



Analyse de la qualité de mise en œuvre et de la pérennité des modèles de Financement Basé sur les Résultats au Bénin en 2015

[Analysis of the implementation structures of Results Based Financing models in Benin on 2015]

Salami Lamidhi^{1*}, Makoutodé Charles Patrick¹, Mongbo Virginie¹, Bédié Vignon¹, Sossa Jérôme Charles², Ouendo Edgard-Marius¹ & Fayomi Benjamin³

¹Département Politique et Système de Santé de l'Institut Régional de Santé Publique, Université d'Abomey Calavi

²Département Politique et Système de Santé de l'Institut Régional de Santé Publique, Université d'Abomey Calavi

³Département Santé Publique à la Faculté des Sciences de la Santé de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS), Université d'Abomey Calavi

Résumé

Le financement basé sur les résultats (FBR) est décrit comme une intervention générant d'importants résultats dans les services de santé. L'absence de résultats probants y relatifs au Bénin depuis son adoption a suscité cette étude en vue d'analyser, via les fonctions portées par le cadre institutionnel, la qualité de mise en œuvre et les caractéristiques de durabilité des deux modèles de FBR appliqués dans le pays. L'étude a été conduite en 2015 dans deux zones couvertes par le modèle FBR PRPSS développé par le Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS) et deux autres exposées au modèle FBR_PASS exécuté par le Projet d'Appui au Système de Santé (PASS). Les données recueillies par revue documentaire et entretien ont permis de déterminer l'indice de qualité de la mise en œuvre du FBR. Les deux modèles dont les structures intégraient implicitement cinq fonctions, présentaient au démarrage une faible fonctionnalité des formations sanitaires, une irrégularité et une faible qualité de la régulation. Trois ans après son démarrage, la qualité de mise en œuvre du FBR au Bénin était en-dessous de la moyenne, avec un indice de 52,5% ($\pm 5\%$) dans le FBR_PRPSS et 45,5% ($\pm 5\%$) dans le FBR_PASS. Les fonctions ayant enregistré les plus faibles scores dans les deux modèles étaient la régulation, la prestation et la vérification. En somme, la réactivité et l'efficacité étaient faibles dans le FBR_PRPSS tandis que la réactivité et l'indépendance étaient faibles dans le FBR_PASS. La faible qualité de mise en œuvre des deux modèles FBR et les incertitudes du financement, concomitantes au retard de résultats probants, hypothèquent leur pérennité et incitent à doter le pays d'un modèle adapté harmonisé.

Mots clés : financement basé sur les résultats, qualité, structure, Bénin, pérennité.

Abstract

Results-based financing (RBF) is described as an intervention that generates significant results in health services. The lack of evidence in Benin since its adoption led this study to analyze, via functions supported by institutional framework, the quality of implementation and the sustainability characteristics of the two RBF models used in the country.

The study was carried out on 2015 in two zones covered by the RBF PRPSS model developed by the Health System Performance Strengthening Project (PRPSS) and two others exposed to the RBF_PASS model implemented by the Health System Support Project (PASS). The data collected by documentary review and interview were used to determine the quality index of the RBF implementation.

The two models, whose structures implicitly integrated five functions, presented at the start a weak functionality of the health facilities and an irregularity and a low quality of the regulation. Three years after its start, the quality of RBF implementation in Benin was below average, with an index of 52.5% ($\pm 5\%$) in the RBF_PRPSS and 45.5% ($\pm 5\%$) in the RBF_PASS. The functions with the lowest scores in both models were regulation, delivery and verification. In sum, reactivity and efficiency were low in RBF_PRPSS while reactivity and independence were low in RBF_PASS.

The low quality of implementation of the two RBF models and the uncertainty of the financing, concomitant with the delay of evidence, hypothecate their durability and incite to design a harmonized and adapted model for the country.

Key words: results-based financing, quality, structure, Benin, sustainability.

*Auteur correspondant: Salami Lamidhi, (s.lamidhi@yahoo.com). Tél. : +229 0197471287

ORCID : <https://orcid.org/0000-0002-3261-3173> ; Reçu le 21/10/2024; Révisé le 25/11/2024 ; Accepté le 06/12/2024

DOI: <https://doi.org/10.59228/rcst.024.v3.i4.111>

Copyright: ©2024 Salami et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (CC-BY-NC-SA 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

1. Introduction

Depuis le début des années 2010, le financement basé sur les résultats (FBR) est adopté par un nombre croissant de pays en développement, notamment africains, en quête de meilleurs résultats pour leur système de santé (Fritsche et al., 2014). En vue d'accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement dans le secteur santé, les partenaires financiers comme la Banque Mondiale recommandent eux aussi cette approche (Le Projet AIDSTAR-Two 2011 ; Meessen et al., 2011).

Le FBR est une forme de financement incitatif sous un mode rétrospectif par lequel le payeur /acheteur ne paie pour les services que lorsqu'ils sont rendus par le fournisseur (Castonguay, 2013). A l'opposé du financement par budget, le financement incitatif est sensé générer plus d'équité, une meilleure qualité des services, car les indicateurs de résultats et le paiement sont définis par les comportements que le payeur désire susciter chez les fournisseurs de services (Sutherland, 2011). Cependant, il génère des coûts administratifs élevés, notamment liés à la récolte d'informations (Sutherland, 2011).

Le FBR, encore appelé financement basé sur la performance (FBP), est le transfert d'argent ou de biens matériels d'un organisme de financement ou autre soutien à un bénéficiaire, basé sur la condition que celui-ci entreprenne une action mesurable ou atteigne une cible de performance prédéterminée (Le Projet AIDSTAR-Two, 2011). Cette approche serait capable d'améliorer l'accès et la qualité des services de santé, stabiliser ou diminuer les coûts de ces services, favoriser l'utilisation efficace de ressources limitées et améliorer la motivation et le moral du personnel (Cordaid-Sina Health, 2014).

Les importants résultats obtenus par les expériences de FBR au Rwanda, au Burundi et aux Philippines dans les années 2000, ont suscité un grand engouement autour de l'intervention dans plusieurs pays (Soeters, 2006 ; Basinga et al., 2010 ; Peabody et al., 2010). Cependant, à l'instar de toute intervention, les performances du FBR dérivent de sa structure de mise en œuvre et de son environnement (Contandriopoulos et al., 2010). Dans le FBR, la structure est constituée par ses fonctions que sont la prestation, le paiement, la régulation, la vérification et la (voix de la) population (République Démocratique du Congo, 2013 ; République du Burundi, 2014).

Les succès du FBR ont aussi suscité son adoption par le Bénin. Sa mise en œuvre y a généré le modèle

FBR_PRPSS développé par le Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS) sur financement de la Banque mondiale et le modèle FBR_PASS exécuté par le Projet d'Appui au Système de Santé (PASS) sur financement de la Coopération Technique Belge (PRPSS, 2014 ; PARZS, 2014).

Depuis leur démarrage en 2012, les résultats probants de ces deux modèles de FBR sont rares, contrairement aux expériences du Rwanda et du Burundi. Cette absence de preuve renforce la circonspection de certains acteurs du système de santé et suscite des interrogations sur la qualité de mise en œuvre du FBR au Bénin, notamment ce qui concerne l'exécution des cinq fonctions du cadre institutionnel, et les caractéristiques des modèles de FBR susceptibles d'assurer la pérennité de l'intervention. Les résultats de la présente étude, conduite pour répondre à ces interrogations, pourront servir au pays à construire un modèle national de FBR harmonisé, plus adapté et résilient.

2. Matériel et méthodes

2.1. Population d'étude et échantillonnage

L'étude a eu lieu dans les zones couvertes par le FBR en République du Bénin. En janvier 2015, le FBR couvrait 13 zones sanitaires du pays. Le modèle FBR_PRPSS couvrait huit zones et le modèle FBR_PASS en couvrait cinq. Les zones restantes devront être couvertes progressivement grâce aux financements de GAVI (deux zones) et du Fonds Mondial (19 zones). En dehors du FBR, toutes les zones sanitaires du pays étaient traitées de la même manière pour toutes les interventions dans le système de santé. Dans le cadre de l'étude, les zones ont été regroupées en trois strates correspondant au modèle de FBR :

- la strate FBR_PRPSS regroupant les zones où le FBR est développé par le PRPSS ;
- la strate FBR_PASS regroupant les zones sanitaires où le FBR est développé par le PASS ;
- la strate Non_FBR regroupant les zones sanitaires où le FBR n'est pas encore développé.

