–294. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.08.017>
- Zombré, D., De Allegri, M. & Ridde, V. (2017). Immediate and sustained effects of user fee exemption on healthcare utilization among children under five in Burkina Faso: A controlled interrupted time-series analysis. *Social Science & Medicine*, 179, 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.027>

2I. L'efficience des politiques d'exemption du paiement des soins de santé maternelle au Burkina Faso

HOA THI NGUYEN, ALEKSANDRA TORBICA, STEPHAN BRENNER,
JOËL ARTHUR KIENDRÉBÉOGO, LUDOVIC TAPSOBA, VALÉRY RIDDE
ET MANUELA DE ALLEGRI

Introduction

La réduction et la suppression des paiements directs pour des services de santé publique sont devenues un instrument clé pour faire progresser la couverture universelle en santé dans les pays d'Afrique subsaharienne (ASS) (Cotlear & Rosemberg, 2018)¹. Les frais perçus au point d'utilisation ont été identifiés comme un obstacle majeur à l'accès aux soins essentiels, y compris pour l'accouchement par du personnel qualifié dans un établissement de santé (Borghi, Storeng & Filippi 2008; Gabrysch & Campbell, 2009; Yates, 2009). Étant donné le rôle central de l'accouchement assisté par du personnel qualifié en matière de santé maternelle et néonatale, de nombreuses politiques de réduction et de suppression du paiement direct ont ciblé les services de soins obstétriques (Dzakpasu, Powell-Jackson & Campbell, 2014).

Bien qu'il existe des preuves cohérentes et rigoureuses des effets positifs de la réduction ou de la suppression du paiement direct sur le recours à l'accouchement en établissement (Dzakpasu *et al.*, 2012; Manthalu, 2019; Meda, Dumont, Kouanda & Ridde, 2018; Nguyen, Zombré, Ridde & De Allegri, 2018) et aux césariennes (Fournier *et al.*, 2014; Ravit *et al.*, 2018), la littérature est mince sur leur impact sur

1. Ce chapitre est une traduction d'un article publié en anglais et remanié/réduit pour cet ouvrage : Nguyen, H. T., Torbica, A., Brenner, S., Kiendrébéogo, J. A., Tapsoba, L., Ridde, V. & De Allegri, M. (2020). Economic evaluation of user-fee exemption policies for maternal healthcare in Burkina Faso: Evidence from a cost-effectiveness analysis. *Value in Health*, 23(3), 300-308.

la santé maternelle et néonatale. Deux études quasi-expérimentales ont donné des résultats contradictoires sur l'impact de ces politiques sur la santé néonatale : l'une n'a constaté aucun impact au Burkina Faso (Meda *et al.*, 2018) et l'autre a constaté une réduction de 2,9 décès néonataux pour 1 000 naissances au Kenya, au Ghana et au Sénégal (McKinnon, Harper, Kaufman & Bergevin, 2015). Une étude basée sur une modélisation au Burkina Faso n'a révélé aucun impact de la suppression du paiement direct sur la mortalité maternelle, un an après le lancement de l'intervention (Johri, Ridde, Heinmüller & Haddad, 2014). Aucune étude n'a jusqu'à présent examiné l'impact des politiques de réduction/suppression du paiement direct sur les morbidités associées aux complications obstétricales, même si elles représentent potentiellement une part plus importante de la perte de santé maternelle que la mortalité maternelle (Firoz *et al.*, 2013; Hardee, Gay & Blanc, 2012). Ce manque de preuves est probablement attribuable à l'impossibilité d'organiser des études expérimentales pour examiner l'impact sur la santé des accouchements en établissement sanitaire, une question encore compliquée par la présence d'un biais de sélection important, puisque les femmes présentant un risque plus élevé de développer des complications graves sont plus susceptibles que les autres d'accoucher dans un établissement (Chinkhumba, De Allegri, Muula & Robberstad, 2014).

Ce manque de preuves sur les impacts sanitaires des politiques de réduction/suppression du paiement direct se reflète dans le manque de preuves sur leurs impacts économiques. Nous n'avons identifié qu'une seule étude évaluant l'efficacité d'une politique de gratuité des soins de santé en Sierra Leone. S'appuyant sur l'utilisation du modèle *Lives Saved Tool* (Johns Hopkins University, 2018), l'étude a indiqué que l'initiative de gratuité des soins était très rentable car le coût par année de vie sauvée allait de 420 USD à 444 USD (Witter *et al.*, 2018). Aucune étude n'a jusqu'à présent comparé le rapport coût-efficacité de la réduction du paiement direct avec sa suppression complète, même si les pays d'ASS, en raison de leurs ressources extrêmement limitées, doivent souvent choisir entre ces deux options politiques.

Nous avons cherché à combler cette lacune en estimant l'efficacité des politiques de réduction et de suppression du paiement direct au Burkina Faso, où une politique nationale de réduction de 80% et un projet pilote de suppression complète (100%) du paiement direct pour les services de soins ont coexisté entre 2007 et 2015.

Méthodes

Le Burkina Faso est un pays enclavé à faible revenu situé dans l'ouest de l'Afrique subsaharienne. Sa population s'élève à 18 450 494 (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2016), dont la plupart vivent dans les zones rurales (77%) (INSD & ICF International, 2012). Plus de 40% de sa population vit avec moins de 420 Franc CFA (< 1 USD) par jour (INSD, 2015). En 2015, la mortalité maternelle était estimée à 371 pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité néonatale à 26 pour 1 000 naissances vivantes (United Nations, 2018). Les décès maternels représentent 19% de tous les décès chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (INSD & ICF International, 2012).

Jusqu'en 2006, les accouchements étaient assurés contre un paiement par les femmes au point d'utilisation. Les frais s'appliquaient également aux cas obstétricaux d'urgence nécessitant une orientation vers des établissements de santé de niveaux supérieurs. Ces frais variaient selon les établissements, les niveaux de soins et les districts. Selon deux enquêtes nationales réalisées en 2001 et 2004 (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2007), les femmes devaient payer en moyenne 4 055 FCFA (6,85 USD) pour un accouchement normal, 5 415 FCFA (9,15 USD) pour un accouchement compliqué et 38 988 FCFA (65,86 USD) pour une césarienne. Deux études ont examiné les dépenses à la charge de la patiente pour un accouchement normal en 2006, faisant état de valeurs allant de 3 827 FCFA (Ridde *et al.*, 2015) à 4 060 FCFA (V. Ridde, Kouanda, Bado, Bado & Haddad, 2012). En 2006, le taux d'accouchements en établissement s'élevait à environ 42,9% (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2007). De plus, la qualité des services de soins de santé essentiels, y compris les soins d'accouchement, était considérée comme médiocre (Nikiema, Kameli, Capon, Sondo & Martin-Prével, 2010).

Conscient que le paiement direct constitue l'un des principaux obstacles à l'accès aux soins, le gouvernement du Burkina Faso a réduit de manière drastique le paiement direct pour les accouchements et les soins obstétricaux d'urgence en introduisant une politique nationale de réduction de 80% en janvier 2007 (ci-après dénommée la politique nationale). À partir de septembre 2008, un projet pilote de suppression totale (100%) du paiement direct a été mis en œuvre dans la région du Sahel (ci-après dénommé « le projet pilote »). Le tableau 1 présente le contenu essentiel des deux interventions (Ridde, Richard, Bicaba, Queuille, & Conombo 2011; Zombré, De Allegri & Ridde, 2017).

Tableau 1 : Contenu essentiel des deux interventions de l'étude

La politique nationale	Le projet pilote
<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre à l'échelle nationale par le ministère de la Santé à partir de janvier 2007 Entièrement financé par le budget de l'État Paiement direct subventionné à 80% pour les services de soins A appliqué trois taux forfaitaires qui ont été estimés par les coûts du ministère de la Santé afin de payer les établissements de santé Les femmes devaient payer les 20% restants du coût, qui étaient fixés à 900 FCA (1,52 USD) pour un accouchement normal, à 1 600 FCA (9,08 USD) pour un accouchement compliqué et à 11 000 FCA (18,58 USD) pour une césarienne. 	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre par RHEP (une ONG allemande) en collaboration avec les autorités sanitaires de deux districts (Dori et Sebba) dans la région du Sahel à partir de septembre 2008 Entièrement financé par la Commission européenne A appliqué les trois mêmes taux forfaitaires que ceux appliqués par la SONU A couvert les 20% restants des coûts que la SONU faisait aux femmes, c'est-à-dire que les femmes n'avaient alors plus rien à payer pour accoucher dans les établissements publics de santé.

Nous avons évalué à la fois les coûts et les effets des deux interventions depuis leur lancement jusqu'en décembre 2015. Nous avons choisi 2015, la dernière année des deux interventions, comme année de base de notre analyse.

Nous nous sommes appuyé-e-s sur un modèle d'arbre de décision étant donné que les événements liés à la naissance évoluent sur une période de temps relativement courte (Brennan, Chick & Davies, 2006; Briggs, Claxton & Sculpher, 2006). Conformément aux interventions de l'étude, l'accouchement en établissement a été défini comme un accouchement assisté par des accoucheuses qualifiées (sages-femmes formées, infirmières ou médecins formé-e-s) dans un établissement de santé et sans accès aux soins obstétricaux d'urgence (y compris la césarienne), tandis que l'accouchement à domicile a été défini comme un accouchement en dehors d'un établissement de santé n'ayant accès à aucun des services obstétricaux susmentionnés. Nous avons limité notre estimation aux quatre complications obstétricales les plus courantes et les plus graves (c'est-à-dire potentiellement létales) : hémorragie post-partum, accouchement

dystocique, septicémie puerpérale et pré-éclampsie/éclampsie (Kaye, Kakaire & Osinde, 2011; Prual, Bouvier-Colle, de Bernis & Breart, 2000).

Ce livre étant destiné à un public non spécialiste de l'économie de la santé, les détails méthodologiques de ce chapitre se trouvent dans l'article publié en anglais. Il a été évalué par des expert-e-s du domaine afin d'en garantir la rigueur méthodologique. Les lecteurs et lectrices intéressé-e-s pourront donc se référer à cet article pour mieux comprendre la structure de l'arbre de décision, l'estimation des effets sur la santé, l'estimation des coûts, l'approche analytique et enfin la validation du modèle.

Résultats

Nous présentons d'abord l'estimation des coûts du programme, puis nous procédons à l'analyse déterministe et de sensibilité. Les résultats de la validation du modèle sont disponibles dans l'article publié en anglais.

Coût de la politique nationale et du projet pilote

Le coût total de la politique nationale pendant toute sa période de mise en œuvre (2007-2015) s'est élevé à 2 131 020 479 FCFA (3 599 697 USD). Le coût annuel varie entre un minimum de 214 255 000 FCFA (361 867 USD) en 2015 et un maximum de 285 106 278 FCFA (481 598 USD) en 2008. Étant donné que la politique nationale a couvert 5 097 671 accouchements en établissement au total entre 2007 et 2015, le coût unitaire a été estimé à 418 FCFA (0,7 USD) par accouchement en établissement sanitaire.

Entre 2008 et 2015, le coût total du programme pilote s'est élevé à 4 702 040 USD, ce qui représente 43% du coût total des services de santé. La proportion annuelle des coûts du programme par rapport aux coûts des services de santé a varié entre 33% en 2012 et 69% en 2008. L'annexe 2 de l'article original présente un calcul détaillé des coûts du programme pour les deux interventions.

Analyse de l'efficacité

Le tableau 2 présente les résultats du rapport coût-efficacité déterministe pour la politique nationale et le projet pilote dans les deux scénarios pour 2015. Dans le premier scénario, lorsque les deux interventions sont comparées à la base de référence, pour chaque accouchement, la politique nationale a entraîné un coût supplémentaire de 5,27 USD et a évité 0,0251 AVCI. Le pilote a entraîné un coût supplémentaire de 11,01 USD et a évité 0,0436 AVCI. En conséquence, les ratios coût-efficacité différentiels de la politique nationale et du projet pilote par rapport à la base de référence étaient respectivement de 210,22 USD et de 252,51 USD par AVCI évitée. Dans le second scénario, qui comparait le pilote à la politique nationale, le pilote a encouru un coût supplémentaire de 5,74 USD et a évité 0,0185 AVCI par accouchement, ce qui a donné un ratio coût-efficacité différentiel de 309,74 USD par AVCI.

Tableau 2 : Résultats de l'efficacité de la politique nationale et du projet pilote de suppression des redevances d'utilisation pour 2015

Options de décision	Moyenne		Incrémentale		
	Coût (USD)	Effet (AVCI)	Coût (USD)	Effet (AVCI)	ICER (USD/AVCI)
Scénario 1 : La politique nationale et le projet pilote de suppression du paiement direct par rapport à la situation de référence					
Base de référence	0.55	1.5295			
La politique nationale	5.82	1.5044	5.27	0.0251	210.22
Le pilote	11.56	1.4859	11.01	0.0436	252.51
Scénario 2 : Le projet pilote de suppression du paiement direct comparé à la politique de la SONU					
La politique nationale	5.82	1.5044			
Le pilote	11.56	1.4859	5.74	0.0185	309.74

Note : ICER = ratios coût-efficacité différentiels

La suppression des redevances d'utilisation fait ici référence à la suppression des paiements directs.

Les résultats de l'analyse déterministe pour toutes les années d'intervention ont été présentés dans l'article publié en anglais.

Sur la base des estimations déterministes, pour la seule année 2015, la politique nationale a entraîné un coût estimé à 5 025 349 USD, soit 0,27 USD par habitant-e et a permis d'éviter 21 144 AVCI. Le projet pilote aurait pu entraîner un coût supplémentaire de 0,26 USD par habitant-e et éviter 15 584 AVCI supplémentaires s'il avait été mis en œuvre à l'échelle nationale en 2015.

Entre 2007 et 2015, la politique nationale a entraîné un coût total (coûts du programme et des services de santé) de 41 481 428 USD et a permis d'éviter 144 377 AVCI. Si le projet pilote avait été mis en œuvre à l'échelle nationale, il aurait entraîné un coût supplémentaire de 33 754 880 USD et permis d'éviter 102 008 AVCI supplémentaires entre 2008 et 2015.

Discussion

Par rapport à la situation de référence, la réduction de 80% et la suppression de 100% pour les accouchements se sont toutes deux révélées très rentables au Burkina Faso. L'évaluation des interventions par rapport aux seuils d'efficacité de l'OMS (WHO, 2019a) révèle que les estimations des ratios coût-efficacité différentiels des deux interventions par rapport à la situation de référence pour les analyses déterministes et de sensibilité sont sensiblement inférieures au PIB par habitant-e du pays en 2015, de 575 USD (World Bank, 2018). L'évaluation des interventions à l'aune de seuils d'efficacité nationaux révèle, quant à elle, que les ratios coût-efficacité différentiels déterministes des deux interventions, estimés à 37% du PIB par habitant-e pour la politique nationale et à 44% pour le projet pilote, sont également inférieurs au seuil de 54% du PIB par habitant-e du Burkina Faso (Woods, Reville, Sculpher & Claxton, 2016). Ayant évalué les résultats du ratio coût-efficacité et en tenant compte des contraintes de ressources auxquelles est confronté le système national de santé au Burkina Faso (Reville *et al.*, 2015; Woods *et al.*, 2016), nous sommes convaincu-e-s que son estimation est très pertinente pour informer le développement en cours des exemptions du paiement direct au Burkina Faso et ailleurs.

La suppression totale des paiements directs pour les soins de santé est plus rentable que la réduction de 80% lorsqu'elle est mise en œuvre à l'échelle nationale. Par rapport à la politique nationale, le projet pilote a entraîné un ratio coût-efficacité différentiel déterministe de 309,74 USD par AVCI évitée, ce qui est bien inférieur au seuil de l'OMS pour une intervention d'un très bon rapport coût-efficacité, et également inférieur au seuil de 54% pour le Burkina Faso. En outre, notre analyse de la situation a indiqué que ce taux pourrait être réduit de moitié si le projet pilote entraînait les mêmes coûts de programme que la politique nationale.

Notre étude a suggéré que la politique nationale était financièrement abordable au Burkina Faso. Nous avons estimé que le coût total de la politique nationale était d'environ 0,27 USD par habitant-e en 2015, ce qui équivaut à 0,79% des dépenses totales de santé du pays pour la même année, qui étaient de 34 USD par habitant-e (WHO, 2019b). De plus, notre estimation du coût total de la politique nationale était inférieure d'environ 18% au budget (30 milliards de FCFA) engagé par le gouvernement pour sa mise en œuvre (Ridde *et al.*, 2011). De même, nos estimations indiquent que le Burkina Faso peut se permettre de mettre en œuvre la suppression de 100% au lieu de la réduction de 80% du paiement direct pour les soins de santé à l'échelle nationale en utilisant ses ressources nationales, étant donné qu'un tel changement aurait entraîné un coût supplémentaire d'environ 0,26 USD par habitant-e, soit 0,76% des dépenses totales de santé du pays en 2015. Notre conclusion concernant le caractère financièrement abordable des deux interventions de l'étude est conforme à la conclusion d'une analyse récente selon laquelle le gouvernement est capable de fournir un financement durable pour les politiques d'exemption du paiement direct au Burkina Faso (Mathonnat, Audibert & Belem, 2020).

Nos conclusions suggèrent que la politique nationale a contribué de manière substantielle à la réduction de la charge de morbidité due aux conditions maternelles dans le pays en couvrant 5 097 671 des 6 668 061 accouchements et en évitant 144 377 AVCI au total entre 2007 et 2015. Le projet pilote a un grand potentiel pour améliorer la santé maternelle et périnatale. Il aurait pu éviter 102 008 AVCI supplémentaires s'il avait été mis en œuvre à l'échelle

nationale pendant la même période. En outre, il est important de noter que notre étude a adopté une perspective de système de santé, en considérant uniquement les impacts sur la santé. Néanmoins, nous reconnaissons que les gains réels des exemptions du paiement direct seraient probablement plus importants si l'on considérait les impacts sociétaux plus larges de l'intervention (De Allegri *et al.*, 2012; Ganaba *et al.*, 2016; Ridde *et al.*, 2014).

Conclusion

Notre étude montre que la réduction de 80% et la suppression de 100% du paiement direct ont été des interventions efficaces et abordables au Burkina Faso. Il serait intéressant que le Burkina Faso passe d'une réduction de 80% à la suppression totale des paiements directs pour les soins liés à l'accouchement, ce que la politique nationale de gratuité des soins de santé a lancée en 2016² en supprimant complètement les paiements directs pour les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans et les indigent-e-s (Ministère de la Santé du Burkina, 2016).

Remerciements

Nos sincères remerciements vont au professeur Bjarne Robberstad pour ses conseils techniques sur la structure initiale du modèle; au Dr Jobiba Chinkhumba pour l'échange de documents utiles sur les estimations de la mortalité maternelle et périnatale; au Dr Volker Winkler pour ses conseils utiles sur la dérivation des estimations épidémiologiques de la morbidité maternelle; et à Salvador Shabbir pour son aide à la révision linguistique. Cette étude a reçu le soutien financier de la Fondation allemande pour la recherche (DFG) [AL 1361/3-1].

2. Voir le chapitre de Ridde et Yaméogo.

Références

- Borghi, J., Storeng, K. T. & Filippi, V. (2008). Overview of the costs of obstetric care and the economic and social consequences for households. Dans F. Richard, S. Witter & V. De Brouwere (dir.), *Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries* (23-46). ITG Press.
- Brennan, A., Chick, S. E. & Davies, R. (2006). A taxonomy of model structures for economic evaluation of health technologies. *Health Economics*, 15(12), 1295-1310. doi:10.1002/hec.1148
- Briggs, A. H., Claxton, K. & Sculpher, M. J. (2006). *Decision modelling for health economic evaluation*. Oxford University Press.
- Chinkhumba, J., De Allegri, M., Muula, A. S. & Robberstad, B. (2014). Maternal and perinatal mortality by place of delivery in sub-Saharan Africa: A meta-analysis of population-based cohort studies. *BMC Public Health*, 14(1014). doi:10.1186/1471-2458-14-1014
- Cotlear, D. & Rosemberg, N. (2018). *Going universal in Africa: How 46 African countries reformed user fees and implemented health care priorities* [Universal Health Coverage Studies Series, (26)]. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29177>
- De Allegri, M., Ridde, V., Louis, V. R. et al. (2012). The impact of targeted subsidies for facility-based delivery on access to care and equity: Evidence from a population-based study in rural Burkina Faso. *Journal of Public Health Policy*, 33(4), 439-453. doi:10.1057/jphp.2012.27
- Dzakpasu, S., Powell-Jackson, T. & Campbell, O. M. R. (2014). Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: A systematic review. *Health Policy & Planning*, 29(2), 137-150. doi:10.1093/heapol/czs142
- Dzakpasu, S., Soremekun, S., Manu, A. et al. (2012). Impact of free delivery care on health facility delivery and insurance coverage in Ghana's Brong Ahafo Region. *PloS One*, 7(11), e49430. doi:10.1371/journal.pone.0049430

- Firoz, T., Chou, D., von Dadelszen, P. et al. (2013). Measuring maternal health: Focus on maternal morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(10), 794-796. doi:10.2471/BLT.13.117564
- Fournier, P., Dumont, A., Tourigny, C., Philibert, A., Coulibaly, A. & Traoré, M. (2014). The free caesareans policy in low-income settings: An interrupted time series analysis in Mali (2003–2012). *PloS One*, 9(8), e105130. doi:10.1371/journal.pone.0105130
- Gabrysch, S. & Campbell, O. M. (2009). Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(34). doi:10.1186/1471-2393-9-34
- Ganaba, R., Ilboudo, P. G. C., Cresswell, J. A. et al. (2016). The obstetric care subsidy policy in Burkina Faso: What are the effects after five years of implementation? Findings of a complex evaluation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(84). doi:10.1186/s12884-016-0875-2
- Hardee, K., Gay, J. & Blanc, A. K. (2012). Maternal morbidity: Neglected dimension of safe motherhood in the developing world. *Global Public Health*, 7(6), 603-617. doi:10.1080/17441692.2012.668919
- INSD (2015). *Rapport Enquête multisectorielle continue (EMC) 2014 : Profil de pauvreté et d'inégalités*. http://www.insd.bf/n/contenu/enquetes_recensements/Enq_EMC/Profil_de_pauvrete_et_d_inegalite_en_2014.pdf
- INSD & ICF International (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*. <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR256/FR256.pdf>
- Johns Hopkins University (2018). *The lives saved tool*. <https://www.livessavedtool.org/>
- Johri, M., Ridde, V., Heinmüller, R. & Haddad, S. (2014). Estimation of maternal and child mortality one year after user-fee elimination: An impact evaluation and modelling study in Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 706-715.
- Kaye, D. K., Kakaïre, O. & Osinde, M. O. (2011). Systematic review of the magnitude and case fatality ratio for severe maternal morbidity in sub-Saharan Africa between 1995 and 2010. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(65). doi:10.1186/1471-2393-11-65

- Manthalu, G. (2019). User fee exemption and maternal health care utilisation at mission health facilities in Malawi: An application of disequilibrium theory of demand and supply. *Health Economics*, 28(4), 461-474. doi:10.1002/hec.3856
- Mathonnat, J., Audibert, M. & Belem, S. (2020). Analyzing the financial sustainability of user fee removal policies: A rapid first assessment methodology with a practical application for Burkina Faso. *Applied Health Economics and Health Policy*, 18, 767-780. doi:10.1007/s40258-019-00506-2
- McKinnon, B., Harper, S., Kaufman, J. S. & Bergevin, Y. (2015). Removing user fees for facility-based delivery services: a difference-in-differences evaluation from ten sub-Saharan African countries. *Health Policy & Planning*, 30(4), 432-441. doi:10.1093/heapol/czu027
- Meda, I. B., Dumont, A., Kouanda, S. & Ridde, V. (2018). Impact of fee subsidy policy on perinatal health in a low-resource setting: A quasi-experimental study. *PloS One*, 13(11), e0206978-e0206978. doi:10.1371/journal.pone.0206978
- Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2007). *Annuaire statistique 2006* (03 BP 7009).
- Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2016). *Annuaire statistique 2015* (03 BP 7009).
- Ministère de la Santé du Burkina Faso (2016). *Stratégie nationale de gratuité des soins chez la femme enceinte, des accouchements, de la césarienne et des autres* (SONU).
- Nguyen, T. H., Zombré, D., Ridde, V. & De Allegri, M. (2018). The impact of reducing and eliminating user fees on facility-based delivery: A controlled interrupted time-series in Burkina Faso. *Health Policy & Planning*, 33(8), 948-956. doi:10.1093/heapol/czy077
- Nikiema, L., Kameli, Y., Capon, G., Sondo, B. & Martin-Prével, Y. (2010). Quality of antenatal care and obstetrical coverage in rural Burkina Faso. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 28(1), 67-75.

- Pruhal, A., Bouvier-Colle, M. H., de Bernis, L. & Breart, G. (2000). Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: Incidence and case fatality rates. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(5), 593-602.
- Ravit, M., Audibert, M., Ridde, V., de Loenzien, M., Schantz, C. & Dumont, A. (2018). Removing user fees to improve access to caesarean delivery: A quasi-experimental evaluation in western Africa. *BMJ Global Health*, 3(1).
- Revill, P., Ochalek, J., Lomas, J. et al. (2015). *Cost-effectiveness thresholds: Guiding health care spending for population health improvement* [Rapport pour l'International Decision Support Initiative (iDSI)]. Centre for Health Economics, University of York.
- Ridde, V., Agier, I., Jahn, A., Mueller, O., Tiendrebéogo, J., Yé, M. & De Allegri, M. (2014). The impact of user fee removal policies on household out-of-pocket spending: Evidence against the inverse equity hypothesis from a population based study in Burkina Faso. *The European Journal of Health Economics*, 16, 55-64. doi:10.1007/s10198-013-0553-5
- Ridde, V., Kouanda, S., Bado, A., Bado, N. & Haddad, S. (2012). Reducing the medical cost of deliveries in Burkina Faso is good for everyone, including the poor. *PloS One*, 7(3), e33082. doi:10.1371/journal.pone.0033082
- Ridde, V., Richard, F., Bicaba, A., Queuille, L. & Conombo, G. (2011). The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health Policy & Planning*, 26(Suppl_2). doi:10.1093/heapol/czr060
- United Nations (2018). *SDG Open Data*.
- WHO (2019a). *Choosing interventions that are cost-effective (WHO-CHOICE)*. Retrieved from <https://www.who.int/choice/cost-effectiveness/en/>
- WHO (2019b). *Global Health Expenditure Database: Health expenditure profile Burkina Faso*. http://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

- Witter, S., Briki, N., Harris, T. *et al.* (2018). The free healthcare initiative in Sierra Leone: Evaluating a health system reform, 2010-2015. *International Journal of Health Planning and Management*, 33(2), 434-448. doi:doi:10.1002/hpm.2484
- Woods, B., Revill, P., Sculpher, M. & Claxton, K. (2016). Country-level cost-effectiveness thresholds: Initial estimates and the need for further research. *Value in Health*, 19(8), 929-935. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.02.017>
- World Bank (2018). GDP per capita (current US\$). <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=BF>
- Yates, R. (2009). Universal health care and the removal of user fees. *The Lancet*, 373(9680), 2078-2081. doi:10.1016/S0140-6736(09)60258-0
- Zombré, D., De Allegri, M. & Ridde, V. (2017). Immediate and sustained effects of user fee exemption on healthcare utilization among children under five in Burkina Faso: A controlled interrupted time-series analysis. *Social Science and Medicine*, 179, 27-35. doi:10.1016/j.socscimed.2017.02.027

22. Les dépenses excessives de santé des indigent-e-s après l'arrêt du FBR au Burkina Faso

YVONNE BEAUGÉ, VALÉRY RIDDE, EMMANUEL BONNET, SIDIBÉ SOULEYMANE, NAASEGNIBE KUUNIBE ET MANUELA DE ALLEGRI

Introduction

Le gouvernement du Burkina Faso a reconnu la nécessité des politiques d'exemption du paiement des soins pour mieux protéger les plus vulnérables contre l'impact économique de la maladie¹. De nombreuses politiques ont été adoptées au fil des années pour garantir aux plus démunis-e-s la gratuité de l'ensemble des services essentiels (Kadidiatou *et al.*, 2018; Ridde, 2011), notamment le nouveau régime d'assurance maladie universelle obligatoire (RAMU) dont la législation a été adoptée en septembre 2015. Cependant, la mise en œuvre effective de ces mesures en faveur des indigent-e-s a été pour la plupart du temps en retard par rapport à l'engagement politique (Kadidiatou *et al.*, 2018; Ridde, 2011; Kagambega, 2020). Parallèlement à la formulation de nouvelles politiques, le gouvernement du Burkina Faso a lancé plusieurs projets pilotes d'exemption pour protéger les plus pauvres du fardeau financier induit par les paiements directs (Ridde, Rossier *et al.*, 2014; Ridde, Turcotte-Tremblay *et al.*, 2014; Simporé *et al.*, 2013).

En 2014, une intervention de financement basée sur la performance (PBF) en combinaison avec des exemptions du paiement des paiements directs pour les indigent-e-s a été mise en œuvre dans huit districts (Mwase *et al.*, 2018; Ridde, Turcotte-Tremblay *et al.*,

1. Ce chapitre est la traduction d'un article publié à l'origine en anglais et édité/réduit pour ce livre : Beaugé, Y., Ridde, V., Bonnet, E. *et al.* (2020). Factors related to excessive out-of-pocket expenditures among the ultra-poor after discontinuity of PBF: A cross-sectional study in Burkina Faso. *Health Economics Review*, 10(36). <https://doi.org/10.1186/s13561-020-00293-w>

2014). Le ciblage communautaire a été utilisé pour identifier jusqu'à 20% de la population la plus pauvre vivant dans le bassin de desserte des établissements de santé. Les comités communautaires ont sélectionné les indigent-e-s dans leurs villages. À l'issue du processus de ciblage (janvier 2016), chaque indigent-e identifié-e était censé-e recevoir une carte d'exemption, lui permettant de bénéficier de services de santé de base gratuitement dans tous les établissements de santé publics (Beaugé *et al.*, 2018). Les exemptions du paiement des paiements directs ne couvraient pas les frais de transport jusqu'à l'établissement. L'intervention a officiellement pris fin en juin 2018. Une transition vers le prochain projet de la Banque mondiale avait été prévue, mais n'était pas encore réalisée au moment de la rédaction de ce manuscrit (Thinkwell, 2020)².

À notre connaissance, il n'y a eu aucune étude mesurant les dépenses directes parmi les indigent-e-s ciblé-e-s pour suivre les progrès vers la protection financière contre les risques au Burkina Faso. Notre étude visait à combler ce manque de connaissances en utilisant des données transversales pour évaluer l'ampleur des dépenses pour les services de santé formels parmi les indigent-e-s qui avaient été ciblé-e-s et exempté-e-s dans le contexte de l'intervention de financement basée sur la performance (FBR) au Burkina Faso. En outre, nous avons cherché à estimer les facteurs qui expliquent la probabilité que les indigent-e-s subissent une dépense de santé dite excessive. Nous avons défini les « dépenses excessives » comme des dépenses supérieures ou égales à deux fois le montant médian des dépenses (Ameur *et al.*, 2012). En 2019, les indigent-e-s de la région d'étude disposaient de cartes d'exemption dans le cadre du programme FBR et non de la RAMU (pas encore opérationnelle dans le district étudié).

2. Voir le chapitre de Seppey *et al.* sur la question de la pérennité.

Méthodes

L'étude a été menée dans le district de Diébougou, dans la région du Sud-Ouest du Burkina Faso, l'un des huit districts où le FBR a été combiné avec le ciblage et l'exemption du paiement des indigent-e-s. En 2017, le district comptait une population totale de 139 824 habitant-e-s, dont plus de 40% vivaient en dessous du seuil national de pauvreté (Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), 2015). Diébougou compte 24 établissements de santé publics en fonctionnels (4 dispensaires, 19 centres de soins de santé primaires (CSPS) et un hôpital de district), avec un total de huit médecins généralistes et deux pharmaciens (Ministère de la Santé du Burkina Faso. Annuaire Statistique 2017., 2017). En 2016, le nombre annuel moyen de contacts avec les services de santé par habitant-e était de 1,68 (Ministère de la Santé du Burkina Faso. Annuaire Statistique 2017), ce qui est élevé par rapport à la moyenne nationale de 1,02 contacts. Le processus de ciblage communautaire a identifié 6034 personnes à Diébougou comme étant indigent-e-s en 2015, ce qui correspondait à l'époque à environ 9% de la population du district (SERSAP, 2015). Début février 2016, la direction du district a reçu les cartes d'exemption pour les distribuer, via le CSPPS, aux personnes indigentes.

Les données et leurs sources

L'étude a utilisé un ensemble de données transversales de 292 indigent-e-s vivant dans le district sanitaire de Diébougou, préalablement identifiées par une étude menée en 2015. À l'origine, une procédure aléatoire en trois étapes a été appliquée pour identifier les individus de l'étude dans différents districts FBR avec un ciblage au Burkina Faso. En bref, au cours de la première étape, quatre districts sur huit ont été sélectionnés. Au cours de la deuxième étape, les villages comptant plus de dix personnes indigentes ont été sélectionnés puis, lors de la troisième étape, seul-e-s les indigent-e-s âgé-e-s de 18 ans et plus et dont le nom figurait sur la liste originale des indigent-e-s ont été recruté-e-s pour l'enquête (Pigeon-Gagné *et al.*, 2017). L'enquête a été menée du 10 au 25 juin 2019 par cinq

enquêteurs et enquêtrices formé-e-s, parlant couramment la « langue locale », sous la supervision d'un coordinateur d'étude. Les données ont été collectées numériquement à l'aide de tablettes. L'enquête comprenait les cinq sections suivantes : identification des indigent-e-s, y compris leur localisation géographique; informations sociodémographiques; utilisation de la carte d'exemption des services de santé; signalement des maladies et des besoins en matière de soins de santé; capacités fonctionnelles et le réseau de soutien.

Analyse des données

Pour l'analyse, nous avons utilisé l'échantillon tronqué de répondant-e-s ayant utilisé des services de santé formels dans l'établissement de santé sous réserve de la déclaration de la maladie au cours des six mois précédents (N=110), car les cartes d'exemption de paiements directs étaient réservées uniquement aux soins fournis par les établissements de santé officiels. Premièrement, nous avons effectué des statistiques descriptives pour identifier la distribution de l'échantillon pour toutes les variables incluses dans l'analyse. Deuxièmement, nous avons effectué une régression logistique multivariée pour étudier les facteurs liés à une dépense de santé excessive parmi les indigent-e-s ayant bénéficié de services de santé formels pour un seul épisode de maladie au cours des six derniers mois. Troisièmement, nous avons géolocalisé les répondant-e-s et transféré leurs informations GPS dans un système d'information géographique afin de mieux comprendre les tendances entre le lieu de résidence des répondant-e-s et le centre de santé primaire (CSPS). Les détails de l'approche méthodologique et de la modélisation statistique ont été présentés dans l'article original publié en anglais³.

3. Voir la première note de bas de page.

Résultats

Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

Le tableau 1 fournit des statistiques descriptives, des fréquences et des pourcentages pour l'échantillon de l'étude.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

		Exemple n=110 individus (100%)	
		N	%
Excès de dépenses pour les services de soins de santé lors de	Non	11	7.27
	Oui	99	92.73
Possession de la carte d'exemption	Non	18	16.36
	Oui	92	83.64
Sexe	Homme	43	39.09
	Femme	67	60.91
Niveau d'éducation	Pas d'éducation	96	87.27
	Éducation	14	12.73
État civil	Tout le reste	53	48.18
	Marié	57	51.82
Relation avec le chef de famille	Tout le reste	75	68.18
	Chef de famille	35	31.82
Santé perçue	Tout le reste	89	80.91
	Bon	21	19.09
Handicap	Non	80	72.73
	Oui	30	27.27
Indice de pauvreté	Les plus pauvres	32	29.09
	Moyens	38	34.55
	Les moins pauvres	40	36.36
		Moyenne	Sd
	Âge (en années)	55.11	18.67
	Taille du ménage	14.25	11.54
	Distance du centre de soins le plus proche (en km)	4.45	4.75

La majorité de l'échantillon (60,91%) était composée de femmes dont l'âge moyen était de 55,11 ans. Seul-e-s 12,73% ont atteint le niveau d'éducation formel. La moitié de l'échantillon était mariée. Environ un tiers de l'échantillon de l'étude était le chef de ménage. Seules 19,09 % des personnes interrogées ont déclaré être en bonne santé et 27,27% ont déclaré être handicapées. Les personnes interrogées vivaient dans des ménages assez grands, comptant en

moyenne 14 membres, ce qui est typique des zones rurales du Burkina Faso. Plus de 80% ont déclaré avoir reçu une carte d'exemption. 29,09% appartenait aux plus pauvres, 34,55% au quantile de pauvreté moyenne et 36,36% au quintile le plus pauvre. La distance moyenne entre le domicile du ou de la répondant-e et le CSPS le plus proche était de 4,45 km. La figure 1 illustre la concentration géographique où certaines des personnes interrogées sont concentrées autour des centres de santé, mais aussi dans des régions éloignées.

