

ARBITRAGE D'UNE CONTROVERSE DE POLITIQUE DE SANTÉ :
APPLICATION D'UNE DÉMARCHÉ DÉLIBÉRATIVE AU FINANCEMENT
BASÉ SUR LA PERFORMANCE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

[Serge Mayaka Manitu](#), [Michel Muvudi Lushimba](#), [Jean Macq](#), [Bruno Meessen](#)

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2015/3 Vol. 27 | pages 425 à 434

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-3-page-425.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Arbitrage d'une controverse de politique de santé : application d'une démarche délibérative au Financement basé sur la Performance en Afrique subsaharienne

Negotiation of a health policy controversy: application of an indirect dialogue approach to performance-based financing in sub-Saharan Africa

Serge Mayaka Manitu^{1,2}, Michel Muvudi Lushimba^{2,3}, Jean Macq¹, Bruno Meessen⁴

➔ Résumé

Objectifs : Cet article s'intéresse à la controverse autour du financement basé sur la performance (FBP) dans sa réforme des systèmes de santé. Il vise une analyse objective des différentes opinions autour de l'approche de manière à contribuer à une meilleure structuration du débat.

Méthodes : Notre démarche délibérative structurante a consisté à organiser un dialogue indirect entre experts critiques et partisans du FBP sur base d'une grille d'analyse conçue par Norman Daniels et coll. ; grille non partisane et comportant des critères clairs et objectifs. Exécutés en deux tours (critiques ensuite partisans), les interviews ont été analysés et des segments de réponses ont été regroupés, selon les thématiques sectorielles les plus reprises et faisant ressortir les grandes tendances de la controverse.

Résultats : Les interviews ont permis de dégager des pistes de convergence autour du FBP, vu comme une stratégie complémentaire à d'autres, notamment celle visant à l'amélioration de l'accessibilité financière de la population aux soins de santé. Elle a dégagé des désaccords relevant soit de malentendus sur les prétentions accordées au FBP, soit d'une absence de données probantes suffisantes, soit encore d'une asymétrie informationnelle entre experts.

Conclusions : Les discussions autour du FBP se polarisent autour de plusieurs questions. Mais une meilleure structuration des arguments convergents et divergents devrait rendre une certaine synthèse possible. Pour un plus grand bénéfice des populations, il incombe aux experts d'adopter une démarche objective avec des critères acceptés par tous.

Mots-clés : Controverses et dissensions ; Financement des soins de santé ; Politique de santé ; Rémunération à la performance ; Afrique subsaharienne.

➔ Summary

Objectives: This article assesses the controversy around performance-based financing (PBF) and its contribution to the reform of health systems. It aims to reduce tensions between the different camps by restructuring the debate.

Methods: Our approach was to organize an indirect dialogue between critics and supporters of PBF, based on the framework developed by Norman Daniels. This analytical framework is non-partisan and uses clear and objective criteria. The interviews were carried out in two rounds (first the critics, then the supporters) and were then analyzed. Parts of answers were regrouped according to the most common sectoral themes while also highlighting major areas of disagreement.

Results: The interviews revealed some areas of convergence around PBF; the strategy is considered to be a complementary strategy to other strategies; such as those which aim to improving financial access to health care. The analysis also revealed disagreements based on misunderstandings of claims often ascribed to PBF, or lack of sufficient evidence, or asymmetrical information between experts.

Conclusions: Several questions polarize PBF discussions. However, better structuring of convergent and divergent areas and arguments should facilitate a synthesis, at least to some extent. Experts need to adopt an objective approach with universally accepted criteria, for the benefit of all.

Keywords: Controversy; Healthcare financing; pay-for-performance, incentive; Health policy; sub-Saharan Africa.

¹ Institut de Recherche Santé et Société – École de Santé Publique – Université Catholique de Louvain – 30, clos chapelle-aux-champs bte 3013 – 1200 Bruxelles – Belgique.

² École de Santé Publique de Kinshasa – Université de Kinshasa – KIN 1 – Kinshasa.

³ Université Notre Dame du Kasai – Kananga/RDC – Kananga.

⁴ Institut de Médecine tropicale – 155, Nationalstraat – BP 2000 – Antwerpen – Belgique.

Introduction

Le champ des politiques de santé est un domaine où de nombreuses idées sont en concurrence. Pour « arbitrer » cette « compétition », des critères ont progressivement émergé, mais sans toujours permettre une résolution rapide de la controverse. Une partie de la solution ne serait-elle pas de concevoir une démarche qui structurerait le dialogue entre parties en désaccord ?

Nous avons testé cette idée sur le débat qui touche le Financement Basé sur la Performance (FBP), stratégie de financement en expansion rapide en Afrique subsaharienne.

Le FBP est considéré par ses promoteurs [1-3] comme un axe majeur de restructuration des systèmes de santé mais aussi comme un instrument d'appui à des services de santé de meilleure qualité, plus inclusifs et plus accessibles. Il a pour fondement de lier le financement des services de santé à des résultats prédéterminés, mesurables et vérifiables. Le paiement n'est effectué qu'après vérification de l'atteinte effective des résultats en quantité et en qualité. Mais bien plus qu'un strict *provider payment mechanism*, ces promoteurs le considèrent comme une révision substantielle des arrangements institutionnels structurant les systèmes de santé. Il implique aussi des changements fondamentaux dans la responsabilisation, la transparence et la redevabilité [1, 3]. Certains experts ne partagent pas cette vision [4]. Ils ont critiqué le décalage entre l'engouement pour la stratégie et des données probantes encore limitées [5]. D'autres ont relevé sa faible contribution aux efforts de promotion de la santé car il ne génère pas assez d'équité en matière de santé et ne cible pas la couverture totale des besoins des individus [4].

