

# **Le financement basé sur les résultats au Bénin et au Sénégal : Un levier pérenne de changement de pratiques des agents de santé ?**

Dissertation doctorale présentée par **Oriane BODSON**  
en vue de l'obtention du grade de Docteur en sciences  
politiques et sociales de l'Université de Liège

Sous la direction de la Prof. Fabienne FECHER-  
BOURGEOIS – Université de Liège, Belgique

## **Membres du jury de thèse :**

Prof. Marc PONCELET – Université de Liège, Belgique (Comité de thèse)

Dr. Elisabeth PAUL – Université libre de Bruxelles, Belgique (Comité de thèse)

Prof. Valéry RIDDE – Université Paris Descartes / Institut de Recherche pour le  
Développement, France / Sénégal (Comité de thèse)

Prof. Anne-Marie ETIENNE – Université de Liège, Belgique

Prof. Edgard-Marius OUENDO – Institut Régional de Santé Publique, Bénin



## Résumé

Le financement basé sur les résultats (ou FBR) est depuis près de vingt ans largement implanté dans les pays à revenu faible et intermédiaire avec l'objectif de motiver les personnels de santé à augmenter la quantité et améliorer la qualité des soins prodigués. Néanmoins, l'approche de FBR souffre toujours d'un manque de données probantes (et cohérentes) quant à ses effets, et d'une insuffisante compréhension des facteurs motivationnels qui en expliquent la présence ou l'absence. Cette recherche doctorale entend contribuer à combler ce manquement. Elle vise à explorer le potentiel de changement de pratiques des agents de santé impliqués dans le FBR au Bénin et au Sénégal, et à mettre au jour les multiples facteurs explicatifs sous-jacents à l'œuvre dans la réalisation de ces changements. L'originalité de notre recherche est multiple. Elle combine deux pays d'étude, analyse plusieurs programmes de FBR, avec un accent original sur la question de la pérennité des effets du FBR au Bénin. Elle se base également sur l'articulation de méthodes de recherche qualitative (recherches documentaires, observations participantes, entretiens semi-directifs) et quantitative (analyses statistiques). Elle mobilise, enfin, un cadre d'analyse original et dynamique – le *I-Change model*.

Il ressort de notre étude de terrain que le FBR permet, selon les agents de santé interrogés, de changer certaines de leurs pratiques, même si les modifications décrites ne sont pas systématiques. En ce qui concerne le Sénégal, ces changements ne s'accompagnent pas d'une amélioration systématique des indicateurs de santé, même lorsque le FBR est combiné à un appui à la demande au travers d'un mécanisme de transfert monétaire conditionnel. Notre étude démontre que le potentiel du FBR à influencer sur les pratiques des agents de santé ne s'explique pas uniquement par l'incitant financier, qui constitue pourtant un élément central dans la stratégie de diffusion des approches de financement de type *results-based*. En effet, de nombreux leviers de changement de pratiques des agents de santé – matériels comme immatériels – ont été identifiés, alors que d'autres n'ont pas été activés, ou du moins pas toujours entièrement. La seconde enquête de terrain au Bénin, respectivement 9 et 12 mois après l'arrêt des programmes FBR, a montré une tendance générale au « relâchement » progressif du « sérieux », de la « rigueur » professionnelle, de même qu'une désactivation de certains leviers de changement de pratiques du FBR. Les programmes de FBR béninois n'ont pas eu d'effets pérennes. Par ailleurs, nos études de terrain ont montré que le contexte d'implantation des programmes FBR joue un rôle crucial – pouvant être facilitateur ou entravant – dans l'atteinte et le maintien de ses résultats.

