



HAL
open science

Analyse de la mise en oeuvre du financement basé sur les résultats dans les hopitaux de district au Mali

Tony Zitti

► **To cite this version:**

Tony Zitti. Analyse de la mise en oeuvre du financement basé sur les résultats dans les hopitaux de district au Mali. Santé publique et épidémiologie. Université Paris Cité, 2021. Français. NNT : 2021UNIP5254 . tel-04611773

HAL Id: tel-04611773

<https://theses.hal.science/tel-04611773>

Submitted on 14 Jun 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Paris

École doctorale Pierre Louis de Santé Publique, ED393

Centre Population et Développement (CEPED)

Analyse de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans les hôpitaux de district au Mali

Par Tony ZITTI

Thèse de doctorat de recherches sur les services de santé

Dirigée par Valéry RIDDE et co-encadrée par Fanny CHABROL

Présentée et soutenue publiquement à Paris le 10 décembre 2021

Devant un jury composé de :

Mme. Roxane Borgès Da Silva, professeure des universités, Université de Montréal, rapportrice

M. Jean Macq, professeur des universités, Université Catholique de Louvain, rapporteur

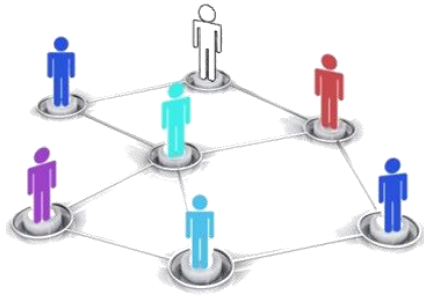
M. Issa Wone, professeur des universités, Université Assane Seck de Ziguinchor, examinateur

M. Éric Breton, professeur des universités, École des Hautes Études en Santé Publique, examinateur

M. Valéry Ridde, professeur des universités, Université de Paris, directeur de thèse

Mme. Fanny Chabrol, PhD, Université de Paris, membre invité





Réseau doctoral en santé publique

Cette thèse a été préparée dans le cadre du Réseau doctoral en santé publique animé par l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP)

Le réseau doctoral en santé publique est animé par l'EHESP

www.ehesp.fr/reseau-doctoral

Contact : doctorate@ehesp.fr



Titre : Analyse de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans les hôpitaux de district au Mali

Résumé :

Cette thèse s'intéresse à la mise en œuvre du projet pilote de financement basé sur les résultats (FBR) dans les hôpitaux de district (HD) de la région de Koulikoro au Mali. Le FBR a pour but d'accroître la productivité et la qualité des prestations de soins de santé offerts aux populations, en payant les centres de santé sur la base de leur performance, mesurée par la quantité et la qualité des services prodigués. Au démarrage de cette thèse, aucune recherche sur le FBR dans les hôpitaux en Afrique de l'Ouest n'avait encore été entreprise. Nous avons adopté une démarche qualitative, reposant sur un devis d'études de cas multiples. Les cas sont des HD (N=3) de la région de Koulikoro. Nous avons collecté les données d'entretiens semi-directifs (N=128), d'entretiens informels (N=16), d'observations non participantes (N=24) et de documents institutionnels (N=12). Le cadre théorique utilisé est le Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) avec ses différentes taxonomies, dimensions et construits pour cerner les contours de la mise en œuvre d'une intervention complexe. Nous avons réalisé une analyse thématique et utilisé le logiciel QDA Miner Lite pour l'organisation des données. Pour diffuser nos résultats empiriques et influencer la prise de décisions, ils ont été présentés aux différentes parties prenantes de la recherche sous forme de note de politique et de présentation orale lors de plusieurs ateliers délibératifs.

Le premier article analyse les perceptions, les rôles du contexte et des acteurs lors de la mise en œuvre du FBR dans les HD. Les résultats montrent que la grande majorité des agents de santé adhèrent à l'intervention du FBR. Toutefois, excepté les principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre, les répondants avaient une connaissance partielle de l'intervention. Les acteurs perçoivent le projet pilote du FBR comme une intervention verticale, venue de l'extérieur, et centrée sur la santé de la reproduction. Les acteurs locaux n'ont pas été impliqués dans la conception du modèle du FBR. Plusieurs difficultés quant à la qualité de son design et de sa mise en œuvre sont mises en lumière : une durée trop courte de l'intervention (huit mois), le choix et le nombre insuffisants des indicateurs selon la priorité des bailleurs de fonds (Banque mondiale), et l'impossibilité d'apporter des modifications au modèle pendant sa mise en œuvre.

Le deuxième article analyse le processus de répartition des primes du FBR et de ses effets sur la motivation des agents de santé dans les HD. Les résultats montrent que les agents de santé sont plus motivés à exécuter leurs tâches quand des primes sont proposées. Selon eux, au-delà

de la motivation financière, le FBR leur permet de mieux travailler. Toutefois, plusieurs problèmes de mise en œuvre (retard de décaissement des primes, manque de transparence lors de la distribution) ont entraîné un sentiment de frustration et de déception des agents de santé. Le montant des primes obtenues est jugé insuffisant et les agents estiment une inadéquation entre les efforts fournis et le montant de primes obtenues par le FBR. Le troisième article analyse le processus de vérification communautaire (VC) lors de la mise en œuvre du FBR. Il a été bien perçu et bien accueilli. Cependant, la grande majorité des enquêteurs déclare avoir eu des difficultés à repérer certains patients dans la communauté : orthographe incorrecte des noms, fiches illisibles, manque de coordonnées téléphoniques et informations incomplètes, cas d'homonymie. Tout ceci était dû à la mauvaise tenue des registres des patients dans les HD. Certains enquêteurs ont rempli de manière frauduleuse des fiches sans enquêter les usagers dans les communautés à cause de manque de temps. Aucun retour des résultats de la VC n'a été possible auprès des agents de santé.

Les résultats de notre thèse apportent des contributions théoriques sur l'utilisation du cadre théorique CFIR dans le contexte Africain. De même, ils apportent des contributions empiriques à la recherche sur la mise en œuvre de manière générale et plus spécifiquement du FBR en Afrique où il n'existe pas encore de consensus sur les effets du FBR sur les systèmes de santé et la qualité des soins. Notre thèse a permis d'accroître les connaissances en ce qui concerne la mise en œuvre du FBR dans les HD en Afrique où peu d'études ont été réalisées. Plus spécifiquement, elle a permis, de montrer les difficultés auxquelles font face les agents de santé des hôpitaux lors de la mise en œuvre du FBR. De plus, elle montre que l'implication des acteurs locaux de la conception à la mise en œuvre des politiques publiques de santé en Afrique, est essentielle pour la réussite des interventions et favorise également leurs appropriations. Enfin, elle nous montre l'influence du contexte local, des perceptions des acteurs locaux, l'appropriation et les effets des politiques publiques de santé sur leur mise en œuvre.

Mots clefs : Financement basé sur les résultats, Mali, Mise en œuvre, Hôpitaux de district, Diffusion des résultats, Afrique subsaharienne, Transfère de connaissance, Vérification communautaire

Title: Analysis of the implementation of performance-based financing in district hospitals in Mali

Abstract:

This thesis focuses on the implementation of the performance-based financing (PBF) pilot project in district hospitals (DH) in the Koulikoro region of Mali. The PBF aims to increase the productivity and quality of health care services offered to the population by paying health centers on the basis of their performance, measured by the quantity and quality of services provided. At the start of this thesis, no research on PBF in hospitals in West Africa had yet been undertaken. We adopted a qualitative approach, based on a multiple case study design. The cases were DHs (N=3) from the Koulikoro region. We collected data from semi-structured interviews (N=128), informal interviews (N=16), non-participant observations (N=24) and institutional documents (N=12). The theoretical framework used was the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) with its different taxonomies, dimensions and constructs to capture the contours of implementing a complex intervention. We conducted a thematic analysis and used QDA Miner Lite to organize the data.

To disseminate our empirical findings and influence decision-making, they were presented to the different research stakeholders in the form of a policy brief and an oral presentation at several deliberative workshops. The first paper analyses the perceptions, roles of context and actors in the implementation of PBF in DHs. The results show that the vast majority of health workers support the PBF intervention. However, except for the main actors involved in the implementation, the respondents had a partial knowledge of the intervention. Actors perceive the PBF pilot as a vertical, external intervention focused on reproductive health. Local stakeholders were not involved in the design of the PBF model. Several difficulties with the quality of its design and implementation are highlighted: the intervention was too short (eight months), the choice and number of indicators were insufficient according to the priority of the donors (World Bank), and it was impossible to make changes to the model during its implementation.

The second paper analyses the PBF subsidies distribution process and its effects on the motivation of health workers in DHs. The results show that health workers are more motivated to perform their tasks when subsidies are offered. According to them, beyond the financial motivation, the PBF allows them to work better. However, several implementation problems

(delay in disbursing subsidies, lack of transparency in distribution) have led to a feeling of frustration and disappointment among health workers. The number of subsidies obtained is considered insufficient and the agents feel that there is a mismatch between the efforts made and the number of subsidies obtained by the PBF. The third article analyses the community verification (CV) process during the implementation of the PBF. It has been well received and appreciated. However, the vast majority of investigators reported difficulties in locating some patients in the community: incorrect spelling of names, illegible records, lack of telephone contact details and incomplete information, and cases of homonymity. All this was due to poor record keeping of patients in the DHs. Some investigators fraudulently filled in forms without investigating users in the communities due to lack of time. No feedback of the CV results was possible to the health workers.

The results of our thesis make theoretical contributions to the use of the CFIR theoretical framework in the African context. In addition, they make empirical contributions to research on the implementation of PBF in general and specifically in Africa where there is still no consensus on the effects of PBF on health systems and quality of care. Our thesis has increased knowledge about the implementation of PBF in DHs in Africa where few studies have been conducted. More specifically, it has shown the difficulties faced by hospital health workers in implementing PBF. Furthermore, it shows that the involvement of local actors from the design to the implementation of public health policies in Africa is essential for the success of interventions and also favors their appropriation. Finally, it shows us the influence of the local context, the perceptions of local actors, the appropriation and the effects of public health policies on their implementation.

Keywords: Performance-based financing, Mali, Implementation, District hospitals, Results dissemination, Sub-Saharan Africa, Knowledge transfer, Community verification

Dédicaces

*A ma mère et
à la mémoire de mon père*

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier sincèrement Valéry Ridde, d'avoir accepté de diriger cette thèse. Sa disponibilité, sa rigueur scientifique, son soutien et ses conseils m'ont permis de conduire à terme cette recherche. Je lui adresse toute ma gratitude.

Ensuite, je tiens à remercier, Fanny Chabrol d'avoir accepté de co-diriger cette thèse, ses remarques m'ont permis d'envisager mon travail sous un autre angle.

Puis, je tiens à remercier, Laurence Touré, Abdourahmane Coulibaly, Aminata Sissoko, Mahamadou Diabaté de l'ONG Miseli, pour les diverses aides dont j'ai pu bénéficier de leur part tout au long de cette thèse.

Mes remerciements s'adressent également à l'ensemble des membres (doctorants, chercheurs, enseignants-chercheurs, ingénieurs, administration de la recherche et appui à la recherche) de mon laboratoire d'accueil qui est le Centre Population et Développement (CEPED).

J'adresse également mes remerciements aux participants, qui m'ont accordé de leur temps pour la réalisation des entretiens. Soyez en remerciés car sans vous, la réalisation de ce travail doctoral n'aurait pas été possible.

De plus, je tiens à remercier tous les acteurs, toutes les actrices et les organisations aux niveaux national, régional et local au Mali, qui ont participé et/ou facilité la réalisation de cette recherche.

Mes remerciements vont également à l'endroit des bailleurs de fonds dont le « *Centre de recherches pour le développement international (CRDI)* », qui ont financé cette thèse dans le cadre d'un programme plus large portant sur le « *Financement basé sur les résultats et équité au Mali et au Burkina Faso* ».

Je tiens à remercier, mes frères et sœurs, ainsi que tous les membres de ma famille.

En dernier lieu, mes remerciements sont adressés à tous ceux et celles qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette thèse. Vous êtes trop nombreux et nombreuses, je ne pourrais vous citer de façon nominative, vous vous reconnaitrez.

Table des matières

RESUME :	III
ABSTRACT:	V
DEDICACES	VII
REMERCIEMENTS	VIII
TABLE DES MATIERES	IX
LISTE DES FIGURES	XI
LISTE DES TABLEAUX	XII
LISTE DES ANNEXES	XIII
LISTE DES ABREVIATIONS	XIV
INTRODUCTION GENERALE	1
QUESTIONS DE RECHERCHES	17
OBJECTIFS	17
STRUCTURE DE LA THESE	18
PREMIERE PARTIE : APPROCHE THEORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL	19
CHAPITRE 1 : LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE	19
1.1. DEFINITION DE LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE	19
1.2. LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE	22
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL	24
2.1. JUSTIFICATION DU CHOIX DU CADRE THEORIQUE	24
2.2. CADRE CONCEPTUEL	35
DEUXIEME PARTIE : METHODES	37
CHAPITRE 3 : CADRE DE L'ETUDE ET DESCRIPTION DU MODELE DE L'INTERVENTION DU FBR AU MALI	37
3.1. CADRE DE L'ETUDE	37
3.2. LE MODELE D'INTERVENTION DU FBR AU MALI	42
CHAPITRE 4 : APPROCHE METHODOLOGIQUE	48
4.1. STRATEGIE DE RECHERCHE	48
4.2. SELECTION ET CARACTERISTIQUES DES CAS	48
4.3. ÉCHANTILLONNAGE DES PARTICIPANTS	51
4.4. OUTILS ET METHODES DE COLLECTE DES DONNEES	52
4.5. DEROULEMENT DE LA COLLECTE DE DONNEES	54

4.6.	STRATEGIE D'ANALYSE DES DONNEES	56
4.7.	CRITERES DE SCIENTIFICITE	58
4.8.	PLURIDISCIPLINARITE	59
4.9.	CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	59
4.10.	LIMITES DE L'ETUDE.....	60

TROISIEME PARTIE : RESULTATS..... 62

CHAPITRE 5 : PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS DANS LES HOPITAUX DE DISTRICT AU MALI..... 62

CHAPITRE 6 : DISTRIBUTION DES PRIMES DU FBR DANS LES HOPITAUX DE DISTRICT AU MALI107

CHAPITRE 7 : PROCESSUS DE VERIFICATION COMMUNAUTAIRE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS AU MALI135

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSIONS160

CHAPITRE 8 : CONTRIBUTIONS EMPIRIQUES DES RESULTATS DE CETTE THESE160

8.1. ECART ENTRE LA THEORIE ET LA PRATIQUE LORS DE LA MISE EN ŒUVRE DU FBR..... 160

8.2. PERENNITE DES PROJETS DE FBR DANS LES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE 166

CHAPITRE 9 : ARGUMENT SCIENTIFIQUE SANS CONSENSUS SCIENTIFIQUE ? CONTROVERSE EN SANTE MONDIALE : CAS DU FBR.....174

9.1. HISTORIQUE DES CONTROVERSES AUTOUR DU FBR EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE 174

9.2. QUI S'AFFRONTENT AUTOUR DE LA « CONTROVERSE » SUR LE FBR ?..... 178

9.3. DEFIS DE L'UTILISATION D'INSTRUMENTS DE NPM DANS LE SECTEUR DE LA SANTE EN ASS 179

CHAPITRE 10 : APPORTS ET REFLEXIONS PERSONNELLES EN TANT QUE DOCTORANT PAR RAPPORT AUX DIFFERENTES ACTIVITES DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES.....182

10.1. TRANSFERT DES CONNAISSANCES PENDANT LA THESE 182

10.2. DEROULEMENT DES ACTIVITES DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES DANS LE CADRE DE LA THESE 187

10.3. STRATEGIES DE TRANSFERTS DES CONNAISSANCES..... 188

10.4. UTILISATION DES RESULTATS DE RECHERCHE POUR CONTRIBUER A LA PRISE DE DECISION 190

CONCLUSION ET PERSPECTIVE192

BIBLIOGRAPHIE193

ANNEXES.....238

Liste des figures

Figure 1 : Cinq composantes de l'analyse des politiques publiques	20
Figure 2 : Les construits des cinq dimensions du CFIR.....	26
Figure 3 : Cadre conceptuel	36
Figure 4 : Carte géographique du Mali.....	38
Figure 5 : Pyramide sanitaire du Mali	42
Figure 6 : Chronologie de l'historique du FBR au Mali	43
Figure 7 : Cycle de fonctionnement du FBR au Mali	45
Figure 8 : Cas sélectionnés pour l'étude	49
Figure 9 : Données sous un arbre	149
Figure 10 : Principaux acteurs impliqués dans la production, le relais et l'utilisation des connaissances utiles aux actions en santé publique	184
Figure 11 : Les différentes étapes du processus de transfert des connaissances	185
Figure 12 : Interaction requise par différentes stratégies de transfert de connaissance.....	186

Liste des tableaux

Tableau 1 : Evolution des dépenses de santé courantes par source de financement au Mali	9
Tableau 2 : Points communs et différences entre l'évaluation et la recherche	20
Tableau 3 : Description des différents construits du cadre CFIR et justification du choix de ceux non retenus.....	27
Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques et sanitaires au Mali et dans la région de Koulikoro	39
Tableau 5 : Liste et coût unitaire des indicateurs quantitatifs au niveau des CCom	46
Tableau 6 : Liste et coût unitaire des indicateurs quantitatifs aux niveaux des HD	47
Tableau 7 : Pondération des indicateurs qualitatifs pour les CCom et les HD	47
Tableau 8 : Caractéristiques socio-démographiques et sanitaires des trois districts sanitaires et de leurs HD	50
Tableau 9 : Répartition des données collectées par rapport aux articles	52
Tableau 10 : Liste des documents institutionnels du FBR au Mali	54
Tableau 11 : Liste des indicateurs pris en compte pour la VC au niveau des hôpitaux de district	141
Tableau 12 : Liste des participants à l'enquête	142

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien pour l'article 1	238
Annexe 2 : Guide d'entretien pour l'article 2	264
Annexe 3 : Guide d'entretien pour l'article 3	277
Annexe 4 : Grille d'observation non participante pendant la collecte des données pour le premier article	287
Annexe 5 : Programme et objectifs de l'atelier de formation sur le logiciel d'analyse qualitative QDA Miner Lite.....	288
Annexe 6 : Livre de codes	292
Annexe 7 : Certificat d'approbation éthique	299
Annexe 8 : Notes de politiques (Policy briefs).....	300
Annexe 9 : Publication sur les réseaux sociaux.....	324
Annexe 10 : Liste des participants et termes de référence des ateliers de conception du projet PACSU au Mali	325

Liste des abréviations

AL	: Accès libre
AfrEA	: Association Africaine d'Évaluation
AMC	: Assurance maladie communautaire
ANAM	: Agence nationale d'assistance médicale
APEM	: Association pour la Promotion de l'Évaluation au Mali
ARV	: Antirétroviral
ASACO	: Association de santé communautaire
ASS	: Afrique subsaharienne
BM	: Banque mondiale
CdP	: Communauté des pratiques
CEPED	: Centre population et développement
CFIR	: Consolidated framework for implementation research
CGIC	: Clinique de gestion des innovations et des connaissances
CHU	: Centre hospitalo-universitaire
COGES	: Comité de gestion
Cordaid	: Catholic organization for relief and development aid
CPN	: Consultation prénatale
CPON	: Consultation post natale
CSCom	: Centre de santé communautaire
CSRéf	: Centre de santé de référence
CSU	: Couverture sanitaire universelle
DOT	: Direct observed therapy
DRS	: Direction régionale de la santé
DTC	: Directeur technique de centre
ECDS	: Equipe cadre du district sanitaire
ED	: Entrepreneurs de la diffusion
END	: Entrepreneurs de non-diffusion
FBP	: Financement basé sur la performance

FBR	: Financement basé sur les résultats
FMI	: Fonds monétaire international
FOSA	: Formation sanitaire
FCFA	: Franc des colonies Françaises d'Afrique
HD	: Hôpital de district [District hospitals (DH) en anglais]
HFA	: Health financing in Africa
HRITF	: Health Results Innovation Trust Fund
IB	: Initiative de Bamako
INRSP	: Institut national de recherche en santé publique
KIT	: Koninklijk Instituut voor de Tropen (Royal Tropical Institute)
MCD	: Médecin chef de district
MNT	: Maladies non transmissibles
MSHP	: Ministère de la santé et de l'hygiène publique [Ministry of health and public hygiene en Anglais]
NP	: Note de politique [Policy briefs en anglais]
NPM	: New public management
OMD	: Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PACSU	: Projet accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle
PAS	: Programme d'ajustement structurel
PRE	: Pays à revenus élevés
PRFI	: Pays à revenu faible et intermédiaire
PBF	: Performance-based financing
PCA	: Paquet complémentaire d'activités
PCIME	: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PF	: Planning familial
PMA	: Paquet minimum d'activités
PTC	: Plan de transfert des connaissances
PTME	: Prévention de la transmission mère-enfant

PRODESS III	: Programme de développement socio-sanitaire III
PRSR	: Projet de renforcement de la santé de la reproduction [Strengthening reproductive health project (SRHP) en anglais]
RAMED	: Régime d'assistance médicale
RS	: Réseaux sociaux
SNV	: Stichting Nederlandse Vrijwilligers (Organisation néerlandaise de développement)
SIS	: Système d'information sanitaire
SR	: Santé de la reproduction
SSP	: Soins de santé primaires
TC	: Transfert des connaissances
TDF	: Theoretical domains framework
TDR	: Termes de référence
UCP	: Unité de coordination du projet
USD	: United States Dollar
VC	: Vérification communautaire [community verification (CV) en anglais]
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction générale

La conférence d'Alma-Ata de 1978, fait de la promotion des soins de santé primaires (SSP), un moyen d'atteindre la santé pour tous les peuples du monde (OMS, 1978). Depuis, les années 1980, les SSP sont devenus une nouvelle stratégie d'orientation pour de nombreux pays vers l'atteinte de l'objectif de la « *Santé pour tous en 2000* » (OMS, 2003). Pour atteindre les objectifs de SSP, les ministres de la santé des pays Africains ont adopté en 1987, l'initiative de Bamako (IB) comme stratégie (OMS, Bureau régional de l'Afrique, 2011). L'objectif principal de l'IB est « *d'encourager les communautés à participer à la mise en place d'un système de financement communautaire de l'approvisionnement en médicaments et autres produits essentiels* » (OMS, Bureau régional de l'Afrique, 1999, p. 1).

L'adoption des stratégies des SSP dans les années 1980, a coïncidé dans plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) avec la mise en place des programmes d'ajustement structurel (PAS) par les institutions financières internationales [Banque mondiale (BM) et le Fonds monétaire international (FMI)], cela dans un contexte de récession mondiale et pour faire face à la crise des dettes extérieures de ces pays (Evans, 1995; Sarrasin, 1997; Skosireva & Holaday, 2010). Les PAS ont été initiés dans une logique néolibérale, qui avait pour but d'imposer aux États, la réduction des subventions nationales, la privatisation des actifs des États, une ouverture accrue aux importations et aux investissements étrangers directs pour améliorer la compétitivité des États à l'exportation (Schrecker, 2016).

Néolibéralisme et santé

Le concept du néolibéralisme est bien intégré dans le processus de mondialisation, il touche tous les pays et les différents domaines, mais à des degrés divers (Cerny, 2010; Labonté, 2020; Schrecker, 2016). La BM et le FMI sont des acteurs clés qui ont participé à la diffusion du néolibéralisme en général et particulièrement dans la gouvernance mondiale de la santé (Rushton & Williams, 2012; Marstein & Babich, 2018). La gouvernance mondiale de la santé par le néolibéralisme consiste à utiliser une approche de new public management (NPM). Le NPM est une approche de gouvernance du secteur public, qui applique aux secteurs publics, les techniques et instruments de gestion issus du secteur privé (la contractualisation), l'État contractualise le personnel et les différentes ressources, avec l'idée que la contractualisation renforce l'efficacité des allocations et des actions du secteur public (Lane, 2000). L'idéologie

néolibérale est basée sur trois principes : l'individualisme, le libre marché via la privatisation et la déréglementation, et la décentralisation (McGregor, 2001).

L'approche du NPM appliquée dans le secteur public, n'est pas sans conséquences, elle a entraîné des modifications profondes dans la manière dont les ressources sont allouées, redistribuées, et régulées dans les services publics (Cook, 2012; Lane, 2000; Labonté, 2020). Le néolibéralisme s'est traduit dans le secteur de la santé par, (i) une baisse des dépenses publiques dans le secteur de la santé, (ii) une privatisation des services de santé, (iii) l'appauvrissement voir le démantèlement des infrastructures de santé publique, (iv) une mobilité des professionnels de santé des PRFI vers les pays à ressources élevées (PRE), (v) le patient devient un client, et (vi) le rétablissement complet de la vision biomédicale dans la santé publique (Navarro, 2008).

Le néolibéralisme a des effets sur la gouvernance de la santé, étant donné qu'il considère les individus et les patients comme des acteurs économiques rationnels (Cook, 2012; Rushton & Williams, 2012). Cette approche néolibérale a soumis les politiques de santé à la responsabilité individuelle et non plus celle du système ou de la collectivité (O'Manique, 2004; LeBesco, 2011; Schram & Goldman, 2020). Les valeurs promues par le NPM (efficacité et réduction des coûts), ne sont pas en adéquation avec les valeurs des services publics qui doivent être guidées par les principes de qualité, d'égalité et d'équité (Pierre & Painter, 2010; Labonté, 2020; Lane, 2000).

En effet, il est nécessaire de porter un regard critique sur l'influence du néolibéralisme dans le secteur de santé, ne pas le faire encouragerait les intérêts néolibéraux (Battams, 2020; Smith, 2019; Coburn, 2004). De plus, il est important de prendre en compte les paradigmes néolibéraux qui peuvent influencer les dynamiques et relations de pouvoirs qui peuvent intervenir dans les espaces de décisions au cours des changements de politiques de santé (Milsom et al., 2020).

Impact des politiques néolibérales sur la santé des populations dans les pays d'Afrique subsaharienne

Il n'existe pas de consensus scientifique entre les PAS et leur impact sur la santé des populations des PRFI (Kentikelenis et al., 2015; Clements et al., 2013; Bird & Rowlands, 2017; Jamieson et al., 2020; Forster et al., 2020). Le néolibéralisme a eu des conséquences dramatiques sur le développement et sur la santé publique dans les pays d'Afrique subsaharienne (ASS), elle a même réduit les progrès économiques, sociaux, éducatifs et sanitaires réalisés par ces pays dans les années 1960 à 1970 (Evans, 1995; Rowden, 2009; Thomson et al., 2017). Plusieurs articles

montrent comment les PAS initiés par la BM et FMI ont déstabilisé les systèmes de santé et ont eu des impacts négatifs sur la santé des populations des pays d' ASS (Bell & Green, 2016; Rotarou & Sakellariou, 2017; Jamieson et al., 2020; Gatwiri et al., 2020; Thomson et al., 2017). L'application des PAS dans le secteur de la santé, a entraîné l'instauration des frais de santé et leur augmentation, ce qui constitue des barrières financières aux soins de santé de manière générale et surtout pour les plus pauvres (Bassett et al., 1997).

A titre d'exemple, Nwajiuba et al. (2007) montrent comment l'introduction des PAS dans les années 1980 au Nigéria, a eu des effets néfastes sur les moyens de subsistance des populations, ce qui a conduit à une forte migration vers les pays plus développés. D'après Nwajiuba et al. (2007), cette migration a eu des conséquences sur la santé publique. De plus, les PAS dans les pays d'ASS ont eu des impacts négatifs sur la santé maternelle et infantile (Evans, 1995; Thomson et al., 2017; Skosireva & Holaday, 2010). Dans les pays d'ASS, certaines femmes enceintes, par manque de moyens financiers, et d'alphabétisation, non pas reçu des soins prénataux, ce qui a entraîné des complications obstétricales qui ont augmenté la mortalité maternelle (Evans, 1995).

De même, l'expansion de l'idéologie néolibérale a même exacerbé les problèmes de santé publique dans les PRFI, en particulier la crise du VIH/SIDA (Rowden, 2009). Le néolibéralisme se repose sur une vision individualiste de l'être humain, une vision qui se reflète dans la réponse politique au sida en ASS (O'Manique, 2004). Il convient de préciser que les politiques publiques de santé continuent toujours à être influencées par la logique néolibérale. Plusieurs études montrent dans le cadre des politiques internationales de prévention des maladies non transmissibles (MNT), qu'un paradigme de politique néolibéral dominant continue de permettre aux intérêts commerciaux d'influencer les décisions gouvernementales (Milsom et al., 2021; Lencucha & Thow, 2019). Schrecker (2016) estime que, les politiques commerciales actuelles sont une incarnation du néolibéralisme, et elles ont des effets sur la santé [cas des MNT, obésités], sur les déterminants sociaux des résultats de santé (inégalité et insécurité), et sur d'autres déterminants sociaux (austérité).

Il existe très peu de recherches qui montrent comment les PAS ont eu un impact négatif sur les politiques de santé et sur la santé des populations. Thomson et al. (2017) montrent dans une revue de la littérature, que les PAS compromettent l'accès des populations à des soins de santé de qualité et à un prix accessible. De plus, Thomson et al. (2017) montrent que les PAS ont un impact négatif sur les déterminants sociaux de la santé (revenu et disponibilité alimentaire). En Afrique, l'impact des programmes et projets sur l'équité, l'accès aux soins et la situation

sanitaire reste limité (OMS, 2003; Ridde & Girard, 2004). La privatisation, et la libéralisation des services de santé publique ont eu de graves conséquences sur l'accès aux soins en Afrique surtout des plus pauvres (Rowden, 2009; Forster et al., 2020).

Les PAS ont augmenté les inégalités de revenus, la pauvreté, et ces inégalités sont les causes des inégalités d'accès aux soins de santé au sein des pays (Coburn, 2004; Schrecker, 2016; Rotarou & Sakellariou, 2017; Jamieson et al., 2020; Baru & Mohan, 2018). Pour Ridde (2008), l'équité est un aspect souvent négligé lors de la conception et de la mise en œuvre des politiques de santé en Afrique; les bailleurs de fonds et les organisations non gouvernementale (ONG) sont plus préoccupés par l'efficacité que par l'équité. Pour réduire efficacement les inégalités de revenus et de santé, il faudrait que les institutions financières internationales prennent en compte un ensemble plus large de déterminants sociaux de la santé (Coburn, 2004). Pour agir efficacement sur la santé maternelle et infantile dans les PRFI, il faudra un changement de paradigmes au niveau des institutions financières internationales (Thomson et al., 2017). Pour Labonté & Stuckler (2016), il est nécessaire de sortir des politiques d'austérité, compte tenu des preuves scientifiques de leurs conséquences néfastes sur la santé des populations.

Vers la couverture sanitaire universelle dans les pays en d'Afrique subsaharienne

Afin, de permettre à tout un chacun d'accéder aux services de santé, sans subir de difficultés financières lors de leur paiement, la couverture sanitaire universelle (CSU) est initiée (OMS, 2010). Pour atteindre la CSU, il faudra pour les états, (i) collecter des fonds suffisants, (ii) réduire le recours aux paiements directs pour financer les services et (iii) améliorer l'efficacité et l'équité (OMS, 2010). Les politiques pour atteindre la CSU varient d'un pays à l'autre (Nauleau et al., 2013; Ridde, 2021). Pour aller vers la CSU, les pays d'ASS ont adopté différents régimes complémentaires, les politiques d'exemption des frais, les régimes d'assurance [assurance maladie obligatoire (AMO), assurance maladie communautaire (AMC) ou mutuelle], les politiques d'exemptions de paiement et de financements innovants [comme le financement basé sur les résultats, l'achat stratégique] (Sery & Letourmy, 2006; Ridde, 2021; Alenda & Boidin, 2021; Paul et al., 2018).

Pour l'atteinte d'une CSU, Nguyen et al. (2018) préconisent la mise en œuvre d'initiatives complémentaires (réduction des barrières géographiques et sensibilisation des communautés). De même, dans l'objectif d'atteindre la CSU, la recherche sur la mise en œuvre (efficacité,

efficience, durabilité et fidélité) est nécessaire, car elle fournira aux décideurs politiques et aux responsables de la mise en œuvre des données probantes sur la CSU et pour l'amélioration de la santé de toute la population (surtout les plus pauvres) (Binagwaho et al., 2019).

Une revue de la littérature montre que les recherches sur la CSU sont en pleine expansion, néanmoins, peu d'études ont été réalisées sur les obstacles à la réalisation de la CSU dans les PRFI (Ghanbari et al., 2021). Ridde (2021a) montre qu'il existe plusieurs défis par rapport à la mise en œuvre de la CSU dans les pays d'ASS. Notamment, dans plusieurs pays d'Afrique, il existe plusieurs défis par rapport à la place de la communauté dans la gestion de l'AMC (surtout sur le rôle des volontaires communautaires) (Ridde, et al., 2018). Au Sénégal, par exemple, il est difficile pour les AMC d'avoir une synergie d'ensemble pour atteindre la CSU, cela est dû aux inégalités et aux divergences d'intérêts au niveau local (Alenda & Boidin, 2021). Pour Ridde et al. (2018), dans l'optique d'atteindre la CSU, il serait indispensable de rendre obligatoire l'adhésion des populations aux AMC et une professionnalisation de ces AMC.

Les politiques d'exemption de paiement font parties des instruments utilisés dans les pays d'ASS pour atteindre la CSU (Ridde, 2015; Nguyen et al., 2020; Leone et al., 2016). Le Mali comme la plupart des pays d'ASS a mis en place plusieurs politiques d'exemption de paiement ou de gratuité des soins de manière partielle ou totale (Olivier de Sardan & Ridde, 2012; Ponsar et al., 2011; Ridde et al., 2011). Il existe une variété de dispositifs de politiques de gratuité selon les pays (Olivier de Sardan & Ridde, 2012). Au Mali, pour faciliter l'accès aux soins de santé pour tous, plusieurs politiques d'exemption de paiement ont été mises en œuvre, pour le traitement des personnes vivant avec le VIH/SIDA (2004), les césariennes (2005), et le traitement du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes (2007) (Touré, 2015; Deville et al., 2018; Touré, 2012).

Depuis quelques années en Afrique de l'Ouest, il y a de plus en plus d'études sur les politiques d'exemption de paiement (Olivier de Sardan & Ridde, 2012; Touré, 2012; Ridde & Morestin, 2011; Meessen et al., 2011; Ponsar et al., 2011; Ridde et al., 2011; Dossou et al., 2020). Les principaux défis observés pendant la mise en œuvre des politiques d'exemption de paiement dans les PRFI sont : (i) une augmentation de l'utilisation des services; (ii) une augmentation de la charge de travail des agents de santé pouvant entraîner une démotivation et une dégradation de la qualité des soins dans les formations sanitaires (FOSA) ; (iii) le manque d'information sur les services gratuits fournis et leur remboursement; (vi) une indisponibilité des médicaments et un retard dans la distribution des consommables; (v) un financement imprévisible et

insuffisant, une perte de revenus pour les FOSA, et des retards de remboursement (Ridde et al., 2012; Olivier de Sardan & Ridde, 2012; Meessen et al., 2011; Touré, 2012).

La mauvaise conception et mise en œuvre des politiques d'exemption de paiements en ASS, est dû au manque de concertation des autorités politiques au niveau national lors de la prise de décision de la conception et de la mise en œuvre (Meessen et al., 2011; Olivier de Sardan & Ridde, 2012). En ce qui concerne, la décision de mettre en œuvre les politiques d'exemption de paiement dans la majorité des pays africains, elle a été prise avec une forte volonté politique de la part des décideurs au niveau national (promesse électorale des présidents de la république) très souvent, sans une concertation avec les acteurs de la société civile, les patients et les agents de santé (Meessen et al., 2011; Olivier de Sardan & Ridde, 2012).

La qualité des soins gratuits est pas ou très peu évaluée dans le contexte des pays ASS (Olivier de Sardan & Ridde, 2012). La question de la qualité des soins gratuits offerts dans les FOSA se pose toujours en ASS. Au Mali, une baisse de qualité en liaison avec les exemptions de paiement est perçue par les usagers, mais aussi par des personnels de santé (Touré, 2012). Au Mali, la mise en œuvre des politiques d'exemption de paiement a amélioré l'accès aux soins des usagers, cependant, les professionnels de santé manifestaient une résistance face à ces politiques (Touré, 2015). Si la volonté politique est nécessaire pour que les décisions soient prises en ce qui concerne la mise en œuvre des politiques d'exemption de paiement, elle ne suffit pas à elle toute seule à garantir une mise en œuvre efficace (Ridde & Morestin, 2011; Olivier de Sardan & Ridde, 2012).

Plusieurs études qui concernent les politiques d'exemption de paiement en ASS, montrent qu'elles ont eu des effets positifs sur l'utilisation des services de santé (Ridde & Morestin, 2011; Ponsar et al., 2011; Ravit et al., 2018). Ravit et al. (2018) montrent dans leur étude, que la politique d'exemption des frais d'utilisation axée sur les césariennes en Afrique de l'ouest francophone (Mali et Bénin) a eu un impact positif sur l'accouchement dans les FOSA et par césarienne, ce qui améliore les résultats néonataux, surtout pour les femmes défavorisées. Au Burkina Faso, il a été démontré que les politiques d'exemption totale des frais de santé sont efficaces (Nguyen et al., 2020). Au Burkina Faso, il a été démontré que les politiques d'exemption des frais avaient des effets durables, toutefois elles ne suffisent pas à elles toutes seules pour atteindre une CSU (Nguyen et al., 2018; Turcotte-Tremblay et al., 2018).

Même si les politiques d'exemption de paiement ont permis d'augmenter l'accessibilité aux services de santé à certains groupes vulnérables de la population, elles ont entraîné plusieurs

défis dans les pays ASS. A titre d'exemple, au Burkina Faso, l'étude Meda et al. (2019) montre que malgré la politique d'exemption des soins maternels, la majorité des femmes continue de payer pour les accouchements et les soins obstétricaux d'urgence. En République démocratique du Congo, les paiements directs des personnes vivants avec le VIH continuent, malgré les politiques d'exemption de paiement dans le cadre de leur prise en charge (Carillon & Ridde, 2021).

Une étude comparative de l'impact des politiques d'exemption de paiement dans cinq pays d'ASS (Ghana, Burkina Faso, Zambie, Cameroun et Nigeria) pour les plus pauvres, montre que ces politiques d'exemption augmentent l'accès aux accouchements dans les FOSA publiques, cependant les femmes les plus pauvres n'ont pas plus bénéficiés des politiques d'exemption de paiement (Leone et al., 2016). Au Burkina Faso, il a été démontré que les politiques d'exemption de paiement ne suffisent pas à elles toutes seules pour accroître l'utilisation des services de santé par les indigents (Atchessi et al., 2016; Rudasingwa et al., 2021). Les barrières financières et les obstacles aux soins pour la majorité des groupes vulnérables demeurent toujours dans bon nombre de politiques d'exemption de paiement, ceci est dû à l'ambiguïté qui peut exister entre ces politiques et les services payants, ce qui entraîne toujours des paiements directs par les patients (Olivier de Sardan & Ridde, 2012; Beaugé et al., 2020; Mac-Seing et al., 2020).

Certains indigents affirment au Burkina Faso, avoir dépensé en moyenne 23051,62 FCFA¹ (39,18 USD²), pour recevoir des services de santé dans des FOSA publiques, qui étaient censés être gratuits (Beaugé et al., 2020). Au Burkina Faso, les agents de santé ont mis en place des mesures pour limiter l'accès des indigents aux services gratuits qui leurs sont destinés, ce qui a parfois entraîné des tensions entre les indigents et les agents de santé (Turcotte-Tremblay et al., 2018). La question de l'équité reste fondamentale pour l'atteinte de la CSU (OMS, 2010). Au Bénin et au Sénégal, l'équité est souvent utilisée dans les documents politiques de la CSU de manière rhétorique, sans souvent définir et détailler son opérationnalisation (Paul et al., 2019). Le Mali, fait partie des rares pays d'Afrique de l'ouest à avoir mis en place à partir de 2011, une politique nationale pour les populations les plus pauvres en mettant en place un régime d'assistance médicale qui est dispositif entièrement financé par l'État (Touré & Ridde, 2020).

¹ FCFA (Franc des Colonies Françaises d'Afrique)

² USD (United States Dollar)

Financement de la santé au Mali

Le financement des dépenses courantes de santé au Mali est constitué principalement, du pourcentage des dépenses de l'État, du secteur privé, direct des ménages et extérieur (Tableau 1). La participation de l'État du Mali au financement du secteur de la santé est estimée à environ 5,43 % de son budget annuel en 2018, ce qui est largement inférieur aux engagements pris par l'État de consacrer au moins 15 % du budget annuel à ce secteur d'ici à 2015, selon la déclaration d'Abuja de 2001 (OMS, 2021). Le paiement direct des ménages a diminué depuis plusieurs années au Mali, toutefois, le financement de la santé repose encore sur les ménages, dont la contribution à la composante nationale des dépenses totales de santé était d'environ 33,9% en 2018 (OMS, 2021).

Le Mali a une incidence de dépenses catastrophiques³ de 19%, parmi les plus élevées au monde (Ministère de la Santé et de et al., 2013), ce qui constitue un fardeau économique pour les ménages, un obstacle pour l'utilisation des services de santé surtout pour les plus démunis et un obstacle pour la CSU. Les différentes récessions financières mondiales de ces dernières années, ont amenées les états et les organisations internationales à adopter une approche de rationalisation de gestion budgétaire en mettant en place des outils de gestion axée sur les résultats (Pupion & Chappoz, 2015; Chappoz & Pupion, 2014). Les bailleurs de fonds multilatéraux ou bilatéraux ont de plus en plus un discours et un mode de financement de la santé mondiale basé sur la logique financière, c'est le cas du financement basé sur les résultats (FBR) (Neelsen et al., 2021; Paul et al., 2018; Ridde, 2021a). Dans le but d'améliorer la qualité des soins de santé maternelle et la motivation des agents de santé, un projet pilote de FBR a été initié dans la région de Koulikoro au Mali de juillet 2016 à février 2017 (World Bank, 2017).

³ « Les dépenses de santé catastrophiques sont un indicateur de protection financière qui sert à mesurer les progrès en direction de la couverture sanitaire universelle (CSU). Elles se définissent comme les dépenses directes qui dépassent un pourcentage prédéfini des ressources qu'un ménage peut consacrer aux soins de santé » (OECD, 2019, p. 114)

Tableau 1 : Evolution des dépenses de santé courantes par source de financement au Mali

	2000	2006	2012	2018
Dépenses de l'État dans le secteur de la santé ⁴ en % des dépenses total du budget annuel	6,65 %	5,55 %	2,66 %	5,43 %
Dépenses de santé externes ⁵ en % des dépenses de santé courantes	5,87 %	19,6 %	41,66 %	35,97 %
Dépenses de santé privées nationales ⁶ en % des dépenses de santé courantes	70,54 %	58,49 %	47,31 %	35,81 %
Dépenses des paiements directs des usagers en pourcentage des dépenses courantes de santé	68,81 %	56,74 %	44,74 %	33,9 %

Source : OMS, 2021

Financement basé sur les résultats : définition

Les incitations basées sur la performance, le financement basé sur les résultats, le financement basé sur la performance (FBP), le paiement pour la performance, le paiement basé sur la performance sont souvent des terminologies qui sont utilisées comme des synonymes (Musgrove, 2011). Si ces différentes terminologies⁷ s'utilisent parfois l'une à la place de l'autre, elles ne désignent pas souvent la même chose. Musgrove, (2011) définit le FBR comme tout programme qui récompense la livraison d'un ou plusieurs produits ou résultats par une ou plusieurs incitations, financières ou autre, après vérification que le résultat convenu a bien été atteint. Les incitations peuvent être destinées aux prestataires de service (côté offre), aux bénéficiaires du programme (côté demande) ou aux deux (Ibid).

Pour Musgrove, (2011), le FBP, est une forme de FBR qui se distingue par trois conditions : (i) les incitations ne s'adressent qu'aux prestataires, et non aux bénéficiaires; (ii) les récompenses sont purement financières; (iii) le paiement se fait par paiement à l'acte pour des services

⁴ Part des dépenses publiques générales finançant les dépenses courantes de santé (OMS, 2021).

⁵ Les dépenses de santé externe sont les sources de financement en provenance de l'extérieur du pays en pourcentage du total des dépenses de santé (OMS, 2021).

⁶ La part des dépenses privées nationales de santé dans le total des dépenses de santé courantes indique combien est financée au niveau national par le secteur privé (ménages, entreprises et organismes sans but lucratif) (OMS, 2021).

⁷ Dans cette thèse, nous utiliserons les terminologies financement basé sur les résultats et financement basé sur la performance (FBP) de manière interchangeable pour désigner la même chose.

spécifiques; et le paiement dépend explicitement du degré de qualité approuvé des services, tel que spécifié par des protocoles pour les processus ou les résultats. La définition du FBR que nous avons retenu qui se rapproche plus de celle de Musgrove, (2011), est celle de Fritsche et al. (2014) qui définissent le FBR comme un mécanisme par lequel les centres de santé sont payés sur la base de leur performance, mesurée par la quantité et la qualité des services prodigués. Cela dans le but d'accroître la productivité et la qualité des prestations de soins de santé offerts aux populations. Le FBR est une approche qui s'inscrit dans l'idéologie des instruments du NPM (Ridde, 2021a). Nous développons dans le chapitre 9 les défis de l'utilisation des instruments de NPM tel que le FBR et les différentes controverses autour de son expansion dans les pays d'ASS.

Impact du financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé des pays d'Afrique subsaharienne

Le FBR suscite l'intérêt des gouvernements et des organismes d'aide au développement dans les PRFI, notamment en Afrique (Renmans et al., 2016; Neelsen et al., 2021) . Le Rwanda est le premier pays en Afrique à faire un passage à l'échelle du FBR au niveau national en 2006 après un projet pilote en 2002 (Rusa et al., 2009; Kalk et al., 2010; Basinga et al., 2011; Ireland et al., 2011). Le FBR au Rwanda est l'expérience la plus citée comme une réussite pour promouvoir le FBR en Afrique (Kovacs et al., 2020). Aujourd'hui, environs 30 pays d'Afrique ont mis en œuvre le FBR sous forme de projet pilote ou à l'échelle nationale (SINAHealth's, 2021).

Il existe une large gamme d'approches de projets et programmes de FBR dans les PRFI (Kovacs et al., 2020; Gage & Bauhoff, 2021; Singh et al., 2021; Patel, 2018; Diaconu et al., 2021). La grande majorité des programmes de FBR dans les PRFI ciblent les indicateurs de santé reproductive, maternelle et infantile (Zombré et al., 2020; Diaconu et al., 2021; Gage & Bauhoff, 2021; Neelsen et al., 2021). Plusieurs revues systématiques sur le FBR montrent que la littérature sur le FBR est en pleine expansion dans les PRFI (Das et al., 2016; Witter et al., 2012; Renmans et al., 2016; Diaconu et al., 2021; Neelsen et al., 2021). Les résultats sont en général mitigés en ce qui concerne les effets du FBR sur l'utilisation et la qualité des services de santé dans les PRFI (Paul et al., 2018; Koulidiati et al., 2021; Gage & Bauhoff, 2021; Diaconu et al., 2021; Neelsen et al., 2021).

Il n'existe pas ou peu de preuves des effets à moyen et long terme dans les PRFI, même si quelques effets à court terme des programmes d'incitation financière ont été observés (Binyaruka & Anselmi, 2020; Gage & Bauhoff, 2021). Le FBR peut avoir des effets positifs et négatifs sur la prestation et l'utilisation des services de santé par rapport aux indicateurs de santé ciblés et non ciblés (Diaconu et al., 2021). Une récente revue de la littérature publiée par la BM portant sur l'impact du FBR sur six indicateurs de services de santé reproductive, maternelle et infantile dans les PRFI, montre que le FBR a augmenté la couverture de ces indicateurs (Neelsen et al., 2021). Toutefois, cette revue montre une efficacité et une efficience relative du FBR sur ces indicateurs (Ibid).

Une étude empirique comparée des effets du FBR au Burundi, au Lesotho, au Sénégal, en Zambie et au Zimbabwe, montre que le FBR n'a pas eu d'impacts significatifs sur les résultats de santé néonatale, et sur l'utilisation des soins de santé (Gage & Bauhoff, 2021). Gage & Bauhoff (2021), nous montrent que même quand les pays sont pris de manière individuelle, il n'existe pas d'effets significatifs du FBR sur les résultats de santé. Au Burundi par exemple, la mise en œuvre du FBR est associée à une augmentation de l'utilisation de certains services de santé maternelle et infantile, toutefois, le FBR n'a pas eu ou peu d'effets sur l'utilisation d'autres services (Falisse et al., 2015; Bonfrer et al., 2014; Gage & Bauhoff, 2021; Rudasingwa et al., 2017). En Tanzanie, Binyaruka & Anselmi (2020) ont montré qu'il y avait peu d'effets du FBR sur la qualité des soins dans les FOSA, ils notent également que les scores de qualité sont plus élevés selon le niveau de soins (hôpitaux, centres de santé et dispensaires) ainsi que pour les populations les plus riches.

Au Cameroun, le FBR a entraîné une augmentation de l'utilisation de plusieurs services (la vaccination, la planification familiale), une meilleure disponibilité des intrants, des équipements, des agents de santé qualifiés et une réduction des frais d'utilisation formels et informels, cependant, le FBR n'a pas permis d'améliorer les visites prénatales, les accouchements dans le FOSA ainsi que la qualité des soins offerts (de Walque et al., 2021). Au Cameroun, Sieleunou et al. (2021) montrent que le FBR n'a pas eu d'effets sur les ruptures de stocks de médicaments, ceci serait dû aux défis de la mise en œuvre de l'intervention (retard dans le paiement des prestations et une autonomie limitée des FOSA). Au Malawi, le FBR a eu des effets positifs et a permis une meilleure disponibilité des médicaments, une amélioration de la qualité des infrastructures et une meilleure hygiène dans les FOSA, toutefois, certains effets négatifs qui existaient avant le FBR, comme la surcharge du travail des agents de santé et une

saturation des lits d'accouchement dans les maternités, ont été exacerbés par le FBR (Petross et al., 2020).

Il manque ou il existe peu de preuves sur les conséquences non intentionnelles que le FBR peut avoir sur les indicateurs ciblés et non ciblés, et la disponibilité des médicaments (Turcotte-Tremblay et al., 2020; Diaconu et al., 2021). Les conséquences non intentionnelles observées pendant la mise en œuvre du FBR au Burkina Faso sont, la falsification des registres médicaux des FOSA par les agents de santé pour avoir de meilleurs résultats, la surcharge de travail des vérificateurs communautaires, la falsification des données par les enquêteurs, les difficultés de repérage des patients au sein des communautés, et la perte de confidentialité des patients (Turcotte-Tremblay et al., 2017; Turcotte-Tremblay et al., 2020).

Au Malawi, il n'a pas été observé d'effets statistiquement significatifs du FBR sur la qualité de la prestation des soins prénataux (Brenner et al., 2021). De même, il y a une absence d'effets positifs et négatifs sur les services non incitatifs fournis dans le même cadre par les agents de santé lors du FBR au Malawi (Ibid). Au Burkina Faso, Koulidiati et al. (2021) dans leur étude montrent que le FBR a permis l'augmentation des revenus des centres de santé, cependant, il n'y a pas eu d'effets significatifs de l'intervention du FBR sur la qualité de la couverture effective des services de santé curative infantile. Plusieurs, des études d'impacts réalisées sur le FBR dans les PRFI comportent de nombreux biais, par exemple, les études contrôlées avant-après et les essais randomisés présentent un risque de biais plus élevé comparativement aux autres designs d'études (Diaconu et al., 2021). Une récente revue de la littérature publiée par la BM confirme que les risques de biais méthodologique ainsi que les niveaux de base des indicateurs ne sont pas mentionnés dans plusieurs des études d'impact du FBR (Neelsen et al., 2021). Paul et al. (2021) mettent en garde contre les résultats positifs de l'étude sur le rapport coût-efficacité du FBR en Zambie. Selon Paul et al. (2021), l'étude coût-efficacité du FBR en Zambie, comporte plusieurs biais méthodologiques.

Les mécanismes par lesquels, le FBR permet d'améliorer la qualité des soins sont très peu documentés (Patel, 2018; Koulidiati et al., 2021; Diaconu et al., 2021). Au Burundi, les études sur les effets du FBR, n'ont pas permis de montrer par quel mécanisme, les effets positifs du FBR sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile ont été réalisés (Falisse et al., 2015; Bonfrer et al., 2014; Gage & Bauhoff, 2021; Rudasingwa et al., 2017). Au Mozambique, Rajkotia et al. (2017) montrent que le FBR a eu des effets sur les indicateurs de santé pris en

compte lors de la mise en œuvre, sans pour autant démontrer comment le FBR a pu avoir un impact sur la santé des bénéficiaires.

Au Cameroun, si l'étude d'impact du FBR a permis de voir les rôles des composantes spécifiques (incitations financières liées aux résultats, ressources supplémentaires disponibles pour les prestataires de santé non liées à la performance, renforcement de la supervision, du coaching et du suivi), elle n'a cependant pas permis de montrer les mécanismes par lesquels ces composantes du FBR ont pu agir sur la qualité des soins (de Walque et al., 2021). Au Mali, Zombré et al. (2020) montrent que le manque d'effets du FBR pourrait s'expliquer par les faiblesses de conception, la durée très courte de l'intervention et des défis pendant la mise en œuvre.

Les évaluations d'impact du FBR font état le plus souvent d'un impact, avec les coefficients statistiques significatifs des effets du FBR, toutefois la question du pourquoi de ces effets ne sont pas souvent abordés. Les évaluations d'impacts doivent également évaluer le processus afin d'analyser les causes de la réussite ou de l'échec, elles ne doivent pas répondre seulement à la question du « *qu'est-ce qui fonctionne* » ? mais également du « *pourquoi* » ? Et « *dans quelles circonstances* » ? (3iE - International Initiative for Impact Evaluation, 2008).

