Financement Basé sur les Résultats : du pilote à la politique nationale - Résultats d'une recherche multi pays

Le financement axé sur les résultats (FBR) est de plus en plus mis en œuvre et passé à l'échelle, dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire. Il est maintenant temps de réfléchir et d'apprendre de ces expériences de passage à l'échelle réalisées dans des contextes variés, afin de mieux pouvoir relever les défis et éviter les pièges ou les échecs inhérents à des processus aussi complexes.

C'est précisément ce que visait notre projet de recherche. Pour ce faire, nous avons articulé notre recherche en deux phases: (i) nous avons développé une **approche conceptuelle et méthodologique** pour l'analyse des processus de passage à l'échelle du FBR, (ii) nous avons produit une série **d'études de cas empiriques, dans 11 pays** (**encadré 1**) , en appliquant l'approche et le cadre développés et (iii) nous tirons des **leçons de politique** en comparant et en mettant en perspective, de manière systématique, l'expérience de chaque pays. Dans cette note, nous nous concentrons sur les étapes (i) et (iii) de notre projet de recherche.

- Armenie
- Burundi
- Cambodge
- Cameroun
- Tchad
- Kenya
- Macedoine
- Mozambique
- Rwanda
- Tanzanie
- Ouganda

Box 1. Pays impliqués dans la recherche

Innovations conceptuelles et méthodologiques pour la recherche multi-pays

Une question de recherche commune

La question centrale de notre recherche, qui a été explorée dans chaque contexte et à travers les pays, se concentrait sur : Quels sont les **catalyseurs** et les **obstacles** au passage à l'échelle et à l'intégration des dispositifs de FBR?

Un cadre conceptuel partagé

Jusqu'à présent, la plupart des travaux de recherche ont consisté en des évaluations d'impact (quantitatives) du FBR et se sont concentrées sur les résultats en matière de santé. Notre démarche a été d' a une analyse plus qualitative des processus , en particulier ceux relatifs au passage à l'échelle. Par conséquent, nous avons adopté une approche conceptuelle qui considère les interventions FBR comme des ***politiques en développement***. Cette perspective permet d'englober et de saisir la dynamique des processus de passage à l'échelle, ainsi que leurs différences à chaque étape de développement.

Une définition de passage à l'échelle multi dimensionnelle

Le passage à l'échelle ne se réduit pas à simplement augmenter la couverture géographique d'une intervention. À notre avis, il s'agit d'un **processus multidimensionnel** englobant cinq dimensions:

- Couverture de la population: couverture géographique, groupes d'âge et de revenu, population globale
- Couverture des services: nombre et type de services, nombre, type (public, privé, etc.) et niveau (primaire, secondaire, etc.) des formations sanitaires
- Intégration dans le système de santé: connexions avec les autres éléments constitutifs du système, intégration au sein du système de santé aux sens large et avec ses mécanismes de routine, participation de multiples parties prenantes (par exemple, plusieurs agences d'aide)
- Diffusion intersectorielle: des changements au-delà du secteur de la santé (système financier, éducation)
- Connaissance: évolution des connaissances sur le FBR, c'est-à-dire passer de l'intuition aux hypothèses et aux preuves; De la connaissance externe à la connaissance interne / nationale; de l'apprentissage théorique à l'expérience empirique et à la capacité analytique.

Un cadre analytique personnalisé

Pour guider notre analyse, nous avons adapté le cadre du **«triangle politique»** développé par Walt et Gilson (1), qui examine quatre éléments clés: processus, contexte, contenu et acteurs, tel que décrit au verso (**Figure 1**).

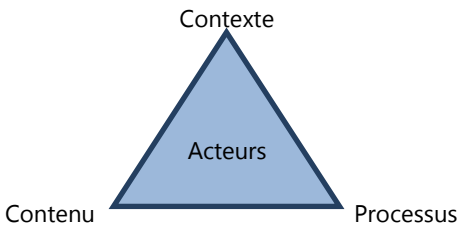


Fig 1. The 'policy triangle'

Un cadre analytique personnalisé (contenu)

. Se concentrer sur le processus. Étant donné l'objet de notre recherche, l'analyse des processus a été essentielle pour décrire l'évolution du FBR dans chaque contexte. Une ligne du temps a été développée par chaque équipe pour détailler le processus et fournir un dense, mais néanmoins clair récit chronologique.

