

CHAPITRE V

Le financement basé sur les résultats en matière de santé maternelle : lorsque l’arbre cache la forêt

Emmanuel N’koué Sambiéni

Laboratoire d’analyse des dynamiques sociales du développement (LADYD)

Université de Parakou

Sédjro Gratien Dieudonné Eclou

Laboratoire d’analyse des dynamiques sociales du développement (LADYD)

Université d’Abomey-Calavi

Nadine Sossouhounto

Laboratoire d’analyse des dynamiques sociales du développement (LADYD)

Université d’Abomey-Calavi

Elisabeth Paul

Faculté des sciences sociales

Université de Liège

Introduction

Malgré l’augmentation des financements publics en faveur de la santé dans de nombreux pays à revenu faible (PRF) et pays à revenu intermédiaire (PRI), les progrès ont été lents. D’importants problèmes structurels, techniques, sociaux et institutionnels continuent à entraver les performances des systèmes de santé de ces pays. Ces systèmes de santé se complexifient de plus en plus, les intervenants sont plus nombreux et plus variés, les réformes se succèdent sans grand succès, les sources et les formes de financement varient. Les communautés se plaignent souvent de la faible qualité des soins (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Ridde et Jacob, 2013) et plus particulièrement de l’incapacité des professionnels de la santé à établir avec eux une relation

de qualité (Dujardin, 2003). L'amélioration de la performance du système de santé constitue un élément crucial pour répondre aux besoins en santé des communautés. Dès lors, le financement basé sur les résultats (FBR) a été proposé comme une stratégie permettant de répondre à ces problèmes et d'améliorer la performance des systèmes de santé (Meessen *et al.*, 2011 : 153).

Le FBR peut être défini comme un mécanisme à travers lequel les prestataires de services de santé sont, du moins partiellement, financés sur la base de leur performance¹. À la suite des initiatives isolées notamment en Haïti et au Cambodge, et à des projets pilotes menés dès 2002 qui ont permis d'affiner cette approche, le Rwanda est le premier pays à l'avoir traduite dans sa politique nationale de santé. Avec des résultats prometteurs, cette expérience du Rwanda a rapidement convaincu d'autres pays qui se sont lancés dans son application (Meessen *et al.*, 2011 : 153). Ainsi, alors qu'en 2006, seuls trois pays africains mettaient en œuvre un programme de FBR dans le secteur de la santé (Rwanda au niveau national, Burundi au niveau d'expériences pilotes et République démocratique du Congo (RDC) à l'état de la planification), en 2013, l'approche s'était presque étendue à l'échelle du continent, avec trois pays qui l'ont déjà passée à l'échelle nationale. Dix-sept pays ont des expériences pilotes en cours, six en phase de planification avancée, et des discussions en cours pour l'initier dans neuf autres pays (site Web Banque mondiale).

Le développement si rapide du FBR dans les PRF/PRI a été possible grâce à l'appui d'organismes extérieurs, en particulier la Banque mondiale et le Health Results Innovation Trust Fund. Au fur et à mesure de son expansion, des bonnes pratiques ont été identifiées et consignées

¹ Il existe plusieurs définitions du FBR, et plusieurs termes qui lui sont connexes : financement basé sur la performance, paiement à la performance ... Dans ce chapitre, nous utilisons le terme FBR de façon générique. À noter également que parallèlement au FBR (au niveau des prestataires de santé), ces dernières années, on a vu apparaître le développement de mécanismes d'aide basée sur la performance visant à augmenter l'efficacité de l'aide en santé (voir par exemple Fritsche *et al.*, 2014 : 6-10 ; Paul 2015).

dans plusieurs manuels à destination des utilisateurs (voir par exemple Fritsche *et al.* 2014; Cordaid-SINA Health 2014). Le partage des expériences est désormais facilité par une communauté de pratiques (CoP).

Notons d'emblée que la santé maternelle et infantile (SMI) est au cœur du paradigme du FBR. En effet, dans de nombreux pays africains, la démotivation du personnel de santé, avec ses corolaires tels que le mauvais accueil des usagers et de pratiques illicites dans le traitement des produits pharmaceutiques, est quasi généralisée (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Ceci est particulièrement le cas au niveau des maternités, les sages-femmes constituant une catégorie d'agents de santé en marge profonde des normes professionnelles. À notre connaissance, l'approche FBR a toujours été introduite dans les PRF/PRI avec l'appui de partenaires extérieurs et dès lors, elle privilégie habituellement les pathologies et domaines de santé qui tiennent à cœur à ces partenaires, en particulier la santé maternelle et infantile (SMI). Ainsi, au Bénin, les deux modèles de FBR en cours de mise en œuvre (l'un développé par la Banque mondiale et l'autre par la coopération belge) font la part belle à la SMI, que ce soit à travers les indicateurs quantitatifs ou les mesures de la qualité technique des soins. Ainsi, la grille quantitative du modèle de la Banque mondiale au niveau des centres de santé retient 28 indicateurs, dont onze liés à la santé maternelle et quatre à la santé infantile, plus six relatifs au VIH/sida et au paludisme ciblés sur ces publics (RB/MS/SGM, 2014). Quant au modèle appuyé par la coopération belge, il retient au niveau des centres de santé quatorze indicateurs quantitatifs, dont dix liés à la SMI (observations de terrain). Au Sénégal également, 70 % des primes de FBR sont ciblées sur la SMI (observations de terrain). Au Burkina Faso, sur 21 indicateurs du paquet complémentaire d'activités pris en compte, onze sont relatifs à la santé maternelle.

Ce chapitre a pour objectif d'analyser la conception et l'application du FBR en matière de SMI dans les PRF/PRI. Il commence par expliquer quelles sont les logiques prévalant à

l'expansion de cette approche, pour ensuite pointer les écueils auxquels le FBR peut se heurter. Il discute alors des questions qui demeurent en suspens et des choix possibles, avant de conclure.

