

# Analyse socio-anthropologique d'une intervention sanitaire : le cas du Financement Basé sur les Résultats dans le District de Diébougou (Burkina Faso)

Maurice YAOGO<sup>1</sup>, Assita KEITA<sup>2</sup>, Vincent KOUDOUGOU<sup>2</sup>,  
Vincent-Paul SANON<sup>2</sup> et Idriss GALI-GALI<sup>2</sup>

## Résumé

Cet article porte sur l'analyse du processus de mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats (FBR) dans un district rural. L'accent est mis sur la rencontre de l'intervention, conçue comme un « modèle voyageur », avec les réalités des structures de santé concernées. Une enquête socio-anthropologique a été réalisée sous forme d'études de cas dans sept (7) structures de santé. L'analyse des données à partir des thèmes clés a été facilitée par l'utilisation du logiciel QDA Minor Lite<sup>®</sup>. Les résultats obtenus montrent des décalages et des incohérences dans l'application des directives du FBR, d'où une démotivation progressive, après l'adhésion enthousiaste au départ. Face au défi de la recherche de la performance, les agents de santé ont entrepris de tirer profit au maximum des avantages du FBR par des adaptations positives mais aussi des pratiques non conformes. Il ressort de ces résultats que la motivation à l'acte n'a pas fonctionné. En outre, les logiques variables des acteurs selon leurs intérêts ont été contrariées par les imprévus dans la mise en œuvre du FBR. Le modèle voyageur a été appliqué sans tenir compte du contexte et des effets pervers. Cette intervention donne l'occasion de tirer des leçons pour d'autres expériences similaires.

**Mots clés :** Analyse socio-anthropologique, intervention sanitaire, Financement Basé sur les Résultats (FBR), district sanitaire de Diébougou

## Socio-anthropological analysis of a health intervention: the case of Performance-Based Financing in the Health District of Diébougou (Burkina Faso)

### Abstract

This article analyses the implementation process of Performance-Based Financing (PBF) in a rural district. The focus is on the encounter of the intervention, conceived as a "travelling model", with the realities of the health structures involved. A socio-anthropological study was carried out in the form of case studies in 7 health facilities. The analysis of the data based on key themes was facilitated by the use of QDA Miner Lite<sup>®</sup> software. The results show discrepancies and inconsistencies in the application of the PBF guidelines, resulting in a gradual loss of motivation after the initial enthusiastic adherence. Faced with the challenge of seeking performance, health workers set out to make the most of the benefits of the PBF through positive adaptations but also non-compliant practices. These results show that the motivation to act did not work. In addition, the varying logics of the actors according to their interests were frustrated by unforeseen circumstances in the implementation of the PBF. The traveller model was applied without taking into account the context and the perverse effects. This intervention provides an opportunity to draw lessons for other similar experiences.

**Keywords:** Socio-anthropological analysis, health intervention, Performance-Based Financing (PBF), Diébougou health district

---

<sup>1</sup>Chercheur en sciences sociales, politiques et systèmes de santé – Maître-assistant en anthropologie et sociologie de la santé, Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest-Unité Universitaire à Bobo-Dioulasso (UCAO-UUB), Burkina Faso ([myaogo.proline21@gmail.com](mailto:myaogo.proline21@gmail.com))

<sup>2</sup>Assistant(e) du projet de recherche (2014-2017) « *financement basé sur les résultats et protection sociale au Burkina Faso : étude d'implantation du FBR combiné à des interventions d'équité (District de Diébougou)* », 01 BP 1207, Bobo-Dioulasso.

## Introduction

Comme d'autres pays africains, le Burkina Faso a opté pour la mise en œuvre du financement basé sur les résultats (FBR) dans des structures publiques de santé afin d'améliorer la performance du système de santé et les indicateurs liés initialement aux objectifs du millénaire pour le développement (OMD 2015). Après une phase d'essai dans trois (3) districts de 2011 à 2013, l'intervention a été étendue à douze (12) nouveaux districts et quatre (4) centres hospitaliers régionaux en 2014. L'organisation du FBR au Burkina Faso dont il est question ici, illustre l'idée de « modèle voyageur » et s'inscrit dans le champ du transfert des politiques publiques (J.-P. Olivier de Sardan *et al.* 2017, R. Rose 2005). En effet, comme ailleurs en Afrique, l'idée d'utiliser les incitatifs financiers pour renforcer la performance des agents de santé et des formations sanitaires a été promue par la Banque Mondiale. Par ailleurs, pendant la période couverte par l'intervention, l'Etat a mis en place en juin 2016 la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Cette grande initiative nationale prend en compte de manière transversale d'autres projets spécifiques comme le FBR avec des résultats qui restent à être évalués.

Cet article porte sur l'analyse du processus de mise en œuvre du FBR dans le contexte réel d'un district sanitaire rural. Nous entendons mener la réflexion à partir de données d'enquête obtenues au cours du processus de mise en œuvre du FBR dans le district sanitaire de Diébougou. L'idée de base qui sous-tend notre approche du phénomène est que les interventions sanitaires comme les projets de développement sont des objets d'étude légitimes de la socio-anthropologie (J.-P. Olivier de Sardan 1995b). C'est pourquoi le FBR apparaît comme un prototype de ce que nous conviendrons d'appeler un « modèle voyageur » qui se propage dans plusieurs pays, sans prendre en compte les spécificités des contextes variés et les données probantes qui sont produites. Il y a aussi ce qui relève des défis de sa mise en œuvre dans un contexte spécifique qu'est le Burkina Faso.

L'analyse de ce modèle importé et de sa rencontre avec les contextes réels des structures de santé concernées fait l'objet de notre contribution sur ce sujet. D'où l'importance de présenter d'abord les éléments du contexte national qui permettent de comprendre comment les principes du FBR ont été appliqués et ce qui justifie certains résultats présentés par la suite. La problématique qui s'en suit apporte un éclairage sur ce qui se joue dans le processus de mise en œuvre de ce programme et l'intérêt de l'aborder dans le champ théorique de la socio-anthropologie de la santé. Quelques repères sur l'approche méthodologique précèdent la présentation des principaux résultats, suivie de leur discussion, pour en tirer quelques enseignements pratiques pouvant éclairer d'autres actions futures.

## I. Contexte et principes d'application du FBR

Les indicateurs de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile sont faibles au Burkina Faso si bien que cette catégorie vulnérable de la population fait l'objet d'interventions ciblées. C'est le cas de plusieurs mesures d'exemption partielle ou totale du paiement des services entreprises depuis les années 2000 (J.-P. Olivier de Sardan et V. Ridde 2014, M. Yaogo 2017). Dans ce contexte, le gouvernement burkinabè avec l'appui financier de partenaires de la coopération internationale œuvre pour améliorer l'accès de la population aux soins de santé, mais les défis restent considérables par rapport aux besoins. Pour les relever, les plans stratégiques du Burkina Faso<sup>3</sup> incluent l'amélioration de la performance du système de santé. Ainsi, dans le

---

<sup>3</sup>C'est le cas de la Stratégie de Croissance Accélérée et du Développement Durable (SCADD) pour la gouvernance économique au moment de l'implantation du FBR et du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

souci d'atteindre cette performance, le gouvernement burkinabè a jugé opportun d'accepter les propositions techniques et financières de la Banque mondiale de mettre en œuvre l'expérience du financement basé sur les résultats à partir de 2011.

Le FBR a été mis en place à partir de 2014 dans quinze (15) districts dont celui de Diébougou où la stratégie est combinée à une intervention communautaire de sélection des indigents devant bénéficier de la gratuité des soins dans certaines formations sanitaires ciblées. Ce district est composé de dix-neuf (19) Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) répartis sur l'ensemble de la Province de la Bougouriba et un Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Ces CSPS, qui constituent le premier niveau d'accès aux soins de santé primaires de base, sont composés d'un dispensaire, d'une maternité et d'un dépôt de médicaments essentiels génériques (MEG). Ces petits dépôts pharmaceutiques locaux fonctionnent grâce aux comités de gestion (COGES) composés de représentants communautaires, selon les prescriptions de l'Initiative de Bamako, avec un personnel habilité pour ce niveau de prestations. Le CSPS est placé sous la responsabilité d'un infirmier chef de poste (ICP), assisté de deux ou trois agents, avec l'appui d'un personnel de soutien (gérant du dépôt de médicaments, manœuvre, gardien des locaux). Les agents de santé à base communautaire (ASBC), non encore formellement intégrés à l'organisation du système de santé, jouent un rôle important dans les activités à base communautaire, sous la supervision des agents de santé. Au deuxième niveau du système de santé, la Commune de Diébougou, en tant que chef-lieu de la province, abrite le centre de référence qu'est le CMA qui dispose de plus d'infrastructures sanitaires. La commune dispose également d'un CSPS communal, de l'Office de Santé des Travailleurs (OST) pour la prévention et les soins aux travailleurs du secteur formel, de deux structures de santé privées, de deux dépôts pharmaceutiques publics (CMA et CSPS communal) et d'une officine privée.