Un indicateur de la controverse est l'ensemble de réactions qu'avait suscité l'article de Meessen, Soucat et Sekabaraga (2011), mettant en avant l'ambition systémique et réformatrice du FBP [4, 6]. D'autres contributions soit appuyant le FBP [7], soit appelant à plus de recherche [8, 9], ont confirmé l'existence d'une controverse. Celle-ci est aussi présente dans certains pays. C'est le cas en République Démocratique du Congo (RDC) où l'institutionnalisation du FBP a longtemps peiné à rencontrer l'assentiment de tous les acteurs du secteur. Les systèmes FBP mis en place restent donc fragiles. Plus fondamentalement, le pays reste dans un entre-deux-politiques handicapant.

Ainsi donc, devant cette controverse qui affecte les efforts de renforcement sectoriel dans certains pays comme la RDC, une reprise du contrôle de ce débat et une synthèse constructive sont nécessaires. Sans vouloir prendre une

position en faveur ou en défaveur du FBP, notre présent travail aura pour objectif d'aider à une meilleure structuration du dialogue entre les parties en désaccord. Les éléments de discussion sur le FBP étant nombreux, il sera question dans ce travail de recueillir auprès d'experts, leurs arguments, opinions, contradictions, et de les structurer autour de concepts pertinents et objectifs de santé publique.

Méthodologie

L'approche méthodologique, mieux détaillée dans l'article de Mayaka *et al.* (2015), reposait sur la conduite d'interviews réalisées auprès d'experts « favorables » et « critiques » du FBP, de catégories professionnelles différentes et maîtrisant les enjeux de l'approche [10].

La collecte de nos données qualitatives a été structurée par une grille d'analyse établie sur base des critères proposés par Norman Daniels [11].

S'il avait initialement conçu sa grille pour évaluer les réformes de l'assurance-maladie aux États-Unis, Daniels l'a ultérieurement adaptée pour l'analyse du caractère juste (*fairness*) ou de l'équité globale des réformes de santé dans les pays en développement. L'idée de départ était que tous les systèmes de santé subissent des réformes du fait du bouleversement des systèmes économiques et politiques ; sans qu'il n'y ait de débat sur la question de l'impact de ces dernières.

Cette adaptation a notamment reposé sur des études de cas dans différents pays (Cameroun, Équateur, Guatemala, Zambie, Thaïlande, etc.) [12]. Cela a permis de valider la capacité de sa grille à stimuler la réflexion sur des réformes et les mesures y afférentes, et surtout à aider à poser des questions adéquates permettant de dégager les éléments nécessaires à leur choix.

Les critères de la grille, à transposer à la problématique du FBP, sont formulés comme suit :

- Approche intersectorielle de la santé publique (C1) : ou prise en compte des déterminants sociaux de la santé ou facteurs de risque, survenant « en amont » des services de santé et susceptibles d'influencer la santé de la population.
- Obstacles financiers à un accès équitable (C2) : ou analyse de l'accessibilité financière aux services de santé les plus importants.
- Obstacles non financiers à l'accès (C3) : ou correction des autres obstacles à l'accès aux services de santé.
- Degré de complétude des prestations et degré de catégorisation (C4) : appréciation si tous les services efficaces

et nécessaires, sont abordables et fournis par tous les dispensateurs nécessaires, à tous les individus indépendamment de leur catégorie sociale ou autre.

- Financement équitable (C5) : ou prise en compte de la capacité financière des usagers.
- Efficacité, efficience et qualité des soins (C6) : analyse de l'amélioration des soins de santé primaires (SSP), de la qualité des soins et des données factuelles appuyant la mise en œuvre.
- Efficacité administrative (C7) : ou le degré de rigueur et de transparence de la réforme, pour garantir plus d'efficacité dans la gestion du système de santé, sans abus ni fraudes.
- Transparence et habilitation (C8) : ou compréhension et maîtrise de la réforme par les bénéficiaires.
- Autonomie du malade et du dispensateur de soins (C9) : ou importance accordée à la liberté de choix des patients pour leurs prestataires et des prestataires pour les solutions adaptées aux problèmes de santé de leurs malades.

Nos 42 répondants (ayant permis l'atteinte du seuil de saturation) ont été sélectionnés sur base de leur connaissance des enjeux du FBP (11 d'entre eux avaient ainsi déjà écrit des articles pour ou contre le FBP dans une revue internationale ou un blog), leur implication dans la controverse, leur degré d'implication dans la politique

nationale sanitaire de la RDC et leur connaissance de l'évolution des politiques internationales de financement de la santé.

Ainsi, même si le point de départ de l'étude était la RDC, la diversité et l'expérience des répondants ont aussi permis de capter les aspects autour de l'approche qui sont débattus au niveau international.

La collecte de données a été réalisée en quatre étapes entre octobre 2012 et février 2013 :

1. Un guide d'entretien, issu des critères de Daniels *et al.*, a été utilisé pour réaliser les entretiens avec les experts critiques du FBP. Ils ont pu avancer leurs critiques, leurs craintes et donner leurs arguments.
2. Une synthèse des arguments recueillis a été réalisée, ensuite validée par tous les opposants qui ont marqué leur accord sur la qualité de la retranscription de leurs propos.
3. Cette synthèse a ensuite été présentée à tous les défenseurs du FBP pour qu'ils apprécient les critiques des « opposants » du FBP.
4. La dernière synthèse qui a été faite par la suite a dégagé les points sujets à des controverses ou à des consensus. Lors de la retranscription, on devait s'assurer, par des retours auprès des interviewés, que les informations fournies étaient compréhensibles. L'analyse de ces données qualitatives validées par l'ensemble des auteurs a été réalisée avec le logiciel N-VIVO. À cet effet, nous avons procédé par une sélection et une codification des citations des experts, utiles à l'analyse stratégique. L'indexation par codes devait permettre de retrouver rapidement l'auteur de la citation et de savoir avec précision à quel groupe d'experts interrogés le répondant appartenait (Acad. = académique, ATI = assistant technique international, ATN = assistant technique national, Presta. = Prestataire de soins, CaMPS = Cadre du ministère de la santé publique, Baill. = Bailleur de fonds). Exemple : G1.Acad1 = répondant du groupe 1 (groupe 1 ou groupe des personnes critiques, par opposition au groupe 2 représentant les personnes en faveur du FBP) et qu'il était dans la catégorie des académiques.