1. Les logiques prévalant à l'expansion de l'approche FBR en matière de santé maternelle et infantile

Il a été avancé que le FBR a le potentiel d'atteindre plusieurs objectifs, parmi lesquels : augmenter l'efficacité allocutive des services de santé par la fourniture de services prioritaires et efficents ; accroître leur efficacité technique par la productivité des ressources existantes au niveau des structures de santé ; améliorer la qualité des soins ; améliorer les taux de couverture et l'équité (par exemple à travers une expansion des services vers des groupes difficiles à atteindre) ; ou encore, accroître la redevabilité des parties prenantes (Meessen *et al.*, 2011, Witter *et al.*, 2012, 2013). Selon nos observations de terrain, il apparaît que tant au Bénin qu'au Burkina Faso, les discours des acteurs reviennent sur la question de la motivation du personnel comme base fondamentale de la décision de son adoption :

Quand on prend le problème au niveau du personnel, il y a le problème de motivation du personnel qui se pose. Les agents de santé disent qu'ils ne sont pas motivés. Je sais qu'il y a plusieurs recommandations qui ont demandé aux pays qui ont des indicateurs assez faibles de motiver le personnel de santé parce qu'un personnel de santé qui est motivé, c'est sûr qu'il va donner le meilleur de lui-même. (Entretien avec un médecin impliqué dans le contrôle, mars 2015, Ouagadougou)

Notons de prime abord que le FBR n'est pas un modèle univoque figé, mais au contraire une approche recouvrant une série d'éléments, parmi lesquels les plus importants sont les résultats « achetés » (indicateurs quantitatifs et mesures de qualité), les primes de performance associées (montants, mode de calcul, fréquence), les mécanismes de vérification et de contre-vérification des résultats, la structure de gouvernance et de redevabilité (y compris l'autonomie accrue des structures de soins) et les appuis connexes (formations, renforcement du système d'information,

etc.) (Fritsche *et al.*, 2014 ; Renmans *et al.*, 2014). L'ensemble de ces éléments constitue un « package » d'incitants qui peut varier à l'infini.

Le raisonnement théorique à l'origine du développement du FBR en santé dans les PRF/PRI est à trouver dans la théorie économique des incitants. Cette théorie, qui s'intègre dans le courant plus vaste de l'économie institutionnelle – selon lequel les institutions, c'est-à-dire les normes ou règles du jeu formelles ou informelles actives dans une société, déterminent les interactions et comportements humains et de là, la performance (North, 1990) – est née dans le souci de prendre en compte des situations caractérisées par l'imperfection des marchés et l'asymétrie de l'information (Laffont et Martimort, 2002), ce qui est le cas du secteur de la santé. Plusieurs auteurs ont d'ailleurs utilisé ce courant de littérature pour analyser le FBR (voir par exemple Bertone et Meessen, 2013, Renmans *et al.*, 2014).

En quelques mots, la théorie des incitants vise à modéliser la relation « contractuelle » entre une entité qui détient des ressources (dans notre cas, l'État, souvent avec l'appui de bailleurs de fonds) et des agents (dans notre cas, les prestataires de santé), en vue d'optimiser les résultats au moindre coût. Il est bien connu qu'un financement basé sur les intrants (allocation budgétaire basée sur les tendances historiques, par exemple) fournit peu d'incitation aux prestataires pour augmenter leur production ou améliorer la qualité des services. En revanche, il est attendu qu'un financement basé – du moins en partie – sur les résultats effectivement produits, fournira les incitants nécessaires pour améliorer ces résultats. Par ailleurs, il va de soi que l'amélioration de la performance d'une organisation doit logiquement impliquer des incitants au niveau des individus qui la composent. Même s'ils ne sont pas les seuls envisageables, et s'ils sont associés à plusieurs difficultés (voir plus bas), les incitants financiers, de type de primes liées aux résultats, sont un instrument privilégié pour encourager la performance. Dès lors, à la suite de l'instauration de systèmes d'incitation financière à la performance dans le secteur privé, de tels

systèmes se sont aussi développés dans le secteur public, dans le souci d'en améliorer les performances (Paul et Robinson, 2007).

Le résultat théorique selon lequel l'utilisation d'incitants financiers permet d'augmenter la performance est en partie soutenu par des preuves empiriques : la littérature montre que globalement, les incitants financiers permettent d'augmenter la quantité d'*outputs* produits. En revanche, il ne se dégage pas de conclusion ferme quant à l'effet des incitants financiers sur la qualité (Gupta et Shaw, 1998 ; Jenkins et al, 1998 ; Prendergast, 1999).

Quant aux expériences mêmes de FBR en santé dans les PRF/PRI, les preuves scientifiques sont encore parcellaires. Les premières évaluations de processus et d'impact du FBR au Rwanda se sont révélées encourageantes. Rusa *et al.* (2009) montrent qu'un effet positif sur les taux d'utilisation a été observé pour les activités qui étaient auparavant moins bien organisées, à savoir les services de suivi de la croissance et les accouchements institutionnels ; et que la qualité des services (conformité avec les normes nationales et internationales) a augmenté considérablement pour toutes les prestations. À travers un essai contrôlé randomisé, Basinga *et al.* (2011) ont estimé qu'en comparaison avec le groupe de contrôle, les structures de santé sous FBR ont vu une augmentation de 23 % du nombre d'accouchements institutionnels ainsi qu'une augmentation du nombre de visites de soins préventifs pour les enfants de moins de deux ans (56 %) et ceux âgés entre 24 et 59 mois (132 %). En revanche, aucune amélioration n'a été constatée au niveau du nombre de femmes terminant quatre visites de soins prénatals ou d'enfants complètement vaccinés. Une amélioration de la qualité des soins prénatals a également été constatée. Par la suite, d'autres évaluations positives du FBR ont été réalisées, notamment en RDC (Soeters *et al.*, 2011).

2. Les écueils pourtant connus auxquels se heurte le FBR

Toutefois, l'application du FBR dans le domaine de la santé en général, de la santé maternelle et infantile en particulier, n'est pas sans danger, et se heurte à une série d'écueils bien décrits dans la littérature tant théorique qu'empirique.

Tout d'abord, d'un point de vue théorique, la littérature économique pointe une série de difficultés et d'effets pervers possibles liés à l'utilisation d'incitants financiers. Ces difficultés sont particulièrement liées à la possibilité de disposer de mesures (indicateurs) de performance suffisamment certaines, c'est-à-dire reliées à la performance effective. En effet, les services ou produits sont généralement influencés non seulement par les efforts déployés par les travailleurs ou prestataires, mais aussi par une série de facteurs extérieurs, confondants. Or, lier la rémunération à une mesure incertaine ou volatile entraîne un risque d'injustice. D'autres problèmes surgissent lorsque les résultats sont produits non par un individu, mais par une équipe (se pose alors la question de comment isoler la performance individuelle et décourager les comportements de « cavalier libre ») ou encore lorsque les tâches à réaliser sont multiples ou de nature managériale ou stratégique, plutôt que de production pure et simple. Par ailleurs, le fait de relier la rémunération à la performance est également potentiellement associé à des effets pervers, tels que négliger les dimensions du travail qui ne sont pas rémunérées (par exemple, négliger la qualité si c'est la quantité qui est la cible des incitants financiers), manipuler les données (par exemple, reporter un plus grand nombre de cas que ceux réellement traités), réduire la motivation intrinsèque des individus pour leur travail ou encore, dans le secteur de la santé particulièrement, encourager à la surconsommation de soins ou écremer les patients les plus difficiles à traiter, ce qui pose des problèmes d'équité. Enfin, la question du coût encouru pour obtenir l'information se pose – il s'agira de mettre en balance l'amélioration de performance attendue avec les coûts encourus pour obtenir l'information et mettre en œuvre le système d'incitation à la performance.

