

# Financement basé sur la performance dans les environnements fragiles et en situation de conflit

Document de synthèse préparé par **S Witter** et **M Bertone**

Novembre 2018

## Historique des travaux de recherche

Au cours de la dernière décennie, le financement basé sur la performance (FBP) a été progressivement mis en œuvre dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, devenant une composante importante du financement de la santé, y compris dans les États fragiles et en situation de conflit (EFSC). Dans le cadre des programmes FBP, les fonds sont subordonnés à des résultats convenus, souvent avec des ajustements basés sur des indicateurs qualitatifs. Malgré la forte croissance de la recherche et des données probantes sur le FBP, de très importantes lacunes sont encore à combler pour nous permettre de le comprendre pleinement. Le programme de recherche ReBUILD, au sein duquel les recherches sur la reconstruction des systèmes de santé après un conflit et dans des contextes EFSC élargis sont menées depuis 2011, se penchent sur le FBP dans des contextes EFSC afin d'en tirer des enseignements pour les décideurs et les bailleurs de fonds.

## Messages clés sur le financement basé sur la performance d'après les recherches menées dans le cadre du projet ReBUILD

Le financement basé sur la performance (FBP) est particulièrement répandu dans les environnements fragiles et en situation de conflit (EFSC) ; certaines caractéristiques de ces environnements semblent favoriser l'émergence du FBP, comme par exemple :

- le rôle accru des acteurs externes et des donateurs
- une plus grande ouverture à la réforme institutionnelle
- moins de confiance au sein du système public et entre le gouvernement et les donateurs.

Les résultats quant à la mise en œuvre et l'efficacité du FBP dans les environnements EFSC sont toutefois mitigés.

Malgré la codification d'un nombre des « principes du FBP » au fil du temps (comme la séparation stricte des fonctions et des systèmes de vérification exhaustifs), l'adaptation au contexte, la flexibilité dans la mise en œuvre et le pragmatisme

(plutôt que les méthodes de copier-coller) semblent être des éléments clés pour assurer la survie, et peut-être même la réussite, du FBP, en particulier dans les contextes humanitaires.

L'analyse du FBP en tant que réforme du système de santé/ du financement de la santé met en évidence que les données probantes sont mitigées et que les attentes se doivent d'être réalistes. Si l'on considère l'achat stratégique par exemple, les FBP ne sont restés qu'un mécanisme d'achat parmi tant d'autres, doté d'une marge de manœuvre portant principalement sur les services couverts dans les paquets d'activités FBP et dont les effets transformateurs sont limités.

Les analyses d'économie politique mettent en évidence les vecteurs du FBP dans de nombreux environnements :

- En Sierra Leone, les acteurs externes, les divisions internes et un environnement dépourvu de ressources et de capacités ont entraîné une absence d'appropriation et de prise en charge au niveau national, ce qui peut expliquer les nombreux démarrages/arrêts/reprises de la mise en œuvre du FBP.
- Au Zimbabwe, la résistance initiale a entraîné une appropriation nationale forte (bien que tardive) et des modifications de fond introduites par le ministère de la Santé et de l'Enfance (MoHCC). Toutefois, des défis et des tensions persistent toujours, par exemple, en termes de financement à long terme et d'institutionnalisation.

Messages clés pour les donateurs

- Les processus d'introduction du FBP dans les environnements EFSC doivent être particulièrement attentifs et itératifs afin de permettre au leadership local de se développer et de se perpétuer.
- Il n'existe pas de modèle unique pour le FBP ; vu l'éventail de défis, d'arrangements institutionnels et de configurations de l'économie politique, le FBP doit être adapté au niveau local et mis en œuvre avec souplesse.
- Le FBP peut être un mécanisme permettant de fournir des ressources flexibles (avec responsabilisation) aux prestataires de première ligne ; il doit cependant émerger de l'analyse de la situation locale et s'intégrer à l'ensemble du système de santé. Ce ne devrait pas être une mesure isolée.