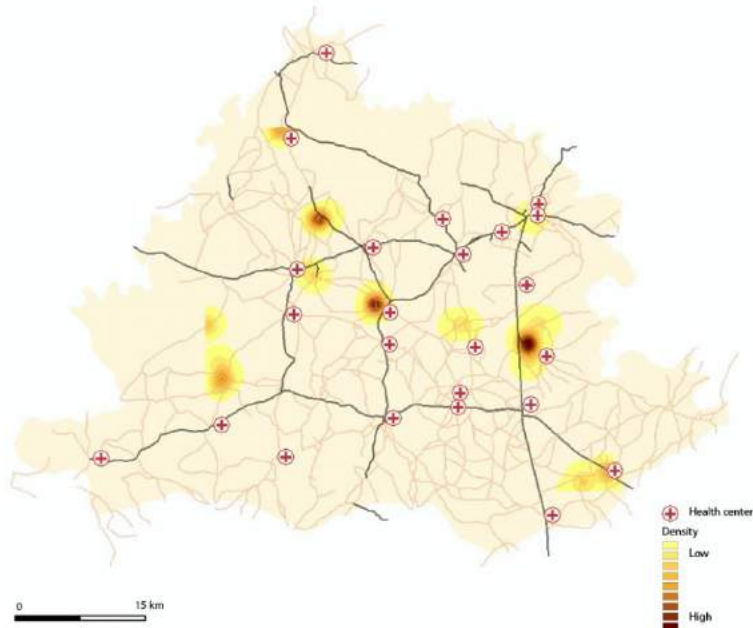


Figure 1. Répartition géographique des CSPS et des indigent-e-s

Dépenses de santé pour les services de santé formels et les transports

Le **tableau 2** illustre la moyenne des dépenses de santé pour les soins de santé formels, le transport et le total des dépenses pour les répondants qui ont déclaré un épisode de maladie au cours des six derniers mois. Les informations sont présentées pour quatre scénarios possibles.

Tableau 2 : Dépenses pour les services de santé formels et les transports en FCFA

OOPE	N	%	Moyenne	SD	Médiane	Min	Max
1. Scénario : en tenant compte des zéros et des valeurs aberrantes							
Soins de santé	110	100.00	20424.45	81552.69	5000	0	700000
Transport	49	26.77	2134.18	2377.49	1400	0	12000
TOTAL	110	100.00	21375.14	82647.95	5050	0	710000
2. Scénario : En excluant uniquement les valeurs aberrantes ^a							
Soins de santé	107	97.27	8847.57	10838.98	5000	0	60000
Transport	48	43.64	1928.65	1912.758	1400	0	10000
TOTAL	110	100.00	9447.86	11196.48	5000	0	62000
3. Scénario : Excluant seulement les zéros ^b							
Soins de santé	99	90%	22693.84	85704.95	5100	500	700000
Transport	48	43.64	2178.646	2381.975	1450	500	12000
TOTAL	102	92.73	23051.62	85631.19	5850	500	710000
4. Scénario : A l'exclusion des zéros et des valeurs aberrantes ^c							
Soins de santé	96	87.27	9861.35	10999.28	5000	500	60000
Transport	47	42.73	1969.68	1911.96	1400	500	10000
TOTAL	102	92.73	10188.87	11298.93	5600	500	62000

Note : Sur les 110 personnes interrogées qui utilisent des services de santé formels, 11 ont déclaré n'avoir aucune dépense.

a à l'exclusion de trois observations en réduisant le seuil de 3 % supérieur = 60000 pour les soins de santé formels ; à l'exclusion d'une observation en réduisant le seuil de 3 % supérieur = 10000 pour les transports

b à l'exclusion de 11 observations avec des zéros pour les soins de santé formels et à l'exclusion d'une observation avec des zéros pour le transport

c à l'exclusion de 11 observations avec des zéros pour les soins de santé formels ; à l'exclusion d'une observation avec des zéros pour le transport ; à l'exclusion de trois observations en réduisant le seuil de 3 % supérieur = 60000 pour les soins de santé formels ; à l'exclusion d'une observation en réduisant le seuil de 3 % supérieur = 10000 pour le transport

La moyenne des dépenses directes pour les services de santé formels en incluant les zéros (les indigent-e-s exempté-e-s étaient censé-e-s être traité-e-s gratuitement) était de 20424,45 FCFA (34,72 USD) et de 2134,18 FCFA (3,62 USD) pour le transport. En comparaison, si l'on exclut les zéros et les valeurs extrêmes, les dépenses sont de 9861,35 FCFA (16,76 USD) pour les services de santé formels et de 1969,68 FCFA (3,35 USD) pour le transport.

Dans le tableau 3, nous avons calculé la prévalence des dépenses excessives parmi les indigent-e-s et la moyenne des dépenses de santé pour différents seuils. En utilisant le seuil de dépenses élevé, 29,09% des personnes interrogées ayant eu un épisode de maladie avaient des dépenses que l'on pouvait qualifier d'excessives.

Tableau 3 : Prévalence des dépenses excessives et moyennes pour différents seuils (n=110)

Seuil des dépenses excessives	Nombre de répondant-e-s	% de personnes interrogées couvrant d'une maladie	Moyenne élevée des dépenses pour les services de santé formels moyenne (icart-type) en FCFA
Dépenses élevées	35	29.09	56762.86 (138984.3)
Dépenses moyennement élevées	58	53.73	36584.91 (130213.7)
Dépenses extrêmement élevées	27	24.55	70316.67 (150285.4)

Résultats du modèle de régression sur les facteurs liés à l'excès des dépenses

Le tableau 4 présente les résultats de la régression logistique explorant les facteurs liés aux dépenses excessives au niveau individuel. Nous présentons d'abord les résultats de notre modèle principal en utilisant les dépenses médianes multipliées par plus de 2 comme seuil pour des dépenses élevées.

Tableau 4 : Résultats du modèle de régression explorant les facteurs liés à l'excès de POOPE au niveau individuel

Variable	Modèle principal = excès de dépenses sur les services de soins de santé formels N=110							
	Coefficient de régression	p-value	[95% IC]		Effets marginaux	p-value	[95% IC]	
Propriétaire de la carte d'exemption	-1.787	0.025	-3.350	-0.224	-0.279	0.014	-0.503	-0.057
Femme	-2.072	0.003	-3.440	-0.705	-0.324	0.000	-0.501	-0.148
Éduqué	-1.703	0.158	-4.068	0.662	-0.267	0.145	-0.625	0.092
Marié	0.192	0.738	-0.932	1.315	0.030	0.738	-0.146	0.206
Chef de famille	-0.943	0.160	-2.256	0.371	-0.148	0.146	-0.346	0.051
Bon état de santé	-1.913	0.084	-4.082	0.256	-0.299	0.074	-0.628	0.030
Avoir un handicap	0.295	0.593	-0.787	1.377	0.046	0.592	-0.122	0.215
Âge	0.036	0.961	-0.002	0.074	0.006	0.047	0.000	0.011
Taille du ménage	-0.030	0.211	-0.078	0.017	-0.005	0.199	-0.012	0.002
Distance	-0.080	0.195	-0.201	0.041	-0.012	0.184	-0.031	0.006
Indice de pauvreté (vs. 1 = indigents)								
2= Médiocre	0.069	0.914	-1.175	1.313	0.010	0.914	-0.174	0.194
3= Les moins pauvres	0.568	0.383	-0.709	1.844	0.089	0.371	-0.105	0.283
_cons	0.886	0.616	-2.577	4.348				
LR chi2(12)	33.71							
Prob >= chibar2	0.001							

Nous avons constaté que le fait d'avoir une carte d'exemption avait un effet protecteur sur les dépenses excessives pour les indigent-e-s. La probabilité de faire face à une dépense dite excessive est plus faible de 28% pour ceux et celles qui ont reçu une carte d'exemption. Nous avons également constaté que la probabilité d'une dépense excessive diminuait de 32% si la personne interrogée était une femme. Tous les autres facteurs inclus dans le modèle principal étaient non-significatifs. Les résultats sont restés stables dans les deux modèles choisis pour l'analyse de sensibilité, dans laquelle nous avons utilisé le seuil de dépenses moyen et extrêmement élevé. Il est intéressant de noter que le facteur de l'âge a considérablement

augmenté la probabilité d'encourir une dépense excessive uniquement dans les modèles 2 et 3 (voir les fichiers additionnels 1 et 2 de l'article original). Dans le modèle principal, l'âge était insignifiant. Les résultats sont également restés stables si l'on exclut les trois cas extrêmes (voir le fichier additionnel 3 dans l'article original).

Discussion

Notre étude apporte une contribution unique à la littérature existante en étudiant les dépenses de santé des indigent-e-s au Burkina Faso, une partie de la société qui vit dans l'extrême pauvreté et qu'il est le plus difficile d'atteindre. Ils et elles sont donc souvent négligé-e-s dans le paysage scientifique car les données sur ces personnes exclues sont peu disponibles (Ridde *et al.*, 2019). Par conséquent, même un petit ensemble de données comme le nôtre est précieux pour suivre et comprendre de près les progrès pour ces personnes et intégrer les connaissances acquises dans la planification et la hiérarchisation des interventions futures afin de ne laisser personne de côté, comme le prévoit « l'Agenda 2030 pour le développement durable ». Notre étude est la première qui évalue l'ampleur des dépenses pour les services de santé formels parmi les indigent-e-s ciblé-e-s et exempté-e-s. Compte tenu des dépenses étonnamment élevées des indigent-e-s, nous avons également cherché à estimer les facteurs qui expliquent la probabilité que les indigent-e-s encourrent une dépense excessive. Les résultats de notre étude convoquent des implications pratiques et politiques précieuses pour les pays qui s'orientent vers un régime national d'assurance maladie avec l'aspiration d'inclure également les membres les plus pauvres de la société⁴. Cependant, en raison de la petite taille de l'échantillon, les résultats doivent être interprétés avec prudence.

La première conclusion cruciale de notre étude est que 90% de la population étudiée a encouru des dépenses supérieures à zéro, alors que seulement 10% ont déclaré des dépenses nulles. Le plus frappant

4. Voir le chapitre de Ridde *et al.* sur les mutuelles de santé.

est que ces indigent-e-s identifié-e-s et anciennement exempté-e-s ont dû payer une somme moyenne totale substantielle de 23051,62 FCFA (39,19 USD) pour couvrir leurs frais de santé officiels pour un seul épisode de maladie au cours des six derniers mois. Pourtant, Beogo *et al.* (2016) ont évalué la moyenne des dépenses directes de santé publique des individus vivant dans la capitale du Burkina Faso à 8404 FCFA (14,29 USD). Nakovics *et al.* (2019) ont utilisé des données au niveau des ménages pour 24 districts (un tiers du pays) et ont calculé une dépense directe moyenne globale de 9362 FCFA (USD 15,92) (quel que soit le type de soins utilisés) pour la population rurale générale. Le quintile socio-économique le plus bas de l'étude réalisée par Nakovics *et al.* (2019) a déclaré une dépenses de santé au même niveau que le reste de la population. Ce qui est évident, c'est le décalage de nos valeurs avec celles des études précédentes. Il est essentiel de noter ici que notre calcul a inclus trois cas extrêmes, mais validés, où des indigent-e-s ont été évacué-e-s pour une opération chirurgicale avec des coûts d'accompagnement extrêmement élevés. Lorsque nous avons retiré ces cas, la moyenne a été calculée à 10188,87 FCFA (17,32 USD), ce qui correspond presque à celle rapportée par Beogo *et al.* (2016) et Nakovics *et al.* (2019). Quelle que soit l'approche adoptée, les deux montants de 39,19 USD et 17,32 USD imposent une charge économique considérable aux indigent-e-s qui vivent déjà en dessous du seuil de pauvreté national de 1,90 USD par jour (Banque mondiale, 2020). En outre, ces chiffres démontrent le caractère injuste des mécanismes actuels de financement de la santé au Burkina Faso.

Notre étude révèle également que près de la moitié des personnes qui font appel à des services de santé formels (45%) ont eu une dépense de transport avec une moyenne de 2178,65 FCFA (3,70 USD). Non seulement les indigent-e-s sont plus nombreux et nombreuses à encourir des frais de transport, mais en même temps, le coût moyen est 27% plus élevé que ce que les habitant-e-s des zones rurales du Burkina Faso paient pour le transport des soins de santé (1670,83 FCFA) (2,84 USD) (Nakovics *et al.*, 2019). Cette constatation semble tout à fait plausible à première vue car on sait que les indigent-e-s vivent généralement isolé-e-s socialement dans des zones reculées (Ridde *et al.*, 2013). Ils et elles ne possèdent pas de

moyens (par exemple, bicyclette, moto ou ânes) pour se rendre au centre de santé, ce qui pourrait entraîner un besoin accru d'utiliser d'autres moyens de transport, faisant augmenter les coûts. La carte (figure 1) de la répartition des CSPS et de la densité des indigent-e-s a confirmé l'éloignement géographique. Cependant, si l'on compare la différence moyenne entre les résident-e-s ruraux et rurales et les indigent-e-s identifié-e-s entre leur lieu de résidence et les centres de santé les plus proches, on ne voit pas de différence importante. Ce constat nous laisse croire que la distance seule n'est peut-être pas le principal facteur d'augmentation des coûts de transport. Nous supposons plutôt que leur âge avancé, la gravité de la maladie et un éventuel stade tardif de la recherche de soins (incapacité de marcher, de se tenir debout, de s'asseoir seul sans assistance) pourraient exiger que les indigent-e-s soient transporté-e-s d'une manière spécifique, par exemple en rendant nécessaire un transport accompagné avec un véhicule emprunté (impliquant des frais de carburant) (Atchessi *et al.*, 2014, 2016; Kadio, 2013)⁵.

En examinant spécifiquement les résultats des modèles de régression, il est frappant de constater que la carte d'exemption que les répondant-e-s ont reçue début février 2016 à Diébougou dans le cadre de l'intervention FBR (trois ans avant la collecte des données) a diminué la probabilité de subir une dépense excessive de 28%. Cette constatation montre le potentiel de l'exemption dans la réalisation de la protection financière des plus pauvres, qui est un objectif clé de la première stratégie de financement de la santé du Burkina (2017-2030). Ceci est remarquable, surtout si l'on considère que l'intervention s'est terminée en juin 2018 avec la fin du financement de la Banque mondiale⁶, où les prestataires de soins de santé ont reçu les derniers remboursements du programme en janvier 2018. Notre collecte de données a commencé presque exactement un an après la fin officielle du projet. Bien que d'autres études qualitatives supplémentaires soient nécessaires pour clarifier les raisons spécifiques de cette évolution positive, les premiers retours d'information sur le terrain ont mis en évidence des processus de solidarité de certain-e-s

5. Voir le chapitre de Louart *et al.*

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

professionnel-le-s de la santé et leur adhésion à l'exemption des paiements directs après l'arrêt du FBR. En effet, on suppose que certain-e-s professionnel-le-s de la santé continuent à se sentir responsables de la santé de leur communauté et à faire preuve de compassion et de gentillesse envers les indigent-e-s. En conséquence, ils et elles pourraient encourager des actions de soutien en collaboration avec les comités de gestion ou, de manière autonome, fournir des services de santé aux indigent-e-s. Nous pensons également à la politique d'exemption mise en œuvre par le gouvernement en 2009 qui a demandé aux agent-e-s de santé au niveau primaire d'exempter les indigent-e-s, mais qui n'a jamais abouti. Des situations similaires ont été notées au Burkina Faso et Mali où certains personnels de santé, dans leurs bonnes volontés, ont continué à assurer l'exemption des soins de santé pour les indigent-e-s identifié-e-s (Ridde & Girard, 2004). En effet, après l'arrêt du FBR au Mali, ce sont principalement les activités avec un degré plus élevé de motivation autonome qui sont plus durables (Seppey *et al.*, 2017). Dans le cas des exemptions des paiements directs, le personnel de santé pourrait être poussé à continuer de fournir des services aux indigent-e-s, même en l'absence de financement d'un projet, car cela correspond à leurs croyances et valeurs.

En outre, une association positive entre l'âge et les dépenses excessives pour les services de santé formels a émergé des conclusions. Cette tendance n'est pas surprenante. Elle est cohérente avec l'état des connaissances (Mugisha *et al.*, 2002), car un âge avancé est un facteur prédisposant à des taux plus élevés de (multi)-morbidités et d'invalidités (Audain *et al.*, 2017; WHO, 2020). Par conséquent, les personnes âgées font un usage important des services de santé formels (Agyemang, Duah *et al.*, 2020), nécessitent des diagnostics spéciaux et, par conséquent, encourrent des dépenses plus élevées (Atchessi *et al.*, 2016; National Research Council, 2001). De même, nous nous attendions à ce que les hommes soient plus susceptibles de dépenser excessivement pour les services de santé formels pour trois raisons principales. Premièrement, le Burkina Faso a mis en place plusieurs mécanismes d'exemption et de suppression des paiements directs et des politiques ciblant les femmes,

notamment la politique de gratuité en avril 2016⁷ pour couvrir les frais de santé pour les soins préventifs et curatifs des femmes enceintes et allaitantes, ce qui rend les dépenses excessives moins probables (Ministère de la Santé Burkina Faso, 2016). Deuxièmement, comme les hommes sont généralement le soutien de la famille et que leur santé est essentielle pour la survie du ménage, ils pourraient utiliser davantage les services de santé formels que les femmes indigentes (Chen *et al.*, 1981; Mugisha *et al.*, 2002; Sen & Östlin, 2008). Troisièmement, Atchessi *et al.* (2016) ont mis en évidence les inégalités de pouvoir qui prévalent dans les relations entre les sexes dans ce contexte particulier au Burkina Faso où le pouvoir de décision appartient généralement aux hommes, ce qui place généralement les femmes dans une position sociale subordonnée affectant leur accès aux ressources rares (Sen & Östlin, 2008).

Conclusion

Un suivi rigoureux des dépenses de santé parmi les ménages pauvres est essentiel pour comprendre les améliorations de la protection financière et de la CSU (Organisation mondiale de la santé, 2019). À notre connaissance, il s'agit de la première étude examinant le niveau de difficultés financières au sein d'une population d'indigent-e-s en Afrique. Les résultats mettent en évidence le montant élevé de dépenses que les indigent-e-s doivent engager pour couvrir leurs frais de santé. Nous avons démontré que les dépenses pour les personnes indigentes sont à peu près au même niveau que celles des personnes appartenant aux groupes socio-économiques plus favorisés, ce qui démontre clairement l'injustice des systèmes de financement de la santé actuellement en vigueur au Burkina Faso. En incluant des valeurs extrêmes valables, les indigent-e-s ont même en moyenne des dépenses plus élevées que la population générale, probablement en raison de leur âge avancé, de la gravité de la maladie et de la complexité des profils médicaux. La présente étude souligne que les cartes d'exemption avaient un effet protecteur contre les

7. Voir le chapitre de Ridde et Yaméogo.

dépenses de santé excessives malgré la fin de l'intervention du FBR, ce qui montre la pertinence de la gratuité des soins pour une population vulnérable.

Les décideurs et décideuses politiques du Burkina Faso doivent reconnaître les besoins particuliers des personnes indigentes pour une protection financière mieux adaptée. Une étude des modèles de service spécifiquement destinés aux indigent-e-s est urgente⁸. Il faut une couverture améliorée et élargie pour cette population compte tenu des risques élevés dus à la multimorbidité et aux maladies chroniques. Si l'on ne tient pas compte de ces réalités lors de l'allocation des budgets, il est peu probable que les soins de santé soient réellement inclusifs pour les personnes vivant en marge de la société comme le sont les indigent-e-s.

Références

- Agyemang-Duah, W., Peprah, C. & Arthur-Holmes, F. (2020). Predictors of healthcare utilisation among poor older people under the livelihood empowerment against poverty programme in the Atwima Nwabiagya District of Ghana. *BMC Geriatrics*, 20(79). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1473-8>
- Ameur, A. B., Ridde, V., Bado, A. R., Ingabire, M.-G. & Queuille, L. (2012). Exemptions des paiements directs et dépenses excessives des ménages pour un accouchement normal au Burkina Faso : La nécessité d'une mise en œuvre prudente. *BMC Health Services Research*, 12(412).
- Atchessi, N., Ridde, V. & Zunzunégui, M.-V. (2014). Le processus de sélection des indigents pour recevoir des soins gratuits au Burkina Faso est-il équitable? *BMC Public Health*, 14(1158). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1158>

8. Voir le chapitre de Louart *et al.*

- Atchessi, N., Ridde, V. & Zunzunegui, M.-V. (2016). Les exemptions des paiements directs ne suffisent pas à elles seules à accroître l'utilisation des services de santé par les indigents. *Health Policy & Planning*, 31(5), 674-681. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv135>
- Audain, K., Carr, M., Dikmen, D., Zotor, F. & Ellahi, B. (2017). Exploration de l'état de santé des personnes âgées en Afrique subsaharienne. *Proceedings of the Nutrition Society*, 76(4), 574-579. <https://doi.org/10.1017/S0029665117000398>
- Banque mondiale. (2020). Dossier sur la pauvreté et l'équité. Burkina Faso. Afrique subsaharienne. https://databank.worldbank.org/data/download/poverty/33EF03BB-9722-4AE2-ABC7-AA2972D68AFE/Global_POVEQ_BFA.pdf
- Beaugé, Y., Koulidiati, J.-L., Ridde, V., Robyn, P. J. & De Allegri, M. (2018). Quel est le coût du ciblage communautaire des indigents dans le secteur de la santé? Nouvelles données du Burkina Faso. *Health Economics Review*, 8(19). <https://doi.org/10.1186/s13561-018-0205-7>
- Beaugé, Y., Ridde, V., Bonnet, E., Souleymane, S., Kuunibe, N. & De Allegri, M. (2020). Facteurs liés aux dépenses excessives chez les indigents après l'interruption du FBP : Une étude transversale au Burkina Faso. *Revue de l'économie de la santé*, 10(1), 1-11.
- Beogo, I., Huang, N., Gagnon, M.-P. & Amendah, D. D. (2016). Les dépenses directes et leurs déterminants dans le contexte de l'expansion du secteur privé des soins de santé dans les villes urbaines d'Afrique subsaharienne : Données tirées d'une enquête auprès des ménages à Ouagadougou, Burkina Faso. *BMC Research Notes*, 9(34). <https://doi.org/10.1186/s13104-016-1846-4>
- Chen, L. C., Huq, E. & d'Souza, S. (1981). Sex bias in the family allocation of food and health care in rural Bangladesh. *Population and Development Review*, 55-70.
- Conseil national de la recherche. (2001). *Se préparer à un monde vieillissant : The case for cross-national research*. National Academies Press.

- INSD. (2015). *Rapport Enquête multisectorielle continue (EMC) 2014. Profil de pauvreté et d'inégalités*. http://www.insd.bf/n/contenu/enquetes_recensements/Enq_EMCM/Profil_de_pauvrete_et_d_inegalite_en_2014.pdf
- Kadidiatou, K., Yamba, K., Aboubacar, O. & Ridde, V. (2018). Analyse de la mise en œuvre d'une initiative de protection sociale visant à admettre les plus pauvres des pauvres dans les mutuelles de santé au Burkina Faso. *Revue internationale de la sécurité sociale*, 71(1), 71-91. <https://doi.org/10.1111/issr.12161>
- Kadio, K. (2013). Perception de l'entraide et de la solidarité de la part d'indigents provenant de ménages du quintile le plus riche du district sanitaire d'Ouargaye au Burkina Faso. Dans P. Fournier, S. Haddad & V. Ridde (dir.), *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest*. L'Harmattan.
- Kagambega, M. T. (2020). Les obstacles à l'effectivité de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso. *SociologieS*. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.4000/sociologies.13422>
- Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2016). *Stratégie nationale de gratuité des soins chez la femme enceinte, des accouchements, de la césarienne et des autres (SONU)*.
- Ministère de la Santé du Burkina Faso (2017). *Annuaire statistique 2017*. http://cns.bf/IMG/pdf/annuaire_ms_2017.pdf
- Mugisha, F., Kouyate, B., Gbangou, A. & Sauerborn, R. (2002). Examen des dépenses de santé à Nouna, Burkina Faso : Implications pour la politique de santé. *Tropical Medicine & International Health*, 7(2), 187-196. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.2002.00835.x>
- Mwase, T., Brenner, S., Mazalale, J., Lohmann, J., Hamadou, S., Somda, S. M. A., Ridde, V. & De Allegri, M. (2018). Inégalités et leurs déterminants dans la couverture des services de santé maternelle au Burkina Faso. *International Journal for Equity in Health*, 17(58). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0770-8>

- Nakovics, M. I., Brenner, S., Robyn, P. J., Tapsoba, L. D. G. & Allegri, M. D. (2019). Déterminants des dépenses de santé individuelles : Une analyse transversale dans les zones rurales du Burkina Faso. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(4). <https://doi.org/10.1002/hpm.2812>
- OMS (2020). Des systèmes de santé qui répondent aux besoins des personnes âgées. <http://www.who.int/ageing/health-systems/en/>
- OMS (2019). *Statistiques sanitaires mondiales 2019 : Suivi de la santé pour les GDS, objectifs de développement durable*.
- Pigeon-Gagné, É., Hassan, G., Yaogo, M. & Ridde, V. (2017). Une étude exploratoire évaluant la détresse psychologique des indigents au Burkina Faso : Un pas en avant dans la compréhension des besoins en santé mentale en Afrique de l'Ouest. *International Journal for Equity in Health*, 16(143). <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0633-8>
- Réfléchissez bien. (2020). *Renforcer les achats pour améliorer les soins de santé primaires au Burkina Faso*. ThinkWell. <https://thinkwell.global/projects/sp4phc/burkinafaso/>
- Ridde, V. & Girard, J.-E. (2004). Douze ans après l'initiative de Bamako : Constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique*, 16(1), 37-51. https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=SPUB_041_0037
- Ridde, V. (2011). L'initiative de Bamako est-elle toujours pertinente pour les systèmes de santé d'Afrique de l'Ouest? *International Journal of Health Services*, 41(1), 175-184. <https://doi.org/10.2190/HS.41.1.1>
- Ridde, V., Bonnet, E., Kadio, K., Louart, S. & De Allegri, M. (2019). La démographie au secours de la couverture santé universelle : Exemples en Afrique de l'Ouest. *Alternatives Humanitaires*, (12). <http://alternatives-humanitaires.org/fr/2019/11/14/la-demographie-au-secours-de-la-couverture-sante-universelle-exemples-en-afrique-de-louest/>

- Ridde, V., Bonnet, E., Nikiema, A. & Kadio, K. (2013). Une analyse spatiale d'une sélection communautaire d'indigents au Burkina Faso. *Global Health Promotion*, 20(suppl_1). <https://doi.org/10.1177/1757975912462417>
- Ridde, V., Haddad, S., Nikiema, B., Ouedraogo, M., Kafando, Y. & Bicaba, A. (2010). Faible couverture mais peu d'erreurs d'inclusion au Burkina Faso : Une approche de ciblage communautaire pour exempter les indigents de paiements directs. *BMC Public Health*, 10(631). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-631>
- Ridde, V., Rossier, C., Soura, A. B., Bazié, F. & Kadio, K. (2014). Une approche communautaire de la sélection des indigents est difficile à organiser dans un quartier formel de Ouagadougou, au Burkina Faso : Une étude exploratoire de méthodes mixtes. *International Journal for Equity in Health*, 13(31). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-31>
- Ridde, V., Turcotte-Tremblay, A.-M., Souares, A. et al. (2014). Protocole pour l'évaluation du processus des interventions combinant le financement basé sur la performance et l'équité en matière de santé au Burkina Faso. *Implementation Science*, 9(149). <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0149-1>
- Sen, G. & Östlin, P. (2008). Inégalité des sexes en matière de santé : Pourquoi elle existe et comment nous pouvons la changer. *Santé publique mondiale*, 3(suppl_1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/17441690801900795>
- Seppey, M., Ridde, V., Touré, L. & Coulibaly, A. (2017). Évaluation de la durabilité d'un projet financé par un donateur : Une étude de cas qualitative d'un projet pilote de financement basé sur les résultats dans la région de Koulikoro, au Mali. *Mondialisation et santé*, 13(86). <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0307-8>
- SERSAP (2015). *Rapport de la sélection des indigents au Burkina Faso*.
- Simporé, L., Ridde, V., Queuille, L. & Hema, A. (2013). Évaluation de l'efficacité du ciblage communautaire des indigents bénéficiaires de la gratuité des soins dans les districts sanitaires de Dori et de Sebba au Burkina Faso. Dans P. Fournier, S. Haddad & V. Ridde (dir.), *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest*. L'Harmattan.

23. L'évolution des inégalités de dépenses de santé au Burkina Faso

MARTIN RUDASINGWA, EDMUND YEBOAH, EMMANUEL BONNET,
VALÉRY RIDDE, PAUL ANDRÉ SOMÉ ET MANUELA DE ALLEGRI

Introduction

Au cours des dernières décennies, les pays du monde entier ont mis en œuvre différentes politiques de santé visant à atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU), définie comme l'accès à des services de santé de qualité et la protection contre les difficultés financières en raison des paiements directs de services de santé pour tous et toutes. L'équité dans l'accès et l'utilisation des soins de santé est une condition préalable importante pour atteindre la CSU (Khan *et al.*, 2017). Cependant, dans de nombreux pays à faible et moyen revenu, notamment en Afrique subsaharienne, les personnes défavorisées sur le plan socio-économique, malgré des besoins de santé généralement plus élevés, utilisent moins les services de santé formels que les personnes plus aisées. De nombreuses études sur les liens entre la santé et le statut socio-économique ont indiqué que les personnes ayant un statut socio-économique élevé jouissent d'une meilleure santé et d'une vie plus longue (Wilkinson, 1992; Wagstaff *et al.*, 2014). Un accès abordable à des soins de santé de qualité n'est possible que dans le cadre de systèmes de santé suffisamment financés et fonctionnant efficacement, qui peuvent ainsi assurer une répartition équitable des avantages sanitaires au sein de leur population (WHO, 2014). Alors que les investissements en faveur de la CSU continuent de croître, il est important de veiller à ce que personne ne soit laissée pour compte¹ et que les investissements réalisés contribuent à combler les écarts existants en matière d'accès,

1. Voir le chapitre de Louart *et al.*

de dépenses de santé et d'état de santé plutôt que de contribuer à les élargir, en ne produisant des bénéfiques que pour les moins pauvres (WHO, 2014; O'Connell *et al.*, 2014).

En 2002, le gouvernement du Burkina Faso a supprimé les frais d'utilisation des services de soins prénataux et en 2007 a introduit une politique appelée SONU (soins obstétricaux et néonataux d'urgence) qui offre une subvention de 80% pour les services d'accouchement pour tous les groupes socioéconomiques de la population et d'une subvention de 100% pour les plus pauvres. Les recherches indiquent que la politique SONU a entraîné une augmentation substantielle de l'utilisation des services de santé (Nguyen *et al.*, 2018). Toutefois, cette politique n'a pas été aussi efficace que prévu pour réduire les paiements directs (Ridde *et al.*, 2012; Ridde *et al.*, 2013; Chinkhumba *et al.*, 2017; Meda *et al.*, 2019). En 2009, une loi a été adoptée afin de supprimer les frais d'utilisation pour les indigent-e-s², laissant à chaque établissement de santé la tâche d'identifier et de payer pour ces personnes, ce qui a aussi posé des défis d'efficacité (Ridde *et al.*, 2018). Entre 2008 et 2016, un certain nombre d'initiatives pilotes ont été mises en œuvre dans certains districts, visant à supprimer les frais d'utilisation pour certains services ou groupes de population. En outre, entre 2014 et 2018, le ministère de la Santé, avec le soutien financier et technique de la Banque mondiale, a mis en place une intervention pilote complexe dans 12 de ses 60 districts³, combinant dans dix des 12 districts, le financement basé sur la performance (FBP) avec trois mesures d'équité différentes pour couvrir le coût des soins pour les plus pauvres. Les résultats de l'évaluation de l'impact du FBP indiquent des effets modestes et non homogènes, bien en deçà des attentes (Kuunibe *et al.*, 2020). En juin 2016, le ministère de la Santé a lancé un programme de soins de santé gratuits ciblant les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de 5 ans⁴.

Les preuves que ces investissements dans les récentes réformes de la CSU ont modifié les dépenses de santé en améliorant leur distribution au profit des pauvres plutôt que des moins pauvres sont

2. Voir le chapitre de Beaugé *et al.*

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

4. Voir le chapitre de Ridde et Yaméogo.

encore limitées. Ce chapitre vise à comprendre si l'incidence distributive des dépenses publiques et globales en matière de soins curatifs et d'accouchements médicalisés est devenue plus équitable au fil du temps, notamment en fonction de l'introduction de réformes spécifiques à la CSU.

Méthode

L'analyse de l'incidence des bénéfiques (AIB) vise à répondre à la question suivante : « Qui, selon les groupes socio-économiques, tire quels avantages de l'utilisation des services de santé? ». Les avantages sont exprimés au plan monétaire et sont essentiellement calculés en multipliant les taux d'utilisation des différents types de services de santé par leurs coûts unitaires. Les détails méthodologiques de ces analyses sont disponibles ailleurs (McIntyre & Ataguba, 2011; Rudasingwa *et al.*, 2020).

Notre étude s'est appuyée principalement sur deux séries de données :

- Données d'enquêtes auprès des ménages, y compris les enquêtes multisectorielles continues (EMC), les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), et l'enquête sur le financement basé sur la performance (EFBP);
- Dépenses de santé récurrentes telles qu'elles figurent dans les comptes nationaux de la santé (CNS).

Avant de décider des années pour notre analyse, nous avons dressé le calendrier de toutes les politiques et interventions sanitaires (figure 1) mises en œuvre au Burkina Faso dans le but de parvenir à une CSU des services curatifs et maternels. Sur la base des données disponibles, nous avons ensuite choisi les années qui pouvaient nous permettre d'évaluer les tendances de l'inégalité socio-économique dans les dépenses de santé au fil du temps.

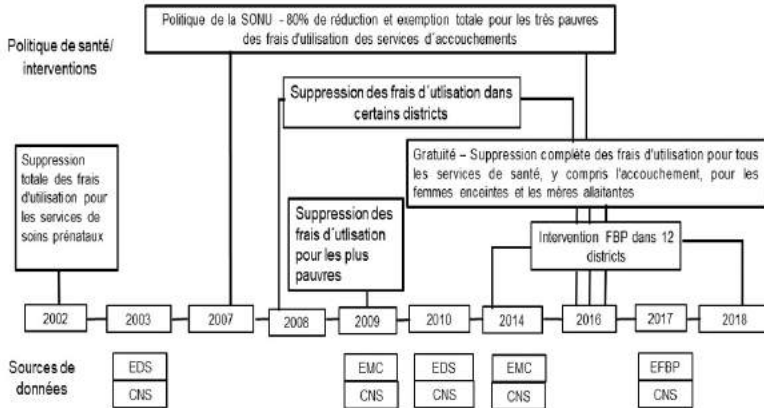


Figure 1. Calendrier des interventions ciblant les services curatifs et maternels

Nous avons aussi utilisé les données du système d'information sanitaire (SIS) pour évaluer et prendre en compte la saisonnalité de l'utilisation des services de santé ainsi que les données de nos propres enquêtes pour quantifier la répartition des dépenses de santé par quantile.

Nous avons estimé l'utilisation des soins de santé par les individus dans différents groupes socio-économiques en fonction du nombre de visites par an dans chaque catégorie de prestataires de soins et à chaque niveau de soins (soins hospitaliers et ambulatoires). Nous avons classé les individus par quantiles de statut socio-économique en classant des plus pauvres aux moins pauvres en fonction de leurs consommations annuelles, sur la base des dépenses alimentaires et non alimentaires et de la possession d'actifs par les ménages. Nous nous sommes concentré-e-s sur trois sources de dépenses de santé : les dépenses de santé publique récurrentes, celles des donateurs et donatrices, et celles des ménages.

Nous avons combiné l'analyse traditionnelle avec l'analyse complète de l'incidence des bénéfiques. De plus, étant donné que la majorité des personnes pauvres vivent dans des zones rurales et que les taux de pauvreté peuvent être plus prononcés dans certaines régions et certains districts, nous avons examiné les disparités régionales de l'incidence des prestations. L'analyse spatiale a permis

de mettre en évidence les informations sur les inégalités mesurées par les indices de concentration pour faciliter la compréhension des décideurs et décideuses politiques et favoriser la discussion et l'adoption de mesures visant à renforcer l'égalité dans le financement des services de santé.

Les facteurs saisonniers tels que les variations climatiques peuvent influencer à la fois l'incidence des maladies et l'utilisation des soins de santé, en particulier dans les zones tropicales comme en Afrique subsaharienne. Nous avons ainsi ajusté l'utilisation des soins de santé en fonction des variations saisonnières.

Enfin, nous avons présenté des courbes de concentration pour illustrer l'existence d'une inégalité fondée sur la richesse dans la répartition d'une mesure de santé entre différents groupes socio-économiques (Castro-Leal *et al.*, 2000; Wagstaff, 2000). La courbe de concentration indique l'ampleur des inégalités liées à la richesse et représente la proportion cumulative de la variable santé (axe des y) par rapport à la proportion cumulative de la population (axe des x), classée selon le statut socio-économique ou le niveau de vie, du groupe le plus pauvre au groupe le plus riche. Si la variable santé est répartie de manière égale entre les groupes socio-économiques, il n'y a pas d'inégalité liée à la richesse. La courbe de concentration est une ligne à 45° qui est la ligne d'égalité, allant du coin inférieur gauche au coin supérieur droit de l'axe XY. La distribution de la variable santé est concentrée parmi les pauvres lorsque la ligne se situe au-dessus de la ligne d'égalité, et concentrée parmi les moins pauvres lorsque la courbe de concentration se situe en dessous de la ligne d'égalité (figure 2). Plus la courbe de concentration se situe au-dessus de la ligne d'égalité, plus la variable santé est concentrée parmi les pauvres.