Le guide de 3ie sur la pratique de l'évaluation d'impact stipule que « *les études doivent indiquer clairement comment l'intervention (les intrants) est censée affecter les résultats finaux, et tester chaque lien (hypothèse) des intrants aux résultats (parfois appelés programme théorie). La conception de l'évaluation doit intégrer l'analyse de la chaîne causale des intrants aux impacts* » (3iE - International Initiative for Impact Evaluation, 2008, p. 2). Pour qu'une évaluation d'impact réussisse, il faudrait respecter six principes clés : (i) cartographier la chaîne causale (théorie des programmes), (ii) comprendre le contexte, (iii) anticiper l'hétérogénéité, (iv) évaluation rigoureuse de l'impact à l'aide d'un contrefactuel crédible, (v) analyse factuelle rigoureuse et (vi) utiliser des méthodes mixtes (White, 2009).

Mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé en Afrique subsaharienne

Il existe un écart entre ce qui est prévu et ce qui est réalisé (Witter et al., 2012; Renmans et al., 2016; De Allegri et al., 2018). Au Zimbabwe, Feldacker et al. (2017) dans leur étude, montrent que le FBR a permis l'augmentation de la motivation des équipes des FOSA et a aidé à

améliorer les installations ou les services fournis, toutefois le FBR a entraîné des tensions entre le personnel des FOSA, une priorisation des services FBR par rapport aux autres. Au Burkina Faso, les agents de santé ont déploré les retards dans le paiement des primes (Turcotte-Tremblay et al., 2020). De plus, ils ont trouvé le processus de distribution inéquitable ne reflétant pas l'effort de chacun (Ibid).

Au Burkina Faso, lors de la mise en œuvre du FBR, le focus est plus mis sur des scores de qualité qui sont structurels (infrastructures, équipements et fournitures), cela au détriment des éléments de qualité des soins, tout ceci pourrait s'expliquer par la structure incitative du mécanisme du FBR (Koulidiati et al., 2021). Au Bénin, Antony et al. (2017) ont montré que le processus de vérification qualitative, quantitative et communautaire sont complexes et prennent du retard avec un coût élevé. Au Nigéria, (Ogundeji et al., 2016) ont dans leurs études montré que le retard et le manque de communication lors du paiement des subsides du FBR ont entraîné une incertitude et une méfiance des agents de santé par rapport aux FBR, ce qui a eu un impact négatif sur la motivation des agents de santé.

Si ces études montrent comment le FBR fonctionne ou pas, elles ne permettent pas souvent d'analyser les composantes des interventions du FBR, de prendre en compte les facteurs contextuels pouvant influencer sur l'intervention ainsi que les interrelations entre le FBR et les autres composantes du système de santé. Il est peu probable que le FBR à lui tout seul, ait des effets globaux sur les systèmes de santé dans des pays ayant déjà des systèmes de santé faibles (Singh et al., 2021).

Le contexte local de mise en œuvre des programmes FBR est important, car il influence les résultats obtenus (Bodson, 2021). Pour la réussite du FBR dans les PRFI, il faudra tenir compte de plusieurs facteurs structurels, organisationnels et institutionnels (Patel, 2018; Singh et al., 2021). Pour Patel (2018), les facteurs qui peuvent influencer la mise en œuvre du FBR dans les PRFI sont : l'acceptation et la compréhension du FBR par les agents de santé impliqués dès la conception du programme, la suffisance des montants des incitations financières, le contexte global (réforme plus large du secteur de la santé) dans lequel le FBR est mis en œuvre, et le nombre limité des indicateurs ciblés qui sont choisis avec la contribution du personnel de santé. De même, Singh et al. (2021) notent qu'il existe également plusieurs facteurs contextuels qui pourraient influencer la mise en œuvre du FBR dans les PRFI : le niveau d'autonomie des FOSA, le paiement à temps des incitations financières, le montant des primes de motivation, la

formation et la motivation du personnel de santé, la qualité des infrastructures des FOSA et les normes sociales au sein des communautés.

La plupart des programmes de FBR dans les PRFI ont été évalués au niveau des établissements de soins primaires, peu d'études ont été réalisées au niveau district et à d'autres niveaux bien qu'ils ont été impliqués (Ssenooba et al., 2012; Diaconu et al., 2021; Kouliadiati et al., 2021; Gage & Bauhoff, 2021). L'étude de Lohmann et al. (2018) menée au Malawi montre qu'au niveau des établissements de santé au niveau communautaire, les primes de motivation individuelle ont été distribuées à tout le personnel du centre, alors que dans les hôpitaux de district, ce sont prioritairement les agents de santé travaillant à la maternité qui étaient priorisés. Tout ceci montre bien la disparité de la mise en œuvre du FBR entre un établissement de santé communautaire et un hôpital de district.

Au Burundi, une étude qualitative réalisée au niveau des hôpitaux de district montre que les points de vue des acteurs et le contexte de mise en œuvre doivent être pris en compte de la conception à la mise en œuvre du FBR (Rudasingwa & Uwizeye, 2017). Au Burkina Faso, une étude de Bodson et al. (2018) montre que le FBR est plus fidèlement implanté au niveau des centres de santé au niveau primaire par rapport aux hôpitaux. Cette étude concerne la fidélité de l'implantation du FBR, elle prend en compte, les hôpitaux de district et non l'analyse des facteurs contextuels qui pourraient expliquer le comment et le pourquoi des résultats obtenus lors de la mise en œuvre du FBR dans les hôpitaux de district (Ibid).

Le contexte des hôpitaux publics, reste très particulier. En France, depuis les années 1980, l'hôpital public est géré avec une logique commerciale inspirée du NPM (Simonet, 2014; Chaniel, 2010; Grimaldi & Vernant, 2021; Pierru, 1999). La gestion inspirée du NPM a modifiée, le rôle et les pratiques au sein de l'hôpital (Routelous, 2013; Mas et al., 2011). Les réformes répétées de l'hôpital public français se sont soldées par des échecs (Grimaldi & Vernant, 2021; Eggrickx, 2020). Ces réformes n'ont pas été sans conséquences sur les agents de santé et les patients (Mas et al., 2011). Les réformes hospitalières qui consistent à des économies sans améliorer la santé des patients, sont mal perçues par les travailleurs dans les hôpitaux (Domingo et al., 2015).

En Afrique, les hôpitaux publics sont jugés peu efficaces et sont un gouffre financier empêchant la dispensation des soins de santé de qualité (Balique, 2004). Les hôpitaux publics du continent Africain, n'échappent pas à cette gouvernance par une approche managériale «*entrepreneuriale*», ce qui entraîne qu'une grande partie des tarifs proposés n'est pas

accessible à la grande majorité de la population surtout les plus démunis (Balique, 2004; Abid, 2012). Les hôpitaux, qu'ils soient centraux ou périphériques, sont un maillon essentiel des systèmes de santé (Balique, 2004; OMS, 2010). Les hôpitaux publics en Afrique sont confrontés à plusieurs défis. Ils existent plusieurs facteurs qui sont attribués aux mauvaises conditions de travail dans les hôpitaux publics en ASS, la charge de travail, l'insuffisance d'infrastructures, d'équipements techniques et de ressources humaines (Manyisa & van Aswegen, 2017).

En ce qui concerne, les hôpitaux publics d'Afrique francophone, il existe de nombreux «*dysfonctionnements* », le favoritisme, la surfacturation, la corruption, l'impunité, la mauvaise qualité de l'accueil, et l'exclusion des indigènes (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003; Chabrol et al., 2018; Balique, 2004). Au Rwanda, Paul (2009), dans une étude, montre que la performance des agents de santé est tributaire de plusieurs facteurs qui sont dus aux caractéristiques de l'environnement de travail au sein de l'hôpital de district (disponibilité d'équipement, le leadership et la communication), mais aussi des caractéristiques individuelles des agents de santé (normes et valeurs par rapport au travail).

En Afrique, il existe très peu d'articles publiés qui décrivent les caractéristiques et les facteurs qui influencent la mise en œuvre d'une nouvelle politique publique au sein des hôpitaux. Les caractéristiques associées à la réussite de la mise en œuvre des politiques publiques de santé au sein des hôpitaux sont la clarté de l'intervention (apport de cette nouvelle politique), l'implication d'organisations existantes pour soutenir la mise en œuvre, l'alignement de la nouvelle politique sur celles déjà existantes (Havers et al., 2020). Pour Sautter et al. (2007), la réussite d'un projet basé sur les incitations peut dépendre du contexte particulier qui prévaut dans les hôpitaux. Les travailleurs dans les hôpitaux accordent une grande importance, aux relations humaines, à l'aspect organisationnel et à la qualité de vie au travail (Minvielle et al., 2008).

D'après (Eggrickx, 2020), les réformant qui nécessitent des changements sont acceptées par les travailleurs des hôpitaux, lorsqu'elles favorisent la construction du sens (amélioration de la prise en charge des patients et/ou des motivations personnelles des agents de santé). Les facteurs qui influencent la mise en œuvre du FBR dans les hôpitaux sont : un engagement organisationnel, des infrastructures et des équipements adéquats, des ressources financières et humaines, des champions du changement ainsi qu'un engagement personnel pour l'obtention des soins de qualité (Baxter et al., 2015).

Mousaloo et al. (2021) montrent l'importance d'identifier les défis et les caractéristiques de mise en œuvre du FBR dans les hôpitaux, cela pour une meilleure conception et mise en œuvre

du FBR. Le contexte particulier qui prévaut dans les hôpitaux de district n'est pas toujours mis en exergue dans les articles sur la mise en œuvre du FBR en Afrique (Ssenooba et al., 2012; Ogundeji et al., 2016; Lohmann et al., 2018). Ainsi, la littérature sur la mise en œuvre du FBR dans les hôpitaux est peu étoffée en Afrique de manière générale et particulièrement en Afrique de l'ouest. La mise en œuvre d'une nouvelle politique tel que le FBR dans les hôpitaux publics du Mali n'est pas sans défis. Il n'existe pas ou peu de preuves du « *comment* » et du « *pourquoi* » de la réussite des programmes de FBR dans les hôpitaux en Afrique. A notre connaissance, en Afrique de l'ouest francophone, aucune étude n'a été menée pour mettre en exergue le contexte particulier qui prévaut dans les hôpitaux de district lors de la mise en œuvre du FBR au moment où nous avons démarré cette thèse.

Questions de recherches

Ce constat, nous amène à nous poser la question de recherche suivante : « *Comment le FBR est mis en œuvre, et s'adapte aux contextes locaux dans les hôpitaux de district du Mali ?* ».

Notre question de recherche se subdivise en trois sous-questions :

SQ1. Que pensent les acteurs dans les hôpitaux de district du FBR et quelles sont les stratégies d'adaptation qu'ils ont adoptées ?

SQ2. Quels sont les effets de la distribution des primes du FBR sur la motivation des agents de santé dans les hôpitaux de district ?

SQ3. Comment fonctionnent les procédures de contrôle et de vérification avec le FBR ?

Objectifs

L'objectif général de cette thèse est de décrire et comprendre la mise en œuvre du FBR au niveau des hôpitaux de district de la région de Koulikoro au Mali. Il s'agira de manière plus spécifique dans cette thèse de :

- Identifier et analyser les problèmes liés à la conception du modèle d'intervention du FBR au Mali;
- Décrire et analyser les facteurs contextuels qui influencent la mise en œuvre du FBR au niveau des hôpitaux de district au Mali;
- Montrer les spécificités des normes et valeurs locales lors de la mise en œuvre du FBR dans les hôpitaux de district au Mali.

Structure de la thèse

Cette thèse est organisée en quatre parties.

La première partie comporte deux chapitres. Elle présente l'approche théorique et le cadre conceptuel que nous avons utilisé pour la réalisation de cette thèse. Nous présentons d'abord, un bref aperçu des définitions et des théories de la recherche sur la mise en œuvre dans le domaine de la santé (Chapitre 1). Ensuite, nous présentons, les critères de sélection et la justification du cadre théorique choisi ainsi que le cadre conceptuel (Chapitre 2).

La deuxième partie comporte également deux chapitres. Tout d'abord, nous présentons le contexte de notre étude dans lequel nous énonçons les caractéristiques socio-sanitaires du Mali et de la région de Koulikoro ainsi que l'historique du FBR et son modèle d'intervention au Mali (Chapitre 3). Par la suite, nous détaillons la méthode utilisée pour la réalisation de notre recherche (Chapitre 4).

La troisième partie de cette thèse présente nos résultats empiriques et comporte trois chapitres. Nous présentons, premièrement, l'article publié qui analyse les perceptions, les rôles du contexte et des acteurs lors de la mise en œuvre du FBR dans les HD (Chapitre 5). Deuxièmement, nous présentons l'article publié qui analyse le processus de répartition des primes du FBR et de ses effets sur la motivation des agents de santé lors de la mise en œuvre du FBR dans les HD (Chapitre 6). Troisièmement, nous présentons l'article qui est en cours de publication et qui porte sur l'analyse du processus de vérification communautaire lors de la mise en œuvre du FBR dans les HD (chapitre 7).

La quatrième partie comporte trois chapitres. En premier lieu, nous discutons des contributions empiriques de nos résultats (Chapitre 8). En deuxième lieu, nous apportons une réflexion critique en ce qui concerne les controverses scientifiques autour de l'expansion du FBR dans les PRFI notamment en Afrique (Chapitre 9). En dernier lieu, nous présentons les différentes stratégies de transfert des connaissances (TC) réalisées lors de cette thèse, ainsi qu'une réflexion critique des leçons apprises des différentes activités de TC (Chapitre 10).

Enfin, nous tirons une conclusion générale de cette thèse et donnons des perspectives de recherche.

Première partie : approche théorique et cadre conceptuel

Cette première partie a pour objectif de présenter l'approche théorique et le cadre conceptuel que nous avons utilisé. Nous présentons d'abord, un bref aperçu des définitions et des théories de la recherche sur la mise en œuvre dans le domaine de la santé (Chapitre 1). Ensuite, nous présentons, les critères de sélection et la justification du cadre théorique choisi ainsi que le cadre conceptuel (Chapitre 2).

Chapitre 1 : la recherche sur la mise en œuvre

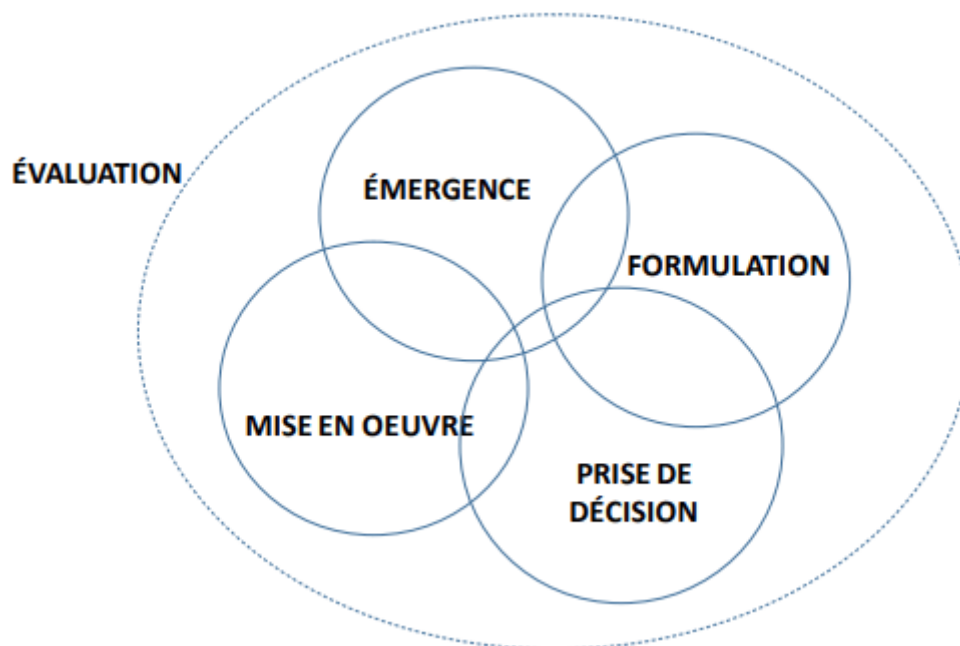
1.1. Définition de la recherche sur la mise en œuvre

Fixsen et al. (2005), définissent la mise en œuvre comme un ensemble d'activités spécifiquement conçues pour exécuter une intervention dont les dimensions sont connues. Le processus de mise en œuvre a un but précis (Fixsen et al., 2005). La mise en œuvre fait partie des cinq composantes clés (l'émergence, la formulation, la prise de décision, la mise en œuvre et l'évaluation) de l'analyse des politiques publiques, illustrée à la figure 1. Les cinq étapes de l'analyse des politiques publiques ne sont pas forcément linéaires, plusieurs de ses étapes peuvent se dérouler en même temps dans la réalité (Jacob & Rothmayr, 2012).

Il existe de nombreux débats autour de la définition, de la terminologie, des théories et des méthodes utilisées dans le domaine de la recherche sur la mise en œuvre (World Health Organization, 2014; Theobald et al., 2018; Peters et al., 2013; Odeny et al., 2015). En ce qui concerne la terminologie dans le domaine de la recherche sur la mise en œuvre, plusieurs termes sont utilisés, les deux termes les plus couramment utilisés sont « *la recherche de la mise en œuvre* »⁸ ou « *la science de la mise en œuvre* » (Odeny et al., 2015).

⁸ Pour la réalisation de cette thèse, nous avons choisi le terme « *recherche sur la mise en œuvre* ».

Figure 1 : Cinq composantes de l'analyse des politiques publiques



Source : Ridde et al., 2016

Les termes « science » et « recherche » sont souvent utilisés de façon interchangeable pour désigner la même chose (Hoke, 2018). Pour Theobald et al. (2018), on ne devrait pas utiliser le terme « recherche » à la place de « science ». De plus, malgré les similitudes de concepts, de méthodes et d'approches, il existe bien une différence entre la « recherche » et « l'évaluation » (Levin-Rozalis, 2012). Dans le tableau 2, nous verrons les points communs et les différences entre l'évaluation et la recherche.

Tableau 2 : Points communs et différences entre l'évaluation et la recherche

	Evaluation	Recherche
Domaines d'application	<ul style="list-style-type: none"> -Application de l'examen aussi large que possible; -Application limitée des résultats (concentrés sur le projet); -But, fournir de la rétroaction concrète. 	<ul style="list-style-type: none"> -Application de l'examen aussi large que possible; -Application des résultats aussi large que possible; -But, accroître les connaissances scientifiques.

Théorie	-Dépendance envers le terrain : la théorie sert à augmenter la compréhension des résultats.	-Dépendance envers la théorie, la théorie est la source et l'objectif.
Méthodologie	-Le choix du cadre de l'évaluation et des méthodes de collectes de données provient du terrain; -L'évaluateur réagit.	-Le choix du cadre de recherche et des méthodes de collectes de données provient de la théorie; -Le chercheur agit.
Généralisation	-Effort pour comprendre ce qui se produit dans un projet en particulier.	-Effort pour généraliser les résultats, la validité externe est importante.
Pertinence	-Utilité pour le projet.	-Accroissement des connaissances scientifiques.
Causalité	-Accent mis sur la validité interne, ce qui en recherche constitue un artéfact est vu en évaluation comme une variable interne permettant d'obtenir une causalité.	-La validité interne est importante, accent sur un petit nombre de variables causales isolées des autres variables.

Source : Levin-Rozalis, 2012

L'OMS définit la recherche sur la mise en œuvre dans le domaine de la santé comme étant : « Une recherche qui s'attaque aux goulots d'étranglement de la mise en œuvre, qui identifie les approches optimales pour un contexte particulier et qui favorise l'adoption des résultats de la recherche : en fin de compte, elle conduit à une amélioration des soins de santé et de leur prestation. » (World Health Organization, 2014, p. 2). Cette définition de la recherche sur la mise en œuvre nous montre son importance, pour identifier les solutions qui permettent de surmonter les obstacles lors de la mise en œuvre des projets et programmes de santé. La recherche sur la mise en œuvre a pour but de : « comprendre non seulement ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, mais aussi comment et pourquoi la mise en œuvre se passe bien ou se passe mal, et de trouver les moyens de l'améliorer. » (Peters et al., 2013, p. 27).

La recherche sur la mise en œuvre vise à améliorer la santé des populations grâce à des politiques mieux informées, de la prestation de services, de l'autonomisation des communautés,

de la mise en œuvre de programmes et des prestataires de santé plus compétents (Peters et al., 2013). La recherche sur la mise en œuvre doit aller au-delà de l'efficacité des interventions, en recherchant les facteurs contextuels qui influencent l'intervention, c'est-à-dire comment les interventions sont adaptées à des contextes spécifiques et comment le contexte influence l'efficacité des interventions (Hoke, 2018).

1.2. La recherche sur la mise en œuvre dans le domaine de la santé en Afrique subsaharienne

La recherche sur la mise en œuvre dans le domaine de la santé est encore peu développée dans les PRFI, notamment en Afrique (Erasmus et al., 2014; World Health Organization, 2014a; Theobald et al., 2018; Souratié et al., 2021). En Afrique de l'ouest, l'analyse des politiques publiques de santé sont encore très rares (Ridde & Olivier de Sardan, 2012). Dans le contexte Africain, la recherche sur la mise en œuvre est très souvent utilisée pour la réalisation de l'évaluation post-mise en œuvre, elle permet également une mise en contexte des résultats dans le but d'améliorer la qualité de la mise en œuvre des futurs programmes et projets de santé (Nnaji et al., 2021).

Une revue systématique de l'administration massive de médicaments pour la filariose lymphatique en ASS montre que pour la réussite de cette initiative, les stratégies de mise en œuvre doivent être adaptées au contexte locaux (Silumbwe et al., 2017). Une étude réalisée sur la recherche sur la mise en œuvre des politiques de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH en ASS montre que, bien que le terme « recherche sur la mise en œuvre » soit utilisé pour les études par les scientifiques dans le domaine du VIH, les principes et les stratégies de la recherche sur la mise en œuvre sont mal utilisés ou absents (Bhardwaj et al., 2015). Une revue systématique sur la pérennité des programmes et projets de santé en ASS, montre que la majorité des études ne révèlent pas des résultats de la pérennité (Iwelunmor et al., 2015). Les études qui montrent des résultats de pérennité, portaient majoritairement sur le VIH et sur le paludisme (Iwelunmor et al., 2015).

En ASS, il existe une variété d'approches, de méthodes, de pratiques en évaluation des politiques publiques de santé, qui peuvent différer d'un contexte à l'autre et d'un évaluateur à un autre (Souratié et al., 2021; Ridde, 2016). La plupart des évaluations qui ont été réalisées en Afrique, ne respectent pas les standards et normes internationaux en matière d'évaluation, surtout par rapport à la définition du mandat et des questions évaluatives, la précision des

critères d'évaluation et la qualité de la méthodologie utilisée (Souratié et al., 2021). Plusieurs défis ont été observés lors des recherches sur la mise en œuvre en Afrique, manque de ressources humaines en quantité et en qualité, manque d'incitations, la recherche sur la mise en œuvre est perçue comme une charge supplémentaire et les barrières socioculturelles (Nnaji et al., 2021).

Au-delà des défis de l'évaluation des programmes et projets en Afrique, plusieurs facteurs contextuels peuvent influencer la réussite de la recherche sur la mise en œuvre des programmes et politiques de santé en Afrique, le soutien politique, le financement, une collaboration soutenue et la qualité de l'équipe qui dirige les programmes (Nnaji et al., 2021). Malgré, tous les défis de l'évaluation des programmes et projets en Afrique, depuis plusieurs années, des initiatives ont été prises pour mieux former les acteurs intervenants, c'est ainsi que plusieurs réseaux nationaux d'évaluation ont vu le jour dans plusieurs pays d'Afrique (Ridde, 2016; AfrEA, 2021). Depuis 1999, l'Association Africaine d'Evaluation (AfrEA) a été créée en tant qu'association faitière pour les associations et réseaux d'évaluation, et en tant que ressources pour les évaluateurs dans les pays ne disposant pas de tels réseaux (AfrEA, 2021).

L'AfrEA a pour but de développer une expertise d'évaluation de niveau avancé, pour promouvoir une formation placée dans les contextes et des approches d'évaluation africaine, ou pour mettre en évidence l'expertise d'évaluation africaine sur les plateformes internationales (Ibid). Les membres de l'AfrEA sont des associations et des réseaux nationaux qui comprennent des évaluateurs professionnels ainsi que des décideurs, des universitaires, des responsables gouvernementaux, des chercheurs, des praticiens du développement et toute autre personne intéressée par l'évaluation (Ibid). Par ailleurs, l'AfrEA compte environ 31 associations membres dont l'Association pour la Promotion de l'Evaluation au Mali (APEM) qui a été créée depuis le 15 Avril 2006 (Ibid). L'APEM vise à produire et diffuser des normes d'évaluation, développer les capacités nationales d'évaluation, créer un espace de débat public sur l'action publique, établir un consensus autour des grands principes et des domaines prioritaires d'évaluation (Ibid).

Chapitre 2 : cadre théorique et conceptuel

2.1. Justification du choix du cadre théorique

Depuis l'avènement de la recherche sur la mise en œuvre, les chercheurs ont avancé une foule de modèles théoriques spécifiques à la discipline dans le domaine de la santé (Damschroder et al., 2009; Peters et al., 2013; Birken et al., 2017). Généralement, les cadres conceptuels de la mise en œuvre comportent génériquement trois grandes dimensions, le processus de mise en œuvre (souvent en plusieurs étapes), l'intervention mise en œuvre (l'innovation), et le contexte de mise en œuvre (externe et interne) (Moullin et al., 2015). Plusieurs études examinent les cadres conceptuels utilisés pour analyser la mise en œuvre des projets et programmes de santé innovants (Ibid). Plusieurs chercheurs déclarent utiliser les cadres théoriques pour identifier les déterminants de la mise en œuvre, éclairer la collecte de données, améliorer le cadre conceptuel et guider la planification de la mise en œuvre (Birken et al., 2017).

Selon Birken et al. (2017), les théories sur la recherche sur la mise en œuvre les plus utilisées dans le domaine de la santé sont : le cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre [Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)] (Damschroder et al., 2009), la théorie de la diffusion et de l'innovation (Rogers, 1995), le cadre des domaines théoriques [Theoretical Domains Framework (TDF)] (Michie et al., 2005; Cane et al., 2012). Pour Birken et al. (2017), la sélection des cadres théoriques sur la recherche de la mise en œuvre est souvent réalisée de manière aléatoire par les chercheurs, elle peut être aussi motivée par l'habitude ou une exposition précédente. Birken et al. (2017) montrent l'importance pour les chercheurs de bien choisir les cadres théoriques pour la recherche sur la mise en œuvre. Plusieurs critères qui guident la plupart du temps le choix du cadre théorique par les chercheurs sont les suivantes : le niveau analytique, la cohérence logique, le soutien empirique et la description d'un processus de changement (Birken et al., 2017).

La mise en œuvre du FBR est une intervention complexe (Antony et al., 2017). Pour la réalisation de la recherche sur la mise en œuvre dans le cadre de cette thèse, nous avons choisi le Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) comme cadre théorique (Damschroder et al., 2009). Le CFIR est le plus utilisé lors des recherches sur la mise en œuvre,

notamment en Afrique (Birken et al., 2017; Kirk et al., 2015; Nnaji et al., 2021). Selon le CFIR, il convient d'étudier cinq grandes dimensions pour comprendre la mise en œuvre (Damschroder et al., 2009) :

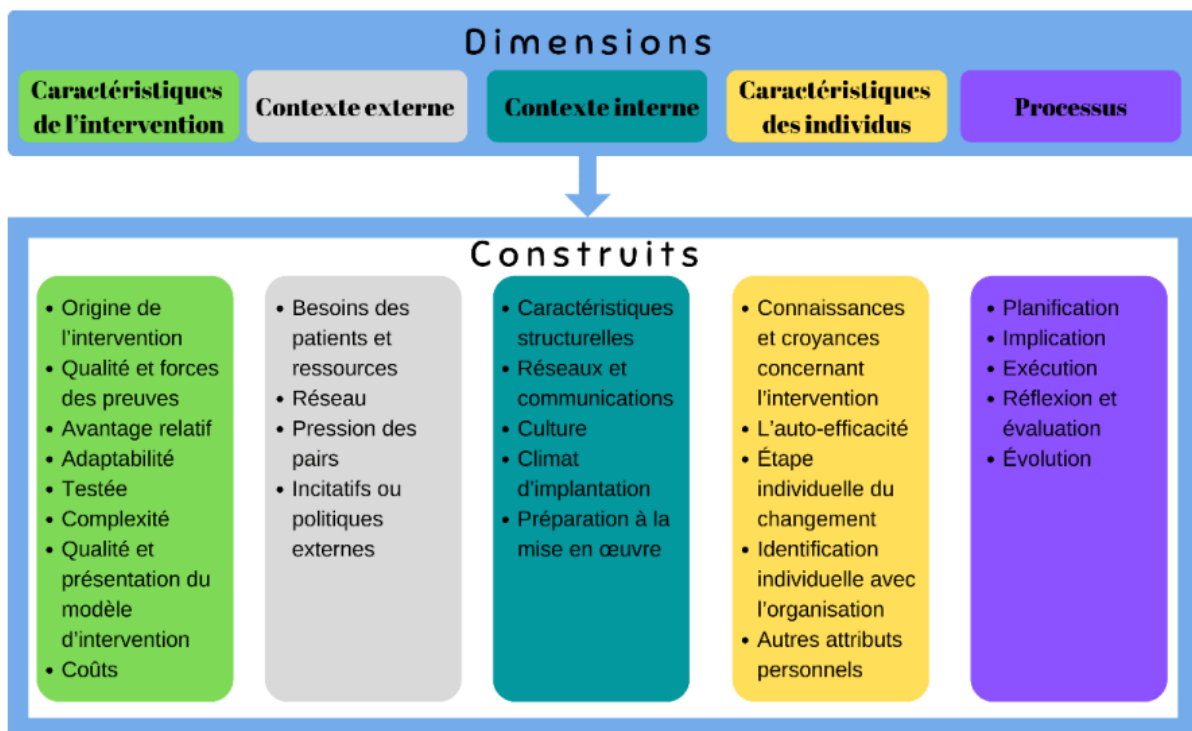
- *Les caractéristiques de l'intervention*, sont parfois complexes, à plusieurs facettes ayant de nombreuses interactions avec diverses composantes. Sans une bonne adaptation au préalable, ces interventions interviennent souvent dans des contextes pas adaptés. Elles subissent parfois des résistances de la part des intervenants et des bénéficiaires. Le processus de mise en œuvre doit être interactif pour permettre une meilleure implication des individus pour une mise en œuvre réussie;
- *Le contexte extérieur*, désigne, le contexte économique, politique et social dans lequel réside une organisation;
- *Le contexte interne*, quant à lui désigne, les caractéristiques des contextes structurels, politiques et culturels à travers lesquels se déroulent le processus de mise en œuvre d'une intervention. La limite entre le contexte intérieur et extérieur est souvent très faible. Elles peuvent s'influencer réciproquement;
- *Les caractéristiques des individus*, concernent les mentalités, les normes, les intérêts et les affiliations culturelles, organisationnelles, professionnelles et individuelles que peuvent porter des individus. Les choix et les pouvoirs qu'exercent ces individus peuvent influencer d'autres personnes avec des conséquences volontaires ou involontaires sur la mise en œuvre de l'intervention;
- *Le processus de mise en œuvre*, est un processus de changement actif qui permet une utilisation au niveau individuel et organisationnel des interventions comme conçu.

Le CFIR permet au chercheur de choisir ou d'ajouter différentes taxonomies, dimensions et construits qui sont pertinents par rapport au contexte particulier de sa recherche (Damschroder et al., 2009). En ce qui concerne les différents construits, plusieurs construits ont été identifiés selon chaque dimension du CFIR (Figure 2), huit pour les caractéristiques de l'intervention, quatre concernant le contexte externe, cinq pour le contexte interne, cinq concernant les caractéristiques des individus, et cinq liés au processus de mise en œuvre (Ibid). La description plus détaillée de chaque construit se trouve en annexe de l'article de Damschroder et al. (2009). Les réflexions sur la contribution du CFIR à la recherche sur la mise en œuvre sont encore trop rares (Kirk et al., 2015). Pour une utilisation optimale du CFIR, il est conseillé au chercheur de justifier de façon explicite la sélection des constructions CFIR; d'intégrer le CFIR à toutes les

différentes étapes de la recherche (conception de l'étude, collecte de données et l'analyse); et l'utilisation appropriée du CFIR compte tenu de la phase de mise en œuvre de la recherche (Ibid). En tableau 3, se trouve les construits retenus pour notre étude et leurs descriptions ainsi que les construits non retenus et la justification des raisons pour lesquelles ils n'ont pas été retenus.

Dans le contexte des PRFI, le CFIR a besoin d'être adapté au contexte local (Means et al., 2020). Dans les PRFI, les chercheurs trouvent que certains construits du CFIR n'étaient pas adaptés au contexte local, « les *besoins et les ressources des patients* » et « les *étapes individuelles du changement* » (Ibid). Pour mieux prendre en compte l'influence de l'architecture du système de santé sur l'équipe de mise en œuvre, il est conseillé de rajouter une dimension « *Caractéristiques des systèmes* » qui comportent 11 nouveaux construits (Ibid).

Figure 2 : Les construits des cinq dimensions du CFIR



Adapté de Damschroder et al. 2009

Source : Adapté de Damschroder et al., 2009

Tableau 3 : Description des différents construits du cadre CFIR et justification du choix de ceux non retenus

1. Caractéristiques de l'intervention	Courte description	Justification des construits non retenus
A. Origine de l'intervention	La perception des acteurs quant à la provenance de l'intervention. A-t-elle été développée en interne ou en externe? Pourquoi a-t-elle été développée?	
B. Qualité et forces des preuves	Les perceptions des acteurs quant à la qualité et la validité des preuves montrant que l'intervention aura les résultats escomptés (ex., la théorie de l'intervention).	
C. Avantage relatif	La perception des acteurs quant à l'avantage de la mise en œuvre de l'intervention comparativement à d'autres formes d'interventions.	
D. Adaptabilité	Le degré auquel l'intervention peut être adaptée ou réinventée pour répondre aux besoins locaux.	
E. Testée (« triability »)	La possibilité de tester l'intervention à petite échelle dans l'organisation et d'être en mesure de changer (ou annuler la mise en œuvre) si cela est justifié.	
F. Complexité	La difficulté perçue de la mise en œuvre de l'intervention, notamment par rapport à la durée, la portée, la radicalité, le niveau de perturbations, la	

	centralité et la complexité et le nombre d'étapes nécessaires pour la mettre en œuvre.	
G. Qualité et présentation du modèle d'intervention	L'excellence perçue quant à la façon dont l'intervention est présentée, assemblée, design	
H. Coûts	Les coûts de l'intervention et les coûts associés à sa mise en œuvre, y compris l'investissement, l'approvisionnement et les coûts d'opportunité.	
2. Contexte externe	Courte description	Justification des construits non retenus
A. Besoins des patients et ressources	Le degré auquel les besoins des patients, ainsi que les obstacles et les facilitateurs pour répondre à ces besoins, sont connus et priorisés par l'organisation.	
B. Réseau	Le degré auquel l'organisation est en réseau avec les organismes externes.	
C. Pression des pairs	La pression quant à la mise en œuvre de l'intervention, généralement parce que d'autres organisations importantes l'ont déjà mis en œuvre ou parce qu'il y a un désir d'avoir un avantage concurrentiel.	Nous n'avons pas eu de donnée par rapport à ce construit.
D. Incitatifs ou politiques externes	Un construit vaste qui comprend des stratégies externes pour diffuser l'intervention, y compris les politiques et les règlements (entité centrale gouvernementale ou	

	autre), les mandats externes, les recommandations et les lignes directrices, et des rapports publics.	
3. Contexte interne	Courte description	Justification des construits non retenus
A. Caractéristiques structurelles	L'architecture sociale, l'âge, la maturité, et la taille de l'organisation.	
B. Réseaux et communications	La nature et la qualité des réseaux sociaux et des communications formelles et informelles dans l'organisation.	
C. Culture	Les normes, les valeurs et les fondements de l'organisation.	
D. Climat d'implantation	La capacité d'absorption des changements, la réceptivité partagée des personnes concernées par l'intervention et la mesure dans laquelle l'utilisation de cette intervention sera récompensée, soutenue, et attendue dans l'organisation.	
1. Tension pour le changement	Le degré auquel les parties prenantes perçoivent la situation actuelle comme étant intolérable ou nécessitant un changement.	
2. Compatibilité	Le degré de correspondance entre la signification et les valeurs de l'intervention et les normes, les valeurs, et les besoins perçus des individus. Le degré de	

	correspondance entre l'intervention et le déroulement du travail et les systèmes existants.	
3. Priorité relative	La perception partagée des individus concernant l'importance de la mise en œuvre de l'intervention dans l'organisation.	Ce construit est déjà considéré dans notre cas dans les « avantage relatif »
4. Incitations et récompenses organisationnelles	Incitations extrinsèques comme des récompenses, des évaluations sur le rendement, des promotions et des augmentations salariales et des incitations moins tangibles comme l'amélioration de la stature ou le respect.	Le construit « incitation et récompense organisationnelles » n'a pas été considéré parce que le FBR même est déjà considéré comme une incitation et récompense par des primes.
5. Objectifs et rétroactions	Le degré auquel les objectifs sont clairement communiqués et soumis au personnel et l'alignement des rétroactions avec les objectifs.	
6. Climat d'apprentissage	Un climat dans lequel : a) les responsables expriment leur propre faillibilité et besoin d'aide et contribution des membres de l'équipe; b) les membres de l'équipe sentent qu'ils sont essentiels, estimés et des partenaires compétents dans le processus de changement; c) les individus se sentent psychologiquement en sécurité d'essayer de nouvelles méthodes; et d) il y a	Nous n'avons pas pu avoir d'informations concernant ce construit.

	suffisamment de temps et d'espace pour la réflexion et l'évaluation.	
E. Préparation à la mise en œuvre	Des indicateurs tangibles et immédiats de l'engagement organisationnel à mettre en œuvre l'intervention.	
1. Engagement des dirigeants	L'engagement, l'implication et la responsabilité des dirigeants et des gestionnaires par rapport à la mise en œuvre.	
2. Ressources disponibles	La quantité de ressources consacrées à la mise en œuvre et aux opérations en cours, y compris l'argent, la formation, l'éducation, l'espace physique, et le temps.	
3. Accès aux connaissances et à l'information	La facilité d'accès à de l'information digeste et aux connaissances concernant l'intervention et la façon de les incorporer dans les tâches de travail.	
4. Caractéristiques des individus	Courte description	Justification des construits non retenus
A. Connaissances et croyances concernant l'intervention	Les attitudes des individus et les valeurs accordées à l'intervention, ainsi que la connaissance des faits, des vérités et des principes liés à l'intervention.	
B. L'auto-efficacité	La croyance des individus en leurs propres capacités à exécuter des plans d'action pour réussir les buts d'implantation.	

C. Étape individuelle du changement	La phase dans laquelle un individu se trouve, pendant qu'il ou elle progresse vers une meilleure utilisation de l'intervention (ex., qualifiée, enthousiaste, et soutenue).	
D. Identification individuelle avec l'organisation	Un construit vaste lié à la façon dont les individus perçoivent l'organisation et leur relation et le degré d'engagement avec cette organisation.	
E. Autres attributs personnels	Un vaste construit pour inclure les autres caractéristiques personnelles telles que la tolérance à l'ambiguïté, la capacité intellectuelle, la motivation, les valeurs, la compétence, la capacité et le style d'apprentissage.	
5. Processus	Courte description	Justification des construits non retenus
A. Planification	Le degré auquel les plans, les méthodes et les tâches pour mettre en œuvre une intervention sont développés à l'avance et la qualité de ces méthodes.	
B. Implication	Attirer et impliquer les personnes appropriées dans la mise en œuvre et dans l'utilisation de l'intervention grâce à une stratégie combinée de marketing social, éducation, modélisation de rôle, la formation, et d'autres activités similaires.	

1. Leaders d'opinion	Les individus d'une organisation qui ont une influence formelle ou informelle sur les attitudes et les croyances de leurs collègues par rapport à la mise en œuvre de l'intervention.	
2. Leaders internes formellement nommés pour la mise en œuvre	Les personnes de l'organisation qui ont été nommées officiellement responsables de la mise en œuvre d'une intervention en tant que coordinateurs, chefs de projet, chefs d'équipe, ou un autre rôle similaire.	
3. Champions	Les personnes qui se consacrent à l'appui, au marketing, et à la conduite de l'implantation, à surmonter l'indifférence ou la résistance que l'intervention peut provoquer dans une organisation.	Nous n'avons pas pu avoir d'informations concernant ce construit. Parce que le délai de mise en œuvre n'a pas été suffisant pour permettre l'émergence de champions.
4. Agents de changement externes	Les personnes qui sont affiliées à une entité extérieure qui influence formellement ou facilite les décisions en lien avec une intervention.	
5. Participants à l'intervention	Les personnes qui participent directement ou indirectement à l'intervention (ex. agents de santé, patients)	
C. Exécution	La réalisation de la mise en œuvre conformément au plan.	

D. Réflexion et évaluation	Les évaluations quantitatives ou qualitatives sur les progrès et la qualité de la mise en œuvre accompagnés de débriefing personnel et en équipe régulier sur les progrès réalisés et l'expérience.	
E. Évolution	Les changements apportés à l'intervention à travers le temps pour l'améliorer.	Nous n'avons pas obtenu de réponse pour ce construit parce que notre enquête a été réalisée au début de la mise en œuvre. Donc, aucun changement n'avait encore été réalisé au niveau local pour améliorer la mise en œuvre de l'intervention du FBR.

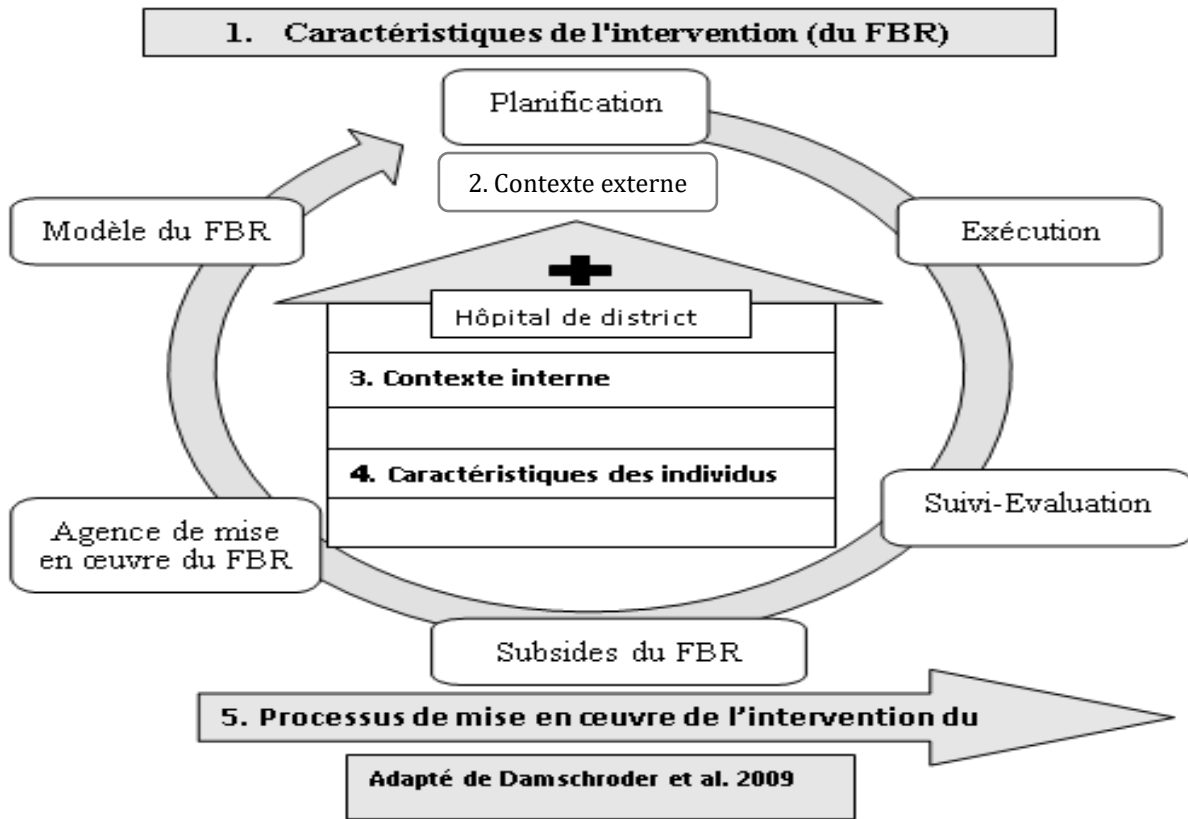
2.2. Cadre conceptuel

Comme la plupart des enquêtes rigoureuses, de solides études de recherche sur la mise en œuvre sont fondées sur un cadre conceptuel qui guide les pistes d'enquêtes et propose une théorie du changement (Damschroder et al., 2009; Kirk et al., 2015; Birken et al., 2017; Peters et al., 2013). Dans le cadre de cette thèse, le CFIR avec ses différentes taxonomies, dimensions et construits nous a permis de cerner les contours de la mise en œuvre d'une intervention complexe tel que le FBR. Une discussion préalable sur le cadre conceptuel CFIR au sein de l'équipe des chercheurs a permis de retenir certains construits et de retirer ceux qui ne s'appliquaient pas au contexte de la mise en œuvre du FBR au Mali (Tableau 3).

Les cinq dimensions du CFIR que nous avons pris en compte pour réaliser notre cadre conceptuel (Figure 3) (Zitti et al., 2019) :

- Les caractéristiques de l'intervention du FBR;
- Le contexte externe aux hôpitaux de district;
- Le contexte interne aux hôpitaux de district;
- Les caractéristiques des individus;
- Le processus de mise en œuvre de l'intervention du FBR.

Figure 3 : Cadre conceptuel



Source : Zitti et al., 2019, adapté de Damschroder et al., 2009

Deuxième partie : méthodes

Cette deuxième partie comporte deux chapitres. Tout d'abord, nous présentons le contexte de notre étude dans lequel nous énonçons les caractéristiques socio-sanitaires du Mali et de la région de Koulikoro ainsi que l'historique du FBR et son modèle d'intervention au Mali (Chapitre 3). Par la suite, nous détaillons la méthode utilisée pour la réalisation de notre recherche (Chapitre 4).

Chapitre 3 : cadre de l'étude et description du modèle de l'intervention du FBR au Mali

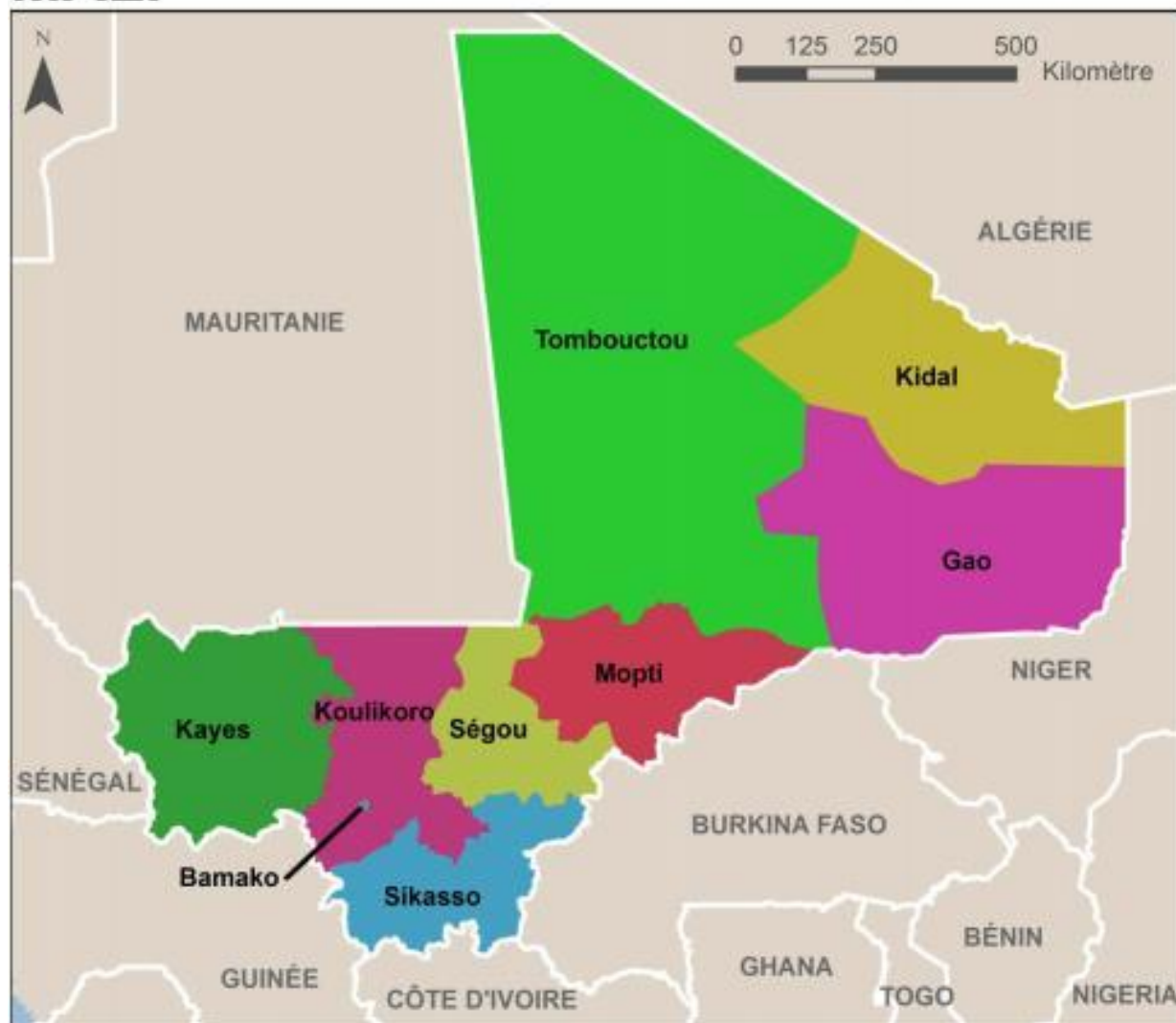
3.1. Cadre de l'étude

Description générale du Mali et de la région de Koulikoro

L'étude s'est déroulée au Mali, dans la région de Koulikoro. La figure 4 illustre la carte du Mali. Le Mali est un pays de l'Afrique de l'Ouest, qui partage ses frontières avec sept pays qui sont l'Algérie, le Niger, le Burkina-Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée Conakry, le Sénégal et la Mauritanie (DRH-SSDS, 2019). Depuis une décennie, le Mali connaît une crise politico-sécuritaire, avec une crise sécuritaire qui se caractérise par l'occupation du Nord du pays par des groupes armés et institutionnels par trois coups d'état qui ont entraîné la chute de plusieurs régimes (PRODESS III, 2014). Le tableau 4 présente les caractéristiques sociodémographiques et sanitaires du Mali et de la région de Koulikoro.

Figure 4 : Carte géographique du Mali

MALI



Source : Institut National de la Statistique (INSTAT) et al., 2019

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques et sanitaires au Mali et dans la région de Koulikoro

Caractéristiques	Pays	Région de Koulikoro
Populations (estimation de 2017)	18.786.996	3.146.696 (16%)
Superficie	1 241 238 km ²	90 120 km ²
% de la population résidant en milieu rural	75,5 %	94,5%
Taux d'urbanisation	22,5 %	5,5%
L'incidence de la pauvreté (proportion de la population considérée comme pauvre)	46,8 (2016)	51,5 (2016)
Nombre de district sanitaire	72	10
Nombre d'hôpitaux de district	62	10
Nombre de CSCom	1 316	205
Ratio de personnel de santé (médecin, sage-femme et infirmier) pour 10000 habitants	5,2	3,7
Femme en âge de procréer (15-49 ans)	3.901.903 (22 % de la population totale)	653.543
Enfant de moins de cinq ans	3.015.107 (17 % de la population totale)	505.010
Taux de morbidité (%)	27,3 (2018)	21,7 (2018)
Proportion de la population habitant à moins de 5 Km d'un établissement de santé (%)	76,2 (2016)	67,6 (2016)
Proportion de la population habitant à plus de 5 Km d'un établissement de santé (%)	23,8	32,4
Proportion de la population ayant consulté dans des structures de santé (%)	82,7	94,9

Source : INSTAT, 2016; INSTAT, 2017a; INSTAT, 2017b; INSTAT, 2018; DRH-SSDS, 2019

Organisation du système national de santé du Mali

En 1987, à Harare (Zimbabwe), plusieurs pays africains et acteurs ont adopté la stratégie des systèmes de santé de district pour le renforcement des SSP, lors de la réunion de la région Afrique de l'OMS (World Health Organization, 1987). Le système de santé de district est défini par l'OMS comme étant : « *une unité plus ou moins autonome du système de santé national. Il dessert en premier lieu une population bien définie vivant dans une zone administrative et géographique précise, qu'elle soit urbaine ou rurale. Il englobe tous les établissements et individus qui procurent des soins de santé dans cette zone, que ce soit à l'échelon du gouvernement, de la sécurité sociale ou des institutions non gouvernementales, dans le secteur privé ou le secteur traditionnel* » (World Health Organization, 1988, p. 9).

