



THE UNIVERSITY *of* EDINBURGH

Edinburgh Research Explorer

Au-delà du modèle voyageur ? Usage stratégique et hybridation du financement basé sur la performance (FBP) dans la santé au Burundi

Citation for published version:

Falisse, J-B 2020, 'Au-delà du modèle voyageur ? Usage stratégique et hybridation du financement basé sur la performance (FBP) dans la santé au Burundi', *Politique Africaine*, vol. 156, no. 4, pp. 83-100.
<https://doi.org/10.3917/polaf.156.0083>

Digital Object Identifier (DOI):

[10.3917/polaf.156.0083](https://doi.org/10.3917/polaf.156.0083)

Link:

[Link to publication record in Edinburgh Research Explorer](#)

Document Version:

Peer reviewed version

Published In:

Politique Africaine

General rights

Copyright for the publications made accessible via the Edinburgh Research Explorer is retained by the author(s) and / or other copyright owners and it is a condition of accessing these publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

Take down policy

The University of Edinburgh has made every reasonable effort to ensure that Edinburgh Research Explorer content complies with UK legislation. If you believe that the public display of this file breaches copyright please contact openaccess@ed.ac.uk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



Au-delà du Modèle Voyageur ? Usage Stratégique et Hybridation du Financement Basé sur la Performance (FBP) dans la santé au Burundi

Mots-clés : financement basé sur la performance, politique de santé, santé globale, modèle voyageur, Burundi

Résumé: Le Financement Basé sur la Performance (FBP) a amplement voyagé en Afrique. L'analyse d'entretiens avec des acteurs clefs et de la littérature grise montre que sa mise en œuvre au Burundi répond à un usage stratégique, comme outil de réalisation de la politique de gratuité partielle des soins, et renforce une élite technocratique au ministère de la Santé. Saisir cette reterritorialisation politique et stratégique est fondamental à la compréhension des modèles voyageurs dans la santé globale.

Beyond the Travelling Model? Strategic Usage and Hybridisation of Performance-based Financing (PBF) in Health in Burundi

Abstract: Performance Based Financing (PBF) has travelled extensively in Africa. The analysis of interviews with key actors and grey literature shows that its implementation in Burundi responds to a strategic usage, as a tool for achieving a policy of selective free health-care. It also reinforces a technocratic elite within the Ministry of Health. It is key to grasp such political and strategic reterritorialization to comprehend global health travelling models.

Essaimant à partir de la région des Grands Lacs, le Financement Basé sur la Performance (FBP) s'est imposé comme une des principales réformes du financement de la santé en Afrique ces vingt dernières années. Le FBP est une approche suivant laquelle des structures de santé sont contractualisées et rémunérées par un bailleur de fonds en fonction de leur niveau d'activité, lui-même défini par une série d'indicateurs¹. Du Mozambique au Sénégal, près de 21 pays africains mettent aujourd'hui en place des projets ou des politiques de FBP. Si les effets du FBP sur l'utilisation et le fonctionnement des services de santé sont âprement discutés par les chercheurs en santé publique², la dimension socio-politique de la mise en place de l'approche reste elle, par contre, moins explorée. Or, pour comprendre le FBP et ses effets sur la co-construction des politiques de santé en Afrique, il est impératif de saisir comment ce qui est décrit comme le « modèle voyageur » par excellence³, autrement dit comme un appareil d'interventions défini globalement et mis en place localement, se « re-territorialise » ou se « vernacularise » pour utiliser le terme de Sally Engle Merry⁴. La volonté est ici de dépasser ce qu'Antoine Vauchez appelle le prisme circulatoire⁵, c'est-à-dire une problématisation centrée sur le voyage du modèle, et de donner de la place à l'*agencéité*⁶ des acteurs nationaux (leur capacité d'agir de manière cohérente vers une finalité choisie). L'étude du cas du Burundi proposée dans cet article montre en effet à quel point le « succès » du modèle FBP tient à sa réinvention locale en tant que solution à une question politique (a priori distincte) : la mise en place de la gratuité partielle des soins promise par le président de la République. Le cadre théorique du « modèle voyageur », originellement formulée par Rottenburg⁷, est utilisé comme point d'entrée pour saisir comment et pourquoi le FBP devient une possibilité au Burundi. Une pleine intégration de la perspective stratégique des acteurs nationaux est cependant nécessaire pour comprendre la place centrale que le FBP vient à occuper dans ce pays.

Pour réaliser ce programme de recherche, la littérature grise et académique sur le sujet ainsi qu'une série d'entretiens avec des acteurs clefs (fonctionnaires de différents échelons du ministère de la Santé, personnel d'organisations internationales gouvernementales et non-gouvernementales et bailleurs) sont analysés en portant une attention particulière aux différentes jonctions critiques du voyage du FBP : phase pilote, phase de mise à l'échelle, et phase de mise en œuvre nationale. L'étude s'appuie sur une observation de terrain réalisée entre 2009 et 2013, sur quinze entretiens réalisés à cette époque, et sur sept entretiens complémentaires réalisés avec des acteurs clefs en novembre 2018⁸. Une abondante littérature grise sur le cas d'étude et sur le FBP en général avait déjà été collectée dans le cadre d'une

1. <<https://www.rbfhealth.org/projects>>.

2. S. Mayaka Manitu, B. Meessen, M. Muvudi Lushimba, J. Macq, « Le débat autour du financement basé sur la performance en Afrique Subsaharienne: Analyse de la nature des tensions », *Santé Publique*, 27, 1, 2015, p. 117-128

3. P. Lavigne Delville, « Pour une socio-anthropologie de l'action publique dans les pays 'sous régime d'aide' », *Anthropologie & développement*, 45, 2017, p. 33-64 ; J.-P. Olivier de Sardan, « Les modèles voyageurs à l'épreuve des contextes et des normes pratiques : le cas de la santé maternelle », dans D. Pourette, C. Mattern, C. Bellas-Cabane, B. Ravololomanga (dir.), *Femmes, enfants : Anthropologie et santé à partir de Madagascar*, Paris, 2018, p. 83-100.

4. S.E. Merry, P. Levitt, « The Vernacularization of Women's Human Rights », dans S. Hopgood, J. Snyder, L. Vinjamuri (dir.), *Human Rights Futures*, Cambridge, 2018, p. 213-236 ; S.E. Merry, « Transnational Human Rights and Local Activism », *American Anthropologist*, 108, 1, 2006, p. 38-51.