L'ensemble des documents de synthèse de cette série est accessible sur : <http://bit.ly/2rUPRH9>

Cette série de documents d'information a été élaborée par le [ReBUILD Research Programme Consortium](http://www.rebuildconsortium.com) afin d'éclairer un certain nombre de questions essentielles concernant les systèmes de santé dans un contexte de crise ; il s'appuie à la fois sur le travail de ReBUILD et sur de nombreuses autres sources. Les problèmes ont été identifiés lors d'une **étude relative à l'établissement d'un programme de recherche** réalisée par le **Groupe de travail de Health Systems Global sur la thématique des systèmes de santé dans les états fragiles en proie à des conflits**.

## Les méthodes

### Ces travaux comprennent :

1. Une revue de la littérature sur une base d'hypothèses initiales sur la manière dont les contextes EFSC peuvent influencer l'adoption, l'adaptation, la mise en œuvre et les effets du FBP sur le système de santé. Des documents de littérature grise et publiée ont été consultés à cet effet<sup>1</sup>.
2. Des études comparatives de cas portant sur trois contextes humanitaires (le nord du Nigéria, la République centrafricaine et le Sud-Kivu en République démocratique du Congo) au cours desquelles ont été examinées pourquoi et comment le FBP a vu le jour et a été adapté à ces contextes instables et dynamiques, ainsi que les opportunités et les défis rencontrés, et les enseignements qui peuvent en être tirés<sup>2</sup>.
3. Une analyse de l'économie politique des processus décisionnels sur le FBP en Sierra Leone en cours de 2010 à 2017. La Sierra Leone s'avère un cas intéressant en raison de la trajectoire « démarrage/arrêt/reprise » du FBP<sup>3</sup>.
4. Une analyse de l'économie politique des facteurs qui ont motivé l'adoption du FBP au Zimbabwe -- l'un des rares pays africains à renforcer le FBP à l'échelle nationale -- ainsi que des changements opérés sur l'influence et les ressources par le FBP<sup>4</sup>.
5. Une analyse de l'impact du FBP sur l'achat stratégique dans trois contextes EFSC, la RDC, l'Ouganda et le Zimbabwe<sup>5</sup>. Une étude de cas plus détaillée sur le Zimbabwe a également été réalisée.

## Résumé des conclusions

La littérature examinée<sup>6</sup> lors de l'étude confirme que le FBP est plus répandu dans les pays EFSC qui ont souvent été parmi les premiers à l'adopter. Nous constatons cependant que les programmes prennent rarement en compte le contexte EFSC en tant que facteur d'introduction et qu'il n'existe en fait que très peu d'analyses permettant de déterminer si le FBP réduit la fragilité ou trouve une solution pour composer avec. Deux modèles de démarrage du FBP ont été trouvés, l'un centré sur les projets pilotes d'ONG, et développé par la suite (il s'agissait en général de cas antérieurs), le second étant un projet pilote ou une mise en œuvre à plus grande échelle, soutenu par un donateur externe avec la participation du gouvernement.



Comme pour la diffusion rapide d'autres idées politiques, le rôle des personnes clés, des organismes de mise en œuvre et des bailleurs de fonds (par exemple, la Banque mondiale par le biais du Fonds fiduciaire pour l'innovation en matière de résultats sanitaires et d'ONG telles que Cordaid) peut être compris grâce à la propagation du FBP, et parfois par le biais du récit d'une réussite (pas nécessairement fondée sur des données probantes) des premiers projets pilotes menés autre part.

L'étude indique que certaines conditions de fragilité semblent favoriser l'émergence rapide du FBP, plutôt que de l'entraver. Les facteurs peuvent inclure le rôle plus important d'acteurs et de donateurs externes, une plus grande ouverture à la réforme institutionnelle et des niveaux de confiance plus faibles au sein du système public et entre le gouvernement et les donateurs, qui tous favorisent davantage les approches contractuelles. Cependant, les données probantes dans la littérature sont plus mitigées lorsque l'on considère les facteurs appuyant (ou non) la mise en œuvre du FBP et l'efficacité du FBP dans les EFSC.