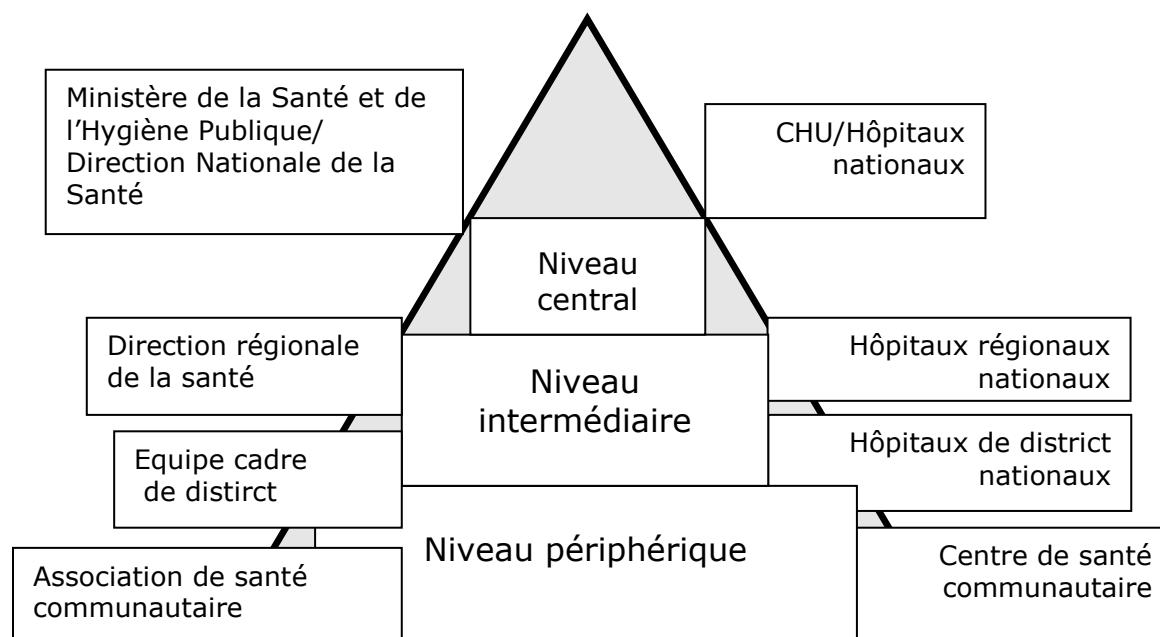
Depuis la conférence d'Harare en 1987, le district sanitaire est devenu un modèle d'organisation des systèmes de santé mis en œuvre dans la majorité des pays d'ASS; elle « *est la plus périphérique des unités entièrement organisées et structurées de l'administration locale. Sa taille et son degré d'autonomie sont très variables suivant les pays et sa population oscille entre moins de 50000 et plus de 300000 âmes* » (Tarimo, 1991, p. 3). Le système de santé de district repose sur plusieurs piliers à savoir : (i) l'organisation, la planification et la gestion; (ii) le financement et l'affectation des ressources; (iii) l'action intersectorielle; (iv) la participation communautaire; (v) le développement des ressources humaines (World Health Organization, 1988).

Le système de santé de district a plusieurs composantes : l'individu et la famille, la collectivité, les établissements de premier contact ou unité de soins périphériques, l'hôpital de premier secours (hôpitaux de districts) (OMS, 1992). Pour ce qui est des hôpitaux de districts, ils ont principalement cinq rôles et fonctions au sein du district sanitaire : (i) le traitement des patients adressés à l'hôpital et des urgences; (ii) la planification, la coordination, la mise en œuvre, l'administration et la surveillance des soins de santé primaires dans les zones couvertes; (iii) l'enseignement, la formation, (iv) et la recherche sur les systèmes de santé (Tarimo, 1991).

Le système de santé actuel du Mali est basé sur le système de santé de district. Le système de santé du Mali est organisé de manière pyramidale et hiérarchisée de la base vers le sommet, son organisation comprend trois niveaux (Figure 5) (PRODESS III, 2014; DRH-SSDS, 2019) :

- *Le niveau central*, qui est le troisième niveau de référence, comprend les hôpitaux nationaux et les centres hospitalo-universitaires (CHU) qui disposent d'un plateau technique général et spécialisé pour la prise en charge des cas graves qui ont besoin des soins spécialisés ou des investigations paracliniques poussées;
- *Le niveau intermédiaire*, qui est le second niveau de référence est représenté par les hôpitaux régionaux;
- *Le niveau district sanitaire*, qui comprend deux échelons à savoir :
 - Le premier niveau de contact de la population avec le système de santé du Mali est représenté par les centres de santé communautaire (CSCoM) qui offrent un paquet minimum d'activités (PMA);
 - Le second niveau de contact de la population est le premier niveau de référence constitué des Centres de Santé de Référence (CSRéf) ou hôpitaux de district (HD) qui offrent un paquet complémentaire d'activités (PCA). Ils disposent d'un plateau technique pouvant permettre d'assurer les soins chirurgicaux et gynéco-obstétricaux d'urgence tels que les césariennes.

Figure 5 : Pyramide sanitaire du Mali



Source : Adapté du PRODESS III, 2014, DRH-SSDS, 2019

3.2. Le modèle d'intervention du FBR au Mali

Historique du FBR au Mali

Le FBR au Mali a connu plusieurs projets pilotes, qui sont illustrés par la figure 6. De février 2012 à décembre 2013, un projet pré-pilote du FBR a été initié dans la région de Koulikoro, dans les districts sanitaires de Dioïla, Fana et Banamba. Le projet a été implanté suite à un partenariat entre le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) représentant l'État malien, l'Organisation Néerlandaise de Développement [Stichting Nederlandse Vrijwilligers (SNV)] et la Royal Tropical Institute [Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT)].

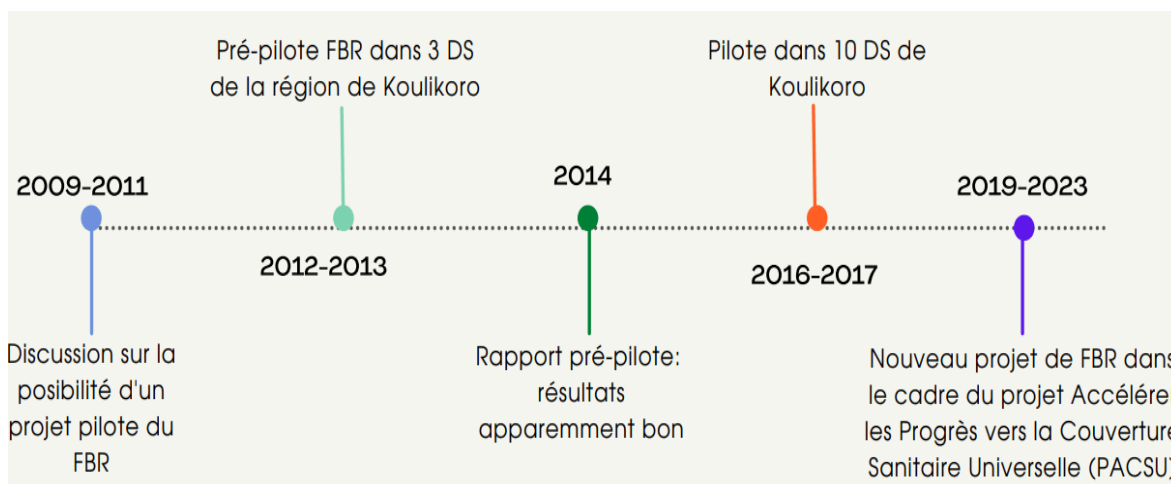
Une évaluation a été réalisée par des consultants associés à l'intervention en mai 2014 (Toonen et al., 2014). Elle avance avoir identifié une augmentation de l'utilisation des formations sanitaires pour certaines prestations concernant la santé maternelle et une amélioration sensible de la qualité des soins. Cependant, une étude indépendante a montré que, l'introduction puis le retrait du FBR n'ont pas eu d'effets sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile (Zombré, et al.

2017). De plus, une autre étude a montré que le degré de pérennité de cette intervention est faible (Seppey et al., 2017). Le FBR est inscrit dans le programme de développement socio-sanitaire (PRODESS) III comme une approche innovante pouvant permettre au Mali d'améliorer la qualité des soins offerts aux populations (PRODESS III, 2014).

Par la suite, le gouvernement malien, dans le cadre d'un vaste projet de renforcement de la santé de la reproduction (PRSR) financé par la Banque mondiale, a réalisé un élargissement de l'initiative FBR à l'ensemble des dix districts sanitaires de la région de Koulikoro. Le PRSR visait à appuyer les efforts du Mali pour renforcer son système de santé à travers : (i) le renforcement de l'offre et de la qualité des services de santé de la reproduction, (ii) l'augmentation de la demande pour les services de santé de la reproduction, et (iii) la responsabilité sociale, la gestion du projet et le suivi-évaluation (MSHP, 2016).

Le projet pilote du FBR est un des sous-composants du PRSR. Selon ses concepteurs, la stratégie de FBR a pour objectif d'accroître l'utilisation des services de santé de la reproduction (SR) de qualité en augmentant la motivation et la responsabilisation des prestataires de services à obtenir des résultats (Ibid). Le projet pilote du FBR concernait un total de deux cent cinq CSCom et dix HD (1 HD pour chaque district). Le volet FBR du PRSR a démarré en juillet 2016 pour une période de huit mois (Ibid).

Figure 6 : Chronologie de l'historique du FBR au Mali



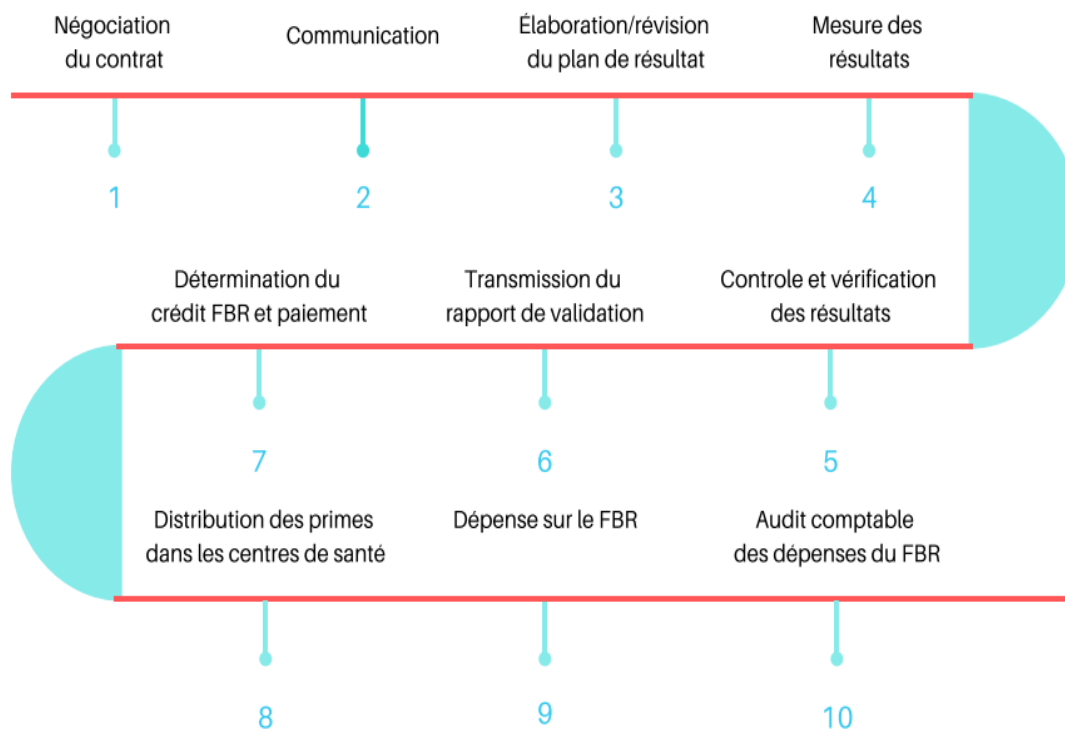
Source : adapté de Gautier et al., 2019, p. 2

Cycle de fonctionnement du FBR au Mali

Il a été décidé que le FBR épouse l'architecture du système de santé sans introduire de nouvelles structures. La mise en œuvre du FBR au Mali se déroule selon un cycle de fonctionnement qui est décrit à la figure 7. Au niveau national, un comité de pilotage interministériel a été mis en place pour suivre la réalisation du PRSR. Le PRSR est coordonné par l'unité de coordination du projet (UCP), avec laquelle le MSHP a un contrat. Un contrat a été également signé entre l'UCP et le consortium KIT-Cordaid-CGIC pour effectuer la mise en œuvre du FBR. Le consortium agit comme une agence de contractualisation et de vérification. Pour aider les acteurs locaux dans la mise en œuvre du FBR, dix assistants contrôleurs ont été recrutés et affectés au niveau de chaque HD. Cinq de ces assistants sont des experts internationaux africains et cinq proviennent du Mali.

Au niveau local, un contrat du FBR est signé entre l'agence de mise en œuvre (consortium KIT-Cordaid-CGIC) et le conseil de cercle (organe administratif chargé de la gestion des cercles) pour les HD et la mairie pour les CSCom. Par la suite, les mairies et les conseils de cercle contractualisent la mise en œuvre du FBR avec les CSCom et HD qui sont des prestataires de soins. Les CSCom et les HD élaborent trimestriellement un plan de résultats. Le plan de résultats comporte les principaux obstacles à l'amélioration des indicateurs de santé dans les aires géographiques des CSCom et des HD. Il propose aussi des solutions pour remédier aux problèmes de santé ainsi que les moyens nécessaires pour les mettre en œuvre. L'élaboration du plan de résultats implique en plus des agents de santé, la participation des membres de l'association de santé communautaire (ASACO) pour les CSCom et des membres du conseil de cercles pour les CSRéf. En tant que régulateur, la direction régionale de la santé (DRS) et l'équipe cadre du district sanitaire (ECDS) ont pour rôles de veiller au respect des normes et standards de la qualité dans les CSCom pour l'ECDS et dans les HD pour la DRS.

Figure 7 : Cycle de fonctionnement du FBR au Mali



Source : Adapté du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016

Les indicateurs quantitatifs choisis pour le FBR sont aux nombres de dix pour le CSCCom (Tableau 5) et trois pour l'HD (Tableau 6). Ils sont payés à des prix fixés avant le démarrage du FBR. Les membres de l'ECDS pour les CSCCom et les membres de la DRS pour les HD vérifient mensuellement la quantité de services offerts déclarés dans les registres des CSCCom et HD. La vérification des indicateurs qualitatifs se fait de manière trimestrielle par les membres de l'ECDS pour les CSCCom et la DRS pour les HD. Elle aboutit à l'attribution pour chaque structure sanitaire (CSCCom et HD) d'un score de qualité technique exprimé en pourcentage (Tableau 7).

Au niveau des HD, un maximum de 60% des fonds du FBR est destiné à des primes pour la motivation individuelle du personnel de santé et un minimum de 40% doit être dépensé dans le fonctionnement et l'équipement. Cependant, au niveau des CSCCom, un maximum de 40% des subsides obtenus doit être octroyé au personnel de santé et un minimum de 60% des fonds dépensés dans le fonctionnement et l'équipement. Après les vérifications quantitatives et qualitatives, les subsides du FBR sont versés dans les comptes bancaires des ASACO pour les CSCCom et dans les

comptes de l'HD. La contre-vérification de la performance au niveau des utilisateurs est réalisée par des ONG locales.

Tableau 5 : Liste et coût unitaire des indicateurs quantitatifs au niveau des CSCom

Indicateurs/Services PMA	Coût unitaire en Franc CFA^{9,10}
Nombre de consultation prénatale 4 (CPN4)	3 968
Nombre d'Accouchements assistés par un personnel qualifié	1 984
Nombre de consultation postnatale 3 (CPON3) réalisées	661
Nombre de femmes sous planification familiale moderne	2 645
Nombre de cas de paludisme chez la femme enceinte correctement pris en charge (dépistés et traités correctement)	1 323
Nombre de femmes enceintes (testées VIH positive) mises sous prophylaxie antirétroviral (ARV)	2 976
Nombre d'enfants de moins de 12 mois complètement vaccinés	397
Nombre de consultations d'enfants de moins de 5 ans conformes à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME)	397
Nombre de cas de paludisme chez l'enfant de moins 5 ans correctement pris en charge (dépistés et traités correctement)	198
Nombre de cas de tuberculose simple pris en charge DOT (direct observed therapy)	2 645

Source : Adapté du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016

⁹ 1 euro équivaut environ à 656,63 Franc CFA

¹⁰ 1 dollar américain équivaut environ à 552,48 Franc CFA

Tableau 6 : Liste et coût unitaire des indicateurs quantitatifs aux niveaux des HD

Indicateurs/Services PCA	Coût unitaire en Franc CFA
Nombre de complications prises en charge au moment de l'accouchement (y compris césariennes ...)	13 227
Nombre de cas référés correctement pris en charge et contre référés	992
Nombre de cas de paludisme compliqué chez l'enfant (0 à 5 ans)	992

Source : Adapté du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016

Tableau 7 : Pondération des indicateurs qualitatifs pour les CSCom et les HD

Rubriques	Poids
Ressources et processus : indicateurs sur les ressources humaines, les infrastructures, relations avec les patients, fonctionnalité, hygiène, gouvernance, rôle de l'ASACO, etc..	30
Indicateurs cliniques : disponibilité des médicaments essentiels, conformité avec les normes de qualité, etc...	50
Satisfaction des usagers	20
Total	100

Source : Adapté du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016

Chapitre 4 : approche méthodologique

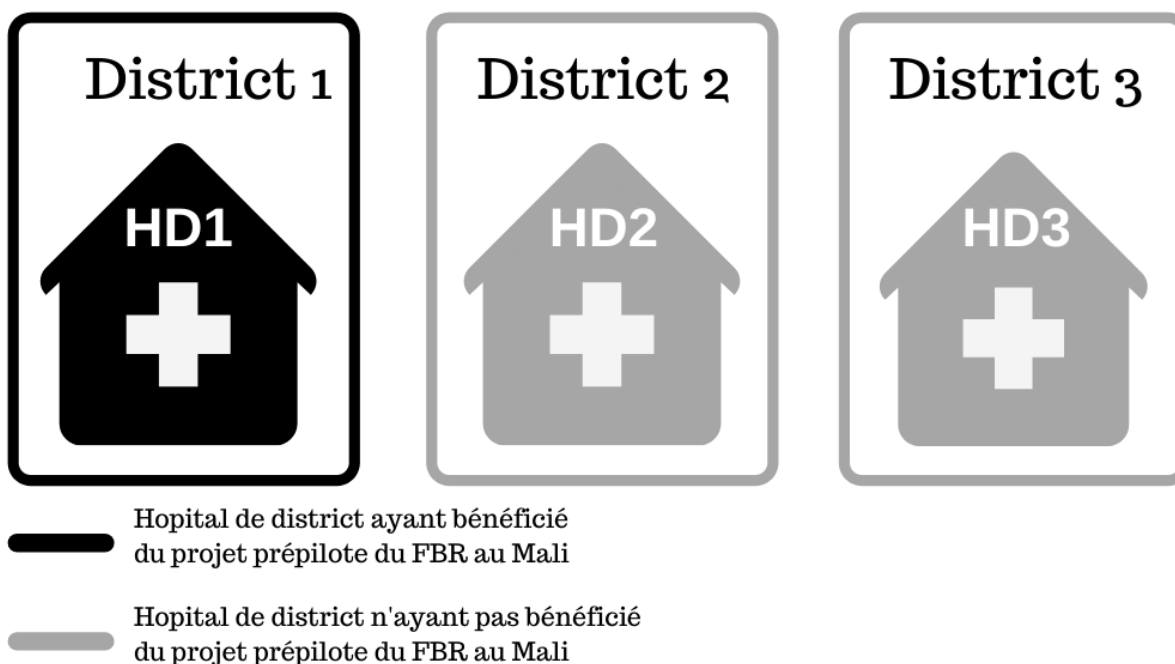
4.1.Stratégie de recherche

Cette thèse s'inscrit dans le cadre du programme de recherche portant sur l'évaluation de la mise en œuvre du FBR et l'équité au Mali. Dans le cadre de ce programme, plusieurs études ont été publiées sur l'émergence (Coulibaly et al., 2019), la diffusion (Gautier, et al., 2019b), le processus de mise en œuvre du FBR au Mali (Coulibaly et al., 2020a). Pour cette thèse, nous avons adopté une démarche qualitative, reposant sur un devis d'études de cas multiples (Yin 2009) où chaque hôpital de district correspond à un cas. Dans le domaine de la recherche sur la mise en œuvre, les méthodes qualitatives sont un outil précieux, parce qu'elles aident à répondre à des questions complexes telles que comment et pourquoi les efforts de mise en œuvre des meilleures pratiques peuvent réussir ou échouer (Hamilton & Finley, 2019). La stratégie de recherche des études de cas a été choisie parce qu'elle permet une validité interne très grande (Ayerbe & Missonier, 2007; Yin, 2009).

4.2.Sélection et caractéristiques des cas

La figure 8 illustre les cas sélectionnés dans le cadre de notre étude. Le FBR a été mis en œuvre dans la région sanitaire de Koulikoro qui comprend 10 districts sanitaires dont trois ont bénéficié du projet pré pilote en 2012 et 2013. Nos cas sont trois hôpitaux de district parmi les dix que compte la région de Koulikoro. Les cas ont été sélectionnés dans le cadre du programme de recherche plus large portant sur l'évaluation de la mise en œuvre du FBR et équité au Mali. Nous avons respecté toutes les démarches préconisées par Yin pour la réalisation des études de cas, en ce qui concerne la méthodologie, les questions de recherche, les objectifs du programme de recherche (Yin, 2009). Pour le choix des trois cas, plusieurs critères ont été considérés dans le protocole par l'équipe de recherche. Ces nombres tiennent compte de nos contraintes de ressources mais correspondent aussi à une représentation suffisante de la diversité de situations contextuelles propices au processus de généralisation analytique propre aux études de cas (Yin 2009).

Figure 8 : Cas sélectionnés pour l'étude



Plusieurs districts ont été retirés des études de cas potentiels car ils ne représentent pas le contexte normal du système de santé que l'intervention souhaite améliorer (fortes interventions d'ONG) ou ne sont pas accessibles pour des raisons de sécurité. Le district 1 a été retenu car il a un caractère plus urbain et il se distingue par un dynamisme particulier du régime d'assistance médicale (RAMED). Au Mali, le RAMED permet d'assurer la prise en charge médicale des indigents et d'autres personnes en situation difficile, sans contribution aucune de leur part. Le district 2 dans lequel une articulation du FBR avec la mutuelle communale conventionnée était envisagée. Cela devait permettre d'évaluer dans quelles mesures, le FBR peut servir de base au processus d'accréditation des formations sanitaires, processus indispensable au développement et à la réussite des systèmes de protection sociale (Assurance maladie obligatoire, mutualité et RAMED).

Le district 3, zone enclavée et agricole dans laquelle une expérience communautaire d'identification des plus pauvres a par ailleurs été testée. Parmi les trois districts retenus, deux districts n'ont pas connu la phase expérimentale du FBR. Initialement, il était prévu d'analyser dans nos recherches, la synergie potentielle entre le FBR et le RAMED. Toutefois, face aux nombreux défis d'opérationnalisation du RAMED dans les districts sanitaires par l'agence nationale d'assistance médicale (ANAM), nous n'avons pas pu évaluer dans quelles mesures, le

FBR peut servir de base au processus d'accréditation des FOSA. Les caractéristiques socio-démographiques et sanitaires des trois districts sanitaires et des hôpitaux de district retenus pour notre étude sont résumées dans le tableau 8.

Tableau 8 : Caractéristiques socio-démographiques et sanitaires des trois districts sanitaires et de leurs HD

Caractéristiques	District 1	District 2	District 3
Population	210.611 hbts (RGPH 2009)	50.039 hbts (RGPH 2009)	488.937 hbts (RGPH 2009)
Superficie	7 260 km ²	1 118 km ²	12 794 km ²
Distance de la capitale où se situe le 3 ^{ème} niveau de référence [CHU et hôpitaux nationaux]	60 Km	80 Km	165 Km
L'incidence de la pauvreté (proportion de la population considérée comme pauvre)	35-40%	31-35%	44-48%
Richesses et économies	-L'exploitation du sable et du gravier, l'agriculture, l'élevage et la pêche constituent les principales activités économiques, -Existence de quelques unités industrielles.	-L'agriculture et l'élevage constituent les principales activités, -L'artisanat et le commerce également développés.	-Présence des terres riches et fertiles, - 90% population est agropastorale, -Economie rurale basée en grande partie sur la culture du coton.

Nombre d'hôpital de district	1	1	1
Personnel total de santé dans l'hôpital de district	76	35	54
Nombre de CSCom	21	16	24
Nombre de localités	249	45	352

Source : INSTAT, 2009; Direction des ressources humaines du secteur santé, développement social et promotion de la famille, 2017; INSTAT, 2012

4.3. Échantillonnage des participants

Pour la sélection des répondants, l'échantillonnage par choix raisonné a prévalu lors de nos recherches. L'échantillonnage par choix raisonné est une technique d'échantillonnage non aléatoire qui permet à un chercheur de trouver des participants sur la base d'expériences et de connaissances qu'ils peuvent et veulent lui fournir (Bernard, 2006). Pour chaque phase d'enquête, nous avons choisi différentes catégories d'acteurs. Selon leur niveau d'implication dans le processus de mise en œuvre du FBR dans l'HD et leur disponibilité pour répondre aux questions, nous avons choisi d'enquêter les répondants aux différentes enquêtes. Le choix des participants à l'étude de cas est principalement influencé par les caractéristiques et à la qualité intrinsèque des répondants, ainsi que la possibilité d'avoir de nouvelles informations de la part du répondant en rapport avec l'objectif de l'étude (Pires, 1997).

Pour l'article portant sur les perceptions des acteurs et le contexte de la mise en œuvre du FBR dans les HD, nous avons sélectionné plusieurs groupes d'acteurs [les membres de l'équipe cadre du district sanitaire (ECDS), les agents de santé, et les membres du conseil de cercle]. Pour l'article sur le processus de distribution des primes du FBR dans les HD, les membres de l'ECDS, les agents de santé, ont été sélectionnés comme participants. Pour l'article sur le processus de VC du FBR, les enquêteurs des ONG locales, les patients, les agents de santé ont été sélectionnés. Afin d'assurer la diversification externe, différents profils d'acteurs ont été sélectionnés pour comparer les points de vue (Pires, 1997). La diversification externe (inter groupe) permet de contraster les

points de vue de différents acteurs qui occupent différentes positions au sein d'un groupe afin de disposer d'une analyse globale pouvant être généralisée (Pires, 1997)

4.4. Outils et méthodes de collecte des données

Les données de cette thèse ont été collectées dans le cadre du programme de recherche portant sur « *le financement basé sur les résultats en santé maternelle et infantile et l'équité au Mali et Burkina Faso* ». La collecte des données a été réalisée en trois phases. Les données collectées pendant chaque phase ont servi à la rédaction des trois articles que nous présentons dans les résultats qui constituent la troisième partie de cette thèse. Pour la collecte des données de terrain pendant les trois phases, plusieurs méthodes de collectes de données [les entretiens semi-directifs (N=128), les entretiens informels (N=16), les observations non participantes (N=24) et les documents institutionnels (N=12)] ont été utilisées. Selon, la phase d'enquête, les méthodes de collectes de données utilisées sont différentes (Tableau 9).

Tableau 9 : Répartition des données collectées par rapport aux articles

	1 ^{er} article	2 ^{ème} article	3 ^{ème} article
Entretiens semi-directifs (N=128)	X	X	X
Entretiens informels (N=16)	X	0	0
Observations non participantes (N=24)	X	0	0
Documents institutionnels (N=12)	X	X	X

Entretiens semi-directifs

Nous avons choisi l'entretien semi-directif comme méthode de collecte de données au cours des trois phases de collecte dans le cadre de cette recherche. L'entretien semi-directif est l'une des techniques de collecte de données qualitative la plus utilisée en sciences sociales (Combessie, 2007b). Le choix de l'entretien comme méthode de collecte de données dépend des objectifs et du type de recherche (Imbert, 2010). Les perceptions et les pratiques des acteurs étant au centre des questionnements, la démarche qualitative centrée sur les entretiens semi-directifs a été utilisée pour collecter les données. L'entretien semi-directif est une conversation entre un chercheur et un

enquêté, « *il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur* » (Imbert, 2010, p. 25).

Pour réaliser les entretiens semi-directifs, les guides d'entretiens sont souvent confectionnés et utilisés pendant l'entretien, « *le guide d'entretien est un memento (un pense-bête). Il est rédigé avant l'entretien et comporte la liste des thèmes ou des aspects du thème qui devront avoir été abordés avant la fin de l'entretien. Comme tout memento, il doit être facilement et rapidement consultable : détaillé et précis mais avec des notations brèves et claires (mots clefs; phrases nominales...).* L'ordre des thèmes de la liste est construit pour préfigurer un déroulement possible de l'entretien, une logique probable des enchaînements. Mais la liste n'a pas pour objectif de déterminer ces enchaînements ni la formulation des questions en cours d'entretien (seuls les mots clefs peuvent être repris) : l'entretien doit suivre sa dynamique propre. » (Combessie, 2007b, p. 24).

Pour la réalisation des entretiens semi-directifs dans le cadre de cette recherche, nous avons réalisé plusieurs guides d'entretiens pour chaque phase (Annexe 1, 2 et 3). Les guides d'entretiens ont été testés dans une FOSA qui met en œuvre le FBR mais qui n'a pas été choisi dans notre étude. Les guides d'entretiens ont été traduits en langue locale (*bambara*).

Observations non participantes

Nous avons utilisé la technique d'observation, comme méthode d'enquête lors de la première phase d'enquête, plus précisément des observations non participantes. L'observation est un complément aux méthodes d'enquêtes d'entretiens, de revues documentaires (Hammersley, 2015). Pendant l'observation non participante, l'enquêteur ne joue pas un rôle de participant, toutefois il observe les actions et écoute tout ce qui se dit dans un contexte précis pendant une période donnée en notant ce qu'il observe (Ibid). Une observation structurée est une démarche organisée avec un ensemble de catégories d'observations prédéfinies avant même le début de l'étude (Sarantakos, 1998; Combessie, 2007a).

Recherche documentaire

Les sources documentaires dans le cadre d'une recherche qualitative permettent d'apporter une diversification et une complémentarité d'informations collectées pour une meilleure compréhension du sujet de recherche (Combessie, 2007a). La recherche documentaire nous a permis d'identifier tous les articles publiés, la littérature grise, les documents institutionnels (rapport, loi, décret, évaluation, etc.) sur notre sujet de recherche. TZ a identifié 12 documents institutionnels sur le FBR au Mali (Tableau 10). TZ a utilisé ces documents institutionnels tout au long de cette recherche. Ces documents institutionnels ont permis à TZ de comprendre l'historique du FBR et son fonctionnement.

Tableau 10 : Liste des documents institutionnels du FBR au Mali

Rapport final du projet pilote « PRSR/FBR » FBR-Financement Basé sur les Résultats – Approche pour accélérer les résultats en Santé de la Reproduction, (KIT et al., 2017);
Manuel Opérationnel du Financement basé sur les résultats du projet PRSR-FBR, (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016);
Rapport de Capitalisation FBR à la Malienne, (Cissouma et al., 2017);
Mali - Strengthening Reproductive Health Project, (World Bank, 2017);
Évaluation finale : Accélérer l'atteinte de l'objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 5 dans la région de Koulikoro - Projet pilote financement basé sur les résultats dans les cercles de Dioïla et Banamba, (Toonen et al., 2014);
Results-based financing in healthcare: developing an RBF approach for healthcare in different contexts: the cases of Mali and Ghana, (Toonen, 2012);
Rapport des participants au cours international sur le FBR à Cotonou au Bénin (2016);
5 notes de politiques (ONG Miseli, 2016; 2017; 2018).

4.5. Déroulement de la collecte de données

Première phase d'enquête

La première phase de collecte des données s'est déroulée de décembre 2016 à janvier 2017, portant sur la perception des intervenants et le contexte de la mise en œuvre du FBR dans les HD. Lors de

cette première phase d'enquête, TZ a passé environ douze jours dans chacun des trois HD retenus dans le cadre de cette thèse pour la collecte des données de terrain. TZ a mené 36 entretiens semi-directifs, 16 entretiens informels et 24 séances d'observations non participantes pendant cette première phase d'enquête. Trois guides d'entretiens semi-directifs ont été élaborés par TZ à l'endroit du médecin chef de district (MCD), du personnel (médecin clinicien, infirmière, autres agents de santé et personnels) et des membres du conseil de cercle. Les contenus des trois guides ont été adaptés avec les construits retenus du CFIR (Annexe 1).

Les entretiens informels ont été consignés par TZ dans un cahier de notes tenu quotidiennement. Les entretiens informels (N=16) ont été réalisés auprès de deux gardiens, cinq médecins, un pharmacien, un chargé système d'information sanitaire (SIS), un responsable du développement social, deux infirmières, deux internes, une sage-femme et un hygiéniste. Les entrevues informelles sont des occasions d'enrichir les données collectées et d'essayer d'acquérir des informations complémentaires aux autres méthodes de collectes (Swain & Spire, 2020). TZ a également réalisé des observations non participantes (N=24) qui étaient structurées et réalisées à l'aide d'une grille d'observation (Annexe 4).

Les observations ont été consignées dans un cahier de note de terrain tenu au quotidien par TZ. Les notes de terrains permettent de recueillir les informations contextuelles pouvant aider le chercheur dans l'analyse des résultats (Phillippi & Lauderdale, 2018). Ce cahier de note de terrain doit permettre, « *d'enregistrer « à chaud » la découverte au plus près de la forme même sous laquelle elle se manifeste et avec une déperdition d'information minimale* » (Combessie, 2007a, p. 20).

Deuxième phase d'enquête

La deuxième phase de la collecte des données portait sur le processus de distribution des primes du FBR dans les HD. TZ a réalisé d'octobre à novembre 2017 un travail de terrain dans les trois HD, soit deux mois environs après la distribution des primes. TZ a mené 53 entretiens semi-directifs pendant cette deuxième phase. Pour la réalisation des entretiens semi-directifs pendant cette deuxième phase d'enquête, TZ a réalisé deux guides d'entretiens, un guide destiné au médecin chef de district et un autre pour le reste du personnel (Annexe 2).

Troisième phase d'enquête

Cette dernière phase s'est déroulée du 10 au 25 août 2017. L'enquête portait sur le processus de vérification communautaire (VC) lors du FBR au Mali. Les enquêtes se sont déroulées dans les communautés auprès des patients déclarés avoir été enquêtés lors du processus de VC du FBR, dans les trois HD et auprès des enquêteurs des ONG locales qui ont réalisé la VC. TZ a été aidé par quatre assistants de recherche impliqués dans le programme de recherche pour la réalisation des entretiens semi-directifs (N= 39). Les quatre assistants de recherche ont été formés pendant deux jours par un chercheur (AC) impliqué dans la recherche avec l'aide de TZ. TZ a réalisé les trois guides d'entretiens semi-directifs, pour chaque cible de l'enquête (enquêteurs des ONG locales, patients, personnels de santé des HD) (Annexe 3).

4.6.Stratégie d'analyse des données

Le traitement des données s'est déroulé en plusieurs étapes. Tous les entretiens réalisés et toutes les notes rédigées ont été classés en fonction de chaque phase d'enquête et des cas sélectionnés dans notre recherche. TZ a procédé à la classification de ces données. La majorité des entretiens ont été réalisés en français. Les entretiens en langue locale (*Bambara*) ont été réalisés par les quatre assistants de recherche impliqués dans le programme. Tous les enregistrements ont été ensuite transcrits en français par les mêmes assistants de recherche qui ont participé à la collecte des données et cela dans le respect des mesures de confidentialité. Pour l'organisation des données, nous avons utilisé le logiciel QDA Miner Lite.

Les logiciels d'analyse qualitative sont de plus en plus utilisés pour soutenir l'analyse des données qualitatives, elles permettent aux chercheurs ou chercheuses de mieux organiser et traiter les données surtout lorsqu'elles sont non négligeables(Krief & Zardet, 2013). Une formation sur l'utilisation du logiciel QDA Miner Lite destinée aux chercheurs impliqués dans la collecte et l'analyse des données dans le cadre du programme de recherche a eu lieu à Bamako au Mali, du 22 au 24 février 2017. Cette formation a été dispensée par une chercheuse (LG) de l'université de Montréal impliquée dans le programme. En annexe 5, le programme et les objectifs de cette formation.

Nous avons choisi l'analyse thématique comme approche d'analyse qualitative dans le cadre de cette thèse. Pour réaliser l'analyse en recherche qualitative, il existe plusieurs techniques et méthodes (Paillé & Mucchielli, 2021a). L'analyse de contenu et l'analyse thématique sont les deux types de terminologie fréquemment utilisés pour parler de l'analyse qualitative (Krief & Zardet, 2013). L'analyse thématique a principalement deux fonctions, le codage de l'ensemble du corpus à l'aide d'un ensemble de thème, et l'analyse des données en permettant de réaliser un panorama de l'ensemble des corpus en identifiant les aspects complémentaires et/ou divergents (Paillé & Mucchielli, 2021b). Selon Paillé & Mucchielli (2021b), l'analyse thématique consiste à dégager un portrait d'ensemble d'un corpus de texte à travers un certain nombre de thèmes qui sont représentatifs du corpus de texte analysé.

L'analyse des données s'est déroulée en deux phases. Les données transcrites ont été épurées puis codifiées à l'aide d'un arbre des codes qui a découlé des cadres théoriques et des questions de recherche (Gagnon, 2012). Le codage a consisté à découper les textes à l'aide d'un arbre de code pour faire émerger les différentes catégories d'analyses (Bardin, 2013). Le processus de codage se déroule en deux phases, la définition et la catégorisation des unités d'analyse (thèmes, sous-thèmes) (Blanc et al., 2014).

TZ a réalisé le codage de toutes les données de cette thèse, à l'aide du logiciel QDA Miner Lite. Les différents arbres de code pour organiser les données de chaque phase d'étude ont été validés par tous les chercheurs impliqués dans le programme (Annexe 6). L'analyse thématique se fait à l'aide d'un arbre de code (Paillé & Mucchielli, 2021b). Sur la base des arbres de code, nous avons procédé pour la première et deuxième phase à une analyse des données avec les cadres théoriques. Cela a permis une démarche d'analyse qui a suivi une logique déductive-inductive, en se basant sur les dimensions de chaque cadre théorique et en laissant également émerger des thèmes empiriques pouvant être pertinents pour mieux répondre aux questions de recherche.

En ce qui concerne la troisième phase de collecte des données, nous avons procédé à une analyse selon une démarche inductive basée sur l'émergence des thèmes de manière empirique. L'analyse inductive des données qualitative consiste à faire émerger des données brutes, des catégories thématiques par le chercheur ou la chercheuse guidé par les objectifs de recherche (Blais & Martineau, 2006). Quant à l'analyse déductive, elle vise à tester si les données collectées sont

cohérentes avec les hypothèses ou les théories préalablement identifiées par le chercheur ou la chercheuse (*Ibid*).

4.7. Critères de scientificité

Pour garantir la rigueur scientifique des méthodes qualitatives, plusieurs critères doivent être respectés, la fiabilité (objectivité), la validité interne (crédibilité), et la validité externe (transférabilité) (Drapeau, 2004; Proulx, 2019; Bruchez et al., 2017; Palinkas, 2014). Selon Drucker-Godard et al. (2014), la fiabilité d'une recherche qualitative consiste à s'assurer que les différentes étapes d'une recherche peuvent être reproduites par le même chercheur ou d'autres chercheurs pour obtenir les mêmes résultats. Les instruments de collectes de données ont été validés par les différents chercheurs impliqués dans le programme de recherche, pour assurer sa fiabilité. De plus, pour organiser les données pour l'analyse, des arbres de codes ont été développés et validés par les chercheurs impliqués dans le programme (Annexe 6). De même, les résultats préliminaires ont été discutés avec l'ensemble des chercheurs.

En ce qui concerne, la validité externe en recherche qualitative, elle est assurée par le principe de la saturation (Drapeau, 2004). Il y a saturation, lorsque les chercheurs décident d'arrêter la collecte des données parce qu'ils n'obtiennent plus de nouvelles informations auprès des personnes interrogées (Grady, 1998). Dans le cadre de cette thèse, le principe de la saturation a été respecté. Pour assurer la validité interne dans le cadre d'une recherche qualitative, le principe de triangulation doit être respecté (Patton, 1999). Il existe quatre types de triangulation de la méthode, de l'enquêteur, de la théorie et des sources de données (Patton, 1999). Dans le cadre de cette thèse, nous avons utilisé une triangulation des sources de données (différentes méthodes de collecte) et des personnes (différents répondants).

Dans le cadre de cette thèse nous avons respecté le principe de « *généralisation analytique* » préconisé par Yin (2009). Selon Yin (2009), le plus grand défi pour les chercheurs qui réalisent des études de cas, est de pouvoir faire la distinction entre la « *généralisation statistique* » et la « *généralisation analytique* ». Afin, d'assurer la validité externe dans le cadre d'une recherche qualitative surtout en ce qui concerne les études de cas, les chercheurs doivent s'efforcer d'avoir une « *généralisation analytique* » (Yin, 2009). D'après Yin (2009), la recherche par sondage

repose sur la « *généralisation statistique* » alors que les études de cas doivent reposer sur la « *généralisation analytique* ». Yin (2009) estime que pour effectuer une « *généralisation analytique* », l'enquêteur doit généraliser les résultats particuliers de son étude à une théorie plus large. Dans « *la généralisation analytique* », les résultats empiriques de l'étude de cas sont comparés avec la théorie utilisée par le chercheur (Ibid).

La validité interne en recherche qualitative est également renforcée par la soumission par le chercheur des résultats de son analyse aux acteurs qui ont participé aux évènements pour une corroboration (Drapeau, 2004). Nous avons présenté tous nos résultats préliminaires aux différentes parties prenantes de la recherche sous forme de notes de politiques et de présentations orales lors d'ateliers délibératifs. Les résultats de nos analyses ont été validés par les différentes parties prenantes, ce qui confère à nos résultats une validité interne.

4.8. Pluridisciplinarité

Pour prendre en compte les différents facteurs susceptibles d'influencer la mise en œuvre du FBR, cette thèse s'est inscrite dans une approche pluridisciplinaire. La pluridisciplinarité est une approche où plusieurs disciplines sont associées pour étudier un objet commun sous plusieurs aspects (Bourguignon, 1997; Resweber, 2011). Pour la réalisation de cette thèse, nous avons collaboré avec plusieurs chercheurs issus de différentes disciplines (anthropologie, santé publique, et psychologie).

4.9. Considérations éthiques

Dans la recherche qualitative en santé, les considérations éthiques doivent être prises en compte (Peter, 2015). Les aspects éthiques qui pourraient affecter les participants pendant les recherches doivent être pris en compte par les chercheurs, de la conception de la recherche à la diffusion des résultats (Oberle, 2002). Notre thèse s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche, le protocole de recherche de ce programme a été validé par le comité d'éthique de l'Institut National de Recherche en santé Publique (INRSP) du Mali (N°24/2015/CE-INRSP). L'approbation du comité éthique se trouve en annexe 7. Tous les participants ont été informés de façon détaillée des objectifs de notre recherche. Nous avons obtenu le consentement libre et éclairé des participants.

Les participants ont été informés qu'ils pouvaient se retirer à tout moment de l'étude. Nous n'avons pas fourni des compensations financières aux participants. Même si le paiement des participants aux recherches qualitatives est de plus en plus visible, il pose toujours un problème éthique, celui du consentement libre et éclairé des participants (Head, 2009). La confidentialité des participants a été garantie par l'anonymisation des données collectées et celles utilisées lors des publications de nos résultats préliminaires et de nos articles.

4.10. Limites de l'étude

Notre recherche présente quelques limites. Premièrement, notre recherche pourrait induire un biais de représentativité et de généralisation de nos résultats. Les pratiques courantes d'un groupe social ne lui confère pas forcément une représentativité, c'est-à-dire un élargissement des conclusions issues de cette recherche (Olivier de Sardan, 1995; Miyata & Kai, 2009). Les pratiques, les expériences et les opinions des acteurs au sein des hôpitaux lors de la mise en œuvre du FBR, ne sont pas forcément représentatives de l'ensemble des hôpitaux des dix districts sanitaires de la région de Koulikoro.

Deuxièmement, les entretiens que nous avons réalisés pendant cette recherche peuvent avoir induit un biais de désirabilité sociale ou les répondants ont peut-être eu un discours normatif. Les entretiens réalisés lors des recherches qualitatives peuvent comporter de la part des personnes interrogées, des biais de réponse et de désirabilité sociale (Collins et al., 2005). Pour Cassagnol-Bertrand & Constant (2007), la désirabilité sociale est l'ensemble des attitudes et comportements qui sont appréciés, et recherchés dans les relations interpersonnelles. Paulhus (1991) définit le biais de désirabilité sociale comme étant la manière dont le répondant cherche à donner des réponses qui semble en accord avec la norme sociale. Le FBR étant un projet de développement financé par des bailleurs de fonds, les réponses des interviewers pourraient comporter des réponses stratégiques. Les répondants peuvent donner des réponses, qui selon eux pourraient influencer le retour possible du FBR. Pour diminuer le biais de réponse, nous avons insisté, concernant notre indépendance, par rapport à l'agence de mise en œuvre du FBR au Mali.

Troisièmement, les entretiens que nous avons réalisés peuvent avoir induit un biais « *d'enclivage* ». Le biais « *d'enclivage* », est le fait que le chercheur sur le terrain soit associé à une « *fraction* ».

locale », ce qui peut lui fermer des portes ou bien qu'il se fasse le porte-parole en reprenant le point de vue de cette « *fraction locale* » (Olivier de Sardan, 1995). Quatrièmement, le projet du FBR a duré 8 mois, nul doute que les défis de la mise en œuvre que notre recherche a révélée, auraient pu être différents si la mise en œuvre avait été poursuivie. Enfin, la mise en œuvre du FBR devrait durer plusieurs années, il était prévu de réaliser des études de cas longitudinales (trois passages) pour suivre l'évolution de sa mise en œuvre. Cependant, le projet pilote du FBR n'a duré que huit mois, ce qui nous a contraint à réaliser la collecte des données de manière transversale.

Au final, nous n'avons pas pu tirer une conclusion sur l'évolution du processus de mise en œuvre du FBR au niveau des HD. Néanmoins, notre étude nous permet d'étudier la qualité du modèle d'intervention du FBR, le processus d'implantation, l'appropriation du FBR au niveau des HD, l'identification des leçons apprises et les domaines d'amélioration au niveau des HD. D'autres recherches longitudinales pourront permettre d'étudier de manière plus solide le processus de mise en œuvre du FBR au niveau des HD. Cela permettra aussi de soutenir d'autres réformes de santé qui pourront y être mises en œuvre.

Troisième partie : résultats

La troisième partie de cette thèse présente nos résultats empiriques et comporte trois chapitres. Nous présentons, premièrement, l'article publié qui analyse les perceptions, les rôles du contexte et des acteurs lors de la mise en œuvre du FBR dans les HD (Chapitre 5). Deuxièmement, nous présentons l'article publié qui analyse le processus de répartition des primes du FBR et de ses effets sur la motivation des agents de santé lors de la mise en œuvre du FBR dans les HD (Chapitre 6). Troisièmement, nous présentons l'article qui est en cours de publication et qui porte sur l'analyse du processus de vérification communautaire lors de la mise en œuvre du FBR dans les HD (chapitre 7).

Chapitre 5 : processus de mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans les hôpitaux de district au Mali

Article 1: stakeholder Perceptions and Context of the Implementation of Performance-Based Financing in District Hospitals in Mali

Tony Zitti, Lara Gautier, Abdourahmane Coulibaly, Valéry Ridde

International Journal of Health Policy and Management (IJHPM)

<https://dx.doi.org/10.15171/ijhpm.2019.45>

Article History: Received: 17 January 2019, accepted: 2 June 2019, ePublished: 30 June 2019

Citation: Zitti T, Gautier L, Coulibaly A, Ridde V. Stakeholder perceptions and context of the implementation of performance-based financing in district hospitals in Mali. *Int J Health Policy Manag.* 2019;8(10):583–592. doi:10.15171/ijhpm.2019.45

Copyright: © 2019 The Author(s); Published by Kerman University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Article available at :

https://www.ijhpm.com/article_3637_02d97a8e2f2d637c5bbca88e04de5edc.pdf

Authors' affiliations

Tony Zitti ^{1,2*}, Lara Gautier ^{3,4,5}, Abdourahmane Coulibaly ^{2,6}, Valéry Ridde ⁷

(1) CEPED (UMR 196), Institut de Recherche pour le Développement, ERL INSERM SAGESUD, École doctorale Pierre Louis de santé publique, Université Sorbonne Paris Cité, Paris, France.

(2) Miseli Research NGO, Bamako, Mali.

(3) Department of Social and Preventive Medicine, University of Montreal, Montreal, QC, Canada.

(4) Public Health Research Institute, University of Montreal, Montreal, QC, Canada.

(5) CESSMA (UMR 245), Institut de Recherche pour le Développement, Université Sorbonne Paris Cité, Paris, France.

(6) Faculty of Medicine and Odonto-Stomatology, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies, Bamako, Mali.

(7) CEPED (UMR 196), Institut de Recherche pour le Développement, ERL INSERM SAGESUD, Université Sorbonne Paris Cité, Paris, France.

Email: valery.ridde@ird.fr

Tel: +33 1 76 53 34 53

Address: Ceped, 45 rue des Saints-Pères 75006 Paris, France

Résumé en français

Cet article a pour objectif d'analyser le processus de mise en œuvre du FBR au niveau des HD. Il s'agit de comprendre les problèmes liés à la conception du modèle d'intervention du FBR, l'influence du contexte local, et de montrer les spécificités des normes et valeurs locales lors de la mise en œuvre du FBR au niveau des HD. Nous avons adopté une démarche qualitative, reposant sur un devis d'études de cas multiples. Nous avons réalisé 36 entretiens, 24 séances d'observations non participantes ainsi que seize entretiens informels et utilisé une revue documentaire. Le cadre d'analyse « Consolidated Framework For Implementation Research (CFIR) », nous a permis d'analyser le processus de mise en œuvre du FBR dans les HD.

Nos résultats montrent que le FBR est bien accueilli par les acteurs locaux dans les HD. Toutefois, plusieurs défis ont entravé la bonne mise en œuvre du FBR, des problèmes sur le design, une mauvaise connaissance de l'intervention par les acteurs au sein des hôpitaux, le nombre d'indicateurs insuffisants, et la courte durée de la mise en œuvre (huit mois). Le manque d'implication des acteurs locaux lors de la conception de l'intervention du FBR à poser des défis dans son appropriation et sa pérennité. L'implication des acteurs locaux de la conception à la mise en œuvre des interventions complexes telle que le FBR doit être priorisée, car il est un facteur essentiel de sa réussite. Pour la réussite du FBR dans le contexte des PRFI, il est indispensable que les agences de mise en œuvre puissent prendre en compte les facteurs qui pourraient influencer sa mise en œuvre.

Stakeholder Perceptions and Context of the Implementation of Performance-Based Financing in District Hospitals in Mali

Abstract

Background: To improve the performance of the healthcare system, Mali's government implemented a pilot project of performance-based financing (PBF) in the field of reproductive health. It was established in the Koulikoro region. This research analyses the process of implementing PBF at district hospital (DH) level, something which has rarely been done in Africa. **Methods:** This qualitative research is based on a multiple, explanatory, and contrasting case study with nested levels of analysis. It covered three of the 10 DHs in the Koulikoro region. We conducted 36 interviews: 12 per DH with council of circle's members (2) and health personnel (10). We also conducted 24 non-participant observation sessions, 16 informal interviews, and performed a literature review. We performed data analysis using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR).

Results: Stakeholders perceived the PBF pilot project as a vertical intervention from outside that focused solely on reproductive health. Local actors were not involved in the design of the PBF model. Several difficulties regarding the quality of its design and implementation were highlighted: too short duration of the intervention (8 months), choice and insufficient number of indicators according to the priority of the donors, and impossibility of making changes to the model during its implementation. All health workers adhered to the principles of PBF intervention. Except for members of the district health management team (DHMT) involved in the implementation, respondents only had partial knowledge of the PBF intervention. The implementation of PBF appeared to be easier in District 3 Hospital compared to District 1 and District 2 because it benefited from a pre-pilot project and had good leadership.

Conclusion: The PBF programme offered an opportunity to improve the quality of care provided to the population through the motivation of health personnel in Mali. However, several obstacles were observed during the implementation of the PBF pilot project in DHs. When designing and implementing PBF in DHs, it is necessary to consider factors that can influence the implementation of a complex intervention.

Keywords: Performance-Based Financing, Mali, Implementation, CFIR, District Hospitals

Key Messages

Implications for policy makers

- Involving decentralised actors in the process of choosing performance-based financing (PBF) indicators is essential for its success because it allows for better ownership of the intervention at the local level.
- Factors that may influence the leadership and management capacity of district hospitals (DHs) need to be taken into account at the start of PBF as this supports its implementation.
- The limited number of indicators paid by PBF in DHs can have negative effects on its implementation, as it may reduce the involvement of all health workers in achieving results.

Implications for the public

The main objective of performance-based financing (PBF) is to improve the quality of care provided to the population through the motivation of health workers. Our study on the implementation of PBF in district hospitals (DHs) in Mali illustrates that the leadership capacity of the first DH manager is a factor that influences the implementation and the ownership of PBF in DHs. In addition to the contextual factors, our study identified some effects of PBF implementation in Mali. Our study showed that the establishment of new support tools (attendance book, register, feedback sheets in the evacuation-reference system) made it possible to strengthen the health system.

Background

PBF is a mechanism by which health facilities are paid on the basis of their performance, which is measured by the quantity and quality of services they provide (Fritsche et al., 2014). This practice would increase the productivity and quality of health care benefits available to people (Turcotte-Tremblay et al., 2016; Meessen et al., 2011). PBF is expanding rapidly in low- and middle-income countries (LMIC),(Gautier et al., 2018) and gaining interest from governments and development agencies (Henrion et al., 2018; Renmans et al., 2016). However, the results of several systematic reviews are mixed with respect to the effects of PBF on the use and the quality of health services (Paul et al., 2018; Witter et al., 2012; Das et al., 2016; Wiysonge et al., 2017). Studies point to a gap between expectations and achievements in the experimenting PBF(Ssengooba et al., 2012; Ogundeji et al., 2016; Waweru et al., 2016; Antony et al., 2017).

In Benin, Antony et al. (2017) emphasised the complexity and high cost of qualitative, quantitative, and community verification processes. In Nigeria, Ogundeji et al. (2016) showed that the delay and lack of communication in the payment of PBF financial rewards have led to uncertainty and mistrust among health workers about PBF, causing a negative impact on health workers motivation. In Cameroon, a study by De Allegri et al. (2018) revealed that the delay due to the payment of PBF bonus payments did not allow the health centre to have effective management autonomy, to execute their plans, and to cover the costs of taking care of the very poor. The majority of articles on the implementation of the PBF in Africa (Ssengooba et al., 2012; Ogundeji et al., 2016; Lohmann et al., 2018) either featured a wide range of health facilities (dispensaries, health posts, health centres, and hospitals) or just focused on primary health centres.