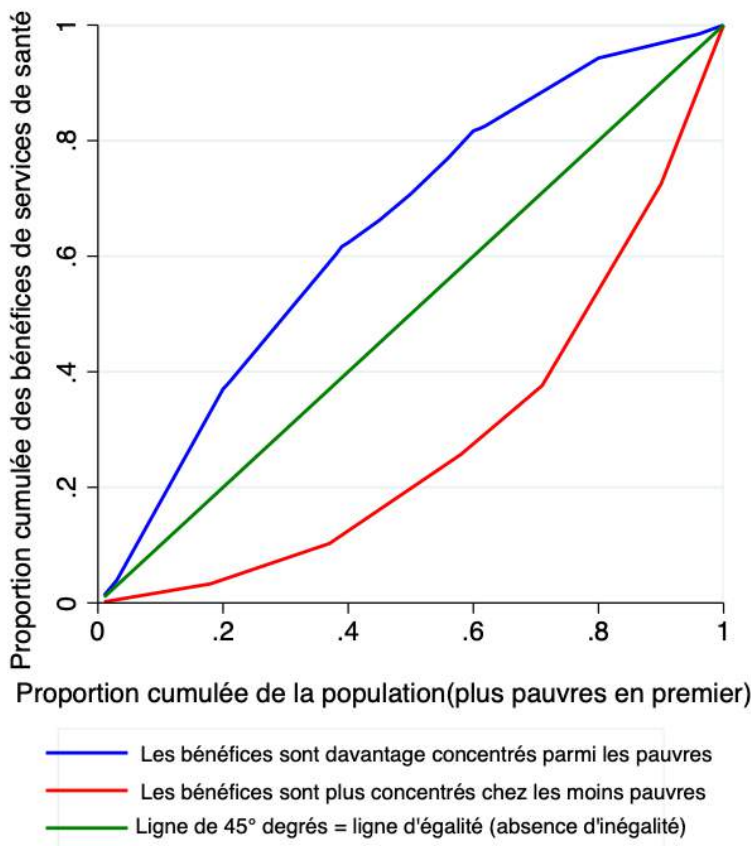


Figure 2. Courbe de concentration

Nous avons également calculé l'indice de concentration pour quantifier le degré d'inégalité lié à la richesse. Il est défini comme étant le double de l'aire entre la courbe de concentration et la ligne d'égalité (O'Donnell *et al.*, 2008). L'indice de concentration prend une valeur négative (positive) lorsque la courbe de concentration se situe au-dessus (en dessous) de la ligne d'égalité, indiquant une distribution où les plus pauvres (les moins pauvres) profitent de plus d'avantages de la variable santé. S'il n'y a pas d'inégalité liée à la richesse, l'indice de concentration est égal à zéro.

Résultats

Incidence de la répartition des dépenses publiques en soins curatifs

L'inégalité des avantages financiers des dépenses publiques de santé a augmenté de manière significative de 2009 à 2014, mais elle a diminué de manière significative de 2014 à 2017 (figure 3).

Le bénéfice pour l'ensemble des dépenses publiques a été favorable aux moins pauvres en 2009 (IC = 0,119) et en 2014 (IC = 0,186). Il est passé à une légère répartition favorable aux pauvres en 2017 (IC = -0,024).

En ce qui concerne les soins ambulatoires, les dépenses publiques ont été significativement favorables aux moins pauvres en 2009 (IC = 0,108) et 2014 (IC = 0,152). Ces inégalités ont chuté en faveur des pauvres en 2017 (IC = -0,049). La tendance à la hausse des inégalités entre 2009 et 2014 a été constante, tant pour les soins hospitaliers que pour les soins ambulatoires; de même que la tendance à la baisse d'inégalités entre 2014-2017 et 2009-2017.

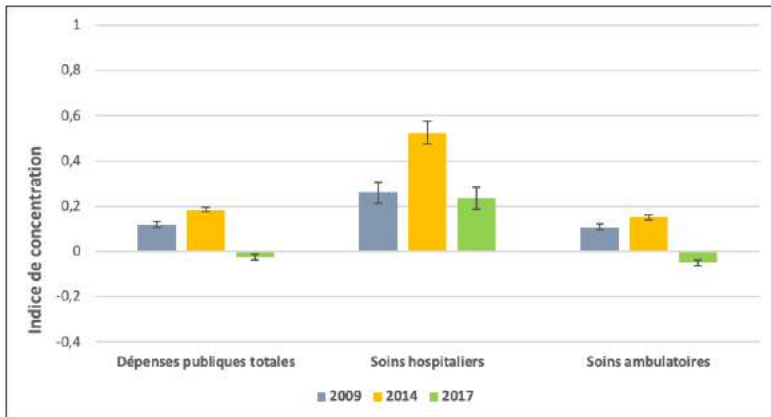


Figure 3. Incidence de la répartition des dépenses publiques en soins curatifs

Incidence de la répartition des dépenses globales de santé

La figure 4 montre les résultats de l'incidence globale, qui comprend les dépenses des donateurs et les paiements directs des ménages en plus des dépenses publiques. La répartition des dépenses globales totales de santé présente une situation similaire à celle des dépenses publiques totales. On constate une inégalité en faveur des moins pauvres qui a légèrement augmenté de 2009 (IC = 0,119) à 2014 (IC = 0,186). Elle a diminué sensiblement de 2014 à 2017 (IC = -0,024) en faveur des pauvres.

La répartition des dépenses de santé entre les soins hospitaliers et ambulatoires a montré une tendance similaire en faveur des moins pauvres, sauf pour les soins ambulatoires en 2017 qui ont été favorables aux pauvres.

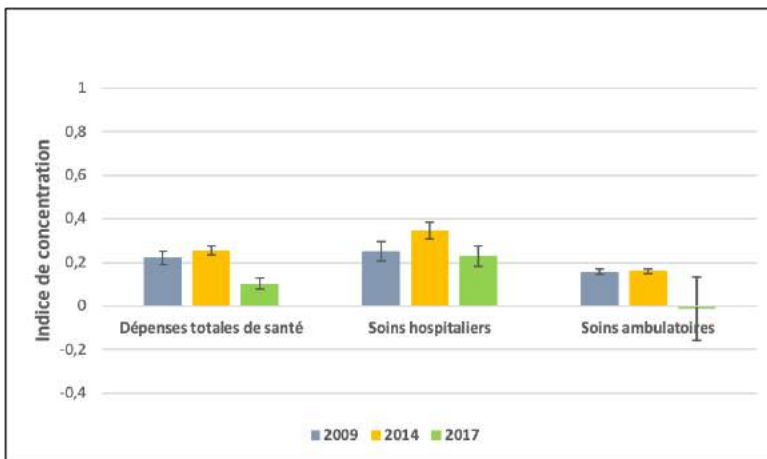


Figure 4. Incidence de la répartition des dépenses globales en soins curatifs

Répartition des dépenses publiques en soins curatifs en milieu urbain et rural

Les résultats pour le total des dépenses publiques ont révélé une tendance en faveur des plus démunis en milieu urbain pour toutes les années (figure 5). Les inégalités ont augmenté en milieu urbain de 2009 à 2014, et ont nettement diminué en 2017, tout en restant

légèrement favorables aux plus démunis. Pour les zones rurales (figure 6), l'incidence distributive des dépenses publiques totales était proche de l'égalité en 2009, était en faveur des pauvres en 2014 et en 2017. Il est frappant de constater que l'incidence des prestations en 2014 a révélé une inégalité nettement plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain.

En ce qui concerne les soins hospitaliers, les dépenses publiques de santé ont profité de manière disproportionnée aux plus démunis pendant toutes les années, tant dans les zones urbaines que rurales. En revanche, l'incidence des avantages des soins ambulatoires a révélé une inégalité moindre à tous les niveaux et pour toutes les années par rapport aux soins hospitaliers. Entre 2009 et 2017, l'incidence des prestations dans les zones urbaines a diminué, passant d'une inégalité en faveur des moins pauvres à une égalité.

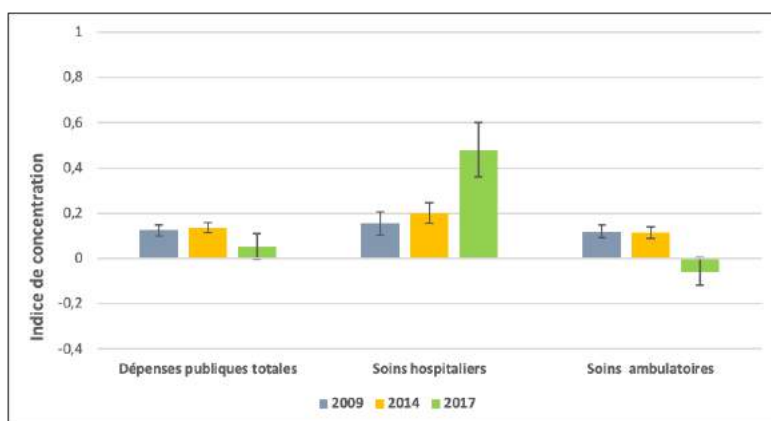


Figure 5. Incidence de la répartition des dépenses publiques en soins curatifs en milieu urbain

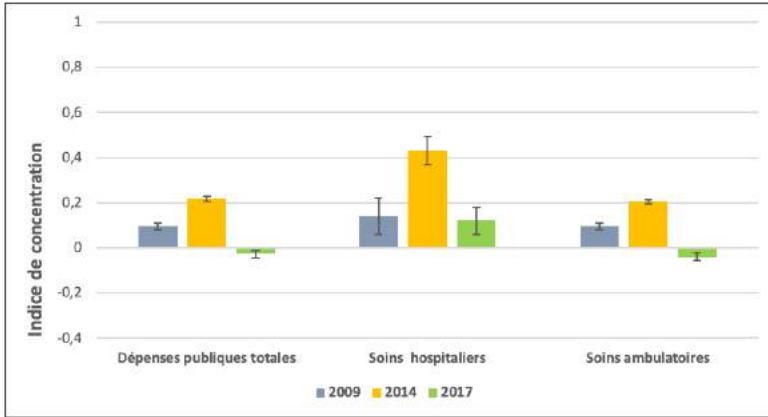


Figure 6. Incidence de la répartition des dépenses publiques en soins curatifs en milieu rural au fil du temps

Répartition des dépenses publiques totales en soins curatifs entre les régions

Nous avons observé une grande hétérogénéité dans la répartition des dépenses publiques totales entre les régions. Dans l'ensemble, les moins pauvres ont bénéficié de manière disproportionnée des dépenses publiques de santé dans tout le pays. L'inégalité était plus importante en 2009 et 2014, mais elle a diminué au fil du temps pour se réduire en 2017. Si l'on compare les niveaux de soins, on observe une plus grande inégalité en faveur des pauvres pour les services d'hospitalisation.

Comme le montre la figure 7, la répartition des dépenses publiques totales en faveur des moins pauvres a généralement diminué au fil du temps de 2009 à 2014 pour devenir favorable aux pauvres en 2017, à l'exception des régions du Centre-Est et du Sud-Est qui sont restées favorables aux moins pauvres.

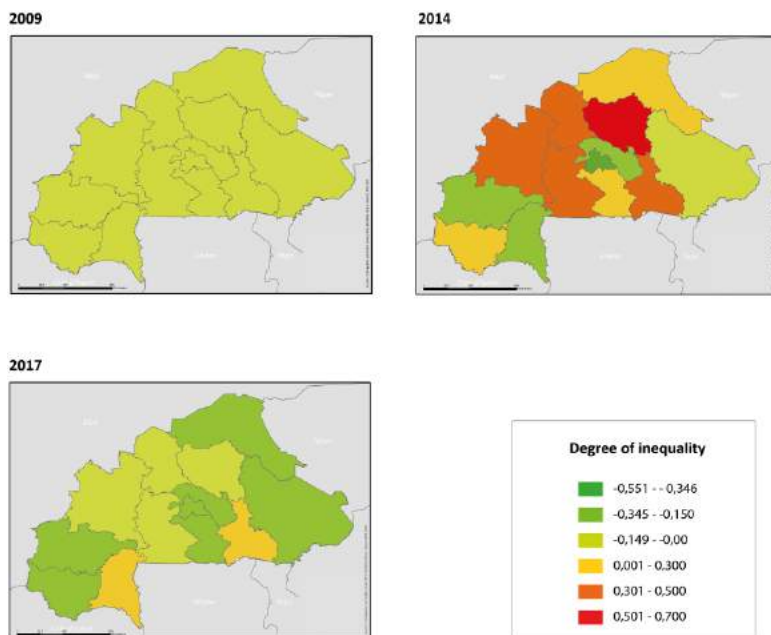


Figure 7. L'hétérogénéité régionale dans la répartition de l'incidence des dépenses publiques totales en soins curatifs.

Répartition des dépenses globales en soins curatifs en milieu urbain et rural

Le total des dépenses de santé tend vers une répartition en faveur des plus démunis, tant en milieu urbain (figure 8) que rural (figure 9), pour toutes les années. La répartition en faveur des plus pauvres a diminué entre 2009 et 2014, mais a augmenté de manière remarquable en 2017. Dans les zones rurales, la répartition en faveur des pauvres a augmenté entre 2009 et 2014, puis a diminué massivement pour devenir légèrement favorable aux pauvres en 2017. L'inégalité entre le milieu urbain et le milieu rural était marginale et non significative en 2009, mais elle a été substantiellement significative en 2014 et 2017. L'incidence des prestations aux niveaux des soins hospitaliers et ambulatoires a révélé une répartition dominante en faveur des

pauvres tant dans les zones urbaines que rurales, bien que la répartition des dépenses de santé globales pour les soins ambulatoires soit passée à l'égalité en 2017.

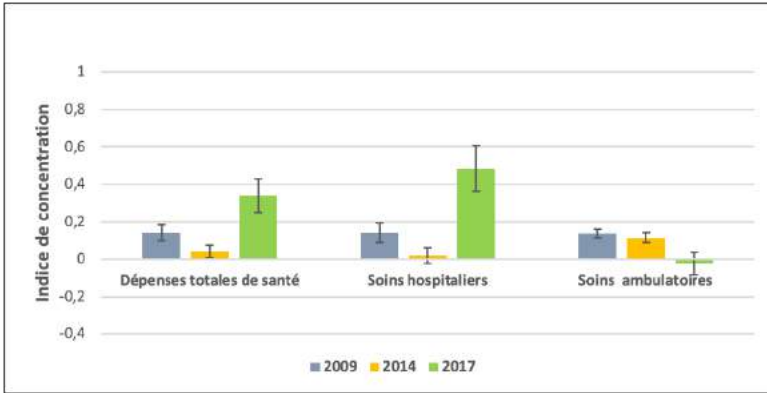


Figure 8. Incidence de la répartition des dépenses globales en soins curatifs en milieu urbain

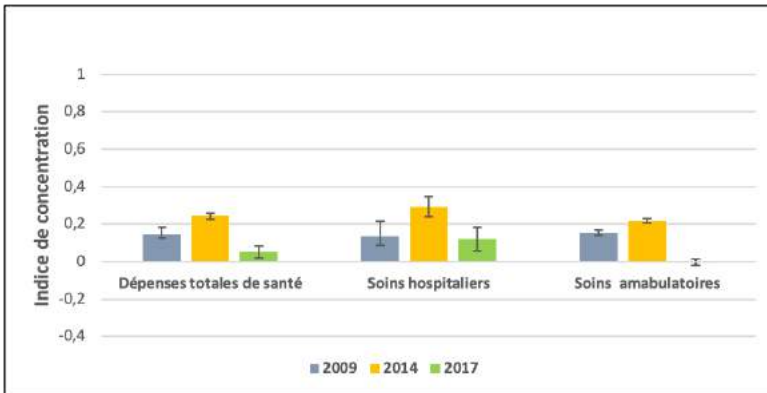


Figure 9. Incidence de la répartition des dépenses globales en soins curatifs en milieu rural au fil du temps

Répartition des dépenses globales totales en soins curatifs entre les régions

On observe une image différente entre la répartition des dépenses publiques (Figure 7) et la répartition des dépenses globales (figure 10) qui est restée en faveur des moins pauvres dans la plupart des régions, en particulier pour le Centre-Est et le Sud-Ouest.

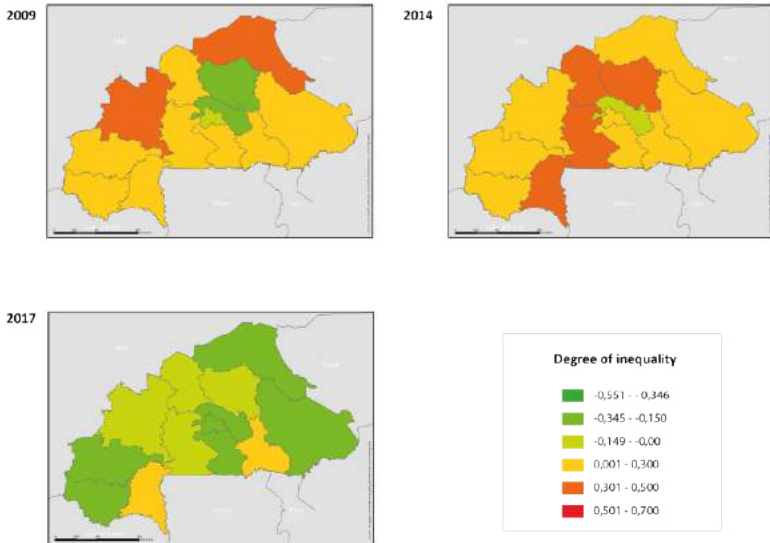


Figure 10. L'hétérogénéité régionale dans la répartition de l'incidence des dépenses globales totales en soins curatifs au fil du temps

Incidence de la répartition des dépenses publiques pour l'accouchement médicalisé

Les résultats (figure 11) indiquent que les femmes les moins pauvres ont surtout bénéficié des dépenses publiques pour les accouchements dans tous les établissements de santé publics, tandis que les femmes les plus pauvres en ont moins bénéficiées.

L'inégalité a diminué de manière continue au fil du temps. Une diminution plus importante a été observée entre 2010 et 2017, en particulier dans les centres de santé publics et pour les dépenses totales de santé publique, bien que les avantages financiers reflétaient

une légère répartition en faveur des moins pauvres. Nous avons observé une tendance similaire lorsque nous avons ventilé les dépenses de santé publique par type de prestataire de soins. L'inégalité en faveur des moins pauvres a diminué de manière significative entre 2003 et 2017, tant dans les hôpitaux publics que dans les centres de santé publics. Si l'on compare les inégalités en faveur des moins pauvres entre les deux types d'établissement de santé, l'ampleur était plus importante dans les hôpitaux publics que dans les centres de santé publics.

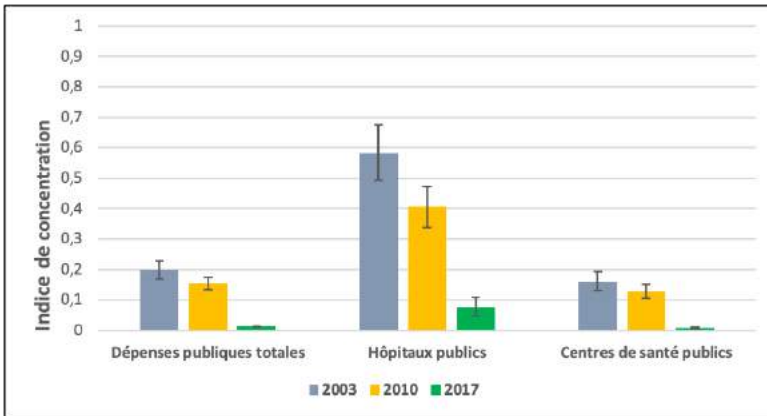


Figure 11. Incidence de la répartition des dépenses publiques pour l'accouchement médicalisé

Incidence de la répartition des dépenses globales pour l'accouchement médicalisé

Nous avons ajouté à notre analyse les dépenses des donateurs et donatrices et les paiements directs des ménages aux dépenses publiques afin d'évaluer l'incidence distributive des dépenses globales de santé sur les accouchements médicalisés. La figure 12 indique que la répartition des dépenses totales de santé est similaire à la distribution des dépenses publiques. L'inégalité dans les dépenses totales de santé a diminué de manière significative entre 2003 et 2017. Les femmes les moins pauvres ont bénéficié de manière disproportionnée des dépenses totales de santé dans tous les établissements de santé publics. La tendance à la réduction des

inégalités au fil du temps s'est maintenue. En comparant les dépenses publiques et les dépenses totales, nous avons observé une tendance similaire à la baisse des inégalités dans les prestations financières des hôpitaux et des centres de santé publics. Malgré la diminution substantielle des inégalités au fil du temps, l'incidence distributive des dépenses de santé est restée favorable aux moins pauvres dans les trois périodes et dans tous les établissements de santé publics.

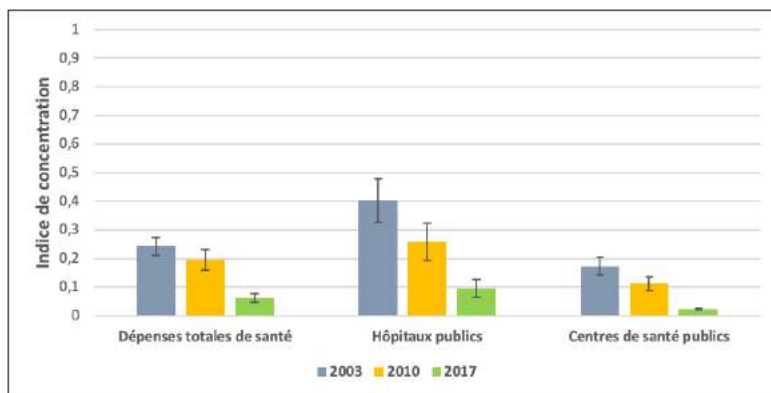


Figure 12. Incidence de la répartition des dépenses globales pour l'accouchement médicalisé au fil du temps

Répartition des dépenses publiques des accouchements médicalisés en milieu urbain et rural

Le total des dépenses publiques est réparti de manière pratiquement égale dans les zones urbaines (figure 13), mais cela favorise de manière disproportionnée les moins pauvres dans les zones rurales (figure 14). En 2003 et 2010, les dépenses publiques dans les hôpitaux publics et les centres de santé publics des zones urbaines étaient en général réparties de manière presque égale, alors qu'elles bénéficiaient de manière disproportionnée aux femmes les moins pauvres des zones rurales. En 2017, les dépenses publiques ont généralement favorisé les moins pauvres dans les zones urbaines et rurales, sauf dans les centres de santé publics en zone urbaine où elles ont été réparties de manière égale. Si on compare l'incidence de la répartition des dépenses publiques entre les hôpitaux publics

et les centres de santé publics, il est surprenant de constater que les avantages financiers étaient en général également répartis dans les hôpitaux publics en 2003 et 2010, alors que les dépenses publiques dans les centres de santé publics ont bénéficié de manière disproportionnée aux moins pauvres pendant toutes ces années.

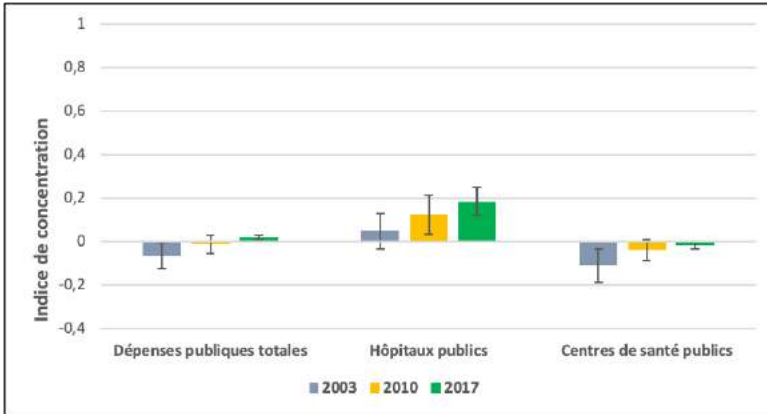


Figure 13. Incidence de la répartition des dépenses publiques pour l'accouchement médicalisé en milieu urbain

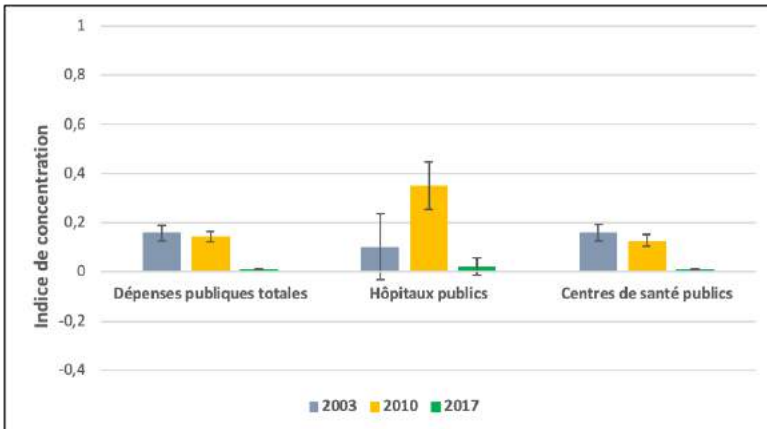


Figure 14. Incidence de la répartition des dépenses publiques pour l'accouchement médicalisé en milieu rural

Répartition des dépenses publiques totales pour l'accouchement médicalisé entre les régions

Malgré la diminution des inégalités au fil du temps, en examinant les disparités régionales, nous avons observé une forte hétérogénéité persistante dans la répartition des dépenses publiques (figure 15). Les femmes les moins pauvres ont principalement bénéficié des dépenses publiques, mais l'inégalité a diminué entre 2003 et 2017 vers l'égalité.

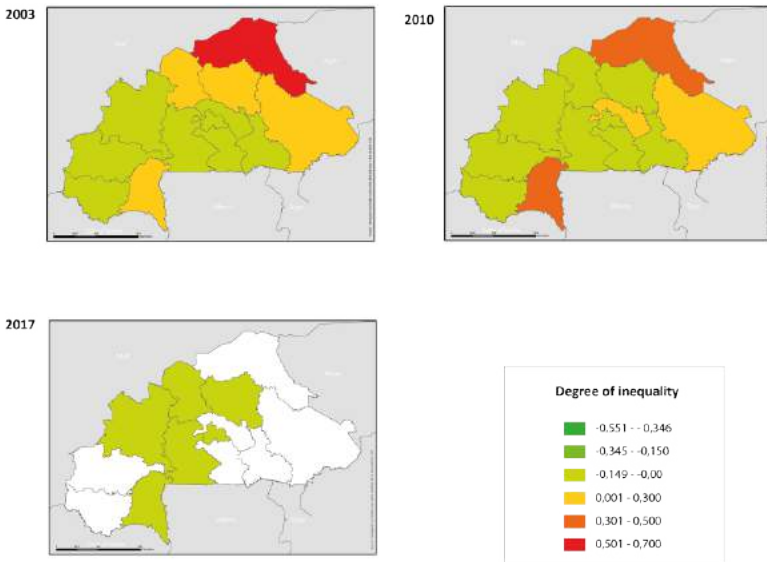


Figure 15. L'hétérogénéité régionale dans la répartition de l'incidence des dépenses publiques totales pour l'accouchement médicalisé entre les régions. **NB:** Les régions en blanc ne sont pas incluses dans notre analyse (absence de données).

Répartition des dépenses globales des accouchements médicalisés en milieu urbain et rural

L'incidence de la distribution des dépenses globales de santé sur les accouchements médicalisés dans les zones urbaines et rurales (figures 16 et 17) indique une répartition légèrement différente par rapport à la distribution des dépenses publiques. L'incidence distributive des dépenses globales a montré une distribution différente dans les zones urbaines et rurales. En 2003 et 2010, les

dépenses globales totales ont profité de manière disproportionnée aux moins pauvres dans les zones rurales, alors qu'elles ont été réparties de manière égale ou en faveur des pauvres dans les zones urbaines. En 2017, les dépenses globales totales ont surtout bénéficié aux femmes les moins pauvres dans les zones urbaines et rurales.

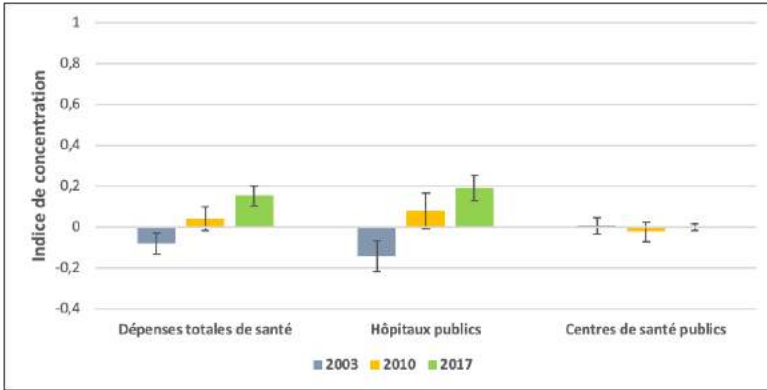


Figure 16. Incidence de la répartition des dépenses globales pour l'accouchement médicalisé en milieu urbain

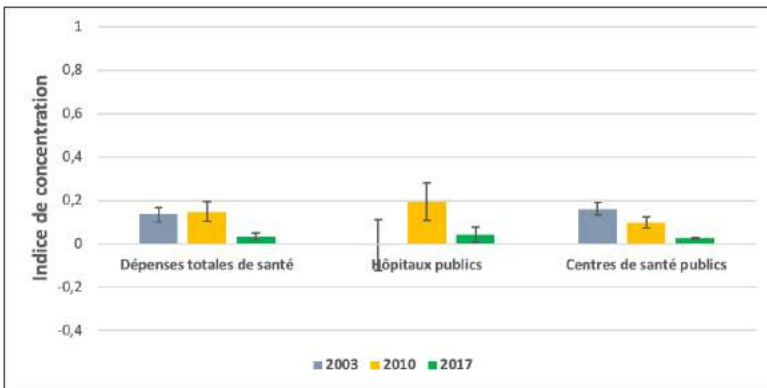


Figure 17. Incidence de la répartition des dépenses globales pour l'accouchement médicalisé en milieu rural

Répartition des dépenses globales totales pour l'accouchement médicalisé entre les régions

La répartition des dépenses globales (figure 18) semble similaire à la répartition des dépenses publiques (figure 15) entre les régions. Les dépenses globales totales ont bénéficié en général aux femmes moins pauvres. Toutefois, le degré d'inégalité est plus marqué pour les dépenses globales que pour les dépenses publiques, car il se reflète également au niveau des prestataires de soins de santé.

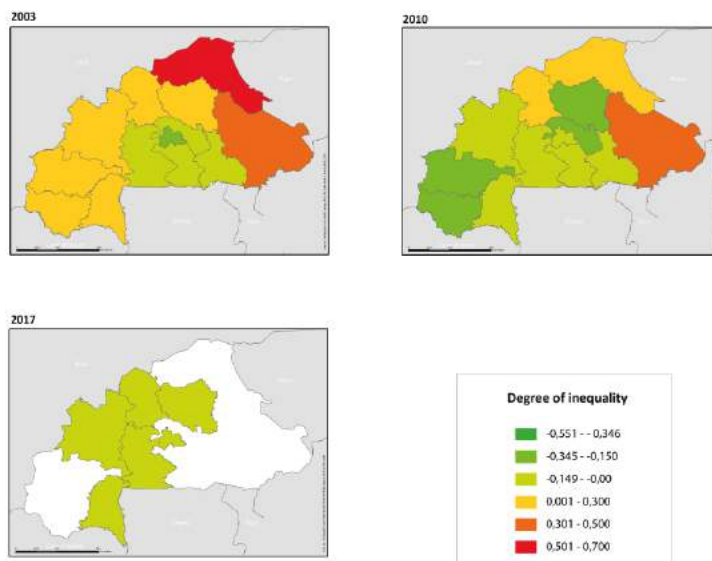


Figure 18. L'hétérogénéité régionale dans la répartition de l'incidence des dépenses globales totales pour l'accouchement médicalisé entre les régions. **NB :** Les régions en blanc ne sont pas incluses dans notre analyse (absence de données).

Discussion

Les résultats indiquent une diminution substantielle des inégalités dans les dépenses publiques et globales pour les soins curatifs et l'accouchement médicalisé au fil du temps au Burkina Faso. Cela suggère que les investissements réalisés dans les différentes politiques de la CSU ont modifié l'allocation des ressources pour

atteindre plus efficacement les segments les plus pauvres de la société. Toutefois, une diminution plus importante de l'inégalité des dépenses publiques et globales a été observée pour les services curatifs et pour l'accouchement médicalisé. En 2017, une répartition égale des dépenses de santé ou une répartition en faveur des pauvres n'ont été observées que pour les services curatifs. Une répartition égale n'a été observée que pour les dépenses globales de soins ambulatoires. Une répartition égale en faveur des pauvres n'a été observée que pour les dépenses publiques totales de soins curatifs et les dépenses publiques de soins ambulatoires dans les centres de santé. Bien que la politique de la SONU et de la gratuité aient permis de réduire les inégalités dans les accouchements médicalisés (Nguyen *et al.*, 2018; Kuunibe *et al.*, 2020), nos conclusions suggèrent qu'il existe encore des obstacles, au-delà du financement de la santé, qui empêchent les femmes pauvres de recourir à l'accouchement dans une formation sanitaire.

De même, il n'est pas surprenant que la distribution des dépenses globales ait été moins favorable aux pauvres que celle des dépenses publiques. Il existe cependant peu d'études qui ont évalué séparément l'incidence distributive des dépenses publiques et globales de santé afin d'établir une comparaison avec nos résultats aux Burkina Faso. Des résultats semblables ont été observés en Afrique du Sud (Ataguba & McIntyre, 2012) indiquant que le système de santé global bénéficiait de manière disproportionnée aux moins pauvres. L'écart observé dans la distribution des dépenses publiques et des dépenses globales est largement dû à l'inclusion des dépenses directes des ménages dans l'analyse, puisque ces dernières ont tendance à être plus élevées pour les personnes de statut socio-économique supérieur.

Tant pour les services curatifs que pour les accouchements médicalisés, les avantages des dépenses publiques et globales au niveau primaire des soins (centres de santé) ont eu tendance à profiter aux pauvres, tandis que les avantages sanitaires à niveau élevé de soins (hôpitaux) ont eu tendance à profiter aux moins pauvres. Ces conclusions reflètent le fait qu'après la suppression des frais d'utilisation, les plus pauvres ont tendance à utiliser les services primaires, tandis que les moins pauvres les hôpitaux. Une ancienne étude réalisée en Afrique du Sud et au Ghana par Castro-Leal et

al. (2000) a suggéré que les plus aisé-e-s bénéficient des dépenses publiques pour des niveaux de soins élevés puisqu'ils et elles peuvent se permettre de payer les frais d'utilisation. En outre, une revue systématique de 17 études (Asante *et al.*, 2016) dans des pays à faible et moyen revenus a révélé que les dépenses de santé profitaient de manière disproportionnée aux moins pauvres aux niveaux des soins secondaires et tertiaires (hôpitaux).

Concernant les disparités en matière d'inégalité entre les zones de résidence et les régions, nous avons observé une grande hétérogénéité dans la répartition des dépenses publiques et globales entre les milieux urbain et rural, d'une part, et entre les régions, d'autre part. Mais une plus grande hétérogénéité a été observée pour les dépenses globales. Pour les services de santé curatifs, la répartition des dépenses publiques et globales a favorisé de manière disproportionnée les moins pauvres dans les zones urbaines, mais s'est déplacée vers l'égalité en 2017 dans les zones rurales. Une situation différente a été observée pour les accouchements médicalisés, pour lesquels les dépenses publiques et globales étaient réparties de manière égale ou en faveur des pauvres dans les zones urbaines, mais en faveur des moins pauvres dans les zones rurales. L'inégalité en faveur des moins pauvres dans les zones rurales a diminué en 2017 vers plus d'égalité. Un élément à garder à l'esprit est que l'une des interventions, le FBP, a ciblé presque exclusivement les zones rurales (De Allegri *et al.*, 2019). Les hôpitaux de district des douze districts concernés ont également été inclus dans le programme FBP, mais l'intervention s'est en fait concentrée sur les établissements de soins primaires ruraux. Cela pourrait expliquer pourquoi, en 2017, on observe moins d'inégalités dans les dépenses publiques et globales en milieu rural qu'en milieu urbain.

À propos des disparités régionales, dans l'ensemble, les personnes moins pauvres ont bénéficié de manière disproportionnée des dépenses de santé dans tout le pays. Des disparités régionales similaires ont été observées dans une évaluation de la couverture des services de santé au Burkina Faso (Zon *et al.*, 2020). Cette étude a indiqué que les principales causes sous-jacentes de l'inégalité de la couverture des services de santé dans les régions et les districts sont les différences économiques entre les districts sanitaires et une

politique d'allocation des ressources sanitaires (ressources financières, infrastructure sanitaire et personnel de santé) inadaptée dans l'ensemble du pays. Cette étude a suggéré une allocation plus transparente des ressources de santé en fonction des besoins des districts et des régions afin de remédier aux inégalités en matière de santé dans tout le pays.