Tableau I : Profil des experts interviewés durant l'étude

Profil des répondants	Critiques	Partisans
Académiques		
a. du Nord	7	2
b. du Sud	1	
Assistants techniques internationaux		
a. du Nord	2	6
b. du Sud		
Cadres du ministère		
a. du Nord		
b. du Sud	4	1
Bailleurs (agences de coopération bilatérale ou multilatérale, ONG internationales)		
a. du Nord	4	5
b. du Sud	1	2
Assistants techniques nationaux		
a. du Nord		
b. du Sud		4
Prestataires		
a. du Nord		
b. du Sud	1	2
TOTAL	20	22

Résultats

Partant des critères de Daniels, les principales critiques autour du FBP ont été résumées et confrontées aux arguments des partisans. Cette section reprend, de manière synthétique et neutre, les principales idées convergentes et divergentes qui se sont dégagées de nos entretiens.

Critère 1 : Approche intersectorielle de la santé publique

FBP et déterminants sociaux de la santé

Sur cet aspect, partisans et opposants sont d'accord. La stratégie ne s'attaque pas aux déterminants sociaux survenant en amont des services de santé.

« ...Le FBP est très partiel en termes d'approche sur la santé... il ne cible que quelques prestations et non les déterminants de la santé qui ont une dimension plus large... » (G1. CaMPS.3).

Si les partisans rappellent que la stratégie ne peut pas résoudre tous les problèmes, ils reconnaissent qu'elle peut s'améliorer. Mais si, parmi eux, certains demeurent modestes, d'autres sont assez maximalistes quant à ce que le FBP peut réaliser. Certains enfin relèvent que cette critique de désintérêt pour les déterminants sociaux vaut pour toutes les stratégies de financement, y compris celles promues par les opposants (G2. Acad. 1, G2.Baill.4).

FBP et la réduction des inégalités en matière de santé

Sur ce point, on observe également un relatif consensus. Les opposants expriment un doute sur la capacité du FBP à réduire ces inégalités car les indigents demeurent toujours marginalisés. Les partisans partagent cette préoccupation d'équité en santé, et reconnaissent cette limite du FBP. Ils notent toutefois qu'une partie des inégalités ont des fondements autres que les problèmes auxquels le FBP s'attaque. Pour eux, le FBP n'est pas une panacée et demeure perfectible. Et donc ses limites pourraient être comblées par d'autres approches.

« ...le FBP n'est qu'un outil qui peut travailler en synergie avec d'autres outils afin de concourir à la réduction des inégalités en santé... » (G2.CaMPS.1).

Critère 2 : Obstacles financiers à un accès équitable

À nouveau, un consensus entre experts existe sur ce point. Les opposants estiment que le FBP est centrée sur l'offre de soins, avec une action sur la tarification mais pas sur les autres coûts indirects de santé ; d'où la persistance de l'inaccessibilité aux soins surtout pour les indigents.

« ...le FBP ne résout pas le problème d'inaccessibilité aux soins de santé comme le ferait l'assurance maladie. Les soins demeurent encore chers pour les indigents... » (G1. Presta.1).

Pour les partisans, le FBP ne peut agir seul sur les facteurs d'exclusion aux soins ; il doit être associé avec d'autres mécanismes de réduction des barrières financières, comme

au Rwanda (les mutuelles) ou au Burundi (politique de gratuité). Ceci dit, le FBP offre par contre un canal pour mettre en place des fonctions d'achat stratégique (*strategic purchasing*) susceptibles, à termes, de se donner des objectifs explicites de ciblage des plus pauvres.

« ...Il faut le coupler avec la gratuité des soins, les mutuelles de santé, l'assurance maladie, les fonds d'équité et c'est alors que cela peut marcher, sinon c'est nul... » (G2.ATI.6).

Critère 3 : Obstacles non financiers à l'accès

Sur ce point, les répondants sont relativement d'accord. Les opposants relèvent l'incapacité du FBP à réduire, seul, ces obstacles qui relèvent d'un financement « *d'inputs* ».

« Comment le FBP qui ne va financer qu'une vingtaine d'indicateurs, peut, par on ne sait quelle chaîne causale, diminuer les distances géographiques, amener des moyens de transport... » (G1. ATI.1).

Pour les partisans, il est pertinent que les États conservent des budgets d'investissement parallèles pour développer l'offre des soins. Pour certains d'entre eux, le FBP s'attaque indirectement à ces obstacles car, en créant des incitants, le personnel développe des stratégies pour atteindre les populations (G2.ATN.3, G2.ATN.4).

« Le FBP est un instrument de paiement des prestataires, qui ne remplace pas tous les instruments de pilotage d'un système de santé... » (G2.ATI.6).

Il est à noter que les répondants des deux groupes ont par contre peu discuté des autres barrières à l'accès (culture, genre...).