Thus, the particular context prevailing in DHs is not prominently or systematically featured in articles studying the implementation of PBF in Africa. In Malawi, Lohmann et al. (2018) showed that in community-level health facilities, individual financial incentives were distributed to all staff at the centre, while in the DHs, priority was given to health workers working in maternity wards. In Rwanda, Paul (2009) study explained that distribution of bonus payments between health workers in DHs was not done on the basis of individual performance evaluations, but rather on the performance of health units or hospitals. In addition, this case study in Rwanda demonstrated that the performance of health workers in DH was dependent on several factors related to the work

environment (equipment availability, leadership, and communication), and health workers' characteristics (norms and values in relation to work). Clearly, a problem of transparency and lack of information arose during the implementation of PBF, which in some cases impacted the motivation of DH health workers. In Burundi, a qualitative DH-level study highlighted that stakeholders' views and the context of implementation need to be taken into account from the design and during the implementation of the PBF (Rudasingwa & Uwizeye, 2017).

In Burkina Faso, a study from Bodson et al. (2018) showed that PBF was more faithfully implemented at the level of primary health centres compared to hospitals. However, this study did not concern the analysis of the contextual factors that could explain these results. Our article aims to fill a research gap in the existing literature, by analysing the process of implementation of PBF at the DH level of Koulikoro region in Mali. The following research question guides this study: how is PBF implemented in DHs? We aim to understand the problems related to the design of the PBF intervention model and the influence of the local context; and to highlight the specific local norms and values guiding the implementation of PBF at the DH level.

History of PBF in Mali

From February 2012 to December 2013, a pre-pilot PBF project was initiated in the Koulikoro region, specifically in the districts of Dioïla, Fana, and Banamba. The project was implemented following a partnership between the Ministry of Health and Public Hygiene (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique [MSHP]), the Netherlands Development Organization (SNV), and the Royal Tropical Institute (KIT). An evaluation of the project was carried out in May 2014 by consultants directly involved in designing and implementing the intervention (Toonen et al., 2014). In their report, the authors claimed to identify an increase in the use of health facilities for certain services concerning maternal health and an improvement in the quality of care. However, an independent study showed that the introduction and removal of PBF had no effect on the use of maternal and child health services (Zombré et al., 2017). In addition, another study showed that the degree of sustainability for this intervention was weak (Seppey et al., 2017).

Subsequently, the Malian government, as part of a large World Bank-funded Strengthening Reproductive Health Project (SRHP), expanded the PBF initiative to all ten health districts from the Koulikoro region (World Bank, 2017). SRHP was intended to support Mali's efforts to

strengthen its health system in a number of ways: (i) strengthening the supply and quality of reproductive health services; (ii) increasing demand for reproductive health services; and (iii) social responsibility, project management, and monitoring and evaluation (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016). The PBF pilot project is one of the sub-components of SRHP. According to its designers, the goal of the PBF strategy is to increase the use of quality reproductive health services by increasing the motivation and accountability of service providers to achieve results. PBF involved a total of 205 Community Health Centres (Centres de santé communautaires [CSCoM]) and 10 DHs. Implementation of the PBF component of the SRHP started in July 2016 for a period of eight months (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016).

Architecture of the PBF Pilot in Mali

The actors who implemented the PBF pilot project decided that it embraces the architecture of the health system without introducing new structures. At the central level, an interministerial steering committee was set up to monitor the implementation of the SRHP. The SRHP was coordinated by the Project Coordination Unit (PCU), with which the MSHP had signed a contract. A contract was also signed between the PCU and a multi-stakeholder consortium. The consortium, which included two Dutch organisations (KIT and Cordaid) and a local company (Clinique de Gestion et d'Innovation des Connaissances; [CGIC]), was tasked with project operationalisation. The consortium acted as a contracting and verification agency. To assist local actors in the implementation of PBF, 10 technical assistant experts in PBF were recruited and assigned to each DH level. Five of these technical assistant experts were international experts from other African countries, and five were Mali nationals.

At the local level, a PBF contract was signed between the KIT-Cordaid-CGIC Consortium and the circle council (i.e., the administrative body responsible for managing the circles) overseeing the DH. Circles are sub-district administrations that gather several municipalities, endowed with a legal personality and benefiting from financial autonomy. Subsequently, circle councils signed a contract with DHs for the implementation of PBF. DHs developed results plans quarterly, which identified the main barriers to improving health indicators in geographic areas. It suggested solutions to solve health system and healthcare issues, and the means to implement those solutions.

The development of the results plans also involved health workers and the participation of members from the circle council. As a regulator, the role of the Regional Health Directorate (Direction régionale de la santé [DRS]) was to ensure the respect of quality standards in DHs. Three quantitative indicators were chosen for PBF in DHs (Appendix A). Amounts for indicators paid under PBF were decided before beginning implementation. DRS members checked DH records monthly to verify the total number of services offered. Quality indicators were checked quarterly by members of the DRS. Verification of qualitative indicators resulted in the attribution of a technical quality score are expressed as a percentage (Appendix B). In DHs, a maximum of 60% of the PBF subsidies were planned to reward individual motivation of health workers, and a minimum of 40% was to be spent on equipment. Once quantitative and qualitative indicators had been checked, the PBF subsidies were channelled into bank accounts of DHs. Counter-verification of user performance was done by local NGOs.

Methods

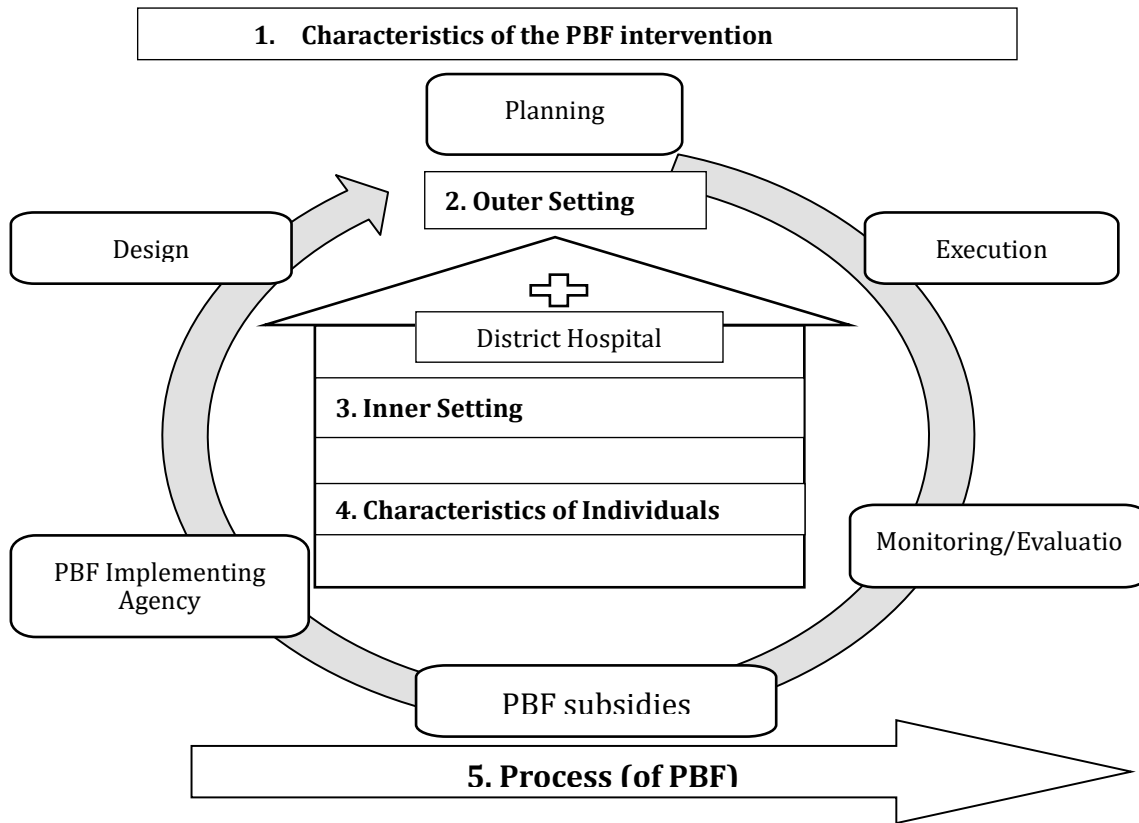
Setting of the Study

The study took place in Mali, in the Koulikoro region. In this country, the health system pyramid has three levels (Appendix C). Appendix D outlines socio-demographic and health characteristics of Mali and the Koulikoro region.

Conceptual Framework

Data collection and process analysis were carried out using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (Damschroder et al., 2009). According to this framework, five dimensions should be studied to understand the implementation of a health intervention (Figure 1): (i) Characteristics of PBF intervention, (ii) Outer Setting to DH, (iii) Inner Setting to DH, (iv) Characteristics of Individuals, and (v) Process (of PBF). Each of these dimensions includes several constructs. Thanks to a preliminary analysis of the CFIR conceptual framework by the research team, we were able to classify the selected constructs and their descriptions as well as the constructs not retained and their justification (see Appendix E).

Figure 1: Conceptual Framework adapted from Damschroder et al. 2009



Research Strategy

We adopted a qualitative approach, based on a set of explanatory and contrasting multiple case studies with nested levels of analysis (Yin, 2009), corresponding to DHs and participants to the implementation of PBF. The conceptual framework outlined above (CFIR) guides our case studies. As per Yin's five components of a case study, our study used: 1) a research question: how is PBF implemented in DHs?; 2) one main proposition in relation to the research question: the characteristics of the PBF intervention, the outer and inner setting of DHs, the characteristics of individuals, and the processes embedded in the intervention affect the implementation of PBF; 3) units of analysis (detailed in the paragraph below); 4) the logic linking the data to the propositions; and 5) the criteria for interpreting the findings: CFIR's five dimensions (i.e., characteristics of the PBF intervention, outer setting of DH, inner setting of DH, characteristics of individuals, and PBF process) guiding data collection (e.g. interview guides) and analytical approach.

We chose three of the 10 DHs in the Koulikoro region. The characteristics of the three health districts and their DH are summarised in Appendix F. These figures take into account our resource constraints, but also feature an adequate representation of the diversity of contextual situations conducive to the analytical generalisation process specific to case (Yin, 2009). Our study is part of a wider research programme entitled: “*Results-based financing for equitable access to maternal and child health care in Mali and Burkina Faso*”. The cases were those identified for this research programme.

Several districts were removed from the eligible cases because they did not represent the regular context of the health system that the intervention aims to improve (strong interventions by several NGOs), or are not accessible for security reasons. District 1 was selected for its urban character and the presence of a medical assistance scheme (Régime d’assistance médicale [RAMED]). In Mali, RAMED provides medical care for the poor and other vulnerable populations. District 2 was chosen for featuring an articulation of the PBF with a community-based insurance was envisaged. This was intended to assess the extent to which PBF could serve as a basis for the accreditation process of health facilities, a process that predates the development of social protection systems (compulsory health insurance, community-based insurance, and RAMED). Finally, we selected District 3, a landlocked and agricultural area in which a community experiment to identify the poorest was also tested. Of the three districts selected, only District 3 experienced the PBF pilot phase.

Sampling of Participants

Purposeful sampling was used to select participants, so as to ensure external diversification. This selection makes it possible to contrast the different points of view of actors who occupy different positions within a group, in order to have an overall analysis that can be generalised (Pires, 2007). For each district, it was necessary to identify the different categories of actors involved in the implementation of PBF at the level of the three DHs. Different stakeholder profiles (Table 1) were selected to compare points of view (Ibid). Participants were recruited based on their availability to answer interview questions.

Table 1: People surveyed at the level of the three DHs

People surveyed	DH 1	DH 2	DH 3	Total
Circle Council Members	2	2	2	6
District Health Managers	1	1	1	3
Medical Doctors	1	1	1	3
PBF focal points	1	1	1	3
Agents in charge of health information systems	1	1	1	3
Nurses	2	2	2	6
Obstetrician nurses	2	2	2	6
Pharmacist/ Drug's managers	1	1	1	3
Agent in charge of hygiene/sanitation	1	1	1	3
Total	12	12	12	36

Abbreviations: Performance-based financing, PBF; District hospital, DH.

Tools, Techniques and Data Collection

The research was conducted from December 2016 to January 2017. We stayed for 12 days in each of the three DHs. Actors' perceptions and practices was the centre of the interview questions. Three semi-structured interview guides were prepared for the District Health Manager (Médecin chef de District [MCD]), staff (medical doctors, nurses, and other health workers and staff), and circle council members. The contents of the three guides have been adapted with the selected CFIR constructs.

We conducted 36 semi-structured interviews. We also conducted 24 non-participant observation sessions as well as 16 informal interviews with two caretakers, five physicians, a pharmacist, a health information officer, a social development officer, two nurses, two interns, a midwife and a nurse woman, and a hygienist. Personal notes taken during non-participant observations and informal interviews were recorded in a journal. In the non-participant observation sessions, we focused on the following topics: (i) work environment (hygiene in hospital outbuildings, treatment rooms, waiting areas, washrooms, etc.); (ii) technical tools in DHs (i.e., availability and filling of

clinical records, attendance books); and (iii) work performance (i.e., quality of reception, quality of orientation, guard system).

Data Processing and Analysis

Data processing was done iteratively. All interviews and notes written were classified by site. Research assistants transcribed verbatim all the recordings. The transcribed data was reviewed and coded using a codebook derived from our theoretical framework (Gagnon, 2012). We coded the data using the QDA Miner Lite software. Based on these codes, we conducted data analysis using the CFIR. This method allowed for an analytical approach that followed a deductive-inductive logic, based on the CFIR dimensions, and allowed empirical themes to emerge that may be relevant to better understand the implementation of PBF in Mali. Our results are presented using the five dimensions of the CFIR framework, following a comprehensive and logical flow as recommended by a conceptual of the CFIR (Damschroder et al., 2009).

Results

Our results feature a general analysis of the implementation of PBF in DHs in Mali. Very few empirical differences appeared between the cases: only significant differences were highlighted. In this section, the themes match the dimension of the CFIR. CFIR sub-constructs are shown in brackets.

Characteristics of the PBF Intervention

The majority of the actors were not aware of the source of financing for the PBF pilot intervention (*Intervention Source*):

“I think maybe it's the partners (who brought the PBF), but I have no idea. I have not received any information about that” [Nurse, Case 2].

Only respondents among District Health Management Team (DHMT) members involved in the implementation knew that the World Bank funded the PBF intervention. Respondents believed that PBF provided a better return on investment as compared to another existing project (*Relative Advantage*). However, they perceived the project as being too short (eight months) because it only allowed for one payment cycle in a single quarter:

“The duration of the implementation is a factor of discouragement, because the change of system requires a [comprehensive] support system; it is not in eight months that it can do it, especially where there’s staff turnover” [Agent in charge of hygiene/sanitation, Case 3].

Furthermore, respondents perceived PBF as a vertical program, i.e., only focusing on reproductive health and not allowing involvement of all DH care services (*Complexity*). Moreover, they considered that choosing three quantitative indicators was insufficient (*Design, Quality & Packaging*):

“When you look at the documents that talk about PBF internationally, you are told that for a district hospital it takes for example twelve quantity indicators, we are at three” [District Health Manager, Case 3].

Several actors perceived this PBF intervention as a very complex system, i.e. the multitude of procedures and approaches made its implementation at the local level really slow (*Complexity*). In addition, it was not possible to adapt the intervention as deficiencies were observed (*Adaptability*). PBF was an original action for the majority of DH 1 and 2 staff, but not for DH 3 staff who had already experienced it (*Trialability*). Information on the implementation interest and effectiveness of the pre-pilot PBF project was provided during PBF training. Almost all respondents believed that the PBF had already been proven during the pre-pilot phase. They believed that the pre-pilot project had resulted in individual benefits and improved both indicators and the quality of care provided (*Evidence Strength & Quality*):

“The people who participated in the PBF pre-pilot project say that it brought them money. In addition it allowed them to supply their structure” [Medical Doctor, Case 1].

Outer Setting to Health Facilities

The PBF reform is featured in the Decennial Health and Social Development Programme III (Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social [PRODESS]) period 2014-2023 as an innovative approach that can improve the healthcare quality (*External Policy & Incentives*). Informants reported that indicators selected matched donors’ priorities. Local actors were not involved in the design process (choice indicators, etc.) of PBF. Yet, informants considered that quantitative indicators of PBF chosen at the DH-level concerned maternal mortality issues of national priority. In addition, several actors argued that some relevant indicators such as curative

consultation, fourth prenatal consultation (PC4), family planning, and the third post-natal consultation (PNC3) should have been taken into account (*Patient Needs & Resources*). To facilitate the implementation of PBF, DHs collaborated with external agencies like circle councils, the implementing agency (i.e., the consortium including the technical assistant experts in PBF), and CSCoM (*Cosmopolitanism*).

Inner Setting to Health Facilities

The availability of local qualified personnel and equipment were factors that reportedly facilitated the implementation of PBF (*Structural Characteristics*). However, several problems experienced in DHs prevented adequate implementation of PBF (Table 2), such as malfunctioning management bodies (i.e., management board and DHMTs) or staff mobilisation for meetings. Communication channels and tools were defective in the vast majority of DHs (*Networks & Communications*). In addition, we noted a problem of motivation for health workers: they did not have a performance culture in their work (*Culture*). PBF was implemented in a difficult context prevailing in DHs (*Implementation Climate / Tension for Change*).

Table 2: Summary of the Inner Setting that prevailed before the implementation of the PBF without DHs

Dimensions	Problems Experienced
Care delivery	<ul style="list-style-type: none"> - Deficit of the technical platform - Staff instability - Non-compliance with standards and procedures - Inadequate retraining of health workers
Management-Body (Management board and DHMT)	<ul style="list-style-type: none"> - Malfunction of management bodies - Only MCD and managers were involved in financial management - Non-transparent management - Trust between staff and managers
Leadership of the MCD	<ul style="list-style-type: none"> - Lack of leadership capacity in DH 1 - Authoritarian leadership capacity in DH 2

	- Good leadership capacity in DH 3
Hygiene and sanitation	- Presence of a sanitation hygiene unit - The hygiene of the premises and the courtyard was better in DH 2 and 3 than in DH 1
Patient reception and orientation	- The reception of patients and their orientation was well done, and the name of each unit was placed on the buildings in French and local language (<i>Bambara</i>) in DH 3 - In DH 1 and 2, there was a serious problem with patient referral, as care units were not identified
Guard system	- A 7-day/7-day, 24-hour on-call system existed in all three DHs - In DH 1 a premium was paid to the DH guard, unlike in DH 2 and 3
Drug supply system for the health district	- Well functioning

Abbreviations: Performance-Based Financing, PBF, District hospital, DH, District Health Manager (Médecin chef de District [MCD]).

Before the start of PBF implementation, all MCDs participated in a two-week training in Benin in May 2016. A *PBF focal point*, (i.e., a person assisting some MCD with PBF implementation), was appointed in each structure by the MCD. The decision to appoint a PBF focal point was entirely at the discretion of each MCD. The MCD and the PBF Focal Point also participated in several other trainings at national and regional levels (*Readiness for Implementation/Access to Knowledge & Information*). Two training sessions were conducted in each DH by the PBF focal point with the assistance of the technical assistant experts in PBF provided by the consortium. In addition to the eight DH health workers, circle council members, journalists, chairs of Community Health Associations (Associations de santé communautaire [ASACO]), and Technical Directors of CSCCom (Directeurs techniques de centres [DTC]), participated in a three-day PBF training session in each DH. The number of trainees and the duration of training was considered insufficient to understand the principles and functioning of the PBF project, given its complexity and the need to adapt it to each context. DHMT members were the most knowledgeable about the different

contours of the intervention. There was no regular meeting to inform stakeholders on the implementation of PBF (*Readiness for Implementation/Access to Knowledge & Information*).

According to the respondents, the development of the results plans started during training and was finalised by the human resources manager, the MCD, and the PBF focal point. In addition, except for those who participated in the training, health workers did not receive a document explaining PBF. Some health workers got information on PBF through those who participated. No poster or social marketing strategy for staff and users was used during PBF implementation:

“Users are not aware that there is a new system called PBF at the DH level” [PBF Focal Point, Case 1].

Although respondents did not mention measures to combat drug stockouts, PBF would have pushed DHs to better comply with the national drug supply plan. In addition, the vast majority of respondents did not believe that PBF brought anything new with respect to standards and procedures. Health workers did not perceive PBF as a new policy; rather they viewed it as a motivator to do their job better. (*Implementation Climate/Compatibility*). In addition, the PBF implementing agency did not provide DHMT members with financial or logistical resources in time to enable for the performance of the indicator verification activities (*Readiness for Implementation/ Available resources*):

“There are logistical problems in conducting supervision... we only have one vehicle [to do this]” [District Health Manager, Case 2].

Finally, the populations apparently were not informed about the implementation of PBF in DHs.

Characteristics of Individuals (health workers and other employees)

The majority of respondents were supportive and enthusiastic about PBF principles (*Knowledge and beliefs about the intervention of the PBF*). According to them, PBF was different from other projects because it improved healthcare quality and patients’ satisfaction, by motivating health workers through individual incentives and investment subsidies for DHs. Although they linked PBF's intervention to the values of a job well done. Some respondents mentioned the potential negative effects of PBF: i) the lack of motivation of some members of the health care team; ii) the competitive spirit leading to individualism and its negative consequences on teamwork; and iii) the excessive increase in diagnostics related to PBF indicators. Respondents believed that there

was a problem of ownership of PBF at the regional and national levels, which posed problems at the local level. According to them, the designed project did not allow for the involvement of all the actors who administered healthcare in DHs (*Knowledge and beliefs about the intervention of the PBF*).

In Mali, the health sector is governed by procedures and standards that are regulated by the MSHP and its decentralised structures. This regulation is not often well secured by lack of resources (human, material, and financial) and/or sanctions against those who fail. However, during the time of the interviews, the vast majority of health workers said they had become more motivated since the onset of PBF (*Self-efficacy*):

“Without PBF we are paid, and now with PBF we are even more motivated [...]. So it becomes a double motivation, in addition to our salary, we will have a motivation of PBF” [PBF focal point, Case 1].

Some respondents complained that they gradually lost the motivation they had at the beginning because of the delays in evaluating the results and in bonus payments (*Individual Stage of Change*). Those involved in care services outside the maternity hospital did not feel committed to implementing PBF because the indicators chosen did not allow them to be involved (*Individual Identification with Organisation*).

Process for Implementing the PBF Intervention

The pilot project of PBF, which included in the World Bank-funded SRHP, was supposed to start in 2011. However, it did not start until 2016 and ended eight months later, without any modification of the initial design (*Executing*). Its implementation was made hastily so as not to lose the funding obtained from the World Bank. During the implementation of PBF at local level, several problems emerged: limited knowledge, insufficient involvement of actors, poor local ownership, and a delay in the definition of the results plans and the signing of the contracts:

“It's when time has ran out that you could at last do something quickly, and everything was rushed... and here we are, there's a lot of problems” [District Health Manager, Case 1].

The development of the results plans faced multiple challenges in several DHs. In DH 3, the PBF contract was signed on time. While in DH 1 and 2, the lack of leadership from the lead manager (MCD) caused delays in contract signing (*Planning*). Once contracts were signed, MCD were

expected to describe the tasks to be included in each agent's engagement form. This sheet was supposed to allow each health worker to be informed of MCD expectations. This sheet allowed MCD to evaluate health workers (*Planning*). Once completed, individual engagement forms were distributed, but several agents had not yet signed them:

“Here, our individual engagement contracts have not been signed (four months after starting the PBF)”
[Nurse, Case 2].

Health workers in DH 3 signed their individual engagement forms on time, and posted them in DH offices or rooms. DH 3 had already implemented the forms because they had already participated in a previous PBF pilot project (*Planning*). The appointment by the MCDs of a PBF focal point facilitated the implementation of PBF in DHs (*Engaging/Formally Appointed Internal Implementation Leaders*). In addition, the implementing agency provided 10 technical assistant experts in PBF (i.e., five national and five international experts) for assisting with PBF implementation (*Engaging/External Change Agents*). However, respondents believed that resources (financial, material, and logistic) had not been sufficiently made available to these experts to fulfil their role:

“He (PBF expert) did not receive any equipment, desk, seats, machine; and a vehicle had even been requested for supervision: nothing came” [PBF focal point, Case 2].

Under the PBF contract, the MCD supervised and evaluated the heads of the each DH unit. Meanwhile, a team from the DRS evaluated the MCD. Subsequently, each DH head of unit supervised and evaluated the agents under their responsibility (*Reflecting & Evaluating*). No evaluation was done at the time of our visit to the DHs. For respondents, PBF improved health facilities supervision at the peripheral level. However, during implementation, frequent monitoring and evaluation required by PBF was not normally done (*Reflecting & Evaluating*). Despite the fact that qualified staff were trained to perform this task, informants considered the verification activities to be one of the most complicated tasks of the PBF project (10 days/month). In addition, according to some health workers, the fact that many of them were absent for 10 days a month for supervision would affect the quality of health care offered in DH. Thus, the verification component of PBF was perceived as a potential disruptor of DHs functioning (*Reflecting & Evaluating*). New support tools (attendance book, register, and retro-information forms in the evacuation-reference

system) were put in place for PBF implementation. They made it possible to improve case notification (e.g., the systematic use of feedback sheets improved the evacuation reference system):

“Before PBF, evacuation reference cases were recorded, but no feedback sheet was available. It was by phone that the DTC of the CSCom from which the patient came, was given the feedback. Now it's recorded and it's even posted the file as it goes along, and it's systematic” [Nurse, Case 1].

The staff attendance book was implemented to provide information on the first and last name, qualification, arrival and departure time, and signature of the health worker. At first this register was filled in regularly. But after three months without the completion of any verification or the payment of any bonus, the vast majority of health workers only occasionally filled the attendance book, thereby questioning the project's credibility:

“But after ... three months, no bonus, people started asking questions, is that [project] serious?” [PBF Focal Point, Case 2].

Discussion

Our study is the first independent study on the implementation of PBF in Mali; and one of the few studies in Africa on the implementation of PBF at the DH level. To our knowledge, it is the only PBF study in French-speaking West Africa that focuses on the DH context. Our analysis of the implementation of PBF at DH level in Mali revealed several challenges related to the design and implementation of the intervention. Respondents adhered to the principle of PBF intervention, yet they felt it did not bring anything new. The study raised several constraints that may have hindered the implementation of PBF within DH. At the political level, the decisions made by national actors, mindful of the limitations of the PBF pilot project, had a considerable influence. The PBF intervention was one of the sub-components of a larger programme – the SRHP, which aimed to increase the use of reproductive health services in Mali. Despite the fact that decision-makers and the implementing agency at the central level knew that the design of the pilot project was inadequate, and despite the short time for implementation; they insisted on going ahead with the intervention so as not to lose World Bank funding.

This furtherance illustrates the fact that, in some instances, decisions to implement PBF pilot projects in LMICs depend on donors and the availability of funding, rather than national actors. The results of several studies highlight that there is a lack of ownership of PBF pilot projects by national actors in Africa (Paul et al., 2018; Paul et al., 2014; Gautier & Ridde, 2017; Kiendrébéogo et al., 2017). This absence is possibly due to the pilot form, which involves temporal and geographical constraints and external funding, portraying PBF as a vertical type intervention while being presented as a levee for health system reform (Gautier et al., 2019). The lack of national ownership is, therefore, not specific to PBF; it is a recurring problem in Africa for any large intervention encouraged by international donors (Sridhar, 2009).

In addition, our analysis of PBF implementation in Mali highlighted specific problems in terms of ownership by decentralised-level actors (DRS and MCD), especially in terms of project design. They were not involved in the process of choosing performance indicators that mobilise subsidies. The choice of indicators matched the donors' priorities, although they were certainly discussed and validated by the national authorities. Our results are similar to those of other studies in Benin (Paul et al., 2014) and Rwanda (Kalk et al., 2010), which showed that the indicators chosen during the implementation of PBF in Africa often met donors' priorities.

At the macro-organisational level, the lack of participation of some health workers in the DH in the definition of the results plans, and the lack of information on the functioning of PBF caused significant problems in terms of health workers' commitment. The introduction of new tools had positive effects on patient notification. The ratio between the number of indicators selected only in maternal and child health, and the number of health workers in a DH (about 50) seemed insufficient to involve all staff. Some people estimate that at least 15 to 20 quantitative indicators in health facilities are needed when implementing PBF, otherwise the focus would be on some services to the detriment of others (Fritsche et al., 2014). The choices made in Mali thus differed significantly from standards about PBF project design.

The results plans were made during the first training session. The vast majority of DH agents did not participate in defining the objectives of such plans. Thus, it would be difficult for DHs to achieve the performance objectives set in the results plans that had not been defined by the majority health workers. Defining the objectives of the results plans would benefit from a participatory

process. A similar hasty selection of the objectives of results plans was observed in Uganda (Ssenkooba et al., 2012).

As several other studies illustrated (Ssenkooba et al., 2012; Ogundeji et al., 2016; Waweru et al., 2016; Janssen et al., 2015; Ridde et al., 2017), health workers' lack of information and knowledge of PBF led to their low commitment in implementation. Conversely, given their strong involvement in the smooth running of PBF, DHMT members had a better understanding of the intervention. Several other studies showed unequal knowledge of PBF between the main actors and the remaining of the workforce (Ogundeji et al., 2016; Ridde et al., 2017). Other studies indicated that involvement in the design and information of all local actors were key to the success of PBF, as these factors determine their commitment to reform (Fritsche et al., 2014; Ssenkooba et al., 2012; Paul et al., 2014; Ridde et al., 2017). Finally, the new tools and methods of remuneration introduced by the PBF programme are the subject of a mixed report. In qualitative audits, there was insufficient focus on the governance and financial management of DHs. Financial mismanagement of DH reportedly caused distrust of health workers over fairness in allocating PBF bonus payments. Several studies highlighted health workers' feeling of unfairness as to the ways PBF bonus payments were distributed (Paul et al., 2014; Khim & Annear, 2013). With respect to the new tools introduced by PBF, systematic feedback sheets helped to improve the evacuation reference system. The same observation was made in a study in Rwanda (Janssen et al., 2015).

At the micro-organisational level, when PBF was implemented, most health workers expressed enthusiasm. The same enthusiasm and positive effect of the arrival of PBF on health workers has been observed in several other studies in Benin (Paul et al., 2014), Burkina Faso (Ridde et al., 2017), and Malawi (Lohmann et al., 2018). However, local actors' enthusiasm is not the only ingredient for project success. Since the PBF is a complex intervention in an already complex and highly hierarchical health system, the leadership of DH managers emerged as a determining factor in the success or otherwise of the PBF intervention. The lack of engagement of MCDs in some DHs caused recurring delays and malfunctions during the implementation of PBF. When implementing PBF, the leadership capacity of DHs' managers was considered a factor influencing the implementation of the PBF in DHs. Several other studies in Benin (Antony et al., 2017), Rwanda (Kotagal et al., 2009), and Sierra Leone (Bertone et al., 2016) confirmed this statement.

Indeed, their own understanding of the intervention and their commitment play a key role in the implementation. These are the main actors that can influence the motivation of health workers.

Our research has several limitations. First, the CFIR analysis framework with its different taxonomies, dimensions, and constructs enabled to identify all the contours of the implementation of the PBF project. However, during the analysis of the results, integrating of themes that emerged inductively proved to be complex. During the analysis, some constructs and sub-constructs of different dimensions provided information on the same contents (for example: the sub construct *Relative Advantage* of the dimension *Intervention Characteristic* and the sub-built *Implementation Climate/Relative Priority* of the *Inner Setting* dimension).

The second limitation of the CFIR is that it does not allow for accounting for the complexity and dynamics of interventions, because the constructs used are very descriptive and systematic, but somewhat too linear. The results of the study allowed us to spot some expected and unexpected effects of the PBF intervention in DHs. We highlight some of the most salient effects — as perceived by informants and effectively observed by the first author of this manuscript — in Table 3. A specific qualitative study on the effects of PBF in DHs is necessary to specify the preliminary effects we observed during our study.

Table 3: Expected and unintended effects of the PBF pilot project in DHs

Expected effects	Unexpected effects
<ul style="list-style-type: none"> • Establishment of results plans in DHs, • Increase in patient notification of patients attended to in DHs, • The implementation of the PBF pilot scheme addressed some of the malfunctions of the management bodies, • The systematic use of feedback sheets improved the evacuation-reference system, • The establishment of new support tools (attendance book, register, feedback sheets in 	<ul style="list-style-type: none"> • The low number of PBF quantity indicators did not allow all stakeholders to be involved in the intervention, • The delay in verification and evaluation within DHs may have discouraged health workers, • As a consequence of the delay in verifying and paying premiums, health workers no longer filled in the attendance register correctly as they had done at the beginning of the PBF intervention.

the evacuation-reference system) made it possible to strengthen the health system,

- The introduction of the attendance book at the beginning of PBF implementation in DHs allowed health workers to be more timely,
 - Hygiene in DHs improved.
-

The CFIR is not designed to establish the correlation/causality links (between implantation components/processes/internal and external context on the one hand; and effects on the other hand). The study of the causal links between the contextual factors of the PBF pilot project and the effects of this project would merit a full and specific study. A theoretical framework that would be adapted to this type of study is the contribution analysis method by Mayne (2008).

Three additional limitations can be drawn from our study. Data collection took place when most DHs had only started PBF for three or four months. Therefore, apart from the main actors implementing PBF in DHs, other actors' discourse and perceptions about the intervention were limited. Furthermore, patients have not been included in the interviewed persons.

Lastly, our study is cross-sectional: it does not allow us to draw a conclusion on the evolution of the process of implementing PBF at DH level. Nevertheless, our study enabled us to review the quality of the PBF intervention model, the implementation process, the ownership of PBF at the DH level, and to identify lessons learned and areas of improvement in DHs. Further longitudinal research may allow for a more robust study of the process of implementing PBF at the DH level. It will also support other health reforms that can be implemented.

Conclusions

Our qualitative research at the DH level in Mali allowed us to highlight local actors' representations of PBF, and to understand how the context and the norms and values influence its implementation. The PBF project offered an opportunity to improve the quality of care provided to the population through the motivation of health personnel in Mali. Respondents adhered to the principles of PBF but argued that it brought nothing new. Several challenges that could hinder the

successful implementation of PBF within DHs were raised. We offer some recommendations to improve implementation. First of all, in order to mitigate the information problems with PBF, it would be useful to have effective communication at the start of the project to allow a better local appropriation. Secondly, the number of quantitative indicators chosen should be sufficient to allow all actors to be involved in project implementation. Finally, the logistical and financial resources should be made available to the DHMT members so that the quantitative and qualitative verifications are carried out on time. From its conception and during the implementation of PBF in DHs, it is necessary to consider the factors that can influence the implementation of such a complex intervention. Future qualitative studies are needed to understand how PBF affects the leadership and management of managers in DHs, and how PBF affects the involvement of DHMTs' members in the supervision of the centres of health at the peripheral level during implementation. Studies on the distribution of bonus payments in DHs and how it affects the motivation of health workers are also needed.

References

- Antony, M., Bertone, M. P., & Barthes, O. (2017). Exploring implementation practices in results-based financing : The case of the verification in Benin. *BMC Health Services Research*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2148-9>
- Bertone, M. P., Lagarde, M., & Witter, S. (2016). Performance-based financing in the context of the complex remuneration of health workers : Findings from a mixed-method study in rural Sierra Leone. *BMC Health Services Research*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1546-8>
- Bodson, O., Barro, A., Turcotte-Tremblay, A.-M., Zanté, N., Somé, P.-A., & Ridde, V. (2018). A study on the implementation fidelity of the performance-based financing policy in Burkina Faso after 12 months. *Archives of Public Health*, *76*(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-017-0250-4>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice : A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, *4*(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Das, A., Gopalan, S. S., & Chandramohan, D. (2016). Effect of pay for performance to improve quality of maternal and child care in low- and middle-income countries : A systematic review. *BMC Public Health*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2982-4>
- De Allegri, M., Bertone, M. P., McMahon, S., Chare, I. M., & Robyn, P. J. (2018). Unraveling PBF effects beyond impact evaluation : Results from a qualitative study in Cameroon. *BMJ Global Health*, *3*(2), e000693.

- Fritsche, G. B., Soeters, R., & Meessen, B. (2014). *Performance-based financing toolkit*. The World Bank.
- Gagnon, Y.-C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche* (2nd ed). Presses de l'Université du Québec.
- Gautier, L., De Allegri, M., & Ridde, V. (2019). How is the discourse of performance-based financing shaped at the global level? A poststructural analysis. *Globalization and Health*, 15(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0443-9>
- Gautier, L., & Ridde, V. (2017). 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). <https://doi.org/10.1186/s41256-017-0043-x>
- Gautier, L., Tosun, J., De Allegri, M., & Ridde, V. (2018). How do diffusion entrepreneurs spread policies? Insights from performance-based financing in Sub-Saharan Africa. *World Development*, 110, 160-175. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.05.032>
- Henrion, E., Struwig, A., Wedgwood Young, E., Guay, M., & Duering, C. (2018). *Health Results Innovation Trust Fund Mid Term Review* (p. 130) [Final Report]. World Bank Group. <https://www.rbhealth.org/sites/rbf/files/HRITF%20MTR%20Final%2004042018.pdf>
- Janssen, W., de Dieu Ngirabega, J., Matungwa, M., & Van Bastelaere, S. (2015). Improving quality through performance-based financing in district hospitals in Rwanda between 2006 and 2010 : A 5-year experience. *Tropical Doctor*, 45(1), 27-35. <https://doi.org/10.1177/0049475514554481>
- Kalk, A., Paul, F. A., & Grabosch, E. (2010). 'Paying for performance' in Rwanda : Does it pay off? *Tropical Medicine & International Health*, 15(2), 182-190. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2009.02430.x>

- Khim, K., & Annear, P. L. (2013). Strengthening district health service management and delivery through internal contracting : Lessons from pilot projects in Cambodia. *Social Science & Medicine*, 96, 241-249. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.029>
- Kiendrébéogo, J. A., Shroff, Z. C., Berthé, A., Yonli, L., Béchir, M., & Meessen, B. (2017). Why Performance-Based Financing in Chad Failed to Emerge on the National Policy Agenda. *Health Systems & Reform*, 3(2), 80-90. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1280115>
- Kotagal, M., Lee, P., Habiyakare, C., Dusabe, R., Kanama, P., Epino, H. M., Rich, M. L., & Farmer, P. E. (2009). Improving quality in resource poor settings : Observational study from rural Rwanda. *BMJ*, 339(oct30 1), b3488-b3488. <https://doi.org/10.1136/bmj.b3488>
- Lohmann, J., Wilhelm, D., Kambala, C., Brenner, S., Muula, A. S., & De Allegri, M. (2018). ‘The money can be a motivator, to me a little, but mostly PBF just helps me to do better in my job.’ An exploration of the motivational mechanisms of performance-based financing for health workers in Malawi. *Health Policy and Planning*, 33(2), 183-191. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx156>
- Mayne, J. (2008). *Contribution analysis : An approach to exploring cause and effect*. 4.
- Meessen, B., Soucat, A., & Sekabaraga, C. (2011). Performance-based financing : Just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of the World Health Organization*, 89(2), 153-156. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.077339>
- Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique. (2016). *Manuel Opérationnel du Financement basé sur les résultats du projet PRSR-FBR*.
- Ogundeji, Y. K., Jackson, C., Sheldon, T., Olubajo, O., & Ihebuzor, N. (2016). Pay for performance in Nigeria : The influence of context and implementation on results. *Health Policy and Planning*, 31(8), 955-963. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw016>

- Paul, E., Albert, L., Bisala, B. N., Bodson, O., Bonnet, E., Bossyns, P., Colombo, S., De Brouwere, V., Dumont, A., Eclou, D. S., Gyselinck, K., Hane, F., Marchal, B., Meloni, R., Noirhomme, M., Noterman, J.-P., Ooms, G., Samb, O. M., Ssenogooba, F., ... Ridde, V. (2018). Performance-based financing in low-income and middle-income countries : Isn't it time for a rethink? *BMJ Global Health*, 3(1), e000664. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000664>
- Paul, E., Sossouhounto, N., & Eclou, D. S. (2014). Local stakeholders' perceptions about the introduction of performance-based financing in Benin : A case study in two health districts. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(4), 207-214. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.93>
- Paul, F. A., & (first). (2009). Health worker motivation and the role of performance based finance systems in Africa : A qualitative study on health worker motivation and the Rwandan performance based finance initiative in district hospitals. In *Science working paper* (Vol. 1-N° 08-96, p. 36). London: Development Studies Institute.
- Pires, A. (2007). Échantillonnage et recherche qualitative : Essai théorique et méthodologique. In *Les classiques des sciences sociales* (Vol. 1-Édition numérique). Bibliothèque Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi. <http://classiques.uqac.ca/>
- Renmans, D., Holvoet, N., Orach, C. G., & Criel, B. (2016). Opening the 'black box' of performance-based financing in low- and lower middle-income countries : A review of the literature. *Health Policy and Planning*, 31(9), 1297-1309. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw045>
- Ridde, V., Yaogo, M., Zongo, S., Somé, P.-A., & Turcotte-Tremblay, A.-M. (2017). Twelve months of implementation of health care performance-based financing in Burkina Faso : A

- qualitative multiple case study. *The International Journal of Health Planning and Management*. <https://doi.org/10.1002/hpm.2439>
- Rudasingwa, M., & Uwizeye, M. R. (2017). Physicians' and nurses' attitudes towards performance-based financial incentives in Burundi : A qualitative study in the province of Gitega. *Global Health Action*, *10*(1), 1270813. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1270813>
- Sepey, M., Ridde, V., Touré, L., & Coulibaly, A. (2017). Donor-funded project's sustainability assessment : A qualitative case study of a results-based financing pilot in Koulikoro region, Mali. *Globalization and Health*, *13*(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0307-8>
- Sridhar, D. (2009). Post-Accra : Is there space for country ownership in global health? *Third World Quarterly*, *30*(7), 1363-1377. <https://doi.org/10.1080/01436590903134981>
- Ssengooba, F., McPake, B., & Palmer, N. (2012). Why performance-based contracting failed in Uganda – An “open-box” evaluation of a complex health system intervention. *Social Science & Medicine*, *75*(2), 377-383. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.050>
- Toonen, J., Dao, D., Koné, B., & Mathijssen, J. (2014). *Évaluation finale : Accélérer l'atteinte de l'OMD 5 dans la région de Koulikoro—Projet pilote financement basé sur les résultats dans les cercles de Dioïla et Banamba*. Institut Royal Tropical.
- Turcotte-Tremblay, A.-M., Spagnolo, J., De Allegri, M., & Ridde, V. (2016). Does performance-based financing increase value for money in low- and middle- income countries? A systematic review. *Health Economics Review*, *6*(1). <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0103-9>
- Waweru, E., Goodman, C., Kedenge, S., Tsofa, B., & Molyneux, S. (2016). Tracking implementation and (un)intended consequences : A process evaluation of an innovative

- peripheral health facility financing mechanism in Kenya. *Health Policy and Planning*, 31(2), 137-147. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv030>
- Witter, S., Fretheim, A., Kessy, F. L., & Lindahl, A. K. (2012). Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. In The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007899.pub2>
- Wiysonge, C. S., Paulsen, E., Lewin, S., Ciapponi, A., Herrera, C. A., Opiyo, N., Pantoja, T., Rada, G., & Oxman, A. D. (2017). Financial arrangements for health systems in low-income countries : An overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011084.pub2>
- World Bank. (2017). *Mali—Strengthening Reproductive Health Project* (N° ICR4095; p. 81). World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/542131502720462868/Mali-Strengthening-Reproductive-Health-Project>
- Yin, R. K. (2009). *Case study research : Design and methods* (4th ed). Sage Publications.
- Zombré, D., De Allegri, M., & Ridde, V. (2017). *L'introduction puis le retrait du FBR n'ont pas eu d'effet sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile dans la région de Koulikoro au Mali*. <http://www.equitesante.org/effets-du-fbr-sur-lutilisation-des-services-de-sante-maternelle-et-infantile-au-mali/>

Appendix

Appendix A – List and unit cost of quantitative indicators at DHs levels

Indicators/Services PCA	Unit cost in CFA Franc
Number of complications managed at the time of delivery (including caesarean sections...)	13 227
Number of cases referred correctly handled and counter-referred	992
Number of cases of complicated malaria in children (0-5 years)	992

Source: Procedure Manual in Mali (2016)

Abbreviations : Complementary Activity Package (Paquet Complémentaire d'Activité), PCA.

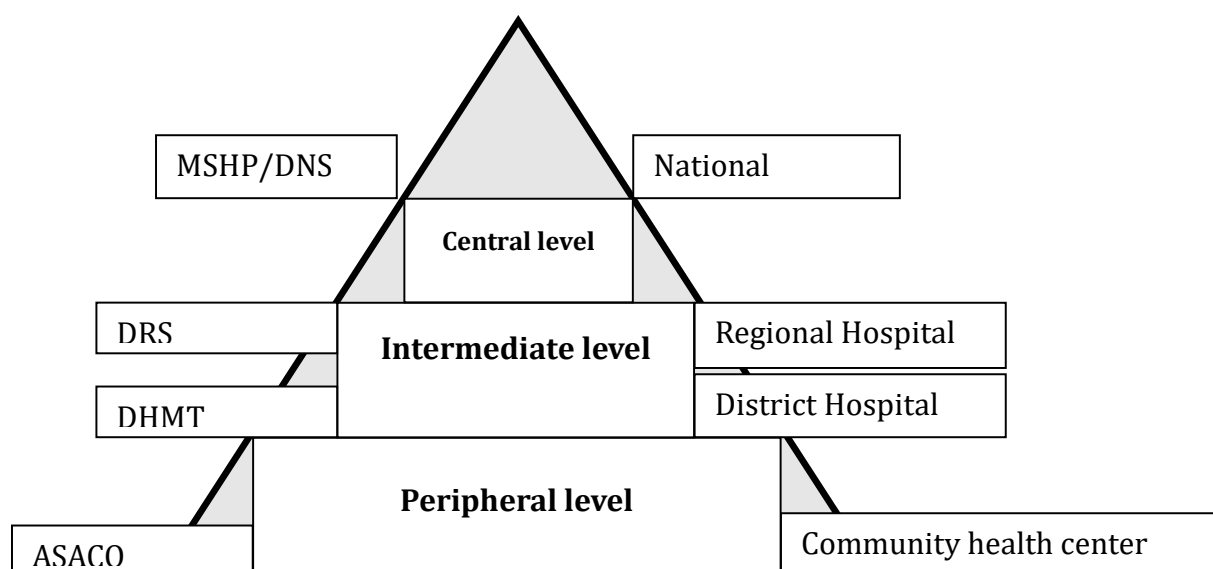
Appendix B – Weighting of qualitative indicators for CSCom and DHs

Headings	Weight
Resources and processes: indicators on human resources, infrastructure, patient relations, functionality, hygiene, governance, role of the ASACO, etc.	30
Clinical indicators: availability of essential medicines, compliance with quality standards, etc.	50
User satisfaction	20
Total	100

Source: Procedure Manual in Mali (2016)

Abbreviations : Community Health Association (Association de Santé Communautaire), ASACO; Community Health Center (Centre de santé communautaire), CSCom; District hospital, DH.

Appendix C – Health pyramid of Mali



Abbreviations : Community Health Association (Association de Santé Communautaire), ASACO; District Health Management Team (Membre de l'Equipe Cadre du District), DHMT; National Health Directorate (Direction Nationale de la Santé), DNS; Regional Health Directorate (Direction Régionale de la santé), DRS; Ministry of Health and Public Hygiene (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique), MSHP.

Appendix D – Socio-demographic and health characteristics in Mali and the Koulikoro region

Characteristics	Country	Koulikoro Region
Population ¹ (2017 estimate)	18.786.996	3.146.696 (16%)
Surface area	1 241 238 km ²	90 120 km ²
% of the population residing in rural areas	75,5 %	94,5%
Rate of urbanization	22,5 %	5,5%
Incidence of poverty ² (proportion of the population considered poor)	46,8 (2016)	51,5 (2016)
Number of health districts	65	10
Number of district hospitals	65	10
Number of CSCom	1.296	205
Ratio of health personnel (doctor, midwife and nurse) per 10,000 inhabitants	5,2	3,7

Female of childbearing age (15-49 years)	3.901.903 (22 % of the total population)	653.543
Child under five years of age	3.015.107 (17 % of the total population)	505.010
Morbidity rate (%) ³	27,3 (2018)	21,7 (2018)
Proportion of the population living within 5 km of a health facility (%)	76,2 (2016)	67,6 (2016)
Proportion of population living more than 5 km from a health facility (%) ⁴	23,8	32,4
Proportion of population who consulted in health facilities (%) ⁴	82,7	94,9

Appendix E – Description of the different constructions of the CFIR framework and justification for the choice of those not selected

Construct	Short Description	Justification of unsuccessful constructs
1. INTERVENTION CHARACTERISTICS		
A. Intervention Source	The actors' perception of the origin of the intervention. Has it been developed internally or externally? Why was it developed?	
B. Evidence Strength & Quality	Stakeholders' perceptions of the quality and validity of evidence that the intervention will achieve its intended outcomes (e.g., intervention theory).	
C. Relative Advantage	Stakeholders' perception of the benefit of implementing the intervention compared to other forms of intervention.	
D. Adaptability	The degree to which the intervention can be adapted or reinvented to meet local needs	
E. Triability	The ability to test the intervention on a small scale within the organization, and to be able to change (or cancel the implementation) if justified.	
F. Complexity	The perceived difficulty of implementing the intervention, particularly in terms of duration, scope, radicality, level of disruption, centrality, and complexity; and the number of steps required to implement it.	
G. Design Quality & Packaging	Perceived excellence in the way the intervention is presented, assembled, and designed	

H. Cost	The costs of the intervention and the costs associated with its implementation, including investment, procurement, and opportunity costs.	
2. OUTER SETTING	Short Description	Justification of unsuccessful constructs
A. Patient Needs & Resources	The degree to which patients' needs, as well as the barriers and facilitators to meet these needs, are known and prioritized by the organization.	
B. Cosmopolitanism	The degree to which the organization is networked with external organizations.	
C. Peer Pressure	Pressure to implement the intervention, usually because other major organizations have already implemented it or because there is a desire to have a competitive advantage.	We did not have any data on this structure.
D. External Policy & Incentives	A broad framework that includes external strategies for disseminating the intervention, including policies and regulations (central government entity or other), external mandates, recommendations and guidelines, and public reporting.	
3. INNER SETTING	Short Description	Justification of unsuccessful constructs
A. Structural Characteristics	The social architecture, age, maturity, and size of the organization.	

B. Networks & Communications	The nature and quality of social networks, and formal and informal communications in the organization.	
C. Culture	The norms, values, and foundations of the organization.	
D. Implementation Climate	The capacity to absorb change, the shared responsiveness of those involved in the intervention, and the extent to which the use of the intervention will be rewarded, supported, and expected within the organization.	
1. Tension for Change	The degree to which stakeholders perceive the current situation as intolerable or in need of change.	
2. Compatibility	The degree of correspondence between the meaning and values of the intervention and the norms, values, and perceived needs of individuals. The degree of correspondence between the intervention and work flow and existing systems.	
3. Relative Priority	The shared perception of individuals about the importance of implementing the intervention in the organization.	This construction is already considered in our case in the "Relative Advantage."
4. Organizational Incentives & Rewards	Extrinsic incentives such as rewards, performance appraisals, promotions, and salary increases; and less tangible incentives such as improved stature or respect.	The constructed "Organizational Incentive and Reward" has not been considered because the PBF itself is already

considered as an incentive and reward with bonuses.

5. Goals and Feedback

The degree to which objectives are clearly communicated and submitted to staff and the alignment of feedback with objectives.

6. Learning Climate

A climate in which: a) leaders express their own fallibility and need for help and contribution from team members; b) team members feel that they are essential, valued, and competent partners in the change process; c) individuals feel psychologically safe to try new methods; and d) there is sufficient time and space for reflection and evaluation.

We were unable to obtain any information about this structure.

E. Readiness for Implementation

Tangible and immediate indicators of organizational commitment to implement the intervention.

1. Leadership Engagement

The commitment, involvement, and responsibility of leaders and managers for implementation.

2. Available Resources

The amount of resources devoted to implementation and ongoing operations, including money, training, education, physical space, and time.

3. Access to Knowledge & Information

Easy access to digestible information and knowledge about the intervention and how to incorporate it into work tasks.

**4. CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS
Short Description**

Justification of unsuccessful constructs

A. Knowledge & Beliefs about the Intervention	The attitudes of individuals and the values attributed to the intervention, as well as knowledge of the facts, truths, and principles related to the intervention.	
B. Self-efficacy	Individuals' belief in their own ability to execute action plans to achieve implementation goals.	
C. Individual Stage of Change	The phase an individual is in as he or she progresses towards better use of the intervention (e.g., qualified, enthusiastic, and supported).	
D. Individual Identification with Organization	A broad construct related to how individuals perceive the organization and their relationship and the degree of engagement with it.	
E. Other Personal Attributes	A broad construct to include other personal characteristics such as ambiguity tolerance, intellectual ability, motivation, values, competence, ability, and learning style.	
5. PROCESS	Short Description	Justification of unsuccessful constructs
A. Planning	The degree to which plans, methods, and tasks for implementing an intervention are developed in advance, and the quality of these methods.	
B. Engaging	Attract and involve appropriate people in the implementation and use of the intervention through a combined strategy of social marketing, education, role modeling, training, and other similar activities.	

1. Opinion Leaders	Individuals in an organization who have a formal or informal influence on the attitudes and beliefs of their colleagues regarding the implementation of the intervention.	
2. Formally Appointed Internal Implementation Leaders	Individuals in the organization who have been formally appointed responsible for the implementation of an intervention as coordinators, project managers, team leaders, or other similar roles.	
3. Champions	People who are dedicated to supporting, marketing, and conducting the implementation, to overcoming the indifference or resistance that the intervention can cause in an organization.	We were unable to obtain any information about this structure because the implementation time was not long enough to allow the emergence of champions.
4. External Change Agents	People who are affiliated with an external entity that formally influences or facilitates decisions related to an intervention.	
5. Intervention Participants	People who are directly or indirectly involved in the intervention (e.g., health workers, patients)	
C. Executing	The implementation in accordance with the plan.	
D. Reflecting & Evaluating	Quantitative or qualitative evaluations on progress and quality of implementation with personal and regular team debriefings on progress and experience.	

E. Evolution

Changes made to the intervention over time to improve it.