La littérature conclut que l'utilisation d'incitants financiers doit être appréciée avec soin en fonction du contexte, de l'information disponible, des tâches à encourager et que de façon générale, lorsque les résultats sont difficilement mesurables et qu'il existe une incertitude dans la relation entre les efforts déployés et les résultats mesurés, il est moins indiqué de relier le financement à des mesures « objectives » de la performance. Par ailleurs, il est important de considérer les incitants financiers non pas isolément, mais en parfaite complémentarité avec les autres types d'incitants disponibles tels que les mesures subjectives de la performance, la gestion des carrières, l'amélioration des conditions de travail ou encore toutes les actions qui agissent sur les sources de motivation non matérielles des individus (motivation sociale, morale et intrinsèque) (Paul et Robinson, 2007).

Comment traduire ces résultats pour notre propos, à savoir le FBR en santé dans les PRF/PRI ? Notons tout d'abord que la masse des connaissances sur les effets (impacts) du FBR est encore maigre, surtout considérant les difficultés méthodologiques rencontrées pour attribuer les résultats observés au FBR (en particulier aux primes de performance), de même que pour comprendre les processus sous-jacents (Oxman et Fretheim, 2009 ; Morgan et Eichler, 2011 ; Witter *et al.*, 2012). En outre, toutes les évaluations du FBR ne sont pas positives : par exemple, dans la province du Katanga en RDC, Fox *et al.* (2014) n'ont pu démontrer aucun progrès au niveau des indicateurs d'intrants, de processus ou de résultats des services mesurés, et ceci, malgré l'augmentation considérable des ressources allouées au niveau des structures de santé. En Ouganda, une évaluation du processus de FBR établie sur la théorie du changement explique pourquoi le FBR n'a pas atteint ses objectifs – tant au niveau du design que de la mise en œuvre (Ssengooba *et al.*, 2012).

Dès lors, plusieurs auteurs ont mis en garde contre la généralisation du FBR en dépit de l'insuffisance de preuves de sa propre performance, et ont pointé les risques liés à l'introduction

d'une intervention si complexe et potentiellement nocive, surtout dans le contexte du secteur de la santé dans les PRF/PRI, caractérisé par la difficulté de mesurer la performance due à la multitude de tâches à accomplir et souvent, une piètre qualité de l'information (Ireland *et al.*, 2011, Witter *et al.*, 2012, Miller et Babiarz, 2013). Kalk *et al.* (2010) estiment que tous les effets indésirables prédis par la littérature ont été retrouvés sous des formes diverses dans le secteur de la santé rwandais, et que les distorsions induites dans les efforts menacent sérieusement d'affecter la qualité des services de santé. Les auteurs estiment que le FBR promeut implicitement (et involontairement) un concept discutable de travail, et que son accent sur l'amélioration des indicateurs plutôt que des changements systémiques peut être considéré comme vertical et contre-productif. Au Bénin également, une enquête qualitative sur les perceptions du FBR par les personnels de santé responsable de son implantation a donné des indications de l'existence d'effets pervers (manipulation des données), et ce, en dépit des mécanismes de vérification et de contre-vérification instaurés (Paul *et al.*, 2014).

Plus spécifiquement, dépendant de son design, le FBR peut entraîner des effets variés. Ainsi, au Rwanda, Priedeman Skiles *et al.* (2013) montrent que le FBR n'a pas réussi à réduire les disparités dans l'utilisation des services de santé maternelle. Au Bénin, avant l'intégration de bonus d'équité, la conception du FBR a exacerbé les inégalités entre structures de santé plus ou moins bien équipées et fournies en personnel (Paul *et al.*, 2014). Enfin, les coûts du FBR (y compris les coûts administratifs et les coûts d'opportunité, notamment ceux relatifs au temps consacré à des tâches administratives par le personnel de santé) peuvent se révéler considérables – et donc réduire le rapport coût-efficacité du FBR (Kalk, 2011 ; Ireland *et al.*, 2011). Dès lors, en toute occurrence, les difficultés et écueils potentiels liés au FBR nécessitent d'être pris en compte dans le design du programme et contrôlés régulièrement en cours de mise en œuvre, afin d'y remédier autant que possible.

Au-delà de ces considérations qui relèvent parfois de guerres d'écoles, il est important de comprendre que même à supposer que l'approche de FBR soit indiquée pour améliorer la santé maternelle et infantile, ses programmes ne sont souvent pas mis en œuvre comme prévu selon le modèle idéal. Ainsi, tout d'abord, l'implantation du FBR diverge souvent du modèle, comme cela a été par exemple démontré au Burkina Faso par Bodson *et al.* (2016). Par ailleurs, le FBR est généralement introduit comme un projet supplémentaire parmi une série d'autres systèmes, mécanismes et réformes. Ainsi, au Bénin, les modèles de FBR implantés par deux partenaires (Banque mondiale et coopération belge) sont en quelque sorte « hybrides », ils contiennent des apories et ont été conçus de façon assez déconnectée d'autres réformes en cours de mise en œuvre telles que la décentralisation et le régime d'assurance maladie universelle (Paul *et al.*, 2014).

Ensuite, les observations de terrain montrent également une série d'écueils auxquels le FBR peut être confronté en cours de mise en œuvre, comme le montre la section suivante. Celle-ci est basée sur une étude de cas du Bénin, complétée par certaines observations similaires constatées au Burkina Faso.