Critère 4 : Degré de complétude des prestations et degré de catégorisation

On constate qu'il n'y a pas de consensus sur ce point. Le fait que le FBP se focalise sur des activités mesurables est perçu comme une faiblesse conceptuelle ; en effet, d'autres dimensions importantes des soins de santé primaires, aussi bien sur le plan préventif, curatif, promotionnel et de réadaptation, sont difficiles à mesurer et ne peuvent donc être considérés par la stratégie.

« Avec le FBP, le danger potentiel est que l'on cible les efforts sur une liste des prestations qui vont rapporter de l'argent ; et les autres sont négligés car elles ne sont pas rémunérées... » (G1.Acad.6).

Les partisans ne contestent pas que certaines prestations puissent être négligées. Ils insistent sur le fait que le FBP intervient dans un contexte de ressources rares qui exige de

se concentrer sur les activités prioritaires et efficaces, ou ayant le plus d'effets en termes d'années de vie sauvées. Ils rappellent que le FBP s'intègre dans un échec de mécanismes pouvant atténuer certains de ses effets pervers.

«...Le FBP est une solution dans un ensemble plus vaste. Ce problème qui est dans le système, pourra être réglé en partie par d'autres stratégies...» (G2.Baill.4).

Certains partisans font l'hypothèse que les activités négligées, par effet d'entraînement, bénéficieront indirectement de la même attention des prestataires devenus plus performants grâce au FBP (G2.ATN.3, G2.ATN.4). En l'absence de données probantes, les opposants expriment des doutes à ce sujet.

Critère 5 : Financement équitable

Ce critère fait aussi l'objet de désaccord. Les opposants déplorent que la capacité à payer des ménages soit peu prise en compte dans la conception des régimes FBP.

«Le FBP n'a rien avoir avec le financement de la demande mais plutôt avec le financement de l'offre. Cela est plus du ressort de certaines approches telles que les mutuelles de santé ou l'abolition des coûts des soins...» (G1.Acad.5).

Les partisans ne pensent pas que ce soit au FBP de résoudre tous les problèmes individuels d'équité, ni même de financer la totalité des coûts de soins. Toutefois, certains ont rappelé qu'une des bonnes pratiques au démarrage des projets FBP est la conduite d'enquêtes et d'analyses de coût, justement pour capter et intégrer ce genre d'informations lors du montage (G2.CaMSP.1).

«...le démarrage des projets FBP inclut des enquêtes ménages qui collectent ce genre d'informations, les opposants devraient mieux s'informer...» (G2.Baill.4).

Critère 6 : Efficacité, efficience et qualité des soins

Existence de circuits parallèles de gestion de l'information sanitaire dans le FBP

Il y a un accord relatif sur ce point. Les opposants critiquent la mise en place d'un système d'information sanitaire (SIS) propre au FBP.

On remarque chez les partisans, un désir de contribuer au renforcement du système et d'alignement sur les stratégies et procédures des pays. Plusieurs estiment que le FBP est perfectible pour sa synergie avec les SIS, mais un expert a aussi invité les détracteurs à « balayer devant leur porte » (G2.Acad.1). En effet, les défaillances chroniques des SIS

découlent aussi des arrangements institutionnels inadéquats auxquels s'attaque le FBP.

Place des données probantes dans le FBP (activités de recherche, gestion des données, etc.).

Un consensus relatif est aussi relevé sur ce point. Les opposants ont observé que plusieurs expériences FBP ont été documentées par des experts qui promeuvent la stratégie. Il y a consensus sur le fait qu'il serait préférable que l'évaluation soit confiée à des équipes de recherche neutres et indépendantes faisant usage de designs plus rigoureux.

Le FBP et la qualité des soins

Un accord a été relevé sur ce critère. Selon les opposants, le choix des indicateurs n'est ni orienté vers une qualité clinique ou technique des actes ni axé sur le respect des protocoles thérapeutiques et encore moins sur la qualité relationnelle. Les indicateurs de qualité repris dans les systèmes FBP n'intègrent pas le caractère biopsychosocial d'une consultation ou de soins centrés sur le patient.

«...on ne peut pas contrôler le qualitatif a posteriori... l'accent qui est mis sur la qualité des soins dans le FBP ne devrait pas être limité non plus à un simple contrôle sur papier...» (G1.Acad.1).

Plusieurs partisans ont concédé que la mesure de la qualité est un défi. Ils reconnaissent la nécessité de développer des stratégies agissant sur des aspects liés à la performance technique, aux compétences professionnelles, à l'innocuité ou à l'environnement, aux dimensions relatives aux relations interpersonnelles (courtoisie, empathie, etc.) ou à l'accessibilité culturelle, etc.

«Reconnaissons que le FBP a permis d'améliorer certains aspects de la qualité, tels que l'hygiène, la propreté,... Certes, il y a encore beaucoup de travail et d'efforts à fournir...» (G2.ATN.1).

Prise en compte des prérequis de qualité des soins des structures ciblées

Sur ce critère, particulièrement débattu en RDC, il y a désaccord entre experts. En effet, les opposants estiment nécessaire de relever au préalable le niveau des structures de santé avant d'acheter leurs résultats.

«...On devrait d'abord commencer par garantir tous les coûts d'investissements (infrastructures, équipement, matériel, etc.) soutenant le processus conduisant à l'atteinte des résultats... Sinon on achètera des prestations de mauvaise qualité...» (G1.CaMSP.4).

Les partisans par contre, pensent que contractualiser uniquement avec les structures déjà bien équipées n'est pas souhaitable. Il faut concevoir, concomitamment, des programmes FBP et d'amélioration de la qualité, mais indépendants les uns des autres. Le FBP s'inscrit dans une vision misant sur la capacité d'initiative et d'efforts des structures.