Conclusion

Les résultats de notre étude révèlent une grande hétérogénéité dans la répartition des dépenses de santé entre les différents niveaux de soins, les types d'établissements, les espaces de résidence et les régions. Dans l'ensemble, l'inégalité a diminué au fil du temps, tant pour les dépenses publiques que pour les dépenses globales, bien que la diminution des inégalités soit différente selon les prestataires de soins et les niveaux de soins. Cette réduction de l'inégalité est probablement le reflet des réformes spécifiques à la CSU mise en œuvre dans le pays pour améliorer la distribution des ressources financières publiques et globales afin d'atteindre les segments les plus pauvres de la population. Cependant, la méthode que nous avons utilisée ne permet pas d'attribuer les effets observés à une réforme spécifique. Une répartition des dépenses de santé plus égale ou plus favorable aux pauvres est observée pour les dépenses publiques et au niveau de soins inférieur, alors qu'elle est surtout favorable aux moins pauvres pour les dépenses globales au niveau de soins supérieur. Cela suggère que, même après la suppression des frais d'utilisation, il existe encore des obstacles pour accéder aux soins de niveau plus élevé pour les pauvres au Burkina Faso, tels que la distance ou les coûts médicaux et non médicaux. Afin d'assurer une plus grande égalité dans la distribution des bénéfices des dépenses de santé, y compris à des niveaux de soins plus élevés, le gouvernement burkinabè devrait renforcer les systèmes de référence et supprimer tout obstacle financier et non financier associé à l'utilisation des soins de santé dans le pays.

Références

- Asante, A., Price, J., Hayen, A., Jan, S. & Wiseman, V. (2016). Equity in health care financing in low- and middle-income countries: A systematic review of evidence from studies using benefit and financing incidence analyses. *PLoS One*, 11(4), e0152866.
- Ataguba, J. E. (2019). Socio-economic inequality in health service utilization: Does accounting for seasonality in health-seeking behavior matter? *Health Economics*, 1-7.
- Castro-Leal, F., Dayton, J., Demery, L. & Mehra, K. (2000). Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? *Bulletin of the World Health Organization* 78(1), 66-74.
- Chinkhumba, J., De Allegri, M., Mazalale, J., Brenner, S., Mathanga, D., Muula, A. S. et al. (2017). Household costs and time to seek care for pregnancy related complications: The role of results-based financing. *PLoS ONE* 12(9): e0182326.
- De Allegri, M., Lohmann, J., Souares, A., Hillebrecht, M., Hamadou, S., Hien, H., Haidara, O. & Robyn, P. J.(2019). Responding to policy makers' evaluation needs: Combining experimental and quasi-experimental approaches to estimate the impact of performance-based financing in Burkina Faso. *BMC Health Services Research*, 733(1).
- Davoodi, H.R., Tiongson, E.R. & Asawanuchit, S. S. (2010). Benefit incidence of public education and health spending worldwide: Evidence from a new data base. *Poverty and Public Policy*, 2(2).
- Khan, J. A. M., Ahmed, S., MacLennan, M., Sarker, A. R., Sultana, M. & Rahman, H. (2017). Benefit incidence analysis of healthcare in Bangladesh - Equity matters for universal health coverage. *Health Policy & Planning*, 32(3), 359-365.
- Kuunibe, N., Lohmann, J., Hillebrecht, M., Nguyen, H. T., Tougri, G. & De Allegri, M. (2020). What happens when performance-based financing meets free healthcare? Evidence from an interrupted time-series analysis. *Health Policy & Planning*, 35(8), 906-917.

- Meda, I.B., Baguiya, A., Ridde, V., Quédraogo, H.G., Dumont, A. & Kouanda, S. (2019). Out-of-pocket payments in the context of a free maternal health care policy in Burkina Faso: A national cross-sectional survey. *Health Economics Review*, 9(11).
- McIntyre, D. & Ataguba, J. E. (2011). How to do (or not to do) ... a benefit incidence analysis. *Health Policy & Planning*, 26(2), 174–82.
- Nguyen, H. T., Zombré, D., Ridde, V. & De Allegri, M. (2018). The impact of reducing and eliminating user fees on institutional delivery: A controlled interrupted time series in Burkina Faso. *Health Policy & Planning*; 33(8): 948-956.
- O'Connell, T., Rasanathan, K. & Chopra, M. (2014). What does universal health coverage mean? *The Lancet* 383(9913), 277–279.
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A. & Lindelow M. (2008). *Analyzing health equity using household survey data: A guide to techniques and their Implementation*. World Bank.
- Ridde, V. & Yameogo, 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).
- Ridde, V., Kouanda, S., Yemeogo, M., Kadio, K. & Bado A. (2013). Why do women pay more than they should? A mixed methods study of the implementation gap in a policy to subsidize the costs of deliveries in Burkina Faso. *Evaluation and Program Planning*, 36(1), 145-152.
- Ridde, V., Kouanda, S., Bado, A., Bado, A., Bado, N. & Haddad, S. (2012). Reducing the medical cost of deliveries in Burkina Faso is good for everyone, including the poor. *PLoS ONE* 7(3), e33082.
- Rudasingwa, M., Chitah, M. B., Mphuka, C., Yeboah, E., Bonnet, E., Ridde, V., Somé, P. A., Muula, A. & De Allegri, M. (2020). *Estimating the distributional incidence of healthcare spending on curative health services in sub-Saharan Africa: Benefit incidence analysis in Burkina Faso, Malawi, and Zambia* [Research Papers]. AFD. <https://www.afd.fr/en/ressources/estimating-distributional-incidence-healthcare-spending-curative-health-services-sub-saharan-africa-benefit-incidence-analysis-burkina-faso-malawi-and-zambia>.

- Wagstaff, A. (2000). Socioeconomic inequalities in child mortality: Comparisons across nine developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1), 19-29.
- Wilkinson, R. G. (1992). Income distribution and life expectancy. *BMJ*, 304(6820), 165-168.
- World Health Organization (2014). *Making fair choices on the path to universal health coverage* [Rapport final]. WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage.
- Zon, H., Pavlova, M. & Groot, W. (2020). Regional health disparities in Burkina Faso during the period of health care decentralization. Results of a macro-level analysis. *International Journal of Health Planning and Management*, 35(4) 939-959. <https://doi.org/10.1002/hpm.2979>

PARTIE IV
PERSPECTIVES

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 bénéficiaires 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	- Manquant 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'étiq̃ue à l'émiq̃ue*. ACFAS, Gatineau. http://methodesmixtesfrancophonie.pbworks.com/w/file/fetch/109401628/Zombr%C3%A9_et_al_ACFAS_MMIRA_2016.pdf

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; Seppay 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)
- Castellonet, 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 Melkomanian, 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>

26. L'impossible mise à l'échelle nationale du financement basé sur les résultats combiné au transfert monétaire conditionnel au Sénégal

ORIANE BODSON ET ALOYS ZONGO

Introduction

Le Sénégal est un pays de longue tradition d'appui au développement, notamment en raison de sa stabilité politique. Le contexte sénégalais est particulièrement privilégié par les bailleurs de fonds, et notamment par la Banque mondiale qui y a vu une opportunité de tester une nouvelle combinaison de ce qui est, depuis plusieurs années déjà, l'une de ses interventions phares dans la région : le financement basé sur les résultats (FBR).

Conscient de l'impact d'un faible recours aux soins maternels sur l'état nutritionnel des enfants, le Sénégal a lancé, en 2015, le projet de financement de la santé et de la nutrition (PFSN) pour une durée de réalisation de quatre ans. Ce projet combinait notamment un volet de renforcement de l'offre de soins de santé par une intervention de FBR et un volet de renforcement de la demande de soins de santé avec une intervention de transfert monétaire conditionnel (*conditional cash-transfer* ou CCT), parfois dénommée « FBR-demande » en réponse au FBR appuyant l'offre de soins. Par la combinaison innovante en Afrique subsaharienne de ces deux volets, le PFSN entendait augmenter la quantité et améliorer la qualité des soins prodigués. D'une part, l'instauration d'un FBR visait à répondre, comme ailleurs, à la faible motivation des agentes et agents de santé et, par conséquent, à l'une des raisons expliquant la faible performance des ressources humaines de santé dont l'effet sur la qualité des services de santé offerts est indéniable. Et ce, même si le débat sur les effets du FBR reste vif, notamment en raison de l'hétérogénéité des résultats observés (Binyaruka *et al.*, 2020; IOD PARC, 2018; James *et al.*, 2020; Kovacs *et*

al., 2020). D'autre part, il s'agissait de répondre avec le CCT à l'obstacle financier de l'accès aux soins de santé maternelle et infantile, puisqu'au Sénégal les dépenses de santé restent dans la plupart des cas supportées par les ménages – et plus difficilement encore par les ménages les plus vulnérables. En associant un appui à l'offre et à la demande de soins de santé, ce nouveau projet constituait une réponse *a priori* crédible, même si partielle, à certaines critiques émises à l'encontre du FBR. En effet, on lui reproche souvent de ne viser que le renforcement de l'offre de soins¹, occultant ainsi les importantes difficultés d'accès, notamment financières, des populations en quête de soins.

La Banque mondiale aurait pu faire de cet ambitieux projet, une fois abouti, une référence dans la sous-région, un nouveau « *best model* » un brin plus local que l'exemple rwandais² – son exemple africain de prédilection, à faire voyager (Falisse, 2019) et à démultiplier. La promotion du modèle hybride sénégalais aurait notamment permis, d'une part, de relancer les projets de FBR en perte de vitesse dans les pays alentours³ et, d'autre part, de poursuivre toujours plus de nouveaux projets FBR en Afrique de l'Ouest. Toutefois, et malgré son potentiel de *success story*, le projet de financement de la santé et de la nutrition n'a jamais véritablement décollé. Il est lui aussi, comme au Mali ou au Burkina Faso, resté enlisé au stade pilote, ce qui a très logiquement réduit en cendres les attentes transformatrices qu'on lui avait assignées. Le volet FBR a été tout simplement arrêté fin 2018. Dans la lignée de l'étude menée par Sepey, Ridde et Somé⁴ et au regard de la faible attention traditionnellement donnée à la question du déploiement des programmes FBR (Shroff *et al.*, 2017), nous cherchons dans ce chapitre à examiner les potentielles raisons du passage à l'échelle manqué de l'expérience de combinaison des volets FBR et CCT dans le cadre du PFSN au Sénégal, à l'aide de la théorie des courants de Kingdon (1995), afin d'en appréhender l'enlissement.

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

2. Voir le chapitre de Chemouni

3. Voir les chapitres de Ridde *et al.*, Gautier *et al.* et Coulibaly *et al.*

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

De l'enjeu de l'étude du passage à l'échelle du FBR

La question du passage à l'échelle des interventions de santé fait partie intégrante de la recherche en matière de mise en œuvre (RMO). Son objectif est « d'élargir la couverture des services fondés sur des données de la recherche expérimentale, afin d'améliorer les résultats sanitaires chez la population cible » (MEASURE Evaluation, 2016 : 17). Le passage à l'échelle ne constitue toutefois ni une étape incontournable et envisageable pour toutes les interventions de santé, certaines ne s'y prêtant pas, ni un gage d'immortalité pour celles passées à l'échelle, et qui pourraient se révéler moins pertinentes à mesure que le contexte et les besoins évoluent. Face au besoin permanent de données probantes et, dans le contexte spécifique du FBR, au besoin de démonstration de résultats et d'exemples réussis de passage à l'échelle, l'étape de passage à l'échelle du FBR sénégalais combiné à une intervention de CCT constitue un enjeu notable, tant pour le monde scientifique que pour les faiseuses et faiseurs de politique.

Méthode

Cadre conceptuel

Sans tomber dans une forme d'« étapisme » – pour reprendre la formule de Touré et Ridde⁵, nous avons opté pour la théorie des courants développée par Kingdon (1995) qui observait l'intérêt variable des décideurs et décideuses et la variabilité de leurs réponses face à des enjeux distincts. Cette théorie s'est révélée féconde pour appréhender le cas du Tchad (Kiendrébéogo *et al.*, 2017), enlisé lui aussi dans la phase pilote de son FBR, et le cas du Mali (Coulibaly *et al.*, 2019). Selon Kingdon (1995), l'émergence (« mise à l'agenda ») d'une intervention repose sur la rencontre de trois éléments distincts appelés « courants » : 1) le courant des problèmes, 2) le

5. Voir le chapitre de Touré et Ridde

courant des solutions et 3) le courant des orientations. Cette rencontre peut par ailleurs être facilitée par la présence de fenêtres d'opportunité et l'implication d'entrepreneurs et d'entrepreneuses politiques.

Collecte des données

Ce chapitre est le fruit de la collaboration de son autrice et de son auteur qui se sont simultanément intéressé-e à un même sujet de recherche, engagé-e sur un même terrain, avec toutefois des finalités différentes.

OB a mené dans le cadre de sa thèse de doctorat des recherches sur le FBR et le CCT au Sénégal. Les données qualitatives collectées proviennent d'une recherche documentaire et de deux terrains de collecte, l'un en 2016, l'autre en 2017. Au cours de ses terrains, OB a conduit de nombreux entretiens non-directifs et semi-directifs avec des acteurs et actrices institutionnel-le-s, des représentant-e-s des bailleurs de fonds, des acteurs et actrices opérationnel-le-s et des bénéficiaires des deux interventions. Les travaux de recherche ont été menés à Dakar, mais également dans les régions médicales de Fatick et de Kaffrine.

AZ a réalisé l'évaluation externe du volet FBR du PFSN en 2017 et s'est appuyé sur une démarche qualitative, et plus précisément sur une revue de la documentation disponible sur le FBR sénégalais et sur des entretiens réalisés auprès des différentes parties prenantes et principaux acteurs centraux et principales actrices centrales. AZ a également pu effectuer deux sorties de terrain, dans les régions médicales de Kaffrine et Tambacounda au cours desquelles de nouveaux entretiens ont été conduits auprès d'acteurs et d'actrices opérationnel-le-s.

Pour mener à bien leur travail respectif, OB et AZ ont développé plusieurs guides d'entretien semi-structurés en fonction des différents niveaux de collecte des données et du profil des acteurs et actrices rencontré-e-s, ainsi que de leur responsabilité dans la conception et la mise en œuvre des interventions. Les entretiens ont

été principalement réalisés en langue française, à l'exception de ceux menés par OB auprès des bénéficiaires du CCT qui ont été réalisés en langue locale avec l'appui d'un interprète.

Décryptage des interventions FBR et CCT au Sénégal

Le récent engagement sénégalais pour le FBR et le CCT

S'intéresser aux interventions de FBR et de CCT au Sénégal passe avant tout par une bonne compréhension de leurs prémisses. Les débuts du PFSN sont marqués par l'association de la Banque mondiale à une intervention FBR déjà lancée par l'USAID, et sa collaboration étroite avec la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM) en charge du volet CCT.

Les débuts du FBR

Le financement basé sur les résultats a été lancé en 2012 au Sénégal. Son processus de mise à l'agenda a duré au total trois ans. Il a débuté par la participation de cadres du ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) à un voyage d'études au Rwanda (encore!⁶) en 2009, et dont la restitution a séduit l'équipe d'initiative et de politiques de santé (Zongo, 2017), un organe de concertation impliqué dans les discussions stratégiques nationales de santé. Avant cela, il semblerait qu'aucune expérience de FBR n'ait véritablement été mise en œuvre sur le territoire sénégalais. Il s'agissait donc d'un terrain vierge pour cet instrument dont on note, comme ailleurs, le rôle de «*best model*» (Gautier & Ridde, 2018) du cas FBR rwandais dans le processus de diffusion et de sélection du FBR par le gouvernement sénégalais.

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

À son lancement en 2012, le FBR consistait en un projet pilote de deux ans construit en deux temps. Dans un premier temps (en 2012), le FBR a été introduit dans les districts sanitaires de Kolda et Kaffrine. Ce n'est que dans un second temps (en 2013) qu'il a été étendu à l'ensemble des deux régions sanitaires de Kolda et Kaffrine (République du Sénégal, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2017). Entre 2012 et 2014, le gouvernement sénégalais a bénéficié de l'appui de l'USAID – et notamment de Abt Associates en charge de l'assistance technique – pour lancer et tester le dispositif incitatif sur son territoire.

À la suite des résultats considérés satisfaisants des revues nationales de la santé de 2012 et 2013 (République du Sénégal, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2017), et à défaut d'une authentique évaluation d'impact de cette phase pour des raisons discutables qui soulève une nouvelle fois la question du rapport ambigu aux données probantes⁷, le Sénégal a pris la décision en 2015 d'étendre le programme à quatre nouvelles régions sanitaires (phase d'extension). Cette extension, réalisée dans le cadre du lancement du projet de financement de la santé et de la nutrition, a bénéficié de l'appui d'un nouveau bailleur de fonds, la Banque mondiale, non sans fragilisation de l'intervention (Caffin, 2018) comme nous le décrivons ultérieurement en présentant les grandes lignes de sa formulation. Les quatre régions médicales d'extension du FBR, choisies par le gouvernement sénégalais pour leurs faibles indicateurs de santé, le niveau de pauvreté de leur population et leur relatif faible appui des bailleurs, sont: Sédhiou, Ziguinchor, Kédougou, Tambacounda (République du Sénégal, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2017).

L'implication nouvelle de la Banque mondiale dans le FBR a nécessité une redéfinition du rôle des bailleurs. Au plan de l'organisation, il a été convenu que l'USAID resterait en charge de l'assistance technique au travers d'Abt Associates alors que la Banque

7. Voir l'introduction de l'ouvrage.

appuierait, quant à elle, les aspects stratégiques et financiers du développement du FBR. L'appui financier de l'USAID était alors versée dans un pot commun avec la Banque (Zongo, 2017).

La Banque mondiale n'a pas été la seule à voir le potentiel du contexte sénégalais. Parallèlement, deux autres PTF ont également nourri de l'intérêt pour le FBR au Sénégal. Il y a tout d'abord eu la coopération luxembourgeoise (LuxDev) qui lança en 2016 le mécanisme d'achat à la performance (MAP) dans les quatre régions sanitaires du Nord du pays. Toutefois, le programme n'a pu réellement être implanté à cause des procédures de décaissement complexes. La coopération japonaise (JICA) s'intéressa également de plus près au FBR dans le cadre de son «Projet d'appui au renforcement de la santé au Sénégal (PARSS)» initié en 2016. Séduite par le mécanisme, elle prévoyait même le lancement d'un programme de FBR dans la région médicale de Kaolack en avril 2018. Mais l'arrivée de la coopération japonaise a coïncidé avec le constat en demi-teinte établi par la revue à mi-parcours du PFSN et par l'évaluation externe de la mise en œuvre du FBR dont nous présentons ultérieurement les grands enseignements. Les insuffisances relevées ont ralenti les négociations entre la JICA et le Programme national FBR (PNFBR) qui n'ont finalement pas abouti. Malgré les difficultés rencontrées, il a été décidé d'offrir un second souffle au programme FBR. Le volet FBR du PFSN, qui devait se clôturer en juin 2018, a bénéficié d'une extension de six mois, jusqu'en décembre 2018, avant de s'arrêter définitivement, non sans embarras.

Les débuts du CCT

Au Sénégal, l'intérêt pour les transferts monétaires conditionnels a été plutôt timide. Le pays a traditionnellement préféré s'attaquer à la réduction des vulnérabilités et l'atténuation des risques encourus par certains groupes de population par le déploiement de programmes de gratuité et de filets sociaux non conditionnels. Par exemple, le Programme de Nutrition ciblée sur l'enfant et transferts sociaux (NETS) fournissait une allocation financière aux femmes vulnérables

en vue d'atténuer les chocs alimentaires subis qui affectent négativement la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans.

L'une des premières esquisses de transfert monétaire conditionnel au Sénégal au cours des quinze dernières années a été le « contrat pour l'éducation » développé en 2006, visant à augmenter le taux de scolarisation et de fréquentation scolaire, alléger le travail des enfants issus de ménages vulnérables, améliorer leur santé, leur nutrition et leur vaccination et réduire l'extrême pauvreté des mères vulnérables. L'idée avorta toutefois avant de pouvoir se matérialiser, ne dépassant pas l'état de note conceptuelle (UNICEF, 2009).

Il faut attendre 2008 pour voir arriver l'une des toutes premières expériences institutionnalisées de CCT au Sénégal. Elle a été lancée par le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) avec le soutien de la Banque mondiale et prenait la forme d'une bourse de soutien à la scolarisation ou à la formation professionnelle de 5000 orphelins et enfants vulnérables âgé-e-s de deux à 18 ans au cours de l'année scolaire 2008/2009 (Conseil National de Lutte contre le Sida, 2009; Garcia & Moore, 2012; UNICEF, 2009). Son obtention était conditionnée à l'inscription de l'enfant, à l'acquiescement des frais d'inscription, à sa présence régulière à l'école ou en apprentissage et au suivi de l'observance de ses soins médicaux. Le projet n'a toutefois pas été reconduit.

La seconde véritable expérience de CCT institutionnalisé au Sénégal est assurément la plus notoire. Il s'agit du projet de bourses de sécurité familiale (BSF) pour les familles défavorisées, mesure clef du programme présidentiel de Macky Sall de 2012 : *Yoonu Yokkute*. Mis en œuvre depuis 2013, le programme de BSF entend combattre les injustices sociales en mettant à la disposition d'environ 250 000 familles vulnérables des bourses de 100.000 FCFA/an durant 3 ans, conditionnées à des critères d'inscription et d'assiduité à l'école des enfants.

En 2015, l'État sénégalais a donc lancé avec l'appui de la Banque mondiale le PFSN, dont le volet « demande » consiste en un transfert monétaire conditionnel. Elle a confié la coordination globale des activités à la Cellule de Lutte contre la Malnutrition, un organe de

très bonne réputation. À la différence des premières expériences sénégalaises de CCT dont la conditionnalité était principalement liée à l'éducation des enfants, la nouvelle intervention de CCT voit sa conditionnalité exclusivement liée au recours aux soins de santé des femmes enceintes vulnérables.

À son lancement en 2015 (pré-pilote), le volet CCT ne concernait exclusivement que les districts sanitaires de Gossas (Région médicale de Fatick) et de Kounqheul (Région médicale de Kaffrine) – ce dernier était par ailleurs déjà concerné par le FBR depuis 2013. Après plusieurs mois de tâtonnements, dont nous décrivons les raisons plus loin, la phase pilote du programme a été lancée en 2017, dans deux (et non quatre, comme initialement prévu) régions médicales déjà concernées par la phase d'extension du FBR deux ans plus tôt, à savoir Sédhiou et Ziguinchor (phase d'extension).

La présence de couvertures géographiques similaires entre les deux interventions s'explique par le fait que la Banque mondiale avait dans un premier temps mis en place un exercice de sélection aléatoire dans le cadre de la phase d'extension du programme FBR au Sénégal, avant de l'abandonner face aux importantes difficultés de mise en œuvre des instruments FBR et CCT. Cet exercice s'est traduit par la répartition aléatoire d'une sélection de structures de santé de ces régions et districts sanitaires dans quatre bras de l'essai, en d'autres termes sous quatre modalités offrant chacune une combinaison unique des interventions FBR et CCT.

Ces retours sur les contextes de mise à l'agenda des interventions FBR et CCT permet d'ores et déjà d'identifier l'absence de profonde tradition historique des logiques de financement basé sur les résultats et de programmes sociaux conditionnels au Sénégal, et de souligner le rôle joué par les bailleurs de fonds dans la sélection de ces deux instruments.

Les interventions FBR et CCT dans les grandes lignes

Présentation du FBR

Si le FBR sénégalais s'inscrit dans la logique incitative « classique » du financement basé sur les résultats et repose sur une contractualisation de performance de différents maillons du système de santé qui se verront allouer des ressources financières en fonction d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs, il est toutefois atypique au regard de l'implication de plusieurs acteurs et actrices et du certain degré d'appropriation de l'instrument par le gouvernement (Caffin, 2018).

Comme ailleurs (Gergen *et al.*, 2017), les indicateurs cibles du programme FBR sont majoritairement liés à la santé maternelle, infantile et néonatale, mais renvoient également à la lutte contre la maladie, et, pour les niveaux hospitalier et cadre uniquement, à la gouvernance sanitaire. Toutefois, à la différence de ce qui se fait dans d'autres pays, il n'y a pas au Sénégal de prix d'achat unitaire par indicateur. En effet, l'une des spécificités majeures du modèle sénégalais – et qui a été au centre d'un houleux débat – est de recourir à des cibles de performance. La performance de chaque structure est évaluée en fonction de l'amélioration de certaines cibles par rapport à une situation de référence selon des règles prédéfinies pouvant varier d'un indicateur à l'autre, et non en fonction de nombre d'activités réalisées (Caffin, 2018). Les cibles de performance reprises dans les contrats de performance sont annuelles. Elles doivent donc être traduites, en pratique, en cibles trimestrielles. Il est établi que les cibles du premier trimestre correspondent à 25% des cibles annuelles, que les cibles du deuxième trimestre correspondent à 50% des cibles annuelles et celles du troisième trimestre à 75%.

Parmi les autres spécificités du FBR sénégalais, on notera le nombre réduit d'indicateurs de qualité comparativement à d'autres pays (Gergen *et al.*, 2017) et limités au niveau primaire, la procédure de calcul de l'enveloppe FBR avantageant les grandes structures de soins présentant un nombre important de personnel qualifié, la répartition de l'enveloppe FBR favorisant – plus largement qu'ailleurs (*ibid.*) – le

personnel au détriment du fonctionnement des structures, et enfin les critères flous de répartition interne des primes incitatives au personnel.

En effet, du recours aux cibles de performance découle un calcul complexe de l'enveloppe FBR distribuée aux formations sanitaires et ultérieurement répartie entre le personnel (à hauteur de 75%) et le fonctionnement de la structure (à hauteur de 25%). Pour chaque équipe ou formation sanitaire, une enveloppe FBR annuelle maximale est calculée en fonction du nombre d'agentes et d'agents par catégorie que la structure compte. Grâce à la catégorie de l'agent ou l'agente, il est possible de déduire son salaire moyen selon les normes étatiques. Le salaire annuel moyen est ensuite multiplié par le nombre d'agentes et d'agents dans chaque catégorie afin d'obtenir une estimation de la masse salariale totale de la structure.

Le montant de l'enveloppe annuelle maximale peut donc varier d'une formation sanitaire à l'autre en fonction du nombre d'agentes et d'agents de santé qui y sont affecté-e-s et de leur catégorie. Plus la structure compte de personnel et plus son personnel est gradé, plus élevée pourrait être son enveloppe FBR. Une fois l'enveloppe potentielle maximale calculée, elle est ajustée sur base des cibles atteintes, en tout ou en partie, par chaque indicateur. Cet ajustement effectué, l'enveloppe FBR est déflatée – pour les postes (PS) et centres de santé (CS) uniquement – par l'indice de performance qualitative calculé sur la base d'une liste de contrôle de qualité déclarée et vérifiée par une agence de vérification indépendante. Elle peut ensuite enfin être transférée sur le compte bancaire de l'équipe cadre ou de la formation sanitaire prévu à cet effet. C'est donc le décompte des prestations réalisées au regard de ces indicateurs, compte tenu de leur pondération et de l'atteinte de leur cible, et de l'indice de performance qualitative qui déterminent le montant des financements FBR alloués.

Présentation du CCT

L'intervention de transfert monétaire conditionnel incluse dans le PFSN adopte une forme plus classique, moins alambiquée que le volet FBR. L'intervention vise exclusivement les femmes enceintes vivant au sein de ménages vulnérables, avec pour objectif le respect des quatre consultations prénatales (CPN) dans les délais requis et l'accouchement assisté dans une structure de santé. Les ménages bénéficiaires sont sélectionnés au sein des zones d'action du PFSN par un processus de ciblage communautaire engageant les acteurs et actrices de la communauté supposé-e-s être les plus à même de reconnaître les plus nécessiteux et nécessiteuses incapables d'assurer plus d'un repas par jour. Le nombre de bénéficiaires du programme est plafonné par zone en fonction de la taille de la population et de la prévalence de la pauvreté dans la zone.

En théorie, les transferts monétaires s'organisent comme suit. Au cours de leurs visites régulières, les agent-e-s communautaires relèvent dans les carnets de santé des bénéficiaires les soins reçus. Ensuite, un agent ou une agente communautaire vérifie si les soins ont bien été fournis auprès des différents postes de santé au travers des registres de consultations prénatales et d'accouchements. Lorsque la liste des actes rémunérés est validée, les fonds sont mis à la disposition des agent-e-s communautaires qui se rendent alors sur le terrain et remettent l'argent aux bénéficiaires, et à elles uniquement. Les bénéficiaires reçoivent en liquide 5000 FCFA pour chaque CPN réalisée et 10 000 FCFA lorsqu'elles accouchent en structure et avec l'assistance d'un-e personnel-le qualifié-e.

Voilà du moins pour la théorie. Car en pratique, les interventions ont rencontré d'importantes difficultés d'ordre opérationnel autant que structurel que nous avons cherché à étudier et décrivons dans la prochaine section.

La difficile mise en œuvre des instruments FBR et CCT

Le cas du FBR

Si l'intervention FBR a bel et bien connu la couverture annoncée, soit 6 des 14 régions médicales que compte le pays, elle a également rencontré de grandes difficultés de mise en œuvre comme le décrit l'évaluation externe du programme réalisée en 2017 (Zongo, 2017). Au niveau opérationnel, les problèmes rencontrés étaient de plusieurs natures. Ils se sont situés essentiellement au niveau des contrats de performance, de la vérification de cette performance et du calcul et paiement des enveloppes FBR.

Au niveau des contrats de performance, le programme a accusé un énorme retard dans la signature des contrats avec l'agence de vérification indépendante (AVI) en charge de la vérification des cibles de performance ainsi qu'avec les formations sanitaires. La contractualisation de l'AVI, qui aurait dû avoir lieu en 2013, n'a été effectuée qu'en janvier 2016 (Lagarde *et al.*, 2018). De leur côté, les formations sanitaires nouvellement incluses dans le FBR par la phase d'extension du programme ont signé leur contrat de performance avec plus d'un an de retard, en mi-2015. Ces retards importants dans la contractualisation des acteurs et actrices opérationnel-le-s du FBR, expliqués par des difficultés de recrutement de l'AVI et par un manque d'appropriation nationale du programme 2016 (Lagarde *et al.*, 2018), ont conduit à une incompréhension, souvent source de frustration, des agentes et agents de santé de terrain engagé-e-s dans le FBR depuis ces débuts (phase pilote) et source d'une méconnaissance profonde du FBR par les personnels concernés par la phase d'extension, qui ont eu le sentiment d'un effet d'annonce de leurs responsables sans concrétisation réelle.

Loin d'avoir été rapidement résorbés, les retards accumulés se sont répercutés sur la signature des contrats de l'année suivante avec pour résultat la poursuite des retards. Les contrats des formations sanitaires de 2016 n'ont été signés qu'en novembre 2016 tandis que ceux de 2017 n'ont été signés qu'en 2018, et son nouveau lot d'incompréhensions et de frustrations de la part des agentes et agents

de santé de terrain. Or, les contrats établis avec les formations sanitaires spécifient les règles d'obtention – et notamment les cibles de performance à atteindre – et de distribution des enveloppes FBR. À ce propos, il existait des désaccords sur les dénominateurs utilisés pour la détermination des cibles de performance dus à des problèmes d'exactitude des données utilisées. Il semblerait que, dans certains cas, la population cible ait été surestimée ce qui a conduit à la détermination de cibles difficiles sinon inatteignables : « Ce qui contribue à démotiver les agents qui malgré leurs efforts n'arrivent pas à atteindre les cibles fixées » (Zongo, 2017 : 49). À l'inverse, certaines formations sanitaires ont vu leur population sous-estimée et ont été évaluées sur la base de cibles « faciles ».

Dû au retard pris dans le recrutement de l'agence de vérification indépendante, la vérification de la performance des formations sanitaires sous FBR a été retardée. Le retard était estimé entre trois et six mois, ce qui a conduit dans certains cas à coupler ensemble plusieurs missions de vérification de la performance auprès des formations sanitaires. Par exemple, les vérifications de T1 et T2 2015 ont été couplées, tout comme celles de T3 et T4 2015. Ces couplages ont participé à brouiller davantage le peu de visibilité qu'avaient les acteurs et actrices de terrain de l'intervention. Les vérifications communautaires ont elles aussi été confrontées à près de huit mois de retard.

À noter que la vérification de la performance conduite par l'AVI semblait finalement relativement sommaire et portait seulement sur trois des 17 indicateurs au niveau des hôpitaux. Du côté des centres et postes de santé, seuls trois indicateurs des 13 listés ont été tirés au sort et ont finalement été évalués. Certaines malfaçons ont également été relevées, notamment lors de la passation des listes de contrôle de qualité où il est arrivé qu'une note de qualité globale soit donnée sans passer en revue chacun des critères de qualité. L'évaluation externe a souligné que les rapports de vérification n'ont le plus souvent pas été co-signés par les formations sanitaires, ce qui a posé la question de l'existence effective d'une restitution de leurs résultats aux structures. Aucune sanction n'a par ailleurs été appliquée en cas de divergences lors de la vérification quantitative et qualitative.

Au niveau du calcul des enveloppes FBR, les résultats de la vérification communautaire n'ont pas été, en pratique, pris en compte dans le calcul des scores qualités des structures. Le paiement de ces enveloppes s'est par ailleurs heurté à d'importants retards, plus d'une année. Le paiement de T1 2015 des formations sanitaires alors nouvellement lancées dans le FBR n'a été effectué qu'en octobre 2016. Lors de l'évaluation externe du programme – soit à la date du 24 mars 2017 – le paiement de T4 2015 était toujours en cours et aucun paiement n'avait été effectué pour l'année 2016. Conjugué à la rareté et au retard des activités de vérification de la performance, ces retards dans le paiement des enveloppements FBR, et donc dans le paiement des primes au personnel – assurément l'une des activités les plus visibles pour ce dernier – a conduit la majorité des agentes et agents de santé rencontré-e-s à considérer l'intervention « enterrée », étant même étonné-e-s que nos questions portent dessus.

Deux raisons sont évoquées pour expliquer ces retards de paiement. Il y a tout d'abord un retard dans la signature des contrats de performance des formations sanitaires. Une seconde raison soulignée est la lente disponibilité des données après leur vérification – les données de T1 et T2 2016 étaient par exemple déjà vérifiées mais pas encore disponibles en mars 2017 – conjuguée à des difficultés de rédaction et de transmission des requêtes de paiement au niveau central qui cristallisent certaines tensions de trésorerie du programme (Zongo, 2017).

Une fois payées, la part (25%) des enveloppes dédiée au fonctionnement des formations sanitaires n'a que faiblement été consommée au niveau des centres de santé et des postes de santé. Le taux de décaissement était estimé à 30% en 2017 (Zongo, 2017). Cette faible utilisation des ressources a fait qu'il était finalement difficile, d'une part, d'engager « une réelle transformation souhaitée de la formation sanitaire » (Zongo, 2017 : 53), et, d'autre part, d'améliorer la visibilité de l'intervention pour les acteurs et actrices de terrain. Les difficultés des formations sanitaires ont par ailleurs été accentuées par les retards de paiement des subventions des programmes de « gratuité », quant à eux estimés entre sept et dix mois. Par ailleurs, il n'existait pas au niveau des CS et PS de plan de travail annuel ni de plan trimestriel qui reprendrait les ressources FBR dédiées aux

structures comme cela était convenu initialement dans la conception de l'intervention. L'absence de vision qu'offrent ces plans a pu être un élément de réponse expliquant le faible taux de décaissement.

Du côté des enveloppes FBR dédiées à la motivation financière des agentes et agents de santé (75%), l'évaluation externe (Zongo, 2017) a souligné que les primes allouées au personnel de santé étaient régulièrement en deçà de la somme maximale pouvant être distribuée équivalant à 20% de la somme totale des salaires nets moyens, ce qui a une nouvelle fois été source de frustrations.

Enfin, il semblerait qu'un accompagnement de l'État ait été envisagé avant la mise en œuvre du FBR en vue de mettre à niveau les formations sanitaires en les dotant des intrants (RH, matériels, etc.). Cette initiative ne s'est toutefois pas concrétisée. L'évaluation externe du programme FBR a soulevé la présence d'infrastructures vétustes, de manquements importants en matériels et consommables ainsi qu'une insuffisance notoire en ressources humaines malgré le recrutement (de sages-femmes surtout) appuyé par l'agence de coopération japonaise. «Du reste beaucoup d'agents sont recrutés par les structures entraînant une charge en personnel élevé» (Zongo, 2017 : 55) pour les formations sanitaires qui rencontraient déjà des difficultés financières dues aux retards de paiement du FBR, de la CMU et compte tenu du faible décaissement des enveloppes FBR.

Le cas du CCT

L'intervention CCT a elle aussi rencontré plusieurs problèmes de mise en œuvre, entre autres dus à un retard du PFSN dans la mise à disposition des fonds nécessaires au lancement du projet. La situation a notamment obligé la CLM à préfinancer sur fonds propres les premières activités de la phase pré-pilote, à hauteur de 600 millions FCFA. Sans paiement rapide du PFSN qui n'a remboursé les sommes engagées dans le cadre de la phase pré-pilote que 19 mois après la fin de cette phase, la Cellule s'est vite trouvée dans l'incapacité financière de poursuivre les activités. Le pré-pilote ne fut dans un premier temps pas reconduit après la première année de lancement (avril 2015 – mars 2016). Dès lors, il est arrivé que certaines

bénéficiaires ne reçoivent de transferts monétaires que pour une partie seulement de leur suivi prénatal, ou que leurs 4 consultations prénatales soient couvertes par le mécanisme incitatif mais pas leur accouchement dans le cas où celui-ci arrivait après mars 2016. Si les bénéficiaires de l'intervention CCT semblent s'être accommodées de ces quelques mois de battement – « On donne, je prends. Si ça ne vient pas, je ne prends pas » – aucune véritable communication n'a été faite pour prévenir et expliquer les raisons de son arrêt temporaire.

