

Que sait-on en 2016 du financement basé sur les résultats en Afrique ?

L. Gautier, Université de Montréal (Canada)

Cette note montre que des programmes de financement basé sur les résultats (FBR) ont été récemment implantés dans de nombreux pays africains, malgré le manque de données probantes sur leur efficacité et leur mise en œuvre.

La présente note de politique est rédigée dans le cadre conjoint de deux programmes de recherche sur le FBR au Mali et au Burkina Faso en collaboration avec Miseli et Agir.

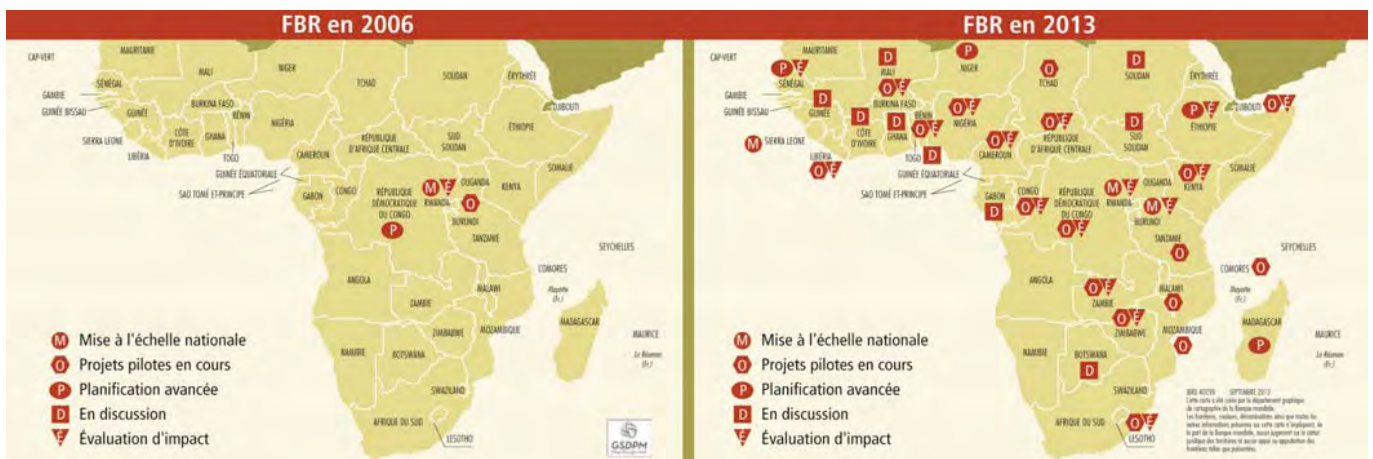
Introduction

Présentée comme véhiculant un modèle « adaptable » à tous les pays, la couverture sanitaire universelle (CSU) émerge au début du millénaire comme politique de santé mondiale. La CSU vise à atteindre un équilibre optimal entre qualité des soins, couverture de la population, et accès aux services de santé sans risque d'appauvrissement. La CSU a été consacrée comme le sous-objectif n°3.8 des *Objectifs de Développement Durable 2016-2030*. En Afrique, plusieurs stratégies de financement visant la CSU ont été mises en avant par les bailleurs de fonds internationaux, dont le financement basé sur les résultats (FBR).

Qui sont les acteurs centraux du FBR en Afrique ?

- ↻ Gouvernements des pays africains
- ↻ Fonds « *Health Results Innovation Trust Fund* » (HRITF) créé par la Banque Mondiale et réunissant un ensemble de bailleurs internationaux. Le HRITF apporte un appui financier et technique à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du FBR, et contribue à la production de données probantes sur le FBR
- ↻ Agences de coopération bilatérales et ONG : co-financement et appui technique à la mise en œuvre

Le FBR repose sur l'idée d'un transfert de ressources (financières et matérielles) conditionné par l'atteinte de résultats prédéfinis. Le FBR est promu par les organisations internationales comme moyen de réformer la façon dont les systèmes de santé sont planifiés, financés, coordonnés et évalués. Ces dix dernières années, le FBR s'est rapidement répandu dans d'autres pays africains et un guide mise en œuvre appelé « Boîte à Outils », a été proposé par la Banque Mondiale.