« ...On garde toujours cette vision top-down du modèle classique du district sanitaire où l'on suppose que des ONG internationales ou le gouvernement apporteront ces pré-requis. Il faut que cette dynamique soit bottom-up : c'est la plus grande force du FBP... » (G2.Acad.1).

FBP et altération de la qualité du dialogue entre prestataires et population

Sur ce point, un désaccord a également été relevé. Selon les opposants, la logique de promotion de la santé n'est possible qu'en cas de dialogue entre communauté et prestataire. Mais les vérifications communautaires organisées dans le FBP, au cours desquelles le patient contribue au contrôle du prestataire, ne sont pas favorables à ce dialogue.

Pour les partisans, la mise en œuvre d'un système d'incitation à la performance doit être encadrée par des mécanismes de contrôle et d'évaluation. Les audits, inspections, contrôles sont utiles pour suivre l'application et le respect des normes de qualité. Cela est pratiqué aussi par les assurances-maladies dans les pays riches, sans que cela ne pose de problèmes. Un expert a même qualifié cette logique de promotion de la santé comme faisant partie « des visions théoriques et fantasmées » des adversaires du FBP qu'ils peinent eux-mêmes à réaliser (G2.Acad.1).

Critère 7 : Efficacité administrative

Le FBP et la problématique des coûts de transaction

On note sur ce point une préoccupation commune. En effet, des coûts de transaction parfois énormes sont encourus par les États suite à un degré élevé de fragmentation de l'aide, avec un volume excessif de petits projets dû au manque de cohérence d'interventions des partenaires. Il faut un réel engagement mutuel des gouvernements et de leurs partenaires pour réduire ces coûts.

« ...si tous les bailleurs s'harmonisent autour de cet instrument de financement et injectent plus d'argent, cela va permettre de réduire ces coûts de transaction qui sont des coûts fixes... » (G2.ATI.7).

Pour les défenseurs de l'approche FBP, la problématique des coûts de transaction occasionnés surtout par la vérification, ne doit pas conduire au rejet de l'approche, mais plutôt faire l'objet de recherche opérationnelle afin de déterminer la façon la plus efficiente de procéder à cette vérification qui, au stade actuel, apporte une garantie de qualité des données du SIS.

Ils mettent en exergue que la rémunération des associations locales, à qui est confiée une partie de la vérification, correspond à une injection de fonds dans l'économie locale.

Le FBP et ses effets pervers

Il y a accord sur le fait que l'approche est sujette à des risques de sur-déclarations, de surmédicalisation d'actes ; mais aussi de falsification des données.

« Parmi les effets pervers dus au FBP, nous notons une focalisation sur ce qui rapporte ou une vision très économique de la santé : ce qui est très choquant par rapport à notre éducation de la santé... » (G1.Acad.3).

Pour gérer ces risques, les partisans rappellent que le système d'incitations mis en place doit être réaliste et applicable dans le contexte. La non-réalisation des différentes clauses des contrats de performance et le manque d'exigence mutuelle entre parties impliquées peuvent engendrer une démoralisation ou démotivation des prestataires, expliquant ces pratiques inappropriées.

Création de structures parallèles au système de santé et problèmes d'appropriation

On ne note pas d'accord sur ce point. Des critiques estimant aberrant de parler d'amélioration de l'efficacité administrative du système avec le FBP car il n'y a pas de renforcement intrinsèque du prestataire public mais plutôt une mise en place de structures parallèles, faisant preuve de bonne gouvernance, certes, mais sans impact sur l'ensemble du système (G1. Baill.3 et 4).

Pour les partisans, la performance d'un système passera par l'acceptation de la décentralisation et de la séparation des fonctions. Cela implique la création de structures non pas « parallèles » mais extérieures, et de nouveaux acteurs suffisamment distincts pour créer des contre-pouvoirs. Ils contestent aussi l'analyse que le FBP est une stratégie importée : en Afrique, le FBP n'est pas mis en œuvre par des occidentaux mais par des experts africains (même si le FBP peut être proche de dispositifs pensés en occident comme le P4P (pay for performance) (G2. Baill.2 et ATI.7).

Critère 8 : Transparence et habilitation

Compréhension et maîtrise du processus de la réforme par les bénéficiaires

Sur ce critère, on constate un désaccord. En effet, pour les opposants, il y a dans le FBP une focalisation sur une « commercialisation des soins » et non sur la santé.

« ...Il faut que les gens comprennent comment la structure de santé pourra avoir un rôle de promotion de la santé ; et le FBP, hormis sa logique marchande, n'aide pas à comprendre cela plus qu'autre chose... » (G1.ATI.1).

Pour les partisans, le FBP est un mode de financement et donc il est clair que les explications entourant sa mise en œuvre portent sur la manière dont on sera financé. Mais les séances de formation lors du démarrage des projets, mettent l'accent sur les liens entre mode de financement et amélioration de la quantité et de la qualité des soins.

« C'est vrai que les prestataires ne maîtrisent que la partie comptable du FBP mais cela ne dénature pas fondamentalement la relation médecin-malade, ni n'empêche au régulateur d'avoir une vision santé publique... » (G2.ATI.4).

Critère 9 : Autonomie du malade et du dispensateur de soins

Sur ce point, un consensus relatif a été relevé. En effet, les répondants estiment que l'insuffisance du nombre de structures de santé et les difficultés géographiques ne concourent

pas à une autonomie des patients dans le choix de leurs prestataires.

« ...Il n'y a pas d'alternatives pour les patients... on ne peut pas faire beaucoup de choix dans la campagne car l'offre des soins est réduite ; cela n'est possible qu'en ville... » (G1.Acad.4).