Dans l'étude de cas portant sur le **FBP** dans trois pays **en situation de crise humanitaire**<sup>7</sup> (la RDC, le nord du Nigeria et la RCA), l'analyse révèle que l'adaptation et l'innovation des FBP dans ces environnements difficiles ont du être fortement renforcées, allant parfois à l'encontre des soi-disant « principes du FBP » codifiés (voir Figure 1 ci-dessous). Notre étude souligne l'importance de l'adaptation pragmatique dans la conception et la mise en œuvre du FBP afin de refléter les spécificités contextuelles ; elle identifie en outre certaines des caractéristiques (tels que la flexibilité organisationnelle, le personnel et les savoirs locaux et les partenaires intégrés à long terme) qui ont facilité les adaptations et les innovations. Le point clé qui ressort de l'analyse et qui devrait être pertinent au-delà des contextes humanitaires, est que la flexibilité et le pragmatisme (plutôt que les approches copier-coller) sont essentiels à la survie, voire le succès, d'une intervention complexe telle que le FBP.

Pour ce qui est de l'**impact du FBP sur l'achat stratégique**<sup>8</sup> au niveau gouvernemental, l'étude ne révèle que peu de changement en ce qui concerne la responsabilité des acheteurs, bien que le FBP mobilise des ressources supplémentaires pour soutenir les droits d'accès au paquet des services sanitaires garantis. En ce qui concerne la population, le FBP semble apporter des améliorations dans la spécification et l'information sur les droits à certains services. Les démarches et les consultations menées auprès des populations