Quoiqu'il en soit, quatre mois après la fin de la phase pré-pilote et après discussions, et malgré sa responsabilité évidente dans la mise en pause de l'intervention CCT, la Banque mondiale a autorisé sa poursuite, dans un premier temps exclusivement dans les zones initialement ciblées, soit les districts sanitaires de Gossas et Kounghoul. Le redémarrage de l'intervention CCT en juillet 2016 ne s'est toutefois pas fait sans difficulté, ni sans perte d'adhésion de la part des différentes parties prenantes. Les activités de reprise du projet et les très longs délais de refinancement ont notamment rendu impossible le paiement des transferts monétaires du pilote pour l'année 2016, qui restaient en septembre 2017, non effectués et suscitaient l'incompréhensions des bénéficiaires. Quant aux paiements des transferts monétaires pour l'année 2017, ils étaient irréguliers et parfois regroupés une fois les fonds disponibles. Aussi, il n'était pas rare qu'une bénéficiaire du CCT reçoive tous les transferts monétaires dus, une fois toutes les visites prénatales effectuées, voire après son accouchement, ce qui brouillait inexorablement l'effet de ces transferts monétaires sur l'obstacle financier à la consommation de soins des bénéficiaires. En parlant de l'obstacle financier au recours aux soins de santé, les bénéficiaires rencontrées, ciblées pour rappel de leur vulnérabilité, ont expliqué continuer de recourir aux caisses de solidarité ou solliciter leur mari pour payer leurs factures de santé car les transferts financiers post-actes reçus ne supprimaient pas le nécessaire paiement à l'acte. Loin d'être conservé pour les prochaines dépenses de santé, l'argent reçu était quant à lui majoritairement utilisé pour leurs propres dépenses, ou pour couvrir les dépenses des enfants y compris alimentaires – ce qui nous rapproche de l'objectif principal du PFSN. La question du ciblage des bénéficiaires a été un élément particulièrement intéressant lors de

nos entretiens. Au fil des échanges, nous avons compris que la stratégie adoptée par les personnes en charge du ciblage n'était pas tant d'identifier les plus nécessiteux et nécessiteuses, mais bien de répartir les différentes opportunités d'appui au sein de la communauté afin que chaque foyer bénéficie au moins d'un programme ou soit au moins soutenu par une intervention.

Enfin, ce n'est qu'en 2017 que deux nouvelles régions d'extension (sur les quatre initialement prévues) ont été progressivement intégrées, les régions médicales de Ziguinchor et de Sédhiou. L'extension du « FBR-demande » aux régions médicales de Kédougou et Tambacounda n'a jamais été opérationnelle.

Analyse de l'émergence

Le courant des problèmes

Pour Kingdon (1995), un problème n'est reconnu comme tel qu'à partir du moment où il apparaît nécessaire pour les décideurs et décideuses d'y remédier. L'auteur souligne le rôle crucial des indicateurs dans cette prise de conscience. C'est d'ailleurs à une série d'indicateurs que nous faisons appel pour dresser une liste des problèmes principaux auxquels entend répondre le PFSN, et donc les instruments de FBR et CCT.

Une situation sanitaire qui reste préoccupante

Malgré une amélioration significative de la plupart des indicateurs de santé du pays ces vingt dernières années, les taux de morbidité et mortalité restent élevés au Sénégal. La mortalité adulte – soit la probabilité de décéder entre 15 et 50 ans – est estimée à 59‰ chez les femmes contre 74‰ pour les hommes. Une femme sénégalaise sur 80 (0,012%) décèdera des suites de causes maternelles liées à la grossesse ou à l'accouchement. Pourtant, l'enquête démographique et de santé de 2017 fait état d'un taux de consultation des mères appréciable: la quasi-totalité (97%) des femmes enceintes

enquêtées ont consulté du personnel médical formé pendant leur grossesse. C'est sans compter une faible complétude du suivi prénatal et une variation des examens réalisés. Seules 57% des mères interrogées ont effectué au moins les quatre visites prénatales recommandées. Par ailleurs, un peu plus de trois naissances sur quatre (78%) se sont déroulées dans un établissement de santé, et n'ont été que moyennement assistées par une agente ou un agent de santé qualifié-e (68%). Le quotient de mortalité néonatale est également important: 28‰ (pour 1 000 naissances vivantes). Quant au taux de mortalité infantile, il est estimé à 42‰ (pour 1 000 naissances vivantes) (République du Sénégal, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan, Agence nationale de la statistique et de la démographie, 2018). Enfin, près d'un enfant de moins de 5 ans sur dix (8,1%) souffre de malnutrition dans le pays (World Bank, 2020).

Le difficile accès financier aux soins

Au Sénégal, le paiement direct de santé reste la norme (55,9% des dépenses en santé), faisant supporter aux ménages les dépenses de santé – et plus difficilement encore par les ménages les plus vulnérables pour lesquels le recours aux services de santé continue de constituer un risque d'appauvrissement important. À titre d'illustration, 37,4% de la population sénégalaise est à risque de dépenses catastrophiques en cas d'un recours nécessaire à la chirurgie (World Bank, 2020).

La faible performance des agentes et agents de santé induite par leur faible motivation

Le Sénégal est marqué par une pénurie aiguë de ressources humaines en santé – avec un ratio de 0,068 médecins et 0,309 infirmiers, infirmières et sages-femmes pour 1000 habitant-e-s (World Bank, 2020) – et une distribution déséquilibrée des effectifs en santé. À cette pénurie quantitative s'ajoute une faible performance des agentes et agents de santé en poste qui s'explique par plusieurs facteurs, notamment le maintien d'un écart entre leurs connaissances

et leurs pratiques («*know-do gap*»). Au Sénégal, seules 60% des actions recommandées lors d'une consultation prénatale étaient effectivement effectuées par le personnel médical. Le constat est encore plus alarmant lorsqu'il s'agit de consultations pédiatriques pour lesquelles plus de la moitié (57%) des actes recommandés ne sont pas réalisés (Kruk et al., 2017). Selon Lagarde et ses collègues, cet écart entre connaissances scientifiques et pratiques « confirme l'idée que la faible performance [des agentes et agents de santé] est souvent le résultat d'une faible motivation » (2018 : 5). Il s'agit toutefois, selon nous, d'une affirmation qui doit encore se vérifier.

Le courant des solutions

Derrière le concept de solution se cache les mesures auxquelles les décideurs et décideuses peuvent recourir pour remédier au problème identifié (Kingdon, 1995). Dans le cas du PFSN, les solutions mobilisées sont le FBR et le CCT. Pourtant, ces deux instruments sont tous deux confrontés à un manque de données probantes relatives à leurs effets dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (PRFI), et en particulier au Sénégal qui fait l'objet de peu d'études. D'autant que, comme nous l'avons vu lors de leur décryptage, les possibilités d'évaluation des deux instruments n'ont pratiquement jamais été saisies au niveau des interventions. La Banque mondiale n'a pas conduit l'évaluation d'impact planifiée, ce qui ne manque pas de susciter certaines interrogations dans un contexte d'élaboration de politiques basées sur les données probantes. Obtenir des données probantes est d'autant plus nécessaire que les difficultés de mise en œuvre observées au niveau des deux interventions posent avec plus de fermeté la question de l'appréhension des instruments FBR et CCT comme solutions au Sénégal.

Le FBR, une solution incertaine

Le FBR est régulièrement introduit comme « un accélérateur de la mise en œuvre de l'agenda international de développement » (Abomo Kele, 2018 : 179), bien que cela ne soit pas étayé par la littérature et

malgré l'absence de justification théorique solide (Paul *et al.*, 2021). Le FBR a, en effet, été le sujet de nombreuses évaluations qui ont fait état de résultats mitigés (Borghi *et al.*, 2018), impossibles à généraliser, ce qui attise le débat sur ses potentiels effets. En ce qui concerne tout particulièrement la question des agentes et agents de santé, la conception largement supposée que le FBR peut améliorer leur motivation et plus largement leur performance reste également peu appuyée par la littérature. L'une des rares études publiées sur le FBR au Sénégal est celle de Lagarde et ses collègues qui porte sur la qualité des soins de santé primaire prodigués. Elle démontre des résultats « peu encourageants », et « [remet] en cause la thèse selon laquelle le FBR peut améliorer la qualité des soins » (2018 : 6). Les observations cliniques conduites et les exercices réalisés à l'aide de patient-e-s mystères n'ont en effet pas permis d'établir de preuve de l'impact du FBR sur la qualité des soins prodigués. Plus récemment, Gage et Bauhoff (2021) ont conclu à l'absence d'amélioration statistique significative du FBR sénégalais sur la santé maternelle et néonatale.

Le CCT, une solution incertaine

En dépit de la diffusion progressive du CCT en Afrique subsaharienne, le débat sur la possible reproduction des réussites notables des programmes sud-américains *Oportunidades* et *Bolsa Familia*, dans des contextes à faibles revenus, et notamment africains, subsiste compte tenu des nombreux défis encourus dans ces contextes (Akinola, 2016; Barrientos & Santibañez, 2009; Lagarde *et al.*, 2009). Pour Molyneux (2007), le succès des programmes de CCT dans les pays à moyens revenus tels le Mexique et le Brésil s'explique, entre autres, par une capacité institutionnelle et administrative suffisante, condition difficilement remplie dans certains pays à revenus faibles. Dans sa revue sur les effets des CCT dans les pays à faibles et moyens revenus, Huntington (2010) relève plusieurs faiblesses de l'offre de soins en Afrique subsaharienne qui influencent négativement les CCT : faible système d'information, gouvernance complexe, indisponibilité du service de santé conditionné et faible qualité de ce dernier. Plus nuancés, Schubert et Slater (2006) perçoivent néanmoins dans le succès de programmes

de CCT dans cinq pays à faibles revenus d'Amérique centrale et latine (Nicaragua, Honduras, El Salvador, Paraguay et Bolivie) la démonstration qu'il est possible d'appuyer la demande dans des contextes marqués par une précarité de l'offre.

Il en reste que, malgré une démonstration de quelques effets positifs des CCT, sur la santé notamment (Huntington, 2010; Lagarde *et al.*, 2009; Owusu-Addo & Cross, 2014; Stachowski, 2011), la littérature ne permet pas de répondre à la question de la reproductibilité de ces effets compte tenu de preuves probantes limitées (Bassani *et al.*, 2013; Khan *et al.*, 2016). Les évaluations des programmes africains de CCT restent peu nombreuses, voire inexistantes en ce qui concerne le Sénégal. Il s'agit de toute évidence d'une observation qui tend à perdurer. En 2009 déjà, Lagarde et ses collègues attiraient l'attention sur le besoin d'évaluations rigoureuses des CCT dans les pays à faibles revenus pour répondre à cette interrogation.

Le courant des orientations

Le courant des orientations renvoie à ce que Kingdon (1995) appelle la «réceptivité politique», c'est-à-dire la capacité des décideurs et décideuses à être réceptifs et réceptives au problème identifié ou à la solution apportée. Cette «réceptivité» peut également être comprise comme la capacité du problème ou de la solution apportée à faire écho aux orientations des décideurs et décideuses politiques. Cet écho peut s'entendre tant au niveau international que national.

Au plan international, le PFSN, donc des interventions de FBR et de CCT, survient dans le contexte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), et tout particulièrement, comme l'introduction de l'ouvrage l'a rappelé, dans un contexte marqué par l'avènement de la couverture sanitaire universelle (CSU), associé à l'impératif international croissant de démonstration de résultats.

Cet avènement de la CSU est également présent au plan national. En effet, l'objectif de la couverture santé universelle constitue l'une des priorités politiques du gouvernement sénégalais. Elle est

principalement déclinée à travers, d'une part, la politique d'extension de l'offre de services de santé et d'amélioration de la qualité des soins, et, d'autre part, la politique de la couverture maladie universelle (CMU) pour ce qui concerne le volet d'accessibilité de la demande. Le Plan stratégique de développement de la couverture maladie universelle 2013-2017, qui opérationnalise la politique gouvernementale de CMU, défend « la vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion à l'horizon 2022 » (République du Sénégal, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2013 : 9). Du côté de la demande de soins, il est toutefois intéressant de souligner que les mutuelles de santé représentent, depuis longtemps déjà, le cheval de bataille du gouvernement sénégalais, et de nombreuses formules mutualistes ont été jusqu'à aujourd'hui expérimentées dans le pays. Par ailleurs, et comme explicitée ci-haut, l'orientation nationale adoptée n'incluait traditionnellement pas de mécanismes de transferts monétaires conditionnels, leur préférant les programmes de gratuité et de filets sociaux non conditionnels.

Éléments de facilitation : les fenêtres d'opportunité et les entrepreneurs et entrepreneuses politiques

Les fenêtres d'opportunité sont des occasions saisies pour attirer l'attention sur un problème ou une solution spécifique. Les entrepreneurs et entrepreneuses politiques sont des acteurs et actrices engagé-e-s dans l'identification d'un problème, la promotion d'une solution ou les deux à la fois (Kingdon, 1995).

Le contexte de course aux OMD évoqué précédemment fut rapidement caractérisé par un essoufflement des réformes engagées, qui peinaient à produire les résultats escomptés. Une « fenêtre d'opportunité » dont ont tiré profit les entrepreneurs et entrepreneuses politiques du *Health Results Innovation Trust Fund* pour légitimer et promouvoir le financement basé sur la performance, et dont le rôle à jouer substantiel dans l'expansion du FBR a déjà été souligné dans des chapitres de cet ouvrage (Gautier *et al.*, 2019;

Turcotte-Tremblay *et al.*, 2018), et pour le Cameroun, le Tchad et la Tanzanie, par Sieleunou (2017), Yonli (2015), Chimhutu (2015) et leurs collègues. Ce travail de légitimation et de promotion du FBR a été notamment effectué par la participation des cadres du MSAS à un voyage d'études préparée par l'USAID sur financement de la Fondation Bill et Melinda Gates (Caffin, 2018).

Les instruments de FBR et de CCT ont par ailleurs pu bénéficier d'une autre fenêtre d'opportunité, à savoir la mise à disposition du financement de la Banque mondiale dans le cadre du PFSN. Selon ce responsable de la composante du programme FBR au sein de l'USAID :

[...] l'USAID, c'est une source de financement, mais une source de financement peut toujours essayer d'utiliser ses ressources comme des leviers, pour soulever des ressources plus importantes, ce que la BM lui a offert. [...] l'USAID ne peut pas avoir un opportunité comme cela, [...] et ne pas l'exploiter pour le Sénégal. (Caffin, 2018 : 354)

Cette fenêtre d'opportunité financière pour le volet FBR a été facilitée par l'influence d'entrepreneurs et d'entrepreneuses politiques issu-e-s de l'USAID qui constitue, ni plus ni moins, le premier partenaire technique du ministère de la Santé et de l'Action Sociale (Caffin, 2018), et qui était en charge des premières années du pilote du FBR.

Enfin, le volet CCT a également pu bénéficier de l'opportunité offerte par l'ancrage historique et la reconnaissance nationale dont jouit la CLM sur les questions de nutrition.

Nous avons noté qu'une fois le PFSN lancé, l'attention des entrepreneurs et entrepreneuses politiques s'est plutôt orientée sur la poursuite de sa diffusion au travers d'un nouveau bailleur, la JICA, et moins sur le passage à l'échelle du PFSN comme en témoigne l'annulation de l'évaluation d'impact du projet.

Discussion

Par le biais de notre analyse, nous avons pu constater que le PFSN, via ses volets de FBR et de CCT, répondait à une situation sanitaire préoccupante et faisait écho aux grandes orientations internationales et nationales adoptées par le Sénégal, notamment l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. Dans son rapport « Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers une couverture universelle » (2010), l'Organisation mondiale de la Santé décrit en effet les difficultés d'atteinte de la CSU comme résultant d'un dysfonctionnement d'une ou de plusieurs composantes généralement admises du système de financement de la santé que sont i) la mobilisation des ressources, ii) leur mise en commun en vue de réduire les risques individuels, et iii) l'achat des prestations essentielles en vue de réduire les inégalités et d'améliorer la performance globale des systèmes de santé (Kutzin, 2013). Le PFSN semble donc sur papier être une réponse plausible aux défis rencontrés.

Nous avons cherché à décrypter les volets de FBR et de CCT, et avons mis au jour les importantes difficultés de mise en œuvre qu'ils ont rencontré et qui posent plus fondamentalement la question des moyens donnés pour concrétiser les intentions une fois les effets d'annonce passés. D'autant que ces difficultés de mise en œuvre limitent en pratique l'appréhension de ces deux instruments comme solutions crédibles aux difficultés rencontrées dans le pays, et que les opportunités d'évaluation n'ont été de surcroît que rarement saisies à l'échelle du Sénégal. Pourtant, les enjeux de démonstration de résultats restent bien présents compte tenu de l'absence de données probantes relatives aux deux instruments (Bassani *et al.*, 2013; Khan *et al.*, 2016), qu'ils soient organisés séparément ou combinés. Comme le soulignent Anthony et ses collègues (2017 : 2),

Not only implementation processes are known to influence the outcomes of policies and interventions, but the contextual features of the implementation are key to understand such processes and their outcomes, and deserve to be analyzed in depth.

Les fenêtres d'opportunité identifiées et exploitées par les entrepreneurs et entrepreneuses politiques, qui sont majoritairement étrangers et étrangères à l'instar du cas du Mali (Coulibaly *et al.*, 2019), semblent avoir eu un effet notable sur les débuts du PFSN, notamment sur la décision de tester les instruments de FBR et CCT. Ces derniers ne s'inscrivaient pourtant pas dans la culture du pays, dont nous avons rappelé l'intérêt pour les mutuelles de santé par exemple. Cet effet ne semble toutefois pas avoir perduré ensuite, largement contrebalancé par la faible mise en œuvre des mécanismes.

Par ailleurs, l'implication d'entrepreneurs et d'entrepreneuses politiques de l'étranger dans les choix effectués dans le cadre du PFSN est telle qu'elle se fait ressentir jusque dans la formulation atypique de l'intervention de FBR. Pourtant, l'enjeu de l'appropriation par les parties prenantes des mécanismes FBR et CCT est réel (Gautier & Ridde, 2017). Au Tchad, Kiendrébéogo et ses collègues (2017) ont établi le lien entre ce manque d'appropriation et l'absence d'émergence du FBR à l'agenda national. À ce sujet, Beaussier (2017) pose plus fondamentalement la question du recours à la théorie de Kingdon dans un contexte sub-saharien, postulant que les contextes occidentaux et africains sont les théâtres de dynamiques de mise à l'agenda aux logiques différentes. Parmi les spécificités décrites, selon l'auteur, celle de la place occupée par les institutions internationales dans l'élaboration des interventions en Afrique «échappent partiellement, mais non totalement, [...] aux gouvernements nationaux» (Beaussier, 2017 : 3). Aussi semble se poser, peut-être plus fortement qu'ailleurs peut-être, la question du lien qu'entretiennent agenda international et agenda national, sans toutefois la substituer à une analyse plus locale des logiques des acteurs et actrices comme l'a par exemple fait Ridde (2011). C'est véritablement une analyse multiniveaux qui doit être conduite au sein des «arènes» politiques internationale, nationale et locale. Concernant tout particulièrement l'arène nationale, nous avons noté qu'en cours de mise en œuvre du projet, l'implication des entrepreneurs et entrepreneuses politiques était davantage orientée vers la diffusion du mécanisme FBR auprès d'un autre bailleur, la JICA, que vers le passage à l'échelle du programme qui a été délaissé, au point de constituer aujourd'hui une occasion manquée.

Conclusion

Le projet de financement de la santé et de la nutrition lancé en 2015 au Sénégal était un projet innovant par son architecture interne. Ce projet combinait deux volets, un volet d'appui à l'offre avec une intervention de FBR et un volet d'appui à la demande de soins au travers d'une intervention de transfert monétaire conditionnel. Cela laissait prétendre à une conception plus holistique des défis liés à la production et à la consommation de soins de santé. Mis en œuvre à un moment où l'enthousiasme pour le FBR semblait quelque peu s'évanouir dans la sous-région, le projet possédait les ingrédients pour devenir un projet de référence pour la Banque mondiale – dont on connaît la propension à faire voyager et à reproduire ses modèles exemplaires⁸. Le projet n'a toutefois pas été passé à l'échelle nationale. Il répondait pourtant à une situation sanitaire préoccupante et faisait écho aux grandes orientations internationales et nationales. Les deux volets du projet ont cependant rencontré d'importantes difficultés de mise en œuvre, limitant l'appréhension de ces deux instruments comme solutions crédibles aux difficultés rencontrées dans le pays (d'autant qu'ils continuent de souffrir d'un manque de données probantes). Les quelques fenêtres d'opportunité identifiées et exploitées par les entrepreneurs et entrepreneuses politiques – majoritairement de l'international – semblent avoir eu un effet notable sur les débuts du PFSN, mais celui-ci s'est ensuite estompé. À défaut d'être aujourd'hui considéré comme le nouveau « *best-model* » de la Banque, l'exemple des volets FBR et CCT du PFSN au Sénégal constitue une illustration des nombreux défis rencontrés pouvant réfréner le passage à l'échelle d'une intervention de santé⁹. Il semble essentiel de poursuivre les recherches pour comprendre les processus de mise à l'échelle des interventions de FBR et CCT, qui se jouent tant sur la scène internationale que nationale.

8. Voir le chapitre de Gautier *et al.*

9. Voir le chapitre de Seppey *et al.*

Références

- Abomo Kele, P. (2018). *La diffusion du paiement à la performance dans la réforme des systèmes de santé du Nord au Sud : Promotion de l'efficacité ou dynamique de dépolitisation de l'action publique en santé?* [Thèse de doctorat]. Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, Institut d'étude du développement économique et social.
- Akinola, O. (2016). Conditional cash transfers in Africa: Limitations and potentials. *Saspen*, 6. <http://www.saspen.org/brief/SASPENbrief-2016-6-Akinola.pdf>
- Antony, M., Bertone, M. P. & Barthes, O. (2017). Exploring implementation practices in results-based financing: The case of the verification in Benin. *BMC Health Services Research*, 17(204). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2148-9>
- Barrientos, A. & Santibañez, C. (2009). Social policy for poverty reduction in lower-income countries in Latin America: Lessons and challenges. *Social Policy and Administration*, 43(4), 409-424. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2009.00671.x>
- Bassani, D. G., Arora, P., Wazny, K., Gaffey, M. F., Lenters, L. & Bhutta, Z. A. (2013). Financial incentives and coverage of child health interventions: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 13(S30). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-S3-S30>
- Beaussier, A.-L. (2017). Kingdon en Afrique? Théories de la mise sur agenda et le développement d'un programme d'assistance santé au Burkina Faso: Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 35(2), 69-80. <https://doi.org/10.3917/sss.352.0069>
- Binyaruka, P., Lohmann, J. & De Allegri, M. (2020). Evaluating performance-based financing in low-income and middle-income countries: The need to look beyond average effect. *BMJ Global Health*, 5(8), e003136. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003136>
- Borghì, J., Singh, N. S., Brown, G. W., Anselmi, L. & Kristensen, S. (2018). Understanding for whom, why and in what circumstances payment for performance works in low and middle income countries: Protocol for a realist review. *BMJ Global Health*, 3(3). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000695>

- Caffin, J.-H. (2018). *L'aide au développement et le financement basé sur la performance: Quelle performativité? Analyse du processus de conceptualisation et de diffusion du financement basé sur la performance dans la gestion des systèmes de santé africains par la Banque Mondiale et l'USAID. Étude du cas du Programme national de financement basé sur les résultats du Ministère de la Santé du Sénégal* [Thèse de doctorat]. École Doctorale De Management Panthéon-Sorbonne.
- 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>
- Conseil National de Lutte contre le Sida. (2009). *Projet de transferts de fonds conditionné pour la scolarisation et la formation professionnelle de 5000 OEV au Sénégal* [Document de cadrage technique]. CNLS.
- Coulibaly, A., Gautier, L., Touré, L. & Ridde, V. (2019). Le financement basé sur les résultats (FBR) au Mali : Peut-on parler d'émergence d'une politique publique de santé? *Revue Internationale de Politique de Développement*, (12.1). <https://doi.org/10.4000/poldev.3242>
- Falisse, J.-B. (2019). Au-delà du modèle voyageur? Usage stratégique et hybridation du financement basé sur la performance (FBP) dans la santé au Burundi. *Politique africaine*, 156(4), 83-100. <https://doi.org/10.3917/polaf.156.0083>
- Gage, A. & Bauhoff, S. (2021). The effects of performance-based financing on neonatal health outcomes in Burundi, Lesotho, Senegal, Zambia and Zimbabwe. *Health Policy & Planning*, 36(3), 332-340. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa191>
- Garcia, M. & Moore, C. M. T. (2012). *The cash dividend. The rise of cash transfer programs in Sub-Saharan Africa*. The World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/435291468006027351/pdf/672080PUB0EPI0020Box367844B09953137.pdf>

- Gautier, L., De Allegri, M. & Ridde, V. (2019). How is the discourse of performance-based financing shaped at the global level? A poststructural analysis. *Globalization and Health*, 15(6). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0443-9>
- 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>
- Gautier, L. & Ridde, V. (2018). Did the learning agenda of the World Bank-administrated Health Results Innovation Trust Fund shape politicised evidence on performance-based financing? A documentary analysis. *Sociedade e Cultura*, 21(2). <https://doi.org/10.5216/sec.v21i2.56310>
- Gergen, J., Josephson, E., Coe, M., Ski, S., Madhavan, S. & Bauhoff, S. (2017). Quality of care in performance-based financing: How it is incorporated in 32 programs across 28 countries. *Global Health: Science and Practice*, 5(1), 90–107. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00239>
- huntington, D. (2010). *The impact of conditional cash transfers on health outcomes and the use of health services in low- and middle-income countries: RHL commentary*. The WHO Reproductive Health Library.
- IOD PARC (2018). *Health results innovation Trust Fund – Mid Term Review – Final Report*. <https://www.rbfhealth.org/sites/rbf/files/HRITF%20MTR%20Final%2004042018.pdf>
- James, N., Lawson, K. & Acharya, Y. (2020). Evidence on result-based financing in maternal and child health in low- and middle-income countries: A systematic review. *Global Health Research and Policy*, 5(31). <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00158-z>
- Khan, M. E., Hazra, A., Kant, A. & Ali, M. (2016). Conditional and unconditional cash transfers to improve use of contraception in low and middle income countries: A systematic review. *Studies in Family Planning*, 47(4), 371–383. <https://doi.org/10.1111/sifp.12004>

- 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>
- Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, alternatives, and public policies*. Longman.
- Kovacs, R. J., Powell-Jackson, T., Kristensen, S. R., Singh, N. & Borghi, J. (2020). How are pay-for-performance schemes in healthcare designed in low- and middle-income countries? Typology and systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 20(291). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05075-y>
- Kruk, M. E., Chukwuma, A., Mbaruku, G. & Leslie, H. H. (2017). Variation in quality of primary-care services in Kenya, Malawi, Namibia, Rwanda, Senegal, Uganda and the United Republic of Tanzania. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(6), 408–418. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.175869>
- Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: Concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 602–611. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>
- Lagarde, M., Haines, A., & Palmer, N. (2009). The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008137>
- Lagarde, M., Kovacs, R. J. & Sall, M. (2018). *Enquête sur la qualité des soins au Sénégal. Synthèse des résultats* [Policy brief].
- MEASURE Evaluation. (2016). *Principes fondamentaux de la recherche en matière de mise en oeuvre*. <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-12-55-fr.html>
- Molyneux, M. (2007). *Change and continuity in social protection in Latin America*. United Nations Research Institute for Social Development.

- Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé: Le chemin vers une couverture universelle*.
- Owusu-Addo, E. & Cross, R. (2014). The impact of conditional cash transfers on child health in low- and middle-income countries: A systematic review. *International Journal of Public Health*, 59(4), 609–618. <https://doi.org/10.1007/s00038-014-0570-x>
- Paul, E., Bodson, O. & Ridde, V. (2021). What are the theories underpinning the use of performance-based financing in low- and middle-income countries? A scoping review. *Journal of Health Organization and Management*, (sous presse).
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. (2013). *Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017*. République du Sénégal. http://www.coopami.org/fr/countries/countries/senegal/social_protection/pdf/social_protection05.pdf
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. (2017). *Manuel de procédures. Programme National de Financement Basé sur les Résultats (PNFBR)*.
- République du Sénégal, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan, Agence nationale de la statistique et de la démographie. (2018). *Sénégal: Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) 2017*. ICF.
- Ridde, V. (2011). Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso. *Cahiers d'études Africaines*, 201, 115–143. <https://doi.org/10.4000/etudesafricaines.16603>
- Schubert, B. & Slater, R. (2006). Social cash transfers in low-income African countries: conditional or unconditional? *Development Policy Review*, 24(5), 571–578. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7679.2006.00348.x>
- 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., Fotso, J.-C. T., Tamga, D. M., Yumo, H. A., Kouokam, E. & Ridde, V. (2017). Setting performance-based financing in the health sector agenda: A case study in Cameroon. *Globalization and Health*, 13(52). <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0278-9>
- Stachowski, A. (2011). *Conditional cash transfer programs: The emergence and diffusion of pro-poor social policy in Latin America* [Thèse de doctorat]. Wesleyan University. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.645.8964&rep=rep1&type=pdf>
- Turcotte-Tremblay, A.-M., Gautier, L., Bodson, O., Sambieni, N. E. & Ridde, V. (2018). Le rôle des acteurs de la santé mondiale dans l'expansion du financement basé sur la performance dans les pays à faible et à moyen revenu. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 36(5-6), 261-279. <https://doi.org/10.3917/jgem.185.0261>
- UNICEF. (2009). *Étude de faisabilité pour un programme de transferts sociaux monétaires comme instrument majeur d'une protection sociale centrée sur l'enfant au Sénégal*. https://www.unicef.org/wcaro/wcaro_SEN_SP_Study_Final_09.Fr.pdf
- World Bank. (2020). *World Bank Open Data*. <https://data.worldbank.org/>
- Yonli, L., Kiendrebeogo, J. A., Berthe, A., Bechir, M., Morba N'Garsoumtar, G., Berinan, K. & Naibei, N. (2015). *Implementation research: Taking results based financing from scheme to system. Analyse des goulots d'étranglement à la mise à l'agenda du financement basé sur les résultats au Tchad après la phase pilote*. [Rapport]. WHO, Alliance for health policy and system research. <http://www.who.int/alliance-hpsr/projects/Chad.pdf>
- Zongo, A. (2017). *Rapport final de la mission d'évaluation externe du Financement Basé sur les Résultats au Sénégal* [Rapport de consultation].

27. Les défis des mutuelles communautaires en Afrique de l'Ouest

VALÉRY RIDDE, ABENA ASOMANING ANTWI, BRUNO BOIDIN, BENJAMIN CHEMOUNI, FATOUMATA HANE ET LAURENCE TOURÉ

Introduction

La déclaration d'Alma-Ata de 1978 affirme que les soins de santé primaires « exigent et favorisent une autonomie et une participation maximales de la communauté et des individus à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires » (WHO, 1978 : 1)¹. Elle a consacré la participation de la communauté à la gestion de la santé. Trente ans plus tard, cependant, le rapport de l'OMS sur les soins de santé primaires (WHO, 2008) notait la faiblesse des progrès et réaffirmait la nécessité de mobiliser la participation des populations. La déclaration formulée en prévision de la deuxième conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue en octobre 2018 (Kazakhstan), réitère ces principes en encourageant la participation communautaire à la gouvernance, à la gestion et au financement des soins de santé et en considérant les populations comme coproductrices de la santé.

En Afrique, cette stratégie de participation passe par le développement, d'une part, des mutuelles de santé communautaires (organisations autonomes, à but non lucratif, volontaires et solidaires, basées sur la cotisation des membres) (Criel & Waelkens, 2003), et d'autre part, des comités de gestion des centres de santé primaires. En effet, une caractéristique clé de ces mutuelles est que « la

1. Ce chapitre est une traduction d'un article publié en anglais et remanié/réduit pour cet ouvrage : Ridde, V., Asomaning Antwi, A., Boidin B. *et al.* (2018). Time to abandon amateurism and volunteerism: Addressing tensions between the Alma-Ata principle of community participation and the effectiveness of community-based health insurance in Africa. *BMJ Global Health*, 3(Suppl_3). doi: 10.1136/bmjgh-2018-001056.

communauté est impliquée dans la conduite de sa mise en place et dans sa gestion » (Mathauer *et al.*, 2017 : 1). Pourtant, malgré l'élan observé dans le développement des systèmes mutualistes, il y a près de trois décennies (Criel *et al.*, 2004 : 200; Ndiaye *et al.*, 2007), de nombreuses études ont mis en évidence les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre effective de la participation des usagers et usagères, notamment la faible capacité contributive des populations, se traduisant par un faible taux d'adhésion et un montant de primes très limité; la prise en compte très inégale des besoins des bénéficiaires (variabilité de l'offre de soins couverts, qualité insuffisante des soins, tensions entre les régimes mutualistes et les prestataires de services de santé); des prestations limitées pour les plus pauvres, qui ne sont pas impliqué-e-s; le caractère volontaire de l'adhésion et l'amateurisme de la gestion (Alenda-Demoutiez & Boidin, 2019; De Allegri *et al.*, 2009; Dror *et al.*, 2016; Ridde *et al.*, 2010; Waelkens *et al.*, 2017).

Ces défis liés au rôle des communautés dans les mutuelles ont donné lieu à des tentatives de revitalisation, telles que l'assouplissement du système de primes, le développement de partenariats avec les établissements de santé ou encore le recours à des réseaux continentaux (par exemple, l'Union africaine de la mutualité), à des réseaux nationaux (par exemple, l'Union technique des mutuelles au Mali, le Groupe de recherche et d'appui aux initiatives mutualistes au Sénégal) ou à des collectivités territoriales. Ces partenaires fournissent un appui au développement, des garanties financières ou des cadres réglementaires. Le développement des mutuelles communautaires de santé s'inscrit dans le mouvement actuel de promotion de la couverture santé universelle (CSU) depuis le milieu des années 2000. Dans l'esprit d'Alma-Ata, ce chapitre examine la pertinence des mutuelles communautaires de santé, considérée par l'OMS comme l'un des nombreux instruments permettant d'avancer vers la CSU (Mathauer *et al.*, 2017).

Participation, types de mutuelles et couverture santé universelle

Aujourd'hui, la CSU est le moteur de la santé mondiale, comme le montre la résolution de 2012 de l'Assemblée générale des Nations unies et le fait qu'elle soit au cœur de l'un des objectifs de développement durable pour 2015 (3.8 : assurer une couverture sanitaire universelle). Comme nous l'avons montré ailleurs (Robert *et al.*, 2017), l'analyse de la rhétorique des acteurs et actrices de la santé mondiale révèle un consensus pour une plus grande implication de la société civile dans le renforcement des systèmes de santé pour les CSU.

Pourtant, il existe, en matière de financement de la santé en Afrique, de nombreuses stratégies dont les plus importantes et les plus récentes sont les politiques d'exemption du paiement des frais d'utilisation et le financement basé sur les résultats (FBR) qui n'ont pas inversé la tendance à la marginalisation de la participation communautaire (Paul *et al.*, 2018; Ridde, 2015; Ridde *et al.*, 2018)². Les politiques d'exemption des frais d'utilisation, bien que souvent bénéfiques à l'augmentation de l'utilisation des soins par les populations et à la réduction des inégalités d'accès³, n'ont pas donné aux populations la possibilité de s'exprimer. Elles ont souvent entraîné une recentralisation ou une verticalisation de la prise de décision, alors que la décentralisation est toujours en cours, en particulier en Afrique de l'Ouest. (Ridde, 2015). Les expériences de FBR à base communautaire sont rares et encore peu concluantes (Falisse *et al.*, 2012). De plus, l'implication des communautés dans la mise en œuvre du FBR dans les structures de santé reste également très faible (Falisse *et al.*, 2012) produisant même des effets inattendus lors des audits communautaires⁴. Quant aux mutuelles de santé, l'histoire montre que « le succès des systèmes volontaires est modeste, et même assez faible » (Letourmy & Pavy-Letourmy, 2005) et que « dans certains pays, les mutuelles peuvent avoir empêché de se diriger

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

3. Voir les deux chapitres de Nguyen *et al.*, le chapitre de Rudasingwa *et al.* ainsi que celui de Zombré *et al.*

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

équitablement vers la CSU» (Pettigrew & Mathauer, 2016). Se pose ainsi un problème de justice sociale alors que ce principe est au fondement des arguments en faveur de la santé communautaire.

Ainsi, au niveau international, les appels se multiplient pour qu'il soit mis fin à la nature volontaire de ce type de mécanisme d'assurance, tant en ce qui concerne la participation à la gouvernance que le paiement des primes (Mathauer *et al.*, 2017; Mladovsky *et al.*, 2015; Zine Eddine El Idrissi *et al.*, 2018). En fait, «aucun pays n'a effectivement progressé vers la CSU par le biais de l'assurance maladie volontaire» (Mathauer, 2016). Pourtant, sur le terrain, en particulier en Afrique, nous voyons encore des projets de soutien à des mutuelles communautaires de santé, ou des dirigeant-e-s politiques ou des donateurs ou donatrices insistant sur la nécessité de continuer à les soutenir, en plaidant sans cesse pour la participation communautaire et l'inscription volontaire.