Ensemble, ces constats remettent en cause l'idée que le FBR peut constituer une approche efficace pour répondre aux dysfonctionnements des systèmes de santé. Ils appellent plutôt une mise en œuvre coordonnée des programmes de FBR avec les différentes réformes engagées ou à engager au sein des systèmes de santé nationaux (portant notamment sur la rémunération des ressources humaines pour la santé et le financement du plateau technique). Une mise en œuvre qui devrait s'inscrire dans une réflexion de fond sur les défis relatifs tant à l'offre et qu'à la demande de soins.

**Mots-clés** : Bénin, Sénégal, Financement basé sur les résultats, agents de santé, changement de pratiques, *I-Change model*, pérennité, approche qualitative, approche quantitative.

**\*Thèse de doctorat conduite dans le cadre du projet d'Actions de Recherche Concertées (ARC) « Effi-Santé » « *Innovative and Efficient Health Financing Systems: Towards Universal Health Coverage in Developing Countries* » financé par la Fédération Wallonie-Bruxelles.**

## ***Abstract***

Performance-based financing (PBF) has been widely implemented in low- and middle-income countries with the aim of incentivizing health service providers and the health workforce to improve the quantity and quality of care for nearly twenty years now. However, the PBF approach continues to face a lack of (relevant) evidence regarding its effects, and a limited understanding of the motivational factors that explain the presence or absence of its effects. This doctoral research intends to address this gap. It aims to explore the potential for change in health workers' practices through PBF in Benin and Senegal, and uncover the multiple explanatory factors underlying these changes. The originality of our research is manifold. It combines two study countries, analyzes several PBF programs and does so, with an original emphasis on the question of the sustainability of PBF effects in Benin. The research is based on the articulation of qualitative (documentary research, participant observation, semi-structured interviews) and quantitative (statistical analyzes) research methods, and mobilizes an original and dynamic analytical framework - the *I-Change model*.

Our field study shows that, according to the health workers interviewed, PBF allows to change some of their practices, even if the observed changes are not systematic. In the case of Senegal, these changes are not accompanied by a systematic improvement of health indicators, even when the PBF is combined with demand-side programs through a conditional cash transfer (CCT) scheme. From our study, it also emerges that the potential of PBF to change health workers' practices cannot be only explained by the financial incentive, which is central in results-based approaches dissemination strategy. Indeed, many levers for changing health workers' practices - both tangible and intangible - have been identified, while other potential levers of change have not been activated, at least not always fully. The second field study conducted in Benin, 9 and 12 months after the end of PBF programs respectively, showed a general trend towards a gradual "relaxation" of "seriousness", of professional "rigor", and a deactivation of certain levers for change of PBF. The PBF programs in Benin did not have lasting effects. In addition, our field studies have shown that the context in which PBF programs are implemented plays a crucial role - which can be facilitating or hindering - in achieving and sustaining the results of PBF programs.

Taken together, these observations challenge the idea that PBF can constitute an effective approach to respond to dysfunctional health systems – or at least they call for the implementation of PBF programs coordinated with the various reforms initiated or to be initiated within the national health systems (particularly relating to human resources for health

remuneration and technical equipment funding), and forming part of an in-depth reflection on supply and demand of care challenges.

**Keywords** : Benin, Senegal, Performance-based financing, health workers, practices changes, I-Change model, motivation, sustainability, qualitative approach, quantitative approach.

**\*Doctoral thesis carried out in the context of the Concerted Research Actions (CRA) project « Effi-Santé » « *Innovative and Efficient Health Financing Systems: Towards Universal Health Coverage in Developing Countries* » financed by the Wallonia-Brussels Federation.**

# Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>iii</b>
<i>Abstract</i> .....	<b>v</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>vii</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>xiii</b>
<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>xv</b>
<b>Liste des encadrés</b> .....	<b>xix</b>
<b>Liste des abréviations</b> .....	<b>xxi</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>xxv</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE</b> .....	<b>27</b>
<b>PARTIE THEORIQUE</b> .....	<b>35</b>
<b>Chapitre 1 - Regards historiques et éléments de contexte</b> .....	<b>37</b>
1. Aperçu historique des politiques de financement de la santé dans les PRFI .....	37
1.1. Historique du financement de la santé dans les PRFI .....	37
1.2. Avènement de la couverture sanitaire universelle .....	42
2. Clarification terminologique.....	47
3. Aperçu historique de la mise à l’agenda du FBR dans les PRFI .....	48
4. Présentation des pays à l’étude .....	52
4.1. Présentations contextuelles.....	53
4.1.1. Portrait du Bénin.....	53
4.1.2. Portrait du Sénégal.....	65
4.2. Retour sur l’adoption des mécanismes de FBR au Bénin et au Sénégal .....	74
4.2.1. Retour sur l’adoption du FBR au Bénin .....	74
4.2.2. Retour sur l’adoption du FBR au Sénégal .....	77
4.2.3. Retour sur le contexte sémantique d’adoption du FBR au Bénin et au Sénégal	
	79
<b>Chapitre 2 – Survol de la littérature théorique et empirique</b> .....	<b>83</b>
1. Revue des écrits théoriques .....	83

Liens théoriques entre incitations, motivation et performance.....	85
2. Revue des écrits empiriques -----	91
2.1. Que dire du modèle béninois ? .....	93
2.2. Que dire du modèle sénégalais ? .....	94
2.3. Brève synthèse des cadres d'analyse mobilisés dans la littérature pour étudier l'effet du FBR sur les pratiques des agents de santé .....	95
<b>Chapitre 3 - Présentation des questions de recherche, du cadre d'analyse et de la méthodologie générale -----</b>	<b>101</b>
1. Questions de recherche -----	101
2. Cadre d'analyse-----	102
2.1. Le modèle <i>I-Change</i> .....	102
2.2. Pertinence et justification empirique du modèle d'analyse .....	103
2.3. Adaptation du modèle d'analyse .....	107
2.4. Mise en perspective du modèle d'analyse .....	108
3. Approches méthodologique et épistémologique générales-----	110
3.1. Perspective de recherche .....	110
3.2. Posture épistémologique.....	112
3.3. Devis de recherche.....	113
3.4. Design de recherche.....	115
3.5. Collecte des données et déroulement de la recherche .....	116
3.6. Considérations éthiques.....	120
<b>PARTIE EMPIRIQUE-----</b>	<b>121</b>
<b>Chapitre 4 - Financement basé sur les résultats et dynamique de changement de pratiques des agents de santé au Bénin -----</b>	<b>123</b>
1. Présentation des programmes FBR béninois -----	123
2. Sous-questions de recherche-----	137
3. <i>Quels sont les changements de pratique des agents de santé attendus du FBR au regard des théories du changement des programmes FBR béninois ? (SQ1) -----</i>	<i>137</i>
3.1. Méthodologie.....	137
3.1.1. Technique de collecte des données.....	139
3.1.2. Analyse .....	141



3.2.	Résultats.....	141
3.2.1.	Présentation des théories du changement des interventions.....	141
3.2.2.	Analyse des théories du changement des interventions.....	144
3.2.3.	Le changement de pratiques des agents de santé au cœur des théories du changement des programmes de FBR béninois .....	149
3.3.	Conclusion préliminaire .....	149
4.	<i>Quels sont les changements de pratique des agents de santé induits par les programmes FBR observés en 2017 au Bénin et quels sont les facteurs explicatifs à l'œuvre ? (SQ2) ---</i>	150
4.1.	Méthodologie.....	150
4.1.1.	Technique de collecte des données.....	150
4.1.2.	Echantillonnage .....	151
4.1.3.	Analyse .....	158
4.2.	Résultats.....	159
4.2.1.	Les changements de pratiques déclarés .....	159
4.2.2.	Les facteurs explicatifs .....	162
4.3.	Conclusion préliminaire .....	194
5.	Conclusion du chapitre-----	196
6.	<i>Que retenir des FBR béninois ?-----</i>	197
<b>Chapitre 5 - Dynamique de changement de pratiques des agents de santé après l'arrêt du FBR au Bénin -----</b>		<b>199</b>
1.	De l'enjeu de la pérennité-----	199
2.	Sous-question de recherche -----	204
3.	<i>Quels sont les changements de pratiques des agents qui se sont maintenus en 2018 au Bénin – soit respectivement 9 et 12 mois après l'arrêt du FBR, et quels sont les facteurs explicatifs à l'œuvre ?-----</i>	204
3.1.	Méthodologie.....	204
3.1.1.	Technique de collecte des données.....	204
3.1.2.	Echantillonnage .....	205
3.1.3.	Analyse .....	205