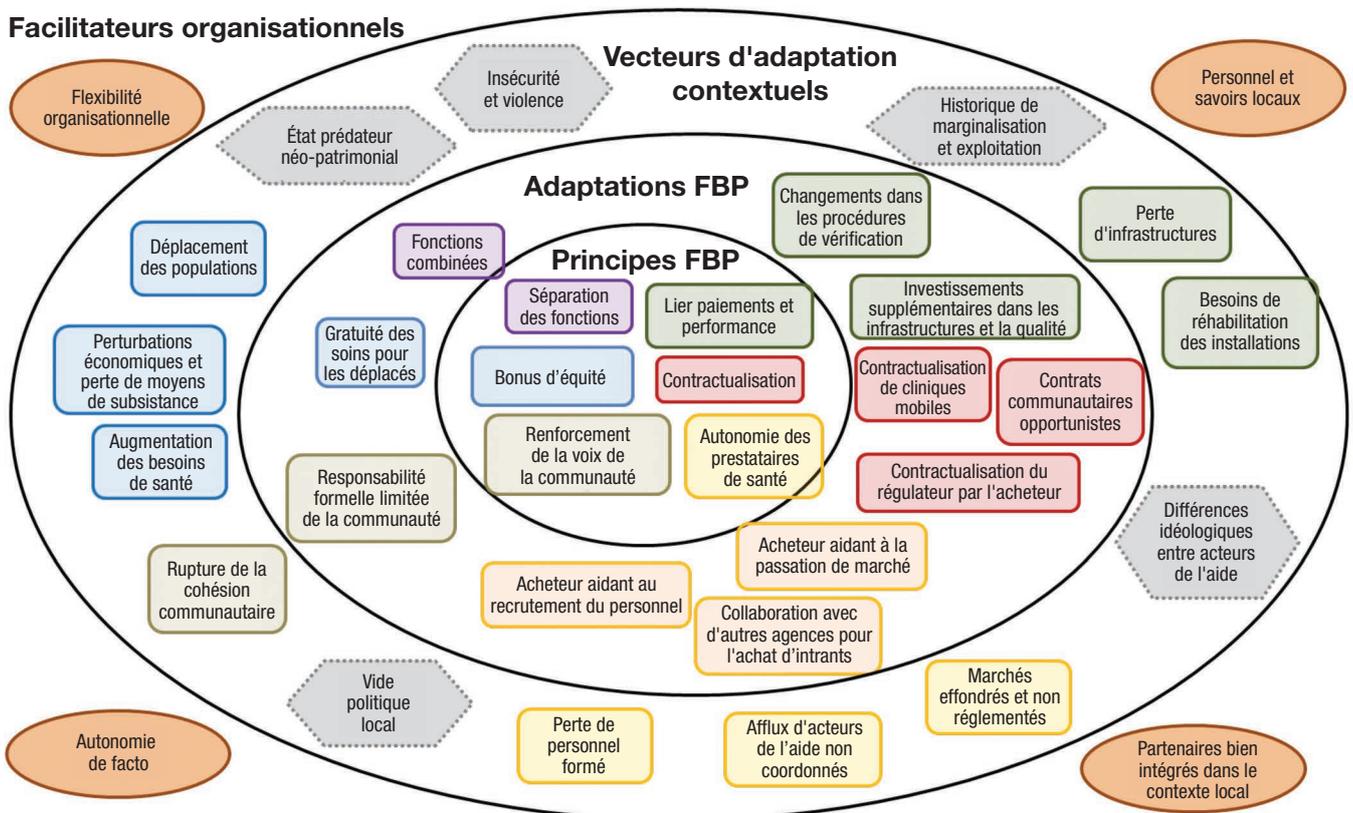


Figure 1 : Adaptations du FBP dans trois contextes humanitaires, leurs vecteurs et leurs facilitateurs?

Des exemples d'« adaptations FBP » ; leurs « vecteurs contextuels » respectifs sont associés aux principes FBP par l'usage de la même couleur ; les « vecteurs contextuels » sont en gris, les lignes en pointillés sont générales. Les « facilitateurs organisationnels » font également référence à toutes les adaptations.

sur leurs besoins se sont néanmoins avérées limitées. En ce qui concerne les prestataires, le FBP n'a aucun impact majeur sur leur accréditation et leur sélection, ni sur les directives en matière de traitement.

Le FBP a cependant permis d'introduire une relation plus contractuelle vis-à-vis de certains groupes de prestataires et d'apporter des améliorations au moins partielles aux systèmes de paiement des prestataires, à la qualité des données, à une autonomie financière accrue des prestataires et à la mise en œuvre de stratégies équitables. Plus généralement, le FBP a été une source de revenus indispensables au niveau des soins primaires dans les systèmes de santé sous-financés. Le contexte, en particulier le degré de la stabilité et de l'autorité du gouvernement, le processus de conception du programme FBP et le stade de son développement ont été les principaux facteurs sous-tendant les différences observées.

Alors que le FBP a été présenté comme catalyseur potentiel de réformes plus vastes du système de santé et comme outil pour améliorer l'achat stratégique, l'exemple du **Zimbabwe** -- l'un des rares pays d'Afrique à mettre en œuvre le FBP à l'échelle nationale et largement considéré comme un exemple réussi du FBP -- suggère que nos attentes se devraient d'être plus modestes<sup>9</sup>. Le FBP, dans ce cas, a mis en évidence des services spécifiques (les services de santé maternelle et infantile au niveau primaire), mais n'est resté qu'un mécanisme d'achat parmi tant d'autres, avec peu d'influence sur les principaux intrants et programmes de prestations de services. Ses réalisations ont notamment permis à certaines ressources flexibles d'atteindre les prestataires au niveau primaire, de financer

la supervision et de souligner l'importance de la présentation de rapports. À l'encontre de cela s'imposaient de nombreuses contraintes, notamment des coûts de transaction élevés. Pour le Zimbabwe, hériter des capacités du système de l'avant-crise a été un facteur important dans l'accélération et la mise en œuvre relativement rapides du FBP.