3. Le FBR au Bénin, ou la chronique d'un désenchantement annoncé

Au Bénin, les indicateurs d'impact en matière de SMI demeurent problématiques, avec un taux de mortalité maternelle s'élevant à 397 décès pour cent mille naissances vivantes, un taux de mortalité néonatale de 23 décès pour mille, et un taux de mortalité infantile de 42 décès pour mille naissances vivantes selon les dernières enquêtes démographiques et de santé (RB/MS/DSMN, 2015). Selon la direction de la santé de la mère et de l'enfant, les hémorragies graves (24 %), les avortements à risques (21 %), les causes indirectes (20 %), les infections (15 %), les éclampsies (12 %), autres causes directes (8 %) et les accouchements dystociques

(8 %) constituent les principales causes directes des décès maternels (RB/MS/DSMN, 2015). Comme le souligne l'OMS, la plupart des décès et des incapacités maternels résultent d'une ou de plusieurs des trois causes suivantes : dépistage tardif des complications, arrivée tardive au centre médical ou administration tardive de soins de bonne qualité. Ce modèle dit « des trois retards » pointe les dysfonctionnements du système de santé et des stratégies sanitaires.

Dans le cadre du renforcement du système de santé et de la recherche de l'amélioration de la performance du secteur, le FBR a été introduit en 2012 avec l'appui de deux partenaires, à savoir la Banque mondiale et la coopération belge, qui ont chacune développé un modèle propre. Ces deux modèles sont fortement orientés sur l'amélioration de la qualité des soins, à travers le respect des normes nationales, qui n'étaient généralement pas respectées dans la routine par les prestataires.

Nos recherches de terrain ont constaté que le FBR a contribué à obtenir des effets positifs sur les soins de santé maternels et infantiles, notamment à travers le respect des protocoles et des conditions d'hygiène et l'accueil des patients (Paul *et al.*, 2014), ce qui se traduit par une augmentation de la plupart des indicateurs de santé (Portail FBR Bénin). Toutefois, ces résultats ne sont pas à la hauteur des espérances, comme l'indique l'extrait d'entretien ci-dessous.

Après deux années de mise en œuvre avec les structures publiques et le privé confessionnel, nous avons abouti à des résultats satisfaisants. Mais ces résultats ne sont pas à la hauteur de nos attentes. Nous avons analysé la situation et avons constaté que la fréquentation n'était pas aussi satisfaisante. (Entretien, février 2015, médecin, Cotonou)

Par ailleurs, nous avons aussi constaté plusieurs effets négatifs, qui laissent présager qu'après avoir suscité beaucoup d'espoirs et d'allégresse, le FBR se heurte bientôt à un désenchantement (Heilbrunn, 2005). L'origine des problèmes remonte déjà à la conception

même de son modèle. Si les agents de santé se sont vite intéressés au FBR grâce aux incitants en jeu, on déplore, d'une part, un manque d'appropriation et de communication autour du processus de FBR (celui-ci a été introduit dans les districts sanitaires sans consulter les prestataires et sans se baser sur des stratégies autochtones, inspirées par les contextes locaux)

Le FBR ne répond pas à mes aspirations. Je n'aime pas cette histoire. Je n'y comprends rien. Les responsables décident ensemble de leur chose et font leur chose. Il serait bon que les prestataires soient motivés sur le terrain. Il faudrait aussi les impliquer en amont du processus (Sage-femme, HZ de Comè, 3 octobre 2013).

D'autre part, il existe des difficultés techniques et idéologiques inhérentes aux cultures organisationnelles des agences de développement et à l'impréparation traditionnelle et structurelle des États dans l'adoption des paradigmes de développement. Commençons par entendre un acteur important dans le dispositif de conception et d'application du FBR au Bénin :

Nous personnellement par exemple, le consortium [chargé de la vérification des résultats], nous sommes arrivés pour trouver le document technique relié et posé sur la table. Moi quand on me l'avait envoyé [...], j'ai trouvé quelques insuffisances. Je tenais à ce que ces insuffisances soient corrigées avant qu'on commence. Le client nous a dit non, vous le mettez en œuvre, on verra après. Et ces insuffisances nous ont rattrapés actuellement. Nous avons des goulots d'étranglement pas possibles quoi. Bon donc je pense que la volonté politique et autre, derrière étaient des choses déjà acquises, dépassées quand moi j'arrivais, quoi, les gens savaient où ils voulaient aller, ils avaient déjà décidé.

(Entretien médecin, agent de vérification, Bénin, avril 2015)

Depuis le début de sa mise en œuvre, le FBR a été confronté à des problèmes d'ordre social et technique. D'un point de vue technique tout d'abord, la capacité de gestion des agents d'une part, et la fluidité procédurale administrative et comptable de l'organisation sanitaire nationale d'autre part, constituent des écueils importants à considérer. Au Bénin comme au Burkina Faso, à propos du FBR comme des autres réformes – notamment celles de l'exemption du paiement pour des catégories d'usagers – le retard et les problèmes de clarté dans le virement des incitations et la gestion des dividendes se sont révélés et ont causé de très grandes démotivations au niveau des agents de santé. Au démarrage de la mise en œuvre du FBR, cette réalité avait déjà été signalée par les assistants techniques responsables de l'appui au processus. La coopération belge a d'ailleurs demandé à l'inspecteur général du ministère d'auditer les capacités de gestion des équipes cadres. Les extraits d'entretien ci-dessous soulignent les problèmes de gestion rencontrés.

Au Bénin, il y a le problème d'autonomisation des centres de santé [...] dans les zones un peu reculées, les gens sont plus motivés pour le système, comparativement à ceux qui sont proches des villes. Le problème majeur est qu'ils jouent trop à la carte bureaucratique. [...] Aussi, la méconnaissance du système fait que les gens ont peur d'être contrôlés. Il manque le problème d'autonomisation des centres de santé, des systèmes d'entrepreneuriat et c'est très bloquant pour eux.

(Agent Banque mondiale, Bénin, décembre 2014)

Autant de dysfonctionnements ! Pour nous, ça devait être l'infirmier tout seul ou la sage-femme toute seule qui devait avoir son compte bancaire signé seulement d'elle-même, peut aller prendre de l'argent et décider de ce que le centre peut faire. Mais on n'arrive pas, avec des dispositions légales règlementaires ici, à aboutir à cette pureté du FBR où l'infirmier est le seul signataire de son compte.

Finalement, l'infirmier cosigne avec soit le comptable si le centre de santé a un comptable ça c'est bon si tout le staff est dans la formation sanitaire. Mais la cosignature avec le médecin coordinateur de zone.... Techniquelement, ce n'est pas bon, mais nous ne pouvons pas changer les choses, voilà. Et donc il y a une décentralisation ; pourquoi ? Parce que l'infirmier qui reçoit cet argent va décider de sa planification, de ce qu'il va faire.