La population totale du district était de 127 857 habitants (Ministère de la santé 2015, p. 13) dont 29 417 femmes en âge de procréer et 19 205 enfants de moins de 5 ans<sup>4</sup>. L'aire du district est peuplée d'une diversité de groupes linguistiques et culturels, notamment les Lobi, Dagara, Djan, Pougli, Birifor, Mossi, Peulh. Les groupes autochtones (cinq premiers) conservent leurs pratiques ancestrales encore très influentes puisque la religion traditionnelle animiste est très répandue. On y observe aussi les nouvelles religions révélées (islam et christianisme) et la présence de certaines pratiques traditionnelles comme les mariages coutumiers, l'excision et les scarifications.

Trois modalités d'interventions différentes du FBR étaient testées dans le district de Diébougou. La première modalité (FBR1), encore appelée "FBR traditionnel", est un système dans lequel *les patients payent les soins et les formations sanitaires sont payées (reçoivent un subside selon le vocabulaire consacré) en fonction de la quantité et de la qualité des actes réalisés sur la base de prix déterminés contractuellement* (FBR1). Le FBR 2 comprend le FBR 1 associé à une sélection communautaire d'indigents exemptés du paiement des soins, avec un achat double des consultations des indigents. Enfin, le FBR 3 prend en compte toutes les composantes du FBR 2 tout en y associant une prime supplémentaire à distribuer entre le personnel en fonction du nombre de consultations des indigents (directive non réellement appliquée dans ce district). Dans les différentes formations sanitaires, les prestations sanitaires mises en œuvre sont celles définies dans le paquet minimum d'activités (PMA). Ainsi, les principales prestations prises en compte concernent les consultations curatives infirmières (enfants et adultes), les accouchements assistés, les enfants complètement vaccinés et les consultations postnatales. Dès le démarrage du FBR, il était prévu une dotation en supports de

---

<sup>4</sup> Projections démographiques de 2011 à 2020 des régions et districts sanitaires de la DGESS (2013) rapportées dans l'annuaire statistique 2014 (Ministère de la santé 2015, p. 9).

collecte des données, notamment des registres<sup>5</sup>, mais en dehors des CSPS du FBR1 et du FBR2 (proximité géographique du siège du district et facilité d'accès), ceux du FBR3 ne les ont reçu que quatre mois après le démarrage de l'intervention. Avant cela, tous les agents de santé de ces CSPS ont été formés sur les objectifs et les directives de l'intervention. Dans le souci d'atteindre les objectifs fixés, des contrats de performance étaient signés entre les différentes structures sanitaires (CSPS et CMA) et une structure dénommée « Agence de Contractualisation et de Vérification » (ACV).

Le principe général du FBR consiste en plusieurs formes de récompenses ou d'incitatifs, sous la forme d'un "achat" des prestations fournies par les structures de santé. Cela consiste à accorder des rétributions liées aux activités réalisées, après une vérification de la quantité et de la qualité des prestations. La vérification quantitative des données des structures impliquées était réalisée chaque mois par des professionnels de la santé, recrutés par l'ACV qui en a la responsabilité. Quant à la vérification de la qualité, elle était effectuée chaque trimestre par l'Equipe Cadre de District (ECD) et par le Centre hospitalier régional (CHR) pour le CMA de Diébougou, comme prévu dans le guide mise en œuvre du FBR (Ministère de la santé 2013, p. 41 et 42). Il était prévu également des vérifications communautaires, couplées à une enquête de satisfaction des usagers qui ont été effectuées tardivement (juillet 2015 et mai 2016 pour tous les CSPS impliquées) à cause de contraintes liées aux ressources humaines et aux modalités de leur implication. Elles visaient à contrôler auprès des ménages « *si les prestations subventionnées ont effectivement été prestées et si les données répertoriées dans les registres des structures ne sont pas falsifiées* »<sup>6</sup>. A l'issue de ces vérifications, un "outil d'indice" (canevas standard) permet de calculer et de faire une répartition des fonds alloués qui sont qualifiés selon le cas de primes, de subsides ou de bonus pour les agents et les structures de santé. En principe, 30% du montant disponible sont prélevés et servent de primes à tout le personnel (CSPS et CMA) tandis que les 70% sont reversés pour l'amélioration de la performance et le fonctionnement des services, y compris les dépenses d'équipement nécessaires. Les agents sont informés que la répartition (subsides pour les contrôles quantitatifs mensuels, bonus qualité pour les contrôles qualité trimestriels) tient compte d'un certain nombre de critères comme l'ancienneté, la responsabilité, le grade et les jours d'absence (cf. outil d'indice au district). Mais l'application en pratique a montré des défaillances.

## II. Problématique

Le FBR fait partie d'un ensemble d'interventions mises en œuvre au niveau national, régional ou local en réponse à des besoins inscrits dans la politique de santé du Burkina Faso ou dans le cadre de grandes recommandations internationales. Ainsi, plusieurs initiatives ont été entreprises depuis l'implantation biomédicale en Afrique pendant la période précoloniale. Une genèse a été faite notamment par M. Yaogo (2017), en se focalisant sur les politiques visant l'exemption totale ou partielle des frais de santé pour les usagers. Dans ce contexte général, nous pouvons citer le cas des endémies depuis la période coloniale (lèpre, tuberculose, onchocercose et trypanosomiase) dont la situation est bien décrite par J. -P. Bado (1996). Plus récemment, la gratuité des anti-rétroviraux (ARV) est effective comme celle des soins liés au

---

<sup>5</sup>Le kit mis à la disposition des formations sanitaires est composé de registres de consultation, d'accouchement, de planning familial, de PTME (Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH), de dépistage VIH (Virus d'Immunodéficience acquise) ainsi que de fiches de référence. La mise en œuvre du FBR implique l'utilisation d'outils dont font partie ces fiches de collecte de données sur les prestations réalisées.

<sup>6</sup>Ministère de la santé (Burkina Faso), 2013, *Guide de mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé*, p. 21.

paludisme grave. Cependant, il apparaît que la situation en santé maternelle et néonatale a fait l'objet d'une attention particulière depuis deux décennies avec deux grandes actions d'envergure nationale portées par le gouvernement. C'est le cas précisément de la subvention nationale des accouchements et des soins obstétricaux d'urgence ou SONU (2006-2016), suivie de la gratuité totale des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans depuis 2016. Ces grandes réalisations nationales sont entièrement financées par le budget de l'Etat contrairement aux actions souvent mises en œuvre avec l'appui des grandes organisations internationales. Le FBR fait partie de la deuxième catégorie d'initiatives portées et financées par des organisations étrangères, précisément la Banque mondiale. Celle-ci propose un appui sous forme d'une expérience pilote, initialement dans trois districts et pouvant être étendue à une plus large échelle. L'amélioration de la quantité et de la qualité des prestations des soins qui est visée fait partie des objectifs à atteindre pour renforcer le système de santé national, en s'inscrivant dès le début dans les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) dans le domaine de la santé.

Au-delà des résultats sectoriels qui apportent un appui au système de santé, les différentes actions visent souvent à répondre à des standards conventionnels (les "modèles voyageurs" mis en relief par J.-P. Olivier de Sardan *et al.* 2017) dont l'application en contexte africain dans des pays à ressources limitées est confrontée à de nombreux obstacles. En dehors des ressources (humaines, financières et matérielles) insuffisantes, de telles approches s'apparentent à des expérimentations en réponse à des situations d'urgence conjoncturelle dont la solution s'inscrit dans la durée. En cela, les politiques et les systèmes de santé fortement alignés aux standards internationaux s'écartent parfois de stratégies plus résilientes et adaptées aux capacités nationales dans un contexte de crise économique au long cours. L'expérience du processus de mise en œuvre du FBR qui est abordée ici est intéressante pour apporter un éclairage à partir des données des études de cas réalisées. Le constat de base est que les normes officielles qui doivent être appliquées pour la mise en œuvre des actions prévues diffèrent généralement des « normes pratiques » des acteurs (J.-P. Olivier de Sardan *et al.* 2017). Un deuxième constat est que le paradigme pasteurien est toujours dominant à l'échelle planétaire (B. Dujardin 2003) malgré les critiques. En effet, il opère typiquement par des interventions verticales selon les pathologies visées. Or, il est admis à l'heure actuelle que l'efficacité des actions passe par des approches moins verticales et plus multisectorielles, interactives ou systémiques.

A partir de ces repères théoriques, nous questionnons les conditions de mise en œuvre du FBR dans le district de Diébougou, en considérant d'abord les connaissances et les conceptions de l'intervention par les acteurs et les usagers des services de santé. Cette perspective nous oriente vers l'analyse des logiques des acteurs impliqués dans l'application des directives du FBR. Ces logiques ont déjà été décrites dans des écrits antérieurs, notamment sur les interactions (relations entre les malades et les soignants) dans les services de santé (Y. Jaffré 1999, Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan 2003) ou sous l'angle de la similarité avec des faits plus généraux de santé et de développement local concernant notamment les adaptations imprévues au contexte, les pratiques frauduleuses ou les logiques de contournement des règles établies (T. Bierschenk *et al.* 2000, M. Yaogo *et al.* 2012). Il est question aussi de ce que l'appropriation des modalités de l'action peut induire comme effets positifs ou, au contraire, comme effets pervers pouvant influencer négativement et non renforcer le fonctionnement ou la performance du système de santé. Tels sont les principaux fils conducteurs mis à contribution pour une analyse contextualisée du FBR qui revêt à la fois les caractéristiques d'une action sanitaire mais aussi des similitudes avec d'autres types d'actions dans le champ du développement (P. Boiral *et al.* 1985, J.-P. Olivier de Sardan 2010). L'analyse des logiques des acteurs et des effets sur le système de santé du district concerné s'inscrit dans cette double perspective.