Un respect des aires de responsabilité et de couverture de structures serait préférable pour garantir une relation de confiance entre le patient et son prestataire, un respect de la continuité des soins. Un nombre non négligeable de partisans estime par contre cette autonomie des patients cruciale pour le FBP car, pour attirer et fidéliser les patients, les structures fourniront plus d'efforts d'amélioration de la qualité des soins (G2.ATN.4).

Les deux camps reconnaissent aussi que l'autonomie des prestataires devrait les aider à fixer leurs priorités et à résoudre leurs problèmes locaux, sans exclure des mesures d'accompagnement pour éviter d'éventuelles déviations.

« Accroître l'autonomie des prestataires va dans le sens d'une meilleure efficacité des systèmes de santé. Toute délégation de pouvoir à la périphérie doit être accompagnée en parallèle de régulation ou tutelle technique par l'État... » (G2.Baill.3).

Les deux camps sont plus partagés quant au libre choix des prestataires dans l'approvisionnement en médicaments. Pour certains partisans, le monopole accordé aux centrales de distribution de médicaments, « a montré ses limites ». Selon eux, il faut dès lors accorder aux structures la liberté de recourir à d'autres dépôts pharmaceutiques, tout en garantissant la qualité des médicaments (G2.Baill.1).

Tableau II : Synthèse de l'appréciation du FBP par les experts interviewés

Critères	Jugements sur le FBP par les opposants	Jugements sur le FBP par les partisans	Analyse Accord/ Désaccord	Pistes d'action pour réduire les tensions
C 1	–	–	Consensus fort	Critère hors champ du FBP mais possibilité d'élargissement aux déterminants non médicaux
C 2	–	–	Consensus fort	Malentendus sur les prétentions du FBP ; mais réflexions à mener sur le strategic purchasing et sa complémentarité avec d'autres approches
C 3	–	–/+	Consensus relatif	Reconnaissance des limites de la stratégie mais renforcement des instruments de pilotage d'un système de santé
C 4	–	++	Désaccord	Malentendus à évacuer par des données probantes
C 5	–	++	Désaccord	Malentendus dus au déficit informationnel. Mais nécessité d'une amélioration des montages
C 6	–	+++	Accord/ Désaccord	Forte polarisation de la controverse. Actions à mener sur le design de l'évaluation de la qualité et des recherches pour plus de preuves scientifiques
C 7	–	+	Désaccord	Actions possibles à mener sur les effets pervers, les coûts de transaction et la gouvernance
C 8	–	+	Désaccord	Malentendu lié au déficit informationnel à corriger
C 9	–	–	Consensus mitigé	Malentendus à réduire avec plus de données probantes sur l'autonomie

Résumé des jugements sur le FBP et pistes d'action pour réduire la controverse

Les jugements des opposants et des partisans ont été appréciés critère par critère : des signes + ou -, ont été utilisés à titre indicatif. De plus, une analyse des points convergents ou divergents a été faite, avec des propositions de pistes d'action pour évacuer les malentendus.

Autres arguments recueillis

De nombreux arguments recueillis lors des interviews, et utiles à notre débat, n'ont pas pu être classés parmi les critères initiaux du cadre, mais nous avons tenu à les évoquer.

Il s'agit d'arguments portant sur les problèmes de fond du dysfonctionnement des systèmes locaux de santé, la promotion du professionnalisme, de l'éthique médicale auprès des prestataires ou autres valeurs fondamentales (estime de soi et confiance aux prestataires, promotion de la motivation intrinsèque, etc.) et la capacité d'intégration de l'approche dans le contexte global de réforme de la santé. Nous reviendrons sur cet aspect au cours de la discussion.

Discussion

Avec cette étude, nous poursuivions l'objectif d'aider à la meilleure structuration du débat autour du FBP autour de concepts plus pertinents et objectifs de santé publique.

Dans cette discussion, nous analyserons comment, en dépit des désaccords entre experts, des convergences existent aussi entre eux. Nous aborderons ensuite quelques aspects d'ordre méthodologique pour aider le lecteur à cerner les limites du travail. Des pistes de solutions seront proposées pour faire avancer la réflexion commune autour de cette approche.

Points de consensus

Nos entretiens nous ont permis d'identifier des points de consensus sur les relatives faiblesses du FBP (voir critères C1, C2, C3 et C9 du tableau I). *A priori*, sauf nouveau développement, ce n'est pas au niveau de ces quatre critères que la controverse devrait se porter. Par contre, ce constat fait en commun pourrait amener les partisans à enrichir leur stratégie (C3) ou à opter pour un discours plus modeste (C9).

À cet effet, les partisans reconnaissent que le FBP s'est toujours focalisé sur la prestation des soins préventifs et curatifs, ainsi qu'au renforcement du district mais très peu aux déterminants sociaux (C1). La critique est intéressante, car tout en portant sur un aspect négligé, elle pousse à faire mieux, sans invalider le FBP.

Un consensus s'est dessiné autour de la considération du FBP comme d'un levier et d'une stratégie complémentaire à d'autres stratégies focalisées sur l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins (C2). Dans le même ordre d'idées, si le FBP est considéré comme une solution dans un ensemble plus vaste, il n'aura pas à résoudre tous les problèmes qui peuvent être abordés en partie par d'autres stratégies (C3).

De telles dispositions des partisans et opposants devant ces critères seraient des facteurs favorables à la réduction de la controverse.

Points de divergences

Nos entretiens nous ont permis aussi d'identifier des points de désaccord (critères C4, C5, C6, C7 et C8) à interpréter souvent comme étant des malentendus sur les prétentions accordées au FBP. La tension est attisée lorsque les opposants voient le FBP comme un outil de financement parmi tant d'autres, tandis que les partisans ont une vision plus systémique. Ces désaccords sont liés aussi à une absence de preuves suffisantes ou à un déficit informationnel (sur le FBP) entre experts, déficit pouvant être atténué sur le plan cognitif [10, 13].