5. A. Vauchez, « Le prisme circulatoire. Retour sur un leitmotiv académique », *Critique internationale*, 59, 2, 2013, p. 9

6. T. De Herdt et J. Bastiaensen. L'agencéité relationnelle. *Revue Tiers Monde*, 2, 2009, pp.317-333.

7. R. Rottenburg, *Weit hergeholte fakten: eine parabel der entwicklungshilfe* (Vol. 2). 2002. Lucius & Lucius.

étude précédente⁹; les principales sources sont les sites internet de la Banque Mondiale, de l'ONG Cordaid, de *Sina Health*, firme de consultants en santé spécialisés dans le FBP, de la Communauté de Pratiques FBP et du ministère de la Santé du Burundi.

La section suivante localise l'étude dans le champ de la recherche sur l'économie politique du FBP en Afrique. L'article poursuit ensuite en discutant les raisons pour lesquelles le FBP apparaît comme l'exemple type d'un modèle voyageur, et certaines des potentielles difficultés conceptuelles et heuristiques liées à cette approche. Vient ensuite une analyse des aspects politiques et stratégiques de la mise en œuvre du FBP au Burundi. La fin de l'article revient sur la pertinence du prisme d'analyse et de la qualification du FBP de « modèle voyageur ».

Etat de la recherche sur l'économie politique du FBP

Depuis le début des années 2000, l'approche FBP a généré une dense littérature académique qui porte principalement sur les aspects techniques de sa mise en place ainsi que sur ses effets sur la qualité des soins et sur l'usage des services de santé. Comme souvent en santé globale, les auteurs incluent des praticiens, des consultants et des chercheurs. Les frontières entre ces catégories sont parfois floues du fait que certains d'entre eux cumulent plusieurs casquettes, dans un entrelacs de réseaux transnationaux. La dernière revue systématique des effets du FBP par la très respectée Fondation Cochrane date de 2012 : elle conclut que « la base de preuves actuelle est trop faible pour tirer des conclusions générales »¹⁰. Le présent article porte cependant sur un autre sujet : l'économie politique du FBP. La recherche en sciences sociales à ce niveau se structure actuellement autour de trois axes principaux.

Le premier s'attache à la description de l'objet FBP. Même s'ils divergent parfois encore sur le vocabulaire le plus approprié¹¹, la plupart des chercheurs s'accordent pour rejeter une définition *a minima* du FBP comme le simple projet (*scheme*) de mise en œuvre d'incitants financiers pour les prestataires de soins¹². Ainsi, le FBP doit être compris comme un *système*, lequel implique une redéfinition des rapports entre acteurs du système de santé et une refonte du fonctionnement des formations sanitaires¹³. Comme la suite de cet article le montrera, les acteurs nationaux du Burundi ont eux aussi cette compréhension large du FBP.

Le deuxième axe vise à comprendre le débat sur le FBP dans l'espace public mais aussi dans la littérature académique. Dans sa thèse de doctorat, Serge Mayaka Manitu documente une opposition sur l'interprétation des faits, qui, note-t-il, sont trop souvent marqués par des expériences individualisées des chercheurs, élevées au rang de généralités¹⁴. L'opposition est

9. M.P. Bertone, J.-B. Falisse, G. Russo, S. Witter, « Context matters (but how and why?) A hypothesis-led literature review of performance based financing in fragile and conflict-affected health systems », *PLOS ONE*, 13, 4, 2018, p. e0195301.

10. Une nouvelle version est prévue pour 2019. S. Witter, A. Fretheim, F. Kessy, A. Lindahl, « Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 2012

11. Le simple nom de l'approche varie selon les institutions qui la mettent en place. Cet article utilise le terme le plus répandu, « financement basé sur la performance », qui est décrit par la Banque Mondiale comme faisant référence à un « incitant financier payé à des prestataires de soins » et rentre dans la catégorie plus large de mécanismes de « financements basés sur les résultats » (qui peuvent concerner des patients par exemple). Voir P. Musgrove, P., *Rewards for good performance or results: a short glossary*. Banque Mondiale, Washington, DC. 2010.

12. D. Renmans, N. Holvoet, B. Criel, B. Meessen, « Performance-based financing: The same is different », *Health Policy and Planning*, 32, 6, 2017, p. 860-868.

13. Z.C. Shroff, N. Tran, B. Meessen, M. Bigdeli, A. Ghaffar, « Taking Results-Based Financing from Scheme to System », *Health Systems & Reform*, 3, 2, 2017, p. 69-73.

14. Voir: S. Mayaka Manitu *et al.*, « Le débat autour... », art. cité ; S. Mayaka Manitu, M.M. Lushimba, J. Macq, B. Meessen, « Arbitrage d'une controverse de politique de santé: Application d'une démarche délibérative au Financement basé sur la Performance en Afrique subsaharienne », *Santé Publique*, 27, 3, 2015, p. 425-434.

aussi idéologique et porte dans le cas d'espèce sur le modèle néolibéral promu par le FBP qui s'inscrit dans la lignée des réformes de type *New Public Management*, c'est-à-dire la promotion de mécanismes du secteur privé dans le secteur public. Le dernier affrontement majeur sur le FBP a eu lieu mi-2018 dans les colonnes du *British Medical Journal : Global Health*. Elisabeth Paul et ses collègues rédigent un éditorial appelant à remettre en cause l'approche FBP¹⁵, la dépeignant notamment comme un « processus maîtrisé par des consultants et agences internationales au détriment d'initiatives locales et de l'appropriation » des parties prenantes sur le terrain. La réponse d'experts africains impliqués dans la mise en œuvre du FBP a été, entre autres, de souligner que cette critique fait l'impasse sur leur rôle¹⁶. Garder en mémoire ce contexte hautement polarisé aide à mieux comprendre les efforts déployés pour faire voyager le modèle FBP et la façon dont il est appréhendé dans les espaces nationaux.

Le dernier axe de la recherche en sciences sociales sur le FBP, et en particulier les travaux de Lara Gautier¹⁷, montre le rôle central d'une série d'individus, d'organisations internationales et de réseaux d'intérêt dans la promotion globale du FBP. Les bailleurs internationaux sont décrits comme à la fois le principal instigateur et le co-réalisateur (*co-implementer*) de l'approche¹⁸. D'autres travaux mettent en évidence un modèle FBP plus répandu dans des contextes post-conflit¹⁹, probablement à cause d'un contexte plus malléable aux interventions extérieures et plus ouvert aux réformes et plus demandeur de mécanismes reposant sur des contrats plutôt que sur la confiance interpersonnelle. Le présent article développe cet axe de recherche sur la diffusion du FBP en y intégrant le cadre conceptuel du modèle voyageur. Il propose aussi de dépasser le stade de la simple diffusion et d'ouvrir un nouvel axe de recherche qui analyse le jeu stratégique et les pratiques de la mise en œuvre du FBP dans un contexte spécifique.

