

LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE DANS LES PAYS À REVENUS FAIBLES ET INTERMÉDIAIRES : ANALYSES ÉCONOMIQUES

Élisabeth Paul, Oriane Bodson, Valery Ridde, Fabienne Fecher

De Boeck Supérieur | « *Reflets et perspectives de la vie économique* »

2016/1 Tome LV | pages 57 à 71

ISSN 0034-2971

ISBN 9782807390713

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2016-1-page-57.htm>

!Pour citer cet article :

Élisabeth Paul *et al.*, « La couverture santé universelle dans les pays à revenus faibles et intermédiaires : analyses économiques », *Reflets et perspectives de la vie économique* 2016/1 (Tome LV), p. 57-71.

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

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

La couverture santé universelle dans les pays à revenus faibles et intermédiaires : analyses économiques

Élisabeth Paul¹, Oriane Bodson²,
Valéry Ridde³ et Fabienne Fecher⁴

Résumé – Les pays à revenus faibles et intermédiaires sont confrontés à des besoins de financement élevés pour assurer une couverture santé universelle (CSU) permettant à chacun d’avoir accès à des services de santé de qualité sans encourir de difficultés financières. Cet article tente de montrer comment l’analyse économique peut être mobilisée pour identifier des stratégies utiles pour tendre vers la CSU. Trois axes complémentaires où l’analyse économique a une plus-value sont présentés : i) la mobilisation des ressources et l’équité verticale ; ii) l’amélioration de l’efficacité dans l’allocation des ressources et l’équité horizontale ; iii) la gestion opérationnelle des ressources, en particulier à travers le financement basé sur les résultats (efficacité). Pour chacun, nous présentons un bref état des lieux des connaissances et évoquons quelques perspectives de recherche.

Mots clés : couverture santé universelle, protection financière, fiscalité, assurance, efficacité, équité, pays à revenu faible et intermédiaire

Classifications JEL : I1, O23, A12, A13, D610, D630, H2

Abstract – Low- and middle-income countries face high financing needs to achieve universal health coverage (UHC) allowing all people to have access to quality health services without incurring financial hardship. This article attempts to show how economic analysis can be mobilized to identify strategies towards UHC. Three complementary areas where economic analysis has a particular added value are presented: (i) resource mobilization and vertical equity; (ii) improving efficiency in resource allocation and horizontal equity; (iii) the operational management of resources, particularly

-
1. Université de Liège, Économie politique et économie de la santé.
 2. Université de Liège, Économie politique et économie de la santé.
 3. École de santé publique de l’Université de Montréal (ESPUM) et Institut de recherche en santé publique de l’Université de Montréal (IRSPUM).
 4. Université de Liège, Économie politique et économie de la santé.

through results-based financing (efficiency). For each, we present a brief overview of the state of the art and evoke some research perspectives.

Keywords: *universal health coverage, financial protection, fiscal affairs, efficiency, equity insurance, low- and middle income countries*

JEL classifications: *I1, O23, A12, A13, D610, D630, H2*

1 INTRODUCTION

D'énormes disparités en matière de santé existent à travers le monde. Dans son rapport annuel de 2006, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a sonné l'alarme sur le fait que, bien que la Région africaine de l'Organisation supportât 24 % du fardeau mondial des maladies, elle comptait seulement 3 % des agents de santé et moins de 1 % des dépenses de santé mondiales. Une Commission de la revue *The Lancet* a estimé qu'en 2011, les pays à faible revenu (respectivement à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, hors Inde) ont supporté 34 % (respectivement 54 %) des décès infantiles dans le monde, 27 % (respectivement 57 %) des décès dus à la tuberculose et 25 % (respectivement 48 %) des cas de prévalence du VIH/SIDA (Jamison *et al.*, 2013). Pourtant, sur des dépenses de santé estimées au niveau mondial à 6,5 milliards de dollars US en 2010, 84 % ont été dépensés dans les pays de l'OCDE (WHO, 2012). Alors qu'une répartition équitable de l'utilisation des soins de santé selon les besoins des populations – et non selon leur capacité à payer – est un objectif politique louable, une étude récente basée sur des données provenant de 18 pays d'Afrique subsaharienne a montré la présence d'inégalités considérables. Dans presque tous les pays étudiés, l'utilisation des services de santé était beaucoup plus élevée dans les quintiles les plus riches (Bonfrer *et al.*, 2014). Il n'est donc pas étonnant que les débats menés actuellement sur la santé mondiale soient portés sur la réduction des inégalités en vue de tendre vers une « grande convergence » entre les pays sur une génération (Jamison *et al.*, 2013).

Un des objectifs préconisés par de nombreux acteurs, dont l'OMS, est d'atteindre la couverture santé universelle (CSU), ce qui signifie permettre à chacun d'accéder à des services de santé de qualité répondant à ses besoins, sans encourir de difficultés financières (OMS, 2010). Le Rapport de l'OMS de 2010 intitulé « Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers une couverture universelle », qui constitue une référence dans le domaine, fournit un cadre analytique pour aborder le financement des systèmes de santé en vue de parvenir à la CSU. Il souligne que : « Les trois domaines fondamentaux du financement de la santé sont : (1) collecter suffisamment d'argent pour la santé ; (2) supprimer les barrières financières à l'accès et réduire les risques financiers liés à la maladie ; (3) faire un meilleur usage des ressources disponibles [...] » (OMS, 2010, p. 4). Ces trois domaines se rapportent donc aux trois fonctions généralement admises du système de financement de la santé, à savoir la mobilisation des ressources, leur mise en commun en vue de réduire les risques individuels, et l'achat des prestations.