En **Sierra Leone**, l'analyse de l'économie politique<sup>10</sup> souligne le rôle des acteurs externes et de l'environnement à court de ressources du ministère de la Santé et de l'Assainissement (MSA) dans l'histoire du FBP, ainsi que les divisions internes au sein du MSA, les divisions entre les donateurs, les processus politiques alignés aux cycles de financement des donateurs d'une manière qui ne favorise pas le développement de la compréhension, du leadership et de l'appropriation du programme au niveau national. Les résultats suggèrent également que les problèmes de manque de prise en charge, d'adaptation et d'appropriation locales sont aggravés par une dissonance dans la compréhension du FBP, de nombreux acteurs (nationaux) définissant le FBP en insistant sur la motivation des prestataires et les ressources supplémentaires pour les établissements de santé primaires, les acteurs (externes) n'y voyant qu'un élément essentiel dans une vaste réforme du financement de la santé.

Cela se reflète également dans l'analyse de l'économie politique du Zimbabwe<sup>11</sup>, où, au départ, le FBP n'était pour le ministère de la Santé qu'un moyen d'obtenir des ressources après la crise politico-économique des années 2000, mais où une véritable appropriation a ensuite été développée, avec d'importantes modifications introduites par le ministère de la Santé afin de garantir sa parfaite intégration

dans les systèmes existants. Cela garantissait également que les gestionnaires de district ne soient pas marginalisés par la réaffectation des ressources.

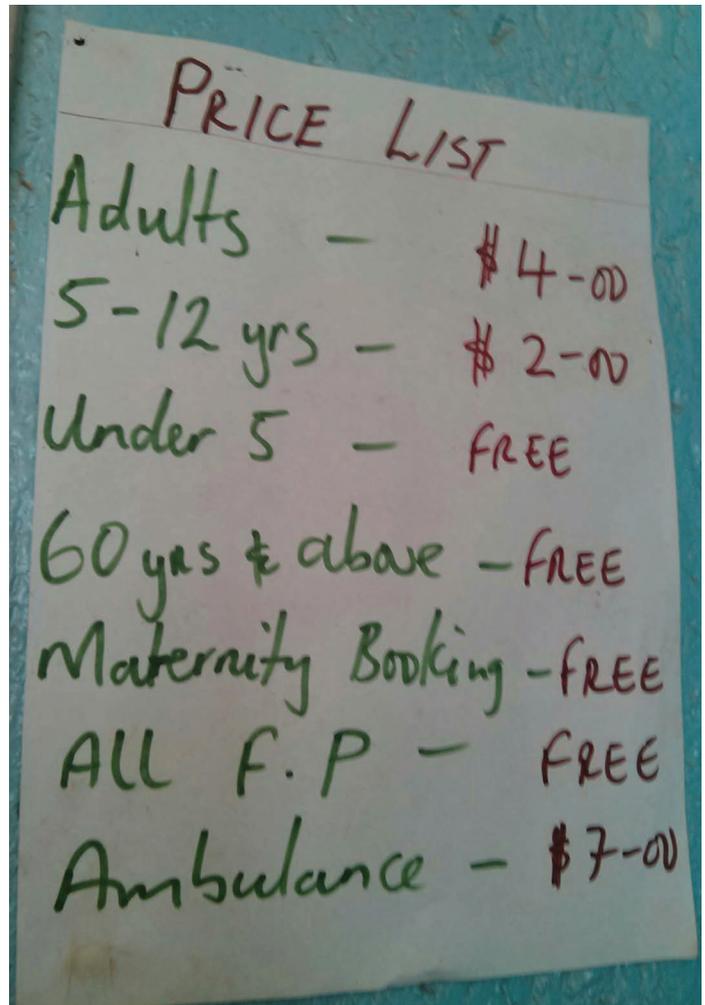
L'appropriation par le gouvernement a également été favorisée par la précédente politique de gestion axée sur les résultats dans laquelle le FBP pouvait être idéologiquement mis à niveau. Le manque de financement pour le FBP à long terme constitue toutefois un défi majeur. Les réductions budgétaires entraînent des tensions au niveau des établissements et des agents de santé, tandis que l'institutionnalisation de la politique (qui dépend énormément d'une intervention intensive des responsables contractuels de la mise en œuvre des ONG) constitue un défi qu'il reste encore à régler.