· **Rôle central des acteurs.** Les acteurs sont au centre du triangle politique et sont essentiels pour conduire une bonne partie de la dynamique politique. Les acteurs, en tant qu'individus, groupes d'individus et organisations (étatiques ou non étatiques, nationales ou internationales, au niveau local ou central) ont été particulièrement pris en compte dans notre analyse. Dans certains cas, l'analyse des parties prenantes a été effectuée pour cartographier les acteurs, leur position pour ou contre le FBR, ainsi que leur degré de pouvoir et d'influence.

· **Double statut du contenu politique.** Nous avons considéré l'élément «contenu» depuis deux perspectives différentes: d'une part, il s'agit de la conception de l'intervention FBR à un stade particulier du processus de passage à l'échelle. D'autre part, c'est aussi l'un des facteurs pouvant favoriser ou entraver le passage à l'échelle au cours de futures étapes du développement du FBR. En d'autres termes, en tant qu'intervention systémique, le contenu du FBR doit évoluer dans le temps pour s'adapter à l'évolution des besoins du passage à l'échelle. Notre analyse vise aussi à saisir cette dimension de flexibilité et de changement.

· **Prise en compte du contexte**. L'analyse du contexte est essentielle pour comprendre pourquoi et comment le FBR est introduit, conçu, mis en œuvre et passé à l'échelle. Nous nous penchons sur les contextes politiques, économiques et sociaux au niveau local, national et mondial, à la fois au sein et au-delà du secteur de la santé.

Encadré 2. Le processus de recherche, en pratique

• Notre recherche multi-pays a débuté en octobre 2014 avec un atelier centré sur l'élaboration d'un protocole de recherche commun, et sur la définition de notre **approche conceptuelle et méthodologique** ainsi que de la question centrale de recherche.

• Les équipes pays ont ensuite élaboré des **protocoles de recherche et des outils de collecte de données** propres à chaque pays, et obtenu l'approbation éthique pour leur recherche

• La collecte des données reposait sur une **revue documentaire** et sur des **entrevues avec des informateurs clés**. Les données ont été recueillies à la suite d'un processus itératif et cumulatif, effectué parallèlement à l'analyse des données et à l'élaboration de la ligne du temps, jusqu'à ce que la saturation soit atteinte et que la ligne du temps soit complète (**figure 2**).

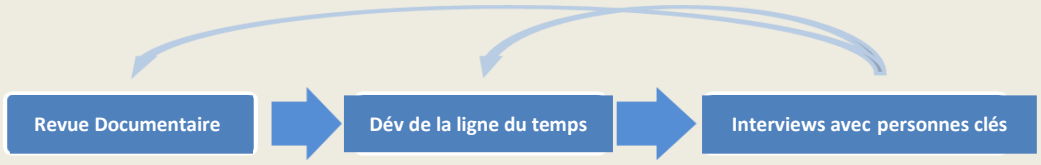
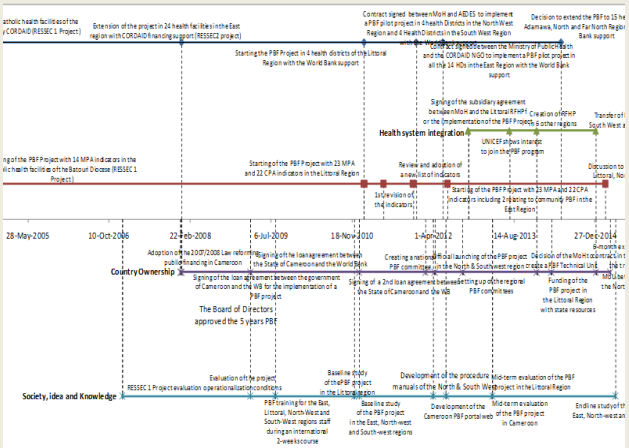


Figure 2 : Le processus itératif de la collecte de données et du développement de la ligne du temps

Ligne du temps— Evolution du FBR au Cameroun



Source : (3)

