

# HERITAGE DU PROJET FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS DANS LE SYSTEME SANITAIRE DU BENIN.

Maxime Biaou Ayédèguè CHALLA<sup>1</sup>

Fabien AFFO<sup>2</sup>

Ammielle Kamarotin Fomilayo CHALLA<sup>3</sup>

*maximechll129@gmail.com*

## Résumé

*Le financement public des pays à économie faible augmente sans de réel progrès. En effet, les problèmes techniques, institutionnels, politique, et sociaux continuent de plomber leurs efforts des réformes du système de santé. A la place des performances, elles font ressortir d'autres carences, malgré l'implication de multi-acteurs. Même, la succession des réformes ; la diversification et politique de financements, les impacts sur le système restent peu visibles et parfois éloquent dans la dégradation des performances attendues (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 : 113 ; Ridde et Jacob, 2013 : 209). Or, la performance du système sanitaire repose sur des piliers essentiels de la qualité des services. En conséquence, le financement basé sur les résultats est proposé pour de nombreux pays comme alternatif crédible à l'amélioration de performances des systèmes de santé dans les années 2002. Cette approche est introduite au Bénin vers les années 2012. Par ailleurs, cette recherche se veut de comprendre les effets du FBR sur le système sanitaire béninois. Il s'agit d'une recherche qualitative basé sur la recherche documentaire, les entretiens et de l'observation. La population d'étude est constituée des acteurs de santé et la communauté avec un échantillonnage aléatoire simple des cibles dans plusieurs zones sanitaires. Un guide d'entretien digitalisé sur kobocollect pour faciliter la collecte de données. A l'issu de cette recherche, les résultats montrent que la durabilité de FBR est faible au Bénin. En l'absence d'incitation financière, la démotivation a gagné les agents de santé, chute des indicateurs, mais d'importante ressources humaines et matérielles demeurent.*

**Mots clés :** *Projet héritage, sanitaire, FBR, Bénin.*

## Abstract

*Public funding for countries with weak economies is increasing without real progress. Indeed, technical, institutional, political and social problems continue to hamper their efforts to reform the health system. Instead of performances, they highlight other deficiencies, despite the involvement of multi-stakeholders. Even, the succession of reforms; diversification and funding policy, the impacts on the system remain barely visible and sometimes eloquent in the deterioration of expected performances (Jaffré and Olivier de Sardan, 2003: 113; Ridde and Jacob, 2013: 209). However, the performance of the health system is based on essential pillars of service quality. Consequently, results-based financing is proposed for many countries as a credible alternative to improving the performance of health systems in the years 2002. This approach was introduced in Benin around the years 2012. Furthermore, this research wishes to understand the effects of the RBF on the Beninese health system. This is qualitative research based on documentary research, interviews and observation. The study population consists of health workers and the community with simple random sampling of targets in several health zones. A digital interview guide on kobocollect*

*to facilitate data collection. At the end of this research, the results show that the sustainability of FBR is low in Benin. In the absence of financial incentives, health workers have become demotivated and indicators have fallen, but significant human and material resources remain.*

**Keywords:** Project, legacy, health, FBR, Benin.

## Introduction

Au sud du Sahara, chaque Etat s'évertue à offrir à sa communauté de meilleure condition de vie. A cet effet, les politiques de développements se sont multipliés dans tous les domaines. Spécifiquement, sur le plan sanitaire les regroupements internationaux, régionaux et nationaux ont consacré des orientations pour faciliter les politiques et programmes de développement sanitaire au profit des populations. Par ailleurs, en 1978 le traité d'Alma-Ata nourrie pour l'humanité un accès universel aux services de santé primaire. Dans cette dynamique chaque pays capte des opportunités d'offrir le renforcement d'un meilleur accès à un service de qualité pour tous. Sur ce, le Bénin fait partir du concert des nations ayant bénéficié des financements extérieurs pour booster la qualité de son service de santé et la facilité d'accès à ces services. C'est ainsi qu'en 2012 le Bénin fait l'expérience du Financement Basé sur les Résultats (FBR), cette alternative qui projette un lendemain meilleur sur l'amélioration de la performance des systèmes de santé, fut adopter par plusieurs pays autour des années 2002. C'est dans cette logique que Canavan et al. Définissent le FBR comme mode de financement liant les motivations aux performances pour améliorer l'accessibilité, la qualité et l'équité dans la fourniture des services de santé (Canavan et al., 2008 : 18).

En effet, au Bénin, un paquet d'indicateurs de santé est acheté auprès des acteurs au moyen de forme d'incitation pécuniaire à la performance défini par le niveau national avec l'appui financier de la Banque Mondiale, le Fond Mondial dans certaines Zones Sanitaires, la Coopération Belge ou GAVI dans d'autres. Alors le projet FBR vient renforcer l'objectif de l'Etat Béninois décliné à travers le plan national de développement sanitaire (PNDS) 2017 – 2021 qui vise de réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile, sous le couvert, du renforcement de l'offre de services de qualité en appui à la santé de la mère et de l'enfant. Alors, quelques années après la mise en œuvre de cette intervention, quelles sont les pratiques qui demeurent dans le quotidien du système sanitaire du Bénin ? En résumé, cet article fait la lumière sur l'héritage du FBR sur le système sanitaire du Bénin.