Le voyage du financement basé sur la performance

Qualifier le FBP de modèle qui voyage est une évidence tant pour les chercheurs que pour les promoteurs et praticiens du FBP. L'utilisation du concept de « modèle voyageur » (*travelling model*) pour qualifier le FBP n'apparaît cependant que 12 ans après le premier voyage africain du FBP, du Rwanda au Burundi, en 2005; elle vient de la socio-anthropologie française du développement²⁰ et a ensuite été reprise par des voix critiques du FBP dans le monde de la santé globale²¹. Le FBP semble en effet être une particulièrement bonne illustration du concept

15. E. Paul, L. Albert, B.N.S. Bisala, O. Bodson, E. Bonnet, P. Bossyns, S. Colombo, V. De Brouwere, A. Dumont, D.S. Eclou, K. Gyselinck, F. Hane, B. Marchal, R. Meloni, M. Noirhomme, J.-P. Noterman, G. Ooms, O.M. Samb, F. Ssengooba, L. Touré, A.-M. Turcotte-Tremblay, S. Van Belle, P. Vinard, V. Ridde, V. De Brouwere, A. Dumont, D.S. Eclou, K. Gyselinck, F. Ssengooba, L. Touré, « Performance-based financing in low-income and middle-income countries: isn't it time for a rethink? », *BMJ Global Health*, 3, 2018, p. e000664.

16. S. Mayaka Manitu, L. Tembey, E. Bigirimana, C.Y. Dossouvi, O. Basenya, E. Mago, P. Mushagalusa Salongo, A. Zongo, F. Verinumbe, « Towards constructive rethinking of PBF: perspectives of implementers in sub-Saharan Africa », *BMJ Global Health*, 3, 5, 2018, p. e001036.

17. L. Gautier, J. Tosun, M. De Allegri, V. Ridde, « How do diffusion entrepreneurs spread policies? Insights from performance-based financing in Sub-Saharan Africa », *World Development*, 110, 2018, p. 160-175 ; L. Gautier, V. Ridde, « Health financing policies in Sub-Saharan Africa: government ownership or donors' influence? A scoping review of policymaking processes », *Global Health Research and Policy*, 2, 1, 2017.

18. L. Gautier, V. Ridde, « Health financing... », art. cité

19. M.P. Bertone *et al.*, « Context matters... », art. cité

20. P. Lavigne Delville, « Pour une socio-anthropologie de l'action publique dans les pays 'sous régime d'aide' », *Anthropologie & développement*, 45, 2017, p. 33-64 ; J.-P. Olivier de Sardan, « Les modèles voyageurs à l'épreuve des contextes et des normes pratiques : le cas de la santé maternelle », dans D. Pourette, C. Mattern, C. Bellas-Cabane, B. Ravololomanga (dir.), *Femmes, enfants : Anthropologie et santé à partir de Madagascar*, Paris, 2018, p. 83-100.

21. E. Paul *et al.*, « Performance-based financing... », art. cité

initialement formulé par Richard Rottenburg en 2002²² et repris par Jean-Pierre Olivier de Sardan²³. En suivant l'approche de ce dernier, on distingue d'abord une rationalité, un mécanisme explicatif stylisé et donc exportable : le paiement à la performance des structures de soins, présenté comme un « incitant » à mieux travailler. Il y a ensuite des dispositifs qui sont les composantes « institutionnelles, techniques, et opérationnelles » qui permettent la mise en œuvre et qui sont à nouveau très visibles dans le cas du FBP. Sans entrer dans les détails techniques, il s'agit par exemple des « indicateurs de performance », des « agences d'achats de performance et de vérification des résultats » et toute une série d'instruments qui sont présentés dans le manuel de procédure, le document de référence sur le FBP au niveau national. La multiplication des voyages et l'identification d'une « expérience certifiée exemplaire », une *success story* originale, contribuent également à la consolidation du modèle : c'est l'expérience pilote du Rwanda en 2002-2005²⁴, et puis, de plus en plus également, l'expérience du Burundi. Deux autres éléments marquants contribuent également à la représentation du FBP comme modèle voyageur par excellence.

Le premier est l'identification aisée des personnes que Laura Gautier et ses collègues ont décrites comme des « entrepreneurs de la diffusion »²⁵, ou, pour utiliser les mots d'un cadre du ministère de la Santé du Burundi, des « commerçants du FBP ». Parmi ces promoteurs les plus visibles figurent des institutions comme la Banque Mondiale et l'ONG néerlandaise Cordaid, et des individus tels que les auteurs du manuel *Boîte à outils : financement basé sur la performance* publié en trois langues, français, anglais, et espagnol, par la Banque Mondiale en 2014²⁶. Ceux-ci assument d'ailleurs pleinement leur rôle de promotion du modèle²⁷.

Le second élément est la présence d'une infrastructure de diffusion impressionnante, qui a peu d'égaux dans la santé globale. Le FBP a très tôt été doté de ses propres conférences (par exemple à Anvers en 2006 ou à Bujumbura en 2009), de ses propres blogs, ainsi que d'un cours sur le FBP organisé par la firme de consultance *SINA Health* (dès 2007)²⁸. Surtout, une Communauté de Pratique (CdP) – un groupe de personnes travaillant ensemble pour développer des solutions aux problèmes rencontrés dans leur pratiques professionnelles²⁹ – est créée dès 2010. Elle passe le cap des 1000 membres trois ans plus tard³⁰. Elle comprend, à côté des consultants internationaux, un grand nombre de cadres intermédiaires et supérieurs exerçant dans les ministères de la santé et dans des ONG impliquées dans la mise en œuvre du FBP. Elle permet aussi aux anciens apprenants des cours de FBP de se retrouver. C'est un réseau actif : par exemple, durant sa première année d'existence, son forum de discussion en ligne voit un nouveau sujet de discussion émerger tous les deux jours³¹. La plupart des discussions portent sur des questions techniques de mise en place du FBP, des événements liés au FBP et des opportunités de formation et d'emploi. Il semble que la CdP ait joué, et continue à jouer, un rôle central pour faire du FBP le modèle voyageur par excellence. En effet, l'existence d'un

22. R. Rottenburg, *Weit hergeholte fakten: eine parabel der entwicklungshilfe* (Vol. 2). 2002. Lucius & Lucius.

23. J.-P. Olivier de Sardan, « *Les modèles voyageurs...* », art. cité

24. L'inspiration venant elle-même du Cambodge et d'Afghanistan. De façon intéressante il y a extrêmement peu de rapprochements, dans la littérature académique et grise, avec le *New Public Management* des systèmes de santé européens, britannique mais aussi français. Comme le FBP décrit dans cet article, la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en France est une réforme qui vise un financement sur base du volume d'activité plutôt que sur une autorisation des dépenses.