La strate Non-FBR n'étant soumise à aucune intervention, seules les formations sanitaires des strates FBR ont été enquêtées, via leurs prestataires, responsables et membres de comité de gestion, les acteurs des zones et direction départementale, ministère de la santé, travailleurs des ONG impliquées dans le FBR et les documents. La fiabilité des documents a été vérifiée auprès des responsables et les

données y relatives ont été triangulées pour réduire les biais et erreurs.

Les formations sanitaires fonctionnelles après 2012 et les personnes en contact avec le FBR depuis moins de trois mois ont été exclues de l'étude.

Ce sont 26 formations sanitaires de la strate FBR_PRPSS et 35 de la strate FBR_PASS qui ont été enrôlées dans les quatre zones sanitaires. Celles-ci ont été sélectionnées par tirage aléatoire simple de deux duos de zones FBR. Les duos de zones ont été constitués par appariement des zones FBR_PRPSS et FBR_PASS sur la base des critères tels que le nombre de communes, la situation géographique (nord, sud), la similarité de l'accessibilité (zone déshéritée ; zone peu ou non déshéritée), la similarité des antécédents récents d'appui de partenaires.

L'enrôlement des formations sanitaires était exhaustif, basé sur le seul critère d'offre de soins maternels et infantiles. Les sujets répondants ont été retenus par commodité sur la base de leur appartenance à une structure impliquée dans le FBR.

2.2. Variables de l'étude et analyse des données

Les fonctions du FBR portées par le cadre institutionnel à savoir la régulation, la prestation, le paiement, la vérification et la population (Le Projet AIDSTAR-Two, 2011 ; Cordaid-Sina Health, 2014), ont été explorées via leurs attributs.

La qualité de la mise en œuvre du FBR, principale variable de l'étude, est une variable composite (indice) déterminée à partir des attributs des fonctions du FBR.

Les données collectées ont été traitées dans les logiciels Excel, EPI info et SPSS. Une cote de 100 a été répartie aux cinq fonctions du FBR sur la base d'un sondage rapide de dix experts. Au niveau de chaque fonction, la cote a été répartie aux attributs. Dans une strate, la cote accordée est fonction de la proportion (Pc) de formation sanitaire ayant l'attribut :

- $P_c < 50\%$: 0 point ;
- $50\% \leq P_c < 80\%$: moitié du point ;
- $P_c \geq 80\%$: tout le point

Pour certains attributs, les seuils minimum et maximum ont été abaissés respectivement à 20-25% et 50%. Pour un attribut dichotomique, le poids est octroyé lorsque la réponse est oui.

La qualité de mise en œuvre a été appréciée selon l'indice calculé comme suit :

- indice $< 50\%$: faible qualité
- $50\% \leq \text{indice} < 80\%$: qualité moyenne
- indice $\geq 80\%$: bonne qualité

L'évolution des moyennes trimestrielles des variables comme le délai de notification, le nombre de supervision a été déterminée avec leurs écarts types. Les proportions calculées dans les deux modèles de FBR ont été comparées à l'aide de leur intervalle de confiance à 95%.

Une synthèse sur l'état global des fonctions FBR a été déduite des résultats sur la base des éléments de performance d'un système de santé et des principes du FBR (Cordaid-Sina Health, 2014 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2000). Les critères utilisés sont l'efficacité (atteinte des objectifs), l'efficience (meilleurs résultats à moindre coût), la réactivité (promptitude à satisfaire une attente) et l'indépendance (non imbrication du rôle des acteurs),

2.3. Considérations éthiques

Les considérations éthiques ont été prises en compte en obtenant l'autorisation du ministère de la santé et l'avis du comité éthique. Pour tout enquêté, le consentement éclairé oral était obtenu et l'anonymat assuré lors des entretiens.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des fonctions de la mise en œuvre du FBR au Bénin

3.1.1 Structures de mise en œuvre du FBR dans les modèles du Bénin

Selon les guides des deux modèles de FBR, l'achat des prestations est fait par le ministère de la santé ou ses démembrements sur la base de contrats d'objectifs et de moyens signés avec les structures prestataires de soins. Dans la strate FBR_PASS, le représentant des maires de la zone sanitaire co-signé le contrat FBR avec le directeur départemental de la santé. Ces contrats couvrent trois ans et ciblent les prestations destinées aux femmes et aux enfants.

En fait, ce sont l'Unité de Coordination du Projet (UCP) pour le compte du FBR_PRPSS et la Coordination du PASS pour le compte du FBR-PASS qui assurent réellement l'achat des prestations. Ces structures exécutent le paiement et veillent à la mise en place des outils et l'application des mesures prises par le comité de pilotage. Ce comité qui se réunit périodiquement, statue sur les résultats transmis par les formations sanitaires et les rapports de vérification, décide des sanctions éventuelles ou amendements aux procédures de mise en œuvre du FBR. Sa composition, variable selon le modèle (tableau I), indique son ancrage au niveau national (FBR_PRPSS) ou intermédiaire (FBR_PASS), avec les avantages ou limites y relatifs.

Les modèles FBR_PRSS et FBR_PASS sont financés par les partenaires financiers.

Tableau 1. Description des composantes des deux modèles de FBR mis en œuvre au Bénin en 2015

Fonctions	Modèle FBR_PASS	Modèle FBR_PRSS
1. Régulation	Direction Départementale de la santé (DDS), Equipe d'encadrement de zone sanitaire (EEZS)	Direction technique du ministère, DDS et EEZS
	Comité de pilotage : ancrage départemental composé de DDS, PTF, maires, comité de santé, plateformes d'utilisateurs des services de santé (PUSS), médecin-conseil	Comité de pilotage : ancrage national impliquant Ministre de la santé et d'autres secteurs (autres ministères impliqués et les PTF actifs dans la plateforme RSS)
	Développement des contrats par DDS/Mairie	Développement des contrats par Secrétariat Général du Ministère (SGM)
	Contrat d'objectifs et de moyens	Contrat d'objectifs et de moyens
2. Prestation : (zone sanitaire comme unité opérationnelle de la mise en œuvre)	Centre de Santé : - Accord axé sur le Paquet Minimum d'Activités (PMA) (quantité et qualité) - 14 indicateurs quantitatifs - check-list de 95 indicateurs de qualité (matrice révisée T2 2014) Hôpital de Zone : - Achat du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) (qualité) - 139 indicateurs qualitatifs (matrice révisée T2 2014) EEZS : 13 indicateurs qualitatifs	Centre de Santé : - Accord axé sur le Paquet Minimum d'Activités (PCA) (quantité et qualité) - 28 indicateurs quantitatifs, - check-list de 124 indicateurs qualitatifs Hôpital de Zone : - Achat du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) (quantité et qualité) - 14 indicateurs quantitatifs et 128 indicateurs qualitatifs EEZS : 11 indicateurs qualitatifs DDS : 7 indicateurs qualitatifs RC : 8 indicateurs quantitatifs Niveau central : variable
	3. Paiement (achat des prestations)	Paiement des subsides par CTB via le PASS Sourou
	Financement du FBR assuré à 100% par la CTB	Financement du FBR assuré à 100% par la BM