Des tensions se sont aussi révélées entre certains aspects du FBP (autonomie croissante, transfert de pouvoir et des ressources au niveau périphérique, etc.) par rapport à d'autres aspects du FBP interprétés comme moyens de rétablir le contrôle sur le système (renforcement de la responsabilisation, établissement de rapports, vérification, sanctions, etc.).

## References

1. Sur la base de 140 documents, couvrant 23 programmes FBP.
2. Cette évaluation reposait sur un examen de la documentation, 35 entretiens avec des informateurs clés et 16 groupes de discussions aux niveaux national et sous-national dans les trois contextes.
3. Sur la base d'un examen de la documentation et de 25 entretiens avec des parties prenantes au niveau national et des acteurs internationaux.
4. Sur la base de l'examen de 60 documents et de 40 entretiens avec des experts régionaux, nationaux et internationaux.
5. Cette analyse reposait sur un examen de 110 documents datant de 2004 à 2018 et de 98 entretiens clés avec des parties prenantes internationales, nationales et de districts menés début 2018 dans les districts sélectionnés des trois pays.
6. Bertone, M., Falisse, J-B., Russo, G. and 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 <http://bit.ly/PBFLitReview>
7. Bertone, M., Jacobs, E., Toonen, J., Akwataghibe, N. and Witter S. (2018) Performance-based financing in three humanitarian settings: principles and pragmatism Conflict and Health 12:28 <http://bit.ly/PBFHumanitarian>
8. Witter, S., Bertone, M., Namakula, J., Chandiwana, P., Chirwa, Y., Ssenyonjo, A., Ssenyooba, F. (2018) (How) does RBF strengthen strategic purchasing of health care? Comparing the experience of Uganda, Zimbabwe and the Democratic Republic of the Congo. Submitted for publication.
9. Witter, S., Chirwa, Y., Chandiwana, P., Munyati, S., Pepukai, M., Bertone, M., Banda, S. (2018) Results-based financing as a strategic purchasing intervention: what can we learn from the experience of Zimbabwe? Submitted for publication.
10. Bertone, M., 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 (2018) 14:99 <http://bit.ly/PBF-SL>
11. Witter, S., Chirwa, Y., Chandiwana, P., Pepukai, M., Munyati, S., Bertone, M. (2018) The political economy of results-based financing: the experience of the health system in Zimbabwe. Submitted for publication

Images © Sophie Witter



Le consortium ReBUILD est un partenariat international de recherche travaillant sur le renforcement des systèmes de santé dans les situations de conflit ou de crise.

Pour en savoir plus sur les recherches et les résultats de ReBUILD, rendez-vous sur le site Web à l'adresse [www.rebuildconsortium.com](http://www.rebuildconsortium.com) et suivez-nous sur [@ReBUILDRPC](https://twitter.com/ReBUILDRPC).

Pour plus d'informations, veuillez contacter: **Sophie Witter** – [switter@qmu.ac.uk](mailto:switter@qmu.ac.uk) or [rebuildconsortium@lstm.ac.uk](mailto:rebuildconsortium@lstm.ac.uk)

ReBUILD Consortium  
Liverpool School of Tropical Medicine  
Pembroke Place  
Liverpool, L3 5QA  
T: +44(0)151 705 3100  
E: [rebuildconsortium@lstm.ac.uk](mailto:rebuildconsortium@lstm.ac.uk)

Ces documents de synthèse résultent d'un projet financé par le gouvernement britannique via UK Aid. Les points de vue qui y sont exprimés ne reflètent toutefois pas nécessairement les politiques officielles du gouvernement britannique.