25. L. Gautier *et al.*, « *How do diffusion...* », art. cité

26. Fritsche, G.B., Soeters, R. and Meessen, B., 2014. *Performance-based financing toolkit*. The World Bank.

27. On se référera à M.P. Bertone *et al.*, « *Context matters...* », art. cité pour une cartographie de la diffusion.

28. Au 25.03.2019, près de 80 cours avaient déjà été organisés, en français et en anglais, et le manuel de formation, en libre accès, était épais de près de 246 pages.

29. Pour paraphraser E. Wenger, et W. Snyder, W.M., *Communities of practice: The organizational frontier*. *Harvard business review*, 78(1), 2000, p.139-146.

30. 2528 membres au 3 décembre 2018 <https://groups.google.com/d/forum/performance-based-financing>.

31. 183 sujets, en français et en anglais, en un an.

réseau dont les membres sont en contact régulier –en ligne et à l’occasion de conférences– structure et organise les idées et les initiatives, créant une forme de pratique attendue du FBP. Un examen plus approfondi serait nécessaire pour mieux comprendre la dynamique qui se joue : Bruno Meessen, un des principaux facilitateurs de la CdP, la présente comme essentielle pour améliorer le dispositif et la mise en œuvre du FBP, offrant un espace d’apprentissage et de débat, des rendements d’échelle, et des échanges d’expériences³², alors qu’Elisabeth Paul et ses collègues la voient comme l’instrument de l’imposition de l’orthodoxie FBP³³. Quoiqu’il en soit, la CdP aide à constituer un réservoir de nouveaux promoteurs du modèle, améliorant par là son espérance de vie.

Au bout du modèle voyageur

Démontrer que le cas du FBP atteste du voyage de modèles dans la santé n’est pas très original, et présente même peut-être un danger si l’analyse se limite à dénoncer les apparents « copier-coller » de la santé globale. Le danger est qu’une utilisation hâtive du vocabulaire « modèle voyageur » se focalisant trop sur la diffusion ne réduise le FBP à la simple imposition d’une idée globalisée (et promue par des experts du Nord) sur une population du Sud³⁴, dénuant par là-même les acteurs nationaux de toute forme d’*agencité*. Le rapport de force est indéniable, et certains cas comme celui de la Tanzanie indiquent une attitude particulièrement coercitive des bailleurs-promoteurs du FBP³⁵, mais il ne doit pas être une excuse pour ne pas regarder de près les réalités vécues dans d’autres contextes. Revenir à Rottenburg est ici utile, car sa théorie du modèle voyageur s’appuie sur la sociologie de la traduction et souligne le besoin de porter attention aux « pratiques, matérialités, et technologies ». En fait la diffusion du modèle d’un contexte à un autre en tant que tel compte bien moins que ce qui vient après ; « un processus de traduction commence alors, cette abstraction est refusée, augmentée, altérée, et/ou étendue. [...] Un modèle voyageur implique une interprétation du monde social, mais il donne aussi la possibilité [*agency*] de changer ce monde »³⁶. A partir du moment où il est entendu qu’il y aura toujours une forme de traduction, de résistance, et d’acculturation au modèle, il n’est pas concevable, à moins de défendre la ligne d’un essentialisme radical de l’authenticité, d’avoir une position normative de principe sur ses effets simplement parce qu’il est issu d’une idée qui circule.

La reterritorialisation du modèle voyageur se joue dans les contextes que Jean-Pierre Olivier de Sardan qualifie de « structurel » et de « pragmatique ». Ces premiers contextes dénotent une adaptation formelle et institutionnelle : dans le cas du FBP, une abondante littérature documente ainsi différentes variantes architecturales du FBP telles que le choix de certains indicateurs ou d’un type de système de vérification en particulier³⁷. C’est ce que Sally Engle Merry appelle la « vernacularisation » d’une idée transnationale par *réplication* : la rationalité du modèle reste généralement inchangée mais sa mise en œuvre fait écho à une compréhension

32. B. Meessen, S. Kouanda, L. Musango, F. Richard, V. Ridde, A. Soucat, « Communities of practice: The missing link for knowledge management on implementation issues in low-income countries? », *Tropical Medicine and International Health*, 16, 8, 2011, p. 1007-1014.

33. E. Paul *et al.*, « Performance-based financing... », art. cité

34. Ce risque n’est pas neuf ; il fait écho aux critiques du courant dit dut post-développement. Voir par exemple : J.N. Pieterse, « After post-development », *Third World Quarterly*, 21, 2, 2000, p. 175-191.

35. V. Chimhutu, M. Tjomsland, N.G. Songstad, M. Mrisho, K.M. Moland, « Introducing payment for performance in the health sector of Tanzania- the policy process », *Globalization and Health*, 2015, p. 1-10 ; A. Barnes, G. Wallace Brown, S. Harman, *Global Politics of Health Reform in Africa: Performance, Participation, and Policy*, Londres, 2015

36. M. Schnegg, T. Linke, « Travelling models of participation: Global ideas and local translations of water management in Namibia », *International Journal of the Commons*, 10, 2, 2016, p. 803

37. D. Renmans *et al.*, « Performance-based financing... », art. cité

contextualisée³⁸. Le débat en santé publique mondiale sur l'acculturation du FBP reste souvent à ce niveau³⁹. Une autre reterritorialisation a cependant aussi lieu dans le « contexte pragmatique » ; elle se joue sur l'écart normatif, c'est-à-dire le « décalage entre les règles et procédures intégrées » par le FBP et les « règles et procédures en vigueur »⁴⁰. Le FBP donne par exemple lieu à des adaptations non-anticipées. Un exemple rapporté au Bénin est le remplissage « saisonnier » des registres de prestations qui sont utilisés pour définir le niveau de performance : il n'a pas lieu lors de chaque consultation mais bien quand la « saison » de la vérification des performances a lieu⁴¹.