Fonctions	Modèle FBR_PASS	Modèle FBR_PRSS
	Modalité d'utilisation des subsides de FBR précis et harmonisé : 30-50% <input type="checkbox"/> fonctionnement 50-70% : <input type="checkbox"/> prime	Modalité d'utilisation des subsides de FBR précis et harmonisé : ≥50% <input type="checkbox"/> fonctionnement ≤50% : <input type="checkbox"/> prime
4. Vérification	Vérification technique Equipe mixte (Médecins conseils des mutuelles, pairs) : Validation trimestrielle de la quantité et de l'évaluation trimestrielle de la qualité technique sous la supervision des DDS	Vérification technique Agence externe de contrôle* : Validation mensuelle de la quantité par le contrôleur de zone, et de l'évaluation trimestrielle de la qualité par une équipe composée de pairs et de contrôleurs de zone
	Partage du résultat avec l'équipe de santé présente Base Excel disponible à la DDS	Partage du résultat avec l'équipe de santé présente Plateforme FBR (site internet)
	Contre vérification (Renforcement de la voix des populations) : organisée par la DDS et PASS et exécutée par les ONG Enquête trimestrielle sur l'effectivité de l'utilisation et la satisfaction des clients sous la coordination des PUSS	Contre vérification (Renforcement de la voix des populations) : organisée par l'Agence externe de contrôle et exécutée par OBC ; prévue mais non effective Enquête semestrielle sur l'effectivité de l'utilisation et la satisfaction des clients sous l'encadrement technique de l'Agence externe

* Le consortium AEDES-Scen Afrik est l'Agence de contrôle externe qui appuie la mise en œuvre du FBR par le PRSS au Bénin

Sources : Manuel de cadrage du FBR 2014, PRSS ; et Document d'orientation intégration du FBR dans le PARZS 2012

Dans chaque modèle FBR, le barème d'achat des prestations, le mode de calcul et le cadre d'utilisation des subsides sont précisés. Le FBR_PRSS offre des prix élevés aux prestations tandis que le FBR_PASS alloue une proportion élevée du subside aux primes aux soignants. Dans les deux modèles, le paquet minimum d'activité (PMA) est acheté au niveau du centre de santé et le paquet complémentaire d'activité (PCA) au niveau des hôpitaux. Le nombre d'indicateurs de services pris en compte dans le FBR_PRSS est plus élevé que celui de FBR_PASS.

L'organisation de la vérification et de la contre-vérification diffère dans les deux modèles par la structure organisatrice, la composition des équipes de vérification, la périodicité de réalisation et la diffusion des résultats. Dans le FBR_PRPSS, l'agence de contrôle externe, joue un rôle prépondérant dans cette fonction qui détermine le paiement. Le modèle FBR_PASS utilise les Plateformes des Utilisateurs des Services de Santé (PUSS) mises en place dans chaque zone sanitaire, pour réaliser la contre-vérification. Celle-ci consiste en une vérification communautaire pour s'assurer de l'effectivité des prestations et la satisfaction des bénéficiaires.

3.2 Etat des fonctions du FBR dans les modèles du Bénin au démarrage (tableau II)

Au dernier trimestre 2012, la régulation était marquée par une faible disponibilité du plan de travail dans les formations sanitaires de FBR_PRPSS (3,8%) et FBR_PASS (11,4%). Les supervisions des prestataires organisées par les niveaux central et intermédiaire couvraient moins d'une formation sanitaire sur cinq. Les supervisions de l'équipe d'encadrement de la zone couvraient plus de la moitié des formations sanitaires dans les deux strates. Au deuxième semestre 2012, cette équipe de zone avait réalisé 1,3(±1,5) missions de supervision par formation sanitaire dans la strate FBR_PRPSS et 2,2(±2,3) dans la strate FBR_PASS (tableau III). Aucune supervision n'avait évalué la mise en œuvre des recommandations faites lors des supervisions précédentes. Dans les formations sanitaires FBR_PASS, les supervisions portaient davantage sur les services achetés par le FBR.

Dans la fonction prestation, il y avait une absence de supervision et d'audit internes, une promptitude quasi nulle et une complétude faible dans la transmission des rapports d'activité. La proportion de formations sanitaires ayant organisé des réunions du personnel était faible dans la strate FBR_PRPSS (30,8%) et nulle dans FBR_PASS (0%). Dans les structures, il n'y avait aucun affichage du circuit du patient ni des prix des prestations. Les formations sanitaires FBR_PRPSS étaient plus nombreuses à disposer de programmations d'activité (50%) que celles de FBR_PASS (22,9%) ($p < 0,05$).

Tableau II. Répartition des formations sanitaires des strates FBR_PRPSS et FBR_PASS du Bénin selon les attributs de fonctions FBR en 2012 et 2015

		Année 2012		Année 2015	
		Proportion %FS (n)	IC95%	Proportion %FS (n)	IC95%
Existence de contrat* FBR	FBR_PRPSS (n=26)	0,0% (0)		65,4% (17)	[56,1% ; 74,7%]
	FBR_PASS (n=35)	0,0% (0)		20,0% (7)	[13,2% ; 26,8%]
Plan de travail annuel	FBR_PRPSS (n=26)	3,8% (1)	[0,1% ; 7,6%]	19,2% (5)	[11,5% ; 27,0%]
	FBR_PASS (n=35)	11,4% (4)	[6,1% ; 16,8%]	57,1% (20)	[48,8% ; 65,5%]
Supervision MS	FBR_PRPSS (n=26)	19,2% (5)	[11,5% ; 27,0%]	34,6% (9)	[25,3% ; 43,9%]
	FBR_PASS (n=35)	17,1% (6)	[10,8% ; 23,5%]	5,7% (2)	[1,8% ; 9,6%]
Supervision DDS	FBR_PRPSS (n=26)	15,4% (4)	[8,3% ; 22,5%]	46,2% (12)	[36,4% ; 55,9%]
	FBR_PASS (n=35)	20,0% (7)	[13,2% ; 26,8%]	45,7% (16)	[37,3% ; 54,1%]
Supervision ZS	FBR_PRPSS (n=26)	57,7% (15)	[48,0% ; 67,4%]	88,5% (23)	[82,2% ; 94,7%]
	FBR_PASS (n=35)	57,1% (20)	[48,8% ; 65,5%]	85,7% (30)	[79,8% ; 91,6%]
Supervision FBR par MS	FBR_PRPSS (n=26)	0,0% (0)		11,5% (3)	[5,3% ; 17,8%]
	FBR_PASS (n=35)	8,6% (3)	[3,8% ; 13,3%]	5,7% (2)	[1,8% ; 9,6%]
Supervision FBR par DDS	FBR_PRPSS (n=26)	19,2% (5)	[11,5% ; 27,0%]	19,2% (5)	[11,5% ; 27,0%]
	FBR_PASS (n=35)	17,1% (6)	[10,8% ; 23,5%]	14,3% (5)	[8,4% ; 20,2%]
Supervision FBR par ZS	FBR_PRPSS (n=26)	11,5% (3)	[5,3% ; 17,8%]	15,4% (4)	[8,3% ; 22,5%]
	FBR_PASS (n=35)	34,3% (12)	[26,3% ; 42,3%]	85,7% (30)	[79,8% ; 91,6%]
Suivi recommandations par MS	FBR_PRPSS (n=26)	0,0% (0)		0,0% (0)	
	FBR_PASS (n=35)	0,0% (0)		0,0% (0)	
Suivi recommandations par DDS	FBR_PRPSS (n=26)	0,0% (0)		0,0% (0)	
	FBR_PASS (n=35)	0,0% (0)		2,9% (1)	[0,0% ; 5,7%]
Suivi recommandations par ZS	FBR_PRPSS (n=26)	0,0% (0)		0,0% (0)	
	FBR_PASS (n=35)	2,9% (1)	[0,0% ; 5,7%]	60,0% (21)	[51,7% ; 68,3%]
Réunion du personnel	FBR_PRPSS (n=26)	30,8% (8)	[21,7% ; 39,8%]	73,1% (19)	[64,4% ; 81,8%]
	FBR_PASS (n=35)	0,0% (0)		88,6% (31)	[83,2% ; 93,9%]
Participation au Réunion de >50% personnel	FBR_PRPSS (n=26)	30,8% (8)	[21,7% ; 39,8%]	73,1% (19)	[64,4% ; 81,8%]
	FBR_PASS (n=35)	0,0% (0)		85,7% (30)	[79,8% ; 91,6%]
Programmation activité	FBR_PRPSS (n=26)	50,0% (13)	[40,2% ; 59,8%]	84,6% (22)	[77,5% ; 91,7%]
	FBR_PASS (n=35)	22,9% (8)	[15,8% ; 30,0%]	82,9% (29)	[76,5% ; 89,2%]
Supervision interne	FBR_PRPSS (n=26)	0,0% (0)		0,0% (0)	
	FBR_PASS (n=35)	0,0% (0)		0,0% (0)	
Audit interne	FBR_PRPSS (n=26)	0,0% (0)		3,8% (1)	[0,1% ; 7,6%]
	FBR_PASS (n=35)	0,0% (0)		0,0% (0)	
Promptitude rapport activité	FBR_PRPSS (n=26)	0,0% (0)		7,7% (2)	[2,5% ; 12,9%]
	FBR_PASS (n=35)	0,0% (0)		71,4% (25)	[63,8% ; 79,1%]
Complétude rapport activité	FBR_PRPSS (n=26)	15,4% (4)	[8,3% ; 22,5%]	38,5% (10)	[28,9% ; 48,0%]
	FBR_PASS (n=35)	8,6% (3)	[3,8% ; 13,3%]	65,7% (23)	[57,7% ; 73,7%]
Affichage circuit patient	FBR_PRPSS (n=26)	0,0% (0)		26,9% (7)	[18,2% ; 35,6%]
	FBR_PASS (n=35)	0,0% (0)		20,0% (7)	[13,2% ; 26,8%]
Affichage prix prestation	FBR_PRPSS (n=26)	0,0% (0)		92,3% (24)	[87,1% ; 97,5%]
	FBR_PASS (n=35)	0,0% (0)		77,1% (27)	[70,0% ; 84,2%]
Promptitude données FBR	FBR_PRPSS (n=26)	15,4% (4)	[8,3% ; 22,5%]	46,2% (12)	[36,4% ; 55,9%]
	FBR_PASS (n=35)	0,0% (0)		37,1% (13)	[29,0% ; 45,3%]