Avec ce développement rapide, le FBR a tendance à être perçu dans les pays comme un nouveau programme, dont l'approche rappelle les interventions de type vertical en santé mondiale. En outre, le manque de viabilité financière des programmes de FBR peut fragiliser la durabilité du système mis en place : dans la plupart des pays, l'État ne finance le régime national de FBR qu'à hauteur d'environ 50 % (p. ex. : 52 % au Burundi d'après Falisse et al, 2014). En ce qui concerne les expériences pilotes de FBR, habituellement celles-ci sont entièrement financées par les bailleurs (Witter et al, 2013). Or il y a peu de visibilité sur l'engagement financier des bailleurs de fonds dans le financement du FBR à moyen et long terme (Kalk et al, 2010).

Fonctionnement du FBR

Le « financement basé sur les résultats » peut faire référence à plusieurs régimes de financements. Ceux-ci sont classés en deux catégories : ceux qui visent à augmenter la demande de services (pour la population), comme le « transfert monétaire conditionnel », et ceux qui visent à augmenter l'offre de services (du côté des prestataires de soins), comme la « rémunération à l'acte médical conditionnel ». Nous nous intéressons ici aux régimes de FBR centrés sur l'offre.

Ce type de FBR entend accroître la responsabilité des systèmes de santé en mettant l'accent sur les résultats (cibles de performance définies à l'avance) plutôt que sur les intrants. Un élément clé de la conception des régimes de FBR est la séparation de la fonction d'acheteur des services (ex : le Ministère de la santé) de celle de vérificateur des prestations (ex : organisme communautaire). Ce dispositif garantirait une vérification vierge de conflits d'intérêts.

Typiquement, un cycle de FBR inclut :

- ➔ la conduite d'une étude de faisabilité
- ➔ le développement d'un plan stratégique auquel sont adossés les résultats prévus en termes de performance
- ➔ la signature d'un contrat entre services de coopération technique, d'une part, formations sanitaires et autorités administratives, d'autre part
- ➔ la mise en place d'un système de restitution des résultats sous forme de rapports
- ➔ la vérification des résultats dans les formations sanitaires
- ➔ la contre-vérification par les utilisateurs de services
- ➔ le versement des sommes promises en fonction des résultats obtenus.

Les régimes de FBR se déclinent en trois grandes catégories, souvent complémentaires :

1. le FBR comme moyen de réformer le système de santé dans son ensemble (niveau national ou provincial), par la fixation d'objectifs de santé publique larges (p. ex. : nombre de médecins par habitant) qui orientent le transfert de ressources
2. le FBR comme mécanisme de paiement des formations sanitaires (niveau du district ou d'une formation sanitaire particulière), qui reçoivent des fonds en fonction de la quantité et de la qualité des services qu'elles produisent
3. le FBR comme moyen de motiver les professionnels de santé (niveau individuel) par le versement de primes conditionnées à l'atteinte d'objectifs spécifiques (p. ex. : nombre de femmes enceintes séropositives sous traitement ; meilleurs taux de satisfaction des patients quant à la qualité des soins prodigués).

Il est important de noter que les coûts du FBR ne se limitent pas au paiement des résultats obtenus. Ainsi, avant l'introduction du FBR, d'importants investissements (équipements, infrastructures, etc.) sont à réaliser. En outre, une fois le système FBR mis en place, les frais de transaction liés au versement des primes à la performance sont élevés (p. ex. : 34 % du paiement-résultat au Mali) et récurrents.