Les pays à revenus faibles et intermédiaires (PRF) et les pays à revenus intermédiaires (PRI), souvent appelés par le grand public comme les pays en développement, sont confrontés à des problèmes particuliers pour financer leurs systèmes de santé et obtenir « plus d'argent pour la santé et plus de santé pour l'argent investi », selon les termes de la *Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems* (2009). L'agenda de la CSU nécessite dans la plupart des PRF/PRI d'importants progrès, d'une part, pour assurer le financement des services de santé en garantissant un certain degré de protection sociale pour les populations et, d'autre part, pour garantir une offre de services de santé de qualité en dépit des importantes contraintes structurelles qui affectent leurs systèmes de santé et conduisent à une faible performance. Il convient de souligner qu'il n'y a pas de voie unique pour atteindre la CSU et qu'au contraire, le chemin vers la CSU est très spécifique à chaque pays et qu'il dépend des choix contextuels et politiques (OMS, 2010 ; Reich *et al.*, 2015). Or, comme l'a fait récemment remarquer une Commission du *Lancet* mandatée sur la question « Investir dans la santé », la contrainte des ressources limitées implique que la plupart des pays resteront en deçà des ambitions de la CSU, pour certaines ou l'ensemble des trois dimensions que sont la population couverte par le régime de CSU, le paquet de services couverts et la proportion des coûts couverte. Une question centrale de la politique du financement de la santé est donc de décider si l'on souhaite évoluer d'une manière équilibrée sur les trois dimensions à la fois, ou si l'on privilégie l'avancée selon l'une ou l'autre dimension (Jamison *et al.*, 2013, p. 1932). D'ailleurs, la définition – plus ou moins large – que l'on donne aux trois dimensions de la CSU aura des implications sur le degré d'équité qu'on est en droit d'en espérer (O'Connell *et al.*, 2014).

L'objet de cet article est de montrer comment l'analyse économique de nature empirique peut être mobilisée pour permettre aux décideurs d'identifier la meilleure façon de tendre vers la CSU. Si ce concept recouvre de multiples dimensions et est susceptible de bénéficier de l'apport de disciplines variées (santé publique, socio-anthropologie, science politique, etc.), nous développons en particulier trois axes où l'analyse économique a une plus-value particulière : (i) la mobilisation des ressources pour financer la CSU garantissant une certaine équité verticale (c'est-à-dire faire en sorte que les plus riches contribuent de façon au moins proportionnelle voire progressive au financement de la santé) ; (ii) l'amélioration de l'efficacité et de l'équité horizontale dans l'allocation des ressources publiques pour la santé (c'est-à-dire garantir un traitement médical égal à besoin de santé équivalent, quelles que soient les caractéristiques ou les capacités à payer de la personne (Wagstaff *et al.* 1991)) ; et (iii) la gestion opérationnelle des ressources publiques pour la santé en vue d'améliorer leur efficacité (c'est-à-dire le rapport entre l'efficacité et les coûts). Pour chacun de ces axes, nous présentons d'abord un bref état des lieux de la littérature, tant théorique qu'empirique, et évoquons ensuite quelques perspectives de recherche appliquée que nous comptons mener dans le cadre d'un projet d'Action recherche concertée qui a commencé en octobre 2015 à l'Université de Liège en collaboration avec l'Université libre de Bruxelles, l'Université de Montréal au Canada, l'Université de Parakou au Bénin et l'African Influence Institute de Dakar au Sénégal⁵. Ce

5. Cette recherche est financée avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles – Actions de recherche concertées – Académie Wallonie-Europe d'octobre 2015 à septembre 2019.

projet repose sur des compétences multidisciplinaires combinant l'économie de la santé, le droit fiscal, la socio-anthropologie, la santé publique, l'épidémiologie et la gestion publique. Il s'agit d'une initiative innovante réunissant, pour la première fois, des équipes qui ont chacune un champ d'expertise spécifique, permettant d'apporter des contributions originales à l'étude.

2 LA MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES

Une première dimension essentielle de la CSU a trait à la mobilisation de ressources financières suffisantes pour être mises en commun en vue de financer un paquet de services de santé de base. Ce problème de financement est d'autant plus complexe que les ressources investies dans la santé varient considérablement de par le monde. Le tableau 1 illustre les parts de financement public, privé (*out-of-pocket*) et provenant de sources extérieures.

Tableau 1. Sélection d'indicateurs relatifs au financement de la santé dans le monde⁶

	Dépenses totales de santé en % du PIB		Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé		Ressources extérieures en % des dépenses totales de santé		Dépenses directes de santé en % des dépenses privées de santé		Dépenses totales de santé par habitant (USD PPP)	
	2000	2012	2000	2012	2000	2012	2000	2012	2000	2012
Région Afrique de l'OMS	4,2	5,6	44,2	50,8	7,0	11,5	59,1	60,6	110	208
Pays à faible revenu	2,9	5,1	37,6	38,8	14,2	29,7	84,7	77,6	32	83
Pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure	3,9	4,1	34,0	36,4	2,5	2,3	89,1	86,7	108	235
Pays à revenu élevé	9,6	11,6	59,3	60,6	0	0	39,5	38,5	2 392	4 516
Monde	7,7	8,6	55,5	57,6	0,3	0,5	52,2	52,6	597	1 173

Source : Adapté de WHO, 2015, pp. 134-135.