Outre ces deux contextes, Rottenburg en suggère, un peu en filigrane, un troisième qui est moins souvent exploré et que je qualifierai de « stratégique ». Ici, la reterritorialisation se joue dans une forme de détournement stratégique (légalisée) du modèle pour résoudre, en plus des questions que le modèle est censé résoudre, d'autres questions qui lui sont *a priori* étrangères. Il ne s'agit pas d'un décalage par rapport aux règles en vigueur, ou même d'un effet pervers, mais bien plutôt d'une adaptation qui amène le modèle dans un autre champ. Le cas du Burundi, développé ci-dessous, semble un excellent exemple de cette reterritorialisation stratégique.

Le FBP au Burundi : Technocrates et Politiciens

Avec le Rwanda⁴², le Burundi est souvent considéré comme la *success story* FBP du continent africain. Les deux cas constituent le socle sur lequel s'appuient toute une série d'entreprises de diffusion du modèle FBP, à l'instar de la *Boîte à Outils* FBP de la Banque Mondiale et du manuel de formation FBP de *SINA Health*⁴³. Pays à l'économie et au régime politique parfois perçus (tout au moins jusqu'à la crise politique de 2015) comme étant moins distinctivement singuliers que ceux de son voisin du nord, le Burundi semble démontrer que le modèle FBP est à la portée de tous les pays. L'analyse qui suit va nuancer ce portrait, suggérant que le FBP burundais s'est en fait réinventé, de façon fondamentale, dans la situation singulière et l'historicité propre de ce pays.

L'arrivée du FBP au Burundi a déjà été relatée dans d'autres publications⁴⁴ : ce sont les ONG néerlandaises Cordaid et HealthNet TPO qui, fortes de leurs expériences au Rwanda, suggèrent dès 2002 et puis plus substantiellement à partir de 2004 d'expérimenter l'approche. L'expérience commence dans trois provinces en 2006 et s'étend en 2008 à six autres provinces sur les dix-sept que comptait alors le pays. Ce qui se joue ici est le début de la reterritorialisation structurelle du FBP : les mécanismes et pratiques attendues sont adaptés au contexte. Le processus s'appuie sur différents éléments : (1) les conclusions des Etats-Généraux de la Santé au Burundi qui avaient proposé la contractualisation comme une option pour réformer le

38. S.E. Merry, P. Levitt, « The Vernacularization of Women's Human Rights », dans S. Hopgood, J. Snyder, L. Vinjamuri (dir.), *Human Rights Futures*, Cambridge, 2018, p. 213-236 ; S.E. Merry, « Transnational Human Rights and Local Activism », *American Anthropologist*, 108, 1, 2006, p. 38-51.

39. L. Gautier *et al.*, « How do diffusion entrepreneurs spread policies?... », art. cité ; A. Barnes *et al.*, *Global Politics...*, op. cit.

40. J.P. Olivier de Sardan, A. Diarra, M. Moha, « Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: The case of maternal health », *Health Research Policy and Systems*, 15, Suppl 1, 2017.

41. E. Paul, N. Sossouhounto, D.S. Eclou, « 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, 2014, p. 207-214.

42. A. Barnes *et al.*, *Global Politics...*, op. cit.

43. Dans sa version Janvier 2019, le Burundi y est d'ailleurs plus cité que le Rwanda (40 fois contre 23).

44. E. Bigirimana, L. Ntakarutimana, J. Manirambona, O. Basenya, T. Minubona, *Le Financement Basé sur la Performance: de la phase de projet pilote à l'intégration au niveau du système de santé : Etude de cas du Burundi 2004-2014*, Anvers, 2016 ; J.-B. Falisse, J. Ndayishimiye, V. Kamenyero, M. Bossuyt, « Performance-based financing in the context of selective free health-care: An evaluation of its effects on the use of primary health-care services in Burundi using routine data », *Health Policy and Planning*, 30, 10, 2015, p. 1251-1260.

système de santé, idée développée dans un atelier sur la contractualisation organisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à Bujumbura en 2006 et puis dans le *Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010*; (2) des visites d'étude au Rwanda; et (3) des formations organisées par la firme de consultants néerlandaise *SINA Health*⁴⁵. Au ministère de la Santé, l'approche FBP ne fait cependant pas l'unanimité. Parmi les objections qui se posent dans les différents départements –les postes occupés au sein du ministère ne semblent pas dicter les positions– figurent des questions qui, d'après le personnel du ministère de la Santé rencontré, font toujours débat : pourquoi mettre en place un système de primes pour des tâches pour lesquelles les fonctionnaires reçoivent déjà un salaire ? Les incitations financières ne risquent-elles pas de porter atteinte à l'éthique et à la vocation du personnel soignant ? Le débat sur la traduction du modèle FBP, voire même sur la possibilité de son voyage, bat son plein et fait écho à la confrontation globale entre d'une part l'approche de santé publique alors en place, mise en œuvre et pensée par des médecins (souvent, mais pas toujours, de santé publique) et, d'autre part, une approche relevant d'une génération de cadres ministériels et d'ONG formés à l'économie de la santé en Europe mais aussi dans des institutions du continent comme le *Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion* (CESAG) de Dakar. En 2009, un accord se dégage au niveau du ministère de la Santé pour une mise à l'échelle de l'approche FBP, qui aura lieu dès avril 2010⁴⁶. Que s'est-il passé? Quelle « traduction » a eu lieu ?

Bien entendu, et les travaux de Lara Gautier se sont déjà attardés sur ce point, les « entrepreneurs de diffusion » ont joué leur rôle. Pour reprendre la typologie développée par la chercheuse, il y a d'abord l'argument *moral*, répété dans la quasi-totalité des entretiens, qu'il serait irresponsable de continuer avec un « modèle input », c'est-à-dire un financement des formations sanitaires basé uniquement sur les intrants (médicaments, ressources humaines, équipement, etc.), décrit comme inefficace. Les arguments des entrepreneurs de diffusion se fondent aussi sur l'*expertise* FBP. Entre 2006 et 2010, celle-ci est démontrée aux sceptiques au travers de visites dans les formations sanitaires pilotes et de graphiques comparant provinces pilotes et provinces adjacentes qui n'ont pas bénéficié de l'approche. Il est important de noter qu'il ne s'agit pas là d'arguments *scientifiques* à proprement parler ; les premières études d'impact n'ont été publiées qu'à partir de 2014 et montrent un effet limité du FBP sur l'utilisation des soins de santé primaires⁴⁷. Finalement, l'argument est aussi *financier* ; tous les bailleurs et potentiels partenaires internationaux ne soutiennent pas d'emblée l'approche FBP –DfID (le *Department for International Development*, la coopération britannique) et Médecins sans Frontières y sont par exemple farouchement opposés– mais, fin 2009, la Banque Mondiale et ses promesses de financement du FBP pèsent de tout leur poids⁴⁸. Il est intéressant d'observer que les principes de marché sur lesquels le FBP est basé –entre autres l'autonomie de gestion des structures de santé, l'évaluation sur base d'indicateurs, et le paiement basé sur la demande– sont ressortis presque intacts de cette première phase de reterritorialisation. A première vue il s'agirait donc surtout d'une réplique du modèle.