* Il s'agissait essentiellement de contrat de 2012 dans la strate FBR_PRPSS et 2013 dans la strate FBR_PASS

	Année 2012		Année 2015	
	Proportion %FS (n)	IC95%	Proportion %FS (n)	IC95%
MS : Ministère de la Santé DDS : Direction Départementale de la Santé FS : Formation Sanitaire ZS : Zone Sanitaire				

Dans le modèle FBR_PRSS, la transmission par les formations sanitaires des données FBR pour le paiement était faible. Le délai moyen avant virement du subside du premier trimestre de mise en œuvre du FBR était de 175,9 (±5,1) jours dans la strate FBR_PRSS et 211,2(±23,6) jours dans la strate FBR_PASS. Le montant moyen encaissé par formation sanitaire pour ce premier virement était de 1 021 938,6 (±607 903,5) FCFA et 156 331 FCFA, respectivement dans FBR_PRSS et FBR_PASS. Les montants de subsides estimés par les prestataires eux-mêmes (montants justifiés) n'étaient pas disponibles dans les structures.

3.3. Evolution des fonctions du FBR dans les modèles du Bénin

Le **tableau II** montre qu'au deuxième trimestre 2015, la proportion de formations sanitaires disposant de contrat FBR était plus faible dans la strate FBR_PASS (20,0%) par rapport à FBR_PRSS (p<<0,5%). La plupart des contrats avaient été signés en 2012 ou en 2013. L'état des fonctions du FBR s'était amélioré par rapport à 2012. La proportion de formations sanitaires avait augmenté pour la disponibilité de plan de travail/plan d'affaires (57,1% dans la strate FBR_PASS), la supervision réalisée par les niveaux national et intermédiaire, l'organisation des réunions, la programmation des activités, la promptitude et la complétude de transmission des rapports d'activités (p<0,05). Dans les deux strates, aucun progrès n'avait été noté pour la supervision interne, et le suivi des recommandations des supervisions antérieures et le ciblage des services FBR lors de supervisions conduites par les niveaux national et intermédiaire. Dans la strate FBR_PRSS, la qualité des supervisions conduites par l'équipe d'encadrement n'avait pas progressé.

Selon le **tableau III**, le nombre de jours avant le paiement du subside d'un trimestre échu baissait en dent de scie dans les deux strates, passant de 175,9 (±5,1) jours au troisième trimestre 2012 à 130 (±0) jours au 2ème trimestre 2015 dans le FBR_PRSS. Dans la strate FBR_PASS, il était passé de 211,2 (±23,6) jours, au premier trimestre 2013 à 76,3 (±3,9) jours au 2ème trimestre 2015.

Dans les deux strates, il y avait également une augmentation progressive de la moyenne trimestrielle des programmations d'activité, du nombre de réunions et de la participation du personnel, et du nombre de supervisions. Le montant moyen de subsides reçus était passé de 1 021 938,6 (±607 903,5) FCFA à 1 220 669,7 (±705 455,4) FCFA dans la strate FBR_PRSS, et de 156 331 FCFA à 448 742,9 (±262 535,7) FCFA dans la strate FBR_PASS.

Tableau III. Evolution de la moyenne d'attributs du paiement, de la régulation et de l'organisation de la prestation entre 2012 et 2015 dans les deux modèles de FBR mis en œuvre au Bénin

		1213	1214	1311	1312	1313	1314	1411	1412	1413	1414	1511	1512
Délai de virement subsides	FBR_PRSS Moyenne (ET)	175,9 (5,1)	201,8 (28,6)	236 (84,9)	184,9 (83,3)	137,4 (6,4)	137,8 (6,0)	106,6 (44,9)	106,6 (44,9)	211,4 (85,6)	146,8 (71,9)	130 (0)	130 (0)
	FBR_PASS Moyenne (ET)	211,2 (23,6)	211,2 (23,6)	211,2 (23,6)	211,2 (23,6)	211,2 (23,6)	211,2 (23,6)	211,2 (23,6)	211,2 (23,6)	211,2 (23,6)	211,2 (23,6)	211,2 (23,6)	211,2 (23,6)
Subside payé	FBR_PRSS Moyenne (ET)	1021938,6 (807903,5)	969930,1 (808117,1)	873212,1 (880385,5)	1069966,8 (46110,7)	1091633,2 (589081,1)	1137160,4 (628189,8)	1438503,3 (93353,7)	1819877,3 (876993,1)	1471177,2 (752290,3)	1320257,7 (979418,6)	1220669,7 (702455,4)	1220669,7 (702455,4)
	FBR_PASS Moyenne (ET)	156331 (9790,6)	212618 (9790,6)	172330 (9790,6)	259622 (9790,6)	212897,2 (9790,6)	280849,1 (9790,6)	303383,9 (9790,6)	322770,2 (9790,6)	339147,9 (9790,6)	366189,5 (9790,6)	639118,3 (9790,6)	448742,9 (9790,6)
Préparation réunion activité	FBR_PRSS Moyenne (ET)	1,5 (1,5)	1,5 (1,5)	1,5 (1,5)	1,6 (1,5)	1,8 (1,5)	1,8 (1,5)	2,1 (1,4)	2,1 (1,4)	2,4 (1,7)	2,4 (1,7)	2,4 (1,7)	2,4 (1,7)
	FBR_PASS Moyenne (ET)	0,6 (1,2)	0,6 (1,2)	0,6 (1,2)	0,7 (1,2)	1,0 (1,4)	1,1 (1,4)	1,5 (1,5)	1,5 (1,5)	1,7 (1,9)	1,9 (2,4)	2,2 (1,9)	2,4 (1,9)
Réunion du personnel	FBR_PRSS Moyenne (ET)	0,2 (1,5)	0,2 (1,5)	0,2 (1,5)	0,2 (1,5)	0,8 (1,4)	0,8 (1,4)	1,1 (1,5)	1,1 (1,5)	1,3 (1,5)	1,7 (1,9)	2,3 (1,9)	2,3 (1,9)
	FBR_PASS Moyenne (ET)	0,2 (0,6)	0,2 (0,6)	0,2 (0,6)	0,2 (0,6)	0,8 (1,3)	0,8 (1,3)	1,1 (1,3)	1,1 (1,3)	1,3 (1,4)	1,7 (1,9)	2,3 (1,9)	2,3 (1,9)
Participation aux réunions du personnel	FBR_PRSS Moyenne (ET)	0,3 (0,4)	0,3 (0,4)	0,4 (0,4)	0,4 (0,4)	0,6 (0,4)	0,6 (0,4)	0,8 (0,4)	0,8 (0,4)	0,8 (0,4)	0,8 (0,4)	0,8 (0,4)	0,8 (0,4)
	FBR_PASS Moyenne (ET)	0 (0,4)	0 (0,4)	0 (0,4)	0 (0,4)	0,5 (0,4)	0,5 (0,4)	0,7 (0,4)	0,7 (0,4)	0,7 (0,4)	0,7 (0,4)	0,7 (0,4)	0,7 (0,4)
Supervision par l'EEZS	FBR_PRSS Moyenne (ET)	1,3 (1,9)	1,3 (1,9)	1,3 (1,9)	1,3 (1,9)	1,8 (1,9)	1,8 (1,9)	2,3 (1,9)	2,3 (1,9)	2,3 (1,9)	2,3 (1,9)	2,3 (1,9)	2,3 (1,9)
	FBR_PASS Moyenne (ET)	2,2 (2,5)	2,2 (2,5)	2,2 (2,5)	2,2 (2,5)	2,2 (2,5)	2,2 (2,5)	2,2 (2,5)	2,2 (2,5)	2,2 (2,5)	2,2 (2,5)	2,2 (2,5)	2,2 (2,5)