### ***1.1. Cadre de recherche***

Bénin est étalé sur une superficie de 112 000km<sup>2</sup> avec un taux un taux d'accroissement démographique de 3.25 % pour une population 12.851.425 habitants. Situé en Afrique de l'Ouest, limité au nord par la République du Niger ; au nord-ouest par le Burkina Faso ; à l'ouest par le Togo ; à l'est par le Nigeria et au sud par l'océan Atlantique. Il est subdivisé en 12 départements puis en 77 communes avec de niveau de développements inégal. Les 77 communes sont réparties en 34 zones sanitaires. A cet effet, le pays est doté d'un système de santé pyramidal, de trois niveaux, dont le niveau national ; le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. La zone sanitaire est la dénomination locale du district sanitaire. L'équipe d'encadrement de la zone sanitaire est dirigée par le médecin coordonnateur de zone. L'offre de service est assurée par les centres de Santé (CS) et les cabinets de soins privés/confessionnels qui réfèrent vers l'hôpital de zone sanitaire. Par contre, le niveau intermédiaire correspond administrativement à chaque espace départemental. On dénombre actuellement douze (12) directions départementales de la santé et 06 Centres Hospitaliers Départementaux (CHD). Aussi, il existe des centres de référence spécifiques tels que les Centres d'Information, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil (CIPEC) ; les Centres de Traitement Anti Lèpre (CTAL) ; les Centres de l'Ulcère de Buruli ; les Antennes Départementales de Transfusion Sanguine, etc. Le niveau central ou national fixe les orientations stratégiques, c'est le niveau de conception et de prise de décisions en matière de politique de développement du secteur sanitaire. Le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions Centrales Techniques et les Agences assurent la coordination d'ensemble. Au niveau central, le Centre Hospitalier National Universitaire est le sommet de la pyramide des infrastructures de soins. On note une centralisation des responsabilités et ressources au détriment des niveaux intermédiaires et périphériques. Il faut observer une insuffisance d'infrastructure socio-sanitaire et de personnel qualifié de santé et leur répartition inégale sur toute l'étendue du territoire national. Le plateau technique reste pauvre. Par ailleurs, le ratio nombre d'agents de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes) pour 10 000 habitants est de 7,6 contre 25 agents de santé qualifiés pour 10 000 habitants selon les normes de l'OMS, réparti comme suit : 1,5 Médecins pour 10 000 Habitants ; 4,7 Infirmier(e)s pour 10 000 Habitants et 1,4 Sages-Femmes pour 10 000 Femmes en âge de Procréer. En ce qui concerne la répartition géographique, une forte concentration

du personnel dans les centres urbains où les conditions de vie sont plus attractives en défaveur des zones déshéritées proches ou éloignées et/ou enclavées (79% dans les zones urbaines contre 21% dans les zones rurales). Par ailleurs, il existe une forte prégnance de la médecine traditionnelle dans le quotidien de la population, mais un mur de Berlin s'est dressé entre deux formes médicinales.

### ***1.2. Matériels et méthodes de travail***

Il s'agit d'une recherche qualitative basé sur la recherche documentaire, les entretiens et de l'observation. La population mère identifiée dans le cadre de cette recherche est constituée de groupes cibles spécifiques, notamment des acteurs de santé, des organes de gestion des centres de santé, des acteurs ayant mise en œuvre le projet FBR et d'autres acteurs impliqués dans les activités au niveau local. Pour conduire à bien cette recherche, la méthode d'échantillon de Shwartz est utilisée pour déterminer le nombre de zones sanitaires dans lequel les enquêtes ont lieu. Shwartz (1969) considère  $N$  : comme la taille de l'échantillon,  $e$  : effet grappe;  $i$  : précision,  $Z$  : écart-type correspondant au risque d'erreur,  $p$  : taux de couverture du projet FBR,  $q = 1-p$ . Ainsi la taille de l'échantillon est obtenue par la formule suivante :

$$N = \frac{eZ^2pq}{i^2}$$

Partant de l'hypothèse qu'au moins 80% de la cible serait plus touché par le projet FBR, le calcul de la taille de l'échantillon nécessaire pour faire une inférence sur les 34 Zones Sanitaires (ZS) que compte le pays. Soit :  $e = 2$  ;  $i = 10\%$  ;  $Z = 0,061$  avec un risque d'erreur de 5% ;  $p = 80\%$  et  $q = 20\%$ . En appliquant la formule de Shwartz ci-dessus, on obtient le nombre de zones sanitaires touché par les enquêtes.

$$N = \frac{2 \times (0,061)^2 \times (0,80 \times 0,20)}{0,01^2}, N = 12$$

Soit un total de douze zones sanitaires comme échantillon. Alors, toutes les Zones Sanitaires sont numérotées de 1 à 34, à l'aide d'un tirage aléatoire simple avec le générateur de nombre sur excel (=RANDBETWEEN (1 ;34)) = (1 ; 2 ; 4 ; 11 ; 13 ; 15 ; 17 ; 20 ; 25 ; 27 ; 30 et 33), ainsi est générée la cible de l'échantillon. Les résultats du tirage sont consignés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Résultats du tirage au sort des Zones Sanitaires abritant les personnes à enquêter

N°	N° de sélection	Région	Zone Sanitaire	PTFs
1	1	Alibori	Banikoara	BM
2	2	Atacora	Kouandé-Ouassa-Péhunco-Kérou	BM
3	4	Mono	Lokossa-Athiémè	BM
4	11	Atacora	Natingou-Boukoubé-Toucountouna	FM
5	13	Atlantique	Abomey-Calavi-Sô-Ava	FM
6	15	Borgou	Bembèrèkè-Sinendé	FM
7	17	Collines	Savè-Ouèssè	FM
8	20	Littoral	Cotonou 6	FM
9	25	Zou	Djidja-Abomey-Agbangnizoun	FM
10	27	Ouémé	Avrankou-Adjarra-Akpro-Missrété	FM
11	30	Couffo	Klouékanmè-Toviklin-Lalo	CTB
12	33	Donga	Bassila	CTB

Source : donnée de terrain, juin 2023

Dans chaque zone, deux aires sanitaires au choix aléatoires seront touchées par l'enquête. Les différents acteurs ayant participé à la mise en œuvre du projet FBR sont la cible principale. Après identification du premier enquêté dans chaque aire sanitaire, le reste est identifié par effet de boule de neige.