Une vaste littérature existe sur les sources de financement de la santé, qui peut être exploitée pour conduire une analyse « de diagnostic » du système de

6. Notons que les pays inclus dans les différentes catégories de revenus ont varié entre 2000 et 2012.

financement des pays étudiés. Une source de données privilégiée pour réaliser cet exercice est l'exploitation des comptes de la santé, qui sont compilés de façon régulière pour de nombreux pays (voir <http://apps.who.int/nha/what/fr/>). Les analyses portent le plus souvent sur les nouveaux modes de financement et sur leur caractère progressif ou régressif (e.g., OMS, 2010 ; van Doorslaer et van Oort, 2011 ; Kutzin, 2013 ; Reeves, 2015).

L'analyse économique pourra, dans ce cadre, être mobilisée pour étudier comment améliorer la collecte de ressources et comment optimiser les différentes sources de financement envisageables. Un concept de première importance est celui de l'espace fiscal, défini comme la disponibilité d'une marge de manœuvre budgétaire d'un gouvernement pour allouer des ressources dans un but désiré, sans préjudice à la viabilité de sa situation financière (Heller, 2005). Il existe des arguments forts en faveur de l'augmentation des recettes fiscales des PRF/PRI en vue de financer leurs dépenses sociales, en particulier de santé (McIntyre et Meheus, 2014). En effet, une étude longitudinale portant sur 89 PRF/PRI entre 1995 et 2011 a évalué les relations entre les recettes fiscales totales et leurs différents types, la couverture du système de santé et les résultats associés pour la santé maternelle et infantile. Elle a montré que l'augmentation des recettes fiscales nationales est un déterminant statistique majeur des progrès vers la CSU. L'association s'est révélée forte pour les impôts sur les gains en capital, les bénéfices et le revenu du travail, mais pas pour les taxes à la consommation sur les biens et services qui eux, sont de nature régressive. En particulier, dans les pays à faibles recettes fiscales, l'augmentation des impôts sur le revenu du travail est associée à une augmentation sensible de la proportion de naissances assistées par du personnel soignant qualifié et à l'étendue de la couverture financière (Reeves *et al.*, 2015).

Au-delà de l'augmentation des recettes fiscales, une série d'options sont envisageables, même pour les pays les plus pauvres, pour augmenter l'espace fiscal en vue de générer des ressources permettant de financer la protection sociale. Citons la réaffectation des dépenses publiques, l'extension de la couverture de la sécurité sociale et l'augmentation des cotisations sociales, une hausse de l'aide et des transferts extérieurs, la lutte contre les flux financiers illicites, l'utilisation des réserves budgétaires et de devises étrangères, l'emprunt ou la restructuration de la dette existante, et l'adoption d'un cadre macroéconomique plus accommodant (ILO, 2015). Parmi ces sources, l'aide au développement joue un rôle majeur pour financer la santé dans les pays les plus pauvres. Ainsi, en 2013, les ressources extérieures ont financé 23 % des dépenses totales de santé du Bénin, 29 % de celles du Sénégal et jusqu'à 73 % de celles du Burundi (OMS, *Global Health Expenditure Database*, <http://apps.who.int/nha/database>). Par ailleurs, plusieurs pays essaient de mobiliser des sources « innovantes » de financement, comme de nouvelles taxes sur les billets d'avion, sur les transactions financières ou le tabac, ou encore des ressources provenant de fondations privées (*Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems*, 2009 ; Ridde *et al.*, 2015b).

Il existe désormais un consensus sur la nécessité d'élargir l'étendue et le type des ressources fiscales, parafiscales et d'origine externe collectées au niveau macroéconomique et de les mettre en commun (OMS, 2010 ; Kutzin, 2013 ;

Royal Institute of International Affairs, 2014). Cependant, on observe qu'au niveau local il existe des expériences de micro-assurance, notamment au travers des mutuelles et/ou de financement des structures de santé, qu'il est également utile d'étudier pour en évaluer la performance et les complémentarités.

Dans ce cadre, sur la base des leçons de l'expérience internationale, des études de cas par pays menées dans le cadre de notre projet de recherche permettront d'identifier des pistes concrètes pour améliorer la mobilisation des ressources en faveur de la CSU, en fonction des contraintes particulières rencontrées par chaque pays. Ce type d'étude porte une attention particulière à l'équité verticale, en cherchant les modes de financement les plus progressifs (c'est-à-dire tels que les plus riches contribuent de façon au moins proportionnelle à leurs revenus, voire davantage).

Une autre réflexion doit porter sur la réduction des dépenses directes de santé. En effet, il est bien connu que les dépenses directes de santé (*out-of-pocket expenditure*) constituent un facteur d'appauvrissement des populations et entraînent même parfois un risque de dépense catastrophique. Or, dans les pays pauvres, les dépenses privées directes de santé sont par ailleurs proportionnellement plus élevées que dans les pays riches (OMS, 2010). C'est ainsi que l'on constate une récente multiplication des initiatives d'exemption des paiements directs pour des services déterminés et/ou en faveur de certaines catégories de population dites vulnérables (par exemple, les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes ou allaitantes, les indigents). Ces politiques dites « de gratuité » visent à atténuer le fardeau financier de la santé pour cette population et améliorer leur recours aux soins. L'obstacle financier n'est toutefois par entièrement levé puisque, d'une part, on note le maintien de coûts non pris en charge et indirects, et d'autre part, la mise en œuvre des politiques d'exemption accuse régulièrement un important retard de remboursement des structures de soins, conduisant au développement de stratégies d'adaptation passant par le recours aux paiements privés voire le retour aux paiements directs (Ridde *et al.*, 2012). D'autres dysfonctionnements et apories sont également rencontrés dans ces politiques, notamment l'altération de la décentralisation des systèmes de santé, fragilisée par la verticalité des mécanismes d'exemptions, ainsi qu'un déficit de communication et de compréhension du côté des agents de santé et des usagers, s'expliquant en partie par un manque de préparation technique et financière (Olivier de Sardan et Ridde, 2014 ; Ridde et Olivier de Sardan, 2013). Les expériences de suppression du paiement direct pour les patients peuvent toutefois être qualifiées de succès sous certains aspects puisqu'elles sont, entre autres, marquées par une réduction des paiements à charge des ménages (Ridde *et al.*, 2015a) et par une augmentation de l'utilisation des services de santé, parfois impressionnante pour les enfants de moins de 5 ans (Meessen *et al.*, 2011b ; Ridde *et al.*, 2012 ; Johri *et al.*, 2014). Malheureusement, cette hausse de fréquentation ne s'accompagne le plus souvent pas d'une amélioration de la qualité des soins, jusqu'alors insuffisante (Ridde *et al.*, 2012), laissant augurer le risque de voir la population se détourner d'une médecine accessible mais de mauvaise qualité et une médecine à deux vitesses apparaître (Olivier de Sardan et Ridde, 2014), à l'encontre des objectifs beaucoup plus globaux de la CSU.