### III. Approche méthodologique

Cette recherche utilise une approche qualitative pour le recueil de données complémentaires dans sept (7) structures de santé du district de Diébougou, précisément dans six (6) CSPS et le CMA. Après les activités préparatoires, la première étape de la démarche méthodologique a consisté à sélectionner les CSPS éligibles du FBR qui font l'objet de l'analyse dans ce district. En collaboration avec l'Equipe Cadre de District (ECD) de Diébougou, l'équipe de recherche (coordonnateur de recherche et quatre assistants) a procédé préalablement à une sélection des cas en tenant compte des CSPS plus performants et moins performants, à partir des données de routine du système de santé. Il s'agissait de sélectionner des cas contrastés qui diffèrent selon le niveau de performance déjà signalé au niveau de chaque type d'intervention du FBR. Dans cet objectif, en plus de l'hôpital de référence du district (CMA de Diébougou), deux CSPS (moins performant et plus performant) ont ainsi été sélectionnés dans chacune des trois modalités d'intervention du FBR.

L'enquête intensive de type socio-anthropologique (J.-P. Olivier de Sardan 1995a et 2008) a été mise en œuvre, en respectant les exigences d'une immersion dans les contextes locaux de collecte des données, selon une démarche rigoureuse requise dans tout le processus de recueil, de traitement et d'analyse. Elle a été réalisée à l'aide d'une combinaison de techniques qualitatives comprenant :

- une observation préalable du contexte des sites sélectionnés dans les structures de santé et au niveau communautaire qui a fourni des résultats préliminaires sous forme de monographies descriptives des différents sites ;
- des entretiens individuels approfondis réalisés par les collaborateurs impliqués dans les différents sites d'enquête (études de cas) correspondant aux trois variantes du FBR et une collaboratrice pour le CMA comme structure de référence (étude de cas). Pour l'enquête finale dont il est question ici, nous avons au total 147 entretiens avec les différentes catégories d'acteurs impliqués dans la préparation et la mise en œuvre des activités liées au FBR dans les structures de santé et au niveau communautaire (34 pour le FBR1, 38 pour le FBR2, 30 pour le FBR3 et 45 pour le CMA). Les entretiens avec les différents profils socioprofessionnels ont été réalisés à l'aide de trois guides thématiques et une grille a servi pour les observations directes en temps réel.

La préparation du travail de terrain a été faite par des pré-enquêtes au début des activités avec les informateurs clés impliqués. La collecte des données dans les différents sites a été effectuée en plusieurs étapes. D'abord, une rencontre d'échange entre l'équipe de recherche et l'ECD a permis de sélectionner les cas (CSPS), de les localiser et d'établir une cartographie de tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du FBR ainsi que la sélection et l'exemption du paiement des soins des indigents. Ensuite, la collecte des données a commencé avec des monographies descriptives pour chaque site, conjointement au recueil de données auprès des différentes catégories d'acteurs et les usagers en nombre plus restreint car l'intervention est focalisée sur les structures de santé. Les personnes sollicitées dans les différents sites étaient essentiellement composées du personnel de santé, des responsables des structures de santé, des membres des COGES, des leaders administratifs et coutumiers, des usagers des services de santé et des agents contractuels recrutés dans le cadre de la mise en œuvre du FBR. Après la fin des enquêtes de terrain, l'équipe a réalisé la transcription de tous les entretiens et le traitement préalable des données avant leur exploitation formelle par l'analyse de contenu thématique pour chaque site d'enquête. Cette démarche a été préparée par un atelier au cours duquel une formation au logiciel d'analyse qualitative QDA Miner Lite 4 a permis de jeter les bases d'une exploitation coordonnée et intégrée des données. Cette étape était importante pour

l'application du plan d'exploitation des données qui a consisté à faire un traitement et une analyse des données de chaque site d'enquête pour la rédaction de rapports spécifiques. Par la suite, une analyse globale, transversale rapportée ici a été faite à partir des résultats des sept sites. Le protocole de recherche a reçu une approbation du Comité national d'éthique de la recherche en santé du Burkina Faso et les exigences en la matière ont été respectées. Il s'agit notamment des informations préalables sur l'activité de recherche avant une demande de consentement éclairé, du respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations dans le processus de traitement et d'analyse des données.

## IV. Résultats

Dans cette partie, nous proposons une synthèse des principaux résultats obtenus dans les sept sites de l'étude sur le processus de mise en œuvre du FBR dans le District de Diébougou. L'intérêt porte sur les thèmes clés abordés, en commençant par les connaissances et les conceptions du FBR, puis des logiques des acteurs dans le processus de mise en œuvre de l'intervention mais aussi les répercussions, directes ou indirectes, sur le système de santé.

### 4.1. Des connaissances et conceptions sur le FBR aux pratiques professionnelles en temps réel

Rappelons que le FBR a démarré dans le district après une formation au niveau régional, suivie de restitutions de proche en proche (en « cascade » dans le jargon local) dans les CSPS et les CMA et auprès des acteurs communautaires. Un tirage au sort avait permis la répartition des structures de santé selon les différentes modalités (les « bras ») du FBR. Les outils de rapportage avaient été distribués, avec un décalage dans le calendrier selon la localisation géographique.

Il ressort pour l'ensemble des sites de l'étude que seuls les agents de santé impliqués dans l'offre de prestations avaient une bonne connaissance du FBR parce qu'ayant été formés à l'intervention. Pour les autres, les connaissances sont liées aux possibilités que les leaders communautaires ont eu de participer à des restitutions locales ou de participer aux activités en temps réel. Concernant l'origine du FBR et les objectifs, seuls les agents de santé qui ont suivi la formation étaient en mesure de situer la provenance en faisant référence à l'expérience d'autres pays, précisément le Rwanda.

Contrairement à ces deux catégories de personnes mieux informées, plusieurs leaders communautaires et la plupart des usagers ignoraient l'existence du FBR, même si des appréciations sont faites sur quelques changements qui lui seraient imputables. Il en est de même des membres des COGES qui n'avaient pas participé aux rencontres préparatoires ou aux activités. Les terminologies utilisées pour désigner le FBR nouvellement implanté témoignaient aussi du faible niveau général de connaissance en dehors des prestataires formés et directement impliqués dans les centres de santé. Ainsi, certains agents de santé affectés ultérieurement ou n'ayant pas participé à la formation initiale disaient que c'est un "*projet*"; d'autres évoquaient l'idée d'"*aide*" pour la prise en charge par soi-même de sa santé.

Les différents informateurs ont déclaré unanimement que le FBR est une bonne initiative qui « ... *permet aux formations sanitaires d'être plus performantes... d'offrir plus des [...] prestations de qualité.* » (Responsable unité de soins maternels, Cas 5 / FBR2).

La plupart des acteurs estimaient qu'il s'agit d'une initiative utile et salutaire parce que, d'une part, elle conduit les agents de santé à améliorer l'accueil et la qualité des soins et, d'autre part, elle permet aux plus pauvres d'avoir accès aux soins sans barrière financière, évoquant l'exemption du paiement des soins pour les indigents (cas de FBR2 et FBR3). Après le début

de la mise en œuvre dans le district de Diébougou, plusieurs prestataires de soins ont affirmé que le FBR les a stimulés dans leur travail, malgré les difficultés survenues au début. Il était question notamment du démarrage rapide sans formation conséquente de tous les acteurs, de la non disponibilité des supports de rapportage partout, de la non élaboration préalable des plans d'amélioration de la performance (PAP) comme prescrit, et des défis pour le paiement des incitatifs (retard de transfert des fonds, répartition non conforme des primes décrite dans plusieurs centres de santé, non inclusion incomprise des membres COGES). En fait, l'engouement des prestataires a été progressivement émoussé surtout par le non-respect des clauses initiales sur le paiement des incitatifs :

*« Au début on nous a dit que chaque mois ils vont verser les subsides. Nous sommes en décembre et on a reçu que le mois passé pour 5 mois. Donc, tout le reste là on ne sait même pas quand est-ce qu'ils vont verser ça. En tout cas ils n'ont pas respecté ce qu'ils ont dit là ; ça fait que d'autres mêmes étaient découragés pour ça. »* (Agent itinérant de santé - AIS, Cas 7 / FBR3).

Cette baisse de motivation était d'autant plus remarquable qu'ils ont redoublé d'efforts et de précautions (remplissage méticuleux des supports, nouveaux équipements, meilleur accueil, conditions d'hygiène et d'assainissement améliorées, etc.) pour éviter de perdre des points lors des différents contrôles. Le voyage du modèle théorique s'est donc rapidement confronté à la réalité du contexte. Le FBR a suscité beaucoup d'engouement au départ mais le retard accusé pour la répartition des fonds a provoqué une réelle démotivation du personnel (CSPS, CMA) : *« (...) avec le retard de paiement des subsides, je pense que l'engouement a baissé hein ! »* (Responsable sanitaire, Cas 5 / FBR2).