We did not get an answer for this construct because our survey was conducted at the beginning of the implementation. Therefore, no changes had yet been made at the local level to improve the implementation of the PBF intervention.

Appendix F – Characteristics of the three health districts and their DHs

Characteristics	District 1	District 2	District 3
Population ⁵	210.611 hbts (RGPH 2009)	50.039 hbts (RGPH 2009)	488.937 hbts (RGPH 2009)
Surface area	7 260 km ²	1 118 km ²	12 794 km ²
Distance from the capital where the 3rd reference level is located (University Hospital and national hospitals)	60 Km	80 Km	165 Km
Incidence of poverty ⁶ (proportion of the population considered poor)	35-40%	31-35%	44-48%
Wealth and savings	-Sand and gravel mining, agriculture, livestock and fisheries are the main economic activities, -Existence of some industrial units.	-Agriculture and livestock are the main activities, -Crafts and trade also developed.	-Presence of rich and fertile lands, -90% of the population is agropastoral, -Rural economy based largely on cotton cultivation.
Number of district hospitals	1	1	1
Total health staff in the district hospital	76	35	54
Number of physicians	7	9	4
Number of CSCom ⁷	21	16	24
Number of localities ⁵	249	45	352

Footnote

1. INSTAT. Analysis report of the modular and permanent household survey (EMOP). National Institute of Statistics; 2017:75.
2. INSTAT. Analysis report of the modular and permanent household survey (EMOP). National Institute of Statistics; 2017:105.
3. INSTAT. Analysis report of the modular and permanent household survey (EMOP)/Health, employment, food security and household consumption expenditure. National Institute of Statistics; 2018:51.
4. INSTAT. Analysis report of the modular and permanent household survey (EMOP)/accessibility to care, population assessment of priority actions to be undertaken and household consumption expenditure. National Institute of Statistics; 2016:50.
5. INSTAT. General Population and Housing Census (GPHC). Institut National de la Statistique; 2009:309.
6. INSTAT. Mapping poverty and the Millennium Development Goals (MDGs) in Mali/ (RGPH-2009). National Institute of Statistics; 2012:84.
7. Human Resources Directorate of the Health, Social Development and Family Promotion Sector. Statistical Yearbook 2016 of human resources in the health, social development and family promotion sector. Human Resources Directorate of the Health, Social Development and Family Promotion Sector; 2017:152.

Acknowledgements

This work has been supported by several donors including the International Development Research Centre. The research was carried out as part of a larger programme on “Results based financing for equitable access to maternal and child health care in Mali and Burkina Faso.” It is part of the 7-year Innovating for Maternal and Child Health in Africa. This research program was implemented by a team of NGOs based in both countries, and researchers from the University of Montreal. In Mali, this team was composed of researchers and research assistants from the NGO MISELI led by Laurence Touré, who is the Principal Researcher of the programme. We would also like to thank all the actors and organisations at national, regional, and local levels who participated and/or facilitated the conduct of this research. We would particularly like to thank Laurence Touré for her advice and support during the conduct of this research. Finally, we would like to thank Heather Hickey for her help in translating the article from French into English.

Ethical issues

The research protocol has been validated by the ethics committee of the National Institute of Public Health Research (INRSP) of Mali (N°24/2015/CEINRSP). All participants were informed in detail about the objectives of our research. We obtained the free and informed consent from all the participants.

Competing interests

Authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

The research protocol was developed by VR with the contribution of AC and LG. The collection tools were developed by TZ and AC with the contribution of VR and LG. TZ organised the data collection in district hospitals (DHs). The analyses were carried out by TZ with the contribution of VR, LG, and AC. TZ wrote the first version of the article. All authors have read, improved, and approved the final version of the article.

Chapitre 6 : distribution des primes du FBR dans les hôpitaux de district au Mali

Article 2: does the gap between health workers' expectations and the realities of implementing a Performance-Based Financing project in Mali create frustration?

Tony Zitti, Amandine Fillol, Julia Lohmann, Abdourahmane Coulibaly and Valéry Ridde

Global Health Research and Policy (GHRP)

<https://doi.org/10.1186/s41256-021-00189-0>

Article History: Received 04 August 2020, accepted 25 January 2021, published 02 February 2021

Citation: Zitti, T., Fillol, A., Lohmann, J. *et al.* Does the gap between health workers' expectations and the realities of implementing a performance-based financing project in Mali create frustration?. *glob health res policy* **6**, 5 (2021). <https://doi.org/10.1186/s41256-021-00189-0>

Copyright: © The Author(s). 2021 Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need

to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Article available at:

<https://ghrp.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s41256-021-00189-0.pdf>

Author details

Tony Zitti ^{1,2,3*}, Amandine Fillol⁴, Julia Lohmann ^{5,6}, Abdourahmane Coulibaly ^{3,7} and Valéry Ridde ¹

(1) Centre Population et Développement (Ceped), Institut de recherche pour le développement (IRD) et Université de Paris, Inserm ERL 1244, 45 rue des Saints-Pères, 75006 Paris, France.

(2) École doctorale Pierre Louis de santé publique, Université de Paris, Paris, France.

(3) ONG Miseli, Bamako, Mali.

(4) Ecole de santé publique de l'Université de Montréal, Montréal, Canada.

(5) London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK.

(6) Heidelberg Institute of Global Health, Medical Faculty and University Hospital, Heidelberg University, Heidelberg, Germany.

(7) Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies, Bamako, Mali

Résumé en français

Cet article a pour objectif d'analyser les effets du processus de distribution des primes du FBR sur la motivation des agents de santé des HD de la région de Koulikoro au Mali. Pour réaliser cette recherche, nous avons adopté une approche qualitative en utilisant des études de cas multiples. 53 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des agents de santé. Nos résultats montrent que les agents de santé abordent positivement l'arrivée des primes de FBR dans les HD. L'arrivée du FBR dans les HD a suscité beaucoup d'espoir auprès des agents de santé. Il espérait avoir beaucoup d'argent avec le FBR. Cependant, plusieurs problèmes de mise en œuvre (retard de décaissement des primes, manque de transparence lors de la distribution) ont entraîné un sentiment de frustration et de déception des agents de santé.

Les primes de FBR qui sont censées venir motiver les agents de santé au sein des HD, sont au contraire venues les démotiver. Le montant des primes obtenues est jugé insuffisant et les agents estiment une inadéquation entre les efforts fournis et le montant de prime obtenu par le FBR. Nos résultats montrent que le FBR, à défaut d'avoir pu améliorer les conditions de travail et la motivation des agents de santé au sein des HD, est plutôt venu produire l'effet contraire. Cet article met en évidence les effets négatifs du FBR comme beaucoup d'autres dans le contexte des PRFI. Les organisations qui font la promotion du FBR dans les PRFI gagneront à tenir compte des effets négatifs que le FBR pourrait avoir sur la motivation des agents de santé.

Does the gap between health workers' expectations and the realities of implementing a Performance-Based Financing project in Mali create frustration?

Abstract

Background: Performance-Based Financing (PBF), an innovative health financing initiative, was recently implemented in Mali. PBF aims to improve quality of care by motivating health workers. The purpose of this research was to identify and understand how health workers' expectations related to their experiences of the first cycle of payment of PBF subsidies, and how this experience affected their motivation and sentiments towards the intervention. We pose the research question, "how does the process of PBF subsidies impact the motivation of health workers in Mali?"

Methods: We adopted a qualitative approach using multiple case studies. We chose three district hospitals (DH 1, 2 and 3) in three health districts (district 1, 2 and 3) among the ten in the Koulikoro region. Our cases correspond to the three DHs. We followed the principle of data source triangulation; we used 53 semi-directive interviews conducted with health workers (to follow the principle of saturation), field notes, and documents relating to the distribution grids of subsidies for each DH. We analyzed data in a mixed deductive and inductive manner.

Results: The results show that the PBF subsidies led to health workers feeling more motivated to perform their tasks overall. Beyond financial motivation, this was primarily due to PBF allowing them to work more efficiently. However, respondents perceived a discrepancy between the efforts made and the subsidies received. The fact that their expectations were not met led to a sense of frustration and disappointment. Similarly, the way in which the subsidies were distributed and the lack of transparency in the distribution process led to feelings of unfairness among the vast majority of respondents. The results show that frustrations can build up in the early days of the intervention.

Conclusion: The PBF implementation in Mali left health workers frustrated. The short overall implementation period did not allow actors to adjust their initial expectations and motivational responses, neither positive nor negative. This underlines how short-term interventions might not just lack impact, but instil negative sentiments likely to carry on into the future.

Keywords: Motivation of health workers; Performance-Based Financing; district hospital; expectations; Frustration; Mali

Background

The performance of health workers is a determining factor in the provision of health care. It influences the quality of the health services offered and the level of health of the population (OMS, 2006; OMS, 2010). Several factors influence the performance of health workers in low- and middle-income countries (LMICs): financial and non-financial incentives, career development, continuing education, the state of infrastructure, the availability of human and material resources, the management and leadership skills of managers, and job satisfaction (Willis-Shattuck et al., 2008).

Despite the fact that motivation is one of the key factors in job performance, it remains a challenge in LMICs. There are several theories about motivation at work (Roussel, 2000; Maugeri, 2013). Ryan and Deci define motivation as the drive or energy to act towards an objective (Ryan & Deci, 2000). In Mali, the Ministry of Health postulates that health workers working in the public system are very poorly motivated, regardless of whether they work in rural or urban areas (Ministère de la sante du Mali, 2009). Reasons for their lack of motivation are diverse: insufficient remuneration, poor physical working conditions, lack of professional training, lack of consideration, and poor organization and distribution of work (Ministère de la sante du Mali, 2009; Van Dormael et al., 2008).

In LMICs, several pilot projects of performance-based financing (PBF) have been implemented with the aim of improving health service provision. One assumed result is that by linking financial rewards to predefined performance objectives, health workers will be more motivated to perform well (Fritsche et al., 2014). Over the past several years, the architecture of health financing in LMICs has evolved significantly in Africa (Richard et al., 2011; Mwisongo & Nabyonga-Orem, 2016), with PBF being one of the most important, but not the only new introduction to the health financing landscape. While PBF aims to strengthen the capacity of health systems in a sustainable manner, this is not always the case (Antony et al., 2017; Seppey et al., 2017). Many initiatives financed by international donors are short-term interventions with the desire to have a rapid impact to the detriment of medium- and long-term interventions (Richard et al., 2011; Nations Unies, 2020; MINUSMA, 2020).

A number of studies have looked into the effects of PBF on health worker motivation in Africa (Kane et al., 2019; Antony et al., 2017; Ridde et al., 2017; Chimhutu et al., 2016; Bertone et al., 2016; Lohmann et al., 2018). However, there is not yet scientific consensus on these effects,

their direction and strength, their exact mechanisms, nor on developments over time (Lohmann et al., 2018; Aninanya et al., 2016; Fillol et al., 2019; Lohmann et al., 2017; Lohmann et al., 2016; Renmans et al., 2017).

In regards to the latter, the majority of existing studies were carried out fairly long after the start of implementation [12 months in Burkina Faso (Ridde et al., 2017), 18 months in Nigeria (Ogundeji et al., 2016), 24 months in Malawi (Lohmann et al., 2018)]. Studies suggest that the initial months of implementation were particularly crucial in shaping expectations and sentiments towards PBF that would carry through the entire implementation period. The long recall periods over an extensive implementation period likely distorted memories particularly in relation to the early implementation days.

To our knowledge, in Africa, the gap between what health workers expect from the PBF and the reality is very little studied, especially in relation to the early days of implementation. In Mali, PBF was only implemented for eight months in total. The purpose of this research was to identify and understand how health workers' expectations related to their experiences of the first cycle of payment of PBF subsidies, and how this experience affected their motivation and sentiments towards the intervention. We pose the research question, "how does the process of PBF subsidies impact the motivation of health workers in Mali?"

Methods

Study setting

Mali is a country in West Africa with an estimated population of 19 658 031 inhabitants as of 2019 (World Bank, 2020). It is subdivided into eight regions and the district of Bamako. In 2012, the country experienced a political, security, and institutional crisis following the occupation of the northern regions by armed groups, and the coup d'état of March 22 (FMI, 2013).

Between June 2016 and February 2017, a PBF pilot project took place in ten health districts in Mali's Koulikoro region, as one of the sub-components of the Ministry of Health's Strengthening Reproductive Health Project, funded by the World Bank. This project supports the strengthening of the health system through three components: (i) strengthening the supply and quality of reproductive health services; (ii) increasing the demand for reproductive health

services; and (iii) strengthening social responsibility, project management, and monitoring-evaluation.

The objective of the pilot PBF project nested within this overall project was to increase the use of quality reproductive health services by increasing the motivation, responsibility, and accountability of service providers to achieve results (Cissouma et al., 2017). For the implementation of the project, the Ministry of Health entered into a service contract with a specialized PBF agency, referred to as the Consortium (Royal Tropical Institute, Clinique de Gestion et d'Innovation des Connaissances, and Cordaid). Initially, the project was planned for two years (World Bank, 2017). For politico-administrative reasons, however, it ultimately only ran for eight months. Several activities were carried out during its short implementation: training of actors, development of results plans, signing of contracts, production of results by health centers, reporting and verification of results in terms of quantity and quality of care, community verification, measurement of user satisfaction, and payment for results of one three-month cycle (KIT et al., 2017).

Mali's health system is pyramidal at three levels (peripheral, intermediate, and central). At the central level, there are national hospitals and university hospitals. At the intermediate level are reference health centers (Centre de santé de référence [CSRéf]) or district hospitals (DH). At peripheral level, community health centres (Centres de santé communautaires [CSCom]) provide primary-level care. This PBF pilot project concerned only DHs and community health centres in the Koulikoro region. The DHs and community health centres were to be paid on the basis of results concerning reproductive health indicators (family planning, delivery by qualified personnel, pre- and post-natal care) (Cissouma et al., 2017). Verification of results in terms of quantity and quality to authorize the payment of subsidies (which is the term locally used for the PBF payment, synonymous with incentives or bonuses) were supposed to be carried out on a monthly basis. However, this schedule was not adhered to in practice, with verification activities delayed by five to six months depending on the hospital. Local NGOs carried out community verification (CV) in the last month of implementation (February 2017), and factored it into the one payment made into the facilities' bank accounts in February 2017.

In the DHs, at least 40% of the total amount of subsidies was reserved for investments and purchase of equipment, and a maximum of 60% could be used as individual subsidies for health workers. In community health centres, at least 60% of the total subsidies had to be invested or

used for purchasing equipment, and 40% could be used as individual subsidies for health workers.

In regard to the individual subsidies, a fixed portion of 28% was to be distributed according to the socio-professional category of the health workers, and a variable portion of 72% according to individual performance over a three-month period (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016). The calculation of the performance percentage was made on the basis of the tasks recorded in each individual's engagement form (Ibid). The fixed portion was calculated on the basis of each health workers' salary category. For health workers whose wages were lower than the guaranteed minimum interprofessional wage, the amount was calculated by dividing the net monthly wage by an index value of 335 CFA francs (US \$0.56) (Ibid). PBF provided an excel spreadsheet to facilitate the calculation of the total amounts to be received by each facility staff.

Important discrepancies existed between what was foreseen at the outset of implementation and stipulated in the procedures manual, and what was actually implemented. Most importantly, while two cycles of service purchasing (including verification and payment) were planned, only one cycle (3 months) was completed during the eight months of implementation.

Study design

We adopted a qualitative approach, based on an estimate of multiple case studies (Yin, 2009). Our study is part of a larger research program in the context of which the cases were selected. For our study, we chose three DHs (DH 1, 2 and 3) in three health districts (district 1, 2 and 3) among the ten in the Koulikoro region. Our cases correspond to the three DHs. District 1 was more of a rural region, and had participated in the PBF pre-pilot project from February 2012 to December 2013, unlike Districts 2 and 3. District 2 was chosen because it was more urban than the other two districts. District 3 was selected because it was intended to link PBF with the community-based health insurance already existing there. These numbers of cases take into account our resource constraints, but provide sufficient representation of the diversity of contextual situations conducive to the analytical generalization specific to the case studies (Devaux-Spatarakis & Gregot, 2012).

Sampling of participants

Participants were purposively selected to reflect all socio-professional categories and sub-profiles working at the DH, and thereby achieve maximum variation in opinions and experiences of PBF. Once in the field, TZ selected the respondents in a purposive manner to represent all stakeholder groups (Table 1) and in consideration of their availability at the time of the survey. Once he had reached saturation at a study site, TZ proceeded with data collection at the next district hospital. Of the resulting sample of 53 respondents, 34 were male and 19 were female.

Table 1: Respondents in the study

Respondents		DH1	DH2	DH3	Total
Socio-professional category	Profiles				
A	Specialist doctor	1	1	0	2
	General physician	0	2	2	4
	Pharmacist	1	0	0	1
	Medical Assistant	3	1	1	5
B	Senior Health Technician	5	1	4	10
	Health technician	4	3	0	7
	State nurse	2	1	3	6
	Midwife	2	1	2	5
	Financial Controller	0	1	1	2
C	Obstetrician Nurse	2	1	0	3
	Executive Secretary	0	1	0	1
D	Ambulance driver	0	2	2	4
E	Hygienist	0	1	0	1
	Security guard	0	0	2	2
Total		20	16	17	53

Data collection and analysis framework

We used Paul and Robinson's classification of motivation types (Paul & Robinson, 2007). According to this classification, health worker motivation can be broadly categorized into three types: financial, social, and internal (Table 2).

Table 2: Paul and Robinson's classification of health worker motivation types

Types of Motivations	Description
Financial motivation	Performance driven by desire to obtain subsidies/bonuses, salary, or other financial benefits.
Social motivation	Performance driven by social relationships in the workplace that promote feeling of approval and/or acceptance of others, which are related to the need to identify with a group, to adhere to standards. The concept of a sense of justice in the sense of fair treatment is central.
Internal motivation	Performance is driven by desire to act in accordance with one's values and beliefs, independently of personal benefits, in order to feel that one's behaviour has meaning and/or to enjoy doing one's job on a daily basis, the various tasks related to that job, having an interest in those tasks in itself.

The PBF pilot project ended in February 2017. According to DHs, the payment of the first and only round of PBF subsidies was made approximately five to six months (July to August 2017) after the end of the project. From October 2, 2017 to November 20, 2017, TZ conducted 53 semi-structured interviews with health workers in three DHs in the Koulikoro region—about two months after the payment of subsidies. TZ, AC, AF, JL, and VR developed the data collection tools. We used two semi-structured interviews guides: one for the District Health Manager, and another for the rest of the staff. We followed the principle of triangulation advocated in the case studies by using multiple lines of evidence (Yin, 2009). The different data sources used were: the 53 semi-directive interviews conducted with the different groups of actors, the TZ field notes, and documents relating to the distribution grids of subsidies for each DH. We used subsidy distribution grids to triangulate respondents' information on the amount

of subsidies obtained and the criteria taken into account when calculating subsidies in each DHs.

Data processing and analysis

Research assistants transcribed the data verbatim, with quality monitored by the research team. TZ performed data coding using a code tree constructed by TZ, AC, AF, JL, and VR along Paul and Robinson's classification of motivation types (Paul & Robinson, 2007). We followed a mixed deductive-inductive approach to content analysis based primarily on the predefined code tree, but allowed a few additional codes to emerge from the data as we went through the material. We used QDA Miner Lite for data coding. All authors discussed the resulting coding, and agreed on the emerging interpretation.

Results

This section presents the main findings on the modalities and process of distribution of the first round of PBF subsidy payments, and its effects on the motivation of health workers.

Motivation of health workers before the arrival of the PBF

The vast majority of respondents said they chose their profession out of vocation or love for their job, and that they loved working in their job before the arrival of PBF. In their opinion, being a health care worker is a noble profession in society. For health workers, contact with patients on a daily basis and the care they provide is a great source of inner satisfaction (internal motivation). However, many respondents cited difficulties in their working conditions (low salary, lack of equipment, retraining, and human resources) as hindering their ability to provide quality care to the population. At times, these difficulties negatively affected their motivation.

Positive PBF effects on health worker motivation

Prior to the implementation of the PBF, the vast majority of health workers did not receive individual subsidies or other bonus payments. Respondents recognized that there was a change in their attitudes when their work started being valued by a financial subsidy (financial motivation). The majority of respondents equated receiving subsidies with both encouragement and incentive to do their job better. In addition, they perceived individual and hospital subsidies as a means to improving their difficult working conditions:

"When there are (individual) subsidies, it changes people's behaviour. In spite of the willingness, i.e. the willingness to work well, when there is money it always supports that. No matter what people say, money is a source of motivation. Today in a structure like the district hospital, it is the subsidies that can motivate the staff to do well. I don't see anything else" [Specialist doctor, HD 2]

It was not only the financial aspect of the PBF that affected their motivation, but PBF also increased internal motivation:

"When you do a good job, you feel in yourself that you've done a good job, there's satisfaction, that's not material, but it makes you feel comfortable inside" [Senior Health Technician, HD1]

According to some respondents, improved recognition of their work by their superiors was another factor contributing to their job satisfaction (internal motivation). Moreover, according to some respondents, PBF made it possible to better describe and distribute work tasks between health workers, contributing to better planning and organization of daily work.

Development process of health workers' expectations regarding subsidies

The vast majority of health workers were happy when the subsidies were announced with the introduction of PBF. However, after receiving their first PBF subsidies, respondents felt disappointed because they perceived a huge gap between the amounts hoped for and the amounts received. Most respondents found the amount of individual subsidy received was too low, and therefore not motivating. In addition, they perceived a discrepancy between the efforts made and the amount obtained (financial motivation). Disappointment with the subsidy amount varied from one socio-professional category to another. Specifically, disappointment was greater among health workers in the lower-level categories C, D, and E (hygienist, ambulance driver, security guard, etc.), because they placed more hope in the amount of the subsidies than those in higher-level categories A and B (doctors, pharmacists, and administrative staff). For example, in the three HDs, health workers in socio-professional categories A and B obtained between 20,000 CFA francs (US \$32.99) and 30,000 CFA francs (US \$49.49) as an individual subsidy for the one paid cycle, which corresponds to three months of the PBF. Those in categories C, D, and E had individual subsidy ranging from 3,500 CFA francs (US \$5.77) to 15,000 CFA francs (US \$24.74):

"I know of [a] Hygienist who went into debt because they said there's PBF subsidies ... they got 3,500 CFA francs (US \$5.85) as a subsidies... (Laughing) they were really discouraged." [male ambulance driver, HD2]

"I felt a little discouraged about what I was given as payment. I told myself that I actually worked for three months and at the end of my effort I only received 24,000 CFA francs (US \$40.14). For this reason, I planned to eventually do another activity, and leave the PBF for the benefit of this activity. For example, if I had a mission within the district, I will forcibly leave the follow-up here, because I know that in two or three days I will have 40,000 CFA francs (US \$66.90). Because everyone is chasing after profit. Here I don't think if someone has exceeded 30,000 CFA francs (US \$50.17) or 40,000 CFA francs (US \$66.90)" [Senior Health Technician, HD1].

In addition, DH 1 health workers who had previously participated in the PBF pre-pilot project were more disappointed with the amount of individual subsidy received compared to DH 2 and 3, as the majority of them hoped for an amount on average equal to those they obtained during the PBF pre-pilot project, where higher subsidies had been paid.

Effects of PBF implementation difficulties on the motivation of health workers

According to DHs, there was a six to seven months delay in the distribution of subsidies. There are two reasons for this delay: administrative delays due to the complexity of the PBF process, and errors in bank processing. Respondents stated that they had not received any formal information on the reasons for the delay. The lack of transparency caused the circulation of rumors accusing those responsible of having embezzled subsidies. Some health workers felt that if subsidies are delayed, officials need to communicate the reasons better. Health workers' suspicions of their managers reveal a lack of confidence in the management of finances.

In addition to creating a lack of confidence in the PBF mechanism among health workers, the delay in the disbursement of subsidies and its distribution also led to a lack of motivation among the workers. Health workers were informed individually by the hospital accounting department when the subsidies arrived. However, there was no meeting to inform the health workers about the overall amount of subsidies, individual subsidies, and hospital investment subsidies. A significant number of respondents stated that the subsidy sharing process was not transparent, which decreased motivation (social motivation):

"When they call you just to give you a sum of money, I can even say that the district hospital got billions and they only gave me 20,000 CFA francs (US \$33.95) when that's not it, you have to be transparent because that's the best way" [Medical Assistant, HD1].

Prior to the start of the project, the PBF agency established a key for the distribution of subsidies with several criteria to be used for the calculation of subsidies. Apart from the members of the district health management team (district health manager, manager, and unit heads), most health workers had only partial knowledge of these criteria. Respondents stated that details of the distribution of subsidies were not discussed in depth during the training sessions. The managers of DH 1 had a better grasp of how subsidies were distributed compared to those of DH 2 and 3 since they had already participated in the PBF pre-pilot project. In two DHs (DH 2 and 3), most of the distribution criteria were not applied when the subsidies were distributed. For example, in DH 2, some volunteer trainees and members of the management committee received unforeseen subsidies.

Similarly, in DH 2 and 3, individual performance was not evaluated. This omission was possibly because the evaluation of individual performance had not been carried out. According to some hospital officials, since the PBF project had already ended, there was no longer a point in evaluating the health workers, and doing so would only create tensions within the teams. In contrast to this judgement, DH 1 health workers, where individual performance evaluation had taken place, stressed the importance of knowing their individual performance rating as an important element for morale:

"If I don't even know the grade I've got, I can really get an idea that somewhere they've taken something off, ... I can get fuzzy ideas." [Senior Health Technician, DH 1]

As a result of the above issues, the vast majority of health workers felt that the subsidies were not well allocated (social motivation). In addition, they felt that the criteria considered when calculating the subsidies did not reflect everyone's effort. In the absence of individual performance evaluations in DHs 2 and 3, there was a discrepancy in views among the different actors with regard to the criteria that should have been considered for the sharing of subsidies. Ideas varied in relation to the socio-professional category of health workers. In particular, for the majority of category C, D, and E health workers, subsidies should have been shared equally among all health workers without distinction of socio-professional category.

However, the majority of category A and B health workers were against this equality principle. In their opinion, only the socio-professional category should have been considered, not individual performance. This difference of views among health workers sometimes led to tensions. Some health workers of socio-professional categories C, D, and E reported that they work more than those of higher categories A and B, and therefore should have received the same or higher amounts. For example, in DH 2, a health worker refused to receive his subsidies

because he considered the amount inadequate in relation to the effort made. Nevertheless, the vast majority of health workers did not openly express their dissatisfaction:

“The way we did it (the distribution of subsidies), even if they don't tell us we know there's frustration”
[General physician, DH2]

Discussion

Our study is the first in Mali to explore the expectations of health workers with regard to the first cycle of PBF subsidies payment, and its effects on their motivation. It is one of the few publications in French-speaking West Africa on the subject, and the first to explore dynamics of the initial days of PBF.

PBF motivates but can also demotivate health workers

Our findings show that PBF can motivate health workers to increase effort at work. However, our findings show that if it is poorly adapted to the implementation context or poorly implemented, it can become a source of demotivation and thus produce the opposite effect to that initially intended. Our results show that the principle of the PBF mechanism is well received by health workers. For them, the fact that they benefitted from subsidies under PBF motivated them to improve their performance. However, difficulties in implementation had a negative impact on their motivation. The delay of PBF subsidies led to a lack of confidence among health workers both in the PBF mechanism and in their managers. Stakeholder confidence in the health system is an important factor and is indicative of interpersonal relationships within the organization (Ridde, 2005; Gilson, 2005). In South Africa, Gilson et al. showed that health providers' trust in their manager and the employing organization are important factors influencing performance (Gilson et al., 2005). Within the framework of the implementation of the PBF in Mali, preserving trust of the providers towards the PBF and those in charge would have required more effective communication and transparency in the organizational and financial management of the hospitals.

Two of the DHs had not applied staff performance evaluation as a criterion for calculating individual subsidies. In Mali, the modalities for sharing PBF subsidies varied by setting and among DHs. Several studies [in Benin (Antony et al., 2017), Tanzania (Chimhutu et al., 2016), and Burkina Faso (Ridde et al., 2017; Lohmann et al., 2020)] show that the methods of distribution of PBF subsidies in health centers are heterogeneous. Interestingly, in these studies

suggesting that whatever the modalities chosen, there was sometimes tension among providers within the health centers. In Tanzania, for example, the methods for distributing PBF incentives varied among health units in health centers (60% to be shared among reproductive health staff, 30% among other staff, and 10% at the health centers) (Chimhutu et al., 2016), which led to tension. In Mali, since the PBF intervention is performance-based, the failure to choose this performance criterion for the calculation of subsidies was perceived as unfair by health workers. Burkina Faso (Ridde et al., 2017; Lohmann et al., 2020), Benin (Antony et al., 2017), and Tanzania (Chimhutu et al., 2016) all experienced similar feelings of inequity with regard to the distribution process and the criteria chosen for calculating individual PBF subsidies. In Tanzania, perceived unfairness by health workers negatively affected work motivation and undermined teamwork between services (Chimhutu et al., 2016). In Burkina Faso, in some health centres, managers disregarded the planned performance criteria, which was unfair to health workers (Ridde et al., 2017; Lohmann et al., 2020).

In Mali, the lack of feedback for health workers on their performance evaluation under PBF meant that the program missed out on the opportunity to improve internal motivation, i.e., recognition of the tasks they perform in their work. In Burkina Faso, health workers appreciated the feedback during the implementation of the PBF because it enabled them to improve recognition of their work, and they made an effort to change following negative feedback (Ridde et al., 2017). However, in Tanzania, health workers reported insufficient feedback on their performance evaluation (Songstad et al., 2012). This lack of feedback resonates with the psychological literature on motivation, which stresses that the implementation of an effective performance evaluation system is essential to promoting internal motivation at work (Gagné & Forest, 2008). In particular, the literature shows that perceived fairness in the performance appraisal process can affect workers' relationship with managers, their performance, their job satisfaction, and their well-being (Blader & Tyler, 2005; Sparr & Sonnentag, 2008; Grenier et al., 2012).

The delay of PBF subsidies within hospitals led to rumors circulating among some health workers, accusing officials of embezzling the subsidies. This circulation of rumors about PBF subsidies shows the importance that health workers attach to subsidies issues, specifically to their timely payment to avoid unfavorable incidents (Bonhomme & Bondaz, 2017) or if persisting, obstacles to the successful delivery of health interventions (Kaler, 2009).

Recourse to a logic of financial profitability is increasingly used to finance public health policies (Gabas et al., 2017). By using performance criteria, the PBF mechanism illustrates a contractual approach based on a logic of financial profitability. PBF is a form of financialization of public health policies; in other words, *“the penetration of financialized logics and forms of evaluation in the formulation and implementation of policies, even when these do not concern the financial sector”* (Chiapello, 2017). In addition, the financialisation of public policies leads to the creation of new financial circuits (Ibid). The implementation of the PBF has brought additional money into hospitals, on top of the money usually invested.

The implementation of PBF brings a new flow of money into the health care system. This new financial circuit completely changes the financing architecture that existed, where funds were injected by donors into the health system via the central level through different levels before landing in the health centres at the local level. This new financial circuit brought about by the PBF changed and structured the relationship between the beneficiaries (hospitals and health workers) and the health financing circuit. This new financial circuit allows for a market relationship (signing contracts, exchanging money, and setting the conditions for distributing the money) between a buyer (PBF's specialized agency in our case) and suppliers (hospitals and health workers). The process of distributing PBF subsidies to hospitals in Mali shows us how PBF as a new health financing mechanism has changed the financing circuit of hospitals.

Discrepancy between health workers' expectations of PBF subsidies and the reality of implementation

A systematic review showed that the implementation of health initiatives requiring change in the health systems of LMICs is often complex and difficult (Pantoja et al., 2017). There is often a gap between what was planned and what was achieved (Ridde & Olivier de Sardan, 2017). Moreover, public health policies are sometimes more incoherent and ineffective in the context of Sub-Saharan African (Olivier de Sardan & Ridde, 2014). Our study showed that the expectations of healthcare professionals regarding the individual subsidies was not met. When health workers saw how things worked in reality, it led to frustration and disappointment. It is important to differentiate relative frustration, as in our study (ie frustration in relation to expectations) from absolute frustration. Corcuff defines relative frustration as: *“a state of tension between expected and denied satisfaction, resulting in dissatisfaction, feeding a potential for dissatisfaction and collective action”* (Corcuff, 2009).

The frustration of the health workers in our study, therefore, stems from their comparison of what they have achieved in terms of earnings and socially constructed expectations. We believe that in Mali, health workers' expectations of the PBF were too high during the pilot project; the majority of the workers expected at least the same amount that they obtained during the pre-pilot PBF project. They did not account for the fact that the PBF pilot project had fewer paid indicators compared to the pre-pilot project, and that the indicator purchasing scales were higher during the pre-pilot project compared to the pilot project. It is unclear whether their expectations were unreasonable, or grounded in lack of information about differences between the two schemes. Interestingly, in Tanzania, health workers were reporting positive – but in retrospect slightly unrealistic – expectations of the intervention even without “precedent” as in Mali. They felt that the possibility of future financial incentives should strengthen their motivation (Blader & Tyler, 2005).

With respect to motivational and behavioural effects, we observed enthusiasm at the beginning of the implementation of the PBF intervention. We believe that the motivational and behavioural effects of the early days may have an impact on the long-term motivation of the actors. Motivation is a dynamic process; it is important to understand the changes in this dynamic process and their causes. Actors adjust their motivational expectations and reactions, both positive and negative, over time. Even if some problems persist when implementing complex initiatives such as PBF, positive and/or negative motivational reactions normalize or diminish over time. Unfortunately, in Mali, this normalization was not possible given the short duration of the project. Seppey and al. further demonstrated the lack of sustainability of the PBF in Mali (Seppey et al., 2017).

The same observation was made by Antony and al. who, in their study in Benin, noted the lack of sustainability and institutional anchoring of the PBF pilot projects (Antony et al., 2017). Several studies show that the vast majority of development projects initiated by NGOs and donors in African countries are unsustainable or low (Mallé Samb et al., 2013) (Seppey et al., 2017). However, short-term interventions are increasingly prioritized by donors at the expense of medium- and long-term interventions in LMICs (Richard et al., 2011). In Mali, PBF certainly was one of those interventions that ended quickly without being able to rectify some of the negative effects due to its initial implementation challenges.

When implementing development projects in the context of LMICs, it is necessary to analyze the frustrations that arise in the first days of interventions in order to readjust the projects. It is

essential to ensure the sustainability of these projects from the design stage to facilitate the overall strengthening of health systems. Based on our experience, we propose that policies should have three priorities: (i) they should prioritize long-term projects where implementing actors will have more time to identify and correct implementation errors, and better adapt them to local contexts; (ii) they should aim to reduce the negative effects (delay in the payment of subsidies, lack of transparency in the subsidies sharing process, and the feeling of inadequacy between the work provided and the amount of subsidies obtained) that can demotivate health workers; and (iii), in baseline studies of a project aimed at motivating health workers, they should clearly identify workers' expectations with regard to subsidies so as to better adapt the project and the communication of the project.

Limitation of the study

Our research has certain limitations. First, the experience in hospitals during the implementation of the PBF and the opinions of the sampled health workers are not necessarily representative of all ten health districts in Koulikoro Region. Second, the data collection was carried out in a cross-sectional and retrospective manner. Some of the frustrations observed during data collection may have overshadowed the initial positive experiences with the intervention. Third, the subsidies were distributed several months after the PBF pilot project was terminated. As a result, some of the deviations observed during the subsidies sharing process may have been different if the implementation continued. Fourth, PBF was a donor-funded development project, even if the study was conducted independently. Thus, the interviews may have included a social desirability bias or prompted respondents to have a normative discourse. Response bias could include strategic responses from respondents who thought that their answers might influence the possible return of PBF. To reduce response bias, we have insisted on our independence from the PBF implementing agency in Mali.

Conclusion

Our study showed that the PBF pilot project had both positive and negative effects on health worker motivation. Because there was not enough time for the actors to adjust their initial motivational expectations and reactions, PBF ended in frustration for many health workers built up during the first days of the intervention. Therefore, the motivational and behavioural effects of the first few days can have an impact on the long-term motivation of the actors.

Declarations

Abbreviations

CV, Community verification; DHs, District hospitals; LMICs, Low- and middle-income countries; PBF, Performance-based financing.

Acknowledgements

Special thanks to Laurence Touré for her advice and support during the conduct of this research. We would also like to thank all the actors and organizations at the national, regional, and local levels that participated in and/or facilitated the completion of this research. Finally, we would like to thank Heather Hickey who is a professional translator for her help in translating the article from French into English.

Authors' contributions

The research protocol was developed by VR with the contribution of AC. The collection tools were developed by TZ and AC with the contribution of AF, JL, and VR. TZ organized the data collection in the district hospitals. Analyses were done by TZ with input from VR, JL, and AC. TZ wrote the first draft of the article. All authors read, improved, and approved the final version of the article.

Funding

This work was funded by three Canadian agencies: World Agency Canada (WAC), the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), and the International Development Research Centre (IDRC). Our study is part of a larger research program on "*Results based financing for equitable access to maternal and child health care in Mali and Burkina Faso*". This seven-year program is part of the "Innovation for Maternal and Child Health in Africa" initiative. This research program is implemented by two research NGOs based in the two countries, and researchers from the University of Montreal. In Mali, the team is composed of researchers and research assistants from the NGO MISELI led by Laurence Touré, who is the principal investigator of the program.

Availability of data and materials

The data sets used and analyzed in this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

Ethics approval and consent to participate

The research protocol has been validated by the ethics committee of the National Institute of Public Health Research (INRSP) of Mali (N°24/2015/CEINRSP). All participants were informed in detail about the objectives of our research. We obtained the free and informed consent from all the participants.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

- Aninanya, G. A., Howard, N., Williams, J. E., Apam, B., Prytherch, H., Loukanova, S., Kamara, E. K., & Otupiri, E. (2016). Can performance-based incentives improve motivation of nurses and midwives in primary facilities in northern Ghana? A quasi-experimental study. *Global Health Action*, *9*(1), 32404. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.32404>
- Antony, M., Bertone, M. P., & Barthes, O. (2017). Exploring implementation practices in results-based financing: The case of the verification in Benin. *BMC Health Services Research*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2148-9>
- Bertone, M. P., Lagarde, M., & Witter, S. (2016). Performance-based financing in the context of the complex remuneration of health workers : Findings from a mixed-method study in rural Sierra Leone. *BMC Health Services Research*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1546-8>
- Blader, S., L., & Tyler, T., R. (2005). How can theories of organizational justice explain the effects of fairness ? In *Handbook of organizational justice* (p. 329-354).
- Bonhomme, J., & Bondaz, J. (2017). *L'offrande de la mort : Une rumeur au Sénégal*. CNRS éditions.
- Chiapello, È. (2017). La financiarisation des politiques publiques. *Mondes en développement*, *178*(2), 23-40. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/med.178.0023>
- Chimhutu, V., Songstad, N. G., Tjomsland, M., Mrisho, M., & Moland, K. M. (2016). The inescapable question of fairness in Pay-for-performance bonus distribution: A qualitative study of health workers' experiences in Tanzania. *Globalization and Health*, *12*(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0213-5>
- Cissouma, L., Sioro, A., Koné, O., Traoré, K., Bulhuis, S., Mommers, P., & Toonen, J. (2017). *Rapport de Capitalisation FBR à la Malienne* (p. 45).

- Corcuff, P. (2009). Frustrations relatives. In *Dictionnaire des mouvements sociaux* (p. 242-248). Presses de Sciences Po; Cairn.info. <https://www.cairn.info/dictionnaire-des-mouvements-sociaux--9782724611267-p-242.htm>
- Devaux-Spatarakis, A., & Gregot, A. (2012). Les défis de l'emploi de l'étude de cas en évaluation. *Politiques sociales et familiales*, 110(1), 33-44. <https://doi.org/10.3406/caf.2012.2732>
- Fillol, A., Lohmann, J., Turcotte-Tremblay, A.-M., Somé, P.-A., & Ridde, V. (2019). The Importance of Leadership and Organizational Capacity in Shaping Health Workers' Motivational Reactions to Performance-Based Financing: A Multiple Case Study in Burkina Faso. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(5), 272-279. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.133>
- FMI. (2013). *Cadre de stratégie pour la croissance et la réduction de la pauvreté du Mali* (No. 13/111; p. 386). Fonds monétaire international.
- Fritsche, G. B., Soeters, R., & Meessen, B. (2014). *Performance-based financing toolkit*. The World Bank.
- Gabas, J.-J., Ribier, V., & Vernières, M. (2017). Présentation. Financement ou financiarisation du développement? Une question en débat. *Mondes en développement*, 178(2), 7-22. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/med.178.0007>
- Gagné, M., & Forest, J. (2008). The study of compensation systems through the lens of self-determination theory: Reconciling 35 years of debate. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49(3), 225-232. <https://doi.org/10.1037/a0012757>
- Gilson, L. (2005). Editorial: Building trust and value in health systems in low- and middle-income countries. *Building Trust and Value in Health Systems in Low- and Middle-Income Countries*, 61(7), 1381-1384. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.059>

- Gilson, L., Palmer, N., & Schneider, H. (2005). Trust and health worker performance : Exploring a conceptual framework using South African evidence. *Building Trust and Value in Health Systems in Low- and Middle- Income Countries*, 61(7), 1418-1429. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.062>
- Grenier, S., Chiochio, F., & Beaulieu, G. (2012). Évaluation du rendement et motivation au travail : Propositions de recherche pour une rétroaction sur le rendement qui favorise la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux. *Management international*, 16(4), 169-179. <https://doi.org/10.7202/1013156ar>
- Kaler, A. (2009). Health interventions and the persistence of rumour : The circulation of sterility stories in African public health campaigns. *Part Special Issue: Early life effects on socioeconomic performance and mortality in later life: A full life course approach using contemporary and historical sources*, 68(9), 1711-1719. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.038>
- Kane, S., Gandidzanwa, C., Mutasa, R., Moyo, I., Sismayi, C., Mafaune, P., & Dieleman, M. (2019). Coming Full Circle : How Health Worker Motivation and Performance in Results-Based Financing Arrangements Hinges on Strong and Adaptive Health Systems. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(2), 101-111. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.98>
- KIT, Clinique de gestion et d'innovation des connaissances, & Cordaid. (2017). *RAPPORT FINAL DU PROJET PILOTE « PRSR/FBR » FBR-Financement Basé sur les Résultats – Approche pour accélérer les résultats en Santé de la Reproduction*.
- Lohmann, J., Houlfort, N., & De Allegri, M. (2016). Crowding out or no crowding out? A Self-Determination Theory approach to health worker motivation in performance-based financing. *Social Science & Medicine*, 169, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.09.006>

- Lohmann, J., Koulidiati, J.-L., Somda, S. M., & De Allegri, M. (2020). « It Depends on What They Experience in Each Health Facility. Some Are Satisfied, Others Are Not. » A MixedMethods Exploration of Health Workers' Attitudes Towards Performance-Based Financing in Burkina Faso. *International Journal of Health Policy and Management*, 1. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.61>
- Lohmann, J., Souares, A., Tiendrebéogo, J., Houlfort, N., Robyn, P. J., Somda, S. M., & De Allegri, M. (2017). Measuring health workers' motivation composition : Validation of a scale based on self-determination theory in Burkina Faso. *Human resources for health*, 15(1), 33.
- Lohmann, J., Wilhelm, D., Kambala, C., Brenner, S., Muula, A. S., & De Allegri, M. (2018). 'The money can be a motivator, to me a little, but mostly PBF just helps me to do better in my job.' An exploration of the motivational mechanisms of performance-based financing for health workers in Malawi. *Health Policy and Planning*, 33(2), 183-191. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx156>
- Mallé Samb, O., Ridde, V., & Queuille, L. (2013). Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ? *Revue Tiers Monde*, 215(3), 73. <https://doi.org/10.3917/rtm.215.0073>
- Maugeri, S. (2013). *Théories de la motivation au travail*. Dunod.
- Ministère de la sante du Mali. (2009). *Plan de développement des ressources humaines 2009-2015*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. (2016). *Manuel Opérationnel du Financement basé sur les résultats du projet PRSR-FBR*.
- MINUSMA. (2020, mai). *Projets à impact rapide (QIPS)*. <https://minusma.unmissions.org/projets-%C3%A0-impact-rapide-qips>

- Mwisongo, A., & Nabyonga-Orem, J. (2016). Global health initiatives in Africa – governance, priorities, harmonisation and alignment. *BMC Health Services Research*, 16(S4), 212. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1448-9>
- Nations Unies. (2020, mai). *Projets à effets rapide pour les communautés*. <https://peacekeeping.un.org/fr/quick-impact-projects-communities>
- Ogundeji, Y. K., Jackson, C., Sheldon, T., Olubajo, O., & Ihebuzor, N. (2016). Pay for performance in Nigeria : The influence of context and implementation on results. *Health Policy and Planning*, 31(8), 955-963. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw016>
- Olivier de Sardan, J.-P., & Ridde, V. (Éds.). (2014). Les spécificités des politiques publiques et des systèmes de santé en Afrique sahélienne. In *Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger* (p. 15-30). Éditions Karthala.
- OMS (Éd.). (2006). *Travailler ensemble pour la santé*. Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS. (2010). *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation recommandations pour une politique mondiale*. Organisation Mondiale de la Santé.
- Pantoja, T., Opiyo, N., Lewin, S., Paulsen, E., Ciapponi, A., Wiysonge, C. S., Herrera, C. A., Rada, G., Peñaloza, B., Dudley, L., Gagnon, M.-P., Garcia Marti, S., & Oxman, A. D. (2017). Implementation strategies for health systems in low-income countries : An overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011086.pub2>
- Paul, E., & Robinson, M. (2007). Performance Budgeting, Motivation, and Incentives. In M. Robinson (Éd.), *Performance Budgeting : Linking Funding and Results* (p. 330-375). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9781137001528_18

- Renmans, D., Holvoet, N., Criel, B., & Meessen, B. (2017). Performance-based financing : The same is different. *Health Policy and Planning*, 32(6), 860-868. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx030>
- Richard, F., Hercot, D., Ouédraogo, C., Delvaux, T., Samaké, S., van Olmen, J., Conombo, G., Hammonds, R., & Vandemoortele, J. (2011). Sub-Saharan Africa and the health MDGs : The need to move beyond the “quick impact” model. *Reproductive Health Matters*, 19(38), 42-55. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(11\)38579-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(11)38579-5)
- Ridde, V. (2005). Building trust or buying results? *The Lancet*, 366(9498), 1692. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67689-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67689-1)
- Ridde, V., & Olivier de Sardan, J.-P. (2017). The implementation of public health interventions in Africa : A neglected strategic theme. *Médecine et Santé Tropicales*, 27(1), 6-9. <https://doi.org/10.1684/mst.2016.0605>
- Ridde, V., Yaogo, M., Zongo, S., Somé, P.-A., & Turcotte-Tremblay, A.-M. (2017). Twelve months of implementation of health care performance-based financing in Burkina Faso : A qualitative multiple case study. *The International Journal of Health Planning and Management*. <https://doi.org/10.1002/hpm.2439>
- Roussel, P. (2000). *La motivation au travail—Concept et théories*. 20.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations : Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Sepey, M., Ridde, V., Touré, L., & Coulibaly, A. (2017). Donor-funded project’s sustainability assessment : A qualitative case study of a results-based financing pilot in Koulikoro region, Mali. *Globalization and Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0307-8>

- Songstad, N., Lindkvist, I., Moland, K., Chimhutu, V., & Blystad, A. (2012). Assessing performance enhancing tools : Experiences with the open performance review and appraisal system (OPRAS) and expectations towards payment for performance (P4P) in the public health sector in Tanzania. *Globalization and Health*, 8(1), 33. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-8-33>
- Sparr, J. L., & Sonnentag, S. (2008). Fairness perceptions of supervisor feedback, LMX, and employee well-being at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 17(2), 198-225. <https://doi.org/10.1080/13594320701743590>
- Van Dormael, M., Dugas, S., Kone, Y., Coulibaly, S., Sy, M., Marchal, B., & Desplats, D. (2008). Appropriate training and retention of community doctors in rural areas : A case study from Mali. *Human Resources for Health*, 6(1), 25. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-6-25>
- Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D., & Ditlopo, P. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries : A systematic review. *BMC Health Services Research*, 8(1), 247. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-247>
- World Bank. (2017). *Mali—Strengthening Reproductive Health Project* (N° ICR4095; p. 81). World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/542131502720462868/Mali-Strengthening-Reproductive-Health-Project>
- World Bank. (2020, juillet 30). *Population, total | Data—BANQUE MONDIALE : Données*. <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.POP.TOTL?end=2019&start=2019&view=map>
- Yin, R. K. (2009). *Case study research : Design and methods* (4th ed). Sage Publications.

Chapitre 7 : processus de vérification communautaire du financement basé sur les résultats au Mali

Article 3 : de la mesure de la satisfaction des usagers à l'amélioration de la qualité des soins : la vérification communautaire et le financement basé sur les résultats dans les hôpitaux de district au Mali

Tony Zitti, Abdourahmane Coulibaly et Valéry Ridde

Cet article empirique est préparé pour être soumis à : la revue Global Health Policy.

Détails des auteurs

Tony Zitti ^{1,2,3*}, Abdourahmane Coulibaly ^{3,4} et Valéry Ridde ¹

(1) Centre Population et Développement (Ceped), Institut de recherche pour le développement (IRD) et Université de Paris, Inserm ERL 1244, 45 rue des Saints-Pères, 75006 Paris, France.

(2) École doctorale Pierre Louis de santé publique, Université de Paris, Paris, France.

(3) ONG Miseli, Bamako, Mali.

(4) Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies, Bamako, Mali.

De la mesure de la satisfaction des usagers à l'amélioration de la qualité des soins : la vérification communautaire et le financement basé sur les résultats dans les hôpitaux de district au Mali

Résumé

Contexte : La satisfaction des usagers des formations sanitaires (FOSA) est de plus en plus prise en compte pour l'amélioration de la qualité des soins. Au Mali, le financement basé sur les résultats (FBR) vise à améliorer la qualité des soins en augmentant la motivation, la responsabilité et la redevabilité des agents de santé. La vérification communautaire (VC) est l'une des principales fonctions du FBR. Elle permet de contrôler l'effectivité des services déclarés par les FOSA et de faire une enquête de satisfaction des usagers qui ont bénéficié des soins. Notre article a pour but d'analyser le processus de VC lors de la mise en œuvre du FBR dans la région de Koulikoro au Mali.

Méthodes : Nous avons adopté une démarche qualitative, reposant sur un devis d'études de cas multiples correspondant aux hôpitaux de district (HD) et aux groupes d'acteurs concernés. 39 entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des enquêteurs, des patients et des agents de santé de trois HD parmi les dix de la région de Koulikoro. Nous avons conçu trois guides d'entretien, et nos données ont été analysées de manière inductive.

Résultats : Le processus de VC a été bien perçu et bien accueilli. Cependant, la grande majorité des enquêteurs déclare avoir eu des difficultés à repérer certains patients dans la communauté pour plusieurs raisons : orthographe incorrecte des noms, fiches illisibles, manque de coordonnées téléphoniques et informations incomplètes sur les fiches, cas d'homonymie. Tout ceci était dû à la mauvaise tenue des registres des patients dans les FOSA. Certains enquêteurs ont rempli de manière frauduleuse des fiches sans enquêter les usagers dans les communautés. Ils justifient cela par le manque de temps qui leur était imparti pour la réalisation de la VC. Aucun retour des résultats de la VC n'a été possible auprès des agents de santé.

Conclusion : La VC est une des composantes essentielles de la mise en œuvre du FBR. La validité, la fiabilité et l'efficacité des instruments de mesure sont des aspects qui doivent être

pris en compte lors des enquêtes de satisfaction des usagers. De plus, un accent particulier doit être mis sur l'analyse des données et l'utilisation des résultats de la VC.

Mots clés : Financement basé sur les résultats; Vérification communautaire; Satisfaction des usagers; Satisfaction des patients; Fabrication de données; Utilisation des résultats; Mali

Contexte

L'évaluation de la satisfaction des usagers des formations sanitaires (FOSA) est de plus en plus prise en compte pour l'amélioration de la qualité des soins de santé (OCDE et al., 2019). Elle est largement utilisée dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) (Aldana & Piechulek, 2001). La définition du concept de satisfaction des usagers est complexe et encore non consensuelle (Linder-Pelz, 1982; Williams, 1994; Ng & Luk, 2019). Pascoe, (1983) définit la satisfaction des usagers comme étant le niveau de conformité entre leurs attentes et les services dont ils ont bénéficié. La mesure de la satisfaction des usagers peut être influencée par des facteurs culturels, sociodémographiques, cognitifs et affectifs (Ng & Luk, 2019).

Au Mali, de juillet 2016 à février 2017 un projet pilote de financement basé sur les résultats (FBR) a été mis en œuvre dans dix districts sanitaires de la région de Koulikoro (World Bank, 2017). Elle visait à améliorer la qualité des soins de santé reproductive en augmentant la motivation, la responsabilité et la redevabilité des agents de santé (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016). Au cours de sa mise en œuvre, plusieurs activités ont été menées : la formation, l'élaboration de plans de résultats, la signature de contrats et la production des résultats par les FOSA, le rapportage, la vérification des résultats de quantité et de qualité de soins, la vérification communautaire (VC) et le paiement des primes (Cissouma et al., 2017; KIT et al., 2017). La VC est l'une des principales fonctions de la mise en œuvre du FBR. Elle permet de contrôler l'effectivité des services déclarés par les FOSA afin de leur remettre les subventions et de faire une enquête de satisfaction des usagers qui ont bénéficié des soins de santé.

En général, les méthodes utilisées pour la réalisation des enquêtes de satisfaction des usagers sont quantitatives à base de questionnaires standardisés administrés aux usagers (auto déclarés ou administrés), et qualitatives (entretiens semi-directifs et groupes de discussion) (Sitzia, 1999; Quintana et al., 2006; Beattie et al., 2015). Pour Beattie et al. (2015) et Almeida et al. (2015), quelles que soient les méthodes d'enquête et les outils de mesure choisis, certaines dimensions sont indispensables à la construction des outils de mesure de la satisfaction des patients comme les interactions entre les patients et les professionnels de santé, l'environnement physique et le processus de gestion de la structure sanitaire. La méthode d'enquête communautaire auprès des usagers est celle souvent utilisée pour les enquêtes de satisfaction des usagers lors de la mise en œuvre du FBR en Afrique (Antony et al., 2017; Turcotte-Tremblay et al., 2017; Falisse et

al., 2012). Ainsi au Mali, l'enquête communautaire auprès des usagers a été la démarche choisie pour les enquêtes de satisfaction des usagers lors du FBR (KIT et al., 2017).