3 L'ALLOCATION DES RESSOURCES ENTRE TYPES DE SOINS ET PUBLICS CIBLES

Au-delà de la mobilisation des ressources permettant d'assurer un financement optimal des soins de santé, il est important de mesurer l'efficacité, l'efficience et l'équité horizontale dans l'allocation des ressources. Comment organiser l'offre de santé ? Quel niveau de soins (premier contact avec les patients ou niveau primaire, typiquement dans un centre de santé ; niveau secondaire, typiquement dans un hôpital régional ; niveau tertiaire, typiquement dans un hôpital national) et quels types de services (préventifs, promotionnels ou curatifs) privilégier ? Dans quel milieu (rural, urbain), dans quelles régions investir ? Quels piliers de l'offre de soins de santé renforcer en priorité : les infrastructures, les équipements, les ressources humaines ? Quels paquets de services offrir aux populations ? Quel type de structures de santé (relevant du secteur public uniquement, ou aussi du secteur privé) inclure dans un système de mutualisation ? Voici une série de questions qui nécessitent des analyses économiques empiriques, telles que les analyses coûts-efficacité, coûts-bénéfices ou coûts-utilité des interventions de santé (qui comparent les coûts et les conséquences des interventions de santé – voir par exemple Witter et Cunden 2012) ; des mesures de l'équité horizontale (c'est-à-dire apprécier dans quelle mesure la consommation de soins correspond aux besoins – voir par exemple van Doorslaer et van Ourti, 2011) ou encore des techniques permettant de mesurer l'efficience productive du système, sur base de l'estimation de frontières de production (c'est-à-dire apprécier le rapport entre les résultats produits et les ressources utilisées en vue d'éviter le gaspillage de ressources – voir par exemple Grosskopf *et al.*, 2006). Le gaspillage des ressources a notamment été mis en avant par l'OMS dans son rapport de 2010 sur les systèmes de santé, qui estime que 20 à 40 % des ressources seraient perdues inutilement (OMS, 2010). Si des analyses spécifiques ont un certain intérêt, il semble évident que les questions évoquées ci-dessus doivent faire l'objet d'une réflexion systémique. Ainsi, il existe un lien évident entre l'efficacité et l'efficience des activités de promotion de la santé et de prévention, et le contrôle des coûts de la CSU, en particulier des dépenses directes de santé.

Une analyse complète de ce vaste problème d'allocation des ressources nécessite de combiner à l'analyse économique d'autres disciplines, notamment les sciences de la santé publique, l'épidémiologie et la socio-anthropologie. Par exemple, au-delà des barrières financières, la littérature montre qu'il existe d'importantes barrières non financières à l'utilisation des soins de santé. Dès lors, il est nécessaire de comprendre quelles sont-elles en vue de développer des stratégies visant à les lever dans une perspective d'accès équitable aux soins de santé (O'Connell *et al.*, 2015). C'est en combinant diverses approches disciplinaires qu'il sera possible de poser un diagnostic sur les niveaux de soins à développer (primaires/secondaires/tertiaires ; préventifs/curatifs), sur les besoins réels, les attentes et les représentations des différentes catégories de populations sur le plan des types et des paquets de soins ainsi que sur la performance et la réactivité du système de santé (voir par exemple OMS, 2000 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Contandriopoulos, 2008 ; Tchouaket *et al.*, 2012).

Par ailleurs, il est important de ne pas envisager les services ou interventions de santé de manière isolée, mais plutôt dans une perspective de système complexe, où tous les éléments du système interagissent entre eux (de Savigny et Adam, 2009). Ainsi, il semble évident que la progression vers la CSU ne doit pas se limiter à additionner des interventions de santé individuelles, mais se concevoir en assurant le bon fonctionnement du système de santé dans son ensemble. En effet, il est reconnu que le renforcement du système de santé a un impact sur la santé dans les PRF/PRI (Hatt *et al.*, 2015).