3.2.	Résultats.....	206
3.2.1.	La suite donnée aux changements de pratiques précédemment déclarés .....	206
3.2.2.	Les facteurs explicatifs en faveur du maintien des pratiques .....	210
3.2.3.	Les facteurs explicatifs de l'arrêt des pratiques.....	218
4.	Conclusion du chapitre -----	234
5.	<i>Que retenir du post-FBR béninois ?</i> -----	235
<b>Chapitre 6 - Financement basé sur les résultats et dynamique de changement de pratiques des agents de santé au Sénégal -----</b>		<b>237</b>
1.	Présentation du programme FBR sénégalais -----	237
2.	Sous-questions de recherche-----	245
3.	<i>Quels sont les changements de pratiques des agents de santé attendus du FBR au regard de la théorie du changement du programme FBR sénégalais ? (SQ1)</i> -----	245
3.1.	Méthodologie.....	245
3.1.1.	Technique de collecte des données.....	246
3.1.2.	Analyse .....	248
3.2.	Résultats.....	248
3.2.1.	Présentation de la théorie de changement de l'intervention.....	248
1.1.1.	Analyse de la théorie du changement de l'intervention .....	249
1.1.2.	Le changement de pratiques des agents de santé au cœur de la théorie du changement du programme de FBR sénégalais .....	253
1.2.	Conclusion préliminaire .....	253
4.	<i>Quels sont les changements de pratiques des agents de santé induits par le programme FBR observés en 2017 au Sénégal et quels sont les facteurs explicatifs à l'œuvre ? (SQ2)-</i>	254
4.1.	Méthodologie.....	254
4.1.1.	Techniques de collecte des données .....	254
4.1.2.	Echantillonnage .....	255
4.1.3.	Analyse .....	263
4.2.	Résultats.....	263
4.2.1.	Les changements de pratiques déclarés .....	264

4.2.2. Les facteurs explicatifs .....	265
4.3. Conclusion préliminaire .....	293
5. <i>Les changements de pratiques des agents de santé induits par le programme FBR s'accompagnent-ils de changements de niveaux d'indicateurs de santé ? (SQ4)</i> -----	294
5.1. Méthodologie.....	297
5.1.1. Techniques de collecte des données et échantillonnage.....	297
5.1.2. Analyse des données.....	301
5.2. Résultats.....	314
5.3. Conclusion préliminaire .....	321
6. Conclusion du chapitre -----	322
7. <i>Que retenir du FBR sénégalais ?</i> -----	323
<b>DISCUSSION GENERALE -----</b>	<b>325</b>
Mise en perspective des résultats de recherche-----	327
Analyse réflexive de la mobilisation de l' <i>I-Change model</i> -----	338
Limites de la recherche -----	341
Validité de la recherche-----	343
Posture réflexive-----	345
<b>CONCLUSION GENERALE -----</b>	<b>349</b>
Le FBR, un levier de changement des pratiques des agents de santé qui ne va pas de soi---	351
Le FBR, de la poudre aux yeux et plus de poids sur les épaules des agents de santé-----	353
Pistes d'action-----	354
Pistes ultérieures de recherche-----	355
<b>BIBLIOGRAPHIE-----</b>	<b>357</b>