Dans ce chapitre, nous soutenons que l'idéal initial de la participation communautaire et de l'inscription volontaire adopté à Alma-Ata (et repris pour son 40^e anniversaire), et qui était au cœur des mouvements passés et présents de soutien aux mutuelles de santé en Afrique, n'est peut-être plus le concept dans lequel il faut investir si nous visons la CSU. Soyons clair-e-s, cela ne signifie pas que la société civile n'a plus sa place dans la gouvernance des systèmes de santé! Nous proposons plutôt d'abandonner l'idéal de l'implication des bénévoles dans la gestion des mutuelles de santé qui doivent à la fois professionnaliser leur gestion et trouver des moyens de rendre le paiement des primes obligatoire. Pour cette démonstration, nous nous appuyons sur diverses expériences, celle du Rwanda, qui a adopté cette solution, puis du Ghana, qui tente de le faire avec plus de difficulté, et du Mali, qui envisage actuellement une solution similaire, et enfin du Sénégal, qui ne semble pas encore aller dans cette direction.

Notre réflexion repose évidemment sur un postulat : l'obligation pour les États d'augmenter le financement public du secteur de la santé⁵. C'est une condition essentielle pour la CSU, soulignés depuis

5. Voir le chapitre d'introduction

très longtemps par de nombreux et nombreuses expert-e-s (Ottersen *et al.*, 2017) y compris récemment pour les mutuelles (Umeh, 2018; Umeh & Feeley, 2017; Zine Eddine El Idrissi *et al.*, 2018) et que nos études de cas confirment.

Rwanda : des mutuelles que de nom

Le Rwanda a fait d'énormes progrès vers la CSU en enrôlant près des trois quarts de sa population dans son programme de mutuelles (Chemouni, 2018). Après le génocide, le ministère de la santé a choisi, en 1999, les mutuelles comme politique publique visant à augmenter l'utilisation des soins de santé en raison de sa volonté de promouvoir la participation communautaire. Le gouvernement a en effet considéré que la participation de la communauté à la gestion des affaires locales, telle que la fourniture des soins de santé primaires, était essentielle pour prévenir le retour de la violence. En effet, il identifiait comme cause du génocide « la sous-culture d'obéissance passive qui a laissé les gens ouverts à la manipulation politique et sectaire » (MINALOC, 2004 : 11). Par ailleurs, dans un contexte de manque extrême de ressources, la participation de la population au financement des soins de santé apparue comme une nécessité (Chemouni, 2018).

Après 20 ans, les mutuelles de santé ont un succès en ce qui concerne le nombre d'adhésions. Pourtant, cette performance a été réalisée au détriment de l'engagement initial en faveur de la participation et de l'action communautaires. Tout d'abord, en 2006, l'adhésion aux mutuelles a été rendue obligatoire en raison de la frustration du gouvernement face à la lenteur des adhésions. Cette lenteur mis en péril la pérennité du dispositif en raison d'une mise en commun limitée des risques et d'un phénomène de sélection adverse. L'inscription obligatoire de la population aux mutuelles a permis d'augmenter considérablement la couverture sanitaire. Ce résultat a été obtenu grâce aux efforts, parfois coercitifs, de l'administration locale pour amener les gens à payer leurs contributions chaque année, et grâce à un financement du Fonds mondial qui a permis de couvrir les cotisations d'environ 30% de la population (Kalk *et al.*, 2010). Le déploiement des mutuelles communautaires de santé s'est

accompagné d'un engagement important du gouvernement et des bailleurs de fonds en faveur du financement de la santé. En 2017, la santé représentait 16,5% des dépenses publiques, soit l'un des taux les plus élevés d'Afrique (Ministry of Health, 2012). Au total, alors que la contribution de la population constitue l'essentiel des revenus des mutuelles (60%), ces revenus ne couvrent qu'environ 10% des dépenses totales de santé du pays (Ministry of Health, 2012). Si le système rwandais de mutuelles est aujourd'hui un succès en ce qui concerne la couverture de la population et la capacité à collecter des contributions financières au sein du secteur informel et pauvre, la capacité de ce système à contribuer aux dépenses de santé totales du pays reste très limitée.

Ensuite, les mutuelles communautaires de santé sont de plus en plus gérées par des professionnels de la fonction publique. Les lois de 2007 et 2015 ont réduit le rôle de la population dans la gestion des ressources des mutuelles. Les responsabilités de la communauté sont désormais limitées à promouvoir l'adhésion aux mutuelles et à contribuer à leur financement. En 2015, leur gestion a été transférée au Rwanda Social Security Board (Office rwandais de sécurité sociale – RSSB), l'organisme parapublic chargé des retraites des fonctionnaires et de l'assurance maladie. Le raisonnement derrière ce choix était que les ressources croissantes des mutuelles de santé communautaires nécessitaient une gestion et une capacité d'audits professionnels. Enfin, le transfert au RSSB a été l'occasion de centraliser davantage les ressources au niveau national et, par conséquent, d'accroître la mutualisation des risques⁶.

Les mutuelles rwandaises n'ont désormais de « mutuelles » que le nom. En réponse aux défis habituels de la mauvaise gestion, de la sélection adverse, du faible taux d'adhésion et de la mise en commun des risques (De Allegri *et al.*, 2009; Dror *et al.*, 2016), le gouvernement a mis en place ce qui ressemble, de fait, à un programme d'assurance maladie national financé par un impôt. Les « mutuelles de santé communautaires » rwandaises sont désormais un système d'adhésion obligatoire qui rassemble les ressources pour la fourniture

6. Voir le chapitre de Chemouni

de soins de santé en provenance de la fiscalité nationale, de l'aide internationale et des contributions des particuliers et particulières, le tout géré de manière centralisée par un organisme public.

Ghana : le régime national d'assurance maladie pour la CSU

Le Ghana a commencé à expérimenter les mutuelles à la fin des années 1980. Depuis lors, un régime d'assurance maladie complet est devenu l'objectif permanent des différents gouvernements et régimes politiques. Cette période d'expérimentation a pris fin avec la promulgation du *National Health Insurance Scheme* (NHIS) en 2003. Ce régime d'assurance maladie renforcé et uniforme était une amélioration du régime des mutuelles communautaires de santé établies en 1995 (Otoo *et al.*, 2014).

Avec la promulgation de la loi 650 en 2003, trois types de régimes d'assurance maladie ont vu le jour : les mutuelles de santé de district (DMHIS), les mutuelles de santé privées (PMHIS) et les régimes d'assurance maladie privés (PCHIS). Le NHIS est principalement financé par les impôts sur une base nationale. Un amendement à la loi (loi 852, 2012) exige que chaque Ghanéen-ne s'inscrive à un régime (Alhassan *et al.*, 2016). Cette réalisation est le résultat des efforts combinés du gouvernement, des technocrates, des syndicats (en particulier, le Congrès des syndicats) et des donateurs et donatrices (Banque mondiale, Organisation internationale du travail, etc.) (National Health Insurance Authority, 2011).

Bien que le NHIS semblait prometteur compte tenu de la croissance rapide initiale du nombre d'adhérent-e-s (36% en 2012, mais 62% sont exempté-e-s) (Otoo *et al.*, 2014; Umeh, 2018), la proportion a depuis stagné à 40% (Agyepong *et al.*, 2016). Malgré le fait que le NHIS ait été décrit comme ayant un ensemble d'avantages généreux (Odeyemi & Nixon, 2013), les inscriptions et les renouvellements ne se sont pas améliorés (Umeh, 2018) même pour les catégories exemptées (Agyepong *et al.*, 2016). Des études ont mis en évidence plusieurs raisons à ce bilan mitigé (Kotoh *et al.*, 2017; Presidential NHIS Review Committee, 2016; Wang *et al.*, 2017).

Premièrement, si l'adhésion est légalement obligatoire, en réalité, elle n'est pas appliquée. Deuxièmement, il existe de nombreux facteurs dissuasifs à l'adhésion : mécontentement vis-à-vis du comportement des professionnel-le-s de santé, contrôle insuffisant de la sélection adverse par les gestionnaires des régimes, mauvaise gestion des demandes de soins de santé, retards de remboursement, mauvais contrôles des superviseur-e-s sur la réalisation réelle des actes, contrôle insuffisant des usagers sur ces actes. Plusieurs pistes d'amélioration ont été proposées (Kotoh *et al.*, 2017; Presidential NHIS Review Committee, 2016; Wang *et al.*, 2017). La première consiste à faire appliquer l'inscription obligatoire au NHIS. La seconde est de faire en sorte que cette inscription obligatoire s'accompagne d'une réelle amélioration de la qualité des soins. Le groupe présidentiel d'examen du NHIS a suggéré de mettre fin aux contributions des personnes du secteur informel et de lancer des réformes de la CSU de type thaïlandais, qui seraient principalement financées par les impôts (Presidential NHIS Review Committee, 2016). Le groupe a suggéré que les soins primaires et la santé maternelle, néonatale et infantile soient subventionnés à « 100% sans frais d'utilisation » (Presidential NHIS Review Committee, 2016). La troisième piste est de professionnaliser les systèmes d'assurance pour garantir un remboursement rapide, efficace et transparent des dépenses de santé. Cependant, le respect de ces conditions nécessite un engagement important des pouvoirs publics, notamment par l'intermédiaire de l'Autorité nationale d'assurance maladie, en tant que superviseuse du système national d'assurance maladie.

Mali et Sénégal : revitaliser l'assurance maladie communautaire

Les systèmes de santé et les politiques de financement de la santé de ces deux pays d'Afrique de l'Ouest reposent sur un historique de recouvrement des coûts et une forte dépendance à l'égard de la contribution financière des usagers et usagères (Ridde, 2015). Ces politiques ont été des échecs relatifs en ce qui concerne la participation des communautés à la gouvernance des établissements

de santé et à l'accès aux soins, limité par le paiement direct (Baliq et al., 2001; Foley, 2010; Paganini, 2004) et qui a éclipsé les autres dimensions des réformes (Paganini, 2004).

Le Mali a été le premier pays d'Afrique à se doter d'un code des mutuelles de santé en 1996. L'*Union technique du Mali* (UTM) a été créée en 1998 pour soutenir le développement des mutuelles communautaires de santé et a bénéficié de financements internationaux (États-Unis d'Amérique, France, Canada, etc.). En 2003, il n'y avait qu'une vingtaine de mutuelles fonctionnelles (Letourmy & Pavy-Letourmy, 2005). En 2014, le Mali comptait 187 mutuelles, couvrant seulement 4,5% de la population nationale (Ouattara & NDiaye, 2017).

Aujourd'hui, le Mali a décidé de fonder son programme d'assurance maladie universelle (RAMU) visant la CSU sur trois piliers : 1) un système contributif obligatoire pour le secteur formel (17% de la population); 2) un système non contributif pour les plus pauvres (5%)⁷; 3) la revitalisation des mutuelles pour les 78% de la population restant dans les secteurs informel et agricole. Cependant, conscient des défis liés à la capacité des ménages à contribuer aux mutuelles, l'État subventionne 50% des adhésions (4,6 euros par personne). La stratégie nationale d'extension de la couverture maladie aux secteurs agricole et informel par les mutuelles de santé (2011-2015) s'est fixée comme objectif la création de 351 mutuelles municipales. Elle comportait une phase pilote de trois ans, soutenue par des partenaires extérieurs (France, Belgique, Luxembourg, OIT, FNUAP), avec un budget total estimé à environ 20 millions d'euros. Sur les 150 mutuelles qui devaient être créées à la fin de cette phase pilote, il semble que seules 30 aient été mises en place. Une évaluation a montré qu'en dehors de la crise sécuritaire et politique de 2011-2012 et de l'attrait limité du panier de services, ce résultat modeste était dû notamment au fait que l'État ne finançait que 19% du total des subventions aux adhérent-e-s et que peu de partenaires souhaitaient soutenir cette stratégie – ce qui revient, une fois de plus, à la faible

7. Voir le chapitre de Touré et Ridde.

capacité contributive des ménages (Ouattara & NDiaye, 2017). L'objectif global du RAMU, à savoir que 45% de la population totale soit couverte par ces trois systèmes d'ici 2023, est donc compromise.

Au-delà du faible financement public, il faut également noter que la population n'a pas confiance dans l'État, ce qui rend une contribution obligatoire difficile à faire respecter. En effet, lorsque le gouvernement malien a lancé son assurance maladie obligatoire (AMO) en 2011, celle-ci a rencontré une résistance farouche de la part des fonctionnaires⁸. Le sujet a été largement couvert par la presse à l'époque (Escot, 2018). Par exemple, le syndicat du personnel enseignant universitaire a exigé et obtenu la fin des retenues obligatoires sur les salaires et le remboursement des sommes déjà perçues (Goita, 2018). Le gouvernement a dû faire marche arrière et changer la nature de la contribution d'obligatoire à volontaire, mais il l'a fait sans modifier la loi qui maintenait cette obligation. Au-delà du manque de préparation et d'information, (Escot, 2018), c'est « l'obligation qui a été le facteur déterminant dans le rejet de l'assurance sociale par les enseignants » (Goita, 2018 : 200). Aujourd'hui, cependant, après plus d'explications et d'informations, mais surtout compte tenu de l'efficacité de l'AMO, les fonctionnaires maliens semblent plus disposés à accepter le principe de l'obligation, et le nombre de personnes inscrites ne cesse d'augmenter. Le secteur mutualiste, et notamment l'UTM, soutient depuis longtemps l'obligation d'inscription et la professionnalisation de la gestion des mutuelles. Mais les textes législatifs ne le permettent pas (tant au Mali que dans les pays de la région UEMOA). Le RAMU offre cependant une excellente opportunité de surmonter ces blocages législatifs et réglementaires, puisque la loi s'applique à tous et toutes les Maliens, les secteurs informels et agricoles y étant soumis par le biais de l'assurance mutuelle. Il ne reste plus qu'à trouver les modalités de son application.

Le Sénégal a une histoire très similaire et une stratégie pour la CSU construite sur les mêmes trois piliers (avec quelques différences spécifiques). Le cadre juridique des mutuelles de santé a été établi

8. Voir le chapitre de Touré et Ridde.

en 2003. Le Sénégal devait compter 673 mutuelles à la fin de 2016 (Ouattara & NDiaye, 2017). Comme au Mali, le Sénégal subventionne 50% de la prime annuelle (5,3 euros) et théoriquement depuis 2013, 100% des cotisations pour les indigent-e-s bénéficiaires des Bourses de Sécurité Familiale (BSF) inscrit-e-s au Régistre National Unique (RNU) qui adhèrent aux mutuelles. Les indigent-e-s et les membres des mutuelles communautaires de santé sont considéré-e-s comme faisant partie du même pilier de l'assurance maladie communautaire. Fin 2016, sur les 2,2 millions de bénéficiaires actuel-le-s de cette assurance maladie communautaire, 33% avaient cotisé et le reste était entièrement subventionné par l'État (ACMU, 2017). Les défis de la capacité contributive des ménages sénégalais sont également largement connus, notamment pour leur adhésion aux mutuelles communautaires de santé (Sagna *et al.*, 2016). Une agence nationale pour la couverture maladie universelle (ACMU) a été créée en 2015 avec un personnel de plus de 200 personnes (Daff *et al.*, 2020). Cependant, l'objectif global ambitieux de couvrir 75% de la population totale avec les trois régimes d'ici 2017 n'a pas été atteint. La couverture actuelle est estimée à 47%, intégrant les initiatives de gratuité (Plan Sésame, Césarienne, etc.) donc une grande partie des bénéficiaires ne contribue pas financièrement (les enfants de moins de cinq ans, les personnes âgées) ou très peu (les élèves, pour eux et elles la cotisation étant de 1000 FCFA) (ACMU, 2017). En outre, au Sénégal comme au Mali, «le soutien à une assurance obligatoire a été limité car cela constitue une ingérence trop intrusive de l'État dans la sphère individuelle» (Fonteneau *et al.*, 2017 : 27).

Deux stratégies de couverture par les mutuelles ont été testées au Sénégal. Leurs résultats sont utiles pour étayer les arguments de notre chapitre, tel qu'amorcés dans l'encadré du chapitre d'introduction. Dans la première stratégie, l'État, soutenu par l'USAID, a développé une approche nationale de décentralisation de l'assurance maladie (DECAM). Elle est basée sur les principes habituels des mutuelles avec l'objectif déclaré de créer au moins une mutuelle par commune (Daff *et al.*, 2020; Sagna *et al.*, 2016). En 2013, le ministère a considéré que les mutuelles communautaires de santé étaient «les seules ayant le potentiel de couvrir la majorité de la population sénégalaise» (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale,

2013). Après une phase pilote lancée en 2012, la DECAM est devenue nationale en 2015. Cependant, seul-e-s 7% de la population du secteur informel seraient couvert-e-s par les mutuelles et une étude récente a montré que les communautés ont une opinion plutôt négative de leur gouvernance à base communautaire (Sagna *et al.*, 2016). Pour contrer les défis du volontariat, l'idée a souvent été avancée au Sénégal que les gestionnaires des mutuelles soient des professionnel-le-s et leurs salaires subventionnés (Mladovsky *et al.*, 2015). De plus, la gestion reste très centralisée, le remboursement des subventions de l'État étant effectué directement entre les établissements de santé et le ministère des finances sans passer par le système des mutuelles. Des retards de remboursements sur plusieurs années sont encore aujourd'hui constatés. Ainsi, en 2017, l'ACMU a décidé de payer, d'abord pendant un an, le salaire d'un-e gestionnaire par mutuelle communautaire de santé et, pendant deux ans, une « unité de gestion technique » au niveau départemental (créant des unions départementales des mutuelles communales), avec un gestionnaire administratif et financier et un-e agent-e chargé-e du suivi du régime des mutuelles communautaires de santé. Leurs modalités de recrutement et compétences demandées ne sont pas encore très claires.

Pour la deuxième stratégie, de 2014 à 2016, deux départements du Sénégal ont testé la mise en place d'unités départementales d'assurance maladie (UDAM), conçues et soutenues par l'Agence belge de développement (Enabel). L'approche était totalement différente au départ car elle était basée sur la mutualisation des risques au niveau régional : la portabilité régionale, l'inscription familiale ou villageoise (et une politique de prix incitatifs pour l'inscription), et surtout la professionnalisation du personnel. Pour assurer l'efficacité de l'UDAM, il n'était plus question de s'appuyer sur la participation volontaire des villageois-es, mais plutôt sur le professionnalisme des cadres. Le président d'une ancienne mutuelle a expliqué : « Avec l'UDAM, nous avons été soulagés, car la charge financière était trop lourde pour nos mutuelles » (Ladriere *et al.*, 2017). Fin 2016, les taux de pénétration pour les deux départements étaient de 21,4% et 24% (dont 65% de BSF subventionnées par l'État), alors qu'en 2013 ils étaient inférieurs à 1% pour les régimes des mutuelles communautaires de

santé dans ces départements. Ces UDAM auraient atteint le nombre d'inscriptions nécessaire pour assurer leur autonomie financière (Ladriere *et al.*, 2017). L'adhésion reste volontaire, mais la professionnalisation est certainement l'une des clés de ce succès. En 2020, trois ans après l'arrêt de soutien technique et financier d'Enabel, les deux UDAM sont pérennes et financières viables. Leurs taux de pénétration est de plus de 50% et elles ont toutes les deux été en mesure de faire face à la pandémie. Leur résilience a la pandémie de COVID-19 donné lieu à une récente analyse (Mbow *et al.*, 2020).

Début 2020, une analyse nationale confirme l'évolution sénégalaise avec plus de 2,2 millions de personnes inscrites dans une mutuelle fin septembre 2019. Mais, en dehors des personnes dont la cotisation est payée par l'État (BSF et détenteurs et détentrices de la carte d'égalité des chances (CEC)), seulement 18% de ces personnes sont à jour du paiement de leur cotisation. En outre, moins de 40% des bénéficiaires payent eux-mêmes et elles-mêmes leur cotisation, les mutuelles bénéficient des subventions. Autrement dit, parmi les adhérent-e-s des mutuelles au Sénégal, 60% ne contribuent pas financièrement à leur fonctionnement, ce qui peut poser des défis de viabilité financière dans un contexte de retard de paiement de la part de l'Etat et de pérennité de ce soutien. De plus, plus de 80% des mutuelles de santé disposent de moins de 500 bénéficiaires contributifs et contributives et le récent rapport estime que le taux de pénétration des mutuelles est de 33% à l'échelle du pays fin septembre 2019 (Ministère du développement communautaire, de l'équité sociale et territoriale, 2020).

Conclusion

Au-delà du consensus international en faveur de la CSU (Robert *et al.*, 2017), la voie pour y parvenir doit nécessairement être adaptée à chaque contexte national (WHO, 2010). Cette comparaison de quatre pays africains (ainsi que les analyses récentes du Kenya, du Nigeria et de la Tanzanie (Umeh, 2018) et d'autres pays d'Afrique de l'Ouest (Zine Eddine El Idrissi *et al.*, 2018) montre que, si les pays souhaitent s'appuyer sur les communautés dans leur transition vers la CSU, ils

doivent absolument réexaminer la pertinence de l'adhésion volontaire et de la gestion communautaire et bénévole. Cependant, nous reconnaissons que les défis de l'adhésion obligatoire sont énormes et devraient être analysés plus en profondeur (Zine Eddine El Idrissi *et al.*, 2018). Pourtant, les quatre cas mettent en évidence, de différentes manières, la tension inhérente au cœur des principes d'Alma-Ata lorsque la mutuelle est choisie comme moyen de réaliser la CSU.

Dans un contexte de rareté des ressources, de volatilité de l'aide étrangère et de faible capacité contributives des communautés, il pourrait être difficile de faire respecter les principes de décision communautaire en matière de gestion des ressources et d'inscription aux mutuelles communautaires de santé si la CSU doit être prise au sérieux par les responsables politiques. Comme le suggère l'OMS dans son analyse des mutuelles, « l'inscription obligatoire de la population » est devenue nécessaire (Mathauer *et al.*, 2017), tout comme la professionnalisation de leur gestion, qui n'est pas synonyme de privatisation. En outre, l'inscription obligatoire et la professionnalisation ne peuvent être réalisées efficacement que si les États africains s'engagent à prendre au sérieux la santé de leurs citoyen-ne-s en augmentant substantiellement (comme l'a fait le Rwanda) le financement public du système de santé et en subventionnant durablement les cotisations des membres (Ottersen *et al.*, 2017; Zine Eddine El Idrissi *et al.*, 2018). Les États africains pourraient s'inspirer des exemples actuels de la Thaïlande et de certaines provinces indonésiennes, où le gouvernement a accordé à tous et toutes les membres du secteur informel une adhésion gratuite, financée par les impôts.

L'inscription obligatoire et la professionnalisation sont évidemment plus faciles à dire qu'à faire, et le contexte historico-social-politique qui a permis au Rwanda d'y parvenir est nettement différent de celui des autres pays d'Afrique subsaharienne⁹. Certaines expériences récentes au Sénégal, au Mali et au Ghana, et même au Rwanda au cours des 15 dernières années, montrent que le retour en force de l'État, notamment à travers des subventions très importantes

9. Voir le chapitre de Chemouni.

des primes des mutuelles communautaires de santé, est symptomatique d'une tension sur le rôle des populations (Deville *et al.*, 2018). La volonté de l'État de contrôler l'utilisation de ses subventions va certainement réduire l'autonomie des mutuelles. Au Mali, ce retour en force de l'État pour la prise en charge des indigent-e-s s'explique aussi par le désistement des collectivités territoriales, par ailleurs peu impliquées dans la formulation et la mise en œuvre du RAMED. Mais cette volonté de l'État semble être la condition d'une couverture santé large et efficace. Un exemple de cette situation nous vient du Mali. Les débats des années 1990 autour de la formulation de la politique nationale de prise en charge des indigent-e-s en matière de santé ont conclu que l'État ne souhaitait pas s'engager dans le financement mais préférait plutôt transférer la quasi-totalité des responsabilités aux autorités locales¹⁰. Puis, en 2009, lors du lancement de la politique, l'État a décidé de financer 65% des dépenses, ne laissant que 35% aux collectivités territoriales. En 2016, compte tenu des difficultés des collectivités locales à mobiliser des fonds, l'État a encore augmenté sa contribution à 85%. Au Sénégal, l'État est dans un processus de mobilisation de sa diaspora pour participer au financement de la CSU.

Notre chapitre n'a évidemment pas pour but de s'écarter de l'esprit salutaire d'Alma-Ata en ce qui concerne l'importance des soins de santé primaires et du rôle de la population dans les systèmes de santé. Toutefois, ce rôle ne devrait pas prendre la forme d'un paiement direct par le biais d'une contribution financière volontaire à l'assurance maladie, car cela n'est ni efficace ni équitable. Il est absolument nécessaire de réfléchir à la manière dont les communautés peuvent trouver et jouer un rôle significatif dans la gouvernance des mutuelles tout en assurant la professionnalisation et l'inscription obligatoire pour faire avancer l'objectif ambitieux d'atteindre la CSU d'ici 2030. Il s'agit également d'un appel aux pays africains à s'appuyer davantage sur les mécanismes de financement public obligatoire issus d'une fiscalité progressive.

10. Voir le chapitre de Touré et Ridde.

Références

- ACMU. (2017). *Mise en œuvre de la couverture maladie universelle. Rapport d'activités de l'année 2016.*
- Agyepong, I. A., Abankwah, D. N. Y., Abroso, A. et al. (2016). The “Universal” in UHC and Ghana’s national health insurance scheme: Policy and implementation challenges and dilemmas of a lower middle income country. *BMC Health Services Research*, 16(504). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1758-y>
- Alenda-Demoutiez, J. & Boidin, B. (2019). Community-based mutual health organisations in Senegal: A specific form of social and solidarity economy? *Review of Social Economy*, 77(4), 417-441. <https://doi.org/10.1080/00346764.2018.1555646>
- Alhassan, R. K., Nketiah-Amponsah, E. & Arhinful, D. K. (2016). A review of the national health insurance scheme in Ghana: What are the sustainability threats and prospects? *PLoS ONE*, 11(11), e0165151. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165151>
- Balique, H., Ouattara, O. & Ag Iknane, A. (2001). Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. *Santé Publique*, 13(1), 35-48.
- Chemouni, B. (2018). The political path to universal health coverage: Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda. *World Development*, 106, 87-98. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.01.023>
- Criel, B., Atim, C., Basaza, R., Blaise, P. & Waelkens, M. P. (2004). Editorial: Community health insurance (CHI) in sub-Saharan Africa: Researching the context. *Tropical Medicine & International Health*, 9(10), 1041-1043. doi: 10.1111/j.1365-3156.2004.01315.x
- Criel, B. & Waelkens, M. P. (2003). Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organisation in Guinea-Conakry (West Africa): What is going wrong? *Social Science and Medicine*, 57(7), 1205-1219. doi: 10.1016/s0277-9536(02)00495-1

- Daff, B. M., Diouf, S., Diop, E. S. M., Mano, Y., Nakamura, R., Sy, M. M., Tobe, M., Togawa, S. & Ngom, M. (2020). Reforms for financial protection schemes towards universal health coverage, Senegal. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(2), 100-108. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.239665>
- De Allegri, M., Sauerborn, R., Kouyate, B. & Flessa, S. (2009). Community health insurance in sub-Saharan Africa: What operational difficulties hamper its successful development? *Tropical Medicine & International Health*, 14(5), 1-11.
- Deville, C., Hane, F., Ridde, V. & Touré, L. (2018). *La couverture universelle en santé au Sahel: La situation au Mali et au Sénégal en 2018* [Working Papers, (40)]. CEPED.
- Dror, D. M., Hossain, S. A. S., Majumdar, A., Pérez Koehlmoos, T. L., John, D. & Panda, P. K. (2016). What factors affect voluntary uptake of community-based health insurance schemes in low- and middle-income countries? A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 11(8), e0160479. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160479>
- Escot, F. (2018). *Analyse du traitement par la presse malienne de la protection sociale de janvier 2011 à juin 2017*. MISELI.
- Falisse, J. B., Meessen, B., Ndayishimiye, J. & Bossuyt, M. (2012). Community participation and voice mechanisms under performance-based financing schemes in Burundi. *Tropical Medicine & International Health*, 17(5), 674-682. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2012.02973.x>
- Foley, E. E. (2010). *Your pocket is what cures you: The politics of health in Senegal*. Rutgers Press.
- Fonteneau, B., Vaes, S. & Van Ongevalle, J. (2017). *Toward redistributive social protection? Insights from Senegal and Morocco* [Working Paper, (21)]. BeFind, Acropolis.
- Goita, S. O. (2018). Les difficultés de mise en place de l'assurance maladie obligatoire au Mali: Le cas des enseignants du supérieur. *Revue française des affaires sociales*, 1, 199-204. Cairn.info. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-1-page-199.htm>

- Kalk, A., Groos, N., Karasi, J.-C. & Girrbaach, E. (2010). Health systems strengthening through insurance subsidies: The GFATM experience in Rwanda. *Tropical Medicine & International Health*, 15(1), 94-97. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2009.02424.x>
- Kotoh, A. M., Aryeetey, G. C. & Van der Geest, S. (2017). Factors that influence enrolment and retention in Ghana' national health insurance scheme. *The International Journal of Health Policy and Management*, 7(5), 443-454. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.117>
- Ladriere, F., Ndiaye, E., Gaye, P., Mbow, N., Senghor, I., Diouf, S., Ridde, V. & Hane, F. (2017). *La mise en oeuvre et les résultats des unités départementales d'assurance maladie au Sénégal* [Rapport]. Ministère de la santé, CTB.
- Letourmy, A. & Pavy-Letourmy, A. (2005). *La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu* [Notes et Documents, (26)]. AFD.
- Mathauer, I. (2016). *Health financing for Universal Health Coverage: Objectives and directions for reform*. WHO.
- Mathauer, I., Mathivet, B. & Kutzin, J. (2017). *Community based health insurance: How can it contribute to progress towards UHC?* WHO.
- Mbow, N. B., Senghor, I. & Ridde, V. (2020). The resilience of two professionalized departmental health insurance units during the COVID-19 pandemic in Senegal. *Journal of Global Health*, 10(2), 1-6. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020394>.
- MINALOC. (2004). *Rwanda five-year decentralization implementation program*. Ministry of Local Government, Republic of Rwanda.
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. (2013). *Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017*. République du Sénégal.
- Ministère du Développement Communautaire, de l'Équité Sociale et Territoriale. (2020). *Analyse situationnelle des organisations mutualistes à base communautaire dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle de janvier 2017 à septembre 2019*.
- Ministry of Health. (2012). *Annual Report: Community Based Health Insurance*. Government of Rwanda.

- Mladovsky, P., Ndiaye, P., Ndiaye, A. & Criel, B. (2015). The impact of stakeholder values and power relations on community-based health insurance coverage: Qualitative evidence from three Senegalese case studies. *Health Policy & Planning*, 30(6), 768-781. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu054>
- National Health Insurance Authority. (2011). *Ghana health insurance review*. The National Health Insurance Magazine, PMB Ministries.
- Ndiaye, P., Soors, W. & Criel, B. (2007). Editorial: A view from beneath: Community health insurance in Africa. *Tropical Medicine & International Health*, 12(2), 157-161. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2007.01814.x>
- Odeyemi, I. A. & Nixon, J. (2013). Assessing equity in health care through the national health insurance schemes of Nigeria and Ghana: A review-based comparative analysis. *International Journal for Equity in Health*, 12(9). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-9>
- Otoo, N., Awittor, E., Marquez, P. & Saleh, K. (2014). *Universal health coverage for inclusive and sustainable development- country summary report for Ghana*. Health, Nutrition and Population Global Practice, World Bank Group Report.
- Ottersen, T., Elovainio, R., Evans, D. B., McCoy, D., McIntyre, D., Meheus, F., Moon, S., Ooms, G. & Røttingen, J.-A. (2017). Towards a coherent global framework for health financing: Recommendations and recent developments. *Health Economics, Policy and Law*, 12(2), 285-296. <https://doi.org/10.1017/S1744133116000505>
- Ouattara, O. & NDiaye, P. (2017). *Potentiel des mutuelles de santé à la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle au Mali et au Sénégal*. Coordination MASMUT zone UEMOA.
- Paganini, A. (2004). The Bamako Initiative was not about money. *Health Policy and Development*, 2(1), 11-13.
- Paul, E., Albert, L., Bisala, B. N. 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>

- Pettigrew, L. M. & Mathauer, I. (2016). Voluntary health insurance expenditure in low- and middle-income countries: Exploring trends during 1995–2012 and policy implications for progress towards universal health coverage. *International Journal for Equity in Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0353-5>
- Presidential NHIS Review Committee. (2016). *Proposed redesign and restructuring of the national health insurance scheme*.
- Ridde, V. (2015). From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: A story of pilot projects and public policies. *BMC Health Services Research*, 15(S6). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S6>
- Ridde, V., Haddad, S., Yacoubou, M. & Yacoubou, I. (2010). Exploratory study of the impacts of mutual health organizations on social dynamics in Benin. *Social Science & Medicine*, 71(3), 467-474.
- Ridde, V., Gautier, L., Turcotte-Tremblay, A.-M., Sieleunou, I. & Paul, E. (2018). Performance-based financing in Africa: Time to test measures for equity. *International Journal of Health Services*, 48(3). <https://doi.org/10.1177/0020731418779508>
- Robert, E., Lemoine, A. & Ridde, V. (2017). Que cache le consensus des acteurs de la santé mondiale au sujet de la couverture sanitaire universelle? Une analyse fondée sur l'approche par les droits. *Canadian Journal of Development Studies / Revue Canadienne d'études Du Développement*, 38(2), 199-215. <https://doi.org/10.1080/02255189.2017.1301250>
- Sagna, O., Seck, I., Dia, A. T., Sall, F. L., Diouf, S., Mendy, J., Ka, O. & Kassoka, B. (2016). Étude de la préférence des usagers sur les stratégies de développement de la couverture sanitaire universelle à travers les mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor au sud-ouest du Sénégal. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 109(3), 195-206. <http://link.springer.com/10.1007/s13149-016-0508-z>
- Umeh, C. A. (2018). Challenges toward achieving universal health coverage in Ghana, Kenya, Nigeria, and Tanzania. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(4), 794-805. <https://doi.org/10.1002/hpm.2610>

- Umeh, C. A. & Feeley, F. G. (2017). Inequitable access to health care by the poor in community-based health insurance programs: A review of studies from low- and middle-income countries. *Global Health: Science and Practice*, 5(2), 299-314. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00286>
- Waelkens, M.-P., Coppieters, Y., Laokri, S. & Criel, B. (2017). An in-depth investigation of the causes of persistent low membership of community-based health insurance: A case study of the mutual health organisation of Dar Naïm, Mauritania. *BMC Health Services Research*, 17(535). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2419-5>
- Wang, H., Otoo, N. & Dsane-Selby, L. (2017). *Ghana national health insurance scheme: Improving financial sustainability*. World Bank Group.
- WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata, International conference on Primary Health Care*. WHO.
- WHO. (2008). *The World Health Report 2008. Primary Health Care – Now More Than Ever*. World Health Organization.
- WHO. (2010). *The world health report – Health systems financing: The path to universal coverage*. World Health Organization.
- Zine Eddine El Idrissi, M. D., Özaltın, E., Haazen, D. & Juquois, M. (2018). *Couverture sanitaire universelle et secteur informel en Afrique de l'Ouest francophone: État actuel, perspectives et proposition d'orientations stratégiques*. World Bank.

28. Le point de vue des décisionnaires du Burkina Faso sur l'utilisation de la recherche au ministère de la Santé

CHRISTIAN DAGENAI

Introduction

Depuis l'émergence du mouvement de la médecine fondée sur des preuves dans les années 1990, la tendance à fonder les pratiques et la prise de décision sur des données probantes a connu un essor remarquable (Bowen & Graham, 2013; Kitson *et al.*, 2013)¹. Néanmoins, malgré tous les efforts consentis, l'écart persiste entre les connaissances scientifiques disponibles et leur utilisation (Kothari *et al.*, 2014; Leijen-Zeelenberg *et al.*, 2014; Lysenko *et al.*, 2014; Nutley, 2011). Les écrits scientifiques sur le transfert de connaissances (TC) présentent encore peu de données probantes sur les processus qui mènent à l'utilisation des connaissances scientifiques dans un contexte donné et sur leur efficacité (Breckon *et al.*, 2016; Cherney *et al.*, 2013; Cooper, 2014; Dagenais *et al.*, 2013; Langer *et al.*, 2016).

En février 2017, le ministre de la Santé Nicolas Méda, lui-même médecin et chercheur, envisageait de créer une unité destinée à favoriser l'utilisation de la recherche pour la prise de décision au sein de son Ministère. Il m'a alors mandaté pour en accompagner la mise en œuvre. Le 27 septembre 2017 (Burkina Faso, 2017), le gouvernement a entériné par décret la réorganisation du Ministère proposée par le ministre et la création d'une Unité de Gestion et de Transfert des Connaissances (UGTC) directement rattachée à son cabinet. Cette

1. Ce chapitre est une traduction adaptée de l'article : Dagenais, C. (2021). Research use at the Ministry of Health in Burkina Faso: The decision-makers' perspective. *Implementation Science Communications*, 2(22). DOI: <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00126-9>

unité vise à développer une meilleure prise en compte des données de recherche dans la prise de décision et la gestion du système de santé à tous les niveaux. Elle a pour mission d'éclairer, par des données probantes et dans un environnement complexe, la prise de toutes les décisions publiques en matière de santé.