La réalisation de la VC auprès des usagers lors de la mise en œuvre du FBR n'est pas sans conséquences. Au Burkina Faso, Turcotte-Tremblay et al. (2017) ont relevé plusieurs conséquences involontaires de ce processus de VC du FBR : difficultés liées au repérage des patients dans la communauté, surcharge de travail pour les vérificateurs communautaires, falsification des données par les enquêteurs, perte de confidentialité des patients qui a entraîné des problèmes matrimoniaux entre certaines patientes et leurs maris. Au Burundi, Falisse et al. (2012) ont montré que ce type d'enquêtes n'entraîne pas nécessairement une meilleure prise en compte des « voix » des populations pour l'amélioration de la qualité des soins. De plus, la transmission par les organisations à base communautaires des préoccupations des populations aux autorités sanitaires n'a pas entraîné un changement au Burundi.

Au Malawi, Petross et al. (2020) montrent que les membres des communautés avaient des avis mitigés sur l'effet positif du FBR sur la qualité des soins dans les FOSA. Comme effets positifs du FBR au Malawi, ils ont noté une meilleure disponibilité des médicaments, une amélioration de la qualité des infrastructures et une meilleure hygiène dans les FOSA (Petross et al., 2020). Cependant, selon eux, certains effets négatifs qui existaient avant le FBR, à savoir une surcharge du travail des agents de santé et une saturation des lits d'accouchement dans les maternités, ont été exacerbés par le FBR (Petross et al., 2020). Toutes ces études montrent que les enquêtes communautaires de satisfaction des usagers ont des conséquences involontaires et sont influencées par le contexte local (géographique, socioculturel, sanitaire) (Falisse et al., 2012; Antony et al., 2017; Turcotte-Tremblay et al., 2017; Petross et al., 2020).

En effet, il est important de prendre en compte le contexte socioculturel lors des enquêtes d'évaluation de la satisfaction des usagers (Baumann & Amara, 2007). A notre connaissance, il n'existe au Mali, aucune étude scientifique publiée sur le processus de VC lors de la mise en œuvre du FBR et de son impact sur l'amélioration de la qualité de soins dans les FOSA. Notre article vise donc à analyser le processus de VC lors de la mise en œuvre du FBR dans la région de Koulikoro au Mali. Plus spécifiquement, elle permet de décrire le dispositif de VC, les dysfonctionnements observés lors de sa mise en œuvre, les perceptions et les interactions entre les différents acteurs impliqués.

Description du processus de vérification communautaire du FBR au Mali

Au Mali, la VC du FBR avait plusieurs objectifs. Tout d'abord, elle devait permettre de vérifier la véracité des déclarations des agents de santé en ce qui concerne les patients déclarés avoir été consultés. Ensuite, elle devait également permettre de mesurer le niveau de satisfaction des usagers par rapport à la qualité des soins reçus. Enfin, la prise en compte des résultats de la VC devait permettre de finaliser les procédures de paiement du premier et seul cycle de prime du FBR aux FOSA. Le projet pilote du FBR a été très court, il n'a duré que 8 mois (juillet 2016 à février 2017), ce qui justifie le seul cycle de paiement des primes du FBR au Mali. Mis à part la VC, les défis observés lors du processus de mise en œuvre du FBR au Mali ont été publiés dans plusieurs articles (Zitti et al., 2019; Coulibaly et al., 2020; Zitti et al., 2021).

La VC a été menée en février 2017, c'est-à-dire à la fin du projet pilote de FBR au Mali. Le consortium KIT-Cordaid-CGIC qui agit en qualité d'agence de mise en œuvre du FBR (contractualisation et vérification) au compte du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique, a recruté dans chacun des dix districts sanitaires une ONG locale pour la réalisation de la VC. Ces ONG ont été recrutées à la suite d'un appel d'offre. A l'issue de la sélection, chacune des ONG a sélectionné 10 enquêteurs qui ont été formés par l'équipe de la Clinique de gestion et d'innovation des connaissances (CGIC) au nom du consortium. La formation a duré deux jours, en janvier 2017. Pour pouvoir réaliser la VC dans les délais très courts, certaines ONG locales ont dû former eux même des enquêteurs supplémentaires à ces 10 personnes. Pour aider les acteurs locaux dans la mise en œuvre du FBR, dix conseillers techniques (cinq nationaux et cinq internationaux) ont été mis à la disposition des dix districts sanitaires (un conseiller par district sanitaire).

En théorie, la liste des patients pour la VC devait être fournie par les hôpitaux de district (HD) avec l'appui des conseillers techniques du FBR. Cependant, de nombreuses insuffisances ont poussé les enquêteurs à refaire certaines listes à partir du registre des FOSA. Ces échantillons ont été constitués à partir des patients présents dans les registres des FOSA et qui ont été consulté dans la période de mise en œuvre du FBR (novembre à décembre 2016). Pour procéder à la VC au niveau des HD, trois indicateurs ont été retenus par l'agence chargée du suivi de la mise en œuvre du FBR (Tableau 11).

Tableau 11 : Liste des indicateurs pris en compte pour la VC au niveau des hôpitaux de district

Indicateurs
Accouchements/césariennes compliqués réalisés par un personnel qualifié
Les patients reçus du centre de santé communautaire (CSCoM), à qui des soins ont été correctement administrés dans les HD et qui ont été réorienté au CSCoM
Cas de paludisme grave chez l'enfant correctement traité

Source : Adapté du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016

Afin de constituer un échantillon des patients dans chaque HD, 10 patients ont été sélectionnés pour chacun des trois indicateurs (soit 30 patients par HD). Les 10 patients sélectionnés par indicateur ont été choisis selon les distances qui les séparent des FOSA : trois patients dans un rayon de 0 km, trois patients dans un rayon de 1-5 km, deux patients dans un rayon de 6-10 km et deux patients dans un rayon de 11-15 km et plus. Les ONG locales ont eu entre cinq à 10 jours pour réaliser la VC.

Méthodes

Nous avons adopté une démarche qualitative, reposant sur un devis d'études de cas multiples (Yin, 2009) correspondant aux HD et aux groupes d'acteurs concernés. Nous avons choisi trois districts sanitaires (district 1, 2 et 3) parmi les dix de la région de Koulikoro. Les critères de choix des trois districts sanitaires retenus sont détaillées ailleurs (Zitti et al., (2019). Dans le but de comparer les points de vue des acteurs sur le processus de VC, nous avons sélectionné différents profils d'acteurs (Tableau 12) qui ont participé au processus de VC. Les patients interrogés devraient bénéficier de la prise en charge d'au moins un de ces trois indicateurs. Les agents de santé ont été sélectionnés de façon raisonnée. L'échantillonnage par choix raisonné, est une technique d'échantillonnage non aléatoire qui permet à un chercheur de trouver des participants sur la base d'expériences et de connaissances qu'ils peuvent et veulent lui fournir (Bernard, 2006). Les agents de santé ont été choisis sur la base de leur niveau d'implication dans le processus de mise en œuvre du FBR dans l'HD, en fonction de leur niveau d'information lié au processus de VC et selon leur disponibilité. Selon leur disponibilité pour répondre aux questions, nous avons choisi d'enquêter les agents enquêteurs qui ont participé à la VC.

Tableau 12 : Liste des participants à l'enquête

Répondants	District sanitaire 1	District sanitaire 2	District sanitaire 3	Total
Enquêteurs des ONG locales	5	9	3	17
Patients	2	8	8	18
Personnels de santé des HD	2	1	1	4
Total	9	18	12	39

Le système de santé du Mali est constitué de trois niveaux, un niveau primaire (CSCCom), un niveau secondaire (HD ou Centre de santé de référence), et un niveau tertiaire (centres hospitalo-universitaires et hôpitaux nationaux) (PRODESS III, 2014). Les HD constituent le premier niveau de référence des patients, donc les patients traités dans un HD proviennent des FOSA de toutes les aires de santé du district sanitaire. Pour la constitution de notre échantillon, nous avons établi une liste exhaustive des fiches des patients qui auraient fait l'objet d'enquêtes par les ONG locales. Pour ce faire, TZ et AC ont dépouillé les archives des fiches de VC des patients qui étaient au niveau de l'équipe de la Clinique de gestion et d'innovation des connaissances (CGIC) qui est responsable de la mise en œuvre du FBR au Mali. Dans cette liste, nous avons ciblé quatre patients pour chacun des 3 indicateurs des patients des HD : 1 patient dans un rayon de 0 km, 1 patient dans un rayon de 1-5 km, 1 patient dans un rayon de 6-10 km, 1 patient dans un rayon de 11-15 km et plus. La distance qui sépare les patients sélectionnés de la FOSA a été calculé entre le lieu de résidence du patient et la FOSA la plus proche (CSCCom ou HD). Nous avons sélectionné au total 12 patients à enquêter par HD, soit au total 36 patients.

Collectes des données

Des guides d'entretien semi-directifs ont été élaborés pour chaque cible de l'enquête (enquêteurs des ONG locales, patients, personnels de santé des HD). Nous avons testé les outils de collecte dans un CSCCom qui met en œuvre le FBR mais qui n'est pas inclus dans cette recherche. Il y avait quatre assistants de recherche en charge de cette enquête. AC a organisé une formation de deux jours pour les assistants de recherche. Pendant la formation, les guides d'entretien semi-directif ont été intégralement traduits en langue locale (*bambara*). Les assistants de recherche ont interrogé les patients qui avaient été référés dans les HD et les agents enquêteurs des ONG locales. AC a passé en moyenne 3 jours dans chacun des districts sanitaires, pour superviser les enquêtes sur le terrain.

Traitement et analyse des données

Les données ont été transcrites par les mêmes assistants. Le codage des données a été réalisé par TZ à l'aide d'un arbre de code construit par les chercheurs impliqués dans le programme de recherche. QDA Miner Lite a été utilisé pour le codage des données. Pour l'analyse, nous avons suivi une démarche d'analyse de contenu inductif (Bernard, 2006), en laissant émerger des données, des thématiques empiriques nous permettant de prendre en compte l'influence des valeurs socioculturelles, les attitudes et pratiques des agents de santé ainsi que les logiques individuelles des différents acteurs impliqués lors du processus de VC du FBR au Mali.

Résultats

Conception de l'échantillon et repérage des patients dans la communauté

Plusieurs enquêteurs ont relevé des difficultés liées à l'échantillonnage lors de la VC. Dans la majorité des districts sanitaires, les échantillons des enquêtés n'étaient pas prêts au démarrage de la VC, ce qui a entraîné des retards dans sa mise en œuvre. Pour faire face au retard de transmission des échantillons, certains enquêteurs disent s'être rendus parfois dans les FOSA, pour constituer ou compléter eux-mêmes les échantillons. Pour eux, le fait de se rendre dans les FOSA pour constituer les échantillons, constitue une charge supplémentaire et entraîne un retard lors de la VC. Selon, les enquêteurs, pour éviter les retards lors de la réalisation de VC, les échantillons doivent être disponibles avant le démarrage des enquêtes.

« On a eu certaines complications, souvent tellement on était en retard, le vérificateur (conseiller technique du FBR) qui était au niveau du district n'avait pas fini son travail ... nous avons été avec le chef de poste (responsable de la FOSA) et notre superviseur choisir les gens (les enquêtés). »

[Enquêteur, ONG locale district sanitaire 2]

Avant de se rendre dans la communauté, les enquêteurs déclarent se rendre d'abord chez le maire de la commune qui couvre l'aire de santé concernée, pour faire signer leurs ordres de mission de la VC. Par la suite, ils se rendaient chez le chef du village pour lui expliquer l'objectif de l'enquête avant d'être introduits dans la communauté. Une fois que l'accord du chef du village est obtenu, ce dernier délègue des personnes qui aidaient les enquêteurs à repérer et identifier les enquêtés au sein de la communauté. Pendant, la formation des enquêteurs, les formateurs de l'équipe de la Clinique de gestion et d'innovation des connaissances (CGIC) avaient déconseillé aux enquêteurs d'avoir recours aux relais

communautaires ou aux agents de santé communautaire lors de la VC. Cependant, dans certains villages, des relais communautaires ont parfois aidé les enquêteurs à identifier et repérer les enquêtés dans la communauté. L'implication des relais communautaires dans les villages était hétérogène. Par exemple, dans le district sanitaire 1, les enquêteurs ont tout fait pour ne pas impliquer les relais communautaires, contrairement aux districts sanitaires 2 et 3. Pour certains enquêteurs, l'aide des relais communautaires était importante et cela mettait les enquêtés plus en confiance et facilitait l'enquête.

« Leur (relais communautaires) présence nous facilite l'accès à ces personnes, car ils ont une certaine crédibilité. Ils (relais communautaires) introduisent, ils disent ces personnes sont venus à la recherche de certaines informations donc tout de suite, ils (les enquêtés) sont ouverts à nous”

[Enquêteur, ONG locale district sanitaire 3]

Le repérage des patients au sein de la communauté a été rendu difficile, voire parfois impossible pour plusieurs raisons : orthographe incorrecte des noms, fiches illisibles, manque de coordonnées téléphoniques et informations incomplètes sur les fiches. Tout ceci était dû à la mauvaise tenue des registres dans la grande majorité des FOSA. De plus, l'homonymie des enquêtés a souvent causé des difficultés de repérage et d'identification dans les villages. Pour les enquêteurs, il est arrivé souvent des cas où il y avait plusieurs personnes qui portaient le même nom dans un même village. Quand il existait des informations complémentaires (nom du mari, ou prénom de l'enfant) sur la fiche d'enquête, ils arrivaient à identifier la personne avec l'aide du relais communautaire ou d'un accompagnateur. Dans le cas contraire, ils passaient plus de temps pour repérer et identifier l'enquêté ou n'y arrivaient pas. Certains patients identifiés dans les aires de santé, ne faisaient pas forcément partie de ces aires. Selon certains répondants, le nomadisme de certaines personnes dans certains villages rend la VC plus difficile à réaliser.

« Souvent c'est l'orthographe du nom qui est mal écrit. J'ai retenu un cas l'enfant était BANDJAN mais on écrit JINDJAN » [Enquêteur, ONG locale district sanitaire 3]

« Pendant la saison sèche, les gens viennent dans les villages et pendant la période hivernale, ils retournent dans les Hameaux et lorsqu'ils sont au village, ils vont au CSCom. . Quand le CSCom leur demande, ils disent, qu'ils résident dans le village et le CSCom est obligé d'écrire dans le registre en fonction de leur information...quand tu vas les chercher au niveau des villages. Ça va être compliqué » [Agent de santé, District sanitaire 1]

Intérêts des usagers, des agents de santé et des enquêteurs pour la VC

La grande majorité des agents de santé pensent que la VC est une bonne chose, et qu'il est important de prendre en compte l'opinion des membres de la communauté dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins offerts par les HD. Aucun retour des résultats de la VC n'a été possible auprès des agents de santé car elle a été réalisée les derniers jours du projet pilote du FBR (février 2017). Selon certains enquêteurs, le fait de recueillir l'avis des patients sur la qualité des soins reçus est un point positif de la VC. Pour certains enquêteurs, la VC du FBR est une enquête précise comparativement à d'autres enquêtes communautaires. La grande majorité des enquêteurs avait déjà réalisé des enquêtes communautaires avec des ONG. Pour eux, dans le cadre de ces autres enquêtes, on demande juste un nombre de personnes à enquêter, alors que pour la VC du FBR, le nom des enquêtés est spécifique, donc cela ajoute de la précision à l'enquête. Certains enquêteurs pensent que si la VC est bien faite, cela permettrait de remonter les plaintes des populations pour une amélioration de la qualité des soins.

« J'ai fait beaucoup d'enquêtes, mais l'enquête de vérification communautaire, j'étais très content d'aller vers mes frères et sœurs leur demander ce qui ne va pas et en pensant qu'on va résoudre leur problème ». [Enquêteur, ONG locale district sanitaire 3]

« C'est (la VC) une bonne chose si on n'arrive à ...prendre les recommandations en compte, ne pas laisser sur les papiers seulement » [Enquêteur, ONG locale district sanitaire 2]

Avant la VC, la quasi-totalité des patients n'avait jamais entendu parler du FBR. Cependant, le processus de VC a été bien perçu et accueilli par la grande majorité des enquêtés. Ils étaient contents de la VC, pour eux, c'est la première fois qu'on demande leurs avis par rapport à la qualité des soins dispensés dans les HD. La VC a permis aux populations de voir que les agents de santé pouvaient être contrôlés par rapport à la qualité des soins qu'ils offrent. De plus, ils pensent que la réalisation régulière de VC permettra aux agents de santé de mieux réaliser leur travail. Selon eux, ils exprimaient librement leurs avis par rapport aux difficultés rencontrées dans les HD, certains ont soulevé le coût élevé des soins et des médicaments.

« C'est toujours bien d'échanger avec les gens de savoir comment ils ont été soignés... les gens vont dire s'ils ont été bien accueillis ou pas !. Il n'y a pas de quoi avoir honte de dire qu'on n'a pas été bien accueilli et ça peut permettre aux personnels soignants de s'améliorer » [Patiente, district sanitaire 3]

Certains enquêteurs, pensent également que les enquêtés étaient contents de la réalisation de la VC. Néanmoins, d'autres ont soulevé une méfiance, un sentiment de peur et d'appréhension par certains enquêtés ainsi que leur entourage au début de l'enquête. Pour les enquêteurs, ils ont essayé de rassurer les enquêtés et leurs proches de la confidentialité de la VC et de leur indépendance par rapport aux HD. Mais malgré leurs explications, la confidentialité et l'objectif des enquêtes, cette méfiance persistait encore chez certains enquêtés. Selon certains, la population se méfie des enquêtes communautaires réalisées par les ONG, car c'est une nouvelle enquête qui a lieu sans pour autant changer leurs conditions de vie ou obtenir des résultats.

« Dans un premier temps ils ont peur parce qu'ils se disent chaque fois les gens viennent les bluffer (promesse illusoire) sans résultats. Ce n'est pas le FBR seulement, tous les ONG chaque fois ils viennent réunir les gens et disent ceci et cela, sans aucune suite, donc ils se disaient...qu'on va venir les bluffer, qu'on va venir perdre leur temps. » [Enquêteur, ONG locale district sanitaire 2]

« Chaque fois, on répond aux questions et on ne connaît pas la suite. Si tu vois que certaines personnes sont réticentes à répondre aux questions c'est à cause de ça » [Patient, district sanitaire 2]

Les défis rencontrés par les enquêteurs lors du processus de VC

Pour la majorité des enquêteurs, la durée de la formation de deux jours n'était pas suffisante. Pour eux, cela n'a pas permis d'aborder tous les aspects de la VC en profondeur. La formation portait sur la traduction des questionnaires en langue locale (*Bambara*), comment se présenter, remplir la fiche d'enquête et comment mener les enquêtes auprès de la population, une simulation a été réalisée. La majorité des entretiens a été réalisée en *Bambara*. La traduction des fiches en *Bambara* a été un vrai défi pour les enquêteurs. Avant l'enquête communautaire, les enquêteurs expliquaient aux patients ce qu'est le FBR. Ils ont relevé des difficultés à traduire le FBR et de pouvoir l'expliquer facilement en langue locale.

“Il faut faire les fiches d'enquête de façon simple car ce n'est facile de traduire le français qui est sur les fiches. Et même lors de la formation ça posait problème la traduction il a fallu qu'on trouve des consensus sur les questionnaires et qu'on se mette d'accord pour la traduction dans la langue nationale.” [Enquêteur, ONG locale district sanitaire 2]

La grande majorité des enquêteurs déclare avoir eu des difficultés à repérer certains patients au sein de la communauté. Plusieurs stratégies ont été mises en œuvre par les enquêteurs, pour pallier ces difficultés. Les enquêteurs procédaient au remplacement de l'enquêté par son mari ou d'autres proches. D'autres ont affirmé avoir remplacé l'enquêté non retrouvé par un autre patient choisit dans les registres de la FOSA. Il est arrivé parfois que certains enquêteurs soient

allés dans les FOSA pour demander aux agents de santé s'ils connaissaient des enquêtés. Lorsque cela était le cas, il pouvait aider l'enquêteur à le retrouver. Toutefois, les formateurs de l'équipe de la Clinique de gestion et d'innovation des connaissances (CGIC) avaient déconseillé aux enquêteurs d'avoir recours aux agents de santé pour les aider.

« Vu la distance que j'ai parcouru, je ne voulais pas retourner sans voir la dame pour lui demander certaines informations. C'est vrai qu'on nous avait demandé de ne pas aller au CSCom, Si je n'avais pas été au CSCom j'allais ... revenir sans les nouvelles de la dame. » [Enquêteur, ONG locale district sanitaire 2]

De plus, il est parfois arrivé à des enquêteurs de réaliser des entretiens téléphoniques avec les enquêtés (cas rare selon eux). Par exemple, il y a eu un cas où l'enquêteur a obtenu le numéro de téléphone du relais communautaire avec un infirmier dans une FOSA. Il a appelé le relais communautaire pour avoir des informations sur un enquêté. La difficulté de rencontrer l'enquêté physiquement est la raison évoquée par quelques enquêteurs pour justifier le contact téléphonique. C'est ainsi que des enquêteurs ont rempli de manière frauduleuse certaines fiches d'enquête sans enquêter les usagers dans les communautés. Selon ces derniers, les « *tricheries* » seraient justifiées par le temps qui leur était imparti (5 à 10 jours) pour la réalisation de la VC.

« Les gens qui ont rempli les fiches avec imaginations, vraiment c'est parce qu'on n'avait pas assez de temps. Ils étaient un peu sous pression. ... Ils étaient vraiment obligés de faire ces « petites tricheries » . » [Enquêteur, ONG locale district sanitaire 2]

La fraude au remplissage des fiches d'enquête par les enquêteurs a été plus fréquente en milieu urbain qu'en milieu rural. Nous avons pu observer que la grande majorité des fiches d'enquête en milieu urbain ne comportaient pas de numéro de téléphone et cela dans la plupart des districts sanitaires. Le manque de numéro de téléphone sur les fiches des enquêtés en milieu urbain ou périurbain rendait l'enquête impossible, car sans numéro de téléphone, il est peu probable de retrouver un usager en milieu urbain ou périurbain.

Discussion

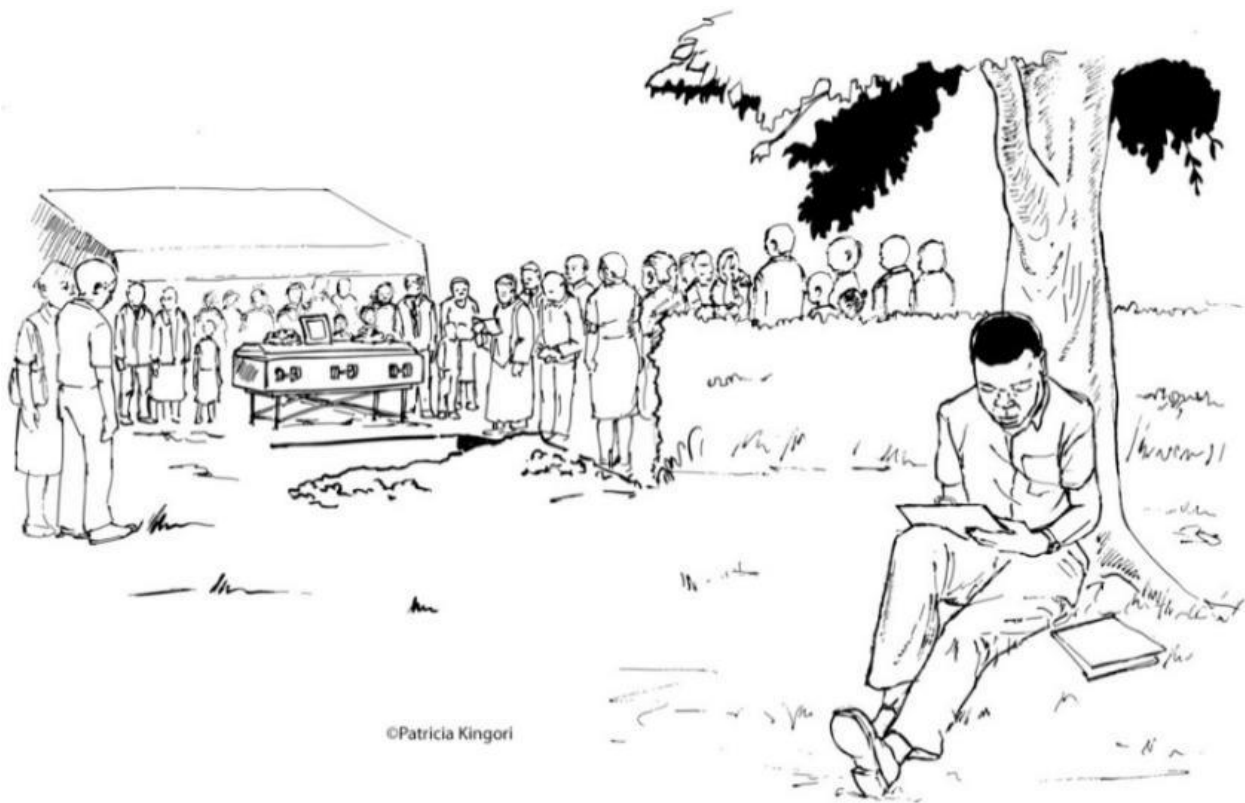
Notre article fait partie des rares études publiées en Afrique de l'ouest francophone qui porte sur le processus de VC lors de la mise en œuvre du FBR. Il permet de relever les défis de sa réalisation dans le contexte du Mali, en montrant la complexité, la lourdeur et les difficultés qu'entraîne son processus.

Vérification communautaire du FBR : fiable, valide, et efficiente ?

Au Mali, contrairement à d'autres pays (Burundi, Niger), en ce qui concerne la VC, le pourcentage d'écart toléré entre les déclarations des FOSA et la réalité n'a pas été précisé dans le manuel de procédure du FBR (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016). Ce pourcentage d'écart toléré a pour but, de réduire les fraudes dues aux fausses déclarations des FOSA pour bénéficier de plus de primes du FBR. Ce pourcentage doit être inférieur à 5 % au Burundi (Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, 2014) et 10% au Niger (Ministère de la Santé Publique du NIGER, 2020). Si le pourcentage de fraude toléré par les FOSA est mentionné dans certains manuels de procédure ou guide de VC, aucune mention n'est faite sur les cas de fraude des enquêteurs qui sont censés réaliser la VC.

En ce qui concerne les données collectées lors des enquêtes de terrains dans le contexte Africain, la problématique de la fabrication de ces données par les scientifiques et les non scientifiques est une question peu abordée (Kingori & Gerrets, 2016). Le terme qui désigne parfois la falsification des données par les agents de terrain dans le contexte Africain est le remplissage des «*données sous un arbre*», il se définit par le fait qu'un enquêteur soit assis sous un arbre pour remplir un questionnaire d'enquêtes sans recueillir les informations des participants sélectionnés pour l'enquête (Figure 9) (Kingori & Gerrets, 2016). Plusieurs facteurs seraient responsables de la falsification des données par les agents de terrain dans le contexte africain : les défis physiques, économiques et contextuels lors des enquêtes communautaires; la charge de travail perçue comme irréaliste par les enquêteurs; le mécontentement à l'égard des conditions de travail; un soutien institutionnel insuffisant; et la faiblesse de la supervision lors des enquêtes (Kingori & Gerrets, 2016).

Figure 9 : Données sous un arbre



Source : Kingori & Gerrets, 2016

Notre étude montre qu’il y a eu des fraudes de remplissage des fiches d’enquêtes par certains enquêteurs. Plusieurs raisons pourraient l’expliquer, la non complétude des fiches, les erreurs des informations sur les fiches, les difficultés de repérage des usagers au sein de la communauté (absence, déplacement), et le temps court des enquêtes (5 à 10 jours). Au Burkina Faso, Turcotte-Tremblay et al. (2017) ont également observé des cas de fraude lors de la VC. Selon eux, il existe plusieurs raisons de la falsification des données par les enquêteurs : la surcharge de travail et les difficultés de repérage des patients au sein de la communauté. Nous pensons que, plus le repérage de l’usager par l’enquêteur est difficile, plus il y a risque de falsification des données par l’enquêteur. Pour une meilleure réalisation de la VC, et pour un meilleur repérage des usagers dans la communauté, il faudra s’assurer : (i) du bon échantillonnage des patients; (ii) de la complétude des informations consignées dans les registres des FOSA; (iii) ainsi que de la complétude des informations consignées sur les fiches d’enquêtes.

Ces fraudes observées remettent-elles en cause la fiabilité et la validité des informations recueillies lors de la VC ? Au Mali, lors de la VC, la falsification de certaines fiches d’enquêtes (surtout en milieu urbain) a pu avoir un impact sur la qualité des données recueillies, même si

ces fraudes n'ont pas joué négativement sur le montant des primes allouées au HD. Les objectifs de la VC au Mali étaient de vérifier les soins déclarés par les agents de santé et de mesurer le niveau de satisfaction des usagers. En nous basant, sur ces objectifs, nous pouvons déduire que les fraudes par certains enquêteurs, ne permettent ni de vérifier les déclarations, ni d'évaluer le niveau de satisfaction des usagers. Dans le but d'améliorer la qualité et l'intégrité des agents de terrain lors des recherches en Afrique, il faudra : (i) accroître la reconnaissance institutionnelle du rôle des agents de terrain; (ii) améliorer le renforcement systématique et complet des capacités des agents de terrain; (iii) et favoriser le développement de carrière des agents de terrain au sein des institutions (Participants of an International Workshop in Kenya on the Role of Frontline Staff in Biomedical Research, July 2014 & Kombe, 2015)

Il ne s'agit pas forcément d'avoir des enquêtes de VC avec un risque de 0% de fraude. Cependant, il faudrait choisir des outils et méthodes d'enquêtes qui permettront de réduire les cas de fraude pour garantir une meilleure qualité des résultats. Plusieurs revues systématiques qui portent sur les instruments de mesure de l'expérience des patients dans les hôpitaux, montrent que la qualité des méthodes et outils choisis est variable (Beattie et al., 2015; Nilvér et al., 2017). Beattie et al. (2015) montre dans leur revue systématique que malgré la bonne acceptabilité de la majorité des instruments, l'efficacité de ces instruments de mesure (rapport entre le coût et la fiabilité des données) est insuffisante en raison des ressources nécessaires pour obtenir des échantillons fiables. Pour une mesure valide, fiable et efficace de l'expérience du patient, il faudrait trouver des instruments les plus adaptés aux objectifs de l'enquête (Nilvér et al., 2017), et plus efficaces, (Sitzia, 1999; Quintana et al., 2006; Beattie et al., 2015).

Quelle est la finalité de la vérification communautaire du FBR ?

D'après nos résultats, la grande majorité des usagers était satisfaite du fait que la VC ait permis qu'ils puissent donner leurs avis sur les soins reçus. Toutefois, certains d'entre eux ont exprimé un doute quant à la prise en compte de leurs avis pour l'amélioration de la qualité des soins dans les FOSA. Pour eux, la VC est une enquête communautaire parmi d'autres qui n'aura pas un impact positif sur leur vécu au quotidien. Pour Olivier de Sardan (1991), dans le but de l'amélioration des conditions de vies des populations, la prise en compte des avis des populations doit être la préoccupation des projets de développement. L'anthropologie du développement se veut le « *porte-parole* » des personnes « *sans voix* » (*groupes sociaux marginalisés et exclus*), il doit être utilisée pour recueillir et exprimer les opinions des personnes

dont « *les institutions de développement entendent améliorer le sort sans guère se donner les moyens de les connaître* » (Olivier de Sardan, 1991, p. 7).

Les études qui évaluent le niveau de satisfaction des usagers à l'égard des soins reçus dans les FOSA en Afrique, révèlent un niveau de satisfaction très faible (Ndziessi et al., 2017; Girma et al., 2020; Balde et al., 2017; Bohren et al., 2017). En Guinée Conakry, par exemple, Balde et al. (2017) montrent dans leur étude que les femmes disent subir des mauvais traitements de la part des agents de santé pendant leurs accouchements (négligence, violence physique et verbale). En Ethiopie, une étude Girma et al. (2020) montre que les membres de la communauté ont une perception négative en ce qui concerne les services de santé maternelle. Les raisons de leurs mauvaises perceptions sont : les mauvaises attitudes des agents de santé à leurs égards, le manque de médicaments dans les FOSA, le longs temps d'attente, le manque d'intimité et d'attention pour les femmes pendant l'accouchement (Girma et al., 2020).

La VC ayant été réalisée à la fin du projet pilote du FBR, les données collectées ont juste permis de calculer les primes du FBR des HD. Les données collectées n'ont pas été ou peu analysées par le consortium KIT-Cordaid-CGIC qui agit en qualité d'agence de mise en œuvre du FBR (contractualisation et vérification) au compte du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique. La VC n'a pas permis d'établir un lien de causalité entre l'intervention du FBR et l'amélioration de qualité des soins déclarés par les usagers. Il existe peu de publications qui étudient les différentes méthodes de vérification dans le cadre du FBR et sur le lien de causalité entre ces méthodes de vérification et les résultats de la vérification (Vergeer et al., 2016). Au Malawi, Kambala et al. (2017) montrent que les femmes qui ont bénéficié des soins lors de la mise en œuvre du PBF, ont noté une amélioration des prestations des services de santé.

Toutefois, il n'a pas été observé des effets significatifs de l'intervention du PBF sur la perception des femmes sur les soins techniques, la qualité des équipements et des relations interpersonnelles. Au Burundi, Falisse et al. (2012) montrent que les résultats issus de l'enquête communautaire n'ont pas forcément permis de prendre en compte l'avis des usagers et n'ont pas entraîné des changements dans l'amélioration de la qualité des soins. Au Bénin, Antony et al. (2017) montrent que les processus de vérification sont complexes, coûteux et longs et que les données collectées lors de la VC ont été peu ou pas analysées. De plus, ils montrent que les résultats de la VC n'ont pas permis de sanctionner les prestations qui avaient eu à frauder au Bénin. Tout ceci nous montre l'importance d'utiliser les résultats des enquêtes de satisfaction

auprès des usagers lors de la VC du FBR, cela dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins offerts aux populations.

Au-delà du FBR, la question de l'utilisation des résultats issus de la recherche pour la prise de décision pour l'amélioration de la qualité des soins se pose dans le contexte Africain. Malgré un intérêt déclaré des agents de santé pour les enquêtes de satisfaction des usagers, les résultats issus de ces enquêtes restent très souvent peu utilisés et discutés pour la prise de décision (Boyer et al., 2006). Une revue systématique portant sur l'utilisation des connaissances pour améliorer la santé publique dans les PRFI, montre qu'il existe une grande diversité de stratégies et de conditions d'utilisation des connaissances (Siron et al., 2015). Les preuves de l'utilisation des résultats pour la prise de décision par les acteurs qui gouvernent le système de santé sont encore trop rares en Afrique (Ridde & Yaméogo, 2018; Dagenais, 2021; Dagenais et al., 2021).

De plus en plus d'études réalisées en Afrique francophone, montrent que les acteurs de terrains et les décideurs trouvent utiles les résultats issus des recherches (Mc Sween-Cadieux et al., 2017; Dagenais et al., 2021). Toutefois, au Burkina Faso, plusieurs participants à un atelier de diffusion des résultats issus d'une recherche, estiment ne pas être en mesure de pouvoir prendre des décisions pour l'application de ces connaissances, cela malgré le fait que la majorité d'entre eux ait perçu l'utilité des résultats (Mc Sween-Cadieux et al., 2017). De même, une étude de Dagenais, (2021), montre qu'il existe un faible niveau d'utilisation des résultats issus de la recherche au sein du ministère de la santé pour la prise de décisions au Burkina-Faso.

Plusieurs obstacles sont identifiés par les décideurs du ministère de la santé du Burkina-Faso : difficulté d'accès aux résultats de la recherche, leurs propres attitudes face aux preuves fondées sur la recherche, la difficulté de mettre en œuvre les recommandations issues des recherches ainsi qu'une absence de stratégie de communication efficace. Dagenais et al. (2021), pensent que pour une meilleure utilisation des résultats issus des recherches par les décideurs, des actions doivent être mises en œuvre pour produire et maintenir des effets à long terme au niveau des décisionnaires politiques.

Implications pratiques de la recherche

Pour une meilleure réalisation des futures VC, nous pensons qu'il serait nécessaire : (i) de chercher à réduire son coût, en adoptant une méthodologie d'enquête plus adaptée (moins lourde, moins coûteuse et plus efficace); (ii) que les agents de santé puissent mieux collecter les données (nom et prénoms, numéro de téléphone, nom et prénoms des

ascendants/descendants ou d'autre membre de la famille) dans les registres des FOSA; (iii) de sensibiliser les usagers sur la nécessité de donner des informations fiables pouvant permettre de les retrouver; il faudra expliquer aux usagers les raisons pour lesquelles leurs informations sont collectées; (iv) d'impliquer les ONG locales dans le processus de sélection et de choix des personnes à enquêter; (v) d'accorder plus de temps pour la collecte des données sur le terrain et de renforcer les missions de supervisions des enquêteurs, pour réduire le risque de fraude pendant la collecte des données sur le terrain.

Limite de l'étude

Notre recherche présente quelques limites. Premièrement, les avis des enquêtés ne sont pas forcément représentatifs de l'ensemble des acteurs impliqués dans le processus de VC. Ensuite, la collecte des données a été réalisée de manière transversale, rétrospective, et à la fin du projet pilote du FBR. Par conséquent, plusieurs difficultés qui sont révélées dans notre étude pendant le processus de VC auraient pu être différentes si la mise en œuvre du FBR avait été poursuivie. Certaines difficultés de mise en œuvre comme la tenue des registres des HD devaient sûrement s'améliorer si le FBR continuait. De plus, les enquêteurs devraient aussi améliorer les lacunes observées au fil du temps.

Conclusion

La VC est une des composantes importantes de la mise en œuvre du FBR. Notre étude a montré que plusieurs difficultés ont nui au bon déroulement de la VC : délais trop courts, problèmes d'échantillonnage des usagers, manque d'informations précises pouvant faciliter l'identification et le repérage des usagers au sein des communautés. Toutes ces difficultés ont parfois poussé certains enquêteurs à falsifier les données collectées. La validité, la fiabilité et l'efficacité des instruments de mesure doivent être prises en compte lors des enquêtes de satisfaction des usagers lors de la VC du FBR. De plus, ces instruments doivent être adaptés et simplifiés par rapport au contexte local pour une efficacité maximale. Un accent particulier doit être mis, sur l'analyse des données et l'utilisation des résultats issus de la VC du FBR, cela pour une meilleure utilisation des résultats de ces enquêtes pour la prise de décision et l'amélioration de la gouvernance du système de santé au niveau local et national. Au Mali, pour mieux mesurer la satisfaction des patients, nous pensons qu'il faudrait faire une étude sur les attentes des patients en qualité des soins pour mieux adapter les outils de mesure de la satisfaction au contexte local.

Référence :

- Aldana, J. M., & Piechulek, H. (2001). *Satisfaction des patients et qualité des soins dans des zones rurales du Bangladesh*. 5, 6.
- Almeida, R. S. de, Bourliataux-Lajoinie, S., & Martins, M. (2015). Satisfaction measurement instruments for healthcare service users : A systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(1), 11-25. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00027014>
- Antony, M., Bertone, M. P., & Barthes, O. (2017). Exploring implementation practices in results-based financing : The case of the verification in Benin. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2148-9>
- Balde, M. D., Diallo, B. A., Bangoura, A., Sall, O., Soumah, A. M., Vogel, J. P., & Bohren, M. A. (2017). Perceptions and experiences of the mistreatment of women during childbirth in health facilities in Guinea : A qualitative study with women and service providers. *Reproductive Health*, 14(1), 3-3. PubMed. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0266-1>
- Baumann, M., & Amara, M.-E. (2007). *Evaluation de la satisfaction. Prendre en compte les valeurs socioculturelles des usagers*. 465, 292-297. <http://hdl.handle.net/10993/1685>
- Beattie, M., Murphy, D. J., Atherton, I., & Lauder, W. (2015). Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals : A systematic review. *Systematic Reviews*, 4, 97-97. PubMed. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0089-0>
- Bernard, H. R. (2006). *Research methods in anthropology : Qualitative and quantitative approaches* (4th ed). AltaMira Press.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Tunçalp, Ö., Fawole, B., Titiloye, M. A., Olutayo, A. O., Ogunlade, M., Oyeniran, A. A., Osunsan, O. R., Metiboba, L., Idris, H. A., Alu, F. E., Oladapo, O. T., Gülmezoglu, A. M., & Hindin, M. J. (2017). Mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria : A qualitative study on perceptions and experiences of

- women and healthcare providers. *Reproductive Health*, 14(1), 9.
<https://doi.org/10.1186/s12978-016-0265-2>
- Boyer, L., Francois, P., Doutre, E., Weil, G., & Labarere, J. (2006). Perception and use of the results of patient satisfaction surveys by care providers in a French teaching hospital. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(5), 359-364.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl029>
- Cissouma, L., Sioro, A., Koné, O., Traoré, K., Bulthuis, S., Mommers, P., & Toonen, J. (2017). *Rapport de Capitalisation FBR à la Malienne* (p. 45).
- Coulibaly, A., Gautier, L., Zitti, T., & Ridde, V. (2020). Implementing performance-based financing in peripheral health centres in Mali : What can we learn from it? *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00566-0>
- Dagenais, C. (2021). Research use at the Ministry of Health in Burkina Faso : The decision-makers' perspective. *Implementation Science Communications*, 2(1), 22-22. PubMed.
<https://doi.org/10.1186/s43058-021-00126-9>
- Dagenais, C., Proulx, M., Mc Sween-Cadieux, E., Nikiema, A., Bonnet, E., Ridde, V., & Somé, P.-A. (2021). Collaborative research and knowledge translation on road crashes in Burkina Faso : The police perspective 18 months on. *Health Research Policy and Systems*, 19(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00654-1>
- Falisse, J.-B., Meessen, B., Ndayishimiye, J., & Bossuyt, M. (2012). Community participation and voice mechanisms under performance-based financing schemes in Burundi : Community participation under PBF. *Tropical Medicine & International Health*, 17(5), 674-682. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2012.02973.x>
- Girma, M., Robles, C., Asrat, M., Hagos, H., G/Slassie, M., & Hagos, A. (2020). Community Perception Regarding Maternity Service Provision in Public Health Institutions in 2018

- and 2019 : A Qualitative Study. *International Journal of Women's Health*, 12, 773-783.
PubMed. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S250044>
- Kambala, C., Lohmann, J., Mazalale, J., Brenner, S., Sarker, M., Muula, A. S., & De Allegri, M. (2017). Perceptions of quality across the maternal care continuum in the context of a health financing intervention : Evidence from a mixed methods study in rural Malawi. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2329-6>
- Kingori, P., & Gerrets, R. (2016). Morals, morale and motivations in data fabrication : Medical research fieldworkers views and practices in two Sub-Saharan African contexts. *Social Science & Medicine*, 166, 150-159. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.08.019>
- KIT, Clinique de gestion et d'innovation des connaissances, & Cordaid. (2017). *RAPPORT FINAL DU PROJET PILOTE « PRSR/FBR » FBR-Financement Basé sur les Résultats – Approche pour accélérer les résultats en Santé de la Reproduction.*
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 16(5), 577-582. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90311-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90311-2)
- Mc Sween-Cadieux, E., Dagenais, C., Somé, P.-A., & Ridde, V. (2017). Research dissemination workshops : Observations and implications based on an experience in Burkina Faso. *Health Research Policy and Systems*, 15(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0205-9>
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. (2016). *Manuel Opérationnel du Financement basé sur les résultats du projet PRSR-FBR.*
- Ministère de la Santé Publique du NIGER. (2020). *GUIDE DE LA VERIFICATION COMMUNAUTAIRE DANS LE CADRE DE LA MISE EN ŒUVRE DU FONDS D'ACHAT.*

- Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA. (2014). *MANUEL DES PROCEDURES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE A USAGE AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES*.
- Ndziessi, G., Bintsene-Mpika, G., & Bileckot, R. (2017). User Satisfaction with Family Planning Services in Government Health Centres in the Congo. *African Journal of Reproductive Health*, 21(3), 70-75. <https://doi.org/10.29063/ajrh2017/v21i3.6>
- Ng, J. H. Y., & Luk, B. H. K. (2019). Patient satisfaction : Concept analysis in the healthcare context. *Patient Education and Counseling*, 102(4), 790-796. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.013>
- Nilvér, H., Begley, C., & Berg, M. (2017). Measuring women's childbirth experiences : A systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 203-203. PubMed. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1356-y>
- OCDE, Organisation mondiale de la Santé, & World Bank Group. (2019). *La qualité des services de santé : Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle*. OECD. <https://doi.org/10.1787/62f287af-fr>
- Olivier de Sardan, J. (1991). L'anthropologie du changement social et du développement comme ambition théorique ? *Bulletin de l'APAD*, 1. <https://doi.org/10.4000/apad.296>
- Participants of an International Workshop in Kenya on the Role of Frontline Staff in Biomedical Research, July 2014, & Kombe, F. (2015). Enhancing quality and integrity in biomedical research in Africa : An international call for greater focus, investment and standardisation in capacity strengthening for frontline staff. *BMC Medical Ethics*, 16(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0071-3>

- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care : A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 185-210.
[https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90002-2](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90002-2)
- Petross, C., McMahon, S., Lohmann, J., Chase, R. P., Muula, A. S., & De Allegri, M. (2020). Intended and unintended effects : Community perspectives on a performance-based financing programme in Malawi. *BMJ Global Health*, 5(4), e001894-e001894. PubMed. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001894>
- PRODESS III. (2014). *PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT SOCIO-SANITAIRE 2014-2018 (PRODESS III)*. <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2018/04/Programme-de-De%CC%81veloppement-Socio-Sanitaire-2014-2018.-Mali.pdf>
- Quintana, J. M., González, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., San-Sebastián, J. A., de-la-Sierra, E., & Thompson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*, 6(1), 102.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-102>
- Ridde, V., & Yaméogo, P. (2018). How Burkina Faso used evidence in deciding to launch its policy of free healthcare for children under five and women in 2016. *Palgrave Communications*, 4(1), 119. <https://doi.org/10.1057/s41599-018-0173-x>
- Siron, S., Dagenais, C., & Ridde, V. (2015). What research tells us about knowledge transfer strategies to improve public health in low-income countries : A scoping review. *International Journal of Public Health*, 60(7), 849-863. PubMed.
<https://doi.org/10.1007/s00038-015-0716-5>
- Sitzia, J. (1999). How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(4), 319-328.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/11.4.319>

- Turcotte-Tremblay, A.-M., Gali-Gali, I. A., De Allegri, M., & Ridde, V. (2017). The unintended consequences of community verifications for performance-based financing in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, *191*, 226-236. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.007>
- Vergeer, P., Heard, A., Josephson, E., & Fleisher, L. (2016). *Verification in Results-Based Financing for Health*. World Bank, Washington, DC. <https://doi.org/10.1596/26040>
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction : A valid concept? *Social Science & Medicine*, *38*(4), 509-516. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90247-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90247-X)
- World Bank. (2017). *Mali—Strengthening Reproductive Health Project* (N° ICR4095; p. 81). World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/542131502720462868/Mali-Strengthening-Reproductive-Health-Project>
- Yin, R. K. (2009). *Case study research : Design and methods* (4th ed). Sage Publications.
- Zitti, T., Fillol, A., Lohmann, J., Coulibaly, A., & Ridde, V. (2021). Does the gap between health workers' expectations and the realities of implementing a performance-based financing project in Mali create frustration? *Global Health Research and Policy*, *6*(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s41256-021-00189-0>
- Zitti, T., Gautier, L., Coulibaly, A., & Ridde, V. (2019). Stakeholder Perceptions and Context of the Implementation of Performance-Based Financing in District Hospitals in Mali. *International Journal of Health Policy and Management*, *10*.

Quatrième partie : discussions

Dans cette quatrième partie, qui comporte trois chapitres, nous discutons en premier lieu des contributions empiriques de nos résultats (Chapitre 8). En deuxième lieu, nous apportons une réflexion critique en ce qui concerne les controverses scientifiques autour de l'expansion du FBR dans les PRFI notamment en Afrique (Chapitre 9). En dernier lieu, nous présentons les différentes stratégies de TC réalisées lors de cette thèse, ainsi qu'une réflexion critique des leçons apprises des différentes activités de TC (Chapitre 10).

Chapitre 8 : contributions empiriques des résultats de cette thèse

8.1. Ecart entre la théorie et la pratique lors de la mise en œuvre du FBR

Ecart entre la théorie et la pratique

Il existe une large littérature scientifique sur la mise en œuvre qui met en évidence l'écart entre la théorie et la mise en œuvre réelle (Hanson, 2003; Derkyi-Kwarteng et al., 2021; Ridde et al., 2013; Hudson et al., 2019; Molette et al., 2020). *«L'écart de mise en œuvre est un processus inévitable. Aussi bien préparées que soient les politiques publiques, lorsqu'elles sont mises en œuvre, elles connaissent inévitablement des décalages entre ce qui est attendu et ce qui se passe sur le terrain »* (Olivier de Sardan et al., 2017, p. 79). Les interventions promues par les ONG, les bailleurs de fonds et les organisations de coopération bilatérale dans les PRFI sont des modèles souvent standardisés, qui sont *« soumises à l'épreuve redoutable des contextes de mise en œuvre »* (Olivier de Sardan et al., 2017, p. 71).

Pour réduire les écarts entre l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques, il est important d'identifier, d'évaluer et de connaître les raisons des échecs de ces politiques (Wouters et al., 2010). Pour Hudson et al. (2019) quatre grands facteurs peuvent contribuer à l'échec des politiques publiques, une attente trop optimiste, le contexte local de mise en œuvre,

une collaboration inadéquate des différentes parties prenantes et le manque de volonté politique. Les défis associés aux échecs de mise en œuvre des politiques sont, une interaction complexe entre le contenu, le contexte, les acteurs et le processus de la politique (Wouters et al., 2010). Dans les PRFI, plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'écart entre la théorie et la mise en œuvre des politiques publiques, une mauvaise planification, une inadéquation des ressources humaines et financières, des problèmes d'infrastructure, la corruption, le manque de continuité dans les politiques gouvernementales, et le manque de soutien des principales parties prenantes (Molete et al., 2020; Makinde, 2005).

Une revue de la littérature montre que les politiques mise en œuvre dans les pays d'ASS pour atteindre la CSU comportent plusieurs lacunes (corruption, paiement direct et indirect) (Derkyi-Kwarteng et al., 2021). En ce qui concerne, le FBR, plusieurs études montrent qu'il existe un écart entre la théorie et la mise en œuvre du FBR (Paul et al., 2018; Witter et al., 2012; Renmans et al., 2016; Antony et al., 2017; Ridde et al., 2017; Turcotte-Tremblay et al., 2017; Ogundeji et al., 2016). Nos résultats montrent également qu'il existe un écart entre ce qui était théoriquement prévu et ce qui a été fait dans la pratique. Notre premier article, révèle plusieurs défis lors de la mise en œuvre du FBR dans les HD, une durée courte de l'intervention (huit mois), le choix des indicateurs selon la priorité des bailleurs de fonds, le nombre insuffisant d'indicateur, et l'impossibilité d'apporter des modifications au modèle pendant sa mise en œuvre.

Notre deuxième article sur le processus de distribution des primes du FBR a révélé plusieurs problèmes de mise en œuvre (retard de décaissement des primes, manque de transparence lors de la distribution) qui ont entraîné un sentiment de frustration et de déception au niveau des agents de santé. Les agents de santé ont perçu les montants des primes du FBR obtenues comme insuffisants et en inadéquation avec les efforts fournis. Tout ceci, nous montre que les primes du FBR qui devaient théoriquement servir à motiver les agents de santé dans les HD, ont été au final une source de démotivation. Les résultats de notre troisième article sur le processus de VC, révèlent les défis de la VC au Mali, la mauvaise tenue des registres au sein des HD, la difficulté de repérage de certains patients au sein des communautés, le remplissage frauduleux de certaines fiches d'enquêtes par les enquêteurs. Nos résultats montrent comment le contexte de mise en œuvre impacte sur les résultats et les effets de la mise en œuvre du FBR dans les HD au Mali.

Aucune preuve ne montre comment le FBR a permis au Mali, d'améliorer le recours aux soins des patients dans les HD et la qualité des soins offerts. Au Mali, les indicateurs choisis dans le cadre de la mise en œuvre du FBR entraînent une priorisation des activités autour de ses indicateurs au détriment d'autres, au lieu d'être dans une approche globale de renforcement des systèmes de santé. Les indicateurs du FBR surtout les mieux payés sont priorisés au détriment des autres indicateurs. Plusieurs études montrent que la mise en œuvre du FBR dans le FOSA a entraîné la priorisation des indicateurs ciblés par le FBR, même lorsqu'ils n'étaient pertinents (Turcotte-Tremblay et al., 2020; Diaconu et al., 2021).

Au Mali, lors de la mise en œuvre du FBR, rien n'a été mis en place dans les HD pour permettre un meilleur accès des indigents aux soins et favoriser l'accessibilité financière aux patients. Le FBR a le plus amélioré l'efficacité que l'équité au Rwanda (Lannes et al., 2016). Priedeman Skiles et al. (2013) ont montré qu'au Rwanda, un programme de FBR sans objectifs d'équité ne pourra pas réduire efficacement les disparités d'accès aux soins entre les populations les plus riches et les plus démunies. La question de l'équité n'est pas trop prise en compte lors de la mise en œuvre du FBR dans le contexte Africain (Ridde et al., 2018; Priedeman Skiles et al., 2013). Même lorsque les aspects d'équité sont pris en compte lors de la mise en œuvre du FBR comme c'était le cas au Burkina-Faso (Ridde et al., 2014), plusieurs défis demeurent surtout en ce qui concerne la sélection des indigents et à leurs accès aux soins (Turcotte-Tremblay et al., 2018). Une place importante doit être accordée à l'équité dans les politiques de santé ainsi que dans la recherche sur la mise en œuvre (Vaero, 1995; Baumann & Cabassa, 2020; Brownson et al., 2021).