Une source privilégiée de données pour mener ce type d'étude est à trouver dans les enquêtes démographiques et de santé des pays étudiés. Ces informations permettent d'étudier le profil épidémiologique, démographique et socio-économique des populations et dès lors, d'analyser les niveaux de soins de santé, les types de services et les zones géographiques à privilégier pour couvrir les besoins, les strates de la population en fonction du niveau de revenu et du sexe, etc. En outre, elles sont très utiles et largement sous-exploitées pour analyser les effets des différentes interventions et réformes de santé. À ces données relatives au profil des populations, les comptes nationaux de la santé, des données administratives et diverses enquêtes fourniront les informations nécessaires à l'étude de l'offre tant d'infrastructures et de matériels que de personnels de santé. En particulier, les données produites de façon routinière par les structures de santé, qui bien souvent sont de meilleure qualité que l'on croit, peuvent être très utiles pour comprendre les évolutions de certains indicateurs concernant la CSU ainsi qu'évaluer les effets des politiques publiques (Heinmueller et Ridde, 2014 ; Wagenaar *et al.*, 2015).

4 LA GESTION OPTIMALE DES RESSOURCES

Une fois les ressources financières collectées et allouées entre les différents niveaux du système de santé (primaire/secondaire/tertiaire) et entre les différents types de soins (préventif/médical/chirurgical), se pose la question des modalités opérationnelles de leur transfert vers les prestataires (professionnels de la santé, hôpitaux). En effet, diverses politiques et institutions peuvent être conçues en vue d'améliorer la quantité et la qualité des soins de santé, chacune se construisant sur des incitations et/ou sanctions particulières.

Si historiquement, les systèmes de santé ont été financés sur base des intrants (fourniture des infrastructures et équipements, paiement des salaires par le niveau central), voire sur base de formules de financement plus complexes (de type capitation), l'on assiste depuis une dizaine d'années à l'explosion d'initiatives de paiement à la performance ou de financement basé sur les résultats (FBR) (Turcotte-Tremblay *et al.*, 2015). Dans ces systèmes, les prestataires de santé sont, au moins partiellement, financés sur base de leur performance.

C'est face à l'échec des stratégies des réformes passées que le FBR a été avancé comme une solution innovante et efficace permettant de contribuer à améliorer la performance des systèmes de santé des PRF/PRI (Meessen *et al.*, 2011a). À la suite de premiers résultats considérés comme encourageants,

particulièrement au Rwanda (Basinga *et al.*, 2011), le FBR en santé s'est rapidement développé et fait l'objet aujourd'hui d'un important soutien de bailleurs de fonds internationaux. Ainsi, un fonds d'investissement financé par la Norvège et le Royaume-Uni et géré par la Banque mondiale, le *Health Results Innovation Trust Fund*, soutient la conception et la mise en œuvre de projets reposant sur l'approche du FBR dans 36 pays à faibles revenus (voir <http://www.rbfhealth.org/mission>). Toutefois, malgré certains résultats positifs, la question de son impact effectif dans des contextes variés n'est pas encore tranchée (Oxman et Fretheim, 2009 ; Witter *et al.*, 2012 ; Brown *et al.*, 2013), et de nombreuses études tant théoriques qu'empiriques mentionnent de possibles effets pervers du FBR dans un système complexe (Ireland *et al.*, 2011 ; Ssengooba *et al.*, 2012 ; Fox *et al.*, 2013). En outre, la plupart des évaluations du FBR en santé dans les PRF/PRI menées à ce jour possèdent un certain nombre de faiblesses parmi lesquelles un risque de biais lié au fait qu'elles sont souvent commanditées (et réalisées) par les promoteurs du FBR, qu'elles tiennent insuffisamment compte des perceptions des parties prenantes et du contexte (à l'exception de Ssengooba *et al.*, 2012 ; Paul *et al.*, 2015), et qu'elles traitent le FBR comme une « boîte noire » ou un « package », alors qu'en réalité, le FBR est complexe et diffère d'un modèle à l'autre. Voilà pourquoi il est important et opportun de mener des recherches scientifiques indépendantes pour combler ces lacunes et investiguer dans quelles conditions le FBR peut être une solution efficace, efficiente et durable comme mode de paiement des structures de santé – ce qui est notamment l'objet d'une recherche menée actuellement par une équipe coordonnée par l'Université de Montréal au Burkina Faso et au Mali (Ridde *et al.* 2014). On voit qu'ici encore, la mobilisation de la théorie économique, en particulier la théorie des incitants, est nécessaire pour étayer le cadre conceptuel du FBR et appréhender ses différentes dimensions et leurs effets sur le comportement des agents (Renmans *et al.*, 2014).

Nous illustrons ceci à travers l'étude de cas du FBR au Bénin. Début 2011, ce pays a adopté le FBR comme l'une des approches clés pour renforcer son système de santé, avec l'appui initial de deux partenaires. D'une part, la Banque mondiale a commencé la mise en œuvre du FBR dans huit zones sanitaires en 2012, selon une approche similaire au modèle rwandais, d'autre part, l'Agence belge de développement (CTB) a développé un modèle ad hoc (et très intégré au système de santé local) de FBR qui s'appuie sur les structures de gouvernance existantes sans créer, par exemple, d'agence d'achat des performances. La mise en œuvre du FBR a été progressive et s'étend désormais à l'ensemble des structures publiques des cinq zones sanitaires appuyées par la CTB. Une première étude indépendante de nature socio-anthropologique, menée par une équipe d'universitaires belges et béninois, s'est penchée sur les perceptions et l'acceptabilité du FBR par les acteurs chargés de sa mise en œuvre, ainsi que sur les changements de comportements induits par cette réforme. Elle a notamment montré que le FBR était accueilli favorablement par le personnel du niveau opérationnel, qu'il a enclenché une dynamique positive en encourageant le respect des normes de qualité des soins. De plus, contrairement à ce qui était attendu, ce ne sont pas tant les primes financières qui semblent avoir un effet sur le comportement des acteurs (elles étaient au moment de l'enquête trop marginales et