(Médecin, agent de contrôle, Bénin, avril 2015)

Or, après près de trois ans de mise en œuvre, constatant des dysfonctionnements dans certaines zones sanitaires contrairement à d'autres où les choses marchent relativement bien, un responsable béninois du programme de FBR de la Banque mondiale a d'ailleurs fait remarquer que « la réussite de la réforme dépend de la capacité managériale du médecin-coordonnateur » (Entretien de décembre 2014).

Un autre problème technique majeur a trait au choix des indicateurs et des mesures de qualité technique qui sont intégrés dans les matrices du FBR. Tout d'abord, les spécialistes ne sont pas unanimes entre l'option de couvrir toutes les prestations ou celle d'en sélectionner quelques-unes en fonction des indicateurs de base (identification des prestations peu efficaces). Ainsi, pour un agent de contrôle de l'application au Bénin :

Le FBR est une approche qui vise à galvaniser le prestataire dans la productivité et tu peux décider de voir ses points faibles et de rémunérer les points faibles. Tu n'es pas obligé de prendre tout l'ensemble de ces prestations pour les payer c'est ça la différence, mais il y a très peu de spécialistes qui comprennent que le FBR, il ne faut pas pouvoir prendre tout l'ensemble des prestations. OK ? Il y a des débats autour de ça, mais il y en a qui préfèrent

qu'on prenne tout l'ensemble des prestations et qu'on calcule la performance totale. Si tu fais ça c'est bon, mais ça un coût de contrôle très élevé.

(Agent de contrôle et de vérification, Bénin, avril 2015)

Ensuite, on peut s'interroger sur le réel effet sur l'efficacité des prestations des indicateurs et mesures sélectionnées. Au contraire, ces derniers n'induisent-ils pas la démotivation des agents de santé ? Notons d'emblée que la qualité des soins est principalement appréhendée de façon technique dans le cadre du FBR, alors qu'en fait, elle est un processus plus social que technique. Déjà, son atteinte continue d'être problématique, car les moyens techniques dont disposent les maternités par exemple, ne leur permettent pas de suivre rigoureusement les normes de qualité fixées par le FBR. Dès lors, l'appréciation de la qualité technique des prestations peut paraître injuste. Les exemples ci-dessous illustrent ces propos.

Une mesure formulée telle quelle : « Salle d'accouchement en bon état et assurant les conditions de confidentialité » est vérifiée suivant les paramètres ci-après : murs en dur sans fissure avec crépissage en carreau jusqu'à hauteur 1m 80 et peinture, pavement en ciment sans fissure, sol carrelé, rideaux aux fenêtres ou fenêtres vitrées peintes, paravent (si salle partagée), portes fermant. Une autre, « Conditions de confidentialité assurées », postule que l'existence d'un local de consultations individuelles avec rideaux aux fenêtres ou fenêtres vitrées peintes, paravent (si salle partagée), portes fermant. S'il s'agit d'une salle différente, les équipements doivent être affectés à chaque prestation. Ces deux mesures traduisent des problèmes quant au profil d'infrastructures existant dans la plupart des centres de santé périphériques notamment en milieu rural. Toutefois, les investissements requis pour la mise effective des formations sanitaires à de telles normes relèvent moins des prérogatives et compétences

administratives et décisionnelles des agents de santé évalués, que de l'équipe d'encadrement de zone. La même analyse peut être appliquée à une série d'autres mesures. L'une des problématiques importantes de qualité des soins est relative à des normes réglementaires et statutaires de profession médicale et paramédicale. Par exemple, la mesure « Bon accueil assuré aux bénéficiaires des services » est appréciée à l'aune de l'existence d'un lieu d'attente avec chaises propres ou bancs propres ou banquettes en ciment propres, l'existence d'un système de triage (un agent, un numéro d'ordre/fiche de tri), la présence d'une personne faisant le tri selon la gravité et le numéro d'ordre, un délai d'attente du patient inférieur à 30 minutes, la tenue adéquate y compris celle du personnel d'entretien (chemise et pantalon, badge, calot, bottes). Or, le port continu de la tenue adéquate, pour un agent de santé dont le lieu de travail est confondu avec la résidence, n'est pas évident ; de même, 30 minutes d'attente pourraient ne rien signifier dans l'absolu selon les contextes de soins. Autre exemple : le fait de remplir correctement les documents administratifs ne garantit pas une administration efficace et correcte des soins. Ou encore, il est illusoire de documenter la disponibilité d'un agent de santé à partir de son propre témoignage.

(Observations basées sur les matrices de mesures qualitatives du modèle de FBR promu par la Banque mondiale au Bénin)

On comprend bien que certains indicateurs, en dépit de leur bon sens, presupposent des conditions minimales qui ne sont pourtant pas des plus observables au niveau des formations sanitaires, même si elles demeurent souhaitables. Au total, ces quelques exemples montrent que les mesures et indicateurs retenus actuellement par le modèle dominant du FBR au Bénin sont

loin des enjeux de la motivation des personnels et de la santé maternelle et infantile. Dans la pratique, certains paramètres sont difficiles à « mathématiser » et à s'y obliger, on sombre dans la superficialité et l'arbitraire.

Par ailleurs, du point de vue de son acceptabilité sociale, le FBR a généré une surcharge de travail qui n'est pas nécessairement compensée par les primes financières. Aussi, un manque d'équité est perçu à différents niveaux, depuis les conditions d'évaluation (injustices perçues du fait de l'application d'une même grille d'évaluation de la qualité, que les structures soient ou non mises aux normes en termes de personnel et d'équipement) jusqu'au mécanisme de distribution des primes aux personnels, lesquelles ne sont pas toujours perçues comme à la hauteur des efforts fournis. En outre, la marginalisation pour de vrai des comités locaux de gestion non seulement témoigne d'un manque de cohérence de la politique, mais aussi suscite des frustrations.

Du point de vue des effets pervers prédis par la littérature, nos observations indiquent que malgré l'avènement du FBR, les agents de santé maintiennent leurs anciennes stratégies « clandestines » dénoncées par les communautés (*racket* des patients, vente parallèle de médicaments, détournement des patients vers des prestations de soins privés, surfacturation des actes, etc.) tout en développant de nouvelles stratégies permettant de se conformer aux normes explicites du FBR en vue de maximiser leurs primes (mobilisation du personnel pour rendre l'environnement propre, remplir les dossiers médicaux, se conformer aux règlementations en opérant des ajustements de dernière minute à l'approche des missions de vérification du FBR).

Les responsables viennent dans les services et nous demandent de mettre les lieux au propre et de ranger les choses parce que les évaluateurs FBR vont passer. (Sage-femme, HZ de Comè, 3 octobre 2013).