Tableau 2 : Nombre de personnes enquêtés par catégorie d'acteur

<b>Acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet FBR</b>	<b>Nombre</b>
Acteurs de santé	70
Acteurs de mise en œuvre	9
COGECS	19
D'autres acteurs bénéficiaires du projet	11
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>

Source : donnée de terrain, juin 2023

Alors, pour conduire à bien cette recherche, deux types de questionnaires sont élaboré et administré, soient aux acteurs de santé ou aux acteurs de mis en œuvre du projet FBR. Ces questionnaires ont permis de recueillir les réponses au fur et à mesure tout au long de l'enquête. En somme, pour réduire les marges d'erreur de saisie, faciliter la promptitude de la collecte et la compilation des données, l'outil de collectes est digitalisé et déporté sur koboccollect.

### **1.3. Objectifs de la recherche**

#### **1.3.1. Objectif général**

Comprendre les effets du projet FBR sur le système sanitaire du Bénin.

#### **1.3.2. Objectifs spécifiques**

Cette recherche poursuit les objectifs suivants :

- Expliquer l'influence du projet FBR sur la performance du système sanitaire du Bénin.
- Explorer les changements apportés par le projet FBR dans les interventions sanitaires au Bénin.

L'analyse des résultats de la recherche amène à tester les hypothèses qui suivent :

#### **1.3.3. Hypothèses**

Dans le cadre de la présente recherche, les hypothèses suivantes sont formulées :

- Les pratiques de FBR améliorent la performance du système sanitaire du Bénin ;

- Les changements sont apportés par le projet FBR dans le système sanitaire du Bénin.

## 2. Résultats

Au terme de cette recherche, les résultats obtenus se présentent comme suit :

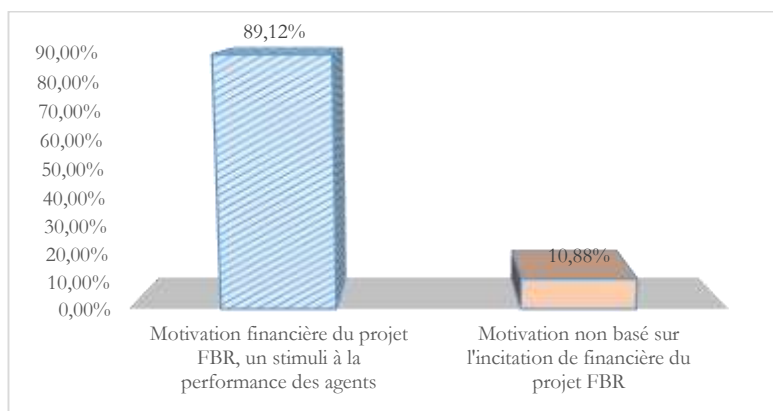
### ***2.1. Incitation à l'amélioration de la performance***

Le projet Financement Basé sur les Résultats, connu beaucoup sous le nom de FBR offre des motivations aux agents de santé sur la base de l'amélioration des performances liées à l'offre et l'accès aux soins de qualité dans les centres de santé et hôpitaux. C'est un ensemble d'indicateurs de grande importance, car il touche à la fois à la qualité des soins et à la motivation du personnel de santé. Cette approche de récompense a des avantages et des défis qui sont importants à considérer dans ce champ de recherche.

L'offre de primes liées aux performances incite les agents de santé à se concentrer davantage sur l'amélioration de la qualité des soins et de l'accès, ce qui conduit à une meilleure satisfaction des patients et des résultats de santé. En réalité, les résultats de cette enquête au sein des centres de santé sont encourageants et démontrent le potentiel considérable des agents de santé en fonction des primes liées aux performances pour améliorer la prestation des soins de santé. Le constat est que près de 89,12% des agents de santé interrogés estiment que ces incitations stimulent leur concentration sur l'amélioration de la qualité des soins et de l'accès est particulièrement significatif. En effet, il est essentiel de reconnaître le rôle crucial que jouent les agents de santé dans la prestation de soins de qualité et dans la réalisation d'un accès équitable aux services de santé. Lorsqu'ils « *sont motivés et incités à se surpasser, ces professionnels peuvent véritablement faire la différence dans la vie des patients. Les primes liées aux performances fournissent un moyen tangible de reconnaître et de récompenser leur dévouement et leur excellence dans leur travail* » Médecin chef d'une commune. L'impact potentiel de cette incitation financière ne se limite pas seulement à la satisfaction des agents de santé. En améliorant la qualité des soins et l'accès aux services de santé, cette initiative a également contribué à une meilleure satisfaction des patients et à une amélioration des performances des centres de santé. Cela souligne l'importance de maintenir et d'élargir ces efforts, en veillant à ce que les

incitations continuent de motiver et de soutenir les agents de santé dans leur quête d'excellence. Cependant, il a été essentiel pour l'équipe de projet de surveiller de près la mise en œuvre de ces incitations pour s'assurer qu'elles atteignent pleinement leur objectif et qu'elles ne génèrent pas d'effets secondaires indésirables. De plus, il s'est important de garantir l'équité dans la distribution de ces primes et de veiller à ce qu'elles n'entraînent pas de disparités injustes entre les professionnels de la santé. Pour les agents de santé interrogés, ces actions mettent en évidence l'importance de reconnaître et de récompenser leur travail acharné, tout en contribuant à l'amélioration continue de la qualité des soins de santé et de l'accès aux services médicaux. Cela représente un pas important vers l'atteinte des objectifs du projet FBR en matière de santé et de bien-être pour les communautés desservies.