Tableau IV. Score de qualité des fonctions du FBR dans les strates FBR_PRSS et FBR_PASS au Bénin en 2015

Fonctions FBR	Attributs	Cotation	FBR_PRSS		FBR_PASS	
			Résultat	Point	Résultat	Point
Régulation	1-Existence de contrat	3	65,4%	1,5	20,0%	0
	2-Existence plan de travail (ou plan d'affaire)	3	19,2%	0	57,1%	1,5
	3-a-Supervision par le MS	1	34,6%	1	5,7%	0
	3-b-Supervision par la DDS	1	46,2%	0,5	45,7%	0,5
	3-c-Supervision par la zone	1	88,5%	1	85,7%	1
	4-Suivi des recommandations EEZS	2	0,0%	0	60,0%	1
	6-Evaluation annuelle des contrats, plan de travail et des décisions du comité de pilotage	2	Non	0	Non	0
	7-Satisfaction du niveau d'exécution du contrat	3	59,7%	1,5	44,4%	0
	8-Connaissance des décisions du comité de pilotage	2	16,2%	0	3,5%	0
	9-Bonne appréciation de la régulation	2	54,4%	1	37,3%	1
Score de régulation n (%)		20	6,5(32,5)		5(25)	

Fonctions FBR	Attributs	Cotation	FBR_PRSS		FBR_PASS		
			Résultat	Point	Résultat	Point	
Prestation	1-Effectif du personnel satisfaisant	2	32,7%	0	26,0%	0	
	2- Disponibilité permanente d'agents qualifiés	2	69,6%	1	85,5%	2	
	3- Disponibilité satisfaisante de matériels et équipements	3	40,5%	0	41,7%	0	
	4-Offre permanente des services : programmation régulière des services	3	84,6%	3	82,9%	3	
	5-Affichage du circuit du client	2	26,9%	0	20,0%	0	
	6-Affichage du prix des prestations	3	92,3%	3	77,1%	1,5	
	7-a-Réunion du personnel	3	73,1%	1,5	88,6%	3	
	7-b- Participation aux réunions du personnel	1	73,1%	0,5	85,7%	1	
	8-a- Supervision interne des prestataires	2	0,0%	0	0,0%	0	
	8-b- Audit interne des FS	2	3,8%	0	0,0%	0	
	9- Adhésion des acteurs aux principes du FBR	2	95,4%	2	88,2%	2	
	Score de la prestation n (%)	25		11(44)		12,5(50)	
	Paiement	1-Respect délai transmission des données liées au FBR par les FS	2	46,2%	0	37,1%	0
		2-Satisfaction pour application correcte de la grille de paiement	3	4,7%	3	7,3%	3
3-Conformité du montant viré à celui attendu		3	12,0%	3	13,6%	3	
4-Information sur le virement des fonds		3	43,9%	0	37,4%	0	

Fonctions FBR	Attributs	Cotation	FBR_PRSS		FBR_PASS		
			Résultat	Point	Résultat	Point	
	5-Respect délai de paiement	5	130jours	2,5	98jours	2,5	
	6-Satisfaction pour le prix des indicateurs	4	59,4%	4	33,3%	2	
	7-Satisfaction pour l'utilisation des subsides	3	64,1%	3	48,2%	1,5	
	8-Satisfaction sur le partage des primes	2	66,4%	2	53,4%	2	
	Score du paiement n (%)	25		17,5(70)		14(56)	
	Vérification	1-Mécanisme d'organisation de la vérification défini	4	Oui	4	Oui	4
		2- Vérification régulière dans la FS	2	Oui	2	Oui	2
		3-Existence rapport de validation des données	3	60%	1,5	20%	0
4-Partage des résultats de vérification		3	77,9%	1,5	66,7%	1,5	
5-Satisfaction pour la fiabilité de la vérification		4	92,8%	4	70,1%	2	
6-Existence rapport de contre vérification		4	Non	0	Non	0	
Score de la vérification n (%)		20		13(65)		9,5(47,5)	
Population	1-Population informée sur le FBR	3	70,2%	3	50,0%	3	
	2-Existence mécanisme recueil des besoins des populations	4	32,1%	0	31,9%	0	
	3-Adhésion de la population au FBR	3	76,3%	1,5	54,2%	1,5	
	Score de (la voix de) la population n (%)	10		4,5(45)		4,5(45)	
	Score global des fonctions n (%)	100		52,5(52,5)		45,5(45,5)	

MS : Ministère de la Santé DDS : Direction Départementale de la Santé FS : Formation Sanitaire
EEZS : Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire

3. 4. Analyse globale de la qualité

Au deuxième trimestre 2015, l'irrégularité et la faible qualité de l'appui aux formations sanitaires, l'absence d'évaluation des contrats et des plans de travail (ou d'affaire), et le non suivi des décisions prises par le comité de pilotage ont engendré une régulation de faible qualité dans les deux strates, avec un score en dessous de 35%. Aucun attribut de la régulation n'était exécuté à 100% (tableau IV).

La fonction prestation affichait un score de qualité moyen dans FBR_PASS (50%) et faible dans FBR_PRPSS (44%). L'offre régulière des services et l'affichage des prix des prestations s'étaient plus développés, concomitamment avec l'amélioration de l'organisation du personnel. L'insuffisance du personnel et de matériels/équipements signalée par la majorité des acteurs, l'absence de supervisions et audits internes, et l'absence de dispositifs d'orientation suffisante des utilisateurs avaient réduit le score de qualité de la prestation.

L'achat des prestations (paiement) avait enregistré le score de qualité le plus élevé dans les strates FBR_PRPSS (70%) et FBR_PASS (56%). Les acteurs étaient globalement satisfaits de l'application correcte de la grille et la conformité entre montants attendus et reçus. Les faiblesses consistaient en des retards de transmission des données par les centres de santé, l'absence de notification des virements. Dans la strate FBR_PASS, les proportions d'acteurs satisfaits du prix d'achat des indicateurs et l'utilisation des subsides étaient relativement bas.

Le score de la fonction "vérification" se situait à 65% dans le FBR_PRPSS et 47,5% dans la strate FBR_PASS. Les mécanismes de vérification étaient établis dans chacun des modèles et suivis pour valider les données. Les rapports de vérification et contre-vérification n'étaient pas disponibles dans les formations sanitaires. Plus de deux tiers d'acteurs reconnaissaient avoir été informés des résultats de vérification dans leurs structures.