Ce chapitre présente les résultats d'une étude menée à la suite de plusieurs années de recherche au Burkina Faso. Tout au long de ces années, les équipes avec qui j'ai travaillé ont déployé des efforts considérables pour favoriser l'utilisation de nos résultats en mettant notamment en place des activités de courtage de connaissances (Dagenais *et al.*, 2015, 2016; D'Ostie-Racine *et al.*, 2016). Ces efforts ont souvent produit des impacts positifs aux niveaux local et régional, mais on a peu de traces d'une utilisation des résultats au niveau central (Dagenais *et al.*, 2013; McSween-Cadieux *et al.*, 2017; Ridde & Dagenais, 2018), car il a toujours été difficile d'impliquer des haut-e-s dirigeant-e-s dans nos activités de restitution et à obtenir quelques minutes d'entretiens avec eux ou elles². On commence à peine à identifier les conditions d'utilisation de la recherche par les décideurs politiques, mais on sait que leurs attitudes et opinions face à la recherche constituent un des principaux déterminants (Nabyonga-Orem *et al.*, 2015; Oliver *et al.*, 2014; Rütten & Gelius, 2014; South & Cattan, 2014).

Méthode

Avant la mise en place de l'UGTC, il est apparu important d'étudier l'attitude face à la recherche au sein des hautes instances du ministère de la Santé du Burkina Faso. J'ai mené une série d'entretiens individuels en mai 2017 auprès de 14 décideurs du cabinet du ministre. Ces entretiens, d'une durée moyenne d'environ 45 minutes, ont été enregistrés sur support numérique avec l'accord explicite des participant-e-s à qui l'on a garanti l'anonymat. L'entretien visait à recueillir leur point de vue sur l'utilisation de la recherche pour

2. Voir le chapitre de Ridde et Yaméogo.

la prise de décision. Les principaux thèmes abordés lors de ces rencontres portaient sur: 1) la perception de l'attitude générale face à la recherche; 2) les obstacles; 3) et les éléments qui pourraient favoriser une plus grande utilisation de la recherche au sein du Ministère. J'ai également demandé aux personnes interrogées de 4) fournir des exemples concrets de résultats de recherche qui avaient été utilisés dans leur direction et 5) d'explorer des moyens d'améliorer la participation des décisionnaires aux activités de transfert des connaissances issues de la recherche. Les entretiens ont été partiellement retranscrits le jour même où ils ont été réalisés et une analyse thématique de contenu (Patton 2002) a été appliquée à l'ensemble du matériel recueilli.

Résultats

Une attitude mitigée face à la recherche

Si plusieurs affirment qu'il y a, d'une manière générale, une bonne acceptation de la recherche et qu'elle est nécessaire à la planification, d'autres personnes la considèrent comme le parent pauvre du système. D'une part, l'utilisation de la recherche est encouragée et certain-e-s affirment même qu'elle fait partie des priorités de tous les cadres du ministère de la Santé. On cite pour preuve le fait que trois centres de recherche sont sous la tutelle du Ministère.

D'autre part, c'est pourtant une majorité des personnes interrogées qui considèrent que la recherche influence très faiblement les décisions, sauf peut-être en ce qui concerne certaines directions telles que la direction générale de la santé, et la direction des études et statistiques sectorielles. Pour les autres décisionnaires, c'est un peu l'indifférence qui domine. On rapporte que certaines personnes ont parfois même une attitude hostile face à la recherche. Pour plusieurs, la recherche est vue comme un monde à part, une «chasse gardée» qui ne constitue pas une priorité. Selon une personne interrogée, on aurait tendance à s'appuyer beaucoup plus sur les recommandations des grandes ONG et de l'OMS plutôt que sur la recherche, sauf quand il y a urgence, comme par exemple lors

de la dernière flambée de dengue en 2016. Mais certaines personnes expliquent que la situation évolue, grâce entre autres aux deux derniers ministres qui avaient un profil de chercheur.

D'importants obstacles à l'utilisation de la recherche

Outre l'ouverture parfois mitigée face la recherche, les deux principaux obstacles relevés par les personnes rencontrées portent sur les difficultés d'accès aux résultats de recherche et sur le fait que des pistes d'action pour appliquer les résultats ne soient souvent pas proposées par les équipes de recherche. Puisqu'on « ne peut pas utiliser ce dont on ne connaît pas l'existence », dit l'un des répondant-e-s, la question de l'accès aux résultats de recherche est fondamentale et il doit survenir au moment opportun. Or, la majorité des personnes interrogées ont affirmé avoir des difficultés à repérer les études qui pourraient les aider à prendre des décisions. Ceci s'explique en partie, selon certaines personnes, par le fait que les scientifiques n'ont souvent pas la préoccupation de communiquer leurs résultats autrement que par des publications dans les revues avec comité de pairs: « [...] le chercheur fait ça pour ses galons; ils vont diffuser ailleurs, mais pas ici ». Même si une quantité importante d'études sont menées, il n'existe pas de répertoire qu'on pourrait consulter pour retracer celles qui seraient utiles le cas échéant. On souligne l'absence d'une stratégie claire de communication autour de la recherche. L'autre principal obstacle à l'utilisation est lié aux scientifiques et au fait que souvent, ils et elles ne formulent pas de recommandations au sujet de la mise en œuvre des résultats, ce qui réduit les chances que des changements découlent des études menées. Puisque « dans les écoles [de formation] on ne met pas l'accent sur l'utilisation », un accompagnement est souvent nécessaire pour mettre en œuvre les changements qui pourraient découler d'une étude.

Un autre obstacle important à l'utilisation liés aux scientifiques touche leur mode de communication qui utilise trop souvent un jargon spécialisé, difficile d'accès. On souligne également la pertinence des études disponibles qui ne sont pas toujours en phase avec les réalités auxquelles fait face le Ministère: «[...] on fait des

recherches utiles pour le chercheur, pas nécessairement pour le Ministère», ainsi que les problèmes de financement non seulement de la recherche, mais aussi de l'application de ses résultats.

Plusieurs idées pour favoriser l'utilisation de la recherche

Pour contourner l'obstacle que constitue l'accès aux résultats de recherche, la plupart des personnes interrogées ont proposé des solutions. La principale concerne la coordination de la diffusion et le rôle que pourrait avoir la direction des archives et de la documentation qui, même si leur mandat précis est peu connu, pourrait mettre en place un répertoire des études disponibles. Selon certaines, cette direction devrait se charger de faire connaître les résultats: « [...] ils doivent prendre le leadership pour faire connaître les résultats. Si cette direction se donne cette prérogative, certainement elle trouvera le moyen ». Les résultats de recherche devraient être publiés sur le site du Ministère: « Il faut d'abord savoir que l'étude existe et après y accéder [...] ». Il faudrait utiliser les réseaux sociaux pour diffuser sous forme de résumés d'une page, de bulletins, les résultats les plus pertinents et organiser des restitutions ciblant spécifiquement l'équipe technique susceptible d'utiliser les résultats. Mais pour que les décisionnaires accèdent aux résultats de recherche, il faut leur parler de leurs utilités, montrer ce que la recherche peut apporter de positif. Il faut les convaincre qu'ils et elles ont intérêt à l'utiliser: « Ça prendrait un genre de lobbying de la recherche; il faut arriver à expliquer l'intérêt ou l'impact que cette étude pourrait avoir ou pourrait être utilisée ». Ceci pourrait susciter la « soif d'aller chercher l'information » et il faut développer les compétences pour aller la chercher.

Une autre partie des solutions proposées vise les scientifiques et notamment ceux et celles des centres sous la tutelle du ministère de la Santé: « Il faut rappeler aux centres qu'ils relèvent du Ministère; ils vont diffuser ailleurs, mais pas ici... Il faudrait que les centres focalisent sur des thématiques prioritaires pour le Ministère ». Plusieurs insistent sur l'importance de développer les capacités des scientifiques pour « traduire en adages très simples » et mieux communiquer leurs résultats: « [...] il faut parler de comment

communiquer les résultats. Les gens, ils sont là et ils s'ennuient parce qu'ils ne comprennent pas, on ne s'adresse pas à eux ». Il faudrait aussi que les scientifiques n'attendent pas que les non scientifiques aillent vers eux et elles, qu'ils et elles soient pro-actifs et pro-actives, « ils connaissent les personnes qui peuvent utiliser ». Quelques personnes considèrent qu'il appartient aux scientifiques de démontrer en quoi la mise en œuvre peut impacter positivement les décisions. On souligne également l'avantage d'impliquer les décisionnaires dans la recherche pour faciliter l'utilisation des résultats et l'importance que les haut-e-res responsables du Ministère soient au cœur de la communication.

Enfin, on suggère la mise en place d'un cadre d'échanges pour créer une dynamique d'interaction entre scientifiques et décisionnaires: «[...] il faut que le politique voie que la recherche c'est important et que les chercheurs voient que c'est important de partager [...] pour alimenter ceux qui peuvent s'en servir ». Selon certain-e-s, les scientifiques et les décisionnaires devraient se rencontrer sur une base régulière et on pourrait profiter des mécanismes en place, tels que le conseil d'administration du secteur ministériel (CASEM) ou le cadre sectoriel de dialogue (CSD), pour inviter des scientifiques à venir présenter leurs travaux.

Relativement peu de traces de l'utilisation de la recherche rapportées par les répondant-e-s

Près de la moitié des personnes interrogées n'ont pas été en mesure de citer une étude qui avait servi à prendre une décision ou à guider des actions au sein de leur direction. Lorsque ça a été fait, le plus souvent, on évoquait des données populationnelles ou épidémiologiques ayant servi, par exemple, à identifier des districts qui performent moins bien que d'autres. Certaines personnes ont cité des politiques adoptées récemment, mais n'ont pas été en mesure de citer une seule étude qui en avait influencé la formulation.

Mais certaines personnes, même si peu nombreuses, sont très au fait des études produites au sujet de la gratuité de soins et sont en mesure de nommer les résultats qui ont été pris en compte dans la

politique mise en place³. Ces études ont permis de bien comprendre les avantages de la gratuité et ont guidé les actions pour améliorer la santé des mères et des enfants. L'une des personnes rencontrées a tout lu et est en mesure de citer la plupart des études à ce sujet. D'autres études récentes au sujet de la dengue ont servi à faire connaître la présence de cette maladie au Burkina et à sensibiliser la population. Mais on ne sait pas nécessairement jusqu'où se sont rendu ces informations. D'autres études sont signalées par les personnes interrogées au sujet d'un vaccin contre le paludisme, par exemple. La plupart du temps, il s'agit d'une seule étude à laquelle ils ou elles ont participé. Ou encore une étude a permis de comprendre ce qu'il fallait mettre en place (sur la rétention du personnel en région rurale par exemple), mais les ressources pour le faire n'ont pas suivi.

Favoriser l'engagement des acteurs et actrices politiques dans des activités de transfert des connaissances

En fin d'entretien, j'ai raconté aux personnes interrogées les difficultés que nos équipes ont rencontrées au cours des dernières années pour amener les décisionnaires à participer à des activités de transfert de connaissances lors d'ateliers de restitution ou de dialogues délibératifs. Malgré nos efforts répétés, la plupart du temps, le ou la décisionnaire invité-e déléguait un ou une collègue ou subalterne ou se présentait au début de l'activité et quittait aussitôt après son discours d'ouverture.

Pour les personnes interrogées, cette situation est une réalité du Ministère et c'est, selon certaines, «le mal de l'Afrique»; les dirigeants et dirigeantes sont très occupé-e-s. Ils et elles ont par conséquent tendance à déléguer ce qu'ils et elles connaissent le moins et prioriser ce qu'ils et elles connaissent. Il faut donc arriver à les sensibiliser pour qu'ils et elles puissent prioriser cette activité; aller les inviter directement, les rencontrer pour leur expliquer pourquoi ils ou elles devraient venir. La moitié des personnes interrogées suggèrent d'utiliser le poids de la hiérarchie, que les plus haut-e-s dirigeant-e-

3. Voir le chapitre de Ridde et Yaméogo

s donnent la consigne: «[...] si ça vient du ministre ou du secrétaire général (SG) ça va marcher; il faut que le grand chef passe un message clair ».

Pistes de réflexion et d'action

Un travail colossal de synthèse réalisé récemment par l'« Alliance pour des connaissances utiles » porte sur l'efficacité de différents mécanismes qui visent à augmenter l'utilisation de la recherche par les décisionnaires (Breckon *et al.*, 2016; Langer *et al.*, 2016). Cette synthèse reprend les résultats de 23 revues systématiques dans le domaine du TC et elle a été complétée par une revue exploratoire dans d'autres domaines des sciences sociales. C'est en fonction des six mécanismes de TC identifiés comme étant efficaces dans cette « revue des revues », qu'une série de pistes de réflexion et d'action ont été proposées au ministre.

1. Accroître la sensibilisation et promouvoir une attitude positive envers la prise de décision éclairée par les données probantes;
 2. Construire un consensus sur ce qui constitue des questions de politique publique en lien avec les données adaptées;
 3. Communiquer sur et fournir un accès aux données probantes;
 4. Faciliter les interactions entre décisionnaires et scientifiques;
 5. Développer les compétences pour accéder aux données probantes et donner un sens à la preuve;
 6. Influencer les structures et les processus décisionnels.
-
1. Le premier mécanisme regroupe les stratégies visant à sensibiliser les utilisateurs et utilisatrices à l'utilité de la recherche et à modifier leur opinion face à celle-ci. Il existe de solides données probantes sur l'efficacité de stratégies telles que le marketing social et les campagnes de sensibilisation. De telles stratégies pourraient être explorées et adoptées par l'Équipe de

l'UGTC afin de développer des attitudes plus positives face à la recherche au sein du Ministère.

2. Le deuxième mécanisme porte sur le développement d'une compréhension commune des questions d'intérêt auxquelles la recherche devrait répondre. Les limites liées au mandat qui m'a été confié n'a pas permis d'accéder à un « plan d'action de la recherche » qui aurait pu éclairer mon équipe et moi-même au sujet de l'adéquation entre les questions de recherche explorées par les scientifiques burkinabè et les besoins d'information du Ministère. Mais selon le discours tenu par plusieurs, les études menées dans les centres de recherche sous la tutelle du Ministère ne répondraient pas toujours à ses priorités. Bien sûr, la recherche dite « libre » est nécessaire et ce ne sont pas toutes les études qui devraient faire l'objet d'un transfert. Cependant, un consensus pourrait être créé autour des questions d'intérêt pour le Ministère en mettant à profit des méthodologies démontrées efficaces telles que les groupes Delphi ou la cartographie conceptuelle (*concept mapping*).
3. Le troisième mécanisme regroupe les stratégies qui visent à améliorer l'accès et à communiquer les résultats de recherche, telles que la création de bibliothèques virtuelles permettant de repérer les informations pertinentes, des médias sociaux et d'autres médias en ligne ainsi que la transformation des résultats dans un format approprié (notes de politique, résumés de recherche, infographies, etc.). Ces stratégies sont efficaces lorsqu'elles sont utilisées au moment opportun et que la stratégie de communication emploie des moyens variés et adaptés au contexte des utilisateurs et utilisatrices (théâtre forum, bandes vidéo, ateliers délibératifs, etc.). Comme on l'a vu, au ministère de la Santé, un registre des études disponibles devra dans un premier temps être créé⁴, travail qui a été amorcé par la Direction des archives et de la documentation. Le rôle de l'UGTC pour communiquer les résultats pertinents sera au cœur de la stratégie.

4. Il y a quelques années, un registre a été créé dans le cadre du projet EvipNet, mais ce registre ne contenait aucun mot clé permettant d'y naviguer pour repérer les informations pertinentes.

4. La synthèse présente peu de données probantes concernant l'efficacité des interactions entre les scientifiques et les décisionnaires pour favoriser l'utilisation de la recherche. Même si d'autres données sont nécessaires, il demeure hautement probable que ces mécanismes puissent influencer l'utilisation. Comme mentionné, plusieurs des travaux récents auxquels j'ai pris part, en Afrique de l'Ouest et plus particulièrement au Burkina Faso, ont porté sur l'évaluation de stratégies, telles que le courtage de connaissances, pour favoriser l'interaction scientifiques/utilisateurs et utilisatrices (par exemple : Dagenais, Queuille & Ridde, 2013; Dagenais *et al.*, 2015, 2016; D'Ostie-Racine, Dagenais & Ridde, 2021; Mc Sween-Cadieux *et al.*, 2017; 2019). Mais comme l'analyse des discours le montre bien, ces interactions devront être considérées prioritaires pour ces derniers et dernières, et le rôle de la hiérarchie, notamment du ou de la ministre et de son SG, sera nécessaire pour assurer une participation active des décisionnaires en position d'agir. Bien que d'autres études soient nécessaires pour en démontrer l'efficacité, la mise en place de l'UGTC, qui joue le rôle d'une unité de courtage de connaissances, nous apparaît des plus prometteuses. Cette initiative est susceptible de faire école dans les pays d'Afrique et ailleurs. Un projet d'évaluation d'envergure devra être prévu pour accompagner la mise en œuvre de cette unité et en mesurer l'efficacité pour favoriser l'utilisation de la recherche au Ministère.
5. Les mécanismes de formation et de développement de compétences des scientifiques pour communiquer à un public non-scientifique, et celles des utilisateurs et utilisatrices pour accéder aux résultats de recherche et pour les comprendre sont efficaces et nécessaires. La robustesse de ces résultats devrait inciter à développer plus de formations, mais il demeure nécessaire d'évaluer leurs effets sur l'acquisition de connaissances et le développement d'habiletés. Cependant, à elles seules, ces formations ne pourront mener à des changements pérennes si d'autres efforts ne sont pas mis en œuvre pour développer une réelle culture ouverte à la recherche au sein du Ministère.
6. Enfin, le potentiel de réussite de l'initiative du ministre de

l'époque est solidement appuyé par la synthèse de l'Alliance (Breckon *et al.*, 2016; Langer *et al.*, 2016). Leurs résultats montrent en effet que le sixième mécanisme permettant de favoriser l'utilisation des données probantes par les décideurs politiques implique des changements au niveau des structures qui influencent les processus décisionnels. Lorsque, comme dans le cas de ce qui est prévu avec l'UGTC, ces changements sont combinés à un meilleur accès aux données probantes et à des activités de formation des utilisateurs et utilisatrices, ils sont efficaces pour soutenir la prise de décision éclairée par les données probantes.

Conclusion

À ma connaissance, l'UGTC est une initiative innovante unique en Afrique de l'Ouest. Quelques expériences ont été mises en œuvre dans différents pays de la région. Par exemple, des services de « réponse rapide » ont été créés par l'*African Population and Health Research Center* dans sept pays d'Afrique : Kenya, Rwanda, Zambie, Malawi, Sierra Leone, Burkina Faso et Libéria. Le mandat de ces équipes porte sur la production, au moment opportun, de revues rapides des données probantes. D'autres initiatives de ce type ont été intégrées dans une plateforme destinée à offrir un accès rapide à des données de recherche de qualité au sujet des systèmes de santé (Zida *et al.*, 2018). Cependant, aucune de ces initiatives n'était directement rattachée au cabinet d'un ministre, ce qui les aurait placées en position d'autorité sur les directions du Ministère, et aucune ne disposait d'un mandat clair d'éclairer la prise de décisions en matière de santé.

Cette étude visait à connaître le point de vue des décideurs au sein du ministère de la Santé du Burkina Faso concernant l'utilisation de la recherche. Les résultats ont permis de formuler six pistes de réflexion et d'action à l'intention du ministre en prévision de la création de l'UGTC. Malheureusement, deux ans après que le Conseil des ministres du Burkina Faso ait autorisé la création de l'UGTC, le ministre a été remplacé par un jeu de chaise musicale

politique. Au moment où il a quitté, le chef d'unité est la seule personne qui avait été nommée et aucun des cinq membres du personnel pressentis n'avait été recruté. La nouvelle ministre, une médecin radiologue, a affirmé peu après son entrée en fonction avoir l'intention de maintenir l'Unité, mais les postes n'ont jamais été comblés. Ainsi, presque quatre ans après avoir créée, aucun membre du personnel n'avait été recruté et le chef d'Unité a été muté à une autre fonction. Pourtant, il est clair que cette initiative innovante aurait permis d'éclairer, par des données probantes et dans un environnement complexe, la prise de toutes les décisions publiques en matière de santé. Il n'en demeure pas moins que les réflexions et actions présentées dans ce chapitre pourraient certainement être utiles pour guider la mise en œuvre d'autres initiatives de ce type ailleurs en Afrique, au bénéfice de la couverture universelle en santé.

Références

- Bowen, S. J. & Graham, I. D. (2013). From knowledge translation to engaged scholarship: Promoting research relevance and utilization. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(Suppl_1), S3-8. doi: 10.1016/j.apmr.2012.04.037
- Breckon, J. & Dodson, J. (2016). *Using evidence: What works. A discussion paper*. EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London. London, UK.
- Burkina Faso (2017). *Ministère de la Santé. Décret No 2018-0093/PRES/PM/MS portant l'organisation du Ministère de la santé.*
- Cherney, A., Head, B., Boreham, P., Povey, J. & Ferguson, M. (2013). *Research utilization in the social sciences: a comparison of five academic disciplines in Australia*. *Science Communication*, 35(6), 780-809. <http://scx.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1075547013491398>
- Cooper, A. (2014). Knowledge mobilisation in education across Canada: A cross-case analysis of 44 research brokering organisations. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 10(1):29-59.

- Dagenais, C., Malo, M., Robert, E., Ouimet, M., Berthelette, D. & Ridde, V. (2013). Knowledge transfer on complex social interventions in public health: A scoping study. *PLoS ONE*, 8(12):e80233.
- Dagenais, C., McSween-Cadieux, E., Somé, P.-A. & ridde, V. (2016). A knowledge brokering program in Burkina Faso (West Africa): Reflections from our experience. *Health Systems & Reform*, 2(4). <http://dx.doi.org/10.1080/23288604.2016.1202368>
- Dagenais, C., Queuille, L. & Ridde, V. (2013). Evaluation of a knowledge transfer strategy from a user fee exemption program for vulnerable populations in Burkina Faso. *Global Health Promotion*, 20(Supp_1), 70-79.
- Dagenais, C., Somé, T., Boileau-Falardeau, M., McSween-Cadieux, E. & Ridde, V. (2015). Collaborative development and implementation of a knowledge brokering program to promote research use in Burkina Faso, West Africa. *Global Health Action*, 8(1). <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.3402/gha.v8.26004>
- D'Ostie-Racine, L., Dagenais, C. & Ridde, V. (2016). A qualitative case study of evaluation use in the context of a collaborative program evaluation strategy in Burkina Faso. *Health Research Policy and Systems*, 14(37) DOI 10.1186/s12961-016-0109-0
- D'Ostie-Racine, L., Dagenais, C. & Ridde, V. (2021). Examining conditions that influence evaluation use within a humanitarian non-governmental organization in Burkina Faso, West Africa. *Systemic Practice and Action Research*, 34,1-35. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1007/s11213-019-09504-w>
- Kitson, A., Powell, K., Hoon, E., Newbury, J., Wilson, A. & Beilby, J. (2018). Knowledge translation within a population health study: how do you do it? *Implement Science*, 8(54). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-54>
- Kothari, A., Regan, S., Gore, D., Valaitis, R., Garcia, J., Manson, H. *et al.* (2014). Using an integrated knowledge translation approach to build a public health research agenda. *Health Research and Policy Systems*, 12(6).

- Langer, L., Tripney, J. & Gough, D. (2016). *The science of using science: Researching the use of research evidence in decision-making*. EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London.
- Lysenko, L. V., Abrami, P. C., Bernard, R. M., Dagenais, C. & Janosz, M. (2014) Educational research in educational practice: Predictors of use. *Canadian Journal of Education*, 37(2),1-26.
- McSween-Cadieux, E., Dagenais, C., Somé, P.-A. & Ridde, V. (2017). Research dissemination workshops: Observations and implications based on an experience in Burkina Faso. *Health Research Policy and System*, 15(43). DOI 10.1186/s12961-017-0205-9
- McSween-Cadieux, E., Dagenais, C., Somé, D. T., & Ridde, V. (2019). A health knowledge brokering intervention in a district of Burkina Faso: A qualitative retrospective implementation analysis. *PloS ONE*, 14(7).
- Nabyonga-Orem, J. & Mijumbi, R. (2015). Evidence for informing health policy development in low-income countries (LICS): perspectives of policy actors in Uganda. *The International Journal of Health Policy and Management*, 4(5), 285-293.
- Nutley, S. M. (2011). *Challenges and opportunities of studying research-based knowledge use* [Conférence]. Activités de l'Équipe de recherche en partenariat sur le transfert de connaissances, Montréal.
- Oliver, K., Innvar, S., Lorenc, T., Woodman, J. & Thomas, J. (2014). A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Services Research*, 14(2).
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (3e éd.). Sage.
- Ridde, V. & Dagenais, C. (2018). What we have learned (so far) about deliberative dialogue for evidence-based policy-making in West Africa. *BMJ Global health*, 2(4).
- Rütten, A. & Gelius, P. (2014). Building policy capacities: an interactive approach for linking knowledge to action in health promotion. *Health Promotion International*, 29(3), 569-582.

South, J. & Cattan, M. (2014). Developing evidence for public health policy and practice: The implementation of a knowledge translation approach in a staged, multi-methods study in England, 2007-2009. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 10(3), 379-396

Van Leijen-Zeelenberg, J.E., van Raak, A. J., Duimel-Peeters, I.G., Kroese, M.E. *et al.* (2014). Barriers to implementation of a redesign of information transfer and feedback in acute care: Results from a multiple case study. *BMC Health Services Research*, 14(149).

Zida, A., Lavis, J. N., Sewankambo, N. K., Kouyate, B. & Ouedraogo, S. (2018). Evaluating the process and extent of institutionalization: A case study of a rapid response unit for health policy in Burkina Faso. *The International Journal of Health Policy and Management*, 7(1), 15-26. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.39>

Les auteurs et les autrices

Juliette Alenda

Juliette Alenda est docteure de l'Université de Lille (laboratoire CLERSE). Elle a effectué un post-doctorat au sein du département de science politique de l'Université d'Amsterdam (Pays-Bas) et occupe un poste de professeure-assistante à l'Université de Radboud (Nijmegen). Son champ de recherche principal est la socio-économie du développement en Afrique subsaharienne. Elle porte une attention particulière au développement durable, la sécurité sociale, l'économie sociale et les dynamiques qui sous-tendent la construction des indicateurs macroéconomiques.

Abena Asomaning Antwi

Abena Asomaning Antwi est titulaire d'un doctorat de l'Université de Lille (France) en économie de la santé. Elle a de nombreuses années d'expérience dans les secteurs public et privé au Ghana. Ses recherches portent sur la couverture universelle en santé, les déterminants sociaux de la santé, la santé dans toutes les politiques et le genre.

Yvonne Beaugé

Yvonne Beaugé est doctorante du groupe d'économie et de financement de la santé à l'Institut de Santé Mondiale de Heidelberg (HIGH). Elle s'intéresse aux évaluations économiques d'interventions sanitaires complexes en Afrique, avec un accent particulier sur l'accès aux soins de santé pour les plus pauvres. Ses recherches s'inspirent des valeurs de la couverture universelle des soins de santé et de la recherche de l'équité en matière de santé.

Oriane Bodson

Oriane Bodson est docteure en sciences politiques et sociales de l'Université de Liège. Elle mène des recherches sur le financement basé sur les résultats depuis 2013, et s'est particulièrement intéressée à sa mise en œuvre au Bénin, au Burkina Faso et au Sénégal. Elle travaille actuellement au sein de l'équipe qualité des soins de l'Organisation mondiale de la Santé à Genève.

Bruno Boidin

Bruno Boidin est professeur d'économie et enseigne à l'Université de Lille depuis 2002. Il est membre du CLERSE et travaille sur les politiques de santé, le développement durable et la RSE en Afrique. Il a dirigé de nombreuses thèses et est membre de l'équipe éditoriale de la revue *Mondes en développement*.

Emmanuel Bonnet

Emmanuel Bonnet est directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD) au sein d'Unité Mixte de Recherche PRODIG de l'IRD et du CNRS. Il est actuellement basé à l'Institut des Sciences des Sociétés du CNRST du Burkina Faso. Ses travaux de recherche et d'évaluation portent sur l'évaluation des populations vulnérables et l'efficacité des politiques de santé publique qui les concernent. Il mobilise des méthodes originales d'analyse spatiale pour analyser les effets des politiques à toutes les échelles géographiques et administratives. Il dirige actuellement l'Observatoire territorial de la gratuité des soins pour les indigent-es au Burkina Faso¹, un programme de recherche financé par l'Union Européenne.

1. Disponible sur : <http://www.origine-burkina.org>

Marc Bourgeois

Marc Bourgeois est professeur de droit fiscal et droit des finances publiques. Il mène plusieurs projets de recherche et d'enseignement en Afrique. Ainsi, il coordonne un projet de recherche pour le développement sur le financement de la couverture maladie universelle au Sénégal et il collabore également avec les juristes du Ministère de la Santé du Bénin et de l'OMS à Genève, sur les aspects juridiques de la couverture santé universelle.

Stephan Brenner

Stephan Brenner est adjoint de l'équipe en économie et financement de la santé à l'Institut de santé mondiale de Heidelberg. Ses recherches portent sur les systèmes de santé, en particulier sur les régimes de financement de la santé et leur interaction avec la qualité de la prestation de services et les résultats associés.

Séverine Carillon

Séverine Carillon est anthropologue, chercheuse associée au Centre Population et Développement (CEPED), unité de recherche associée à l'Institut de recherche pour le développement (IRD) et l'Université de Paris. Ses recherches portent sur l'accès aux soins et aux traitements des personnes vulnérables en contexte épidémique.

Benjamin Chemouni

Benjamin Chemouni est professeur au sein du Centre d'études en développement à l'Université Catholique de Louvain en Belgique. Sa recherche porte sur les dynamiques politiques et idéologiques de la formation de l'État dans la région des Grands Lacs en Afrique, notamment au Burundi et au Rwanda.

Abdourahmane Coulibaly

Abdourahmane Coulibaly est anthropologue, maitre-assistant à la Faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) du Mali. Il est chercheur titulaire à l'UMI/IRL 3189, « Environnement, Santé, Sociétés », à l'Université des sciences, des techniques et technologies de Bamako (USTTB), à l'Université Cheick Anta Diop de Dakar (UCAD), au Centre national de recherche scientifique et technologique (CNRST) et au Centre national de recherche (France). Il travaille en anthropologie des pratiques de santé, notamment néonatales, en Afrique.

Christian Dagenais

Christian Dagenais est professeur titulaire au département de psychologie de l'Université de Montréal. Il se spécialise dans l'étude des processus et des effets du transfert de connaissances (TC). Depuis 2009, il est à la tête de l'Équipe RENARD, une équipe investie dans la recherche sur le TC dans le domaine social, et dont l'objectif est de développer ce champ de recherche grâce à des partenariats interdisciplinaires et interuniversitaires. Au cours des 20 dernières années, il a dirigé de nombreuses études évaluatives portant sur le transfert des connaissances issues de la recherche en éducation, en santé publique, en santé mondiale et dans plusieurs autres domaines au Québec et à l'étranger.

Manuela De Allegri

Manuela De Allegri coordonne l'équipe de recherche en économie de la santé et financement à l'Institut de santé mondiale de Heidelberg. Sa recherche porte sur les systèmes de santé, particulièrement sur les effets des interventions en santé globale et l'interaction entre le financement des services de santé et les autres éléments du système.

Ludovic Déo Gracias Tapsoba

Ludovic Déo Gracias Tapsoba est économiste de la santé à l'Institut national de santé publique à Ouagadougou au Burkina Faso. Ses travaux de recherche portent sur les systèmes de santé, en particulier sur les politiques et programmes de santé en lien avec les femmes, les mères et les enfants de moins de cinq ans.

Pascal Roland Enok Bonong

Pascal Roland Enok Bonong est un biostatisticien qui a une forte expérience dans les différentes phases du processus de production de l'information statistique dans le domaine de la santé. Il a par ailleurs participé à la conception et à la réalisation de plusieurs études d'évaluation d'impact des projets.

Amandine Fillol

Amandine Fillol est doctorante en santé mondiale à l'Université de Montréal. Elle travaille sur les modes de production et de légitimation des connaissances dans les politiques de santé dans un contexte de santé mondiale. Elle est également coordinatrice du projet Unissahel au Centre population et développement de l'Institut de recherche pour le développement.

Idriss Ali Gali-Gali

Idriss Ali Gali-Gali est titulaire d'une maîtrise en sociologie du développement social. Il cumule huit ans d'expérience en recherche qualitative, d'abord au Burkina Faso où il fut notamment assistant de recherche dans le cadre du projet « Financement basé sur les résultats et protection sociale », puis au Tchad. Depuis septembre 2019, il est

attaché de recherche, chargé de l'étude de la résilience du système de santé au sein de l'ONG Bureau d'Appui Santé et Environnement (BASE) au Tchad, en partenariat avec l'IRD-France.

Lara Gautier

Lara Gautier est professeure adjointe au Département de Gestion, Évaluation et Politique de Santé de l'École de Santé Publique de l'Université de Montréal et chercheuse au Centre de Recherche en Santé Publique. Elle est aussi chercheuse associée au Centre Population et Développement à Paris. Ses intérêts de recherche se situent au croisement de la science de la mise en œuvre, de la recherche sur les politiques et systèmes de santé, et de la santé des migrant-e-s.

Fatoumata Hane

Fatoumata Hane est socio-anthropologue de la santé, maître de conférences à l'Université Assane Seck de Ziguinchor, Sénégal. Ses travaux portent essentiellement sur les systèmes et politiques sanitaires en Afrique de l'Ouest, les soins pédiatriques, la santé communautaire et la couverture maladie universelle.

Kadidiatou Kadio

Kadidiatou Kadio est docteure en sciences humaines appliquées de l'Université de Montréal. Elle a aussi un master en Population et Santé et une maîtrise en psychologie sociale de l'Université de Ouagadougou. Elle est chercheuse à l'Institut de Recherche en Science de la Santé (IRSS), du Centre National de la Recherche scientifique et Technologique (CNRST) du Burkina Faso, et chercheuse postdoctorante à l'Institut de recherche pour le développement (IRD) à Ouagadougou, au Burkina Faso. Ses intérêts de recherche portent sur les questions de protection sociale, l'analyse

des politiques et des systèmes de santé, les inégalités et l'exclusion sociale, l'accès aux soins des populations, l'équité, le renforcement du pouvoir d'agir, le partage et l'utilisation de connaissances.

Joël Arthur Kiendrébégo

Joël Arthur Kiendrébégo est assistant hospitalo-universitaire à l'Université Joseph Ki-Zerbo, à Ouagadougou au Burkina Faso. Sa recherche porte sur les politiques et les systèmes de santé, en lien avec le financement de la santé et particulièrement les mécanismes d'achat stratégique.

Naasegnibe Kuunibe

Naasegnibe Kuunibe est maître de conférences et chercheur à l'Université pour les études de développement au Ghana. Il a récemment terminé ses études de doctorat à l'Institut de santé mondiale de Heidelberg, en Allemagne. Ses recherches sont axées sur l'évaluation des interventions des programmes de santé dans les milieux à faibles ressources, à l'aide de modèles économétriques quantitatifs.

Julia Lohmann

Julia Lohmann est professeure adjointe à la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Elle travaille sur les ressources humaines pour la santé dans les pays à faible revenu, en particulier sur les questions de motivation, de satisfaction et de bien-être, ainsi que sur les systèmes de santé et les interventions visant à les renforcer de manière plus générale.

Sarah Louart

Sarah Louart est doctorante en économie de la santé à l'Université de Lille. Elle a réalisé son mémoire de master 2 sur la navigation en santé pour les indigent-e-s en Afrique. Elle travaille actuellement en collaboration avec l'ONG ALIMA et l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) sur l'analyse réaliste d'un projet d'introduction d'une innovation en santé en Afrique de l'Ouest (projet AIRE).

Hoa Thi Nguyen

Hoa Thi Nguyen est chercheuse postdoctorale à l'Institut de santé mondiale de Heidelberg et à la Division de médecine tropicale de l'hôpital universitaire de Heidelberg, Université de Heidelberg en Allemagne. Ses principaux domaines de recherche comprennent l'évaluation des coûts, l'évaluation de l'impact et l'évaluation économique d'interventions complexes en matière de santé publique.

Samiratou Ouédraogo

Samiratou Ouédraogo est une chercheuse postdoctorale du Programme de bourses d'apprentissage en matière d'impact sur le système de santé des Instituts de recherche en santé du Canada, l'Institut National de Santé Publique du Québec et l'Université McGill. Elle travaille sur des projets de recherches transdisciplinaires de promotion de la santé et d'amélioration des systèmes de santé.

Elisabeth Paul

Elisabeth Paul combine une carrière académique et sur le terrain dans le domaine de la santé mondiale, des systèmes et politiques de santé et de l'efficacité de l'aide. Au niveau académique, après avoir

occupé diverses fonctions à l'Université de Liège, elle est chargée de cours à l'École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles depuis 2018. Elle y dirige le Centre de recherche en politiques et systèmes de santé/santé internationale. Au niveau de la consultance, elle a à son actif près d'une centaine de missions d'appui technique, d'évaluation ou de recherche, principalement en Afrique de l'Ouest. De 2007 à 2009, elle a été assistante technique auprès du Ministère de la Santé du Mali, en appui à l'approche sectorielle et à l'appui budgétaire dans le secteur.

Valéry Ridde

Valéry Ridde est directeur de recherche au CEPED, une Unité Mixte de Recherche associant l'Université de Paris et l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD). Il est actuellement basé à l'Institut de la santé et du développement (ISED) de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal). Il est aussi éditeur associé aux journaux *BMJ Global Health*. Ses travaux de recherche portent sur la couverture universelle en santé, le financement des services de santé, l'évaluation de programmes, les politiques publiques de santé et la promotion de la santé.