*Figure 1 : Récompense financière, source de motivation à la performance des agents de santé*



*Source : données de terrain, juin 2023*

Les résultats de l'enquête ont montré une augmentation significative du niveau de motivation parmi les agents de santé après l'introduction du système de primes pour l'amélioration des performances liées à l'accès aux soins de qualités. Les données indiquent que le nombre moyen de patients traités par jour a augmenté de 15,2% dans les six mois suivant la mise en place des primes. De plus, le taux de satisfaction des patients a augmenté de 20,41%, reflétant une amélioration de la qualité des soins fournis. Le registre des réclamations et des plaintes des patients a montré une diminution de 29,97%, suggérant une réduction des erreurs

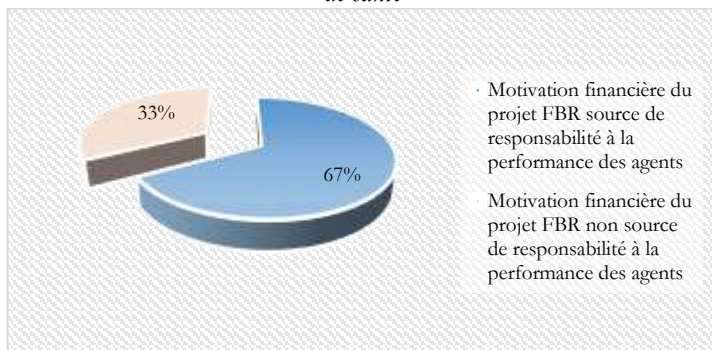


médicales et une meilleure adhésion aux protocoles de soins. Le taux de rétention du personnel de santé a également augmenté de près 10,1%, indiquant que les primes ont contribué à accroître la satisfaction professionnelle et à réduire le turnover. Par ailleurs, 97,28% des résultats des entretiens avec les agents de santé ont révélé que la plupart d'entre eux considéraient les primes comme un facteur de motivation important, mais ont souligné l'importance de maintenir un équilibre entre les objectifs quantitatifs et qualitatifs pour éviter toute pression excessive.

## ***2.2. Renforcement de la Responsabilité***

Pour 67% des enquêtés de la zone FBR, les primes renforcent le sentiment de responsabilité des agents de santé envers leurs patients et la communauté qu'ils servent, les encourageant ainsi à fournir des soins de meilleure qualité. Ces résultats concernant le renforcement de la responsabilité des agents de santé grâce aux primes sont tout aussi pertinents et prometteurs que ceux liés à l'amélioration de la qualité des soins. Il est essentiel de noter que la responsabilité des agents de santé envers leurs patients et la communauté est un élément clé de la prestation de soins de santé de qualité. Lorsque les professionnels de la santé se sentent responsables et engagés envers le bien-être de leurs patients, cela se traduit généralement par une meilleure qualité des soins. Les primes, en tant qu'incitations financières, ont joué un rôle crucial dans la promotion de ce sentiment de responsabilité. Ce lien établi par les agents de santé entre les primes et le renforcement de la responsabilité est expliqué selon eux par le fait que les agents de santé sont davantage motivés à fournir des soins de meilleure qualité lorsqu'ils sont récompensés pour leurs performances. Cette motivation accrue peut les amener à s'investir davantage dans le suivi des patients, à être plus attentifs à leurs besoins individuels et à leur fournir des soins plus personnalisés et efficaces. Pour eux, c'est un mécanisme efficace pour renforcer le sentiment de responsabilité des agents de santé envers les patients et la communauté. Cela contribue généralement à l'amélioration globale de la qualité des soins de santé dispensés avec le soutien du projet, tout en garantissant que les agents de santé demeurent engagés et attentifs aux besoins de ceux qu'ils servent. Cela représente un autre aspect positif à prendre en compte dans la mise en œuvre et la poursuite de ce programme d'incitations au sein des établissements de santé couverts par le projet.

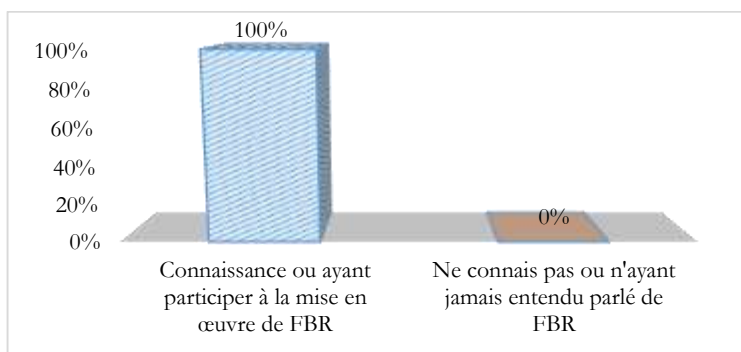
Figure 2 : Motivation financière source de responsabilité à la performance des agents de santé