Le FBR ne peut pas à lui seul constituer la base du système de santé. Il permet d'augmenter les ressources - liées à la production des produits de services de santé - mais l'existence d'un système de santé solide est essentielle. Si les intrants de base (personnels, médicaments, vaccins) manquent, les professionnels de santé sont contraints par le système FBR de fonctionner tout en étant sans ressources nouvelles. Ce dispositif ne peut générer de bons résultats.



Études sur les effets du FBR

Les évaluations effectuées au Rwanda, pionnier de l'expérience FBR sur le continent, montrent une augmentation du recours aux accouchements assistés mais une absence d'effets sur les services de planification familiale (Fritsche et al, 2014). Une autre étude (sans groupe contrôle, donc à utiliser avec précaution) conclut à une amélioration de la qualité des césariennes, mais à une qualité inchangée des activités cliniques générales, et à une baisse de la qualité dans la gestion organisationnelle de quatre hôpitaux de district convertis au FBR (Janssen et al, 2014). En outre, le FBR n'a pas été en mesure de réduire les inégalités d'accès aux services de santé, il aurait simplement amélioré la qualité des soins reçus pour les enfants pauvres (Skiles et al, 2015).

Au Burundi, le FBR est associé à une augmentation de l'utilisation de certains soins de la mère et de l'enfant tout en n'ayant pas d'impact significatif sur les visites externes, les visites postnatales et la vaccination des enfants (Falisse et al, 2014). Une autre étude indique que le FBR est associé à une augmentation des accouchements institutionnels et des visites prénatales (Bonfrer et al, 2014a). La qualité générale des soins aurait augmenté, mais les patients eux-mêmes ne rapportent aucune amélioration. Cette étude ne démontre aucun effet du FBR sur la vaccination des nourrissons et des femmes enceintes. À l'inverse, un autre article souligne l'augmentation de la probabilité qu'un enfant soit complètement vacciné (Bonfrer et al, 2014b).

La question de l'équité d'accès aux soins est très peu prise en compte dans l'élaboration des régimes de FBR. Leurs effets sur l'équité (notamment d'accès aux soins pour les indigents) n'ont fait l'objet que d'un nombre limité d'évaluations. Celles-ci se sont focalisées sur le Burundi (Bonfrer et al, 2014b), le Rwanda (Lannes et al, 2015), et la Tanzanie (Binyaruka et al, 2015). Leurs résultats sont mitigés et tendent plutôt à montrer une absence d'effet. Des évaluations portant sur les liens entre FBR et équité sont en cours, p. ex. au Burkina Faso (Ridde et al, 2015).

Finalement, on constate un manque d'évaluations rigoureuses : la plupart des études constituent des expériences naturelles (c'est-à-dire, sans étude de référence de type « baseline » ni plan d'évaluation défini à l'avance), dont les résultats sont difficiles à évaluer du fait de l'absence de groupes contrôle auxquels comparer les effets du FBR.

Études sur la mise en œuvre du FBR

Le FBR est susceptible de produire des effets inattendus : négligence des soins non rémunérés, surcharge de travail etc. (Lannes et al, 2015). Très peu d'études portant sur la mise en œuvre ont été réalisées jusqu'à aujourd'hui. Celles-ci sont pourtant nécessaires afin de comprendre les facteurs liés au contexte qui affectent la mise en œuvre du FBR.

Au Bénin, la mise en œuvre du FBR est encore insuffisamment intégrée aux autres réformes en cours. Il apparaît que s'ils apprécient certains éléments du FBR (comme les formations), les acteurs locaux ne se sont pas encore véritablement appropriés le système (Paul et al, 2014).

L'expérience du FBR en Ouganda a quant à elle mis en évidence l'incompatibilité entre la mise en place de la vérification communautaire (et sa logique de « démocratie sanitaire ») et la logique entrepreneuriale du FBR, qui consacre les dispositifs d'incitations financières et le développement de « managers » au sein du système de santé (Ssengooba et al, 2012).

Conclusion

En Afrique, on note une insuffisance de données probantes et d'évaluations indépendantes sur les effets des différentes initiatives de FBR, notamment sur l'équité. En outre, il y a peu d'études qui permettent de comprendre les enjeux de mise en œuvre, le jeu des acteurs et les stratégies d'adaptation.