Il semble en fait que la motivation qu'apporte le FBR est différemment ressentie selon les zones géographiques d'exercice du métier de soignant. En effet, dans les grandes villes, la pléthore du personnel, notamment au niveau des sages-femmes, rend faible l'impact du dividende sur les agents. À cette situation qui pose déjà un problème s'ajoute la concurrence du secteur privé sur le public ; cette concurrence occasionne la baisse des effectifs d'usagers qui fréquentent les services pour les prestations, en l'occurrence en ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant. On comprend ici que la grande majorité des agents de santé en poste dans les grandes villes, notamment dans les capitales, ne sont pas réellement concernés par cette incitation. Un autre risque pointé par la littérature et que nous avons constaté au Bénin et au Burkina Faso est celui de la tendance à la surmédicalisation au regard des pratiques associées à des incitants financiers :

Et ça c'est connu en économie de la santé : c'est la demande induite, donc dès lors qu'il y a des actes payants que ça soit en assurance ou quoi, les praticiens ont tendance à démultiplier ou à encourager. Donc il y a une surmédicalisation systématiquement qui s'établit. On avait en vue de diminuer cette surmédicalisation, mais ça n'a pas pu marcher. [...] C'est en Afrique avec toutes les pratiques d'influence pour pouvoir grignoter sur l'argent.

(Médecin, agent de contrôle, Bénin, avril 2015)

Enfin, au-delà de ces problèmes déjà constatés (Heilbrunn, 2005), d'autres se profilent déjà pour l'avenir – en particulier celui de la pérennité institutionnelle et financière du dispositif du FBR, qui constitue un paramètre fondamental du désenchantement annoncé du FBR au Bénin. Celui-ci a été lancé et se développe comme un projet qui, non seulement comporte des apories intrinsèques, mais aussi est loin d'être cohérent avec l'ensemble des institutions et des réformes en cours dans le secteur de la santé – dont celle plus englobante de la couverture santé

universelle, qui porte également la qualité des services de santé et leur accessibilité. Ceci pose une menace sérieuse à la pérennité de l'approche tant du point de vue de l'intégration dans les institutions et processus pérennes que du financement à terme du FBR après le retrait de l'appui financier des partenaires extérieurs. L'extrait d'entretien ci-dessous souligne la lourdeur du dispositif de gestion du FBR mis sur pied dans le cadre du projet de la Banque mondiale.

Dispositif très lourd : un médecin, un vérificateur additionnel, un membre, beaucoup d'acteurs et ça coûte assez cher. Enjeux financiers, tendance à la tricherie. L'agence de vérification est comparable à un médecin coordonnateur bis. Aujourd'hui, les acteurs posent la question de savoir si la réforme peut être pérennisée. D'autres qualifient la réforme de distribution d'argent.

(Agent technique, ministère de la Santé, Bénin, juillet 2015)

4. Qu'a-t-on oublié avec le FBR?

Bien avant le FBR, de nombreuses autres réformes telles que les soins de santé primaires, l'initiative de Bamako, ou encore la maternité sans risques, peinaient déjà à réussir ou à s'institutionnaliser réellement et à s'objectiver dans le quotidien des services de santé et des différents acteurs (Grodos, 2004 ; Béland et Ridde, 2014). Par exemple, un agent de la Banque mondiale nous a déclaré que « l'approche de la zone sanitaire n'a pas marché en ville, cette notion est ancrée dans les zones rurales ». Il pense qu'il faut « trouver d'autres approches appropriées pour aborder la question de l'organisation et du fonctionnement du système national dans les grandes villes ».

Quelles sont les causes du bilan mitigé que nous venons de présenter ? Nous formulons l'hypothèse que les apories de l'approche du FBR ne traduisent pas seulement des difficultés techniques (par exemple, relatives à la formulation et à la mesure d'indicateurs adéquats,

pertinents et valides), mais plus sérieusement, elles démontrent les limites des hypothèses qui constituent le fondement même du FBR, à savoir que l'incitation au changement de comportement chez les prestataires de soins à travers la motivation principalement financière est suffisante pour assurer le renforcement du système de santé et l'amélioration de sa performance. Cette hypothèse fait l'économie de la prise en compte plus holistique du système institutionnel et de la gouvernance sectorielle et nationale – qui est en fait souhaitée, du moins au niveau sectoriel, par les « promoteurs intellectuels » du FBR tels que Meessen *et al.* (2011), mais qui peine à se matérialiser du fait de la mise en œuvre partielle, souvent formelle et limitée à quelques processus standardisés, de l'approche du FBR, tel que c'est le cas au Bénin où l'on a constaté que le FBR s'était développé selon deux projets non intégrés dans le système institutionnel pérenne du pays.

L'exemple du Bénin illustre bien ce propos. Déjà, lors de la mission d'étude au Rwanda organisée par la Banque mondiale qui a préludé au lancement du FBR au Bénin, les responsables béninois ont reconnu que le cadre de gouvernance nationale et sectorielle du Rwanda était fondamentalement différent et que, dès lors, le modèle de FBR était difficilement exportable tel quel. Un participant béninois s'est ainsi exprimé en ces termes :

Quelqu'un des trois cents participants a levé le doigt pour dire bon monsieur X, est-ce qu'on peut vous demander, vous n'avez pas la démocratie, vous n'avez pas besoin du FBR. Normalement si on a une vraie démocratie, une bonne gouvernance, on n'a pas besoin d'aller à ces actes alternatifs. Au Rwanda, tout peut réussir, mais quand tu quittes le Rwanda, tu ne peux pas l'appliquer ailleurs et même le modèle rwandais...

(Agent du programme FBR de la Banque mondiale, Bénin, avril 2015)

Une étude diagnostique du secteur de la santé au Bénin avait constaté avant l'avènement du FBR que :

[...] la gouvernance du secteur connaît « une crise sociale et morale très profonde » [...]. [L]e secteur de la santé est caractérisé par de nombreux problèmes : grèves régulières du personnel sanitaire, leadership perçu comme insuffisant dans le chef du MS, désorganisation, course aux per diem, népotisme, gabegie ou encore conflits institutionnels – notamment du fait de la multiplication de structures au niveau central et de l'importance démesurée qu'a le niveau central (comptant plus de 800 personnes !) au mépris du niveau opérationnel – qui causent une frustration très critique des acteurs du secteur de la santé. Malgré les nombreuses études diagnostiques qui ont été réalisées tant au niveau central qu'au niveau régional et opérationnel au cours des dernières années, la mise en œuvre de réformes appropriées tarde et les choses ne semblent guère bouger pour améliorer la gouvernance (Paul, 2010).