Instauration de nouvelles normes et modification des anciennes pratiques dans les hôpitaux

Les théories et les pratiques dans le domaines de l'élaboration des politiques publiques ont été profondément transformées par la mondialisation (Lewis, 2018). Pour Boidin (2014) les politiques de santé mises en œuvre par les bailleurs de fonds en Afrique, ne sont pas adaptées aux besoins de santé des populations cibles et elles sont la plupart du temps, mises en œuvre de manière « *standardisées* ». Rottenburg, (2009) conceptualise le « *modèle voyageur* », comme étant une stratégie d'élaboration des politiques publiques dans les pays en développement, qui décrit comment les experts internationaux et les agences de développement du Nord, conçoivent, financent et font voyager les idées, les technologies et les procédures standardisées dans les pays en développement.

Un « modèle voyageur » c'est, « toute intervention institutionnelle standardisée quels qu'en soient les échelles ou les domaines (une politique publique, un programme, une réforme, un projet, un protocole, selon les échelles ou les domaines), en vue de produire un quelconque changement social, à travers des changements de comportements d'une ou plusieurs catégories d'acteurs, et qui repose sur un 'mécanisme' et des 'dispositifs' censés avoir des propriétés intrinsèques permettant d'induire ce changement dans des contextes de mise en œuvre variés. Dans le domaine de la santé maternelle, ces interventions visent à modifier les comportements des agents de santé et/ou des populations» (Olivier de Sardan et al., 2017, p. 74) (notre traduction).

Le FBR fait partie de ses politiques de santé considérées comme « modèle voyageur » (Olivier de Sardan et al., 2017; Falisse, 2019). Nos résultats montrent, comment les « modèles voyageurs» comme le FBR sont mis en œuvre dans les PRFI. Au Mali, le FBR avait pour objectif d'améliorer la qualité des soins de santé offerts aux populations en motivant les agents de santé par des primes à la performance. Le changement de comportement voulu par le FBR n'a pas eu lieu dans les hôpitaux au Mali. Au lieu de motiver les agents de santé dans les hôpitaux, la mise en œuvre du FBR a produit l'effet inverse au Mali. Les acteurs locaux qui interviennent dans les hôpitaux, n'ont pas été associé à la conception du projet pilote du FBR au Mali.

Le manque d'implication des acteurs locaux dans l'émergence et la conception de l'intervention du FBR pourrait faire partie des causes des nombreux défis de sa mise en œuvre. Au Mali, plusieurs études montrent que le FBR a émergé grâce à l'action des experts internationaux venant des PRE (Gautier et al., 2019; Coulibaly et al., 2019). Le même constat est observé dans plusieurs autres études sur l'émergence du FBR en Afrique (Mayaka Manitu et al., 2015; Gautier et al., 2019; Gautier et al., 2020; Falisse, 2019; Kiendrébéogo et al., 2017). Pour Falisse (2019), il faut aller au-delà de qualifier le FBR de « modèle voyageur », il est nécessaire de voir comment il est réapproprié par les acteurs locaux. Dans une étude au Burundi, Falisse (2019) montre comment les hauts cadres du ministère de la santé qui étaient initialement contre le FBR, ont au final profité de sa mise à échelle pour résoudre des problèmes qui n'étaient pas en rapport avec le FBR (la réorganisation du ministère de la santé et du système de santé, ainsi que la mise en œuvre politique d'exemption de paiement pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes).

Il est alors important de prendre en compte comment les « modèles voyageurs » s'adaptent aux contextes dans lesquels ils sont mis en œuvre. Le FBR est « un modèle voyageur » et comme

tous les « *modèles voyageurs* », il comporte de nouvelles normes pratiques officielles pour permettre sa mise en œuvre et assurer son efficacité (Olivier de Sardan et al., 2017; Turcotte-Tremblay et al., 2018; Gautier et al., 2018; Gautier et al., 2019). Dans le cadre du FBR, plusieurs outils de gestion (cahier de présence, vérification de la quantité et de la qualité, vérification communautaire (VC), etc.) sont utilisés pour mesurer la performance des agents de santé dans les hôpitaux au Mali. Nos résultats ont montré que la mise en œuvre du FBR dans les hôpitaux au Mali, a entraîné la mise en place de nouvelles normes pratiques (vérification communautaire, grille de calculs des primes, fiches de tâches de chaque agent de santé, contrats de performance, cahier de présence, etc.).

Par exemple, le processus de VC est une des composantes principales du FBR, il permet de vérifier la véracité des patients déclarés ayant été pris en charge par les agents de santé. Ce processus de VC est une nouvelle pratique qui a été initié lors de la mise en œuvre du FBR. La VC est un processus qui s'est avéré lourd, coûteux et qui a été réalisé avec du retard; ce qui a également retardé le paiement des primes. Les enquêteurs lors de la VC ont fraudé certaines fiches sans enquêter les usagers dans les communautés, tout ceci nous montre que les normes qui avaient été officiellement établies ne sont pas celles qui avaient été mises en œuvre de manière pratique.

Les normes pratiques sont des « *normes contextuelles, encore moins reconnues par les interventions standardisées, celles qui régulent les écarts entre les normes officielles et les pratiques courantes des agents de santé. Les agents de santé sont en effet loin de toujours suivre les règles professionnelles et éthiques qui leur ont été enseignées. Ces comportements « non conformes » ne sont pas aléatoires; elles sont relativement prévisibles et routinières, et suivent en fait des normes latentes et implicites* » (Olivier de Sardan et al., 2017, p. 89). Pour Olivier de Sardan et al. (2017), les interventions de santé publique standardisées comportent la plupart du temps des procédures et des normes qui sont introduites et qui sont différentes des « *normes sociales* » ou informelles qui régissent les comportements des différents acteurs du milieu d'intervention.

Il existe plusieurs définitions du concept de « *norme sociale* » (Baril et al., 2012; Ramognino, 2007; Livet, 2012). « *Les normes sociales sont des règles ou des modèles de conduite socialement partagés, fondés sur des valeurs communes et impliquant une pression en faveur de l'adoption d'une conduite donnée, sous peine de réprobation de la part de la société ou du groupe de référence* » (Baril et al., 2012, p. 6). Livet (2012, p. 55) définit la norme sociale comme « *des signaux, soit qui indiquent quelle est la bonne pratique, soit quelle est la règle de*

la nouvelle pratique. Une fois la pratique installée socialement, les normes entraînent avec elles des contraintes, dont les principales sont liées à la réprobation de ceux qui suivent les signaux envers ceux qui ne les suivent pas ». Les normes peuvent être introduites de deux manières, premièrement de manière immanente (pratiques préexistantes) ou de façon délibérée (nouvelles pratiques) (Ibid).

Nos résultats montrent comment l'utilisation des instruments de NPM pouvait introduire de nouvelles procédures qui ont des impacts sur la gouvernance et le rôle des acteurs au niveau local. L'introduction de nouvelles normes et instruments dans le cadre du FBR au Mali a eu un impact important sur les finances, la relation entre les responsables et les agents de santé dans les HD. Pour Hall (1993), une politique publique est définie par la manière dont elle est mise en œuvre ainsi que les instruments de sa mise en œuvre. Selon Hall (1993), les instruments de mise en œuvre d'une politique publique doivent être définis pour atteindre les objectifs de cette politique. Les instruments de politique publique sont les techniques qui sont à la disposition des gouvernements pour mettre en œuvre les objectifs des politiques publiques (Howlett, 1991).

Les instruments de politiques publiques doivent être conçus, défendus, adoptés et mis en œuvre par des structures administratives par des arrangements bureaucratiques et procéduraux (Jordan et al., 2003). Howlett (2020) estime que le choix des instruments des politiques publiques est très important. Pour Lascoumes et Le Gales (2007), les propriétés, l'applicabilité et la justification du choix des instruments des politiques publiques révèlent une relation de pouvoir entre les gouvernants et les gouvernés. Les instruments des politiques publiques ne sont pas neutres, ils produisent des effets spécifiques malgré leurs finalités (Lascoumes & Le Gales, 2007). Lascoumes et Le Gales (2007, p. 4) définissent les instruments de politiques publiques comme « *un dispositif à la fois technique et social, qui organise des relations sociales spécifiques entre l'État et ses destinataires, en fonction des représentations et des sens qu'il véhicule* ».

L'intervention du FBR au Mali a permis de financer directement les hôpitaux sur la base des indicateurs de performance préalablement définis, ce qui a créé un nouveau circuit financier au sein des HD. Ce nouveau circuit financier est différent du circuit financier classique où l'argent passait par tous les échelons du système de santé avant d'arriver au niveau du district sanitaire. Avec le FBR, l'argent quitte directement de l'agence de mise en œuvre du FBR pour être transféré dans les HD. Ce nouveau mécanisme de financement de la santé qu'est le FBR entraîne un nouveau flux financier qui représente de nouveaux enjeux, celui de la gestion de l'argent qui arrive directement dans l'HD et les rapports de force qu'il crée au sein des hôpitaux, ce qui a parfois entraîné des tensions dans les HD (Zitti et al., 2021).

Les rapports au sein des hôpitaux public sont très hiérarchisés, à titre d'exemple le rapport entre les médecins et le personnel infirmier (Picot, 1999). Avant la mise en œuvre du FBR, il y avait une organisation hiérarchique des fonctions (médecins, sages-femmes, infirmiers, personnel non médical, etc) au sein des hôpitaux du Mali. Nous pensons que la mise en œuvre du FBR est perçue par les travailleurs de catégorie « plus base » comme un instrument de recomposition de pouvoir au sein des hôpitaux. Les résultats de notre deuxième article montrent que les travailleurs de catégorie socio-professionnelle « plus base » sont plus déçus des montants des primes de motivation obtenues que ceux des catégories « supérieures » (médecins, équipe dirigeante). Les travailleurs de catégorie socio-professionnelle « plus base » trouvent que les montants des primes ne sont pas en adéquation avec les efforts fournis. De plus, ils pensent être plus performants que ceux de catégorie « supérieur ». Nous pensons qu'il sera difficile que les médecins acceptent des réformes qui remettent en cause les rapports hiérarchiques au sein des hôpitaux du Mali.

8.2. Pérennité des projets de FBR dans les pays d'Afrique subsaharienne

Courte durée des interventions de santé en ASS

Les résultats issus des trois articles présentés (troisième partie), montrent que la durée du projet pilote du FBR a été de 8 mois. Au Mali, plusieurs défis observés pendant la mise en œuvre du FBR pouvaient être résolus si l'intervention avait duré plus longtemps. Le projet est fini sans avoir résolu certains effets involontaires dus à sa mise en œuvre. La durée limitée de la mise en œuvre du FBR au Mali, n'a pas permis l'émergence de réseaux ou de champions pour soutenir le FBR à moyen et long terme (Coulibaly et al., 2020b). Au Mali, la durée trop courte de la mise en œuvre des projets pilotes du FBR n'a pas permis une appropriation du FBR par les acteurs locaux (Coulibaly et al., 2019; Zitti et al., 2019). L'instabilité des autorités gouvernementales pose un problème dans la continuité des réformes dans le secteur de la santé au Mali. Au Mali par exemple, « *depuis la fin du premier projet FBR en 2013, pas moins de quatre ministres et secrétaires généraux manifestant plus ou moins d'engagement pour le FBR se sont succédés à la tête du Ministère de la santé, sans que l'expertise acquise autour de cette solution demeure* » (Coulibaly et al., 2019, p. 8).

On sait peu de choses sur les effets à moyen et long terme que la mise en œuvre du FBR peut avoir sur l'ensemble du système de santé dans les pays dans lesquels ils sont mis en œuvre (Singh et al., 2021). La courte durée des interventions de santé publique dans les PRFI pose un problème de pérennité de ses interventions. Les résultats issus du troisième article nous montrent que les activités liées au projet pilote du FBR et le projet lui-même ont pris fin en février 2017, ce qui nous amène à poser la question de la pérennité du FBR au Mali (Seppey et al., 2017). Seppey (2016) montre que le premier projet pilote du FBR qui a été mis en œuvre de février 2012 à décembre 2013 au Mali, a eu un faible niveau de pérennité. Plusieurs facteurs étaient à la base de cette faible pérennité, un manque de planification en ce qui concerne la pérennité, les activités et les investissements financiers qui s'arrêtent brusquement à la fin du projet, un manque d'appropriation du FBR par les acteurs locaux (Seppey, 2016).

Au Bénin, il a été démontré que l'intervention du FBR n'a pas eu d'effet pérenne (Bodson, 2021). Plusieurs mois, après l'arrêt des programmes du FBR (9 et 12 mois), il a été observé un relâchement des agents de santé quant à la rigueur et au sérieux qu'ils employaient lors de la mise en œuvre du FBR (Ibid). Au Burkina Faso, Seppey et al. (2021) montrent que le projet du FBR a eu un faible niveau de pérennité à cause d'une forte divergence entre les valeurs du FBR (autonomie) et les valeurs du contexte local de mise en œuvre (système de santé centralisé).

La pérennité des projets et programmes de santé est un aspect important de la mise en œuvre d'une intervention (Pluye et al., 2004; Schell et al., 2013; Wolfenden et al., 2019). Il n'existe pas encore de consensus sur les définitions conceptuelles et opérationnelles de la pérennité (Pluye et al., 2004; Wiltsey Stirman et al., 2012; Scheirer et al., 2008; Schell et al., 2013; Moore et al., 2017) . La pérennité est définie comme étant des routines organisationnelles (processus primaire) ou des normes institutionnelles (processus secondaire) qui se déroule en même temps que la mise en œuvre (Pluye et al., 2004). Scheirer & Dearing (2011), définissent la pérennité comme étant l'institutionnalisation des composantes et des activités des programmes, dans le but d'atteindre des résultats et d'avoir des effets sur la santé de la population. Pour Pluye et al. (2004), la pérennité se conçoit au début des programmes ou projets de développement et est mise en œuvre de manière concomitante avec le processus de mise en œuvre.

La pérennité s'obtient par, (i) le maintien des résultats de l'intervention, (ii) le niveau d'institutionnalisation de l'intervention dans l'organisation et (iii) les mesures pour renforcer les capacités des communautés bénéficiaires (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998; Scheirer, 2005). Très peu d'études démontrent la nature, et le degré de pérennité (Pluye et al., 2004; Wiltsey Stirman et al., 2012). Il existe trois degrés de pérennité en fonction de la présence ou

non des routines organisationnelles ou des normes institutionnelles (Pluye et al., 2004) : (i) *faible pérennité (absence de routine)*, quelques activités de l'intervention continue sans faire partie d'une routine organisationnelles; (ii) *pérennité moyenne (routines non standard)*, l'intervention continue à l'aide de routes organisationnelles sans que cela ne deviennent des normes institutionnelles; *forte pérennité (routines standardisées)*, les activités sont traduites en normes ou adoptées comme politiques publiques par l'État.

Une revue de la littérature qui porte sur l'étude de la pérennité des programmes de santé montre que rares sont les études qui utilisent des cadres conceptuels (Braithwaite et al., 2020). Les études qui utilisent des cadres conceptuels pour analyser la pérennité des programmes de santé sont encore plus rares en Afrique, surtout en Afrique de l'ouest francophone (Lennox et al., 2020). Nos résultats montrent que rien n'a été initié pour assurer la pérennité de l'intervention du FBR dans les hôpitaux du Mali. Nous pensons qu'il est indispensable que les acteurs puissent considérer les facteurs qui peuvent favoriser la pérennité des programmes et projets avant leurs mis en œuvre dans le contexte des PRFI. Plusieurs études examinent les facteurs qui peuvent influencer la pérennité des programmes innovants de santé (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998; Wiltsey Stirman et al., 2012; Pluye et al., 2004; Schell et al., 2013). Schell et al. (2013) ont identifié neuf facteurs qui impactent la capacité d'un programme à être pérenne, (i) *le soutien politique*, l'environnement politique interne et externe qui influence l'appropriation, les initiatives et le financement du programme; (ii) *la stabilité du financement*, porte sur une planification à long terme de l'aspect financier; (iii) *les partenariats*, les relations entre le programme et la communauté; (iv) *la capacité organisationnelle*, les ressources disponibles pour gérer correctement les différentes activités du programme; (v) *l'évaluation du programme*, concerne le suivi-évaluation du processus et des effets du programme; (vi) *l'adaptation du programme*, est la capacité du programme à s'adapter et à s'améliorer dans le but d'être plus efficace; (vii) *les communications*, consistent à la diffusion des différentes activités du programme et au transfert des connaissances auprès des parties prenantes, du public et des décideurs; (viii) *les impacts du programme sur la santé*, concernent les effets du programme sur les perceptions, les comportements et attitudes en matière de santé dans la localité de mise en œuvre; (ix) *la planification stratégique*, est le processus qui définit les objectifs, les orientations, et les différentes stratégies du programme.

Appropriation des gouvernements VS influence des bailleurs de fond

Le projet pilote n'a pas permis de couvrir de nouveaux indicateurs de soins. Trois indicateurs quantitatifs ont été choisis pour la mise en œuvre du FBR dans les hôpitaux au Mali, nombre de complications prises en charge au moment de l'accouchement (y compris césariennes ...), nombre de cas référés correctement pris en charge et contre référés et nombre de cas de paludisme compliqués chez l'enfant (0 à 5 ans). Ces indicateurs choisis dans les hôpitaux concernent la mortalité maternelle, et sont tous des priorités nationales, cependant leur choix répondait aux priorités du bailleur de fonds (Banque mondiale). Les parties prenantes n'ont pas été impliquées dans le choix des indicateurs quantitatifs. De plus, les agents de santé trouvent le nombre d'indicateurs choisis insuffisant pour permettre une dynamique d'ensemble pour l'amélioration de la qualité des soins dans tous les différents services des hôpitaux.

Une revue systématique portant sur l'appropriation par le gouvernement des politiques de financement de la santé visant la CSU, montre que l'appropriation par les gouvernements reste mitigée à toutes les étapes d'élaboration des politiques (Gautier & Ridde, 2017). En ce qui concerne le FBR, l'implication des bailleurs de fonds à chacune des étapes de l'élaboration des politiques a conduit à une appropriation limitée par le gouvernement (Gautier & Ridde, 2017). La question même de l'émergence du FBR et de sa diffusion en Afrique se pose (Turcotte-Tremblay et al., 2018). Il existe une influence des donateurs et bailleurs de fonds dans la décision de financement des projets de santé en Afrique (Paul et al., 2018). L'argent des bailleurs de fonds joue un rôle très important dans l'adoption des politiques de santé (cas du FBR) par plusieurs pays bénéficiaires dans les PRFI (Ibid). L'émergence des politiques de santé telles que le FBR dans le contexte des pays ASS est plus vu comme des opportunités dues au financement qu'un réel besoin des pays (Kiendrébéogo et al., 2017; Coulibaly et al., 2019). « *Il est beaucoup plus difficile d'obtenir des financements modestes pour des expériences innovantes à partir des contextes locaux, que de gros financements pour des modèles voyageurs* » (Olivier de Sardan et al., 2017, p. 81).

Au Burkina Faso, il y a eu une faible appropriation du projet du FBR par les décideurs politiques (Seppey et al., 2021). De plus, Seppey et al. (2020) montrent que la faible implication des décideurs lors de la mise en œuvre du FBR au Burkina Faso a nui à sa mise à l'échelle. L'implication financière importante du bailleur de fonds (BM), et les coûts élevés perçus sont des facteurs qui ont été des obstacles à la mise à l'échelle du FBR au Burkina Faso (Seppey et al., 2020). Pour une mise à l'échelle d'un programme ou projet, il est important d'impliquer les

différentes parties prenantes dans la mise en œuvre en général et particulièrement dans les différentes activités qui préparent la mise à l'échelle (Seppey et al., 2020).

La diffusion du FBR au Mali de 2009 à 2018, a été réalisée grâce à l'interaction des « *entrepreneurs de la diffusion (ED)* » et plusieurs acteurs au niveau national (Gautier et al., 2019b). Au Mali, il y a eu une absence d'émergence du FBR parce qu'il y avait peu d'entrepreneurs politiques, peu de fenêtres d'opportunités ainsi que des bailleurs de fonds qui soutiennent cette politique (Coulibaly et al., 2019). Les ED agissent à plusieurs niveaux (mondial, continental, et national), ils contribuent à l'émergence, l'élaboration, l'expérimentation et à l'apprentissage lors de la mise en œuvre du FBR dans différents contextes (Turcotte-Tremblay et al., 2018; Gautier, et al., 2019b).

Au Mali, l'émergence du FBR a été réalisée par les ED européens grâce à leur relation et collaboration de longue date avec les acteurs nationaux, l'apprentissage a été fait lors de plusieurs sessions de formations et des voyages d'études à l'étranger par les ED européens et africains (Gautier et al., 2019b). Le même constat a été réalisé au Cameroun (Sieleunou et al., 2017), au Tchad (Kiendrébéogo et al., 2017), au Burkina Faso et au Bénin (Sambieni & Ridde, 2021). Une étude comparée de l'émergence du FBR au Burkina Faso et au Bénin, montre que les ED internationaux du FBR sont les mêmes dans les deux pays et ils ont agi sur les mêmes catégories d'acteurs locaux (cadres techniques et administratifs du ministère de la santé) (Sambieni & Ridde, 2021).

Au Cameroun par exemple, la mise sur agenda politique du FBR a été réalisée par des ED de la BM, en collaboration avec plusieurs hauts cadres de l'administration au niveau local (Sieleunou et al., 2017). Au Cameroun, l'influence des ED participe à la mise sur l'agenda politique du FBR qui a été réalisée idéologiquement et financièrement à travers des réseaux (Ibid). Au Tchad, il n'y a pas eu d'émergence d'ED au niveau national qui pourrait porter la nouvelle politique du FBR, il y a eu également une faible appropriation du FBR par les autorités gouvernementales et les différentes parties prenantes de la conception jusqu'à la mise en œuvre du FBR (Kiendrébéogo et al., 2017). De plus, « *bien qu'il n'y ait pas eu de preuves scientifiques factuelles sur l'efficacité de la stratégie FBR, elle était considérée comme une politique potentielle et naissante pour s'attaquer aux problèmes de la santé maternelle et infantile au Tchad* » (Kiendrébéogo et al., 2017, p. 85) (notre traduction). Le manque d'appropriation du FBR par les acteurs locaux au Tchad, nous montre que la mise sur l'agenda politique du FBR a été faite de manière exogène par des ED internationaux.

Place de la communauté dans la mise en œuvre

La participation communautaire est un sujet particulièrement complexe et les interprétations variées qu'en font ses différents promoteurs ajoutent une forme de confusion qui ne facilite toujours pas la compréhension de son rôle (Fournier & Potvin, 1995). La participation communautaire est définie comme étant l'intervention des membres de la communauté dans le processus de prise de décisions, dans la mise en œuvre et dans l'évaluation d'un programme ou projet de développement, en plus de bénéficier des avantages du programme (Oakley, 1989).

Une revue systématique montre que la participation communautaire peut produire des résultats positifs, à plusieurs niveaux (organisationnel, communautaire et individuel) (Haldane et al., 2019). De plus, elle peut contribuer à l'amélioration des politiques publiques de santé, lorsqu'elle est planifiée et mise en œuvre (Oakley, 1989). La participation communautaire est une dimension fondamentale des interventions de santé et est associée aux SSP (OMS, 1978). Elle est une dimension importante des stratégies de développement, dont elle constitue à la fois un élément du processus et une finalité (Fournier & Potvin, 1995).

La participation de la communauté a souvent été négligée lors des projets de développement dans les pays du sud au détriment de la logique néolibérale des bailleurs de fonds qui privilégient, l'efficacité et la réduction des coûts par rapport à la pérennité (Watson, 2015). La logique néolibérale des agences de financements du développement, encourage la commercialisation des services publics au détriment de l'autonomisation de la communauté (Ibid). Si théoriquement, l'implication des communautés dans les programmes de santé est facile, dans la pratique la bonne implication de la communauté est une chose difficile (Waters et al., 2008).

Les articles présentés dans les résultats (troisième partie) montrent que lors de la mise en œuvre du projet pilote du FBR au Mali, la communauté a peu ou pas participé à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation. Au Sénégal, par exemple, un projet de latrines dans la communauté rurale n'a pas atteint son objectif à cause d'une très faible participation communautaire pendant les différentes étapes du processus (Ndiaye et al., 2010). Une revue de la littérature de Rifkin, (2009), nous montre qu'il existe plusieurs raisons qui justifient l'intégration difficile de la participation communautaire dans les programmes de santé, (i) la prédominance du paradigme biomédical dans les interventions de santé publique, et (ii) le manque de connaissance des perceptions des membres de la communauté sur les programmes de santé.

Il existe différentes approches de participation communautaire. Le choix de l'approche de participation communautaire peut dépendre de plusieurs facteurs, les objectifs visés (le quoi et le pourquoi), la manière dont elles sont mises en œuvre (comment), les acteurs impliqués (le qui), le contexte (le où) (Fournier & Potvin, 1995). Fournier & Potvin (1995), ont classé la participation communautaire en trois types, « utilitariste », « démocratique », et « conscientisation ou renforcement de pouvoir ». Dans la participation « utilitariste », les activités sont initiées par des agences d'exécution ou gouvernementales qui se situent à l'extérieur de la communauté, et la finalité est également définie de l'extérieur. L'implication de la communauté s'arrête juste aux réponses que les membres de la communauté apportent aux exigences des agences d'exécution et des bailleurs de fonds (Ibid). Par contre, la participation « démocratique » répond aux principes démocratiques (élections, liberté d'expression, vote, égalité, et représentativité des différents groupes) (Ibid). Quant à la participation par « conscientisation ou renforcement de pouvoir », elle permet à des individus défavorisés de se constituer en groupes, pour opérer des changements. Ce renforcement de pouvoir, nécessite tout de même un niveau élevé de conscience politique pour que les individus se sentent concernés et capables de changements souhaités (Ibid).

En nous basant, sur les différentes approches citées plus haut, nous dirons que l'approche de participation communautaire dans le cadre de la mise en œuvre du FBR au Mali, est une approche « utilitariste ». Au-delà, de la participation de la communauté dans la conception et la mise en œuvre du FBR, nos résultats révèlent les défis que soulève la participation de la communauté dans la gouvernance des hôpitaux au Mali. La gouvernance des HD se fait par un comité de gestion (COGES) au Mali. Le COGES est un organe composé des membres de l'équipe cadre de district sanitaire et des membres du conseil de cercle¹¹ (personnes élues au suffrage universel indirect). Le COGES est présidé par le président du conseil de cercle. L'implication des communautés dans la gouvernance des HD, s'opère par l'implication des membres du conseil de cercle dans le COGES.

Les résultats issus de notre premier article (troisième partie), montrent que la grande majorité des COGES sont dysfonctionnels (réunions non tenues, tensions entre certains responsables des HD et les présidents de conseil de cercle). Les dysfonctionnements des COGES ont impactés négativement la mise en œuvre du FBR dans les hôpitaux. Nous pensons qu'il est important de

¹¹ Le cercle est une collectivité territoriale du Mali. Il est un organe administratif décentralisé, qui est administré par une assemblée dont les membres sont élus par des élections au suffrage universel indirect (Direction Nationale Des Collectivités Territoriales, 2005).

repenser l'implication des membres de la communauté dans la gouvernance des hôpitaux au Mali. Cette participation communautaire doit être participative et démocratique. La question de l'engagement des membres de la communauté dans la gouvernance des hôpitaux reste toujours d'actualité.

Chapitre 9 : argument scientifique sans consensus scientifique ?

Controverse en santé mondiale : cas du FBR

Dans le cadre de la discussion de cette thèse, nous voulons prendre du recul par rapport à nos données empiriques, pour donner notre point de vue sur la question de l'expansion du FBR en ASS. Dans ce chapitre réflexif sur le FBR, dans un premier temps, nous verrons comment se sont construits et évoluent les débats scientifiques autour du FBR en ASS. Pour y parvenir, nous ferons un bref aperçu historique de quelques faits qui ont entraîné des controverses entre chercheurs et experts autour du FBR en ASS. Dans un second temps, nous verrons, quels sont les différents acteurs du FBR et leurs rôles dans ces controverses. Comment les débats scientifiques se construisent à l'aide de réseaux et comment ses différents réseaux animent et portent cette controverse. Troisièmement, nous allons voir la nécessité de dépolariiser les débats autour du FBR. Pour conclure, nous verrons les défis de l'utilisation des instruments de NPM tel que le FBR dans le contexte des pays d'ASS.

9.1. Historique des controverses autour du FBR en Afrique subsaharienne

Naissance d'une controverse autour du FBR en ASS

Tout d'abord, la « *controverse* » est définie comme étant « *des situations où un différend entre deux parties est mis en scène devant un public, tiers placé dès lors en position de juge* » (Lemieux, 2007, p. 195). Dans le domaine de la santé publique, il existe une concurrence entre nombreuses idées, et il existe également des points sur lesquels les différents acteurs sont en accord et en désaccord (Mayaka Manitu et al., 2015). L'expansion du FBR dans les pays d'ASS, suscite de vifs débats au sein de la communauté des chercheurs et experts depuis un certain nombre d'années (Meessen, et al., 2011; Mayaka Manitu et al., 2015; Paul et al., 2018). Deux

articles publiés au sein de la communauté des pratiques (CdP)¹² du FBR ont suscité de vives polémiques suite à leurs publications. La CdP du FBR est une communauté dans laquelle les débats s'articulent autour des idéologies, des ressources financières, de l'élaboration, de la diffusion et de la mise en œuvre du FBR dans les PRFI. La CdP du FBR fait partie des principaux outils de diffusion du FBR dans le contexte Africain (Gautier et al., 2020).

Le premier article « *polémique* » est celui de Meessen et al. (2011) qui a pour titre « *Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform?* ». Les réactions suscitées par l'article de Meessen et al. (2011) ont été qualifiées de controverse (Mayaka Manitu et al., 2015). Mayaka Manitu et al. (2015) ont proposé des solutions pour essayer de régler cette controverse et pour faire évoluer les débats sur le FBR en ASS, (i) une meilleure production d'informations et de preuves fiables sur le FBR, (ii) réduire le déficit d'informations entre experts sur les différentes dimensions du FBR, (iii) réfléchir sur les faiblesses communes des propositions des opposants et des partisans et de leurs préoccupations communes en faveur des populations, (vi) amener les experts critiques à proposer des alternatives « *fortes* » au FBR. La nécessité de trouver des solutions pour désamorcer la controverse autour du FBR en ASS est que « *les controverses peuvent être nocives par le fait qu'elles bloquent les politiques. Structurer le débat sur le FBR est la responsabilité des différentes parties, surtout que ce sont les populations qui seront les premières bénéficiaires de systèmes de santé renforcée* » (Mayaka Manitu et al., 2015, p. 433).

Chronologie de la controverse autour de l'article de Paul et al. 2018

Le second article « *polémique* » autour de l'expansion du FBR en ASS, est celui de Paul et al. (2018) qui a pour titre « *Le financement basé sur la performance dans les pays à revenu faible et intermédiaire : n'est-il pas temps de le repenser ?* ». Paul et al. (2018) montrent dans leur article, que malgré le manque de données probantes, le FBR est de plus en plus mis en œuvre par les bailleurs de fonds dans les PRFI notamment en Afrique. Selon les auteurs de cet article, jusqu'à présent, les données probantes sur l'efficacité du FBR sont mitigées, et il existe très peu de données sur son efficacité et son équité. Les co-auteurs de cet article qui sont environ une vingtaine, sont des chercheurs, des universitaires et des experts en santé publique du Nord et du Sud souvent impliqués d'une manière ou d'une autre auprès des états bénéficiaires, centres de recherche, agence de coopération et en tant qu'expert individuel (Paul et al., 2018).

¹² L'abréviation CdP et CoP sont utilisées de façon interchangeable dans cette thèse pour désigner la communauté des pratiques

La publication de l'article de Paul et al. (2018) a fait l'effet d'une « bombe » au sein de la CdP du FBR, ce qui a entraîné par la suite des « controverses ». L'article de Paul et al. (2018) avait volontairement pour but de susciter la « polémique » autour du FBR et de lancer un débat autour de l'approche théorique et idéologique sous-jacente au FBR (Paul & Ridde, 2018). « *Ce qu'une controverse met à l'épreuve, c'est, autrement dit, la capacité d'une communauté de pairs à résoudre par ses propres protocoles, le différend apparu en son sein* » (Lemieux, 2007, p. 206). De vives réactions au sein de la CdP du FBR qui ont abouti à la publication de plusieurs billets de blog sur le blog Health Financing in Africa (HFA). De plus, plusieurs chercheurs et experts de la CdP du FBR, ont publié un droit de réponse dans la BMJ Global Health, qui a pour titre « *Towards constructive rethinking of PBF: perspectives of implementers in sub-Saharan Africa* » (Mayaka Ma-Nitu et al., 2018).

Lors d'une controverse, les adversaires ont un droit égal à faire valoir en public leurs arguments et leurs preuves (Lemieux, 2007). Pour Mayaka Ma-Nitu et al. (2018), la mise en œuvre du FBR est bénéfique au système de santé des pays d'ASS, même s'ils reconnaissent qu'il existe des défis dans sa mise en œuvre comme toutes les autres politiques publiques de santé. Ils pensent également que l'analyse critique du FBR permet d'améliorer l'approche du FBR. Les auteurs notent que les débats autour du FBR doivent être constructifs et basés sur les preuves probantes.

L'article de Mayaka Ma-Nitu et al. (2018) a été cosigné par 9 co-auteurs qui sont des chercheurs et experts du FBR qui sont tous issus des pays d'ASS. Nous avons été surpris de voir que l'article de Mayaka Ma-Nitu et al. (2018) n'ait pas été signé par des chercheurs et experts des pays du Nord, sûrement que c'est un choix pour montrer que ce sont les chercheurs des pays du Sud qui ont répondu spontanément à l'article de Paul et al. (2018). Le fait, que les membres occidentaux influents de la CdP n'ont pas cosigné l'article de Mayaka Ma-Nitu et al. (2018), ne signifie pas qu'ils n'ont pas contribué à l'article.

Le facilitateur principal de la CdP du FBR, s'est senti personnellement visé par l'article de Paul et al. (2018), il le dit en ces termes « *dans leur article, Paul et al émettent de nombreuses critiques contre le FBR, mais aussi contre certains acteurs. Il est notamment dit que la CoP FBR n'est pas ouverte à la controverse. En tant que facilitateur principal de la CoP FBR, je me sens visé par ce reproche* » (Meessen, 2018). De plus, le facilitateur principal de la CdP avait décidé de ne pas participer au prochain blog sur le FBR, « *pour éviter dès à présent tout reproche ultérieur, je ne voulais pas être éditeur de ces prochains blogs sur le FBR* » (Meessen, 2018). Est-ce parce qu'il n'a pas participé à l'édition des billets de blog sur l'article

polémique de Paul et al. (2018); qu'il n'a pas joué un rôle central dans la mobilisation des acteurs de la CdP du FBR ?

Etant, en début de thèse lors de la publication de l'article polémique de Paul et al. (2018) et membre de la CdP du FBR, j'ai un peu suivi les différentes « *controverses* » autour de cet article au sein de la CdP. Nous verrons par la suite comment la réponse à l'article de Paul et al. (2018) a été coordonnée par les acteurs de la CdP du FBR et quels étaient leurs rôles. Le 15 janvier 2018, le facilitateur principal de la CdP du FBR dans une publication sur le blog HFA affirme que « *l'article de Paul et al a clairement l'objectif de faire des vagues, de susciter une réaction* » (Meessen, 2018).

Dans la même publication, le facilitateur principal de la CdP lançait un appel à contribution sur le blog HFA par rapport à l'article de Paul et al. (2018), « *le blog HFA, qui couvre la problématique large du financement de la santé en Afrique, a accueilli de nombreuses contributions sur le FBR ces dernières années. Nous nous proposons donc que notre blog accueille les réactions qui pourraient être suscitées par le texte de Paul et al. La ligne éditoriale de HFA est claire : nous accueillons les contributions des experts dans leur grande pluralité (décideurs politiques, praticiens, chercheurs, assistants techniques...). Les contributions relatives à la mise en œuvre seront particulièrement bienvenues, puisque selon Paul et al, cette mise en œuvre est très problématique. Nous publierons tant les contributions soutenant la ligne développée par Paul et al que celles qui la contestent. Nous invitons les intervenants à bien argumenter leur point de vue* » (Meessen, 2018).

Le 17 Janvier 2018, l'appel à contribution sur le blog HFA par rapport à l'article de Paul et al. a été lancé au sein de la CdP du FBR par le facilitateur principal de la CdP dans lequel il encourageait les membres de la CdP à réagir sur le blog pour reprendre les débats autour du FBR, le terme qui a été utilisé est « *controverse autour du FBR* ». Nous voyons bien l'implication du facilitateur principal de la CdP du FBR pour faire réagir les différents autres acteurs sur l'article de Paul et al. (2018) qui serait « *polémique* ». Nous pensons que la réaction des différents acteurs n'était pas spontanée. Il n'y aurait pas de réponse coordonnée et structurée sur la « *controverse* » suscitée par l'article de Paul et al. (2018), sans une structuration des réponses par les responsables de la CdP. La publication de l'article de Paul et al. (2018) ainsi que le droit de réponse publié par d'autres membres de la CdP du FBR ne sont que le reflet de la persistance d'une divergence qui existe depuis un certain nombre d'années entre différents groupes de chercheurs et d'experts.

9.2. Qui s'affronte autour de la « controverse » sur le FBR ?

Le débat scientifique autour du FBR est un champ très polarisé, entre les « *pro-FBR* » et les « *anti-FBR* ». Un « *pro-FBR* », est un « *entrepreneur de la diffusion (ED)* »¹³ qui milite pour la diffusion du FBR. Pour Gautier et al. (2018), les ED du FBR comprennent différents individus qui sont des universitaires, des experts, des consultants, des employés d'organisations internationales ainsi que des organisations internationales (ONG, agences de développement bilatérales et une banque multilatérale de développement) et des réseaux transnationaux particulièrement actifs en ASS.

Les ED mettent en place plusieurs stratégies pour faciliter l'émergence, l'apprentissage et la mise en œuvre de la politique du FBR (Gautier et al., 2018). La grande majorité des ED du FBR en ASS sont pour la plupart des ressortissants des pays à revenus élevés (PRE) (Mayaka Manitu et al., 2015; Gautier et al., 2019). Malgré le fait qu'il y ait de plus en plus ED Africains au sein de la CdP du FBR, elle est encore largement influencée par les ED provenant des PRE (Gautier et al., 2020). Les principaux ED issus des PRE ont fait correspondre les principes du FBR aux principaux problèmes des systèmes de santé en ASS (Gautier et al., 2020). Pour les ED issus des PRE, le FBR est un bon mécanisme de financement innovant qui permettrait de renforcer les systèmes de santé dans les pays ASS, même s'ils reconnaissent qu'il existe des défis lors de sa mise en œuvre dans le contexte Africain (Ibid).

Par contre, un « *anti-FBR* » est un « *entrepreneur de non-diffusion (END)* »¹⁴ qui est idéologiquement opposé au « *pro-FBR* » avec des intérêts divergents (Gautier et al., 2019). Pour les « *anti-FBR* », il n'existe pas assez de preuves de l'efficacité et de l'efficience du FBR en ASS, donc il n'est pas nécessaire de continuer à mettre en œuvre cette stratégie qui mobilise beaucoup d'argent sans apporter les preuves de son efficacité (Paul et al., 2018). Il y a une divergence idéologique et d'intérêt financier entre les différents groupes d'acteurs qui s'affrontent autour du FBR, « *les arguments des experts en faveur ou en défaveur de cette approche étaient tributaires de leurs expériences, de leurs croyances et de leurs visions du monde. J'avais noté, comme maintenant, une grande part émotionnelle dans le débat car les argumentations qui s'échangeaient pouvaient parfois être de nature idéologique ou même des*

¹³ Nous allons utiliser le terme « *pro-FBR* » et « *ED du FBR* » de façon interchangeable.

¹⁴ Nous utiliserons le terme « *END* » et « *anti-FBR* » de façon interchangeable.

rationalisations destinées à camoufler des intérêts économiques bien compris, chaque groupe cherchant à démontrer les mérites relatifs de ses stratégies respectives » (Mayaka Manitu, 2018). Nous pensons que les parties que chaque groupe d'acteurs essaient de convaincre sont les gouvernements et les bailleurs de fonds qui acceptent de mettre en œuvre le FBR.

Plusieurs co-auteurs de l'article de Paul et al. (2018), disent avoir déjà eu à subir « *des pressions morales, et même des menaces, pour avoir osé exprimer leurs inquiétudes au sujet des programmes de FBR dans les pays et/ou pour avoir essayé de découvrir ce qui se passait réellement pendant la mise en œuvre des programmes* » (Paul et al., 2018, p. 6). Les réactions sont souvent personnelles, ce qui fait montre d'un manque de prise de distance des acteurs vis-à-vis de l'objet FBR (Paul & Ridde, 2018). La mise en œuvre du FBR comme les autres stratégies qui visent à renforcer les systèmes de santé dans les PRFI ont des avantages et des inconvénients (Mayaka Manitu, 2018). Nous pensons que les débats scientifiques et les controverses permettent un débat productif pour faire avancer la science. L'exclusion des débats entre chercheurs et experts du FBR peut fausser le débat et nuire à long terme au FBR.

9.3. Défis de l'utilisation d'instruments de NPM dans le secteur de la santé en ASS

Le secteur de la santé n'est pas épargné de la logique marchande (Batifoulier & Domin, 2015). La marchandisation de la santé se nourrit du désengagement du secteur public des soins courants (Ibid). Les trois grands principes du NPM sont, la responsabilité, la reddition de compte et la performance (Mills et al., 2001). Le secteur de « *la santé est une cible privilégiée du NPM, avec une recherche d'efficacité orientée sur les procédures (on ne peut imposer aux médecins l'obligation de résultat) et sur les réductions de coûts (c'est une politique chère), adossée à des savoirs scientifiques qui permettent d'autant mieux à la procéduralisation de fonctionner qu'il existe des mesures des méthodes efficaces* » (Demailly, 2013, p. 81).

Il existe une récurrence des politiques de financements de la santé mises en œuvre en Afrique, s'inscrivent l'idéologie du NPM (Ridde, 2021a; Boidin, 2014). La mise en œuvre des politiques de santé à l'aide d'instruments inspirés du NPM n'est pas sans conséquence. Pour Boidin et Guennif (2018), il est clair que l'échec des SSP en Afrique est lié à une faiblesse de l'État, qui est due aux politiques inspirées du NPM. Nous avons montré dans notre introduction, comment les politiques publiques basées sur l'idéologie du NPM mise en œuvre depuis plusieurs décennies dans le domaine de la santé, ont eu des impacts négatifs sur la santé des populations en ASS.

Ces instruments inspirés du NPM continuent d'être promus par les bailleurs de fonds et les organisations internationales, malgré la connaissance des défis et le peu d'efficacité prouvées des instruments inspirés du NPM (Ridde, 2021a; Neelsen et al., 2021).

En ce qui concerne le FBR, il a continué à être mise en œuvre par les bailleurs de fonds et les experts internationaux dans les PRFI notamment les pays d'ASS, cela malgré le fait que depuis plusieurs années, plusieurs études ont montré les effets faibles du FBR sur les indicateurs de santé maternelle et infantile (Diaconu et al., 2021; Paul et al., 2018; Zombré et al., 2020; Paul et al., 2021; Gage & Bauhoff, 2021; Koulidiati et al., 2021). Par exemple, au Mali, le FBR continue à être mise en œuvre par la BM, malgré plusieurs études qui ont montré les défis de mise en œuvre du FBR et le faible effets du FBR sur les indicateurs de santé maternelle et infantile (Zitti et al., 2019; Coulibaly et al., 2020; Seppey et al., 2017; Zombré et al., 2020).

Récemment, la BM a publié une revue systématique qui montre le faible effets que le FBR a eu sur les indicateurs de santé maternelle et infantile dans les PRFI (Neelsen et al., 2021). Neelsen et al. (2021) suggèrent l'arrêt du FBR et un changement de politique qui consisterait à une augmentation des revenus des prestataires de soins et des ménages, en raison du manque d'effets du FBR sur les indicateurs de santé maternelle et infantile. Nous espérons que les recommandations de Neelsen et al. (2021) seront prise en compte par les différents acteurs (bailleurs de fonds, experts et universitaires) qui interviennent dans le domaine du FBR. D'autant que, dans les pays d'ASS, au lieu d'un changement de paradigme, les ED militent de plus en plus pour une évolution de l'approche du FBR vers l'approche d'achat stratégique des services et soins de santé (Ridde, 2021; Paul, et al., 2018).

L'achat stratégique « *implique de lier au moins partiellement le transfert de fonds aux prestataires à des informations concernant certains aspects de leurs performances ou concernant les besoins sanitaires des populations auprès desquels ils interviennent* » (Mathauer et al., 2017, p. 1). Le concept d'achat stratégique est tout aussi basé sur une idéologie du NPM (Ridde, 2021; Paul, et al., 2018). L'achat stratégique est un instrument de plus en plus mobilisé par les ED du FBR et les organisations internationales tel que l'OMS, comme instrument de financement de la santé pour l'atteinte de la CSU dans les PRFI (Mathauer et al., 2017).

Nous pensons qu'il serait important que les bailleurs de fonds et les experts qui font la promotion des instruments basés sur le NPM dans le domaine de la santé en ASS, puissent tirer des leçons des études qui montrent les limites de cette approche (Ridde, 2021b; Neelsen et al., 2021; Paul et al., 2018; Paul et al., 2018). Les bailleurs de fonds et les gouvernements doivent

prioriser la mise en œuvre des interventions qui sont basées sur des données probantes pour augmenter la réussite des futurs programmes et projets de santé en ASS.

Chapitre 10 : apports et réflexions personnelles en tant que doctorant par rapport aux différentes activités de transfert des connaissances

Dans ce chapitre, tout d'abord, nous abordons, l'importance de réaliser des activités de transfert des connaissances pendant sa thèse. Par la suite, nous énumérons les différentes stratégies de dissémination mises en œuvre dans le cadre de cette thèse. Enfin, nous faisons une réflexion critique des leçons apprises des différentes activités de transfert des connaissances réalisées dans le cadre de cette thèse.

10.1. Transfert des connaissances pendant la thèse

Importance de réaliser les activités de transfert des connaissances pendant la thèse

Les doctorants sont une ressource essentielle à la production des connaissances scientifiques (Larivière, 2012). Toutefois, rares sont les outils disponibles pour eux dans le but de vulgariser les productions scientifiques issues de leur thèse (Lacouture, 2016). Les résultats scientifiques issus de la thèse des doctorants doivent pouvoir faire avancer la science en facilitant leur utilisation de manière concrète. Pour Lacouture (2016), il existe pour les doctorants, une multitude de possibilités pour la valorisation de leurs travaux de recherche au cours de la thèse. Les stratégies de valorisation des recherches issues de la thèse auprès de la communauté scientifique et des publics, doivent être abordées depuis la rédaction du protocole de thèse (Lacouture, 2016). Les doctorants doivent réaliser un plan de transfert des connaissances (PTC) dès le début de la rédaction du protocole de recherche et voir ce qui est réalisable à leur niveau pour la vulgarisation de leurs recherches (Ibid).

Pour la réalisation efficace des activités de transfert des connaissances (TC) , il faudrait réaliser des PTC de manière réflexive et intégré (Souffez, 2014). Les PTC sont définis comme étant : « *des outils stratégiques qui offrent une vue globale du processus de transfert des connaissances*

à réaliser. Plusieurs raisons peuvent motiver l'élaboration d'un plan de TC : opérationnaliser un processus de TC complexe qui implique de nombreux acteurs à des moments différents; réaliser une analyse des besoins et du contexte des publics cibles pour mieux s'y adapter; élaborer une programmation d'activités de transfert; mener une réflexion stratégique sur l'organisation des ressources et les processus de travail d'une équipe dans le but de réaliser un transfert des connaissances plus efficace (p. ex. : systématisation des mécanismes et moyens pour rejoindre les publics cibles les plus souvent sollicités) (Souffez, 2014, p. 41). En ce qui concerne, les PTC pendant la thèse, les doctorants doivent se poser plusieurs questions, Quelles sont les connaissances à valoriser ? Auprès de quels publics ? Sous quels formats ? Comment ? Avec qui ? Où et Quand ? (Lacouture, 2017).

Le TC dans le domaine de la recherche sur la mise en œuvre en ASS

Lors d'une recherche sur la mise en œuvre, l'utilisation des résultats issus de la recherche doit permettre aux différentes parties prenantes d'assimiler les résultats pour améliorer la mise en œuvre (World Health Organization, 2014). La diffusion et l'utilisation des connaissances issues de la recherche se multiplient de plus en plus dans le domaine de la santé globale (Robert & Dagenais, 2014; Dagenais et al., 2013). Dans le contexte des pays Africains, de plus en plus d'efforts sont consentis par les chercheurs, pour concevoir et mettre en œuvre plusieurs activités qui pourraient favoriser l'utilisation des recherches lors de la mise en œuvre de plusieurs programmes et projets de santé (Dagenais et al., 2013; Mc Sween-Cadieux et al., 2017; Dagenais et al., 2021).

Définition du transfert des connaissances

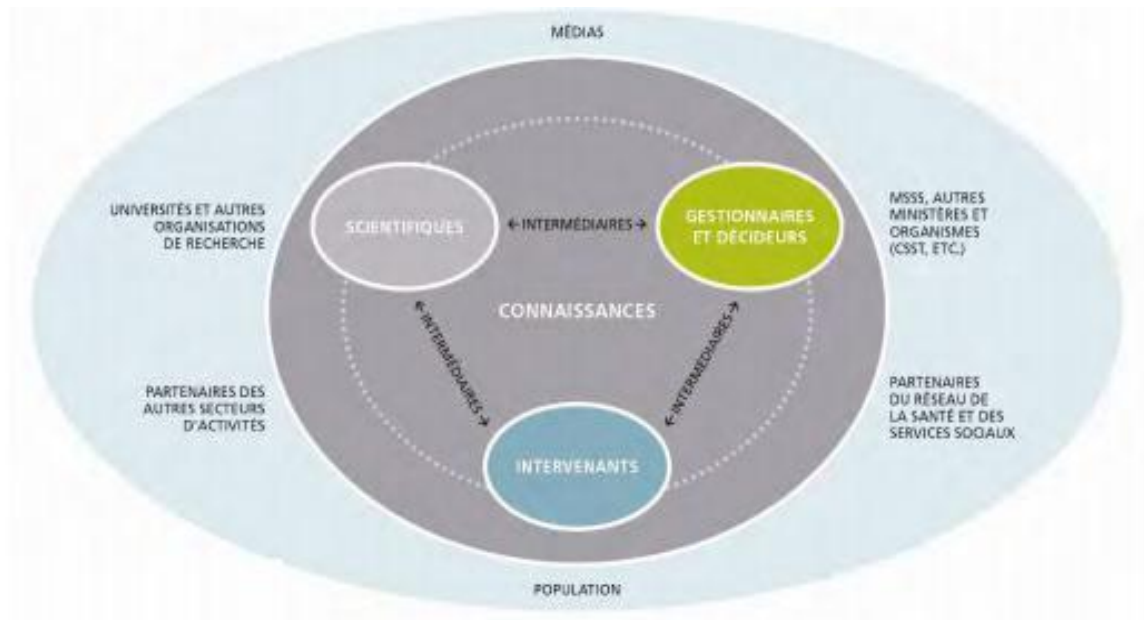
Il n'existe pas encore de consensus en ce qui concerne le terme autour de l'utilisation des connaissances; plusieurs termes sont utilisés : « *échange et partage des connaissances* », « *mobilisation des connaissances* », « *utilisation des connaissances* », « *application des connaissances* », « *valorisation des connaissances* », « *valorisation de la recherche* », « *transfert des connaissances* » (Graham et al., 2006; Lemire et al., 2009; Souffez, 2014). Le terme le plus utilisé dans différents milieux à l'international, parmi les terminologies citées plus haut est celui du transfert des connaissances (TC) (Graham et al., 2006).

Le TC se définit comme étant : « *l'ensemble des activités et des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé. Ces activités et mécanismes d'interaction prennent forme à l'intérieur d'un*

processus englobant le partage, l'échange et la transmission de connaissances entre plusieurs groupes d'acteurs œuvrant dans des environnements organisationnels différents » (Lemire et al., 2009, p. 7). Le TC est un processus continu, « pouvant englober toutes les formes de transfert associées à ses différentes étapes, allant de la production jusqu'à l'utilisation des connaissances » (Souffez, 2014, p. 37).

Ce processus continu nécessite, une approche interactive c'est-à-dire des allers-retours entre les producteurs de connaissances et les utilisateurs potentiels tout au long de la démarche (Lemire et al., 2009). Plusieurs facteurs ont été identifiés et qui pourraient favoriser l'utilisation de la recherche, l'adéquation entre les besoins des utilisateurs et les caractéristiques du changement proposé, le leadership d'acteurs clés, l'implication des utilisateurs potentiels dans les activités de recherche, la culture de recherche dans l'organisation, la formulation de recommandations explicites quant aux actions à entreprendre et enfin le mode de présentation des résultats (Robert & Dagenais, 2014). Différents acteurs interviennent au cours du processus de TC, dans la production, le relais ou la diffusion et dans l'utilisation des connaissances issues de la recherche (Figure 10).