Source : données de terrain, juin 2023

### 2.3. Connaissance des projets FBR par les enquêtées

Figure 3 : Niveau de connaissance du par les enquêtées

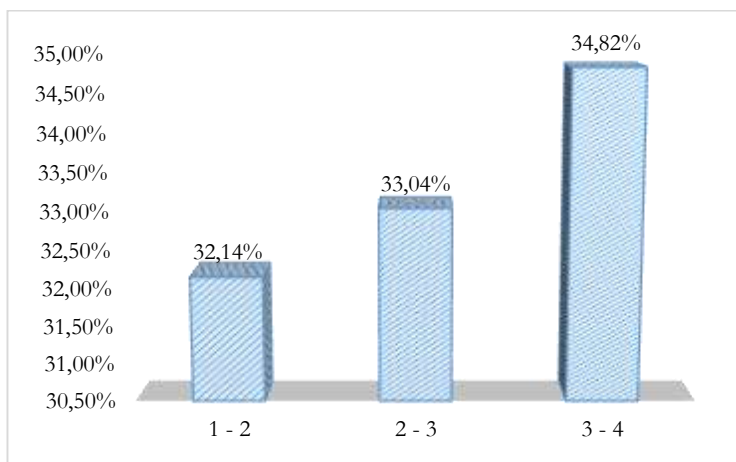


Source : donnée de terrain, juin 2023

La quasi-totalité des enquêtées connaisse le projet ou ont pris part à sa mise œuvre.

## **2.4. Nombre d'année d'expérience des personnes enquêtées sur des enquêté sur le projet FBR**

Figure 4 : % du nombre d'année d'expérience sur FBR



Source : donnée de terrain, juin 2023

32,14% des personnes enquêtées ont une expérience d'un à deux ans sur le projet FBR, contre 33,04% qui ont entre deux à trois ans, puis 34,82% ont fait l'expérience de plus de trois ans sur ce projet. Ceci permet de dire que les personnes enquêtées ont une bonne connaissance du projet FBR.

## **2.5. Perception des acteurs de santé sur les pratiques déterminantes qui garantissent la durabilité des acquis des projets**

Pour influencer la gestion d'un projet de développement, Pouligny suggère qu'il faut dès sa conception et sa mise en œuvre, que les acteurs locaux arrivent à développer de nouvelles aptitudes (Pouligny, 2009 :15). En effet, la pérennisation des acquis des projets et programmes, doit prendre essence dans l'élaboration des stratégies de maintien des acquis depuis la conception des projets. Mais en ajustant au fur et à mesure sur les piliers fondamentaux des différentes phases de la vie du projet, sans occulter la culture de la mobilisation des ressources endogènes et en diminuant progressivement les apports externes. C'est pour cette raison que le médecin chef d'une commune déplore les projets "top down" en déclarant « *du haut de mes 15 années d'expériences, tous les projets auxquels j'ai pris part à la mise en œuvre dans le système de santé, nous n'avons pas été associé à*

*leur conception, ni à leur étude faisabilité* ». Le président du Comité de Gestion des Centres de Santé, à la fois élu local renchérit *« on tire seulement profit de quelques avantages pendant la mise en œuvre des projets, l'après projet importe peu aux acteurs parce qu'ils ne nous ont pas associé avant de commencer »*.

Pendant la mise en œuvre des projets, les acteurs s'empressent à exécuter leur agenda, alors, ils font tout azimut des formations de renforcement de capacité aux agents dans le but d'atteindre les objectifs de l'instant visé par le projet et non à long terme. Ceci pose la problématique du renforcement de capacité des bénéficiaires à être en mesure de prendre le relai des connaissances ou compétences transmises. Or, le renforcement des capacités des bénéficiaires ou tout autre acteur impliqué devrait être une condition "no go" dans les facteurs qui insufflent la dynamique de changement de comportement à poursuivre les bonnes actions après la période de mise en œuvre. Ceci conforte cet agent de santé qui affirme *« j'ai souvent reçu de formation pendant la mise en œuvre des projets de santé, mais c'est juste dans le but d'aider nos partenaires de projet à atteindre leurs résultats »*. Le changement de comportement doit viser aussi l'implication des bénéficiaires dans les différentes phases du projet, c'est-à-dire depuis l'étude de faisabilité, en passant par son montage, sa mise en œuvre et son suivi-évaluation.

Par ailleurs, un responsable des soins infirmiers affirme : *« au temps de la mise en œuvre du projet FBR, nous avons bénéficié régulièrement de renforcement de capacité au profit des collègues. Ces formations ont boosté non seulement l'amélioration des indicateurs, mais aussi la qualité de leur intervention. Certes d'autres projets sont venus faire aussi leur preuve, mais la qualité recherchée par FBR est morte avec le projet »*

Pour cette sage-femme *« spécialement avec FBR les agents sont motivés à bien travailler et à offrir des soins et respecter les normes en matière de qualité. Dans la recherche de la performance, ils sont tenus de faire le suivi de l'évolution des indicateurs sanitaires de leurs aires de compétences »*.