La fonction population avait un score en dessous de la moyenne. Les acteurs déclaraient que la population était informée sur le FBR via les membres COGECES. Elle marquerait son adhésion à l'intervention par l'augmentation de sa fréquentation des structures et son implication dans les activités. Moins du tiers des enquêtés connaissait l'existence d'un dispositif de recueil des besoins de la communauté en vue de sa prise en compte dans l'offre.

Au total, la qualité de mise en œuvre du FBR au Bénin était en-dessous de la moyenne, avec un indice de 52,5% ($\pm 5\%$) dans le FBR_PRPSS et 45,5% ($\pm 5\%$) dans le FBR_PASS.

La synthèse de l'état des fonctions FBR présentée dans le tableau V indique une faible réactivité et une inefficience du modèle FBR_PRPSS contre une réactivité et une indépendance faibles du modèle FBR_PASS.

Tableau V. Synthèse d'analyse de la qualité des modèles de FBR du Bénin, 2015

Fonctions	FBR_PRPSS				FBR_PASS			
	Efficacité	Efficience	Réactivité	Indépendance	Efficacité	Efficience	Réactivité	Indépendance
Régulation	++	+	+	++	+	++	+++	+
Paiement	+++	++	+	++	+++	+	+	+++
Prestation	+	++	+	+	++	++	+	+
Vérification	++	+	++	+++	+	++	+	+
Population	+	+	+	++	++	+	+	++

4. Discussion

4.1. Qualité de mise en œuvre du FBR

A l'instar des approches FBR du Burundi et de la RDC (République du Burundi, 2014 ; Projet de Santé Intégré, 2011), les modèles mis en œuvre au Bénin présentaient une structuration intégrant implicitement les cinq fonctions que sont la régulation, la prestation, l'achat/paiement, la vérification et la fonction « population ». Au Burundi et en RDC, les cinq fonctions sont regroupées en quatre dans le cadre institutionnel du FBR (République Démocratique du Congo, 2013 ; Manirambona et al, 2014).

La qualité de mise en œuvre du FBR était faible dans les deux modèles du Bénin avec les plus faibles scores au niveau de la régulation, de la prestation et de la population. Dans la littérature sur le FBR, l'intérêt est plus porté vers les résultats. Les rares documents qui explorent la qualité de mise en œuvre du FBR relèvent, comme dans notre étude, une faible qualité de certaines fonctions du FBR (République du Burundi, avril 2014 ; Pilipili et al., 2014).

Avant le démarrage du FBR, la fonctionnalité des formations sanitaires était faible dans les deux strates, autant que la qualité et la régularité de l'appui reçu des organes de régulation. Aucune fonction n'avait bénéficié d'une mise à niveau. Cette situation est pareille à celle observée au démarrage du FBR dans la zone de santé de Luiza en RDC, avec des formations sanitaires peu fonctionnelles (indice

FOSACOF=25,51%) du fait de la carence du personnel, du comité de santé, des supervisions et l'information (Pilipili et al., 2014). La faible capacité de prestation des formations sanitaires au début du FBR avait déjà été relevée au Bénin comme potentielle source de démotivation (Paul et al., 2014). Pour limiter cette démotivation, l'intégration d'une formation sanitaire dans le FBR peut être conditionnée soit une certification (République du Burundi, 2014) ou soit sa sélection sur la base de critères de « fonctionnalité et de potentiel de performance » établis par le Ministère de la Santé (Mayaka, 2015). Cette option inciterait plus à la mise à niveau des formations sanitaires (infrastructures et équipements, dotation de fonds de roulement pour les médicaments), avant leur enrôlement (Bertone et al., 2011). Mais elle peut, en absence de dispositions pour la mise à niveau, être réductrice en empêchant les formations sanitaires de saisir l'opportunité que constitue le FBR pour acquérir de nouvelles ressources et améliorer leur fonctionnalité. L'application de l'enrôlement sélectif n'aurait pas permis à la zone de Luiza de passer son indice fonctionnalité de 25,5% à 65,18% après un an de mise en œuvre du FBR (République du Burundi, avril 2014 ; Pilipili et al., 2014).

Nonobstant ses apports à l'amélioration de l'environnement de travail du Burundi (République du Burundi, avril 2014), le FBR a souvent peu d'effet sur l'effectif des ressources humaines, complexes et difficiles à mobiliser sans une gouvernance et un leadership de qualité dans le secteur santé (Bertone et al., 2011).

La régulation, en termes d'appui aux formations sanitaires lors des supervisions, faible au démarrage, s'était améliorée dans les deux strates. Ce qui est similaire au constat fait en Zambie et en RDC (proportion de structures supervisées passée de 16,70% à 83,30% dans la zone de Luiza) (Chama-Chiliba et al., 2022 ; Pilipili et al., 2014). Pareillement au Burundi, le suivi des formations sanitaires était déficitaire au Bénin (République du Burundi, avril 2015). Les importants progrès des fonctions prestations et régulation grâce au FBR pourraient inciter à un enrôlement non sélectif des formations sanitaires comme dans les modèles du Bénin. Une mise à niveau permettra d'obtenir rapidement plus de résultats et plus de motivation des prestataires.

En ce qui concerne l'achat/paiement des prestations, la faible proportion de formations

sanitaires disposant de contrat FBR dans les deux modèles du Bénin, particulièrement dans la strate FBR_PASS, contraste avec la forte disponibilité de ce document relevée dans d'autres pays (Bertone et al., 2011 ; République du Burundi, avril 2015). Au Burundi où l'enrôlement dans le FBR est sélectif, le renouvellement régulier du contrat de durée semestrielle pourrait justifier leur forte disponibilité.

L'existence du plan d'affaire, théorique au Bénin comme en RDC (Bertone et al., 2011 ; Mayaka, 2015), était plus élevée au Burundi en 2013 (République du Burundi, avril 2015). Le retard de paiement des subsides, qualifié d'élément de mauvaise qualité de mise œuvre du FBR en RDC (Pilipili et al., 2014), était aussi important au Bénin comme au Burundi. Dans ce pays-ci, le délai de paiement dépassait de 17 à 90 jours ouvrables les 50 jours ouvrables admis (Mpendwanzi et al., 2015). Le retard de paiement constitue l'handicap majeur de cette fonction dont l'exécution était assez appréciée par les acteurs. La mise en place d'une Agence d'Achat de Prestations (AAP) mono-fonction, décentralisée, impartiale et plus indépendante vis-à-vis du financeur, assurant la canalisation des fonds, pourrait remédier à ce déficit et renforcer la redevabilité (Bertone et al., 2011).

Les deux modèles du Bénin ont opté pour une gestion séparée des fonds FBR, alors que la RDC et le Burundi pratiquent l'unicité de caisse, allouant 30% à 40% des recettes totales (y compris les subsides) comme prime au personnel (République du Burundi, 2014 ; République Démocratique du Congo, 2013). Contrairement aux modèles du Bénin dont la prime FBR est « l'une des primes » (Paul et al., 2014), l'unicité de caisse pourrait renforcer la motivation du personnel en liant la prime FBR aux autres recettes, et amplifier la gouvernance par l'autocontrôle et la responsabilisation du personnel.

La qualité de la vérification était faible dans les modèles du Bénin car la vérification communautaire et contre-vérification étaient souvent non exécutées. Pareillement à certains projets FBR de la RDC, la vérification de la quantité et l'évaluation de la qualité étaient exécutées dans le modèle FBR_PRSS par une structure indépendante (Bertone et al., 2011).

Dans le modèle FBR_PASS, les pratiques de vérification étaient similaires à celles notées au Burundi (République du Burundi, avril 2014).

L'importance des résultats de vérification et la nécessité de prévenir les fraudes et les conflits

suggèrent le recours à une agence de vérification externe à la hiérarchie sanitaire, surtout pour l'évaluation de la performance des formations sanitaires (Bertone et al., 2011) comme dans le modèle FBR_PRSS. Les coûts élevés de cette option dissuadent de la retenir.