noyées dans une série d'autres primes), mais bien d'autres éléments du contenu du FBR : formations, missions de vérification, rétroaction de la communauté, etc. (Paul *et al.* 2014). Les principaux promoteurs du FBR au Bénin ont eux aussi réalisé plusieurs études sur la mise en œuvre de leurs projets. Le projet de la Banque mondiale a d'ailleurs été conçu comme un essai contrôlé randomisé, selon lequel les différentes structures des huit zones sanitaires appuyées ont été réparties en différents groupes de traitement et de contrôle, en faisant varier le montant des primes de performance et le degré d'autonomie de gestion. L'étude de base a été réalisée au lancement du projet début 2012, et l'évaluation finale début 2016. Les premiers résultats ne sont pas encore disponibles. La Banque mondiale a également commandité une étude qualitative permettant de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre⁷. De son côté, la CTB a elle aussi veillé à capitaliser son expérience pilote de développement du FBR dans ses cinq zones appuyées (Kashala llunga *et al.*, 2015 ; CTB, 2015). Elle a notamment réalisé une analyse de coûts permettant d'isoler, d'une part, le coût des primes de performance, et d'autre part, le coût des mécanismes institutionnels de pilotage et de gestion du FBR, ceci en vue d'estimer les coûts selon divers scénarios envisagés à l'avenir. Il a été pointé que malgré quelques lacunes au niveau de l'indépendance du contrôle, le modèle de la CTB était associé à des coûts de transaction modestes (CTB, 2015) contrairement à ceux du modèle de la BM. Ces études contribuent au processus de réflexion et d'harmonisation enclenché dans la perspective du passage à échelle nationale et de la pérennisation du FBR. Le but est de proposer un modèle optimal, unique, adapté et viable de FBR, qui puisse à terme être géré et financé par les autorités nationales.

Il convient enfin de souligner que si les modes de paiement basés sur les résultats se développent au niveau microéconomique des prestataires, certaines organisations et certains bailleurs de fonds essaient d'allouer leur aide au développement en fonction de la performance des pays bénéficiaires et ce, en vue d'améliorer l'efficacité de l'aide. Ces pratiques ne sont pourtant pas dénuées d'effets pervers comme les manipulations de chiffres au profit d'un meilleur taux d'impact (Lim *et al.*, 2008). L'idée sous-jacente est similaire à celle du FBR, mais appliquée au niveau macroéconomique de la relation d'agence entre les bailleurs de fonds et les pays bénéficiaires. Les initiateurs de ces méthodes supposent que ces mécanismes permettent de résoudre les problèmes d'incitation inhérents à la relation d'aide, tels que l'inefficacité des conditionnalités *a priori* (Paul, 2006). Les attentes vis-à-vis de l'approche d'aide liée à la performance sont élevées et sa justification peut sembler intéressante. Certains auteurs avancent qu'elle peut promouvoir la redevabilité vis-à-vis de l'aide, renforcer la responsabilité des institutions locales et leur capacité d'apprentissage, permettre de respecter les principes de l'efficacité de l'aide, voire augmenter la transparence et la confiance des donateurs et donc les fonds d'aide (Birdsall et Savedoff, 2011 ; Rogerson, 2011). Toutefois, une utilisation judicieuse des outils de l'analyse économique, et en particulier la théorie des incitants, ainsi que l'exploitation des résultats d'études empiriques permettent d'arguer que cette approche est fondée

7. Les publications relatives au projet de FBR de la Banque mondiale sont disponibles sur <http://www.beninfb.org/>

sur un modèle restrictif et erroné lorsqu'on prend en compte le contexte réel des pays récipiendaires. En effet, l'approche de l'aide au développement liée à la performance combine une série de problèmes inhérents à l'aide mais aussi à l'utilisation de mesures de performance pour déterminer le financement. Plusieurs études remettent en question la prémisse même de l'approche qui espère fournir, à travers un effet mécanique de retombée (« trickle-down »), des incitations tout au long de la chaîne depuis les gouvernements récipiendaires jusqu'aux prestataires de services publics qui sont censés produire des résultats, ce qui semble une illusion (Paul, 2015).

5 CONCLUSION

Des analyses économiques empiriques appliquées à l'étude des trois axes que sont la mobilisation, l'allocation et la gestion optimale des ressources, permettront d'identifier les chemins les plus efficaces, efficaces et équitables pour tendre vers la CSU. Pour chacune des trois dimensions de la CSU que sont la population couverte, le contenu du paquet de services couverts et la réduction des dépenses directes (OMS, 2010), des grilles d'analyse économique différentes peuvent être mobilisées et adaptées en fonction des contraintes rencontrées dans les PRF/PRI et du contexte particulier de chaque pays. Si ces outils d'analyse économique sont incontournables, ils doivent, comme nous l'avons expliqué, se combiner à d'autres disciplines et approches dont la socio-anthropologie, l'épidémiologie, la santé publique, la science politique ou encore le droit fiscal. C'est dans ce cadre que nous avons commencé à mettre en œuvre une vaste recherche de quatre ans portant sur l'étude des cas du Bénin et du Sénégal.

Les résultats attendus de cette recherche sont à trouver à deux niveaux. Tout d'abord, au niveau scientifique, nous réaliserons une série d'études spécifiques qui auront chacune un intérêt propre, mais qui serviront également à affiner un modèle analytique cohérent permettant de simuler le chemin adéquat vers la CSU. Ensuite, grâce aux connexions de notre équipe avec divers acteurs tant au niveau de la coopération belge et d'organismes internationaux que des universités et ministères de la Santé des deux pays étudiés, nous espérons que les recommandations issues de nos recherches pourront être relayées auprès des décideurs en vue de les guider dans les choix à effectuer dans leur progression vers la CSU.