Un autre aspect négatif concerne la frustration des agents non habilités pour certaines prestations par les directives du FBR, ce qui est perçu comme une dévalorisation de leur statut par rapport aux autres. En effet, les actes pris en compte pour les contrôles quantité et qualité ne peuvent être validés qu'après une signature des agents autorisés (cas des ICP à la différence des autres agents du premier niveau, des maïeuticiens et sages-femmes à la différence des infirmiers au CMA) alors qu'ils les considèrent comme étant de la même catégorie qu'eux. Cette démotivation était de nature à entraîner des répercussions négatives sur la qualité du travail : *« ... c'est comme si leur travail n'est pas valorisé alors qu'ils sont au même titre que les maïeuticiens et sages-femmes ils sont tous en catégorie B et eux ils ne comprennent pas pourquoi leurs prestations sont achetées et pour eux n'est pas acheté. C'est une frustration ! »* (Agent bloc opératoire, Cas 5 / FBR2).

Dans le même registre de contournement des directives du FBR, des agents non qualifiés exécutaient certains actes non éligibles mais qui étaient validés par une signature des agents habilités.

Il ressort des résultats de l'étude que la mise en œuvre du modèle voyageur n'a pas prêté beaucoup d'attention à l'importance de l'adhésion des usagers et de la population en général, les agents de santé bénéficiant d'une compensation prévue dans les mécanismes du FBR. L'expérience montre que la population était très peu informée des tenants et des aboutissants du FBR tandis que l'intervention pour les indigents était plus connue parce que les acteurs communautaires ont été directement associés à sa préparation. En effet, l'exemption du paiement des soins des indigents était perçue comme une initiative très utile mais aussi une source de motivation supplémentaire car les prestations prévues étaient également payées. Cette intervention est considérée comme offrant une opportunité aux personnes démunies d'avoir accès aux soins de santé, ce qui devrait contribuer à augmenter la fréquentation des centres de santé : *« Si beaucoup ne viennent pas, je me suis dit que c'est à cause du coût, de la pauvreté. Mais avec cette politique de prise en charge des indigents, je pense qu'à un certain*

*moment donné, on n'aura même pas à contrôler et finir nos malades dans la journée. »* (Accoucheuse auxiliaire - AA, Cas 4 / FBR2).

Trois raisons principales sont évoquées au sujet de l'engouement initial du personnel de santé. La première est que tous les prestataires de soins perçoivent avec un grand intérêt les avantages liés aux incitatifs. Cette idée est tellement ancrée dans les esprits de certains prestataires qui en arrivent à relativiser les retards dans le paiement des primes qu'ils considèrent comme une occasion de thésauriser pour avoir un meilleur profit : *« Donc si on prenait ça par mois, ça ne serait pas consistant quoi. Donc ils ont laissé deux mois, quand ils vont verser octobre là, c'est pour 3 mois donc peut être que ça serait plus consistant. »* (Gérant dépôt MEG, Cas 1 / FBR1).

La deuxième raison porte sur la disponibilité des ressources favorablement accueillie tant pour les bénéfices générés par la vente des médicaments que pour financer les autres dépenses de fonctionnement : *« ... le volet subsides aussi, en tout cas pour la formation sanitaire, ça a beaucoup évolué. Moi j'ai pris le CSPS avec une valeur financière totale quatre millions, de nos jours nous sommes à dix millions deux cent et quelque mille. »* (Infirmier chef de poste - ICP, Cas 3 / FBR2).

Enfin, les ressources générées par les incitatifs ont permis d'avoir de meilleures conditions de travail. En effet, les 70% des subsides reversés aux COGES des CSPS étaient utilisés pour différents besoins (équipement, disponibilité des médicaments et autres consommables, hygiène et entretien des locaux pour améliorer l'accueil et accroître l'accès aux prestations).

Cependant, des perceptions négatives portaient sur les décalages et les incohérences dans l'application des directives du FBR. L'une des conséquences des retards de paiement des subsides est que certains dépôts MEG n'arrivaient plus à approvisionner régulièrement leurs stocks. Dans le même registre, les perceptions négatives suivantes ont été relevées : a) les tensions dues aux critères de répartition des subsides au sein des CSPS non communiqués à tout le monde ; b) la surcharge de travail imputée au remplissage régulier des supports ; c) le manque de personnel qualifié dans certains CSPS ; d) la crainte de voir le dépôt MEG s'appauvrir à long terme à cause de la prise en charge des indigents dont le remboursement ne se fait pas à temps ; e) la frustration de certains agents dont les prestations ne sont pas reconnues par les vérificateurs qualité.

Par ailleurs, l'intervention définie par le niveau central n'avait pas suffisamment pris en compte les réalités des structures sanitaires rurales (notamment le manque de personnel qualifié) si bien que les agents en arrivaient à avoir recours aux astuces frauduleuses décrites pour bénéficier des primes qui leur échapperaient autrement. La fraude dans ce cas de figure permet de contourner les règles défavorables du FBR.

## **4.2. La mise en application du FBR et les « logiques indigo » des agents de santé**

Face au défi de la recherche de la performance, les agents de santé ont entrepris de tirer profit au maximum des incitatifs et avantages liés au FBR. Ces pratiques concernaient plusieurs aspects de la mise en œuvre de l'intervention dont nous retenons les plus emblématiques, qualifiées de « stratégies d'adaptations » (conformes et non conformes) pour les besoins de l'analyse.

### **4.2.1. Le cas des pratiques conformes**

Parmi les activités préparatoires entreprises pour répondre aux normes du FBR, il y a d'abord l'acquisition d'une quantité plus importante de médicaments et de consommables. En effet, avec le FBR, les CSPS avaient plus de ressources disponibles provenant des subsides pour approvisionner régulièrement le dépôt de médicaments. Ainsi, le coût moyen des commandes

de médicaments essentiels génériques (MEG) au CSPS de Bapla (FBR2) était passé de 300 000 francs CFA à 1 500 000 après l'implantation du FBR. Cela s'expliquait par une augmentation consécutive des recettes liées à la vente des médicaments.

Il est ressorti aussi que des achats de matériel et de produits d'entretien du CSPS ont été faits en prévision des exigences de contrôle qualité du FBR. Avec l'accord du COGES, les agents du Cas 7 (FBR3) avaient acheté du matériel médicotechnique (aspirateur à pédale, boîtes d'accouchement, etc.) avant le premier contrôle qualité. Cela avait permis à ce CSPS d'être classé premier du district après l'implantation, en usant d'autres pratiques inhabituelles : nettoyage des recoins des locaux, bacs à ordures placés à l'entrée du CSPS ; matelas en mauvais état ponctuellement remplacés à l'occasion des contrôles qualité ; implication des agents de santé à base communautaire (ASBC) qui réfèrent les cas de malnutrition recensés dans les villages rattachés au CSPS ; engouement des agents de santé pour les visites à domicile (VAD) afin d'augmenter la fréquentation des centres de santé.

En dehors des VAD, d'autres initiatives ont été développées par les prestataires de soins pour augmenter la fréquentation et avoir plus de subsides, en impliquant notamment les ASBC pour la sensibilisation afin d'inciter les femmes à amener les enfants pour les pesées qui sont achetées par le FBR :

*« Sans mentir, c'est pendant le FBR ! Je pars souvent même chez elles à la maison. Une qui devrait venir, le rendez-vous est déjà dépassé, si je ne la vois pas, ça je vous le dis, je prends ma moto pour aller la rendre visite. Sans mentir, je ne faisais pas ça, mais avec FBR je le fais. »* (AA, Cas 7 / FBR3).

Dans un autre registre, des efforts ont été faits pour rendre disponibles les dix molécules indispensables dites "traceuses" au niveau du dépôt :

*« Et aussi les 10 molécules traceuses, je fais tout pour ne pas tomber en rupture de ça puisque ça nous fait perdre des points. Comme c'est le système du tout ou rien, si un produit parmi ces dix-là manque, vous perdez tout le point. Par exemple, si vous êtes noté sur 50, y a un produit qui manque, vous perdez tous les points. »* (Gérant dépôt MEG, Cas 1 / FBR1).

Il y a aussi le fait que les soignants se rencontraient régulièrement afin de coordonner la mise en œuvre des activités : *« Comment on planifie, nous tenons des réunions et ensemble on essaie de voir comment nous allons atteindre nos objectifs. »* (AA, Cas 4 / FBR2)

#### **4.2.2. Les pratiques non conformes et leurs effets pervers**

Il est question ici des pratiques courantes des agents de santé qui contournaient délibérément les directives du FBR pour augmenter les résultats quantitatifs et qualitatifs, les scores de performance et corrélativement les incitatifs financiers correspondants. Les premières mesures correctives ont visé les visites à domicile (VAD) avec plusieurs effectifs frauduleux, parfois fantaisistes, constatés à l'enregistrement. Ces pratiques inadéquates ont consisté à manipuler les chiffres réels pour avoir facilement des gains indus : *« Pour les VAD, les agents font parfois du "labo", c'est-à-dire remplir les fiches sans aller sur le terrain »* (Ancien ICP, Cas 2 / FBR2)

Après l'engouement initial et l'investissement du personnel de santé dès l'implantation du FBR, l'arrêt de l'achat des VAD avait été mal accueilli car cela diminue les incitatifs financiers. Cet acte était payé plus cher que les autres, ce qui suscitait les manipulations des chiffres réels pour en tirer plus de bénéfices. Ainsi, des chiffres complètement fantaisistes et irréalistes ont été constatés. Finalement, ce volet du FBR a été interrompu par les responsables du programme, après une limitation temporaire du nombre de VAD autorisées en fonction de la taille de la population, à cause de la persistance des pratiques non conformes.