Au Bénin, le succès, tout au moins au début, des expériences de monitoring semestriel des activités de santé, qui est une forme d'évaluation par les pairs se soldant par le paiement de primes de performance et de primes de rendement au personnel, rassure sur les potentiels du contexte.

Dans le domaine de la vaccination, les paiements au relais communautaire d'un forfait par enfant non vacciné dépisté dans la communauté ou de prime de performance au vaccinateur sont des expériences qui confirment des potentiels locaux et incitent à des choix rationnels.

Dans le contexte de rareté des ressources, et dans la perspective d'une pérennisation de l'intervention, il serait plus recommandable, de limiter dans le temps le recours à l'agence externe, et surtout d'utiliser plus les expertises et potentialités existantes dans le système.

La fiabilité et la qualité des résultats de vérifications réalisées par les pairs ou de façon croisée entre structures, pourront être renforcées par l'utilisation de malus (République du Burundi, 2014) et de sanctions (administratives et financières) pour dissuader les prestataires fraudeurs et les vérificateurs complaisants, et la délégation de la contre-vérification et la vérification communautaire à une structure quasi-externe comme l'inspection de la santé, la direction en charge de la recherche en santé et les écoles de santé.

L'implication de la population dans les deux modèles de FBR du Bénin était faible. Les mécanismes de recueil des besoins de cette population n'étaient pas souvent fonctionnels. L'implication de la population, limitée à sa participation à l'enquête communautaire (rarement exécutée), était pareille à celle du Burundi où les communautés étaient peu outillées pour exiger des comptes ou des sanctions (Manirambona et al., 2014).

En RDC, l'implication des populations intégrait la représentation des comités de santé dans les réunions, la supervision de l'utilisation des fonds, et les négociations sur les prix des soins (République Démocratique du Congo, 2013).

Le faible progrès des fonctions de FBR mettait en exergue l'insuffisance majeure que constituait la non application des principes de cette approche aux acteurs chargés des fonctions de régulation, paiement et vérification. Selon les prestataires du Bénin ou d'autres

pays, exposés aux carences de ces fonctions, cela traduisait l'absence d'équité, de transparence et gestion axée sur les résultats, souvent caractéristiques les modèles de FBR (Paul et al., 2014).

4.2 Synthèse des perspectives de pérennité du FBR

Les documents de base du FBR semblent établir la séparation des fonctions comme pierre angulaire de sa réussite (Le Projet AIDSTAR-Two, 2011). Du fait de ses coûts transactionnels élevés, la séparation des fonctions demeure un idéal au Bénin, pareillement à d'autres pays où des structures cumulent deux fonctions ou plus (Manirambona et al., 2014 ; République du Burundi, avril 2014 ; Nsengiyumva & Musango, 2011 ; Pilipili et al., 2014). Certes, la non séparation des fonctions génère des conflits d'intérêt, des suspicions ou risques de complaisance dans le processus de vérification et un manque de confiance aux résultats de vérification (Paul et al., 2014 ; Renaud, 2013), mais ce seul principe ne garantit pas la pérennité de l'intervention.

Par parallélisme avec les conditions de succès de toute intervention en santé, la pérennité du FBR paraît tributaire de la qualité de l'environnement, la permanence du financement et la qualité des structures de mise en œuvre (ou fonctions) du FBR (Contandriopoulos et al., 2010).

4.3. Analyse de la qualité des fonctions du FBR des deux modèles du Bénin

La régulation n'était pas suffisamment efficiente ni réactive dans le modèle FBR_PRSS, alors qu'elle était moins efficace et moins indépendante dans le modèle FBR_PASS. Les raisons pourraient se trouver dans la tenue et l'évaluation des contrats, l'irrégularité et la faible qualité de l'appui technique aux formations sanitaires (supervisions, inventaires, audits).

L'utilisation des structures locales telles les collectivités, et l'ancrage institutionnel au niveau intermédiaire du comité de pilotage, réduiraient les coûts opérationnels et assureraient plus d'efficacité à la régulation dans le FBR_PASS. Cet ancrage et la qualité d'exploitation des résultats des sessions du comité de pilotage et des supervisions augmentaient l'interaction avec la population, généraient une capacité réactive plus accrue pour ce modèle. Dans les deux modèles, particulièrement le modèle FBR_PASS, l'appui des bailleurs aux acteurs chargés de la régulation, et l'absence de contribution financière directe de l'Etat, réduisaient l'indépendance de cette fonction, comme en RDC (Mayaka, 2015).

Le paiement, exécuté par des structures indépendantes ou quasi-indépendantes, était efficace dans les deux modèles par l'apport de ressources nouvelles appréciées, à degré variable, par les bénéficiaires. Cette fonction était peu efficace par ses coûts de transaction, et de réactivité moyenne du fait des importants retards de paiement et l'absence de communication avec les acteurs.

La faible capacité dont disposaient les structures prestataires de soins au début de l'intervention était à l'origine de la faible efficacité de leurs réponses aux demandes des populations, justifiant la mise en place du FBR. Ces structures étaient efficaces, car elles produisaient leurs résultats avec peu de ressources, d'où leur faible réactivité. Etant des structures étatiques, leur autonomie était régie par des textes qui limitaient aussi leur réactivité et leur indépendance.

L'efficacité de la vérification résidait dans la production de données fiables acceptées par les parties contractantes. Son exécution externe dans le modèle FBR_PRSS était bien appréciée mais moins efficace, car générait des coûts plus importants que dans le modèle FBR_PASS. Elle garantissait une meilleure séparation des fonctions par l'indépendance de la structure d'exécution. L'absence de contre-vérification constitue une carence majeure des deux modèles.

L'implication de la communauté dans la mise en œuvre du FBR était relativement faible dans les deux modèles. Hormis les PUSS, facteurs d'efficacité dans FBR_PASS, et les COGECS, les populations gardaient leur indépendance dans l'exécution du FBR et pourrait contribuer à plus d'efficacité des autres fonctions, notamment la prestation et la vérification.

4.4. *Permanence du financement*

La permanence du financement dépend de la capacité de mobilisation des ressources et de la qualité de gestion financière.

A l'opposé du Bénin, le Burundi et le Rwanda, qui ont étendu le FBR à tout le pays, le cofinancent avec les partenaires extérieurs. En 2013, l'Etat a financé 60% du budget du FBR au Rwanda et 51% au Burundi (Mpendwanzi et al., 2015).

L'engagement du Burundi d'allouer 1,4% de ses ressources au FBR, s'est traduit depuis 2010 par la création d'une ligne budgétaire alimentée par 1,5% du budget du pays entre 2010 et 2014 (Mpendwanzi et al., 2015).

Dans les pays faibles économiquement et instables, cet engagement est fragile car il subit les fluctuations de la volonté politique et de la mobilisation des ressources nationales et étrangères. C'est le cas du Burundi où, depuis 2011, de fréquents défauts de financement du FBR par l'Etat et les partenaires engendrent une accumulation de factures impayées qui fragilise toute l'intervention (République du Burundi., avril 2015 ;Mpendwanzi et al., 2015).

En Ouganda où l'Etat s'est moins engagé, l'intervention s'est peu étendue en 12 ans, demeurant dépendante du financement extérieur (Ssenyonjo et al., 2021).

La maîtrise du financement pourrait intégrer la suppression de l'achat de certains services du PMA au niveau des hôpitaux, l'élimination de la concurrence inutile entre les niveaux de soins par renforcement de la complémentarité des paquets de soins (Mpendwanzi et al., 2015 ; Nsengiyumva & Musango, 2011), le développement de la référence et contre-référence (Van Lerberghe & Laforêt, 2013).

Elle suggère également d'associer la rémunération basée sur la population couverte au paiement à l'acte pratiqué dans plusieurs modèles de FBR. Nonobstant son coût d'évaluation élevé, ce paiement pourrait réduire la surproduction et la surprescription, inciter les formations sanitaires à développer une vision globale de la prise en charge de la population et renforcer la redevabilité envers celle-ci (Organisation Mondiale de la Santé, 2008 ; Nsengiyumva & Musango, 2011 ; Bertone et al., 2011).