Martin Rudasingwa

Martin Rudasingwa est associé de recherche postdoctoral à l'Institut de santé mondiale de Heidelberg, dans l'unité de recherche en économie et financement de la santé. Ses recherches portent sur le financement de la santé, les systèmes de santé et l'évaluation économique de la santé.

N’Koué Emmanuel Sambiéni

N’koué Emmanuel Sambiéni est enseignant-chercheur au département de sociologie et anthropologie de l’Université de Parakou (Bénin) et Directeur Délégué au Bénin du Laboratoire d’Études et de Recherches sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL). Ses principales recherches portent sur les politiques publiques de santé, les services de santé, les médecines et les pratiques sociales en lien avec la santé et la maladie.

Mathieu Seppey

Mathieu Seppey est candidat au doctorat en santé mondiale à l’Université de Montréal et est titulaire d’un Master en santé publique et développement international ainsi que d’une maîtrise en administration des services de santé. Ses intérêts de recherche concernent les déterminants et processus en lien avec la pérennité d’interventions en santé, les politiques publiques en santé, l’évaluation de programmes et le financement des soins de santé. Il est aussi en charge du cours « Politiques publiques en santé » de l’Université de Montréal.

Isidore Sieleunou

Isidore Sieleunou est titulaire d'un master en économie de la santé du Centre d'étude et de recherche sur le développement international (CERDI) de l'Université d'Auvergne (France), d'un master en santé publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers (Belgique) et d'un doctorat en médecine de l'Université de Yaoundé I (Cameroun). Il détient un doctorat en santé publique à l'Université de Montréal.

Paul-André Somé

Paul-André Somé est directeur exécutif à l'ONG AGIR/SD, qui est basée à Ouagadougou au Burkina Faso. Ses intérêts de recherche sont la recherche-action et études interventionnelles et les projets de mobilisation des connaissances. Il dirige un bureau de consultation en lien avec l'évaluation de programme.

Sidibé Souleymane

Sidibé Souleymane est doctorant en santé publique, option analyse des politiques et systèmes de santé à l'unité de formation et de recherche en science de la santé de l'Université Ouaga 1 Joseph Ky Zerbo. Sa recherche porte spécifiquement sur l'accès aux soins des indigent-e-s.

Aleksandra Torbica

Aleksandra Torbica est professeure associée au département des sciences sociales et politiques et directrice du Centre de recherche pour la gestion des soins de santé et des services sociaux (CERGAS) à l'Université Bocconi de Milan, en Italie. Ses recherches portent sur l'intersection entre la politique de la santé, l'économie de la santé

et la gestion des soins de santé. Elle s'intéresse à l'exploration de différentes méthodes issues de ces disciplines pour étudier les processus décisionnels aux niveaux macro (politique) et micro (gestion).

Laurence Touré

Laurence Touré est anthropologue, chercheuse à Miseli, l'association de recherche et de formation en anthropologie des dynamiques locales, à Bamako au Mali. Ses recherches portent sur les politiques publiques de santé et de protection sociale et sur la couverture universelle santé.

Anne-Marie Turcotte-Tremblay

Anne-Marie Turcotte-Tremblay est chercheuse postdoctorale à la Harvard T.H. Chan School of Public Health. Elle enseigne un cours sur les méthodes mixtes à l'Université Oxford. Elle s'intéresse à l'évaluation d'interventions innovatrices visant à améliorer l'accès à des soins de santé de qualité, au transfert de connaissances et à la formation en santé mondiale.

Pierre Yaméogo

Pierre Yaméogo est secrétaire technique *One health* (une seule santé) et couverture universelle en santé au cabinet du Ministre de la Santé du Burkina Faso.

Edmund Yeboah

Edmund Yeboah est associé de recherche et doctorant à l'Institut de Santé Globale de Heidelberg, dans l'unité de recherche en économie et financement de la santé. Ses travaux actuels portent sur l'amélioration de la résilience aux changements climatiques en Afrique subsaharienne (Burkina Faso et Kenya) par le renforcement des systèmes de santé et la promotion d'outils d'adaptation financière (L'assurance basée sur un indice climatique).

Tony Zitti

Tony Zitti est doctorant en santé publique, option recherche sur les systèmes de santé à l'école doctorale Pierre Louis de santé publique (ED393), Université de Paris. Il travaille sur l'analyse des politiques publiques de santé en Afrique.

David Zombré

David Zombré est économiste de la santé et professionnel de la santé publique. Il apporte un soutien technique pour l'analyse et l'évaluation des politiques et systèmes de santé. Il fournit également un soutien technique aux ministères de la santé dans la conception et la mise en œuvre d'outils et de processus pour améliorer le financement de la santé et la gestion des finances publiques de la santé dans la perspective de la couverture santé universelle.

Aloys Zongo

Aloys Zongo est médecin spécialiste en santé publique et en économie de la santé. Il a servi aux différents échelons du système de santé au Burkina Faso. Il a développé son expertise dans le domaine du renforcement du système de santé, des politiques et management

des systèmes de santé, du financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle. Il a réalisé plusieurs consultations dans le domaine du financement de la santé dans plusieurs pays africains tels que le Burkina Faso, le Togo, le Niger, le Sénégal et la Guinée.

Résumés

L'émergence du régime national d'assistance médicale pour les plus pauvres au Mali

La couverture maladie universelle est une priorité internationale. La majorité des pays d'Afrique de l'Ouest cherchent à définir le contenu de leur système d'assurance maladie obligatoire et contributif. Cependant, très peu de pays, à l'exception du Mali, ont décidé de développer une politique nationale pour les populations les plus pauvres qui ne soit pas basée sur les cotisations. Cette recherche qualitative examine le processus historique qui a permis l'émergence de cette politique publique. La recherche montre que le processus a été très long, chaotique et suspendu pendant de longues périodes. L'un des plus grands défis a été celui de l'intersectorialité et de la construction sociale des plus pauvres à cibler par cette politique publique et les tensions institutionnelles ayant évolué en fonction des enjeux politiques liés à la protection sociale. Finalement, le régime d'assistance médicale pour les plus pauvres a vu le jour en 2011, entièrement financé par le gouvernement. Son émergence semble être due non pas tant à une nouvelle préoccupation pour les plus pauvres de la société qu'à une volonté de donner à la politique de protection sociale engagée une garantie d'universalité. Cette politique n'en demeure pas moins une innovation au sein de l'Afrique de l'Ouest francophone.

L'adoption de la réforme du système de santé au Mali : rhétorique et contradictions autour d'un prétendu retour de la santé communautaire

À partir d'une approche conceptuelle relativement nouvelle, l'approche post-structuraliste de C. Bacchi, une analyse des discours a été réalisée afin de comprendre l'adoption en février 2019 d'une réforme du système de santé malien et son articulation avec d'autres

réformes et cadres stratégiques élaborés ou en cours d'élaboration par le gouvernement. Des entrevues auprès de 27 personnes et une analyse documentaire ont permis de faire ressortir l'émergence de la réforme du système de santé dans le contexte de l'adoption d'une autre politique : le régime d'assurance maladie universelle. Or, ces deux réformes reflètent différentes représentations des problèmes, qui soulèvent elles-mêmes les intérêts sous-jacents de leurs partisans et mettent en lumière des processus d'élaboration, des temporalités et des stratégies de concertation résolument opposées.

L'émergence comparée du financement basé sur les résultats dans la santé au Bénin et au Burkina Faso

Ce chapitre porte sur l'émergence du financement basé sur les résultats dans le domaine de la santé au Bénin et au Burkina Faso dans les années 2000. Dans un premier temps, il analyse son émergence à la lumière de la théorie des courants de Kingdon. Ensuite, il compare les contextes nationaux de cette émergence. Trente-deux entretiens ont été réalisés au Bénin et quatorze au Burkina Faso en 2015 avec des informateurs et informatrices clés impliqué-e-s aux niveaux supérieurs des États et des agences de coopération au développement. Des rapports et des écrits scientifiques sur les politiques publiques ont été exploités. Les résultats montrent que les courants des problèmes et des solutions existent et sont les mêmes dans les deux pays. Les entrepreneurs internationaux et entrepreneuses internationales du FBR sont les mêmes, ils et elles ont agi efficacement sur les mêmes catégories locales d'acteurs et d'actrices que sont les cadres techniques et administratifs-ves des ministères de la Santé principalement. Les fenêtres d'opportunités ont été des changements survenus dans les régimes politiques, les premiers ministres et les ministres de la santé au Burkina Faso, le président et tout le gouvernement au Bénin. Alors que le changement au Burkina Faso s'est fait sur fond de crises politiques, au Bénin, il est arrivé avec la fin d'un régime et l'arrivée d'un nouveau.

La diffusion politique du financement basé sur les résultats au

Mali

Depuis 2009, le Mali s'est lancé dans une réflexion sur l'adoption du financement basé sur les résultats (FBR) afin d'améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé maternelle et infantile. De nombreux acteurs étrangers d'Europe et d'Afrique ont contribué à diffuser l'idée et les principes du FBR auprès des acteurs et actrices maliens-ne-s du niveau central et de tous les niveaux de la décentralisation sanitaire. Les interactions sociales entre les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion et les acteurs et actrices clés du processus politique se sont avérées déterminantes pour la diffusion du FBR. Non seulement les intermédiaires se sont « approprié-e-s » le processus de diffusion, mais ce processus leur a permis de devenir des expert-e-s étrangers et étrangères diffusant la politique dans d'autres pays.

La place de l'équité dans la couverture santé universelle au niveau mondial, au Bénin et au Sénégal

L'équité est souvent associée à la couverture santé universelle (CSU). Nous examinons comment le concept multidimensionnel d'équité est abordé dans un échantillon de documents de politique de CSU au niveau mondial, ainsi que dans les stratégies nationales au Bénin et au Sénégal. La plupart des documents analysés parlent d'inégalités en santé au sens large, sans mentionner la dimension ou le type d'inégalité considéré. Certaines dimensions de l'équité sont ambiguës. En ce qui concerne les niveaux d'équité, l'accès aux services est la dimension la plus souvent citée, suivie par la protection financière. En ce qui concerne les types d'équité, les disparités socio-économiques, géographiques et fondées sur le genre sont le plus souvent citées. Au Bénin et au Sénégal, les inégalités géographiques sont le plus souvent citées dans les stratégies de CSU, mais les interventions concrètes visent surtout les pauvres. En conclusion, si l'équité est largement évoquée dans les documents de politique de CSU examinés, son utilisation est plutôt rhétorique, elle n'est pas toujours définie et le concept est rarement exploité selon toute son

étendue. Les documents politiques nationaux utilisent aussi l'équité comme un principe rhétorique, sans tenir suffisamment compte de comment le mettre en œuvre.

Les dynamiques politiques et couverture de santé universelle :
pouvoir, idées et mutuelles de santé communautaires au
Rwanda

Au Rwanda, les mutuelles de santé communautaires couvrent plus des trois quarts de la population. Les mutuelles ont mis le pays sur la voie de la couverture santé universelle (CSU). Ce chapitre explique comment le Rwanda, l'un des pays les plus pauvres du monde, a réussi à atteindre de tels résultats en analysant les dynamiques politiques qui sous-tendent la conception et la mise en œuvre des mutuelles de santé. À l'aide d'un cadre analytique s'appuyant sur le rôle des idées et de la distribution du pouvoir, il effectue une analyse historique des choix politiques cruciaux ayant présidé au développement des mutuelles. L'étude révèle que l'extension de la couverture santé a été rendue possible dans le cadre d'efforts du régime pour renforcer sa légitimité politique à travers un développement socio-économique rapide. Si les mutuelles ont été préférées à d'autres politiques publiques, c'est parce qu'elles constituaient l'option la plus en phase avec l'idéologie de la coalition au pouvoir. L'étude montre que la poursuite de la CSU est un processus éminemment politique. Cependant, les explications fondées uniquement sur les « intérêts » objectifs des dirigeants ne peuvent rendre compte de l'émergence de la couverture santé au Rwanda. L'idéologie doit aussi être prise en compte. Des stratégies de couverture santé compatibles avec les intérêts des décideurs et décideuses mais incompatibles avec leurs idées risquent de se heurter à des obstacles politiques. L'étude s'interroge sur la pertinence pour les pays pauvres d'accéder à la CSU en s'appuyant sur une forme classique de mutuelles de santé basée sur l'inscription volontaire des membres et la gestion communautaire.

L'utilisation de la science pour formuler la politique d'exemption du paiement des soins de 2016 au Burkina Faso

En mars 2016, le gouvernement nouvellement élu du Burkina Faso a décidé d'un changement majeur dans la politique de financement de la santé : il a supprimé le paiement direct des soins de santé pour les femmes et les enfants de moins de cinq ans. Cet article décrit ce processus politique et présente une analyse réflexive de deux auteurs qui ont été au cœur des événements entre 2008 et 2018. L'analyse montre que, si la décision a pris beaucoup de temps et a certainement représenté un changement de paradigme politique, elle a été le résultat d'une série complexe d'événements et d'activités dont les contributions spécifiques sont difficiles à identifier. Le financement à long terme de projets pilotes visant à tester le nouvel instrument politique, associé à la production de preuves mobilisées par une myriade d'activités de transfert de connaissances, a été un élément crucial de la décision. En outre, il a fallu la mobilisation continue de coalitions de défense, des actions visant à contrer les idées préconçues sur cet instrument et l'émergence d'une fenêtre d'opportunité essentielle —le soulèvement populaire de 2014— pour que la décision soit possible.

Les débuts de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats au Burkina Faso

Pour améliorer la quantité et la qualité des services de santé, le Burkina Faso s'est engagé dans le financement basé sur les résultats (FBR). Cette recherche analyse sa mise en œuvre dans trois districts de santé, douze mois après son démarrage. L'approche méthodologique est celle d'une étude de 18 cas multiples (formations sanitaires) et contrastés. Les données empiriques proviennent d'observations, d'entrevues informelles et formelles et de documents. Le niveau de connaissance du FBR est presque inexistant pour la communauté. La mise en place des agences de contrôle et de vérification, des contrats de performance et du paiement des subsides et des primes a pris beaucoup de retard. Les premières vérifications

ont donné lieu à des réajustements rapides des agent-e-s de santé et parfois à une mise en scène préalable. L'intervention de FBR était très centralisée, son contenu planifié et défini en détail mais sa rencontre du contexte a conduit à ce que tout ne se passe pas comme prévu.

Les défis de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans les centres de santé périphériques au Mali

De nombreux pays d'Afrique subsaharienne ont essayé le financement basé sur les résultats (FBR) dans le but d'améliorer les performances des systèmes de santé. Cette recherche qualitative vise à comprendre le processus de mise en œuvre d'un projet pilote de FBR dans la région de Koulikoro au Mali. Nous avons mené une étude de cas multiple et contrastée sur les performances de 12 centres de santé communautaires dans trois districts sanitaires. L'analyse a révélé que le contexte interne de la mise en œuvre du FBR a joué un rôle clé dans le processus. Les centres les plus performants ont fait preuve de leadership et d'engagement plus fortement que les moins performants. Ces deux caractéristiques étaient associées à la prise d'initiatives pour promouvoir la mise en œuvre du FBR et au renforcement de l'esprit d'équipe. La durée limitée de la mise en œuvre n'a pas permis l'émergence de réseaux ou de champions. L'enthousiasme suscité initialement par le FBR s'est rapidement dissipé, principalement en raison d'un retard dans le calendrier de mise en œuvre et les modalités de paiement. Ainsi, le niveau de performance initial et les contextes internes et externes des centres de soins de santé primaires influencent la mise en œuvre du FBR.

La distribution des primes du FBR dans les hôpitaux du Mali

Ce chapitre présente les résultats d'une recherche qualitative qui porte sur les effets du processus de distribution des primes du financement basé sur les résultats (FBR) sur la motivation des agent-e-s de santé de trois hôpitaux de district de la région de Koulikoro au Mali. Les résultats montrent que les agent-e-s de santé sont plus

motivé-e-s à exécuter leurs tâches quand des primes sont proposées. Selon eux et elles, au-delà de la motivation financière, le FBR leur permet de mieux travailler. Toutefois, plusieurs problèmes de mise en œuvre (retard de décaissement des primes, manque de transparence lors de la distribution) ont entraîné un sentiment de frustration et de déception des agent-e-s de santé. Le montant des primes obtenues est jugé insuffisant et les agent-e-s estiment une inadéquation entre les efforts fournis et le montant de prime obtenu par le FBR.

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

Ce chapitre présente les résultats d'une étude de cas multiple des effets du financement basé sur la performance (FBP) sur la motivation des agent-e-s de santé dans deux hôpitaux de district et 16 établissements de santé primaire dans trois districts au Burkina Faso. Les résultats montrent qu'au-delà des personnalités ou des capacités des agent-e-s, les effets du FBP sur la motivation dépendent surtout du « terrain sur lequel on tombe ». Dans les cas étudiés, plusieurs déterminants organisationnels ont effectivement participé à la construction d'effets du FBP: la participation et la transparence dans les formations sanitaires, le retour d'informations, la possibilité d'apprentissage, ou encore la qualité des infrastructures, des équipements et des ressources humaines.

Le besoin de navigateurs et navigatrices en santé pour soutenir l'accès aux soins des indigent-e-s en Afrique subsaharienne

Les indigent-e-s sont trop souvent exclu-e-s des actions pour soutenir la couverture santé universelle en Afrique. Trop peu de politiques s'intéressent à leurs besoins. Les interventions de navigation en santé pour soutenir les populations les plus pauvres et vulnérables pourraient être une solution pour leur permettre d'accéder aux services de santé. Cependant, nous avons réalisé une

revue des écrits scientifiques qui a montré qu'aucune intervention de ce type ne ciblait spécifiquement les indigent-e-s dans les pays à faible revenu. Nous nous sommes alors entretenu-e-s avec des expert-e-s en santé publique pour réfléchir aux possibilités d'adaptation de ces programmes pour répondre aux besoins spécifiques des indigent-e-s en Afrique subsaharienne. Notre recherche permet d'engager des actions pour intégrer les indigent-e-s dans les politiques pour la couverture santé universelle.

La presse et la protection sociale au Mali

Le domaine de la protection sociale au Mali a fourni une abondante matière à la presse. Depuis 2007, la formulation et la mise en œuvre de programmes destinés à protéger la population du risque maladie ont été portées à la fois par les doctrines internationales et les enjeux de politique nationale, et discutées par l'État, les partenaires internationaux, les syndicats et les agences de mise en œuvre. La mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire a donné lieu à une importante actualité politique et sociale, un débat très polarisé et un discours institutionnel de justification et de plaidoyer. Le discours de la presse a évolué suivant le contexte politique, l'actualité de la protection sociale et le discours institutionnel ainsi que la relation dans laquelle les institutions l'ont progressivement engagée.

Les mutuelles de santé communautaires au Sénégal : une forme d'économie sociale et solidaire?

Les mutuelles de santé communautaires (MSC) sont considérées comme des piliers de la mise en place de la couverture maladie universelle au Sénégal. Pourtant, elles se heurtent à de nombreuses difficultés techniques et institutionnelles. Si ces obstacles sont effectivement importants, notre objectif est de nous intéresser à un paradoxe qui n'a pas encore été étudié. Les MSC relèvent, dans leurs principes, de l'économie sociale et solidaire (ESS). Mais ces principes

sont confrontés à des valeurs et des représentations diverses au sein des mutuelles du Sénégal. Nous mobilisons une méthodologie qualitative afin de confronter les représentations et les pratiques aux critères de l'ESS. Notre enquête montre que, malgré une réelle inscription des MSC dans l'ESS, les contraintes et les spécificités locales (inégalités, fortes identités locales, divergences d'intérêts) rendent difficile l'unification du mouvement mutualiste vers un système de couverture sanitaire universelle.

Le financement basé sur les résultats a engendré des conséquences non intentionnelles dans des centres de santé au Burkina Faso

Le financement basé sur les résultats (FBR) a été mis en œuvre dans plusieurs pays à faible et moyen revenu, malgré l'absence d'études sur ses conséquences non intentionnelles. Nous avons mené une étude dans six centres de soins de santé primaires au Burkina Faso pour mieux comprendre les conséquences non intentionnelles du FBR. Les résultats montrent que le FBR a favorisé une fixation des acteurs et des actrices sur les indicateurs de performance et la poursuite d'indicateurs considérés comme peu pertinents. Les agents de santé ont passé de longues heures à falsifier les registres médicaux pour améliorer leurs résultats. Bien que la plupart des personnes aient trouvé le FBR avantageux, leur mécontentement s'est manifesté en raison des retards de paiements, de la distribution inéquitable des subsides et de l'absence de points qualité pour des services fournis par certains membres du personnel. De nombreuses personnes trouvaient que l'intervention est trop coûteuse et qu'elle encourage une planification peu optimale.

Le financement basé sur la performance et les ruptures de stocks de médicaments essentiels au Cameroun

En 2011, le gouvernement du Cameroun a lancé son programme de financement basé sur la performance (FBP). Notre étude a examiné les effets de l'intervention du FBP sur la disponibilité des médicaments essentiels à l'aide des données d'un essai contrôlé randomisé (ECR) réalisé avec 205 formations sanitaires de trois régions (Est, Nord-Ouest, Sud-Ouest). La disponibilité de plusieurs groupes de médicaments essentiels a été définie en évaluant les ruptures de stock au cours des 30 jours précédant la collecte des données de l'ECR. Nos estimations suggèrent que l'intervention du FBP n'a eu aucun effet sur les ruptures de stocks de médicaments pour les soins prénataux, de vaccins, de médicaments pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance et de médicaments pour le travail et l'accouchement. Toutefois, l'intervention a été associée à une réduction significative de 34% des ruptures de stock de médicaments de planification familiale. Ces résultats mitigés étaient probablement la conséquence d'un échec partiel de la mise en œuvre, allant de la perturbation et de l'interruption des services à une autonomie limitée des formations sanitaires dans la prise des décisions et à un retard considérable dans le paiement des prestations.

Permanence et invisibilité des paiements directs pour le VIH en République Démocratique du Congo

Bien que la gratuité des soins dans le contexte du VIH figure comme l'un des succès de la lutte contre le sida, les paiements directs imputés aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH) perdurent dans certains contextes. Ce chapitre vise, à partir d'une revue documentaire, à mettre en évidence les connaissances existantes dans la littérature grise sur la présence des paiements directs au sein des interventions de lutte contre le VIH en République Démocratique du Congo ainsi que leurs conséquences et conditions de mise en œuvre. Cette revue documentaire montre la persistance et l'ampleur

des paiements directs imputés aux PVVIH pour les soins associés au VIH en RDC ainsi que leurs effets délétères et – paradoxalement – le manque de visibilité de la question dans les écrits. Elle permet de dégager des besoins en connaissances dans le contexte de la RDC.

Les effets du financement basé sur les résultats au Mali sur le recours aux soins

Le financement basé sur la performance (FBR) est de plus en plus mis en œuvre dans les pays à faible et moyen revenu afin d'accroître l'utilisation et la qualité des soins de santé primaires. Toutefois, les preuves de son impact sont mitigées et varient considérablement d'un contexte à l'autre. Nous avons examiné les effets de la mise en œuvre puis du retrait du programme pilote de FBR dans la région de Koulikoro au Mali sur une série d'indicateurs pertinents de santé maternelle et infantile. L'étude montre que ni l'introduction ni le retrait du programme pilote de FBR n'a eu un impact significatif sur la tendance des indicateurs d'utilisation des services de santé maternelle et infantile. L'absence d'effets significatifs pourrait s'expliquer par les faiblesses dans la conception de l'intervention et par le contexte de sa mise en œuvre.

L'impact de la réduction et de la suppression du paiement des frais d'utilisation sur la prestation de services au Burkina Faso

Les politiques de réduction et de suppression des frais d'utilisation ont fait l'objet de recherches approfondies, mais il existe peu de preuves rigoureuses de leurs effets durables en ce qui concerne l'utilisation des services de soins. De plus, aucune preuve n'existe sur les effets d'une réduction partielle par rapport à la suppression totale des frais d'utilisation. Notre étude s'est déroulée dans quatre districts de la région du Sahel au Burkina Faso, où la politique nationale de réduction des frais d'utilisation (SONU) lancée en 2007 (réduction de 80% des frais d'utilisation) coexistait avec un projet pilote de suppression des frais d'utilisation lancé en 2008. Les

résultats montrent que la SONU a produit une augmentation cumulée de 31,4% sur huit ans dans les quatre districts étudiés. Le projet pilote a encore amélioré l'utilisation et a produit une augmentation supplémentaire de 23,2% sur six ans. Les politiques de réduction et de suppression des frais d'utilisation ne suffisent pas à elles seules pour obtenir une couverture complète. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre des mesures supplémentaires, ciblant par exemple les barrières géographiques et les lacunes en matière de connaissances, afin que toutes les femmes accouchent en présence d'une personne qualifiée.

L'utilisation des services de santé par les indigent-e-s du Burkina Faso

Une composante de l'intervention de financement basée sur la performance appliquée au Burkina Faso était de fournir un accès gratuit aux soins de santé par la distribution de cartes d'exemption des paiements directs à des personnes indigentes préalablement identifiées. La présente étude examine les facteurs qui ont conduit à l'obtention de cartes d'exemption par des indigent-e-s et l'effet de la possession de la carte sur l'utilisation des services de santé. Un ensemble de données de panel de 1 652 individus indigent-e-s sélectionné-e-s au hasard a été utilisé. Parmi les personnes indigentes interrogées en 2017, 75,51% ont reçu des cartes d'exemption. L'alphabétisation de base, vivre à moins de 5 km d'un centre de santé et résider à Diébougou ou Gourcy étaient positivement associés à la possession d'une carte. La possession d'une carte n'a pas augmenté l'utilisation des services de santé pour les indigent-e-s. Une meilleure conception et mise en œuvre des interventions, accompagnées de stratégies complémentaires comme la mise en place de navigateurs patients et de navigatrices patientes, pourraient aider les personnes indigentes à surmonter tous les obstacles d'accès et d'utilisation des services de santé.

L'efficacité des politiques d'exemption du paiement des soins de santé maternelle au Burkina Faso

La réduction et la suppression du paiement direct pour les services de soins essentiels sont récemment devenues un instrument clé pour faire progresser la couverture santé universelle en Afrique subsaharienne, mais il n'existe pas de preuves de leur efficacité. Nous avons cherché à combler cette lacune en estimant l'efficacité de deux interventions d'exemption du paiement direct au Burkina Faso entre 2007 et 2015 : la politique nationale de réduction de 80% du paiement direct pour les services de soins de santé et le projet pilote de suppression complète (100%) du paiement direct pour les soins de santé dans la région du Sahel. Par rapport à la base de référence, la politique nationale de réduction de 80% du paiement direct et le projet pilote de suppression du paiement direct ont tous deux été très rentables : les ratios coût-efficacité différentiels (ICER) sont de 210,22 USD et de 252,51 USD par année de vie ajustée sur l'incapacité (AVCI). Par rapport à la politique nationale de réduction de 80% des paiements directs, le projet pilote de suppression du paiement direct implique un rapport coût-efficacité différentiel de 309,74 USD par AVCI évitée. Notre étude suggère qu'il est intéressant et efficace pour le Burkina Faso de passer d'une réduction de 80% à la suppression complète du paiement direct pour les soins d'accouchement.

Les dépenses excessives de santé des indigent-e-s après l'arrêt du FBR au Burkina Faso

Mesurer les progrès réalisés vers la protection contre les risques financiers pour les plus pauvres est essentiel dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. L'étude a évalué le niveau des dépenses directes et les facteurs associés à des dépenses directes de santé excessives pour les indigent-e-s qui avaient été ciblé-e-s et exempté-e-s dans le cadre du financement basé sur la performance au Burkina Faso. Les résultats montrent que 83,64% des personnes interrogées affirment disposer d'une carte d'exemption du paiement. Les indigent-e-s affirment avoir dépensé en moyenne 23051,62 FCFA

(39,18 USD) pour recevoir des services de santé dans des formations sanitaires publiques alors qu'ils étaient censés être gratuits. De plus, la probabilité d'engager des dépenses excessives était associée de manière négative au fait d'être une femme et d'avoir une carte d'exemption.

L'évolution des inégalités de dépenses de santé au Burkina Faso

Le Burkina Faso a mis en œuvre différentes politiques afin d'accroître l'accès aux services de santé, en particulier pour les femmes et les enfants. Cette étude vise à évaluer si les investissements réalisés ont amélioré l'équité des dépenses de santé pour les différents groupes socio-économiques. Les résultats indiquent une diminution substantielle des inégalités dans les dépenses publiques et globales de santé au fil du temps, tant pour les services curatifs que pour les accouchements médicalisés. Toutefois, les inégalités de dépenses de santé sont encore en faveur des moins pauvres pour les dépenses globales et pour les dépenses dans les hôpitaux. Cela s'explique en grande partie à cause de la persistance des paiements directs élevés qui ne sont pas abordables pour les plus pauvres.

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

Cette étude de cas vise à évaluer la pérennité d'un projet de financement basé sur la performance (FBP) au Burkina Faso en identifiant les facteurs qui ont facilité ou contraint sa pérennité. Différent-e-s acteurs et actrices en lien avec l'implantation du projet ont pris part à l'étude, permettant de comprendre l'enjeu de pérennité de manière globale. Les résultats montrent que le niveau de pérennité de ce projet reste faible. Malgré un certain leadership de l'équipe d'implantation, on remarque une grande divergence entre le projet et les valeurs du contexte (ex. : autonomie vs centralisation du système de santé) et une faible appropriation du projet par certaines

parties prenantes, notamment les décideurs et décideuses politiques. De nombreux défis d'adaptation soulignent l'importance de l'utilisation de cadres conceptuels en lien avec la pérennité ainsi que la nécessité d'évaluer davantage les contextes lors de la mise en œuvre de nouvelles interventions en santé

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

L'objectif de cette étude est d'identifier les facilitateurs et les obstacles à la mise à l'échelle d'un projet de FBP au Burkina Faso fin 2016. Il émerge des entretiens que la faible implication de certaines parties prenantes, comme les décideurs et décideuses, dans l'organisation du projet a nui à sa mise à l'échelle, au profit d'une politique portant sur l'exemption de frais d'utilisation. La mise à l'échelle du FBP est cependant possible grâce à certains éléments qui pourraient être intégrés dans cette politique. Les coûts perçus ainsi que l'implication financière importante de la Banque mondiale étaient des obstacles à la mise à l'échelle du projet. La participation de parties prenantes aux opérations de mise à l'échelle et une meilleure compréhension du contexte d'implantation sont primordiales.

L'impossible mise à l'échelle nationale du financement basé sur les résultats combiné au transfert monétaire conditionnel au Sénégal

Le projet de financement de la santé et de la nutrition (PFSN) lancé en 2015 au Sénégal était un projet innovant par son architecture interne, associant notamment un appui à l'offre (FBR) et à la demande de soins de santé (CCT). Le projet possédait les ingrédients pour devenir un projet de référence pour la Banque mondiale et répondait, dans la lignée des grandes orientations sanitaires internationales et nationales, à un certain nombre d'enjeux de santé préoccupants pour le pays. Il n'a toutefois pas été passé à l'échelle nationale. Nous avons cherché à en examiner les raisons au travers de la théorie des

courants de Kingdon. Les volets FBR et CCT du projet ont rencontré d'importantes difficultés de mise en œuvre, limitant l'appréhension de ces deux instruments comme solutions crédibles aux difficultés sanitaires rencontrées au Sénégal, d'autant qu'ils continuent de souffrir d'un manque de données probantes. Les quelques fenêtres d'opportunité identifiées et exploitées par les entrepreneurs et entrepreneuses politiques – majoritairement de l'international – n'ont eu qu'un effet temporaire, principalement circonscrit aux débuts du PFSN. À défaut d'être aujourd'hui considéré comme le nouveau « *best-model* » de la Banque mondiale, l'exemple des volets FBR et CCT du PFSN au Sénégal constitue une illustration des nombreux défis rencontrés pouvant réfréner le passage à l'échelle d'une intervention de santé.

Les défis des mutuelles communautaires en Afrique de l'Ouest

Quarante ans après la déclaration d'Alma-Ata en 1978, la deuxième conférence internationale sur les soins de santé primaires, qui s'est tenue en octobre 2018, a réaffirmé la place des communautés dans la gestion et la gouvernance des systèmes de santé. Dans certaines régions d'Afrique, la stratégie pour atteindre la couverture santé universelle (CSU) repose sur le développement des mutuelles communautaires de santé. Or, il existe des tensions et des écarts entre le principe de participation communautaire d'Alma-Ata, tel qu'il est actuellement interprété, et ce qui est requis pour le bon fonctionnement des mutuelles de santé communautaires. Une première tension est liée au rôle de la communauté, à la nature volontaire de l'adhésion et à l'engagement bénévole dans la gouvernance et la gestion. Nous utilisons des exemples du Rwanda, du Ghana, du Mali et du Sénégal pour montrer les défis associés à la place des communautés dans les mutuelles de santé et la nécessité de réduire le rôle des volontaires communautaires pour s'orienter plutôt sur la professionnalisation de la gestion. Les pays qui souhaitent encore compter sur les mutuelles communautaires de santé pour la CSU doivent trouver des moyens de rendre l'inscription des

populations obligatoirement, et renforcer la professionnalisation de la gestion des mutuelles communautaires, tout en veillant à ce que les communautés continuent d'avoir une place dans la gouvernance.

Le point de vue des décideurs du Burkina Faso sur l'utilisation de la recherche au ministère de la Santé

Malgré l'accent mis de plus en plus sur l'utilisation des données probantes pour la prise de décision, relativement peu d'initiatives ont été développées pour la soutenir. On sait pourtant que l'opinion des décideurs face à la recherche est déterminante de son utilisation. En février 2017, le ministre de la Santé du Burkina Faso prévoyait de créer une unité destinée à favoriser l'utilisation de la recherche pour la prise de décision. Avant la mise en œuvre de cette unité, une série d'entrevues ont été réalisées auprès de 14 décideurs afin de recueillir leur point de vue sur l'utilisation de la recherche pour la prise de décision. Les résultats montrent une attitude mitigée face à la recherche et plusieurs obstacles à l'utilisation. On suggère de mieux sensibiliser les décideurs, d'améliorer l'accès à la recherche et de favoriser les rapports avec les scientifiques. Une série de pistes de réflexion et d'action sont finalement proposées pour maximiser l'impact d'une unité de transfert de connaissances au sein d'un ministère.

Les [Éditions science et bien commun](#) sont une branche de l'[Association science et bien commun](#) (ASBC), un organisme sans but lucratif enregistré au Québec depuis juillet 2011.

L'Association science et bien commun

L'Association science et bien commun se donne comme mission d'appuyer et de diffuser des travaux de recherche transuniversitaire favorisant l'essor d'une science pluriverselle, ouverte, juste, plurilingue, non sexiste, non raciste, socialement responsable, au service du bien commun.

Pour plus d'information, écrire à info@scienceetbiencommun.org, s'abonner à son compte Twitter [@ScienceBienComm](#) ou à sa page Facebook : <https://www.facebook.com/scienceetbiencommun>

Les Éditions science et bien commun

Un projet éditorial novateur dont les principales valeurs sont les suivantes.

- la publication numérique en libre accès, en plus des autres formats
- la pluridisciplinarité, dans la mesure du possible
- le plurilinguisme qui encourage à publier en plusieurs langues, notamment dans des langues nationales africaines ou en créole, en plus du français
- l'internationalisation, qui conduit à vouloir rassembler des auteurs et autrices de différents pays ou à écrire en ayant à l'esprit un public issu de différents pays, de différentes cultures
- mais surtout la justice cognitive :
 - chaque livre collectif, même s'il s'agit des actes d'un colloque, devrait aspirer à la parité entre femmes et hommes, entre juniors et seniors, entre auteurs et autrices issues du Nord et issues du Sud (des Suds); en tout cas, tous les livres devront

éviter un déséquilibre flagrant entre ces points de vue;

- chaque livre, même rédigé par une seule personne, devrait s'efforcer d'inclure des références à la fois aux pays du Nord et aux pays des Suds, dans ses thèmes ou dans sa bibliographie;
- chaque livre devrait viser l'accessibilité et la « lisibilité », réduisant au maximum le jargon, même s'il est à vocation scientifique et évalué par les pairs.

Le catalogue

Le catalogue des Éditions science et bien commun (ESBC) est composé de livres qui respectent les valeurs et principes des ÉSBC énoncés ci-dessus.

- Des ouvrages scientifiques (livres collectifs de toutes sortes ou monographies) qui peuvent être des manuscrits inédits originaux, issus de thèses, de mémoires, de colloques, de séminaires ou de projets de recherche, des rééditions numériques ou des manuels universitaires. Les manuscrits inédits seront évalués par les pairs de manière ouverte, sauf si les auteurs ne le souhaitent pas (voir le point de l'évaluation ci-dessus).
- Des ouvrages de science citoyenne ou participative, de vulgarisation scientifique ou qui présentent des savoirs locaux et patrimoniaux, dont le but est de rendre des savoirs accessibles au plus grand nombre.
- Des essais portant sur les sciences et les politiques scientifiques (en études sociales des sciences ou en éthique des sciences, par exemple).
- Des anthologies de textes déjà publiés, mais non accessibles sur le web, dans une langue autre que le français ou qui ne sont pas en libre accès, mais d'un intérêt scientifique, intellectuel ou patrimonial démontré.
- Des manuels scolaires ou des livres éducatifs pour enfants

Pour l'accès libre et universel, par le biais du numérique, à des livres scientifiques publiés par des autrices et auteurs de pays des Suds et du Nord

Pour plus d'information : écrire à
info@editionscienceetbiencommun.org