D'autres types d'adaptation non conformes ont été relevés, notamment :

- la validation non autorisée des actes des agents de première ligne par des agents habilités pour qu'ils soient comptabilisés pendant les vérifications quantitatives :

*« Au niveau de la dernière vérification qualité là, vraiment on a fait tout... vraiment on a bossé sur ça mais quand les vérificateurs sont venus, ils n'ont pas validé. Donc major avait dit si on prenait, de ne pas mettre le nom, là lui il allait venir mettre son nom et puis signer. »* (Responsable vaccinations, Cas 2 / FBR1)

- les partogrammes sont en général arrangés car remplis après l'accouchement (ce qui n'est pas nouveau) et les corrections faites *a posteriori* sont qualifiés ironiquement de « postogrammes » par les agents eux-mêmes : *« D'abord les accouchements je sais qu'aucun accouchement n'est réalisé avec partogramme... entre nous on les appelle des postogrammes parce que c'est après accouchement qu'elles font ça. »* (AIS, responsable vaccinations, Cas 4 / FBR2)

Le calcul des primes avec l'outil d'indice censé refléter le niveau d'implication des agents dans les activités liées au FBR est parfois contesté car effectué par les seuls responsables des CSPS au lieu d'une mise à jour collégiale en associant tous les acteurs concernés :

*« Ici on dit qu'on ne peut pas dépasser les 30%. C'est parce qu'ils ont puisé dans le dépôt là qu'on n'arrive pas. Donc ça sincèrement moi ça me fait très mal et ça me décourage... Deux mois de subsides et même pas 30 000 francs ? Je dis que je ne suis pas d'accord. Donc ce jour-là on n'a pas pu diviser l'argent. J'ai dit sincèrement que je ne suis pas d'accord. »* (AA, responsable maternité, Cas 2 / FBR1).

Au niveau des CSPS, certains faits ont contribué à faire douter de la transparence dans le remplissage de l'outil de répartition des primes, à partir des critères définis dans les directives du FBR, et la gestion des subsides : 1. l'ICP seul était au courant des critères (pour éviter cela, tous les agents sont conviés périodiquement à la révision de l'outil d'indice au CMA) ; 2. au Cas 2 (FBR2), l'ancienneté du gérant du dépôt de médicaments a été diminuée pour une raison inconnue et ses subsides moindres que ceux des membres COGES, ce qui a provoqué un sentiment de frustration et a donné l'impression de manœuvres critiquées ; 3. deux membres COGES (président et trésorier) ont été admis dans tous les six CSPS à bénéficier des subsides mais l'exception a pris fin quand le service technique du FBR en a eu connaissance, l'adaptation du modèle voyageur au contexte local n'étant donc pas envisageable. Au CMA, c'est surtout le désaveu des critères de notation (notamment l'ancienneté, l'absence, la catégorie) et la gestion opaque des subsides qui sont donnés comme raisons du refus de la plupart des prestataires, et même certains membres de l'ECD, de prendre part à la révision périodique de l'outil d'indice.

Plusieurs critères ont été retenus par les acteurs pour déterminer le niveau d'indigence des individus. Outre le fait d'être démuné financièrement et matériellement, c'est l'absence de parents ou de proches qui interviennent éventuellement pour faire face aux besoins. Cependant, il a été observé partout un écart entre les critères officiellement définis et les interprétations des membres des différents comités de sélection des indigents. Autrement dit, ces comités de sélection se sont appuyés sur les critères tels que l'invalidité, l'incapacité physique et financière, le manque de soutien pour inscrire leurs proches du « troisième âge », « fatigués » et qui « ne peuvent plus travailler », même si ces derniers ne manquent pas d'appui. En outre, il a été constaté que certains membres des comités villageois de sélection ont profité de la situation pour inclure délibérément des personnes non éligibles :

*« Nous les cinq membres de la cellule de sélection des indigents, nous nous sommes retrouvés pour voir comment les personnes âgées qui ne peuvent plus travailler pourront être sélectionnées. Donc, on a décidé de prendre leur nom et leur âge. Il y en a qui ont 60*

*ans et d'autre qui ont 80 ans. Comme ils n'ont personne pour les appuyer, nous les avons aidés en les inscrivant sur la liste. On ne peut pas prendre le nom de tout le monde, mais nos vieux et nos vieilles qui sont là ont leur nom parce qu'ils sont fatigués.* » (Président de Comité villageois de développement - CVD, Cas 7 / FBR3).

Les résultats rapportés montrent d'abord des disparités dans les connaissances du FBR. Ainsi, les agents de santé formés et impliqués dans la mise en œuvre sont ceux qui sont les plus informés sur les mécanismes/principes du FBR et les plus aptes à les contourner. Les professionnels de santé venus après la mise en place sont moins au courant des modalités de mise en œuvre de l'intervention mais le sont plus que les usagers qui ne sont pas directement impliqués. En effet, ils sont censés être les bénéficiaires finaux de l'action puisque qu'ils doivent profiter surtout de l'amélioration qualitative de l'offre de soins. Par ailleurs, il est apparu que les prestataires de soins chargés d'appliquer les directives du FBR ont opéré des changements délibérés ou même usé de plusieurs astuces pour les contourner ou les adapter selon leur quête d'un maximum de ristournes. Que peut-on dire de ces aspects qui transparaissent des résultats obtenus en considérant les objectifs majeurs poursuivis par les promoteurs et le ministère de la santé ? Comment peut-on apprécier les résultats qui émergent de l'analyse du processus de mise en œuvre en considérant les effets grandeur nature sur le fonctionnement du système de santé et sur l'accès aux soins des usagers ? Ce sont les points clés autour desquels est orientée la discussion proposée dans la partie suivante.

## **V. Discussion**

L'approche qualitative combinée des contextes et des résultats des sept sites concernés a permis de mettre en relief plusieurs aspects non apparents dans le processus de mise en œuvre mais aussi des conséquences non intentionnelles du FBR. A ce propos, le personnel de santé a manifesté au démarrage un engouement pour le FBR qui prévoit un système de « motivation » financière (la carotte) bien apprécié, ce d'autant plus qu'aucune sanction (bâton) n'a été appliquée. Dans ce contexte, l'analyse fine du FBR révèle à la fois des retombées positives et des effets pervers pour le système de santé, d'où l'intérêt de faire une mise en relation avec les événements significatifs de la gouvernance nationale de la santé.

### **5.1. De l'adhésion à la réticence des acteurs ou le piège de la motivation à l'acte**

Le constat qui s'impose de l'analyse du processus de mise en œuvre du FBR est que les agents de santé et d'autres acteurs non professionnels de la santé avaient adhéré, initialement avec enthousiasme, aux directives de cette intervention sanitaire. Celles-ci avaient le mérite de proposer une solution, ne serait-ce que ponctuelle, aux limites dans l'offre de soins aux différents échelons du système de santé. Cela était d'autant plus remarquable pour le cas de la santé de la mère et de l'enfant, catégorie vulnérable de la population qui avait besoin d'initiatives propices à une amélioration des conditions de l'offre de soins. En effet, plusieurs structures de santé avaient des équipements vétustes, insuffisants ou peu adaptés à la fourniture de soins conformes aux standards recommandés et cela se répercutait sur la qualité des prestations. A un autre niveau, la question de la motivation du personnel de santé se posait avec acuité face aux conditions difficiles de travail et aux effets combinés liés aux attentes professionnelles non satisfaites. Dans ce contexte, l'introduction d'un système pouvant contribuer à la fois à changer les conditions de travail et à accroître la motivation des agents de santé dans leurs pratiques quotidiennes était naturellement bien acceptée. Mais l'étape de la mise en œuvre en temps réel a montré comment plusieurs glissements entre les dispositions prévues dans les textes de référence et les pratiques réelles reflétaient comment les acteurs ont réagi face aux règles instituées. Cela confirme l'idée du décalage entre les "normes officielles"

et les "normes pratiques" des acteurs (J.-P. Olivier de Sardan *et al.* 2017). Cela illustre aussi comment les prestataires de soins concernés ont usé de leur position stratégique dans les activités du FBR pour s'octroyer des bénéfices licites ou non (M. Crozier et E. Friedberg 1977). Ainsi, plusieurs directives du FBR n'ont pas été appliquées comme initialement prévues. C'est le cas du non-paiement des incitatifs dans les délais annoncés alors que c'était l'une des clauses qui suscitaient l'engouement pour l'initiative. L'utilisation aussi d'un outil non consensuel pour le calcul des primes à accorder aux agents et aux structures de santé ont constitué un point d'achoppement qui a contribué à la démobilité et au faible engagement des acteurs au fur et à mesure du déroulement des activités. Cela a abouti à des réticences manifestées par les prestataires impliqués puis une démotivation exprimée à tous les niveaux du système de santé.