RÉFÉRENCES

- AGENCE BELGE DE DÉVELOPPEMENT (CTB) (2015). Continuité de l'appui au Financement basé sur les résultats dans le cadre du PASS-Sourou. *Backstopping Santé – Bénin, Document de plaidoyer « FBR »*, par E. Paul, J.-P. Kashala et M. L. Dramé (22 mai).
- BASINGA, P., GERTLER, P. J., BINAGWAHO, A. *et al.* (2011). Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *Lancet*, 377(9775), 1421-1428.
- BIRDSALL, N. & SAVEDOFF, W. (2011). *Cash on Delivery Aid. A new approach to foreign aid*. Washington, DC: Center for Global Development.
- BONFRER, I. E. J., VAN DE POEL, E., GRIMM, M., & VAN DOORSLAER, E. K. A. (2014). Does the distribution of healthcare utilization match needs in Africa? *Health Policy and Planning*, 29(7):921-37.<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/content/full/czt074?%20ijkey=m52OkIfk5Lg20sd&keytype=ref>
- BROWN, G. W., BARNES, A., HARMAN, S., GRUIA, M., & PAPAMICHAIL, A. (2013). Annotated literature review: African actors, global health governance and performance-based funding, *Discussion Paper 98*. Harare: EQUINET.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé publique*, 20(2), 191-199.
- DE SAVIGNY, D. & ADAM, T. (Eds.) (2009). *Systems thinking for health systems strengthening*. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research and WHO, 106 p.
- FOX, S., WITTER, S., WYLDE, E., MAFUTA, E., & LIEVENS, T. (2014). Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo. *Health Policy and Planning*, 29(1), 96-105.
- GROSSKOPF, S., SELF, S., & ZAIM, O. (2006). Estimating the Efficiency of the System of Healthcare Financing in Achieving Better Health. *Applied Economics*, 38(13), 1477-1488.
- HATT, L., JOHNS, B., CONNOR, C., MELINE, M., KUKLA, M., & MOAT, K. (2015). *Impact of Health Systems Strengthening on Health*. Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates (June).
- HEINMUELLER, R. & RIDDE, V. (2014). Les effets des mesures d'exemptions et de subventions des traitements antipaludéens sur la fréquentation des centres de santé au Mali : analyse longitudinale dans quatre districts. In J.-P. Olivier de Sardan & V. Ridde (Eds.) *Une politique publique de santé en ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger* (pp. 341-354). Paris : Khartala.
- HELLER, P. (2005). Understanding Fiscal Space. *IMF Policy Discussion Paper PDP 05/4*, Washington, DC: International Monetary Fund.
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO) (2015). Fiscal Space for Social Protection – Options to Expand Social Investments in 187 Countries. ESS Working Paper No. 48, by Isabel Ortiz, Matthew Cummins and Kalaivani Karunanethy. Geneva: ILO.
- IRELAND, M., PAUL, E., & DUJARDIN, B. (2011). Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? *Bulletin of the World Health Organization*, 89(9), 695-698.

- JAFFRÉ, Y. & OLIVIER DE SARDAN, J.-P. (Eds.) (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris : APAD-Karthala, 449 p.
- JAMISON, D. T., SUMMERS, L. H., ALLEYNE, G. *et al.* (2013). Global health 2035: a world converging within a generation. The Lancet Commission on Investing in Health, *Lancet*, 382, 1898-1955.
- JOHRI, M., RIDDE, V., HEINMÜLLER, R., & HADDAD, S. (2014). Estimation of maternal and child mortality one year after user-fee elimination: an impact evaluation and modelling study in Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(10), 706-715.
- KASHALA ILUNGA, J.-P., GANCADJA, F., HOUNOUMI, A., GOUDJO, W., TOUMOUDAGOU, O., KOUNNOU, M., & TOONEN, J. (2015). *Processus de mise en œuvre du FBR dans 5 Zones Sanitaires du Mono Couffo et de l'Atacora Donga*. CTB Bénin Programme Santé.
- KUTZIN, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 602-611.
- LIM, S. S., STEIN, D. B., CHARROW, A., & MURRAY, C. J. (2008). Tracking progress towards universal childhood immunisation and the impact of global initiatives: a systematic analysis of three-dose diphtheria, tetanus, and pertussis immunisation coverage. *The Lancet*, 372 (9655), 2031-2046.
- MCINTYRE, D. & MEHEUS, F. (2014). *Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services*. Chatham House (The Royal Institute of International Affairs). Centre on Global Health Security Working Group I Paper 5 (March).
- MEESSEN, B., SOUCAT, A., & SEKABARAGA, C. (2011a). Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 153-156.
- MEESSEN, B., HERCOT, D., NOIRHOMME, M., RIDDE, V., TIBOUTI, A., TASHOBYA, C. K., & GILSON, L. (2011b). Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries, *Health Policy and Planning (Supplement 2)*, 26, ii16-ii29.
- O'CONNELL, T., RASANATHAN, K., & CHOPRA, M. (2014). What does universal health coverage mean? *Lancet*, 383, 277-279.
- O'CONNELL, T., BEDFORD, J., THIEDE, M., & MCINTYRE, D. (2015). Synthesizing qualitative and quantitative evidence on non-financial access barriers: implications for assessment at the district level. *International Journal for Equity in Health*, 14, 54.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P. & RIDDE V. (2014). *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali, au Niger*. Paris : Karthala.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2000). *Pour un système de santé plus performant. Rapport sur la santé dans le monde*. Genève : OMS.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2006). *Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde*. Genève : OMS.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2010). *Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers une couverture universelle. Rapport sur la santé dans le monde*. Genève : OMS.