Principaux résultats

- ➔ Le FBR augmente potentiellement l'utilisation de certains services de santé maternelle et infantile.
- ➔ L'amélioration de la qualité des soins reste encore à démontrer.
- ➔ Les effets sur l'équité sont mitigés, de nouvelles évaluations sont nécessaires.
- ➔ Au niveau de la mise en œuvre, le FBR peut produire des effets inattendus si les acteurs locaux ne se sentent pas suffisamment impliqués.



Recommandations

1. Des évaluations dépassant la simple mesure de l'impact sont nécessaires, afin de comprendre plus profondément les mécanismes de causalité autour du FBR.
2. Compte tenu du manque de données probantes, il est recommandé d'agir avec plus de prudence sur l'extension progressive du FBR dans les pays africains et de poursuivre des recherches indépendantes.
3. L'implication de tous les acteurs (ministères de la santé et des finances, directions régionales, hôpitaux, professionnels de santé, etc.) dans l'élaboration et la mise en œuvre du FBR est essentielle pour s'assurer que chacun est disposé à s'adapter à la nouvelle approche.
4. Enfin, si l'approche prouve son efficacité et équité, et que les pays souhaitent maintenir les régimes de FBR sur le long terme, il est nécessaire que les gouvernements nationaux, et en particulier les ministères des finances, s'engagent durablement dans le financement.

Références

- Binyaruka et al. (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).
- Bonfrer et al. (2014a). "Introduction Of Performance-Based Financing In Burundi Was Associated With Improvements In Care And Quality", Health Affairs 33(12): 2179-87.
- Bonfrer et al. (2014b). "The effects of performance incentives on the utilization and quality of maternal and child care in Burundi", Social Science & Medicine, 123:96-104.
- Falisse et al. (2014). "Performance-Based Financing in the context of selective free health-care: an evaluation of its effects on the use of primary health-care services in Burundi using routine data", Health Policy and Planning.
- Fritsche et al. (2014). Boîte À Outils : Financement Basé Sur La Performance, Banque Mondiale (Washington DC, 2014).
- Janssen et al. (2014). "Improving Quality through Performance-Based Financing in District Hospitals in Rwanda between 2006 and 2010: A 5-Year Experience", Tropical Doctor.
- Kalk et al. (2010). "Paying for Performance' in Rwanda: does it pay off?", Tropical Medicine and International Health 15(2).
- Lannes et al. (2015). "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 Man.
- Paul et al. (2015). "Local stakeholders' perceptions about the introduction of performance-based financing in Benin: a case study in two health districts". Int. Journal of Health Policy & Man, 3(4):207-214.
- Ridde et al. (2014). "Protocol for the process evaluation of interventions combining performance-based financing with health equity in Burkina Faso". Implementation Science, 9:149.
- Skiles et al. (2015). "The effect of performance-based financing on illness, care-seeking and treatment among children: an impact evaluation in Rwanda". BMC Health Services Research, 15:375.
- Ssengooba F, et al. (2012). "Why performance-based contracting failed in Uganda--an "open-box" evaluation of a complex health system intervention", Social Science & Medicine 75(2):377-83.
- Witter et al. (2012). "Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries (Review)", The Cochrane Library 2013, Issue 5.
- Witter et al. (2013). "Performance-based financing as a health system reform: mapping the key dimensions for monitoring and evaluation", BMC health services research 13.1 (2013): 367.

L. Gautier, Université de Montréal [lara.gautier@umontreal.ca] - Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM) - 7101, avenue du Parc, 3^{ème} étage, Montréal, Québec, Canada H3N 1X9

Merci à Valéry Ridde, Laurence Touré, Mathieu Seppey et Abdourahmane Coulibaly pour leur relecture et leurs conseils avisés pour la réalisation de cette note de politique.



<http://www.equitesante.org>