Les raisons de la démotivation progressive des acteurs ont été bien décrites dans les résultats exposés et renvoient d'abord aux effets pervers d'un système de motivation individuelle à l'acte. Cela a suscité un engouement certain lié à l'intérêt personnel et aux avantages que chacun escomptait tirer de l'opportunité qui était proposée de manière sélective puisque seules des structures sélectionnées devaient participer à l'expérience pilote. Cela rappelle le système taylorien de l'organisation scientifique du travail (F. Taylor 1970) qui a procédé de manière similaire en liant directement le rendement individuel au salaire, la motivation à l'appât du gain. Le résultat à la longue était que les travailleurs se sont rebellés et cela a abouti à la première grande crise du taylorisme d'ordre social car les travailleurs se sentaient dévalorisés dans leurs contributions individuelles au résultat global. Ils étaient devenus comme un rouage du système, des pièces anonymes d'une machine à produire et à faire des profits dont ils ne profitaient pas vraiment. La situation est assez différente de celle vécue pour le FBR mais il y a quand même quelques similitudes. En effet, l'idée de la motivation à l'acte a bien fonctionné au début parce que les premiers retards de paiement étaient perçus favorablement en évoquant une "épargne forcée" mais bénéfique si les paiements étaient effectifs à un délai acceptable. Mais la récurrence des retards et l'absence de justifications compréhensibles des motifs ont fini par convaincre les uns et les autres que le système n'arrivait pas à honorer les engagements initiaux. Cela a contribué à une véritable désaffection dans l'application des directives du FBR et même une remise en cause des fondements selon l'idée que l'intervention n'arrive pas à satisfaire les attentes des acteurs car les principes de base n'étaient pas respectés. D'où la différence avec les inconvénients du système taylorien qui a péché beaucoup plus par excès d'optimisme sur le renforcement positif ou la seule prise en compte du salaire comme seule source de motivation individuelle. Ici c'est précisément le non-respect des clauses de motivation à l'acte par les retards de paiement qui a entraîné une démotivation qui s'est transformée en un relâchement ou un abandon des principes de base du FBR. Cette situation suggère que les conditions n'étaient pas réunies par les promoteurs de l'intervention pour assurer l'application effective des directives et des contrats de performances qui liaient les différentes parties prenantes. Cela rappelle d'autres expériences comme la mise en œuvre de la subvention des SONU (Ministère de la santé 2006, M. Yaogo 2017) qui a connu des difficultés similaires pour le remboursement des frais préfinancés par les structures de santé ou d'autres paiements destinés aux acteurs impliqués.

## **5.2. Les logiques des acteurs ou l'adaptation variable des routines professionnelles**

Plusieurs adaptations opérées par les agents de santé chargés de l'application des directives du FBR ont été décrites. Certaines s'inscrivaient dans des changements opportunistes des pratiques habituelles dans l'objectif de tirer profit des gains liés au respect des directives du FBR. C'était le cas des transformations rapides et positives des conditions de travail (achat de nouveaux équipements, de matériels medicotechniques, réfection des locaux) et des attitudes des agents de santé. En effet, ceux-ci étaient jugés plus accueillants par les usagers, ce qui

s'expliquait par leur souci d'avoir le maximum de patients pour augmenter leurs scores et leurs gains. Mais il y avait aussi d'autres changements qui portaient atteinte aux principes de base du FBR et même au-delà à certaines règles éthiques et déontologiques en rapport avec les pratiques professionnelles. Plusieurs ont été décrites, dont celles plus périphériques relatives aux statistiques arrangées au cours du rapportage des données de routine, aux absences non consignées ou aux indigents mal sélectionnés. En revanche, d'autres interpellent la conscience professionnelle car non conformes aux règles conventionnelles ou aux principes éthiques et déontologiques. C'est le cas par exemple des consultations effectuées par des agents non habilités qui sont consignées comme éligibles et validées par les responsables statutaires. C'est le cas aussi des accouchements devant être accompagnés en temps réel par le remplissage d'un partogramme pour décrire les différentes péripéties du travail des agents mais qui était souvent effectué a posteriori, d'où le qualificatif éloquent de "postogramme". Finalement, l'application des directives devenait un "jeu" pour plusieurs acteurs soucieux des avantages engrangés théoriquement, même avec des pratiques non conformes malencontreusement validées.

Il est vrai que certaines pratiques déjà admises comme partie intégrante de notre système de santé ne font plus débat. Ainsi, les infirmiers sont autorisés à consulter, à diagnostiquer et à prescrire des médicaments dans les centres de santé de premier niveau qui sont les plus nombreux. Cela ne fait pas partie des règles conventionnelles de la médecine occidentale mais l'insuffisance de personnel qualifié et d'infrastructures ont dicté cette adaptation depuis l'implantation biomédicale. Mais en optant pour une catégorie d'agents qualifiés, le FBR imposait des normes de qualité qui ont été ignorées dans plusieurs structures, en raisonnant selon la logique de maximisation des gains financiers prévus pour les actes réalisés. Ce dysfonctionnement met à nu l'inadéquation de l'intervention avec le contexte réel de sa mise en œuvre, en l'occurrence, l'insuffisance de personnel qualifié alors que l'intervention imposait des standards (ou normes) de qualité à ce sujet. L'usage non systématique de partogrammes pour le suivi des différentes péripéties de l'accouchement n'est pas aussi une nouveauté dans cette intervention. En revanche, le recours inapproprié à cette pratique professionnelle non conforme observé dans les prestations en santé maternelle n'a pas connu d'exception pour le FBR, aux antipodes des prescriptions qui visaient, entre autres, à améliorer la qualité des prestations.

Les diverses pratiques évoquées reflètent des logiques fluctuantes similaires dans les différents sites. Nous les qualifions de « logiques indigo » pour signifier qu'elles sont mises à contribution au gré des avantages perçus et des stratégies adoptées par les acteurs pour tirer profit au maximum des incitatifs prévus. A l'image de l'indigo qui est une teinture traditionnelle noirâtre avec des nuances variées, les agents de santé usent diversement des modalités d'application du FBR selon le profit qu'ils peuvent en tirer. Mais de telles logiques, similaires à celles décrites par J.-P. Olivier de Sardan (1995, p. 138) pour les actions de développement local, caractérisent aussi les changements et ajustements opérés en temps réel dans les directives du FBR, en parlant des décalages, des imprévus et des incohérences déjà décrites ailleurs (J.-P. Olivier de Sardan et V. Ridde 2014, M. Yaogo *et al.* 2014). En effet, en dehors du manque d'adaptation des interventions au contexte local, plusieurs modifications dans le plan initial n'ont pas été expliquées aux acteurs. Elles apparaissent donc comme des changements opérés selon des logiques internes au modèle voyageur, en fonction des commodités pratiques locales de mise en œuvre.

### **5.3. Les effets du FBR sur le système de santé : un excès de pragmatisme ?**

Sous l'angle du système de santé, les promoteurs du FBR ont appliqué à l'aveugle les grands principes du modèle voyageur standardisé qui n'a pas prêté une grande attention aux disparités des contextes de délivrance des soins. Comme pour d'autres interventions similaires (cas notamment des financements importants accordés par le Fonds Mondial pour la lutte contre le

VIH/sida, la tuberculose et le paludisme), l'Etat et la Banque mondiale ont vraisemblablement fait le pari que cela devrait marcher, parfois sans se donner la peine de faire une évaluation interne minimale<sup>7</sup> ou de tenir compte de l'évaluation externe du processus de mise en œuvre (cas du projet de recherche qui a permis d'avoir les résultats de cette étude). Dans le cas présent, plusieurs disparités (populations couvertes, disponibilité et qualité des infrastructures, équipements, personnel) nécessitaient un minimum d'adaptation du FBR aux réalités locales. Mais toutes les structures de santé ont appliqué les directives avec leurs conditions habituelles (humaines, matérielles et financières). Cela rejoint les perceptions nuancées du choix aléatoire des modalités du FBR par les informateurs. En effet, selon les soignants interrogés, la randomisation des bras du FBR (choix aléatoire des CSPS impliqués dans les trois modalités du FBR) peut poser un problème de crédibilité des services qu'offrent les agents de santé et semer des doutes au sein de la population. En effet, les différences de commodités offertes d'un CSPS à l'autre peuvent être à l'origine d'une préférence pour ceux qui offrent des services à valeur ajoutée (prise en charge des indigents pour le FBR2 et 3 à la différence du FBR1). A cela s'ajoutent les incitatifs et les autres avantages accordés aux structures de santé qui mettaient en œuvre les différentes modalités du FBR contrairement aux autres, tant que le passage à l'échelle nationale n'est pas adopté. Pour éviter ces disparités jugées injustes, plusieurs réactions plaidaient en faveur d'une harmonisation des interventions du FBR :

*« Si un projet vient pour faire un travail, il doit appliquer le même travail partout où il intervient. Je pense que ce n'est pas vraiment bon de scinder les choses comme ça. Je pense donc qu'ils devraient mettre en œuvre le FBR3 dans tous les CSPS parce que tout simplement on prend en charge les indigents. »* (Gérante dépôt MEG, Cas 6 / FBR3)

*« Quand je regarde, je me dis pourquoi ne pas uniformiser. Si les uns vont avoir des primes, d'autres ne vont pas avoir, pourquoi ne pas uniformiser ? »* (AA, Cas 7 / FBR3)

Ainsi, au-delà de la circulation du modèle voyageur du FBR sans adaptation au contexte, deux positions divergentes étaient exprimées sur la sélection des structures impliquées. A la différence des acteurs qui considéraient que la randomisation est une forme de discrimination, d'autres étaient partagés entre ceux qui pensaient que c'est une question de chance et ceux qui estimaient que l'intervention devrait être introduite de la même manière dans tous les CSPS :

*« Je pense que c'est pour éviter de dire que : "non on m'a attribué ça." Là, si chacun tire, c'est sa chance quoi ! »* (AIS, Cas 6 / FBR3).