- OXMAN, A. D. & FRETHEIM, A. (2009). Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? A critical review of selected evaluations of results-based financing. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 2(2), 70-83.
- PAUL, E. (2006). A Survey of the Theoretical Economic Literature on Foreign Aid., *Asian-Pacific Economic Literature*, 20(1), 1-17.
- PAUL, E. (2015). Performance-Based Aid: Why it will probably not meet promises. *Development Policy Review* (forthcoming).
- PAUL, E., SOSSOUHOUNTO, N., & EClOU, D. (2014). Local stakeholders' perceptions about the introduction of Performance-Based Financing in Benin. A case study in two health districts. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(4), 207-214.
- REEVES, A., GOURTISOYANNIS, A., BASU, S., MCCOY, D., MCKEE, M., & STUCKLER, D. (2015). Financing universal health coverage – effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. *Lancet*, 386, 274-280. doi : 10.1016/S0140-6736(15)60574-8
- REICH, M., HARRIS, J., IKGAMI, N., MAEDA, N., TAKEMI, K., & EVANS, T. (2015). Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *Lancet* (published online August 20, 2015). doi 10.1016/S0140-6736(15)60002-2
- RENMANS, D., PAUL, E., & DUJARDIN, B. (2014). Analysing Performance-Based Financing under the lenses of the Principal-Agent theory. *Mimeo*, Bruxelles: Université Libre de Bruxelles.
- RIDDE, V., AGIER, I., JAHN, A., MUELLER, O., TIENDREBÉOGO, J., YÉ, M., & DE ALLEGRI, M. (2015a). The impact of user fee removal policies on household out-of-pocket spending: evidence against the inverse equity hypothesis from a population based study in Burkina Faso. *Eur J Health Econ*, 16(1), 55-64.
- RIDDE, V., CAMPBELL, B., & MARTEL, A. (2015b). Mining revenue and access to health care in Africa: could the revenue drawn from well-managed mining sectors finance exemption from payment for health? *Development in Practice*, 25(6), 909-918.
- RIDDE, V., TURCOTTE-TREMBLAY, A. M., SOUARES, A., LOHMANN, J., ZOMBRÉ, D., KOULIDIATI, J. L., YAOGO, M., HIEN, H., HUNT, M., ZONGO, S., & DE ALLEGRI, M. (2014). Protocol for the process evaluation of interventions combining performance-based financing with health equity in Burkina Faso. *Implementation Science*, 9, 149.
- RIDDE, V., QUEUILLE, L., KAFANDO, Y., & ROBERT, E. (2012). Transversal analysis of public policies on user fees exemptions in six West African countries. *BMC Health Serv Res*, 12, 409, doi: 10.1186/1472-6963-12-409
- ROGERSON, A. (2011). *What if Development Aid Really Rewarded Results? Revisiting the Cash-on-Delivery (COD) aid model*. OECD Development Brief No. 1. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- ROYAL INSTITUTE OF INTERNATIONAL AFFAIRS (2014). *Shared Responsibilities for Health – A Coherent Global Framework for Health Financing*. A Chatham House Report. Final Report of the Centre on Global Health Security Working Group on Health Financing. London: Royal Institute of International Affairs.
- SSENGOOBA, F., MCPAKE, B., & PALMER, N. (2012). Why performance-based contracting failed in Uganda – An “open-box” evaluation of a complex health system intervention. *Social Science and Medicine*, 75(2), 377-383.

- TCHOUAKET, E. N., LAMARCHE, P. A., GOULET, L., CONTANDRIOPOULOS, A. P., & CONTANDRIOPOULOS, A. P. (2012). Health care system performance of 27 OECD countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 27(2), 104-129.
- TASKFORCE ON INNOVATIVE INTERNATIONAL FINANCING FOR HEALTH SYSTEMS, Working Group 1 (2009). *WHO background paper: constraints to scaling up and costs*. International Health Partnership.
- TURCOTTE-TREMBLAY, A.-M., GAUTIER, L., BODSON, O., SAMBIÉNI, N. E., & RIDDE, V. (accepté). Dans les coulisses du pouvoir décisionnel : le rôle des organisations internationales dans l'expansion du financement basé sur les résultats dans les pays à faible et à moyen revenu. En finir avec le New Public Management.
- VAN DOORSLAER, E. K. A. & VAN OURTI, T. G. M. (2011). Measuring inequality and inequity in health and health care. In P. Smith & S. Glied (Eds.), *The Oxford Handbook of health economics* (Chapter 35, pp. 837-869). Oxford: Oxford University Press.
- WAGENAAR, B. H., SHERR, K., FERNANDES, Q., & WAGENAAR, A. C. (2015). Using routine health information systems for well-designed health evaluations in low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*. Published online April 16. doi: 10.1093/heapol/czv029
- WAGSTAFF, A., VAN DOORSLAER, E., & PACI, P. (1991). On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *Journal of Health Economics*, 10, 169-205.
- WITTER, S., FRETHEIM, A., KESSY, F. L., & LINDAHL, A. K. (2012). Paying for performance to improve the delivery of health interventions in LMICs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- WITTER, S. & CUNDEN, N. (2012). Une introduction à l'évaluation économique des programmes. In V. Ridde & C. Dagenais (Eds.). *Approches et pratiques en évaluation de programme* (2^e éd., pp. 197-209). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2012). *WHO Global Health Expenditure Atlas*. Geneva: WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015). *World Health Statistics*. Geneva: WHO.