Certaines critiques formulées contre le FBP relèvent plus d'appréhensions face à des risques (effets pervers, évaluation subjective de la qualité des soins, etc.) que des problèmes prouvés. Cela indique aussi un pas à faire par les opposants : ne pas rejeter en bloc, mais promouvoir l'amélioration de la qualité du dispositif de mise en œuvre. On constate aussi que les opposants ont parfois tendance à formuler des critiques sur base de visions théoriques, idéales, pas toujours étayées par des preuves scientifiques. Les partisans leur rappellent alors qu'ils tardent eux-mêmes à concrétiser ces visions idéalistes. Ils peuvent aussi reprocher aux opposants de ne pas avoir fait un bilan critique de leurs approches antérieures. On peut deviner que si seul le FBP est soumis à la critique, il sera difficile de trouver une synthèse.

Aspects d'ordre méthodologique

Le lecteur attentif aura noté que notre étude n'a pas rapporté beaucoup de points de consensus sur les forces

du FBP. Cela est sans doute dû au fait que notre cycle de dialogue a commencé par la consultation des opposants. Par endroit, les adversaires ont suggéré des améliorations éventuelles, ce qui peut sous-entendre un soutien partiel, mais guère plus.

Deux explications sont possibles sur cet état de fait. Soit tous portés à la charge contre le FBP, les opposants ont oublié de mentionner leurs points d'approbation, soit ils n'en ont vraiment aucun.

Cela explique aussi sans doute pourquoi les partisans se sont retrouvés à surtout parler des limites de la stratégie. Lors de nos interviews, nous avons noté qu'ils n'étaient guère incommodés à parler de ces limites qui sont pour eux, des motifs d'amélioration ou de combinaison avec d'autres stratégies, et non d'abandon de la stratégie.

Certains arguments recueillis, également nécessaires pour nourrir la discussion, n'ont pu être pris en compte, car ne cadrant pas avec les critères initiaux de la grille de Daniels.

En effet, cette grille avait ciblé les résultats des politiques (« *outcomes* »), les objectifs de santé publique, alors que les désaccords peuvent porter davantage sur les mécanismes pour les atteindre, les hypothèses sous-jacentes ou des valeurs, et bien d'autres aspects du système de santé. Le recours futur à cette grille pour structurer d'autres controverses, pourrait donc nécessiter une amélioration permettant de capter davantage d'arguments.

Pistes de solutions pour un meilleur débat

Au début de cet article, nous avons souligné que les controverses peuvent être nocives par le fait qu'elles bloquent les politiques. Structurer le débat sur le FBP est la responsabilité des différentes parties, surtout que ce sont les populations qui seront les premières bénéficiaires de systèmes de santé renforcés.

Ainsi, ayant constaté que certains points de clivage entre experts sont résorbables, nous proposons quatre pistes de solutions pouvant faire avancer la réflexion commune :

(i) **La production d'informations et de preuves fiables sur le FBP** (C4, C6, C9). Cela implique davantage de recherches sur les effets systémiques de l'approche et son action dans différents contextes [14], en accordant une plus grande attention aux points de désaccord. Cela pourra combler les trous de connaissances afin d'éviter ces processus spéculatifs divergents [13].

Mais le risque est que certains partisans ou critiques résistent aux preuves ou contestent les conclusions d'une étude rigoureuse, si elle ne donne pas de résultats en faveur

de leur système de croyances. Si la controverse ne prend pas fin, même si les questions scientifiques de départ sont résolues [15-17], la recherche d'une explication sociale dans les prises de position des experts sera nécessaire [10]. Elle pourrait révéler que les blocages ont d'autres raisons sous-jacentes (intérêts contraires, éléments sociologiques...). Cela constitue une piste de recherche à explorer ultérieurement.

(ii) **La réduction du déficit d'informations entre experts devant avoir le même niveau de compréhension des dimensions du FBP** (C5, C6, C8). Cela devrait se faire des deux côtés de la discussion. D'une part, les opposants devraient aller voir sur le terrain les expériences existantes et discuter avec les acteurs de première ligne. Cela leur permettrait de découvrir alors des aspects qu'ils ignoraient, voire même une complémentarité avec leurs idées. De plus, ils pourront à l'occasion apporter aux praticiens leur savoir, leurs questions et leurs propositions. D'autre part, il est de la responsabilité des tenants du FBP de convertir au maximum leurs savoirs expérientiels en savoirs explicites, en décrivant leurs expériences dans des documents écrits. Ils doivent fournir l'effort de comprendre la base informationnelle « adverse », leurs référentiels ou systèmes de croyances [15].

(iii) **Réfléchir sur les faiblesses communes des propositions des opposants et des partisans et de leurs préoccupations communes en faveur des populations** (C3, C7). Les experts sont appelés à travailler ensemble sur ces points. Selon notre analyse, la controverse serait peut-être atténuée si, de leur côté, les opposants pouvaient formuler des recommandations sur les améliorations à apporter. Concomitamment, il faudrait que les partisans prennent du recul pour relever les limites du FBP, et surtout l'influence des facteurs contextuels.

(iv) **Amener les experts critiques à proposer des alternatives fortes au FBP**. Ces alternatives devront être soumises à une démonstration scientifique du même standard que celui fait du côté du FBP (étude d'impact avec essai randomisé). Ils pourront ainsi enrichir le débat avec des propositions cohérentes étayées par des données probantes valides.