En tant que Médecin Coordinateur de la zone, pendant la mise en œuvre du projet FBR, j'ai été satisfait de *« l'alignement des résultats du FBR sur les priorités nationales; de l'engagement des responsables à offrir de bonnes prestations; d'amélioration de la qualité des prestations achetées; d'amélioration de la relations soignant-soigné; d'amélioration de la gouvernance du système sanitaire, que dire de l'acquisition des moyens médicaux techniques et roulants, de la motivation des agents de santé à faire le travail »*. De même, une infirmière déclare *« pendant la mise en œuvre des projets dans le domaine de la santé, on observe une amélioration de la performance dans les aspects que touchent les interventions en raison de l'appui*

*régulier des acteurs du projet. Vous convenez avec moi qu'on a noté pendant la mise en du projet FBR une amélioration de la performance du système de santé en général, une bonne qualité de la prestation, une disponibilité permanente des intrants, une bonne propreté des locaux, une motivation du personnel, un bon accueil des patients, une bonne documentation des données. Mais après la clôture de ce projet, les bonnes pratiques induites sont éteintes à petit feu »*

*« L'intervention de ce projet nous a facilité la gestion des déchets biomédicaux. Après une évaluation, mon centre de santé est sorti gagnant du lot mis en jeu par le projet. Ce lot nous a permis de construire l'incinérateur qui est derrière ce bâtiment qui nous abrite. Il faut remarquer que non seulement le niveau des indicateurs de santé sont relevés, mais aussi, le projet avait aidé à l'amélioration du plateau technique et de la disponibilité de matériel roulant ».*

Cet agent de santé et superviseur au temps de FBR affirme que *« le remplissage correcte des registres et outils de gestion prise en charge correcte des clients et le respect des normes et protocoles est monnaie courante. Assez de bonnes pratiques qui séduisaient pendant la mise en œuvre de ce projet. Certes, des efforts sont fait maintenant aussi, mais pas comme au cours de cette période. Le personnel soignant qui profitait des ristournes de ce projet regrette ce serrage, parce que quoiqu'on dise, il profitait un peu de ces résidus, des formations sanitaires, de financement pour acquérir de matériel médical et de médicaments »*

## ***2.6. Perceptions des bénéficiaires sur les pratiques déterminantes qui garantissent la durabilité des acquis des projets***

Pour cet élu local, *« la pérennisation des acquis des projets est souvent garantie pour la plupart des projets qui impliquent les élus locaux. La gestion participative dans un projet facilite son appropriation par les bénéficiaires et la pérennité des acquis est facile. Ainsi, si le projet finit, les bénéficiaires continueront à appliquer ce qu'ils ont acquis. C'est vraiment très important de faire participer tout le monde dans un tel projet »*. Il convient de souligner l'apport et l'engagement de toutes les parties prenantes dans l'exécution d'un projet pour consolider ses acquis. Cette implication partielle des bénéficiaires ressort dans les propos de cette femme *« je suis souvent content de la prise en compte de la voix de la communauté pour le calcul des subsides à gagner (modèle de Enabel) par les agents du système de santé »*

Une mère de famille déclare *« Pendant la période de FBR, les agents de santé de mon village sont devenus subitement gentils. Ils vous parlent avec respect et se préoccupent de votre sort. Je les trouvais étranges avant de comprendre qu'une motivation accompagnait ce changement brusque. Je me demandais ce qu'advierait ce changement à la fin de de ce projet. Je ne suis pas surpris du spectacle désolant qui*

*s'observe de nouveau. A mon sens pour le bonheur de la population, l'Etat devrait œuvrer pour la continuité de ce projet pour que les agents de santé aussi continuent avec le respect des normes et les bonnes pratiques dans notre centre de santé ».*

Cette responsable d'un groupement de femme évoque « *A titre particulier, j'ai un mauvais pressenti pour les projets de développement importés. Ils viennent injecter de ressources colossales pour bouleverser nos habitudes et peu de temps après. Ils tournent dos au moment où on commence par prendre goût sans être à même de poursuivre les initiatives faute de moyen* ». La courte durée de vie des projets n'est pas de nature à favoriser son bon héritage.

Un membre COGECS déclare « *Grâce à l'intervention du projet FBR, le plateau technique du centre de santé de mon village a été amélioré par la dotation en matériels de travail, de même que le renforcement de capacités de son personnel et la motivation financière des agents y compris nous-même en tant que membres COGECS. Par le biais du même projet quelques agents ont été recrutés pour renforcer l'effectif du personnel* ».

En tant que membre COGECS, défenseur des droits de la communauté vis-à-vis du personnel soignant, « *l'ardeur du personnel soignant au travail et l'amélioration de la relation entre le personnel soignant et la communauté était un gain précieux à préserver, le personnel était motivé et les clients bénéficiaient de bonnes prestations, mais malheureusement c'était de l'amour forcé par le gain qu'il tirait de leur bonne performance sous cet angle. Je savais que ça ne serait pas durable* ».

En conséquence, l'une des alternatives pour assurer la pérennisation des acquis des projets en santé est l'approche communautaire qui mobilise l'engagement actif des bénéficiaires, la participation et le leadership des femmes dans les activités, de même le transfert progressif de compétences vers la couche bénéficiaire. Ainsi, cette approche intégrée permettra de sauvegarder ces acquis en l'inscrivant dans la durée. Certes les agents de santé, la population et les acteurs locaux ont bénéficiés du projet FBR, mais son implémentation peine à être visible sur le terrain.