*« Ce que le FBR fait là ce n'est pas bon ! Il devait faire la même chose partout. Ceux qui ne sont pas motivés ne font pas bien [le travail]. »* (Accoucheuse villageoise - AV, Cas 6 / FBR3).

Par ailleurs, la combinaison du FBR avec la prise en charge gratuite des indigents visait à montrer l'intérêt de telles options pour accroître la résilience du système de santé mais pas vraiment son efficacité. En effet, l'expérience montre que le processus de ciblage communautaire des indigents révèle des failles déjà observées dans la première recherche-action réalisée au Burkina sur ce sujet (V. Ridde *et al.* 2011). En effet, il y a toujours des tentatives de fraudes qui nécessitent des mécanismes de contrôles intégrés pour garantir une démarche transparente et équitable. S'agissant d'interventions complexes de cette nature, l'ensemble des activités de ciblage, de suivi et d'identification des indigents pour l'exemption

---

<sup>7</sup>Cas de la subvention nationale des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) en 2006 et du passage à l'échelle nationale de la prise en charge à domicile du paludisme (PECADO) en 2009. Dans les deux cas, les décisions pour la mise à l'échelle ont été prises sans une évaluation préalable des besoins et des facteurs clés à prendre en compte pour la réussite des interventions (B. Konaté *et al.* 2014, M. Yaogo *et al.* 2014, M. Yaogo 2017).

du paiement ont été confiées à une structure privée expérimentée. Cependant, le dispositif mis en place par cette structure a connu quelques difficultés. D'abord, certains agents de santé, à l'exception des responsables, n'étaient pas au courant du volet indigent combiné au FBR :

*« ... la politique de la prise en charge des indigents, je ne sais pas comment c'est arrivé ici. C'est le major qui devrait nous le dire mais franchement il ne l'a pas fait. Quand ils sont allés à Diébougou pour une formation relative à ça, de retour, il n'a pas fait de briefing par rapport à ça. Du coup, je ne sais pas quoi dire à ce propos. »* (Infirmier breveté - IB, Cas 4 / FBR2)

En outre, il est apparu dans plusieurs CSPS que les listes d'indigents sélectionnés initialement par les comités villageois<sup>8</sup> ne concordent pas avec celles des personnes identifiées ultérieurement par les agents de la structure chargée de l'opération d'identification des personnes éligibles avant la remise de cartes d'indigents. Le modèle de la sélection communautaire des indigents n'a donc pas facilement voyagé lui aussi dans le pays. Le choix de la Banque Mondiale de donner la responsabilité de son déploiement à une société privée à but lucratif, même si disposant de personnes connaissant le sujet et le processus de recherche-action préalable, n'était peut-être pas la meilleure option. De plus, cette innovation propice à la prise en compte de l'accès équitable aux soins pour les plus pauvres dans la mise en œuvre du FBR a provoqué de nombreuses résistances. L'expérience montre aussi que les femmes, les enfants et les indigents ne profitent pas assez de la gratuité, ce qui exclut l'idée de pouvoir en abuser comme le font les personnes non éligibles mais bénéficiaires. Contrairement à l'idée qu'ils puissent avoir recours aux soins et ainsi profiter de leurs droits, le modèle voyageur n'a pas été adapté aux besoins de ces populations vulnérables.

Enfin, le passage à une plus grande échelle du FBR fait partie des options retenues. Or, des évaluations de grande ampleur du processus sont fortement recommandées pour des actions complexes de cette nature afin d'ajuster au besoin les contraintes majeures pouvant compromettre la réussite attendue d'une possible extension. Il s'avère que les résultats du processus d'implantation (Ridde *et al.* 2017) montrent plusieurs lacunes de nature à compliquer le passage à l'échelle, mais qui ne semblent pas entendus puisque le déploiement en un plus grand nombre de districts de ce modèle voyageur était en négociation. Parmi celles-ci, il y a les pratiques non conformes décrites antérieurement et le fait que les populations n'ont pas été directement associées au processus, d'où des réactions désabusées alors que l'accord des usagers et des leaders locaux font partie des préalables pour un ancrage local. Au regard de l'impact du retard de paiement sur le fonctionnement des dépôts de médicaments, une mise à l'échelle sans résoudre au préalable la disponibilité des ressources pour un financement régulier pourrait perturber le fonctionnement de tout le système de santé. Par ailleurs, une meilleure coordination des projets et programmes, en particulier la gratuité des soins et la prise en charge des indigents, est indispensable pour améliorer l'efficacité des interventions. En outre, on est en droit de se demander qui sont les réels bénéficiaires de ce modèle voyageur car le recours aux soins n'a pas augmenté (Z. R. Zizien *et al.* 2018) alors que les agents de santé ont reçu des primes et les centres de santé des subsides, en plus de tous les cadres du ministère de la santé et autres consultants et intermédiaires. On en revient finalement aux gagnants des politiques de santé en général qui sont plus souvent les professionnels que les usagers, comme cela a été le cas du recouvrement des coûts et de l'Initiative de Bamako (A. Paganini 2004).

---

<sup>8</sup>La liste validée est disponible auprès des responsables des CSPS.

#### 5.4. Que retenir de l'application du modèle voyageur du FBR dans les contextes variés de l'étude ?

La première idée qui émerge est une tendance à l'uniformisation des contextes comme devant réagir de la même manière concernant les effets attendus des interventions comme le FBR. Cela est d'autant plus visible en contexte africain où l'analyse des politiques et des systèmes de santé est encore embryonnaire dans l'espace francophone et où l'analyse de la mise en œuvre des interventions de santé publique en constitue encore un thème stratégique négligé (V. Ridde et J.-P. Olivier de Sardan 2017). Pourtant, elle est préconisée par l'OMS depuis les années 1980 (D. Peters *et al.* 2013).

Les « logiques indigo » (teintées au bon gré des avantages tirés des interventions) des prestataires de soins chargés d'appliquer les directives du FBR démentent l'idée d'une greffe réussie dans un contexte où le système de santé fait face à des réformes multiformes souvent inabouties. Les logiques de ces acteurs sont comparables à ce qui se passe dans les arènes des projets locaux de développement. Plusieurs adaptations ou stratégies adoptées visaient à maximiser les profits, selon des logiques habituelles des projets de développement en contexte africain (J.-P. Olivier de Sardan 1995b), parfois au détriment de certains principes éthiques et déontologiques. Cela inclut le recours par les agents de santé à des pratiques courantes de « fabrication de données » (A. Melberg *et al.* 2018) ou de manipulation de chiffres (E. Hull 2012 cité par Melberg *et al.* 2018) pour respecter les critères de performance du modèle voyageur. Ainsi, les normes cliniques et administratives requises (normes officielles) sont appliquées, en décalage avec les normes pratiques des agents de santé (J.-P. Olivier de Sardan *et al.* 2017 ; R. Rose 2005). Par ailleurs, dans un contexte de rareté des ressources dans les centres de santé, la conformité aux règles admises fait perdre de vue les objectifs poursuivis (améliorer la qualité des soins, le niveau de recours par les usagers et l'efficacité du système de santé). En effet, les contrôles quasi-rituels effectués régulièrement, selon des routines administratives favorisant diverses pratiques frauduleuses, n'orientent pas prioritairement les principaux acteurs vers une telle vision.

Si le système de santé montre des signes d'instabilité chronique, cela n'est probablement pas étranger à un effet d'empilement ou l'accumulation de plusieurs modèles du genre voyageur<sup>9</sup>. En effet, il manque véritablement une démarche de capitalisation des apports utiles de telles expériences pour améliorer l'efficacité du système de santé. Il en est de même de l'insuffisance des données probantes pour s'inscrire dans une approche structurelle et non seulement conjoncturelle des priorités de santé, pour plus d'efficacité et de pérennité des actions entreprises. A ce propos, l'expérience montre que de telles interventions promues de l'extérieur et non pleinement intégrées au système de santé n'échappent pas aux obstacles compromettant la durabilité et la réussite de la mise à l'échelle à cause de la faible adaptation aux réalités et aux besoins des structures de santé (J.-P. Olivier de Sardan *et al.* 2015). Tout comme les chercheurs, les intervenants doivent véritablement mieux considérer l'influence des contextes locaux dans leurs décisions et leurs actions (L. Belaid et V. Ridde 2015, J.-P. Olivier de Sardan 2020).