Analyse des parties prenantes— Arménie

Player name	Nature of the interest in MAP Expansion	Category	Position	Power
Academic/Technical experts	**Public/Professional** – addresses the public issue of professional concern	Interest group – civil society	Non-Mobilized	Low
Citizens/patients	**Beneficial** – access to basic health insurance, financial protection	Individual	Non-Mobilized	Low
Health Providers	**Financial – both harmful and beneficial** – P4P may provide additional income but may requires additional paperwork and knowledge/skills they did not possess	Interest group - Commercial	Medium Support	Low
International Development Partner – USAID	**Global/Public** – supporting the MDGs, new PHC Model, RBF schemes globally and in Armenia	Interest group - international	High Support	Medium
International Development Partner – World Bank	**Global/Public** – supporting the health reform and RBF schemes as the way improve the effectiveness of preventive/PHC services Globally and in Armenia	Interest group - international	High Support	Medium
Local Governments – marz health departments	**Political/financial** – will help to increase the revenues for the health facilities owned by them and may increase the satisfaction of their constituents	Elected/ appointed	Medium Support	High
Ministry of Finance	**Financial/both beneficial and harmful** – may increase the effectiveness of the public spending on health but will require additional public outlays	Appointed officials	Medium Support	High
Ministry of Health/State Health Agency/Primary Health Department/Maternal and Child Health Department	**Policy** – addressing the issues of low motivation and effectiveness of PHC providers and high OOPs, improving the utilization of PHC and MCH services	Appointed officials	High Support	High

Source : (4)

Quels sont les catalyseurs et les obstacles au passage à l'échelle du FBR, aux cours des différentes étapes

Afin d'organiser notre analyse, nous avons développé un modèle en quatre étapes qui permet de catégoriser les expériences des pays, en fonction de leur niveau de passage à l'échelle (**Figure 4**). Pour chacune des étapes, nous avons identifié une série de **caractéristiques déterminantes** en matière d'acteurs, de contexte, de contenu et de processus, pouvant servir de **catalyseurs** ou **d'obstacles** à la progression du FBR vers un passage à l'échelle plus avancé.

Generation

Génération. D'une idée à la conception et à la mise en œuvre d'un projet pilote.

Contexte - **Insatisfaction** croissante face à la situation existante et aux solutions actuelles (par exemple, approche fondée sur les intrants), implication de haut niveau (présidence) d'œuvrer pour la santé et volonté politique de réforme.

Acteurs - rôle clé des **« courtiers du savoir »** et des agences d'exécution pour transformer l'idée en expérience contextualisée (p. Ex., Partenaires au développement, ONG internationales, 'entrepreneurs politiques' locaux ou internationaux).

Contenu - influencé par les responsables de la mise en œuvre et les bailleurs de fonds, et leurs programmes (p. Ex., L'accent mis sur le VIH au Mozambique par rapport au **modèle des Grands Lacs** appliqué au Tchad et au Cameroun).

Processus - **divers degrés d'implication du Ministère de la Santé (MS)** et des institutions nationales / locales en fonction des bailleurs de fonds / chargés de la mise en œuvre (par exemple participation du niveau central en Arménie, Cameroun, Tanzanie, en opposition avec l'engagement au niveau provincial au Mozambique ou au niveau des districts sanitaires en Ouganda).

Adoption

Adoption. D'un projet pilote à un programme, avec des arrangements institutionnels cohérents et une couverture accrue.

Contexte - Existence de **cadres politiques et d'institutions semi-autonomes** (tels que les Fonds Régionaux Pour la Promotion de la Santé au Cameroun – Voir la note de politique *«Les stades avancés de passage à l'échelle du FBP: les enseignements tirés du Cameroun quant au transfert de la fonction « achat stratégique » aux agences nationales»*) + cadrage du FBR en tant qu'instrument d'un **agenda national plus large** tel que par exemple la lutte contre la corruption au Cameroun ou la culture de la responsabilité en matière de résultats au Rwanda.

Acteurs – **appropriation nationale**: le (s) entrepreneur (s) initial (aux), souvent extérieurs, doivent être complétés par des acteurs locaux. **Le manque d'appropriation nationale** est souvent un obstacle au passage à l'échelle (Voir la note de politique " Pourquoi le FBP n'a pas réussi à rester à l'agenda national au Tchad après sa phase pilote?").