## ***2.7. Perceptions des acteurs de mise en œuvre du projet FBR sur les pratiques déterminantes qui garantissent la durabilité des acquis de ces interventions***

Plusieurs approches de gestion et de pérennisation ont été abordé par les enquêtés au cours de cette recherche, à cet égard, les propos d'un responsable de projet stipulent « *Les séances de restitution communautaire des résultats sont organisées pour montrer les progrès et les monitorages trimestriels afin de renforcer le dialogue entre les décideurs à divers niveaux, le personnel sanitaire et les PTFs autour des questions de santé dans les communes* ». De ces déclarations, il

se dégage que les séances régulières entre les acteurs impliqués dans le projet, assurent une bonne gestion et renforcent la question de redevabilité, par ricochet une appropriation de bonnes pratiques. Il apparaît important pour garantir la pérennisation, de faire un suivi régulier et d'informer toutes les parties prenantes des étapes de développement du projet.

Un autre cadre des acteurs de mise en œuvre renchérit en donnant un exemple typique : *« on a essayé de mettre en place un cadre pour le partage des informations. Au début, on s'impliquait pour que ça marche, mais après pour que ça devienne une habitude, on n'a pas eu le temps de rendre les bénéficiaires autonomes. On était conscient qu'ils ne peuvent pas aller d'eux-mêmes à une bonne implémentation. Je pense que les bonnes pratiques ne sont pas resté, parce qu'on n'a pas eu le temps de les habituer à se débrouiller seul »* Cet exemple prouve à suffisance, la nécessité du temps dans l'appropriation des acquis du projet par les bénéficiaires.

Il faut noter que pendant la mise en œuvre du projet FBR, les agents de santé étaient hyper motivés, d'après les propos de cet acteur de mis en œuvre du projet FBR *« avec FBR les agents sont motivés à bien travailler et à offrir des soins et respecter les normes en matière de qualité. Toutefois, dans la recherche de la performance, ils sont tenus de faire le suivi de l'évolution des indicateurs sanitaire de leur formation sanitaire. Mais ils négligent les indicateurs qui ne sont pas achetés par le projet. De même, si nous acteurs de projet ne sommes pas vigilants, nos partenaires de santé trichent sur les données »*.

Un conseiller technique du projet FBR à son tour déclare *« nous avons noté par endroit et tout au long du projet, une absence de fiabilité des données recueillies au cours des évaluations de performance des centres de santé. A titre personnel, j'ai déploré la non prise en compte des déterminants de la demande de soins dans les évaluations. Que dire de la persistance de conflits fréquents au cours de la répartition des subsides au sein des équipes des centres de santé. C'est vrai que le projet est intervenu pour régler un certain nombre de problème auquel le système sanitaire est confronté, mais il a créé d'autre, la qualité de certaines données qui souffrent de fiabilité et l'abandon des indicateurs non achetés par le projet et d'autres tentatives récurrentes de fraudes pour de gains. Les agents de santé se plaignaient aussi de la charge du travail, de l'insuffisance de temps pour s'occuper d'autre chose, du stress, de l'incapacité de certains centres à se conformer aux dispositions (normes) »*

De ces interventions, il ressort que la courte durée des projets est un frein à une implémentation des acquis des projets en santé. De même, la motivation à la performance qui se repose sur les ressources financières est éphémère et parfois trompeur. L'implication et la motivation

intrinsèque des bénéficiaires sur toute la chaîne d'exercice de projet constituent un des facteurs déterminant à un soubassement d'une bonne appropriation de l'héritage des projets dans le domaine de la santé.

### 3. Discussion

Nul doute, la mise en œuvre du projet FBR a contribué à améliorer les indicateurs de santé maternelle et infantile dans le système sanitaire du Bénin. Cette performance tire sa source des mesures incitatives financières injectées par FBR dans le milieu sanitaire. Ce résultat confirme respectivement les résultats de Fritsche & *al.* et de Rudasingwa & *al.*, qui avaient trouvé dans le district de *Fufore*, État d'*Adamawa* dans le nord-est du Nigéria que l'introduction du financement basé sur la performance dans le centre de santé *Mayo-Ine*, a fait passer la couverture en accouchement dans le sous district de 10 à 100% (Fritsche et *al.*, 2014 : 9) aussi au Burundi, une augmentation significative de la performance en accouchements des établissements de santé sous incitation du FBP par rapport aux établissements sans incitation (Rudasingwa et *al.*, 2015 : 14). Il est corroboré par les résultats de recherches de Falisse et *al.*, qui stipulent qu'au Burundi, le FBR est associé à une augmentation de l'utilisation de certains soins de la mère et de l'enfant tout en n'ayant pas d'impact significatif sur les visites externes, les visites postnatales et la vaccination des enfants (Falisse et *al.*, 2014 : 10).

Cependant, FBR a ouvert des portes à de données de qualités douteuses dans le système sanitaire du Bénin. Ainsi, la concurrence entre les agents ou entre les aires sanitaires ou la course derrière la plus grosse incitation a conduit les agents de santé, non seulement à booster à la hausse les indicateurs de performances, mais aussi à la manipulation des données. Pas moins important que ce que Mavimbe JC et *al.*, (2005 : 21) dénonçaient pour dire qu'au Mozambique, les agents de présentent aussi un "manque d'intérêt pour la qualité des informations", "d'absence de mécanisme de recoupement", qui se repose sur une motivation éphémère du personnel de santé, il y a une carence en information.

Néanmoins, il est à la fois important de relever, l'absence de motivation réelle des prestataires pour la production de données de meilleure qualité dans les zones FBR. D'un côté, la faible compétence des personnes chargées d'évaluer ou de suivre la qualité des données dans les formations sanitaires des zones FBR, est décrié par Lamidhi Salami et *al.*, (2014 : 11). De l'autre face, les mêmes éléments influencent la performance du



système, autant que l'existence de mécanismes de décision intégrés et de partage d'expériences, de choix adapté aux connaissances, perceptions et motivations des prestataires, selon Francis Lau et al., (2010 : 17).