4.5. *Limites de notre étude*

L'étude étant basée essentiellement sur la revue documentaire, la qualité des résultats pourrait souffrir de la faible tenue des archives dans les structures sanitaires. Cette problématique d'archivage des supports de données, également notée dans certaines formations sanitaires du Burundi (République du Burundi, avril 2014 ; République du Burundi., avril 2015), reste une défaillance récurrente du système de santé des pays à faible revenu (Bosch-Capblanch, 2009).

5. Conclusion

L'état des structures de prestation était pareillement faible au début du processus dans les deux modèles. Ces structures n'avaient bénéficié d'aucun appui de démarrage qui aurait accru leur niveau performance. Après trois années de mise en œuvre, leur état s'était amélioré significativement et il y avait une

bonification des fonctions de régulation et de paiement par rapport au démarrage. Nonobstant ces progrès, la qualité de la mise en œuvre des modèles FBR_PRSS et FBR_PASS était faible. Ce niveau de qualité relèverait plus de manque d'efficacité et de réactivité dans le modèle FBR_PRSS et de manque de réactivité et d'indépendance dans le modèle FBR_PASS.

En conséquence, la pérennité du FBR reste hypothétique au Bénin, sa performance étant compromise par la faible qualité de mise en œuvre des fonctions et les incertitudes du financement.

L'allocation de ressources nationales sécurisées pourrait garantir ce financement. La maîtrise des coûts de l'intervention imposera une adaptation des organes d'exécution en utilisant les potentiels existants dans le pays (structures et expériences passées de motivation du personnel), tout en veillant à la séparation des fonctions, au renforcement du contrôle et de la redevabilité. L'ancrage institutionnel du FBR au niveau local pourrait y contribuer en renforçant la mobilisation des ressources locales et l'appropriation de l'intervention.

Remerciements

Nos remerciements au ministère de la santé, aux projets FBR et aux acteurs des formations sanitaires du Bénin qui ont contribué à cette étude.

Cette étude a bénéficié aussi de la subvention African Doctoral Dissertation Research Fellowship (Addrf) accordée par African Population and Health Research Center (APHRC) en partenariat avec International Development Research Center (IDRC).

Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt.

Références bibliographiques

- Basinga, P., Gertler, P., Binagwaho, A., Soucat, A., Sturdy, J. & Vermeersch, C. (2010). Paying primary health centres for performance in Rwanda. World Bank, Washington, DC, Policy research working paper 5190. Year 2010. {unpublished data only}
- Bertone, M.P., Mangala, A., Kwete, D. & Derriennic, Y. (Mars 2011). Revue des Expériences de Financement Basé sur les Résultats en République Démocratique du Congo. Bethesda, MD : Projet Health Systems 20/20, Abt Associates Inc
- Bosch-Capblanch, X., Ronveaux, O., Doyle, V., Remedios, V and Bchir A (2009). Accuracy and quality of immunization information systems in forty-one low income countries. *Tropical Medicine and International Health*, 14(1), 2-10.
- Castonguay, J. (2013). *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux*. Montréal, Edition CIRANO.
- Chama-Chiliba, C. M., Hangoma, P., Chansa, C., & Mulenga, M. C. (2022). Effects of performance based financing on facility autonomy and accountability: evidence from Zambia. *Health Policy OPEN*, 3, 100061. DOI :10.1016/j.hopen.2021.100061
- Contandriopoulos, A., Champagne, F., Denis, J. & Avargues, M. (2000). L'évaluation dans le domaine de santé : concepts et méthodes. *Rev Epidé. et Santé Publ*, 48 :517-539
- Cordaid-Sina Health. (2014). *PBF en Action : Théories et Outils, Guide des cours PBF (5è édition)*. La Haye, Cordaid Sina Health.
- Fritsche, G.B.F., Soeters, R., & Meessen, B. (2014). Performance-Based Financing Toolkit. Washington, DC: World Bank. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0
- Le Projet AIDSTAR-Two. (2011). Le manuel FBP : Conception et mise en place de programmes efficaces de financement basés sur la performance. Version 1.0 Cambridge Management Sciences for Health, 2011
- Manirambona, J., Ntakarutimana, L., Muhorane, C. & Fedjo, G. (2015). *Transparence et redevabilité dans la gestion de la gratuité des soins à travers les mécanismes du FBP au Burundi 2014/2015*.
- Mayaka, M.S. (2015). *Le financement basé sur la performance dans un système de santé complexe: cas de la République Démocratique du Congo* [Thèse de Doctorat, Université Catholique de Louvain] (<http://hdl.handle.net/2078.1/165401>).
- Meessen, B., Soucat, A. & Sekabaraga, C. (2011). Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of the World Health Organization*, 89,153–156
- Mpendwanzi, R., Basenya, O., Hakizimana C, Ndayishimiye J, Nkindi S (2015). *Le financement de la stratégie et gratuité au Burundi* .
- Nsengiyumva, G. & Musango, L. (2011). *Le système de santé de district et le financement basé sur la performance au Burundi: synergies et contradictions possibles*. PBF CoP Working Paper Series WP4 September 2011.

- Organisation Mondiale de la Santé. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*. Genève, OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Rapport sur la Santé dans le Monde 2008 : les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais*. Genève, OMS.
- PARZS-Projet d'Appui Renforcement des Zones Sanitaires (2012). Document d'orientation intégration du FBR dans le PARZS. Version septembre 2012.
- Paul, E., Sossouhounto, N., Eclou, D.S. (2014). Local stakeholders' perceptions about the introduction of performance based financing in Benin: a case study in two health districts. *Int J Health Policy Manag*, 3, 207–214. doi: 10.15171/ijhpm.2014.93
- Peabody, J.W., Florentino, J., Shimkhada, R., Solon, O. & Quimbo, S. (2010). Quality variation and its impact on costs and satisfaction: evidence from the QIDS study. *Medical Care*, 48, 25–30
- Pilipili Hangi, P., Mukongo, M., Mafuta, E. & Kyanza, D. (2014). Analyse des résultats du financement basé sur la performance dans l'amélioration de la quantité et qualité des prestations des soins : étude de cas de la ZS de Luiza versus la ZS de Bilomba sous projet PROSANI/MSH 2011-2014.
- Projet de Santé Intégré en République Démocratique du Congo. (2011). *Programme de financement basé sur les résultats : Manuel du financement basé sur les résultats PROSANI*. Octobre, 96p.
- PRPSS-Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé.(2014). Document de cadrage du financement basé sur les résultats (FBR) au Bénin, version validée. Janvier
- Renaud Adrien (2013). *Vérification de la performance dans le cadre du financement basé sur les résultats : le cas du Burundi*. Rapport de consultance, juillet.
- République Démocratique du Congo, Unité de Coordination du Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur Santé. (2013). Manuel des procédures pour la mise de la stratégie du Financement Basé sur les Résultats. Version Octobre.
- République du Burundi. (2014). Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance au Burundi, version révisée 2. Janvier.
- République du Burundi. (2014). *Rapport de mise en œuvre du financement basé sur la performance et la gratuité des soins pour l'année 2013*. Cellule Technique Nationale FBP.
- République du Burundi. (2015). *Rapport de mise en œuvre du financement basé sur la performance et la gratuité des soins pour l'année 2014*, Cellule Technique Nationale FBP.
- Soeters, R., Habineza, C. & Peerenboom, P. (2006) Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization*, 84, 884-889
- Ssenyonjo, A., Ekirapa–Kiracho, E., Musila, T. & Ssengooba, F. (2021). Fitting Health Financing Reforms to Context: Examining the Evolution of Results-Based Financing Models and the Slow National Scale-Up in Uganda (2003-2015). *Global Health Action*, 14(1), 1919393. DOI: 10.1080/16549716.2021.1919393
- Sutherland, J.M. (2011). *Hospital Payment Mechanisms: An Overview and Options for Canada*. CHSRF.
- Van Lerberghe, W. & Lafort, Y. (1990). *Le rôle de l'hôpital dans le district : dispenser ou soutenir les soins de santé primaires?* Genève, OMS. (<http://www.who.int/iris/handle/10665/59750>).