Or, les expériences de FBR menées au Bénin n'ont pas pris en compte les plus importants problèmes soulevés par cette analyse descriptive toujours d'actualité. La crise du secteur de la santé est encastrée dans la crise générale de l'État en Afrique. Elle nécessite plus que des réformes sectorielles, en général orientées vers les conséquences d'une réalité tout en occultant ses racines profondes. Loin d'être nostalgique des lectures culturalistes de l'État africain, il est logique d'épouser cette réflexion empirique du fonctionnement des services de santé, qui montre que la solution à l'efficacité desdits services est à considérer dans le temps et dans une posture holistique, prenant en compte les institutions informelles influençant les comportements des acteurs. Ainsi, analysant les services de santé dans les grandes capitales de l'Afrique de l'Ouest, Jaffré (2006) estime que :

Une première dimension englobe celle des diverses polysémies. Et tout d'abord, celle des identités des personnels de santé, qui plus que de coïncider avec une fonction correspondent à une sorte de feuilletté superposant diverses appartenances sociales. Dès lors, comprendre les conduites de ces agents implique d'aborder conjointement non seulement leurs statuts professionnels, mais aussi leurs appartenances familiales et sociales, et d'évoquer ainsi l'hétéronomie des pouvoirs qui organisent en fait, tout autant que les hiérarchies officielles, le fonctionnement des structures sanitaires. Viennent ensuite les diverses dimensions des actes de soin, puisqu'à tout geste technique correspond une modalité du rapport à l'autre, mais qu'aussi tout geste technique est susceptible d'être interprété selon ses connotations sociales.

C'est dire que, quelle que soit la réforme à mettre en œuvre, des problèmes structurels liés à l'État même et au fonctionnement du département ministériel doivent être résolus en amont. Certaines actions sont nécessaires pour améliorer la situation, comme œuvrer pour une meilleure qualification par l'introduction de principes éducatifs et éthiques dans la socialisation même des agents ou encore une meilleure organisation des responsabilités du personnel de santé. L'organisation d'un personnel réellement qualifié pourra rendre plus efficace un contrôle routinier interne et une discipline dans l'exercice quotidien du métier. C'est seulement dans ces conditions que les professionnels vont se rendre compte qu'ils sont responsables et sont appelés à apporter un élan pour atteindre de meilleurs résultats. Par ailleurs, la motivation durable des agents de santé doit invariablement passer par l'augmentation du plateau technique accompagné de compétences réelles et l'adaptation des mécanismes et procédures d'offres de service aux contextes et aux attentes de la demande de santé. Ceci a d'ailleurs déjà fait l'objet d'un plaidoyer de plusieurs auteurs défendant l'approche systémique, dont Dujardin (2003).

Conclusion

Dans de nombreux pays africains, dont le Bénin et le Burkina Faso que nous avons plus particulièrement étudiés, le FBR se développe de façon rapide. Il cible très souvent la santé maternelle et infantile dans ses objectifs et ses indicateurs. Or, s'il favorise l'amélioration des indicateurs de processus et même d'impact des prestations de santé en matière de SMI, il est loin d'appréhender toutes les dimensions en jeu. Tout comme pour la plupart des politiques publiques de santé (Tabuteau, 2008), une critique forte à son encontre est qu'il apparaît souvent comme une solution imposée de façon standardisée de l'extérieur, quel que soit le contexte et le problème de base auquel il est censé répondre. Il se pose donc réellement la question de la contextualité des réponses techniques aux problèmes structurels du service de l'État. S'il y a du positif dans le FBR (notamment au niveau de la supervision, de la qualité des soins, du renforcement du lien entre l'offre et la demande et de la redevabilité des prestataires), il y a aussi des difficultés et des écueils à éviter, d'où l'importance d'un suivi rapproché et d'une adaptation régulière des programmes mis en œuvre. Bien plus, il apparaît clairement que de nombreux goulets d'étranglement nécessitent une revue conceptuelle de cette approche en amont de tout passage à échelle nationale, malheureusement déjà entamée dans certains pays comme le Bénin.

Quoi qu'il en soit, il faut aussi être conscient du fait que le FBR n'est qu'une solution parmi d'autres, qui peut être efficace pour répondre au problème de la sous-consommation de soins de santé (à travers une incitation à la production des prestataires, mais aussi indirectement en renforçant la « voix » des patients), mais qu'il existe des options peut-être plus appropriées pour répondre à d'autres problèmes – telles que l'instauration d'un système interne d'assurance qualité ou d'accréditation des structures de soins, ou encore des actions d'incitation de la demande de soins et d'intensification de la prévention.

Concernant la motivation des prestataires de soins plus particulièrement, à l'instar de Paul et Robinson (2007), nous plaidons pour le développement de mécanismes incitatifs cohérents qui mobilisent de façon équilibrée l'ensemble des sources de motivation des travailleurs – y compris les dimensions morales, éthiques, sociales et intrinsèques. La bonne performance des systèmes de santé en vue de l'amélioration de la santé maternelle et infantile, dans une perspective pérenne, est donc à trouver dans une combinaison de mesures complexes qui doivent être menées en cohérence, impliquant l'amélioration des conditions structurelles de travail (infrastructures et équipements, procédures), la formation des médecins, des sages-femmes et des infirmiers, l'autonomisation des prestataires jugulée par une supervision technique efficace à moindre coût, leur valorisation professionnelle (renforcement de l'estime de soi), la promotion de l'éthique et la socialisation professionnelle, y compris vis-à-vis des patients à travers un dialogue renforcé avec les populations utilisatrices de services et soins de santé.

Références bibliographiques

- BASINGA, P. *et al.* (2011). « Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance : an impact evaluation », dans *The Lancet*, vol. 377, n° 9775, p. 1421-1428.
- BÉLAND, D. et RIDDE, V. (2014). « Ideas and policy implementation : understanding the resistance against free health care in Africa », dans *Les Cahiers du CIRDIS*, p. 1-25.
- BERTONE, M. P. et MEESEN, B. (2013). « Studying the link between institutions and health system performance : a framework and an illustration with the analysis of two performance-based financing schemes in Burundi », dans *Health Policy and Planning*, vol. 28, p. 847-857.
- BODSON, O. *et al.* (2016). « La fidélité d'implantation du financement basé sur les résultats au Burkina Faso après 12 mois », Note de politique, Programme Équité, <http://www.equitesante.org/>.
- CORDAID – SINA HEALTH (2014). « PBF in action : Theories and instruments, PBF course guide », Cinquième édition, La Haye.
- DUJARDIN, B. (2003). « Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue », Paris, Éditions Karthala, Charles Léopold Mayer, 370 p.