Eu égard à ces faibles maillons de mauvaises qualités de données, Ronveaux et al., ont observés au cours d'une recherche qu'à tous les niveaux, la plus faible composante était le suivi et évaluation (Ronveaux et al., 2005 : 7). Ce qui atteste aussi, les récriminations de Nzomukunda à Kandi (Nzomukunda Bété Y. 2008 : 22) et de Vroh et al. en Côte d'Ivoire (Vroh et al., 2015 : 27). Ils indexent à la fois, le faible poids de la supervision et du monitoring. En d'autre termes, ceci justifie, l'absence d'exactitude des données évoqué par Ronveaux et al., au cours de leur recherche sur *The immunization data quality audit : verifying the quality and consistency of immunization monitoring systems*.

## **Conclusion**

Au terme de cette recherche, il convient de retenir que le projet a réussi à instaurer une concurrence saine entre les formations sanitaire et/ou agents de santé, mais le challenge de la qualité et de quantité a laissé de portes ouvertes à des porches de manipulation sur la qualité des données. Par ailleurs, la motivation financièrement que déverse le projet FBR directement sur les prestataires de santé est une mauvaise pratique, bien qu'elle soit importante pour encourager l'agent qui fournit d'effort. Les bonnes pratiques adoptées par les agents sont visibles dans le temps, mais le projet n'est parvenu à leur fait prendre de véritable et profonde conscience de la culture de la qualité en permanence. Certes, il a conduit le système à la concurrence pour avoir la plus grosse part de la manne financière, mais l'intérêt principale de la bonne qualité de services à offrir et de bonne prise de conscience de l'agent que vise le projet, ne sont pas mise. A l'unanimité, FBR est perçu comme une solution pour améliorer la qualité des services de santé, mais pas de façon durable. Ses effets sont temporaires et immédiats. Il faudrait le repenser en redistribuant le gain d'achat des indicateurs comme de prime sur salaire. Nonobstant ces efforts, les besoins se multiplient ou que certaines orientations génèrent d'autres situations à explorer. En conclusion, les aides aux développements à travers les projets de développement ne visent pas de véritable développement des communautés et pays pauvres, mais les maintient sous le joug du dominateur.

## References

- Canavan A, Toonen J, Elovainio R.** (2008), *Performance Based Financing An international review of the literature*. Mauritskade 63 1092 AD Amsterdam: KIT Development Policy & Practice, 2008.
- Falisse et al.,** (2014). “*Performance-Based Financing in the context of selective free health-care: an evaluation of its effects on the use of primary health-care services in Burundi using routine data*”, *Health Policy and Planning*
- Fritsche GB, Soeters R, Meessen B, et al.,** (2014) *Boîte à outils : financement basé sur la performance*. WBG. Washington DC: World Bank Group, 2014.
- Jaffré Y., Olivier de Sardan Jean-Pierre (ed.)** (2003), *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Marseille (FRA) ; Paris : APAD ; Karthala, 2003, 462 p. (Hommes et Sociétés). ISBN 2-84586-373-X. Sociologie et anthropologie de la santé [056SOCSAN]
- Ministère de la Santé (MS)**, République du Bénin. *Plan national de développement sanitaire 2017-2021*.
- Rudasingwa M, Soeters R, Bossuyt M.** (2015) *The Effect of Performance-Based Financial Incentives on Improving Health Care Provision in Burundi: A Controlled Cohort Study*. *Glob J Health Sci* 2015; 7: 15–29.
- Mavimbe JC, Braa J, Bjune G.,** (2005), *Assessing immunization data quality from routine reports in Mozambique*. *BMC Public Health*. 2005;5:108. PubMed | Google Scholar
- Francis Lau, Craig Kuziemsky, Morgan Price, Jesse Gardner,** (2010). *A review on systematic reviews of health information system studies*. *J Am Med Inform Assoc*. 2010 Nov-Dec; 17(6): 637– 645. PubMed | Google Scholar
- Ronveaux O, Rickert D, Hadler S, Groom H, Lloyd J, Bchir A, Birmingham M.** (2005). *The immunization data quality audit: verifying the quality and consistency of immunization monitoring systems*. *Bull World Health Organ*. 2005 ; 83(7):503- 10. PubMed | Google Scholar
- SCHWARTZ D.** (1969). *Méthodes statistiques à l'usage des médecins et biologistes, édition Flammarion Médecins Sciences*
- Nzomukunda Bété Y.** (2008). *Evaluation de la qualité des données du PEV de routine de l'année 2007 dans la zone sanitaire de Kandi-Gogounou-Sèghana au Bénin*. Mémoire DIU, Paris Dauphine 2008.

**Valéry Ridde, Jean-Pierre Jacob (dir.),** (2013). *Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels*, Louvain-la-Neuve, Éditions Academia, coll. « Investigations d'anthropologie prospective », 2013, 476 p., ISBN : 978-2-8061-0116-7.

**Vroh Béné Bi J, Noufé S, Tiembré I, Bogui YT, Lepri AN, Yohou SK, Walley-Goli C, Dagnan N'Cho S, Saracino TJ,** (2015). *Qualité des données de vaccination chez les enfants de 0 à 11 mois en Côte d'Ivoire. Santé publique*. 2015;27:257-64. Google Scholar