Ces éléments aident en partie à comprendre pourquoi le FBP a été adopté et mis à l'échelle mais ils expliquent moins bien sa mise en œuvre et comment il devient à partir de la fin des années 2000 tout à fait central dans le système de santé burundais. En 2010 et encore plus en 2018, le FBP est géré par le ministère de la Santé. Le gouvernement burundais, qui fait pourtant

45. E. Bigirimana *et al.*, *Le Financement...*, op. cit.

46. Entretien 4 (cadre du ministère de la Santé, novembre 2018). La principale tension est sur la vérification, interne ou externe au ministère, des performances. Finalement la poire est coupée en deux et des comités mixtes sont créés.

47. Entre autres J.-B. Falisse *et al.*, « Performance-based... », art. cité et I. Bonfrer, E. Van de Poel, E. Van Doorslaer, « The effects of performance incentives on the utilization and quality of maternal and child care in Burundi », *Social Science and Medicine*, 123, 2014, p. 96-104.

48. Entretien 5 (cadre du ministère de la Santé, novembre 2018).

face à des problèmes de financement importants suite à la crise politique et à la diminution du financement de certains bailleurs tels que l'Union Européenne, s'est engagé à financer, et continue à financer, l'approche à hauteur de 1.4% de son PIB⁴⁹. Pourquoi une telle place ? Un argument qui découle de la lecture de la littérature grise sur le sujet et des entretiens avec les cadres du ministère de la Santé est qu'il y a eu une fenêtre d'opportunité, un « effet d'aubaine » comme le rapporte un technicien du ministère. La mise en place du FBP a été le produit d'un intense effort de plaidoyer d'acteurs nationaux et internationaux mais il a aussi été utilisé par des hauts cadres du ministère de la Santé pour avancer sur deux questions importantes qui n'étaient pas à strictement parler en lien avec le FBP : la réorganisation du ministère de la Santé et du système de santé et, dans une mesure sans doute bien plus cruciale, la mise en place effective de la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Nouveau paradigme, nouvelles élites ?

Le premier aspect renvoie à la mise en place d'une approche managériale qui profite à une série de cadres au profil plus technocratique. Si, comme révélé dans les entretiens, « tout le monde au ministère est intéressé par la possibilité d'améliorer son salaire via le FBP »⁵⁰, l'introduction du FBP est aussi une opportunité pour mettre en place des mécanismes de planification, de suivi et d'évaluation, et pour systématiser l'identification des problèmes par une culture d'audit à tous les niveaux, y compris ceux qui ne sont pas (encore) directement contractualisés via le FBP. Une vraie compréhension de la nature de ces changements et des ajustements et contournements déployés, soit la question de la reterritorialisation dans le contexte pragmatique, nécessiterait un long travail ethnographique au sein du ministère de la Santé se penchant sur les normes pratiques déployés par les acteurs, qui n'est pas celui qui a été fait avec cette recherche. Le point important n'est cependant pas tant la question de savoir si la culture du ministère a effectivement changé comme le suggèrent les personnes rencontrées, certains auteurs⁵¹ et les promoteurs du FBP, mais plutôt de voir que la réforme FBP légitime et renforce certains individus et certains départements au ministère, ceux qui maîtrisent les dynamiques du FBP. Parmi ceux qui ressortent avec plus d'influence figurent clairement la direction de la planification et le comité de pilotage de la Politique Nationale de Contractualisation constitué au sein du ministère pour étudier l'option d'une mise à l'échelle du FBP. Ce dernier comité donnera naissance, lors de la mise à l'échelle en 2010, à la Cellule Technique Nationale (CTN) en charge de la mise en œuvre technique et opérationnelle du FBP. Le FBP, dont les idées « s'infiltrèrent partout, à tous les niveaux » pour reprendre les mots d'un représentant d'ONG, permet à une élite technocratique, appréciée par les bailleurs et promoteurs internationaux du FBP pour sa compétence technique, d'affirmer sa place au ministère. Une dynamique similaire est rapportée avec l'introduction du FBP dans d'autres contextes africains⁵². Si en 2010 les meilleurs experts du FBP au Burundi comptent en leurs rangs certains étrangers et des Burundais travaillant pour des ONG, en 2018 le paysage est bien plus Burundais, et presque exclusivement interne au ministère de la Santé. La CTN compte parmi les techniciens de la santé les plus expérimentés du pays, son président est un ancien ministre de la santé et son vice-président est l'ancien directeur général de l'Institut National de Santé Publique. En 2012, ses autres membres sont des hauts cadres du ministère de la Santé –

49. Ministère de la Santé Publique, *Rapport de mise en œuvre du financement basé sur la performance associé à la gratuité des soins pour l'année 2017*, Bujumbura, 2018.

50. Entretien 5 (cadre du ministère de la Santé, novembre 2018).

51. M.P. Bertone, B. Meessen, « Studying the link between institutions and health system performance: A framework and an illustration with the analysis of two performance-based financing schemes in Burundi », *Health Policy and Planning*, 28, 8, 2013, p. 847-857.

52. A. Barnes *et al.*, *Global Politics...*, op. cit.

directions de la Lutte contre le Sida, des Ressources Humaines, et de la Statistique Sanitaire— ainsi que des experts FBP africains travaillant pour la Banque Mondiale et à la Coopération Technique Belge⁵³. Occasionnellement, ils sont rejoints par d'autres experts, également issus du Ministère mais aussi d'ONG, au sein de la CTN élargie. Sur le terrain, les différentes structures créées pour la mise en place du système FBP, avec ses vérifications et sa planification, recrutent également au sein du Ministère et des ONG. Une capacité analytique et programmatique spécifique au FBP se développe, permettant l'émergence d'une nouvelle classe d'experts Burundais du FBP qui rejoignent l'élite internationalisée de la santé globale. Ceux-ci sont cooptés dans les institutions qui véhiculent le modèle FBP telles que Cordaid et la Banque Mondiale, et lui font continuer son voyage dans des pays comme Djibouti, le Mali, la Côte d'Ivoire ou le Tchad. Plus fondamentalement peut-être, ils changent aussi les dynamiques d'expertise, et donc de pouvoir, au sein du système de santé⁵⁴. En quelques années, le FBP devient un élément important, pour ne pas dire une pierre angulaire, du système de santé burundais. La consolidation du pouvoir de cette nouvelle technocratie, d'orientation managériale là où l'ancienne technocratie était davantage médicale, se fait cependant dans un contexte stratégique particulier, qui va être présenté maintenant.