Conclusion

Il s'est agi, dans cet article sur le FBP, de tenter de créer un processus de discussion pour rassembler différents points de vue au sujet de cette controverse afin d'équiper

le public et de mieux le guider dans sa construction d'un avis propre sur la question.

Les interviews réalisées nous ont montré que les discussions demeuraient (en date de nos interviews) encore polarisées autour de plusieurs questions. En dépit de cette situation, une synthèse est possible, avec une meilleure structuration des convergences et des divergences. Au regard des enjeux à venir, il incombe aux experts d'adopter une démarche systématique avec des critères acceptés par tous, pour structurer le débat et la recherche. Cela évitera de laisser les pays à l'emprise d'un ballottage au fil des opinions ou des spéculations.

Mais cela suppose le respect de la complexité des perceptions subjectives de chacun sur la performance du système. Si les divergences persistent, des études devront se focaliser sur les causes sous-jacentes aux désaccords, aussi bien les faits sociaux ou historiques, les considérations éthiques et politiques et les enjeux de pouvoir.

La conclusion la plus stimulante pour ce travail est peut-être la recommandation qui nous a été faite lors de la présentation de nos résultats : il faut sortir du schéma contraignant les acteurs à se positionner comme « partisans » ou « opposants » du FBP. Cette opposition, parfois académique, ralentit la synthèse vers un entendement commun qui est en train de se produire au niveau de certains pays comme la RDC.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

- Soeters R, Habineza C, Peerenboom PB. Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. *Bull World Health Organ.* 2006;84:884-9. [Visité le 15/05/2015]. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2627555/pdf/17143462.pdf>.
- Meessen B, Soucat A, Sekabaraga C. Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bull World Health Organ.* 2011;89(2):153-6. [Visité le 15/05/2015]. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3040374/>. doi : 10.2471/BLT.10.077339.
- Fritsche Bèla G, Soeters R, Meessen B. Performance-based financing toolkit. Washington, DC: World Bank. 2014. 361 p. [Visité le 15/05/2015]. En ligne : <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/17194/9781464801280.pdf?sequence=1>. doi : 10.1596/978-1-4648-0128-0.
- Ireland M, Paul E, Dujardin B. Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? *Bull World Health Organ.* 2011;89:695-98. [Visité le 15/05/2015]. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3165979/>.
- Fretheim A, Witter S, Lindahl AK, Olsen IT. Performance-based financing in low- and middle-income countries: still more questions than answers. *Bull World Health Organ.* 2012;90:559-A. [Visité le 15/05/2015]. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3417779/pdf/BLT.12.106468.pdf>. doi :10.2471/BLT.12.106468.
- Kalk A. The costs of performance-based financing. *Bull World Health Organ.* 2011; 89: 319. [Visité le 15/05/2015]. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3089395/>. doi : 10.2471/BLT.11.087247.
- Soeters R, Vroeg P. Why there is so much enthusiasm for performance-based financing, particularly in developing countries. *Bull World Health Organ.* 2011; 89: 699-700. [Visité le 15/05/2015]. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3165985/pdf/BLT.11.089987.pdf>. doi:10.2471/BLT.11.089987.
- Basinga P, Mayaka S, Condo J. Performance-based financing: the need for more research. *Bull World Health Organ.* 2011; 89(9):698-9. [Visité le 15/05/2015]. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3165983/pdf/BLT.11.089912.pdf>. doi : 10.2471/BLT.11.089912.
- Macq J, Chiem JC. Looking at the effects of performance-based financing through a complex adaptive systems lens. *Bull World Health Organ.* 2011;89:699-700 [Visité le 15/05/2015]. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3165984/pdf/BLT.11.089920.pdf>. DOI : 10.2471/BLT.11.089920.
- Manitu S, Meessen B, Muvudi M, Macq J. Le débat autour du financement basé sur la performance en Afrique subsaharienne : analyse de la nature des tensions autour de l'approche. *Santé Publique.* 2015;27(1):117-28.
- Daniels N, Bryant J, Castano RA, Dantes OG, Khan KS, Pannarunothai S. Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. *Bull World Health Organ.* 2000;78(6):740-50. [Visité le 15/05/2015]. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560780/pdf/10916911.pdf>.
- Daniels N, Flores W, Pannarunothai S, Ndumbe PN, Bryant JH, Ngulube TJ, *et al.* An evidence-based approach to Benchmarks the fairness of health sector reform in developing countries. *Bull World Health Organ.* 2005; 83:534-40 [Visité le 15/05/2015]. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626298/pdf/16175828.pdf>.
- Meessen B. Financement basé sur la performance : structurons mieux le débat [Page internet]. s.l. : Performance based financing. 2013. [Visité le 28/11/2013]. En ligne : <http://performancebasedfinancing.org/2013/06/09/financement-base-sur-la-performance-structurons-mieux-le-debat/>.
- Witter S, Toonen J, Meessen B, Kagubare J, Fritsche G, Vaughan K. Performance-based financing as a health system reform: mapping the key dimensions for monitoring and evaluation. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:367. [Visité le 15/05/2015]. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3849795/pdf/1472-6963-13-367.pdf>. doi : 10.1186/1472-6963-13-367.
- Martin B, Richards E. Scientific knowledge, controversy, and public decision making. *In: Jasanoff S, Markle G, Petersen J, Pinch T, éditeurs. Handbook of science and technology studies.* Revised edition. Newbury Park (CA): Sage; 1995. pp. 506-526.
- Brante T, Elzinga A. Towards a theory of scientific controversies. *Science Studies.* 1990;2:33-46.
- Palier B, Surel Y. Les « trois I » et l'analyse de l'État en action. *Revue Française de Science Politique.* 2005;55(1):7-32.