FOX, S. *et al.* (2014). « Paying health workers for performance in a fragmented fragile state : reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo », dans *Health Policy and Planning*, vol. 29, n° 1, p. 96-105.

FRITSCHE, G. *et al.* (2014). « Performance-based financing toolkit », Washington, DC, International Bank for Reconstruction and Development/Banque mondiale.

GRODOS, D. (2004). « Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques », Éditions Karthala.

GUPTA, N. et SHAW, J. (1998). « Let the evidence speak : Financial incentives are effective!! », dans *Compensation and Benefits Review*, vol. 30, n° 2, p. 26, 28-32.

HEILBRUNN, B. (2005). « La performance, une nouvelle idéologie? Critique et enjeux », Paris, Éditions La Découverte.

INSAE (2012). « Deuxième enquête démographique et de santé au Bénin (EDSB-II) », Cotonou.

IRELAND, M. *et al.* (2011). « Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? » dans *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 89, n° 9, p. 695-698.

JAFFRÉ, Y. et 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 », Paris, Éditions Karthala.

JAFFRÉ, Y. (2006). « Les services de santé “pour de vrai”. Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar,

Niamey) », dans *Bulletin de l'APAD : anthropologie de la santé*, <https://apad.revues.org/475>, consulté le 4 mai 2010.

JENKINS, D. G. Jr. *et al.* (1998). « Are financial incentives related to performance? A meta-analytic review of empirical research », dans *Journal of Applied Psychology*, vol. 83, n° 5, p. 777-787.

LAFFONT, J.-J. et MARTIMORT, D. (2002). « The theory of incentives. The principal-agent model », Princeton University Press.

KALK, A. *et al.* (2010). « “Paying for performance” in Rwanda : does it pay off? », dans *Tropical Medicine and International Health*, vol. 15, n° 2, p. 182-190.

KALK, A. (2011). « The costs of performance-based financing », dans *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 89 : 319.

MEESEN, B. *et al.* (2011). « Performance-based financing : just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? », dans *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 89, p. 153-156.

MILLER, G. et BABIARZ, K. S. (2013). « Pay-for-performance incentives in low – and middle – income country health programs », dans *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*, n° 18932.

MORGAN, L. et EICHLER, R. (2011). « Performance-based incentives in Sub-Saharan Africa : Experiences, challenges, lessons », Bethesda, MAIN-D'ŒUVRE : Health Systems 20/20, Abt Associates.

NORTH, D. (1990). « Institutions, institutional change and economic performance », Cambridge University Press.

OXMAN, A. D. et FRETHEIM, A. (2009). « Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? A critical review of selected evaluations of results-based financing », dans *Journal of Evidence-Based Medicine*, vol. 2, n° 2, p. 70-83.

PAUL, E. et ROBINSON, M. (2007). « Performance budgetings motivation and incentive », dans ROBINSON, M. (dir.), *Performance budgeting : Linking funding and results*, Washington et New York : Fonds monétaire international et Palgrave/McMillan, p. 330-375.

PAUL, E. (2010). « Rapport de la première mission d'encadrement au Bénin, 29 novembre – 7 décembre 2010 », Groupe de recherche en appui à la politique sur la mise en œuvre de l'agenda pour l'efficacité de l'aide (GRAP-PA Santé).

PAUL, E. et al. (2013). « Perspectives de recherche sur les perceptions des acteurs vis-à-vis de l'introduction du financement basé sur les résultats (FBR) dans le secteur de la santé au Bénin », dans *Rapport de la cinquième mission du GRAP-PA Santé au Bénin, 8-15 novembre 2013*, Groupe de recherche en appui à la politique sur la mise en œuvre de l'agenda pour l'efficacité de l'aide (GRAP-PA Santé).

PAUL, E. et al. (2014). « Local stakeholders' perceptions about the introduction of Performance-based financing in Benin. A case study in two health districts », dans *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 3, n° 4, p. 207-214.

PAUL, E. (2015). « Performance-based aid : Why it will probably not meet promises », dans *Development Policy Review*, vol. 33, n° 3, p. 313-323.

POPULATION REFERENCE BUREAU (2014). « La santé maternelle et infantile dans l'enquête », Dépliant PRB, INSAE, MS, MDAEP et USAID – IDEA.

PRENDERGAST, C. (1999). « The provision of incentives in firms », dans *Journal of Economic Literature*, vol. 37, p. 7-63.

PRIEDEMAN SKILES, M. *et al.* (2013). « An equity analysis of performance-based financing in Rwanda : are services reaching the poorest women? », dans *Health Policy and Planning*, vol. 28, p. 825-837.

RENMANS, D. *et al.* (2014). « Analysing performance-based financing under the lenses of the principal-agent theory », Bruxelles, Université libre de Bruxelles.

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN, Ministère de la Santé, Secrétariat général du ministère (RB/MS/SGM), Programme de renforcement du système de santé (2014). « Document de cadrage du financement basé sur les résultats (FBR) au Bénin », version validée (janvier).

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN, Ministère de la Santé, Direction de la santé maternelle et néonatale (RB/MS/DSMN) (2015). « Stratégie nationale de la réduction de la santé maternelle, néonatale et infantile au Bénin »,
http://www.beninsante.bj/documents/DSME/Strategie_DSME.pdf.

RIDDE, V. et JACOB, J.-P. (dir.) (2013). « Les indigents et les politiques de santé en Afrique », Louvain-La-Neuve : Académia-L'Harmattan.

RUSA, L. *et al.* (2009). « Performance-based financing for better quality of services in Rwandan health centres : 3-year experience », dans *Tropical Medicine and International Health*, vol. 14, n° 7, p. 830-837.

SOETERS, R. *et al.* (2011). « Performance-based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo », dans *Health Affairs*, vol. 30, n° 8, p. 1518-1527.

SSENGOOBA, F. *et al.* (2012). « Why performance-based contracting failed in Uganda – An “open-box” evaluation of a complexe health system intervention », dans *Social Science & Medicine*, vol. 75, n° 2, p. 377-383.

TABUTEAU, D. (2008). « La décision sanitaire », dans *Santé Publique*, vol. 4, n° 20, p. 297-312.

WITTER, S. *et al.* (2012). « Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low – and middle – income countries », dans *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.

WITTER, S. *et al.* (2013). « Performance-based financing as a health system reform : mapping the key dimensions for monitoring and evaluation », dans *BMC Health Services Research*, 13 : 367.