Contenu – Le FBR est **réalisable** et peu coûteux + Le FBR **fait partie intégrante de la politique du secteur de la santé. Les approches verticales** du FBR (par exemple, l'accent mis sur le VIH au Mozambique, **la faible implication du ministère de la Santé** au Tchad) peuvent s'avérer un obstacle pour passer à la phase d'institutionnalisation.

Processus - Amélioration de la **coordination et de l'alignement**, au niveau central et local. Un accent plus précoce sur les intervenants au niveau des provinces et des districts (comme au Mozambique) peut entraver la poursuite du passage à l'échelle. De même, **le manque de coordination** peut conduire à une **«pilotitis»** (c'est-à-dire à la multiplication de projets pilotes), comme par exemple au Cambodge.

Institutionalisation

Institutionnalisation. Du programme à la politique nationale – Le FBR fait partie intégrante de la politique de financement de la santé du pays.

Contexte - poursuite du développement des arrangements institutionnels et des cadres juridiques du FBR, intégrés dans les politiques et procédures nationales (par exemple, gestion du financement public et budgétisation) + **diminution du financement externe** et nécessité de trouver des ressources nationales.

Acteurs - renforcement du leadership technique et politique des institutions nationales, **renforcement des compétences et de l'expertise au niveau national.**

Contenu - politique nationale couvrant tout le pays et **génération d'effets induits** au niveau par exemple du système d'information sanitaire (SIS) ou de la fonction d'achat stratégique. À ce stade, **les défis de mise en œuvre, les coûts élevés et la faible viabilité financière** du FBR peuvent s'avérer des obstacles importants à sa poursuite et à son extension.

Processus – Totale appropriation et gestion du FBR au niveau national + **programme scientifique** émergent et premiers résultats (**positifs ou négatifs**) à propos de l'impact du FBR, ce qui peut accroître le soutien en sa faveur ou l'opposition à son encontre.

Expansion

Expansion. D'une politique de paiement du prestataire à un principe alimentant la réforme du système de santé et la politique publique.

Contexte - programme national clair en faveur de **réformes de la société** ou besoins locaux pour améliorer la prestation de services dans d'autres secteurs, avec lesquels les principes du FBR sont alignés et favorables.

Acteurs - **appropriation politique** et leadership à haut niveau (ministérielet / ou présidentiel) du FBR. Possibilité de **fuite des cerveaux,** des principaux experts nationaux vers d'autres pays, ce qui peut diminuer la capacité de gestion du FBR.

Contenu – Sur un modèle itératif, **adaptations et améliorations** (p. Ex., Introduction du FBR communautaire au Rwanda) en fonction de l'accumulation d'expérience et de preuve. En revanche, **la mise en œuvre** du FBR peut entraîner une diminution de sa pertinence et de son impact, et donc diminuer les soutiens dont il bénéficie.

Processus – Participation des acteurs nationaux et, de plus en plus, des **acteurs politiques** plutôt que des experts techniques.

LEÇONS APPRISES ET RECOMMANDATIONS

Bien que nous ayons présenté le passe à l'échelle du FBR en étapes bien délimitées, le processus d'expansion et d'intégration du FBR est **complexe** et soumis à de nombreuses variables spécifiques au contexte. Pour réussir, le processus de passage à l'échelle doit être **géré activement et avec attention** par les acteurs nationaux et internationaux. L'analyse et les comparaisons entre pays nous permettent de tirer des leçons sur la façon de gérer ces processus.

Une chaîne d'acteurs. Les multiples acteurs actifs à chacune des étapes du passage à l'échelle jouent un rôle clé dans la conduite du changement et dans l'activation ou l'entrave de l'expansion du FBR. Au départ, les **acteurs externes**, tels que les agences ou les ONG, ont été essentiels dans de nombreux contextes en tant que bailleurs de fonds et / ou exécutants pour faire en sorte que les idées liées au FBR soient validées dans les faits par des projets pilotes . Toutefois, à des stades ultérieurs, la présence **d'un (d') entrepreneur (s) de politique nationaux** pouvant soutenir l'introduction du FBR en tant que programme national, bien intégrée dans l'architecture générale du système de santé, devient essentielle. Le manque d'appropriation et de leadership au niveau national, tant politique que technique, peut constituer un obstacle important à la poursuite d'un passage à l'échelle du FBR. Dans les derniers stades de l'extension, l'intérêt et l'implication politique au plus haut niveau peuvent faire en sorte que le FBR devienne une pierre angulaire des réformes des pays.