A la rescousse de la politique de gratuité

La véritable fenêtre d'opportunité du FBP, et probablement la raison pour laquelle il devient si central au Burundi, est qu'il a permis au ministère de la Santé et au ministère des Finances de régler un problème épineux : la mise en place efficiente de la politique de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans promise par le président de la République. En mai 2006, les fonctionnaires du ministère de la Santé apprennent par les médias la décision du président Pierre Nkurunziza de mettre en place de façon imminente la gratuité des soins, une de ses promesses de campagne⁵⁵. Jusque-là, le ministère était opposé à cette option, perçue comme l'obsession peu raisonnable d'organisations étrangères présentes au Burundi telles que MSF, DfID et l'aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO). Aucun plan de mise en œuvre d'une politique nationale de gratuité n'avait été préparé. Improvisée dans l'urgence, la nouvelle politique a des effets déstabilisateurs quasi immédiats sur le système de santé : les formations sanitaires manquent cruellement de ressources humaines et financières pour faire face à la demande de soins qui croît de façon massive. La situation est tendue en de nombreux endroits et le système de santé se fragilise sensiblement. Certains le disent au bord de la rupture⁵⁶. Les paiements informels pour les soins gratuits se multiplient car le remboursement des formations sanitaires accumule des retards énormes, régulièrement un an au début de la mise en place de la politique et puis trois à sept mois par la suite (d'après les techniciens du ministère). La survie de la politique de gratuité partielle est cependant d'une importance stratégique majeure. D'une part, le Burundi a obtenu en 2006 une remise de dette dans le cadre de l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International, mais à condition (entre autres) de mener d'ambitieux programmes dans les domaines de la santé et de l'éducation. D'autre part, la base qui soutient le président se trouve dans les régions pauvres et rurales du pays, celles qui bénéficient potentiellement le plus de sa politique de gratuité. Pour les promoteurs du FBP, celui-ci est la solution toute trouvée à la mise en place de la politique de gratuité. Là où le système existant est administrativement très lourd, au point que certaines formations sanitaires

53. Ministère de la Santé du Burundi, Manuel de procédures du Financement de Performance, Bujumbura, 2012.

54. Entretien 7 (haut cadre du ministère de la Santé, décembre 2018).

55. M. Nimpagaritse, M.P. Bertone, « The sudden removal of user fees: The perspective of a frontline manager in Burundi », *Health Policy and Planning*, 26, 2, 2011.

56. E. Bigirimana *et al.*, *Le Financement...*, op. cit.

se disent obligées d'engager des comptables (qu'elles n'arrivent pas à payer), et passe par une procédure de décaissement très longue qui remonte jusqu'au niveau central du ministère des Finances, le FBP propose comme alternative un système décentralisé et plus simple en termes de déclaration des prestations. Il vient aussi avec un mécanisme de vérification des prestations qui permet de s'assurer de l'effectivité des services remboursés, la fraude au remboursement étant une préoccupation du ministère. L'adaptation du FBP à la gratuité est relativement simple : au lieu d'octroyer un bonus par prestation effectuée, il « suffit » de changer le montant pour qu'il corresponde à la place –ou en plus si le bonus veut être gardé, et ce sera le cas au Burundi– à un remboursement des frais occasionnés. La mise à l'échelle du FBP, qui correspond en fait au couplage FBP-gratuité à l'échelle nationale et a lieu quelques mois seulement avant l'élection présidentielle, est pilotée par la CTN avec l'appui des promoteurs externes du FBP, consultants, bailleurs et ONG. Ses effets ne se font pas attendre : un rapport de l'Organisation Mondiale de Santé explique ainsi, sans citer ses sources ou une période précise, qu'avec le FBP le délai moyen de remboursement des formations sanitaires pour les soins dispensés gratuitement passe de 85 à 43 jours⁵⁷. L'opération permet également un rapprochement entre le ministère de la Santé et le ministère des Finances, l'organe chargé du remboursement des coûts des soins gratuits qui gère aussi les fonds FBP.

C'est grâce à l'intégration de la gratuité, une invention qui s'écarte substantiellement du modèle rwandais, que le modèle voyageur FBP prend son sens, devient central et est légitimé sur le terrain au Burundi. Notons que d'autres pays, comme la Sierra Leone, sont en 2010 dans une situation similaire avec le lancement d'une initiative FBP et d'une initiative de gratuité des soins⁵⁸, mais sans que leur rapprochement ne soit jamais envisagé. La fusion FBP-gratuite n'est pas une évidence. Elle ne se fait au Burundi que pour des raisons stratégiques et politiques, qui manquent au Sierra Leone où le modèle voyageur FBP a d'ailleurs, au moment d'écrire cet article, largement déperissé. Au Burundi, la force du FBP a été de s'imposer comme l'outil de la réalisation d'un programme politique, et l'histoire semble se répéter : l'apparent succès du FBP-gratuité a amené le cabinet du ministre à confier à la CTN, perçue comme une unité d'excellence, d'autres missions qui sortent du cadre strict du FBP, à tel point que certains promoteurs de l'approche FBP s'inquiètent qu'il est maintenant trop souvent perçu comme une panacée⁵⁹. Outre la poursuite d'une logique de contractualisation au niveau de l'administration centrale, la CTN a été chargée de trouver des solutions pour améliorer le fonctionnement de la Carte d'Assurance Maladie (CAM). Celle-ci, longtemps moribonde, a été ravivée par le vice-Président Gervais Ruffyikiri en 2012 comme un moyen pour les Burundais d'accéder, sans autre frais qu'une modeste contribution annuelle (moins de deux euros), aux services de santé de base. Cette décision n'était pas concertée avec le ministère de la Santé et les problèmes se sont vite manifestés sur le terrain. Le parallélisme avec le couplage gratuité-FBP de la fin des années 2000 est frappant : le FBP et sa CTN, objets technocratiques par excellence, issus des approches « standardisées » de la santé globale, viennent à la rescousse d'une décision politique. La CAM, comme la politique de gratuité des soins, colle bien avec l'agenda de la couverture universelle de la santé globale. Il ne faut cependant pas se tromper, il ne s'agit pas d'un dialogue entre population, techniciens et politiciens ; le ministre, lui-même à la merci du président, exerce un pouvoir régalien sur la CTN dans un contexte désormais marqué par une certaine volatilité des fonctionnaires liée à l'instabilité politique du pays. Alors que la mise à l'échelle du FBP en 2010 se passait dans un espace politique qui conservait des ouvertures démocratiques, la mise en œuvre du FBP dans les années suivantes se joue dans un contexte qui est celui de la consolidation d'un régime populiste dur, avec un penchant favorable pour la

57. S. Sibomana, et M. Reveillon, *Burundi : Performance based financing of priority health services*, série Improving Health System Efficiency, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2015, 27.