Au cours du processus de mise en œuvre du FBR, le gouvernement du Burkina Faso a introduit depuis mars 2016 la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Il prévoyait en 2019 de combiner l'application de cette stratégie avec celle du FBR dans l'objectif de maximiser les gains pour le système de santé. Le terme de FBR serait mis de côté et le discours serait d'évoquer maintenant le terme à la mode de l'OMS, soit "l'achat

---

<sup>9</sup>C'est le cas des exemptions multiformes du paiement pour des pathologies ou des services variés (J.-P. Olivier de Sardan et V. Ridde 2014) et la mise à l'échelle, souvent sans les précautions requises, de plusieurs interventions, conformément aux recommandations internationales (J.-P. Olivier de Sardan *et al.* 2015 ; M. Yaogo 2017).

stratégique" (un nouveau modèle voyageur ?) dont on ne dispose pas non plus de preuves sur son efficacité. En raisonnant de la sorte, avec un excès de pragmatisme ou de réalisme, les décideurs publics tentent vraisemblablement de prolonger les bénéfices (pour les agents) du modèle voyageur du FBR en minimisant ses inconvénients liés aux incohérences et à la faible adhérence aux réalités locales. Mais le modèle voyageur dont les avantages comparés sont mis en avant dans les contextes d'application sort de son « cadre logique » d'application et cela dévoile, grande nature, à la fois la "revanche" des contextes locaux (J.-P. Olivier de Sardan *et al.* 2017 ; Rose 2005, J.-P. Olivier de Sardan 2020) mais aussi les limites de tels mécanismes « clés en mains » selon le modèle des greffes qui ne prennent pas souvent comme prévu (cf. P. Boiral *et al.* 1985). Cela est dû au fait que l'acteur de santé local évoluant dans le contexte de globalisation des systèmes de santé (B. Hours 2001) est prompt à exploiter à son profit toutes les failles ou les "zones d'incertitudes" (M. Crozier et E. Friedberg 1977) des modèles importés comme cela se faisait dans l'heure de gloire du courtage en développement des projets locaux (T. Bierschenk, 2000).

## **Conclusion**

Ce chapitre traite d'une intervention récente, précisément un modèle conçu ailleurs, qui rappelle d'autres grandes interventions préconisées au niveau mondial pour améliorer les indicateurs de pays à faibles revenus comme le Burkina Faso. Utiliser une approche de recherche essentiellement qualitative pour aborder ce phénomène a permis d'aboutir à de nouveaux questionnements concernant la possibilité (ou non) du passage à l'échelle et la manière dont de nouvelles combinaisons non prévues au départ prolongent l'excès de pragmatisme du système de santé.

En effet, dans un contexte de globalisation des approches et des recommandations en santé, les pays à faibles ressources comme le Burkina Faso sont enclins à s'engager de manière clientéliste, ou simplement opportuniste, dans plusieurs politiques et programmes sans pouvoir garantir un résultat durable. Dans ce contexte, c'est beaucoup plus le passage potentiel à l'échelle des interventions réussies, et même mitigées, qui est souvent mis en relief plus que les perspectives réelles de pérennisation (V. Ridde *et al.* 2006). En plus de cela, la question du financement des interventions coûteuses pour renforcer l'efficacité et la performance du système de santé se pose avec acuité. Face aux ressources limitées en la matière, l'adoption de modèles voyageurs promus et financés par des promoteurs extérieurs peut néanmoins se faire avec plus de clairvoyance et de perspicacité. En effet, il est important d'avoir en vue une réelle appropriation par les professionnels de la santé et les usagers des services mais aussi la mise en place de conditions garantissant au moins une continuité à durée déterminée, à défaut d'une pérennité hypothétique.

## **Remerciements**

L'équipe de recherche exprime sa reconnaissance aux acteurs du système de santé dont la participation volontaire aux activités de l'étude a permis d'avoir des résultats dignes d'intérêt. Nos remerciements vont aussi à l'investigateur principal du projet de recherche, Professeur Valéry RIDDE, et au Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI) qui a en assuré le financement.

## Références bibliographiques

- BELAID Loubna, RIDDE Valéry, 2015, «Contextual factors as a key to understanding the heterogeneity of effects of a maternal health policy in Burkina Faso», *Health Policy & Planning*, 30:309–321.
- BIERSCHENK Thomas, CHAUVEAU Jean-Pierre, OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2000, *Courtiers en développement : les villages africains en quête de projets*, Paris-Mainz : APAD-Karthala, 328 p.
- BOIRAL Pierre, LANTERI Jean-François., OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1985, *Paysans, experts et chercheurs en Afrique Noire : sciences sociales et développement rural*, Paris, CIFAGE-Karthala, 224 p.
- CROZIER Michel & FRIEDBERG Erhard, 1977, *L'acteur et le système*, Paris, Editions du Seuil.
- DUJARDIN Bruno, 2003, *Politiques de santé et attentes des patients : vers un nouveau dialogue*, Paris, Karthala.
- HOURS Bernard, 2001, *Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 358 p.
- HULL Elizabeth, 2012, «Paperwork and the contradictions of accountability in a South African hospital. J. Roy», *Anthropol. Inst.*, 18 (3), p. 613–632.
- JAFFRE Yannick, 1999, « Les services de santé "pour de vrai" : politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) », *Bulletin de l'APAD [Association EuroAfricaine pour l'Anthropologie du Changement social et du Développement]*, N° 17, p. 3-17.
- JAFFRE Yannick et OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre (eds), 2003, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- KONATE Blahima, ZERBO Roger, YAOGO Maurice, 2014, *Mise en œuvre de la gratuité des traitements contre la tuberculose et le sida au Burkina Faso*, in J.-P. Olivier de Sardan et V. Ridde (eds), *Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala, p. 199-210.
- MINISTERE DE LA SANTE (BURKINA FASO), 2006, *Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso*, Direction de la Santé de la Famille, Ouagadougou.
- MINISTERE DE LA SANTE (BURKINA FASO), 2013, *Guide de mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé*, Ouagadougou, 344 p.
- MINISTERE DE LA SANTE (BURKINA FASO), 2015, *Annuaire statistique 2014*, Ouagadougou.
- MELBERG Andrea, DIALLO Abdoulaye Hama, STORENG Katerini, TYLLESKÄR Thornkild, MOLAND Karen Marie, 2018, «Policy, paperwork and 'postographs': Global indicators and maternity care documentation in rural Burkina Faso», *Social Science and Medicine*, 215, p. 28-35.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1995a, « La politique du terrain : sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, 1 : 71-109.

OLIVIER DE SARDAN JEAN-PIERRE, 1995b, *Sociologie et développement : essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala, 221 p.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2008, *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Ed. ACADEMIA-BRUYLANT.

OLIVIER DE SARDAN Jean Pierre, 2010, « Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques : dispositifs de recherche, commanditaires, réformes... », *Anthropologie et Santé* [En ligne], 1/2010, mis en ligne le 29 Octobre 2010. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/86>

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2020, *La revanche des contextes : des mésaventures de l'ingénierie sociale, en Afrique et au-delà*, Paris, Karthala.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, RIDDE Valéry, 2014, *Une politique publique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala, 472 p.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, DIARRA Aissa, KONÉ Yaouaga Félix, YAOGO Maurice, ZERBO Roger, 2015, «Local sustainability and scaling up for user fee exemptions: medical NGOs vis-à-vis health system», *BMC Health Research Services*, 15 (Suppl. 3), 55.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, DIARRA Aissa, MOHA Mahaman, 2017, «Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health», *Health Research Policy and Systems*, 15 (Suppl. 1): 60.

PAGANINI Agostino, 2004, «The Bamako Initiative was not about money», *Health Policy and Development*;2: 11–3.

PETERS David, TRAN Nhan, ADAM Taghreed, 2013, *La recherche sur la mise en œuvre : guide pratique*, Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 67 p.

RIDDE Valéry, PLUYE Pierre, QUEUILLE Ludovic, 2006, « Evaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 54(5) : p. 421-431.

RIDDE Valéry, YAOGO Maurice, KAFANDO Yamba, KADIO Kadidiatou, OUEDRAOGO Moctar, BICABA Abel, HADDAD Slim, 2011, «Targeting the worst-off for free health care: a process evaluation in Burkina Faso», *Evaluation and Program Planning*, 34: 333-342

RIDDE Valéry, YAOGO Maurice, ZONGO Sylvie, SOME Paul André, TURCOTTE-TREMBLAY Anne-Marie, 2017, «Twelve months of implementation of health care performance-based financing in Burkina Faso: a qualitative multiple case study», *Int. J. Health Plann. Mgmt*, 2017: 1-15.

RIDDE Valéry, OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2017, « La mise en œuvre des interventions de santé publique en Afrique : un thème stratégique négligé », *Med Sante trop*, 27 : 6-9.

ROSE Richard, 2005, *Learning from comparative public policy. A practical guide*. London and New York: Routledge.

YAOGO Maurice, Ridde Valéry, KAFANDO Yamba, KADIO Kadidiatou, 2012, *Enjeux disciplinaires, éthiques et politiques d'une recherche-action sur l'accès aux soins de santé des indigents au Burkina Faso*, in N. MONDAIN et A. E. BOLOGO (eds), *La recherche en contexte de vulnérabilité : engagement du chercheur et enjeux éthiques*, Paris, Harmattan, p. 65-85.

YAOGO Maurice, KAGAMBEGA Aline, DABIRE Der, 2014, Emergence et formulation des exemptions de paiement des services liés au paludisme, in J.-P. OLIVIER DE SARDAN et V. RIDDE (eds), Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger, Paris, Karthala, p. 87-99.

YAOGO Maurice, 2017, «Free versus subsidized healthcare: options for fee exemptions, access to care for vulnerable groups, and effects on the health system in Burkina Faso», Health Research Policy and Systems, 15 (Suppl 1): 21-39.

ZIZIEN Zawora Rita, KORACHAIS Catherine, COMPAORÉ Philippe, RIDDE Valéry, 2018, Contribution of the results-based financing strategy to improving maternal and child health indicators in Burkina Faso, Int. J. Plann. Mgmt, 2018, 1-19.