« Dépendance au sentier » et anticipation. Chacune des étapes du passage à l'échelle s'appuie sur les précédentes et est définie par elles. Les choix effectués à l'occasion des premières étapes peuvent donc favoriser ou freiner le passage à l'échelle du FBR des années plus tard, alors que ces choix et arrangements initiaux ne peuvent plus être modifiés. Par exemple, le dialogue orienté vers le seul niveau provincial lors de l'introduction du FBR au Mozambique n'a pas été accompagné d'une dynamique aussi forte avec les agences au niveau central ; au moment d'envisager une éventuelle mise à l'échelle au niveau national, cette manque d'implication du niveau central a été un facteur bloquant. Au Tchad, la rapidité de l'introduction du FBR ainsi que le manque d'appropriation et de capacité du Ministère de la Santé sont quelques-unes des causes qui ont conduit à l'abandon du FBR, en dépit des résultats positifs et de la disponibilité du financement.

Assurer la viabilité. La **pérennité financière** à long terme est essentielle pour le passage à l'échelle du FBR. Il est important que les gouvernements et le Ministère de la Santé en tiennent compte dès le départ, de manière à rendre des ressources nationales disponibles pour le FBR, étant donné que le financement extérieur est souvent imprévisible et relativement de court terme. Toutefois, la viabilité financière n'est pas le seul aspect qui nécessite une attention particulière. Une réflexion approfondie devrait être menée, dès les premiers stades, à la **viabilité institutionnelle** du FBR, en termes d'intégration dans les dispositifs et les procédures préexistants dans le système de santé et le secteur public, ainsi qu'en terme de compétences et de capacités des agences en charge de sa gestion.

Rester flexible. Le contenu d'une intervention FBR ne doit pas être statique lorsque le FBR est passé à l'échelle. En fait, afin d'assurer le succès du passage à l'échelle, il doit évoluer et changer au fil du temps pour s'adapter à la nouvelle situation et ainsi intégrer les besoins et les défis propres à chaque étape du passage à l'échelle. La **flexibilité dans la mise en œuvre** ainsi que la capacité de changer itérativement et d'améliorer l'intervention FBR peuvent permettre l'évolution et la survie du FBR, ainsi que son efficacité.

Références

(1) Walt G, Gilson L (1994), Reforming the Health Sector in Developing Countries: The Central Role of Policy Analysis. *Health Policy and Planning* 9(4):353–70.

(2) Meessen B, Shroff Z, Ir P, Bigdeli M (2017) *Taking Results Based Financing from Scheme to System: Conceptual and Methodological Innovations to inform a multi-country research program*.

(3) Sieulenou I, Taptue Fotso J-C, Kouokam E, Magne Tamga D, Azinyui Yumo H, Turcotte-Tremblay, A-M Ridde V (2015), *Challenges of integrating an innovative health financing scheme into the health system: lessons from Performance-Based-Financing (PBF) in Cameroon (2006-2015)*.

Cette note de politique a été rédigée en septembre 2016 et est basée sur le travail de : Meessen B, Shroff Z, Ir P, Bigdeli M (2017) *Taking Results Based Financing from Scheme to System: Conceptual and Methodological Innovations to inform a multi-country research program* and Shroff Z, Meessen B, Bigdeli M (2017) *Moving RBF from scheme to system: learning from policy evolution in ten countries*.

Cette étude de cas sur le Cameroun fait partie d'une programme de recherche multi-pays intitulé **« Recherche de mise en œuvre : Faire passer à l'échelle le Financement Basé sur les Résultats »,** financé par l'Alliance pour la recherche sur les politiques et systèmes de santé au sein de l'Organisation Mondiale de la Santé, avec le support de NORAD et l'assistance technique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (Belgique).

© World Health Organization 2016. Tous Droits réservés. Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'Organisation Mondiale de la Santé pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Toutefois, le matériel publié est distribué sans garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation des documents incombe au lecteur. L'Organisation Mondiale de la Santé ne peut en aucun cas être tenue pour responsable des dommages résultant de cette utilisation.