58. M.P. Bertone *et al.*, « The bumpy trajectory... », art. cité.

59. Entretien 2 (technicien du ministère de la Santé, novembre 2018).

couverture santé universelle. Ce n'est pas une contradiction : démocratie et couverture santé universelle ne sont pas nécessairement intrinsèquement liées. On voit bien ici comment un modèle technocratique global (la culture de l'audit et du management) va, pour s'imposer dans le contexte stratégique qui est le sien, participer ou devoir participer à la légitimation d'un régime politique de moins en moins démocratique.

Eléments de conclusion et pistes de recherche

L'élément fondamental de la reterritorialisation du modèle voyageur FBP au Burundi est bien son couplage avec le processus de remboursement des coûts liés à l'introduction de la gratuité partielle des soins. Il va de pair avec l'émergence et la consolidation d'une nouvelle élite technocratique de la santé. En identifiant différents niveaux de contexte, mais aussi des pratiques et des matérialités, la théorie des modèles voyageurs permet de comprendre comment le FBP est devenu central au Burundi. Elle doit cependant, pour ne pas réduire l'analyse de la traduction d'un modèle à sa diffusion, être poussée au plus loin, revenant à l'idée d'un contexte national qui est aussi éminemment stratégique et politique. Les acteurs burundais du FBP parlent de « compromis adapté au contexte du pays tout en essayant de préserver des principes fondamentaux de l'approche qui assurent une certaine pérennité technique et financière »⁶⁰. La tension est ici entre, d'une part, l'importance de maintenir les fondamentaux qui sont synonymes de soutien financier international et d'une inscription utile dans le cadre de l'expertise mondialisée de la santé globale et, d'autre part, le compromis, c'est-à-dire les frontières et la nécessité d'être pertinent et acceptable dans le contexte politique burundais. Le cas du Burundi comprend des formes de réplification du modèle rwandais mais il gagne sa prééminence en réalisant ce que Sally Engle-Merry appelle une hybridation : avec l'intégration de la gratuité, le FBP devient un objet véritablement politique, reformulé par les institutions et le pouvoir technocratique. Cette hybridation se fait au grand jour, dans un champ bien plus visible et stratégique que celui des adaptations pragmatiques et des normes pratiques. Que le modèle FBP, celui de la Banque Mondiale, véhicule des idées plutôt néo-libérales (telles que la culture de l'audit et de l'autonomie de gestion) fait peu de doute mais le débat sur le FBP doit aussi intégrer la possibilité de l'hybridation stratégique du modèle. C'est à ce moment-là que la dimension idéologique du FBP peut être explorée en pratique : paradoxalement, dans le cas du Burundi, l'hybridation des principes néolibéraux du FBP permet la mise en place d'une politique de gratuité des soins typique d'un état-providence, et vice et versa. Il faut cependant se garder de toute généralisation hâtive. Si le FBP a bénéficié à l'agenda de la couverture santé universelle au Burundi il n'est pas non plus établi que le FBP était la seule et unique façon de « sauver » la politique de gratuité partielle des soins dans ce contexte –mais c'est celle qui a été tentée, et apparemment avec un certain succès qui a bénéficié aux Burundais (même si la question de la pérennité du financement se pose à intervalle régulier, et au moment d'écrire cet article).

A partir du moment où il est accepté que le FBP burundais est une hybridation faite de traductions et de reformatages, il est aussi évident que le voyage du FBP en Afrique et les modèles voyageurs en général se comprennent mieux comme « une multiplicité de voies parallèles, de tentatives infructueuses et de reprises inattendues »⁶¹ que comme une succession linéaire de différentes étapes. A l'exception récente de la Côte d'Ivoire, aucun pays n'a par exemple pour l'instant mis en place un FBP couplé à la gratuité –qui est pourtant le cœur de l'expérience certifiée exemplaire du Burundi. La réflexion menée dans cet article pose aussi la question de ce qui doit, ou peut, être évalué pour pleinement rendre compte des effets du FBP :

60. E. Bigirimana *et al.*, *Le Financement...*, op. cit., p. 12.

61. A. Vachez, « Le prisme circulatoire... », art. cité, p. 13.

le processus d'hybridation, et dans une certaine mesure la nature hybridée du FBP, sont absents des recherches académiques actuelles qui se concentrent sur la mesure des effets et sur les effets pervers du FBP sur l'utilisation des soins et leur qualité.

La partie la plus intéressante du modèle voyageur discutée dans cet article n'est pas dans la compréhension de ce qui facilite ce voyage, ni même spécialement dans les écarts entre les adaptations structurelles et pragmatiques, mais bien dans l'articulation entre d'une part le processus de reterritorialisation, et d'autre part des intérêts politiques et stratégiques nationaux. Le défi des futures recherches sur le FBP et d'autres modèles voyageurs de la santé globale en Afrique et au-delà, car le FBP n'est un objet uniquement africain, sera de comprendre plus en profondeur dans quelles circonstances l'hybridation se fait (ou ne se fait pas). Un cadre conceptuel qui pourrait être particulièrement utile pour cela est la théorie sur les *political settlements* (règlements politiques)⁶² en ce qu'elle dissocie pouvoir politique (et économique) et institutions étatiques ou paraétatiques et suggère d'étudier la façon par laquelle le pouvoir, ou plutôt les pouvoirs, investissent et se répartissent les institutions, notamment celles associées aux « modèles voyageurs ».

Jean-Benoît Falisse, Centre of African Studies, University of Edinburgh

62. P. Behuria, L. Buur, H. Gray, « Studying political settlements in Africa », *African Affairs*, 116, 464, 2017, p. 508-525.