Figure 10 : Principaux acteurs impliqués dans la production, le relais et l'utilisation des connaissances utiles aux actions en santé publique

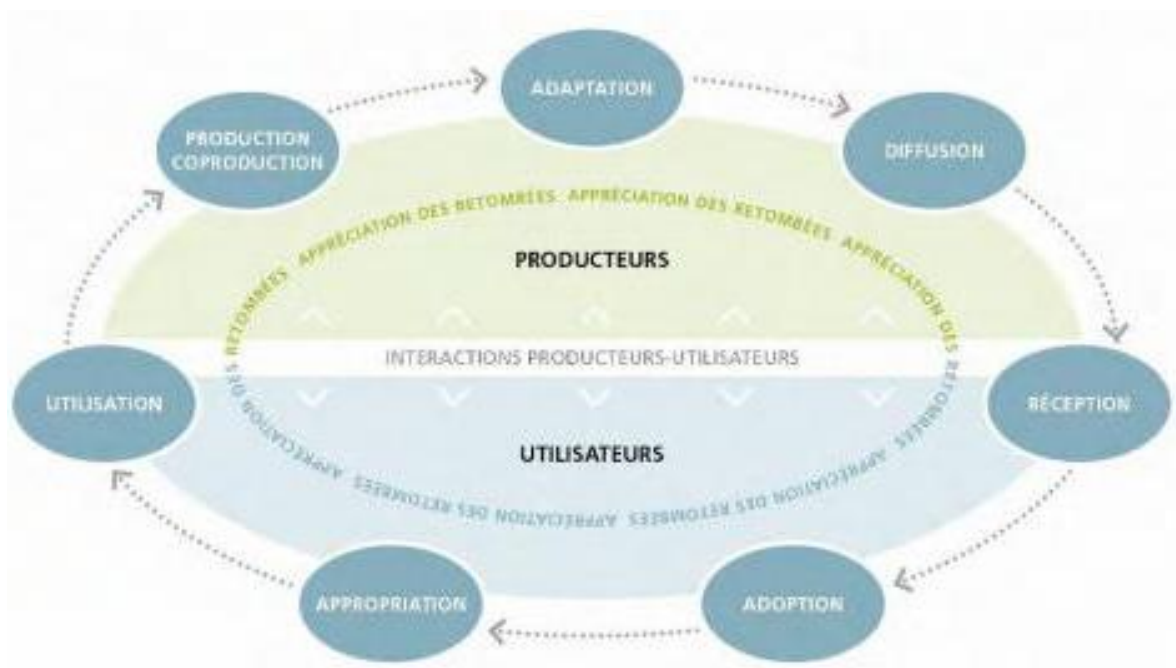


Source : Lemire et al. (2009)

Les étapes du TC

Le choix des activités de TC dépendent de plusieurs facteurs, les ressources disponibles pour les activités réalisées dans le cadre du TC, les objectifs, les acteurs impliqués, le type de connaissances à valoriser, et le type de public visé (Lemire et al., 2009). Globalement, le TC peut être réalisé en sept étapes (Figure 11), la production, l'adaptation, la diffusion, la réception, l'adoption, l'appropriation et l'utilisation des connaissances. La dimension de l'appréciation des retombées est une activité importante du TC qui peut être réalisée à chaque étape du processus de TC.

Figure 11 : Les différentes étapes du processus de transfert des connaissances



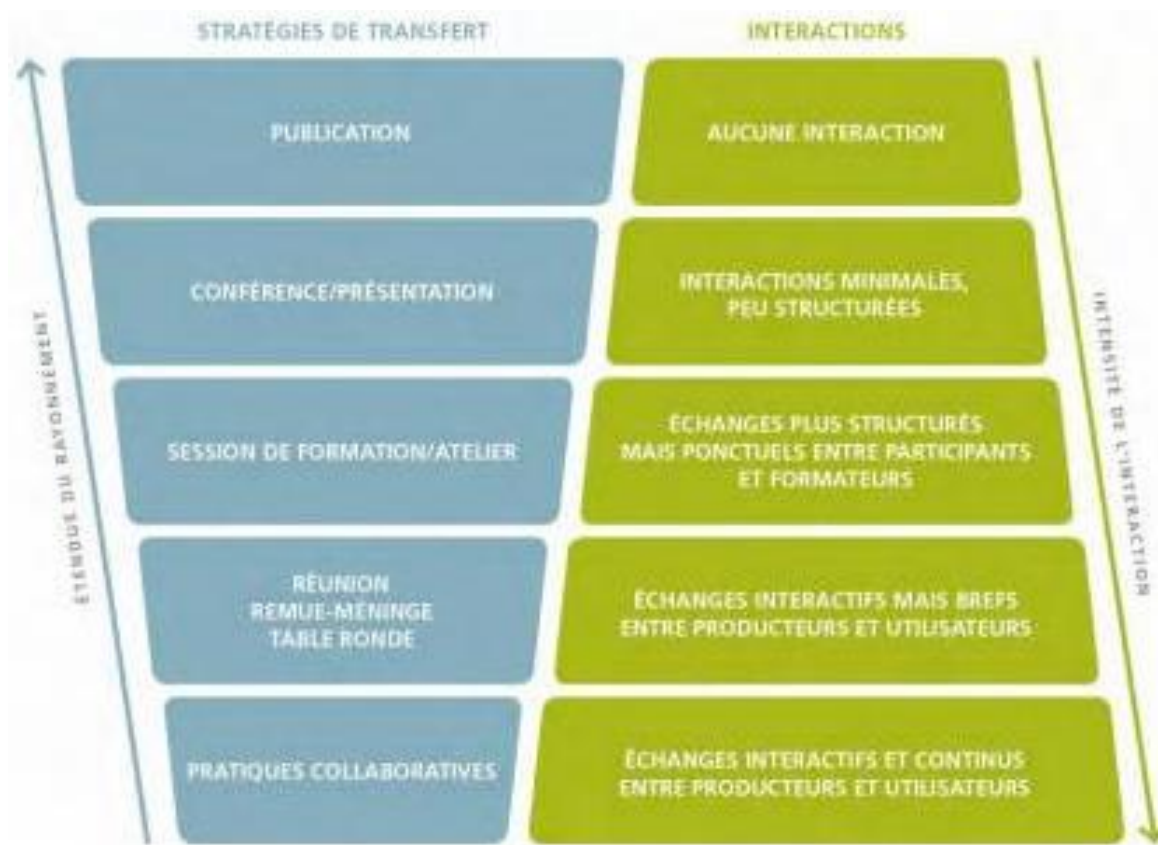
Source : Lemire et al. (2009)

L'efficacité d'une stratégie de TC dépend du degré d'interaction entre les chercheurs et le public, plus les stratégies de TC sont linéaires plus elles rejoignent un public large, cependant les stratégies plus interactives ne rejoignent qu'un certain nombre de personnes à la fois et impliquent un plus grand investissement de temps et d'argent (Figure 12) (Lemire et al., 2009).

« Pour favoriser la création de liens entre producteurs et utilisateurs, plusieurs stratégies peuvent être mises en place : impliquer les utilisateurs dans la définition du problème, organiser des rencontres fréquentes et régulières, présenter conjointement les résultats du travail de collaboration, participer à des ateliers conjoints, avoir recours à des courtiers de

connaissances, etc. Une des limites de la stratégie favorisant le maintien de liens étroits et soutenus entre producteurs et utilisateurs est qu'elle est souvent onéreuse et qu'elle doit nécessairement s'exercer dans un univers restreint; les contraintes de temps des producteurs et des utilisateurs ne leur permettant pas de développer des rapports interpersonnels avec un grand nombre d'interlocuteurs à la fois. Cette approche peut toutefois s'avérer fort pertinente lorsqu'il s'agit d'influencer des responsables de politiques publiques ou des décideurs, en particulier sur des questions qui les préoccupent ou devraient les préoccuper, ou encore pour influencer sur les objets d'étude des chercheurs en lien » (Lemire et al., 2009, p. 32).

Figure 12 : Interaction requise par différentes stratégies de transfert de connaissance



Source : Lemire et al. (2009)

10.2. Déroutement des activités de transfert des connaissances dans le cadre de la thèse

Formation sur le TC

Au début de notre recherche doctorale, nous n'avions pratiquement aucune connaissance dans le domaine du TC. Dans le cadre du programme de recherche dans lequel s'inscrit cette thèse, les activités de TC ont été intégrées depuis la conception du programme (sans attendre la fin). Dans le cadre du programme de recherche, les chercheurs, décideurs et autres participants, ont été formés aux stratégies de TC qui portaient sur la réalisation d'un PTC et la conception d'une note de politique. La formation a eu lieu le 23 février 2018 à Bamako au Mali. Cette formation a été réalisée par les chercheurs séniors du programme de recherche qui sont membres de l'équipe Renard.

L'équipe Renard qui est le premier regroupement transdisciplinaire québécois consacré à la recherche sur le TC dans le domaine des interventions sociales (<https://www.equiperenard.org/>), et est dirigé par Christian Dagenais (CD). CD est professeur au département de psychologie de l'Université de Montréal depuis 2004, ses intérêts de recherche portent principalement sur l'évaluation des besoins des intervenants et des décideurs en matière de nouvelles connaissances, l'évaluation des effets des différentes stratégies de TC ainsi que l'identification des conditions favorisant une plus grande utilisation de la recherche.

TZ a également participé à une formation sur les outils de TC qui a eu lieu du 12 et 15 avril, au Centre Population et Développement (CEPED) qui est un laboratoire de recherche de l'université de Paris. Cette formation a été dispensée par trois membres de l'équipe Renard, CD, Valéry Ridde et Mc Sween-Cadieux Esther. La formation a porté sur une introduction aux TC, à l'élaboration d'un plan de TC, à la production de notes de politique (Policy Briefs), ainsi qu'une introduction à la réalisation d'infographies et de capsules-vidéo. Ces différentes formations sur le TC m'ont permis de découvrir cette approche. Nous pensons que les doctorants dès le début de leurs recherches doctorales doivent être formés sur le TC et les différents outils du TC.

Elaboration d'un PTC

La production des résultats dans le cadre de cette thèse s'inscrivait dans les activités de TC globales du programme de recherche dans lequel s'inscrit cette thèse, ce qui a sans doute facilité les différentes activités de TC dans le cadre de cette thèse. Afin de faciliter l'utilisation de nos

résultats pour la prise de décision dans le cadre du projet pilote du FBR, le PTC tenait compte des résultats qui étaient à notre disposition et des fenêtres d'opportunités qui s'offraient à nous pour diffuser nos résultats aux parties prenantes de la mise en œuvre du FBR au Mali. Nous avons échangé plusieurs fois avec les différentes parties prenantes du projet pilote du FBR par rapport à nos résultats, nous sommes allés leur présenter les résultats préliminaires.

Nous avons discuté tout au long de nos recherches avec les responsables du département santé de la BM à Bamako, les membres du consortium KIT-Cordaid-CGIC (agence de mise en œuvre du projet pilote du FBR au Mali) et certains responsables des structures sanitaires impliqués dans la mise en œuvre du FBR, ainsi que les services décentralisés du ministère de la santé et de l'action sociale du Mali (direction nationale de la santé, direction régionale de la santé de Koulikoro). A partir du mois de juillet 2017, les membres de l'équipe de recherche ont eu plusieurs réunions avec la BM pour leur présenter les résultats de nos recherches. Les échanges portaient sur les résultats qui pouvaient les intéresser dans le but de l'amélioration de la mise en œuvre du projet pilote et la conception du nouveau projet du FBR sachant qu'aucune évaluation indépendante n'a été réalisée concernant le projet pilote du FBR au Mali.

10.3. Stratégies de transferts des connaissances

Pour mieux faire connaître les résultats issus de notre thèse à différentes catégories d'acteurs, nous avons adopté plusieurs stratégies de TC, la présentation des résultats lors des conférences et ateliers, la publication d'articles scientifiques en accès libre, sur les réseaux sociaux (RS), au sein de la CdP du FBR, ainsi que la réalisation de notes de politiques (Policy Briefs).

Publication en accès libre

Les chercheurs sont de plus en plus encouragés à publier leurs articles scientifiques en accès libre (AL). Les articles publiés en AL ont au moins le même niveau d'impact avec ceux qui ne le sont pas (Piwowar et al., 2018; Björk & Solomon, 2012; Harnad et al., 2004). Dans le cadre de notre thèse, nous avons publié tous nos articles scientifiques en AL, nous pensons que cela permet une meilleure vulgarisation de nos recherches.

Note de politique

Les notes de politiques (NP) sont généralement considérées par les décideurs comme utiles, crédibles et faciles à comprendre (Arnautu & Dagenais, 2021). Nous avons réalisé plusieurs NP avec d'autres chercheurs impliqués dans le programme de recherche (Annexe 8). Avant même la publication de nos articles dans les revues internationales, nous avons réalisé des NP sur la

base de nos résultats préliminaires. Nos NP ont permis aux différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre du FBR, d'avoir des données probantes et de pouvoir prendre des décisions sur cette base. Le bailleur de fonds (BM), les décideurs et l'agence de mise en œuvre ont été impliqués dès le début de la réalisation des NP. Les premières versions des résultats ont été discutées avec le bailleur de fonds. Une revue de la littérature montre que, plutôt la NP est introduite auprès des décideurs, elle semblerait être plus efficace en créant une croyance au lieu de la changer (Arnautu & Dagenais, 2021).

Présentations à des conférences et ateliers

La communication orale lors d'une conférence annuelle des doctorants du réseau doctoral de santé publique de France en 2020, nous a permis de présenter certains résultats issus de cette thèse. Nous avons également présenté les résultats préliminaires de nos recherches à plusieurs ateliers délibératifs organisés avec plusieurs groupes d'acteurs (bailleurs de fonds, responsables des structures sanitaires, agence de mise en œuvre et plusieurs structures du ministère de la santé et de l'action sociale) impliqués dans la mise en œuvre du FBR au Mali.

Chaque année, un atelier de partage et d'échange a été organisé entre les chercheurs, intervenants et décideurs. Ces ateliers ont permis aux chercheurs de partager leurs savoirs académiques et pour les intervenants leurs savoirs expérimentaux dans le but d'améliorer les interventions de FBR. Nous avons présenté les résultats de nos recherches sous forme de présentations orales au cours de l'atelier délibératif inter-pays du FBR au Mali du 05 au 08 février 2019. De plus, nous avons distribué les NP à tous les participants avant les ateliers et nous nous sommes assurés que tous les participants disposaient des NP.

Internet et réseaux sociaux

Les réseaux sociaux (RS) sont des outils dynamiques de communication de plus en plus utilisés pour diffuser la recherche en santé publique auprès de plusieurs cibles (publics scientifiques, praticiens et publics) (Gatewood et al., 2020). Les articles scientifiques que nous avons publiés dans le cadre de cette thèse ont été diffusés sur les RS (Twitter, LinkedIn et Facebook) de TZ. Un exemple de publication d'un article publié de TZ sur Twitter en annexe 9.

Communauté de pratique du FBR

Nous avons diffusé les articles issus de notre thèse au sein du groupe de la CdP du FBR auquel nous appartenons. La CdP du FBR compte environ 2500 experts du FBR à travers le monde entier. La diffusion des résultats de nos recherches sous forme d'articles nous a permis de toucher directement les experts du FBR à travers le monde.

10.4. Utilisation des résultats de recherche pour contribuer à la prise de décision

Les stratégies de TC dans le cadre de cette thèse nous ont permis lors de nos discussions avec la BM de leur présenter les résultats de nos études, d'aborder les leçons apprises et ce qui peut les intéresser. Ce processus a été long et interactif, ce qui a abouti à notre sollicitation par la BM pour faire plusieurs présentations orales et la distribution de nos NP lors des différents ateliers de conception du nouveau projet du FBR au Mali. Nous avons présenté les résultats de synthèse de nos recherches au cours de trois ateliers de synthèse des composantes FBR du nouveau projet du FBR au Mali « *Projet accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle (PACSU)* ». Dans le cadre de la préparation du PACSU, nous avons été conviés à Bamako, à plusieurs ateliers (13 juillet 2018, 14-16 août 2018, 1-3 octobre 2018) de finalisation de la conception du nouveau projet du FBR.

Ces ateliers ont été co-organisés par l'équipe de l'antenne nationale de la BM au Mali et la DNS. La lettre d'invitation, la liste des participants, les termes de référence (TDR) et l'agenda de l'atelier se trouvent en annexe 10. Nous avons saisi l'occasion qui nous a été donnée de participer à la conception du nouveau projet du FBR, pour aider nos partenaires à mieux penser cette nouvelle initiative dans le fond et dans la forme. TZ et AC ont présenté les résultats de leurs recherches. Les échanges ont été intenses après les présentations et cela traduit l'intérêt de l'auditoire pour ces recherches. Ils ont été nombreux à le souligner. Notre implication en tant que chercheurs au cœur des prises de décisions a été pour nous, une occasion importante de partager des résultats issus de nos recherches, ce qui a permis d'établir et de renforcer le dialogue et la confiance entre les décideurs et les chercheurs que nous sommes.

Nous avons transféré les résultats qu'on avait, ce fut une occasion exceptionnelle pour nous de démontrer l'utilité de la recherche. Une fois que cette démonstration faite, le transfert et l'utilisation des résultats subséquents est beaucoup plus facile à réaliser. La production des données de qualité et réalisée à temps était le défi que nous avons relevé. Nous pensons que nos résultats ont été utiles et utilisés. Toutefois, nous ne pouvons pas dire à quel point, nos résultats ont permis d'influencer la prise de décisions. Nous pensons que la BM avait déjà travaillé sur la majorité du design du nouveau projet. Pour preuve, un consultant de la BM a débarqué à la fin du processus pour refaire le design qui avait été proposé à la suite des différents ateliers de conception du nouveau projet du FBR. Ce nouveau design était un peu loin de celui que les participants avaient proposé lors des ateliers de conception.

Les décideurs peuvent ne pas utiliser les recommandations issues des données probantes de la recherche, parce qu'ils considèrent d'autres paramètres comme les intérêts d'autres parties prenantes ainsi que le peu de ressources disponibles (Oliver & Boaz, 2019). Plusieurs études montrent l'influence de la BM dans le domaine de la santé mondiale (Sridhar et al., 2017; Gautier & Ridde, 2018). Dans le domaine de la santé mondiale, il existe trois domaines d'influence de la BM, la production de connaissances sur les politiques de santé, la gouvernance et le financement (Tichenor et al., 2021). Les trois domaines d'influence de la BM peuvent se chevaucher (Ibid). La BM a un pouvoir, d'orienter l'établissement des priorités par la création et la diffusion de mesures fondées sur l'efficacité; de mobiliser des actifs financiers et une approche de gestion financière pour promouvoir des types spécifiques d'investissements en santé; et de guider la prise de décision, par rapport à d'autres institutions de santé mondiales (Tichenor et al., 2021).

Selon ce qui précède, nous allons, nous appesantir sur l'influence de la BM dans le domaine de la production de connaissances sur les politiques de santé. Depuis 2007, pour soutenir la diffusion du FBR dans les PRFI, la BM a créé et géré un fond fiduciaire [Health Results Innovation Trust Fund (HRITF)] (RBF Health, 2021a). La BM ne cessent de subventionner de nouveaux projets pilotes du FBR dans les PRFI (RBF Health, 2021b; Neelsen et al., 2021), ceci malgré plusieurs études qui soulignent les résultats mitigés des effets du FBR sur la santé des populations (Paul et al., 2018; Koulidiati et al., 2021; Gage & Bauhoff, 2021; Diaconu et al., 2021). Gautier & Ridde (2018) montrent dans leur étude, comment la BM a favorisé à travers ce fond fiduciaire, la production d'une forme de savoir politisé, qui a influencé la manière dont les projets pilotes du FBR sont conçus et évalués.

La BM encourage des recherches qui servent à renforcer son agenda politique à dominance néolibéral (Broad, 2007). La BM exerce un pouvoir discursif (le langage que les autres utilisent pour conceptualiser, encadrer et ainsi définir et comprendre un problème) et expert (ce que les autres considèrent comme une connaissance légitime production de concept et théories) lors de la production de connaissance dans le domaine de la santé mondiale (Gautier & Ridde, 2018; Pereira, 2018; Tichenor et al., 2021). Nous pensons que dans le domaine de la santé mondiale, la BM utilise très peu les résultats issus des travaux de recherche. La BM s'appuie plus sur sa propre production de savoir dans le cadre des programmes et projets de santé mondiale qu'elle finance (Gautier & Ridde, 2018).

Conclusion et perspective

La recherche sur la mise en œuvre du FBR dans le contexte des hôpitaux de district est très peu ou pas réalisée en ASS. Notre thèse vise à combler cette lacune en analysant la mise en œuvre du FBR dans les HD de la région de Koulikoro au Mali. Notre étude montre l'importance de prendre en compte le contexte particulier qui prévaut dans les HD lors de la mise en œuvre des politiques de santé tel que le FBR dans les pays d'ASS. L'analyse du FBR au niveau des HD est une entrée pertinente pour comprendre le fonctionnement du système de soins au niveau du district sanitaire, comment il réagit sur tel ou tel aspect du FBR, comment les acteurs se positionnent, leurs stratégies, et leur organisation. Les résultats empiriques de cette thèse montrent qu'il existe un écart entre la théorie et la pratique lors de la mise en œuvre des politiques publiques de santé telles que le FBR.

Nos résultats empiriques ont montré que le FBR a été bien accueilli par les agents de santé dans leur grande majorité. Cependant, sa mise en œuvre a connu plusieurs défis, le manque d'appropriation par les acteurs locaux, le retard de plusieurs activités de mise en œuvre qui a entraîné un retard de paiement des primes du FBR, ce qui a également entraîné un doute des agents de santé par rapport à l'intervention du FBR. Les retards lors des activités du FBR ont eu un impact négatif sur sa mise en œuvre. Les primes du FBR n'ont pas permis de motiver les agents de santé parce qu'ils trouvaient que cela n'était pas en adéquation avec les efforts fournis. Le FBR a permis aux HD de disposer de nouvelles sources de financement. Toutefois, ce nouveau financement a parfois entraîné des tensions dans les HD. Notre étude a apporté des informations sur le processus de mise en œuvre du FBR dans les HD, mais pas assez sur les changements observés lors de sa mise en œuvre. Il n'existe aucune preuve que le FBR ait pu améliorer la qualité des soins dans les HD ainsi que l'accessibilité géographique et financière en réduisant les coûts des soins, ce qui montre qu'il est important de poursuivre des recherches sur la mise en œuvre des interventions complexes comme le FBR dans le système de santé des PRFI. Nous espérons que de futures recherches seront menées pour voir comment en chemin vers la CSU, la mise en œuvre de nouvelles politiques de financement innovantes telles que le FBR permettent d'améliorer la qualité et l'accessibilité aux soins dans les hôpitaux. De plus, nous pensons qu'il serait utile de faire une analyse des coûts du FBR au Mali pour voir si la mise en œuvre du FBR au Mali est efficiente.

Bibliographie

- 3iE - International Initiative for Impact Evaluation. (2008). *3ie Impact Evaluation Practice : A Guide for Grantees* (p. 6) [Tools, guidelines and methodologies]. 3iE - International Initiative for Impact Evaluation. <https://www.alnap.org/help-library/3ie-impact-evaluation-practice-a-guide-for-grantees>
- Abid, L. (2012). La greffe des outils de gestion dans les hôpitaux publics tunisiens. *Management & Avenir*, 54(4), 107. <https://doi.org/10.3917/mav.054.0107>
- AfrEA. (2021). <https://afrea.org/history/>
- Alenda, J., & Boidin, B. (2021). Les mutuelles de santé communautaires au Sénégal : Une forme d'économie sociale et solidaire? In *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?* Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.5166924>
- Antony, M., Bertone, M. P., & Barthes, O. (2017). Exploring implementation practices in results-based financing : The case of the verification in Benin. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2148-9>
- Arnautu, D., & Dagenais, C. (2021). Use and effectiveness of policy briefs as a knowledge transfer tool : A scoping review. *Humanities and Social Sciences Communications*, 8(1), 211. <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00885-9>
- Atchessi, N., Ridde, V., & Zunzunegui, M.-V. (2016). User fees exemptions alone are not enough to increase indigent use of healthcare services. *Health Policy and Planning*, 31(5), 674-681. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv135>
- Ayerbe, C., & Missonier, A. (2007). Validité interne et validité externe de l'étude de cas: principes et mise en oeuvre pour un renforcement mutuel. *Revue Finance Contrôle Stratégie*, 10(2), 37-62. <https://EconPapers.repec.org/RePEc:dij:revfcs:v:10:y:2007:i:q2:p:37-62>

- Balique, H. (2004). *L'HÔPITAL PUBLIC EN AFRIQUE FRANCOPHONE*. 64(6), 545-551.
[https://www.jle.com/fr/MedSanteTrop/2004/64.6/545-551%20L%E2%80%99h%C3%B4pital%20public%20en%20Afrique%20francophone%20\(Balique\).pdf](https://www.jle.com/fr/MedSanteTrop/2004/64.6/545-551%20L%E2%80%99h%C3%B4pital%20public%20en%20Afrique%20francophone%20(Balique).pdf)
- Bardin, L. (2013). Chapitre II. Le codage. In *L'analyse de contenu* (p. 134-149). Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906-p-134.htm>
- Baril, G., Paquette, M.-C., Laguë, J., Institut national de santé publique du Québec, & Direction du développement des individus et des communautés. (2012). *Les normes sociales et l'alimentation : Analyse des écrits scientifiques*. Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique Québec.
<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2221983>
- Baru, R. V., & Mohan, M. (2018). Globalisation and neoliberalism as structural drivers of health inequities. *Health Research Policy and Systems*, 16(S1), 91.
<https://doi.org/10.1186/s12961-018-0365-2>
- Basinga, P., Gertler, P. J., Binagwaho, A., Soucat, A. L., Sturdy, J., & Vermeersch, C. M. (2011). Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance : An impact evaluation. *The Lancet*, 377(9775), 1421-1428.
- Bassett, M. T., Bijlmakers, L., & Sanders, D. M. (1997). Professionalism, patient satisfaction and quality of health care : Experience during Zimbabwe's structural adjustment programme. *Social Science & Medicine*, 45(12), 1845-1852.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00122-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00122-6)
- Batifoulier, P., & Domin, J.-P. (2015). Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire : Introduction. *Revue de la régulation*, 17. <https://doi.org/10.4000/regulation.11361>

- Battams, S. (2020). Neo-Liberalism, Policy Incoherence and Discourse Coalitions Influencing Non-Communicable Disease Strategy Comment on « How Neoliberalism Is Shaping the Supply of Unhealthy Commodities and What This Means for NCD Prevention ». *International Journal of Health Policy and Management*, 9(3), 116-118. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.95>
- Baumann, A. A., & Cabassa, L. J. (2020). Reframing implementation science to address inequities in healthcare delivery. *BMC Health Services Research*, 20(1), 190. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4975-3>
- Baxter, P. E., Hewko, S. J., Pfaff, K. A., Cleghorn, L., Cunningham, B. J., Elston, D., & Cummings, G. G. (2015). Leaders' experiences and perceptions implementing activity-based funding and pay-for-performance hospital funding models : A systematic review. *Health Policy*, 119(8), 1096-1110. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.05.003>
- Beaugé, Y., De Allegri, M., Ouédraogo, S., Bonnet, E., Kuunibe, N., & Ridde, V. (2020). Do Targeted User Fee Exemptions Reach the Ultra-Poor and Increase their Healthcare Utilisation? A Panel Study from Burkina Faso. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6543. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186543>
- Beaugé, Y., Ridde, V., Bonnet, E., Souleymane, S., Kuunibe, N., & De Allegri, M. (2020). Factors related to excessive out-of-pocket expenditures among the ultra-poor after discontinuity of PBF : A cross-sectional study in Burkina Faso. *Health Economics Review*, 10(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s13561-020-00293-w>
- Bell, K., & Green, J. (2016). On the perils of invoking neoliberalism in public health critique. *Critical Public Health*, 26(3), 239-243. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1144872>
- Bernard, H. R. (2006). *Research methods in anthropology : Qualitative and quantitative approaches* (4th ed). AltaMira Press.

- Bhardwaj, S., Carter, B., Aarons, G. A., & Chi, B. H. (2015). Implementation Research for the Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Sub-Saharan Africa : Existing Evidence, Current Gaps, and New Opportunities. *Current HIV/AIDS Reports*, 12(2), 246-255. <https://doi.org/10.1007/s11904-015-0260-1>
- Binagwaho, A., Frisch, M. F., Udoh, K., Drown, L., Ntawukuriryayo, J. T., Nkurunziza, D., Donahoe, K. B., & Hirschhorn, L. R. (2019). Implementation Research : An Efficient and Effective Tool to Accelerate Universal Health Coverage. *International Journal of Health Policy and Management*, 1. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.125>
- Binyaruka, P., & Anselmi, L. (2020). Understanding efficiency and the effect of pay-for-performance across health facilities in Tanzania. *BMJ Global Health*, 5(5), e002326. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002326>
- Bird, G., & Rowlands, D. (2017). The Effect of IMF Programmes on Economic Growth in Low Income Countries : An Empirical Analysis. *The Journal of Development Studies*, 53(12), 2179-2196. <https://doi.org/10.1080/00220388.2017.1279734>
- Birken, S. A., Powell, B. J., Shea, C. M., Haines, E. R., Alexis Kirk, M., Leeman, J., Rohweder, C., Damschroder, L., & Presseau, J. (2017). Criteria for selecting implementation science theories and frameworks : Results from an international survey. *Implementation Science*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0656-y>
- Björk, B.-C., & Solomon, D. (2012). Open access versus subscription journals : A comparison of scientific impact. *BMC Medicine*, 10(1), 73. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-73>
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Association pour la recherche qualitative*, 26(2), 18. <http://www.recherche->

qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26(2)/blais_et_martin_eau_final2.pdf

- Blanc, A., Drucker-Godard, C., & Ehlinger, S. (2014). Chapitre 17. Exploitation des données textuelles: In *Méthodes de recherche en management* (p. 551-573). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.thiet.2014.01.0551>
- Bodson, O. (2021). *Le financement basé sur les résultats au Bénin et au Sénégal : Un levier pérenne de changement de pratiques des agents de santé?* [de Liège]. <http://hdl.handle.net/2268/258896>
- Bodson, O., Barro, A., Turcotte-Tremblay, A.-M., Zanté, N., Somé, P.-A., & Ridde, V. (2018). A study on the implementation fidelity of the performance-based financing policy in Burkina Faso after 12 months. *Archives of Public Health*, 76(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-017-0250-4>
- Boidin, B. (2014). *La santé, bien public mondial ou bien marchand : Réflexions à partir des expériences africaines*. <http://books.openedition.org/septentrion/5758>
- Boidin, B., & Guennif, S. (2018). Santé au Sud : Entre solutions clé en main et dynamiques endogènes. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 36(5), 255. <https://doi.org/10.3917/jgem.185.0255>
- Bonfrer, I., Van de Poel, E., & Van Doorslaer, E. (2014). The effects of performance incentives on the utilization and quality of maternal and child care in Burundi. *Social Science & Medicine*, 123, 96-104. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.004>
- Bourguignon, A. (1997). *De la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité*. Congrès de Locarno, 30 avril - 2 mai 1997 : Annexes au document de synthèse CIRET-UNESCO. <https://ciret-transdisciplinarity.org/locarno/loca5c1.php>
- Braithwaite, J., Ludlow, K., Testa, L., Herkes, J., Augustsson, H., Lamprell, G., McPherson, E., & Zurynski, Y. (2020). Built to last? The sustainability of healthcare system

- improvements, programmes and interventions: a systematic integrative review. *BMJ Open*, 10(6), e036453. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036453>
- Brenner, S., Favaretti, C., Lohmann, J., Chinkhumba, J., Muula, A. S., & De Allegri, M. (2021). Implementation of a performance-based financing scheme in Malawi and resulting externalities on the quality of care of non-incentivized services. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 408. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03880-9>
- Broad, R. (2007). 'Knowledge management' : A case study of the World Bank's research department. *Development in Practice*, 17(4-5), 700-708. <https://doi.org/10.1080/09614520701470094>
- Brownson, R. C., Kumanyika, S. K., Kreuter, M. W., & Haire-Joshu, D. (2021). Implementation science should give higher priority to health equity. *Implementation Science*, 16(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01097-0>
- Bruchez, C., Roux, P., & Santiago Delefosse, M. (2017). Chapitre 10. Validité et qualité en recherche qualitative : Aspects pratiques: In *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé* (p. 225-241). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.santi.2017.01.0225>
- Cane, J., O'Connor, D., & Michie, S. (2012). Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Science*, 7(1), 37. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>
- Carillon, S., & Ridde, V. (2021). Permanence et invisibilité des paiements directs pour le VIH en République Démocratique du Congo. In *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?* Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.5166924>
- Cassignol-Bertrand, F., & Constant, É. (2007). La norme de motivation intrinsèque : Valorisation, utilité et désirabilité sociales. *Bulletin de psychologie*, Numéro 488(2), 121. <https://doi.org/10.3917/bupsy.488.0121>

- Cerny, P. (2010). *Rethinking World Politics*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199733699.001.0001>
- Chabrol, F., Albert, L., & Ridde, V. (2018, novembre 14). Afrique francophone : À quoi servent tous ces hôpitaux ? *The Conversation*. <https://theconversation.com/afrique-francophone-a-quoi-servent-tous-ces-hopitaux-106459>
- Chanial, P. (2010). Le New Public Management est-il bon pour la santé ? : Bref plaidoyer pour l'ineestimable dans la relation de soin. *Revue du MAUSS*, 35(1), 135.
<https://doi.org/10.3917/rdm.035.0135>
- Chappoz, Y., & Pupion, P.-C. (2014). La nouvelle gestion des organisations de santé. *Gestion et management public*, 2/n°4(2), 1. <https://doi.org/10.3917/gmp.024.0001>
- Cissouma, L., Sioro, A., Koné, O., Traoré, K., Bulthuis, S., Mommers, P., & Toonen, J. (2017). *Rapport de Capitalisation FBR à la Malienne* (p. 45).
- Clements, B., Gupta, S., & Nozaki, M. (2013). What happens to social spending in IMF-supported programmes? *Applied Economics*, 45(28), 4022-4033.
<https://doi.org/10.1080/00036846.2012.744136>
- Coburn, D. (2004). Beyond the income inequality hypothesis : Class, neo-liberalism, and health inequalities. *Social Science & Medicine*, 58(1), 41-56. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00159-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00159-X)
- Collins, M., Shattell, M., & Thomas, S. P. (2005). Problematic interviewee behaviors in qualitative research. *Western Journal of Nursing Research*, 27(2), 188-199; discussion 200-209. <https://doi.org/10.1177/0193945904268068>
- Combessie, J.-C. (2007a). *I. L'observation: Vol. 5e éd.* (p. 12-23). La Découverte; Cairn.info.
<https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-p-12.htm>

- Combessie, J.-C. (2007b). *II. L'entretien semi-directif: Vol. 5e éd.* (p. 24-32). La Découverte; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-p-24.htm>
- Cook, K. (2012). Neoliberalism, welfare policy and health : A qualitative meta-synthesis of single parents' experience of the transition from welfare to work. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 16(5), 507-530. <https://doi.org/10.1177/1363459311434650>
- Coulibaly, A., Gautier, L., Touré, L., & Ridde, V. (2019). Le financement basé sur les résultats (FBR) au Mali : Peut-on parler d'émergence d'une politique publique de santé ? *Revue internationale de politique de développement*, 12.1. <https://doi.org/10.4000/poldev.3242>
- Coulibaly, A., Gautier, L., Zitti, T., & Ridde, V. (2020a). Implementing performance-based financing in peripheral health centres in Mali : What can we learn from it? *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00566-0>
- Coulibaly, A., Gautier, L., Zitti, T., & Ridde, V. (2020b). Implementing performance-based financing in peripheral health centres in Mali : What can we learn from it? *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00566-0>
- Dagenais, C., Malo, M., Robert, É., Ouimet, M., Berthelette, D., & Ridde, V. (2013). Knowledge Transfer on Complex Social Interventions in Public Health : A Scoping Study. *PLoS ONE*, 8(12), e80233. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080233>
- Dagenais, C., Proulx, M., Mc Sween-Cadieux, E., Nikiema, A., Bonnet, E., Ridde, V., & Somé, P.-A. (2021). Collaborative research and knowledge translation on road crashes in Burkina Faso : The police perspective 18 months on. *Health Research Policy and Systems*, 19(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00654-1>

- Dagenais, C., Queuille, L., & Ridde, V. (2013). Evaluation of a knowledge transfer strategy from a user fee exemption program for vulnerable populations in Burkina Faso. *Global Health Promotion*, 20(1_suppl), 70-79. <https://doi.org/10.1177/1757975912462416>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice : A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Das, A., Gopalan, S. S., & Chandramohan, D. (2016). Effect of pay for performance to improve quality of maternal and child care in low-and middle-income countries : A systematic review. *BMC public health*, 16(1), 321.
- De Allegri, M., Bertone, M. P., McMahon, S., Chare, I. M., & Robyn, P. J. (2018). Unraveling PBF effects beyond impact evaluation : Results from a qualitative study in Cameroon. *BMJ Global Health*, 3(2), e000693.
- Demilly, L. (2013). Le nouveau management public et les particularités des secteurs d'action publique : Le cas de la santé en France. *Education et sociétés*, 32(2), 75. <https://doi.org/10.3917/es.032.0075>
- Derkyi-Kwarteng, A. N. C., Agyepong, I. A., Enyimayew, N., & Gilson, L. (2021). A Narrative Synthesis Review of Out-of-Pocket Payments for Health Services Under Insurance Regimes : A Policy Implementation Gap Hindering Universal Health Coverage in Sub-Saharan Africa. *International Journal of Health Policy and Management*, 1. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.38>
- Deville, C., Hane, F., Ridde, V., & Touré, L. (2018). *La Couverture universelle en santé au Sahel : La situation au Mali et au Sénégal en 2018*. Working Paper du Ceped, n°40, Ceped (UMR 196 Université Paris Descartes IRD), Paris. <https://www.ceped.org/IMG/pdf/wp40.pdf>

- de Walque, D., Robyn, P. J., Saidou, H., Sorgho, G., & Steenland, M. (2021). Looking into the performance-based financing black box : Evidence from an impact evaluation in the health sector in Cameroon. *Health Policy and Planning*, czab002. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab002>
- Diaconu, K., Falconer, J., Verbel, A., Fretheim, A., & Witter, S. (2021). Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007899.pub3>
- Direction des ressources humaines du secteur santé, développement social et promotion de la famille. (2017). *Annuaire statistique 2016 des ressources humaines du secteur santé, développement social et promotion de la famille* (1ière Edition; p. 152).
- Direction Nationale Des Collectivites Territoriales. (2005). *DOCUMENT CADRE DE POLITIQUE NATIONALE DE DECENTRALISATION (2005 –2014)*. <https://dgct.gouv.ml//bibliotheque-numerique/Vrac/002200.pdf>
- Domingo, H., Eggrickx, A., Naro, G., Cudennec, A., Martinez, E., & Bourret, R. (2015). Le TDABC : Un outil d'évaluation de la médiation en santé? *Journal de gestion et d'économie médicales*, 33(7), 429. <https://doi.org/10.3917/jgem.157.0429>
- Dossou, J.-P., De Brouwere, V., Van Belle, S., & Marchal, B. (2020). Opening the 'implementation black-box' of the user fee exemption policy for caesarean section in Benin: A realist evaluation. *Health Policy and Planning*, 35(2), 153-166. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz146>
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- DRH-SSDS. (2019). *Annuaire statistique 2018 des ressources humaines du secteur santé, développement social et promotion de la famille* (3ième Edition; p. 143). Direction des

- ressources humaines du secteur santé, développement social et promotion de la famille.
<http://www.drh.sante.gov.ml/docs/ASRH-2018.pdf>
- Drucker-Godard, C., Ehlinger, S., & Grenier, C. (2014). Chapitre 10. Validité et fiabilité de la recherche: In *Méthodes de recherche en management* (p. 297-331). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.thiet.2014.01.0297>
- Eggrickx, A. (2020). Chapitre 19. Sensemaking : Levier du changement à l'hôpital?: In *Approches critiques des organisations* (p. 254-262). EMS Editions.
<https://doi.org/10.3917/ems.pijoa.2020.01.0254>
- Erasmus, E., Orgill, M., Schneider, H., & Gilson, L. (2014). Mapping the existing body of health policy implementation research in lower income settings : What is covered and what are the gaps? *Health Policy and Planning*, 29(suppl 3), iii35-iii50.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czu063>
- Evans, I. (1995). SAPping maternal health. *The Lancet*, 346(8982), 1046.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(95\)91733-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(95)91733-0)
- Falisse, J.-B. (2019). Au-delà du modèle voyageur? Usage stratégique et hybridation du financement basé sur la performance (FBP) dans la santé au Burundi. *Politique africaine*, n°156(4), 83. <https://doi.org/10.3917/polaf.156.0083>
- Falisse, J.-B., Ndayishimiye, J., Kamenyero, V., & Bossuyt, M. (2015). 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), 1251-1260. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu132>
- Feldacker, C., Bochner, A. F., Herman-Roloff, A., Holec, M., Murenje, V., Stepaniak, A., Xaba, S., Tshimanga, M., Chitimbire, V., Makaure, S., Hove, J., Barnhart, S., & Makunike, B. (2017). Is it all about the money? A qualitative exploration of the effects of performance-based financial incentives on Zimbabwe's voluntary male medical

- circumcision program. *PLOS ONE*, 12(3), e0174047.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174047>
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research : A Synthesis of the Literature*. 125. University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network. <http://ctnlibrary.org/pdf/nirnmonograph.pdf>
- Forster, T., Kentikelenis, A. E., Stubbs, T. H., & King, L. P. (2020). Globalization and health equity : The impact of structural adjustment programs on developing countries. *Social Science & Medicine*, 267, 112496. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112496>
- Fournier, P., & Potvin, L. (1995). Participation communautaire et programmes de santé : Les fondements du dogme. *Sciences sociales et santé*, 13(2), 39-59.
<https://doi.org/10.3406/sosan.1995.1326>
- Fritsche, G. B., Soeters, R., & Meessen, B. (2014). *Performance-based financing toolkit*. The World Bank.
- Gage, A., & Bauhoff, S. (2021). The effects of performance-based financing on neonatal health outcomes in Burundi, Lesotho, Senegal, Zambia and Zimbabwe. *Health Policy and Planning*, 36(3), 332-340. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa191>
- Gagnon, Y.-C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche* (2nd ed). Presses de l'Université du Québec.
- Gatewood, J., Monks, S. L., Singletary, C. R., Vidrascu, E., & Moore, J. B. (2020). Social Media in Public Health : Strategies to Distill, Package, and Disseminate Public Health Research. *Journal of Public Health Management and Practice*, 26(5), 489-492.
<https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001096>

- Gatwiri, K., Amboko, J., & Okolla, D. (2020). The implications of Neoliberalism on African economies, health outcomes and wellbeing : A conceptual argument. *Social Theory & Health: STH*, 18(1), 86-101. <https://doi.org/10.1057/s41285-019-00111-2>
- Gautier, L., Coulibaly, A., De Allegri, M., & Ridde, V. (2019a). *La diffusion du financement basé sur les résultats au Mali a été facilitée par l'intervention d'“entrepreneurs de la diffusion” locaux et étrangers*. http://www.miselimali.org/fs/FBR_PB_MEO/e1i2p-PB_2019_diffusion_politique_FBR.pdf
- Gautier, L., Coulibaly, A., De Allegri, M., & Ridde, V. (2019b). From Amsterdam to Bamako : A qualitative case study on diffusion entrepreneurs' contribution to performance-based financing propagation in Mali. *Health Policy and Planning*, 34(9), 656-666. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz087>
- Gautier, L., De Allegri, M., & Ridde, V. (2019). How is the discourse of performance-based financing shaped at the global level? A poststructural analysis. *Globalization and Health*, 15(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0443-9>
- Gautier, L., De Allegri, M., & Ridde, V. (2020). Transnational Networks' Contribution to Health Policy Diffusion : A Mixed Method Study of the PerformanceBased Financing Community of Practice in Africa. *International Journal of Health Policy and Management*, 1. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.57>
- Gautier, L., & Ridde, V. (2017). 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). <https://doi.org/10.1186/s41256-017-0043-x>
- Gautier, L., & Ridde, V. (2018). Did the learning agenda of the world bank-administrated health results innovation trust fund shape politicised evidence on performance-based financing? A documentary analysis. *Sociedade e Cultura*, 21(2). <https://doi.org/10.5216/sec.v21i2.56310>

- Gautier, L., Tosun, J., De Allegri, M., & Ridde, V. (2018). How do diffusion entrepreneurs spread policies? Insights from performance-based financing in Sub-Saharan Africa. *World Development*, *110*, 160-175. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.05.032>
- Ghanbari, M. K., Behzadifar, M., Doshmangir, L., Martini, M., Bakhtiari, A., Alikhani, M., & Bragazzi, N. L. (2021). Mapping Research Trends of Universal Health Coverage From 1990 to 2019 : Bibliometric Analysis. *JMIR Public Health and Surveillance*, *7*(1), e24569. <https://doi.org/10.2196/24569>
- Grady, M. P. (1998). *Qualitative and action research : A practitioner handbook*. Phi Delta Kappa Educational Foundation.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation : Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, *26*(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Grimaldi, A., & Vernant, J.-P. (2021). Reconstruire l'hôpital public par la démocratie sanitaire: *Raison présente*, *N° 217*(1), 73-83. <https://doi.org/10.3917/rpre.217.0073>
- Haldane, V., Chuah, F. L. H., Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C. H., Seng, C. K., & Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation : A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLOS ONE*, *14*(5), e0216112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112>
- Hall, P. A. (1993). Policy Paradigms, Social Learning, and the State : The Case of Economic Policymaking in Britain. *Comparative Politics*, *25*(3), 275. <https://doi.org/10.2307/422246>
- Hamilton, A. B., & Finley, E. P. (2019). Qualitative methods in implementation research : An introduction. *Psychiatry Research*, *280*, 112516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112516>

- Hammersley, M. (2015). Observation, Participant and Non-participant. In G. Ritzer (Éd.), *The Blackwell Encyclopedia of Sociology* (p. wbeoso002.pub2). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781405165518.wbeoso002.pub2>
- Hanson, S. (2003). Editorial : How to bridge the gap between policies and implementation - is effective AIDS control presently possible in sub-Saharan Africa? *Tropical Medicine and International Health*, 8(9), 765-766. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.2003.01104.x>
- Harnad, S., Brody, T., Vallières, F., Carr, L., Hitchcock, S., Gingras, Y., Oppenheim, C., Stamerjohanns, H., & Hilf, E. R. (2004). The Access/Impact Problem and the Green and Gold Roads to Open Access. *Serials Review*, 30(4), 310-314. <https://doi.org/10.1080/00987913.2004.10764930>
- Havers, S. M., Kate Martin, E., Wilson, A., & Hall, L. (2020). A systematic review and meta-synthesis of policy intervention characteristics that influence the implementation of government-directed policy in the hospital setting: Implications for infection prevention and control. *Journal of Infection Prevention*, 21(3), 84-96. PubMed. <https://doi.org/10.1177/1757177420907696>
- Head, E. (2009). The ethics and implications of paying participants in qualitative research. *International Journal of Social Research Methodology*, 12(4), 335-344. <https://doi.org/10.1080/13645570802246724>
- Hoke, T. (2018, février 6). *Implementation research: The unambiguous cornerstone of implementation science*. Research for Evidence. FHI 360 Research. <https://researchforevidence.fhi360.org/implementation-research-the-unambiguous-cornerstone-of-implementation-science>

- Howlett, M. (1991). Policy Instruments, Policy Styles, and Policy Implementation. National Approaches to Theories of Instrument Choice. *Policy Studies Journal*, 19(2), 1-21.
<https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.1991.tb01878.x>
- Howlett, M. (2020). Policy instruments : Definitions and approaches. In G. Capano & M. Howlett, *A Modern Guide to Public Policy* (p. 165-177). Edward Elgar Publishing.
<https://doi.org/10.4337/9781789904987.00019>
- Hudson, B., Hunter, D., & Peckham, S. (2019). Policy failure and the policy-implementation gap : Can policy support programs help? *Policy Design and Practice*, 2(1), 1-14.
<https://doi.org/10.1080/25741292.2018.1540378>
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, N° 102(3), 23.
<https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- INSTAT. (2009). *Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH)* (4ième; p. 309). Institut National de la Statistique.
- INSTAT. (2012). *Cartographie de la pauvreté et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) au Mali/ (RGPH-2009)* (p. 84). Institut National de la Statistique.
- INSTAT. (2016). *Rapport d'analyse de l'enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP)/Accessibilité aux soins , appréciation de la population sur les action prioritaires à entreprendre et dépenses de consommation des ménages* (Deuxième passage (juillet –septembre 2016); p. 50). Institut National de la Statistique.
- INSTAT. (2017a). *Rapport d'analyse de l'enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP)* (Passage 1-4 (Avril 2016-mars 2017); p. 105). Institut National de la Statistique.

- INSTAT. (2017b). *Rapport d'analyse de l'enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP)* (Premier passage 2017; p. 75). Institut National de la Statistique.
- INSTAT. (2018). *Rapport d'analyse de l'enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP)/Santé, emploi, sécurité alimentaire et dépense de consommation des ménages* (Troisième passage (Octobre –décembre 2017); p. 51). Institut National de la Statistique.
- Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistiques, du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), & ICF. (2019). *Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSMVI)* (EDSM VI; p. 643). INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR358/FR358.pdf>
- Ireland, M., Paul, E., & Dujardin, B. (2011). Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? *Bulletin of the World Health Organization*, 89(9), 695-698. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.087379>
- Iwelunmor, J., Blackstone, S., Veira, D., Nwaozuru, U., Airhihenbuwa, C., Munodawafa, D., Kalipeni, E., Jutal, A., Shelley, D., & Ogedegbe, G. (2015). Toward the sustainability of health interventions implemented in sub-Saharan Africa : A systematic review and conceptual framework. *Implementation Science*, 11(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0392-8>
- Jacob, S., & Rothmayr, C. (2012). L'analyse des politiques publiques. In V. Ridde & C. Dagenais (Éds.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (p. 71-88). Presses de l'Université de Montréal; JSTOR. <http://www.jstor.org/stable/j.ctv69ssft.6>
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière*. Editions Karthala. <https://doi.org/10.3917/kart.jaffr.2003.01>

- Jamieson, L., Hedges, J., McKinstry, S., Koopu, P., & Venner, K. (2020). How Neoliberalism Shapes Indigenous Oral Health Inequalities Globally : Examples from Five Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8908. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238908>
- Jordan, A., Wurzel, R., & Zito, A. R. (Éds.). (2003). ‘New’ Instruments of Environmental Governance : Patterns and Pathways of Change. In *New instruments of environmental governance ? National experiences and prospects*. Frank Cass.
- Kalk, A., Paul, F. A., & Grabosch, E. (2010). ‘Paying for performance’ in Rwanda : Does it pay off? *Tropical Medicine & International Health*, 15(2), 182-190. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2009.02430.x>
- Kentikelenis, A. E., Stubbs, T. H., & King, L. P. (2015). Structural adjustment and public spending on health : Evidence from IMF programs in low-income countries. *Social Science & Medicine*, 126, 169-176. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.027>
- Kiendrébéogo, J. A., Shroff, Z. C., Berthé, A., Yonli, L., Béchir, M., & Meessen, B. (2017). Why Performance-Based Financing in Chad Failed to Emerge on the National Policy Agenda. *Health Systems & Reform*, 3(2), 80-90. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1280115>
- Kirk, M. A., Kelley, C., Yankey, N., Birken, S. A., Abadie, B., & Damschroder, L. (2015). A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science*, 11(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0437-z>
- KIT, Clinique de gestion et d’innovation des connaissances, & Cordaid. (2017). *RAPPORT FINAL DU PROJET PILOTE « PRSR/FBR » FBR-Financement Basé sur les Résultats – Approche pour accélérer les résultats en Santé de la Reproduction*.

- Koulidiati, J., De Allegri, M., Lohmann, J., Hillebrecht, M., Arthur Kiendrebeogo, J., Hamadou, S., Hien, H., Jacob Robyn, P., & Brenner, S. (2021). Impact of PBF on effective coverage for curative child health services in Burkina Faso : Evidence from a quasi-experimental design. *Tropical Medicine & International Health*, tmi.13596. <https://doi.org/10.1111/tmi.13596>
- Kovacs, R. J., Powell-Jackson, T., Kristensen, S. R., Singh, N., & Borghi, J. (2020). How are pay-for-performance schemes in healthcare designed in low- and middle-income countries? Typology and systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 20(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05075-y>
- Krief, N., & Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en Sciences de Gestion*, 95(2), 211. <https://doi.org/10.3917/resg.095.0211>
- Labonté, R. (2020). Neoliberalism 4.0 : The Rise of Illiberal Capitalism Comment on « How Neoliberalism Is Shaping the Supply of Unhealthy Commodities and What This Means for NCD Prevention ». *International Journal of Health Policy and Management*, 9(4), 175-178. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.111>
- Labonté, R., & Stuckler, D. (2016). The rise of neoliberalism : How bad economics imperils health and what to do about it. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(3), 312-318. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206295>
- Lacouture, A. (2016, février 9). *Valoriser nos travaux dès le projet de thèse ? Parlons-en !* https://www.youtube.com/watch?v=Sy_VdhPPwtQ
- Lacouture, A. (2017, mai 30). *Elaborer un plan de transfert de connaissances de sa thèse* [Présentation Powerpoint]. Atelier de formation sur le transfert de connaissances, organisé par l'Equipe RENARD, École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM). https://www.slideshare.net/equipe_renard/elaborer-un-plan-de-transfert-de-connaissances-de-sa-thse

- Lane, J.-E. (2000). *New public management*. Routledge.
- Lannes, L., Meessen, B., Soucat, A., & Basinga, P. (2016). Can performance-based financing help reaching the poor with maternal and child health services? The experience of rural Rwanda: Can PBF Help Reaching the Poor? *The International Journal of Health Planning and Management*, 31(3), 309-348. <https://doi.org/10.1002/hpm.2297>
- Larivière, V. (2012). On the shoulders of students? The contribution of PhD students to the advancement of knowledge. *Scientometrics*, 90(2), 463-481. <https://doi.org/10.1007/s11192-011-0495-6>
- Lascoumes, P., & Le Gales, P. (2007). Introduction : Understanding Public Policy through Its Instruments? From the Nature of Instruments to the Sociology of Public Policy Instrumentation. *Governance*, 20(1), 1-21. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0491.2007.00342.x>
- LeBesco, K. (2011). Neoliberalism, public health, and the moral perils of fatness. *Critical Public Health*, 21(2), 153-164. <https://doi.org/10.1080/09581596.2010.529422>
- Lemieux, C. (2007). À quoi sert l'analyse des controverses ? *Mil neuf cent*, n° 25(1), 191. <https://doi.org/10.3917/mnc.025.0191>
- Lemire, N., Laurendeau, M.-C., Souffez, K., Institut national de santé publique du Québec, & Direction recherche, formation et développement. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances : Bilan des connaissances et outil d'animation*. Direction de la recherche, formation et développement, Institut national de santé publique Québec. <https://www.deslibris.ca/ID/222221>
- Lencucha, R., & Thow, A. M. (2019). How Neoliberalism Is Shaping the Supply of Unhealthy Commodities and What This Means for NCD Prevention. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(9), 514-520. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.56>

- Lennox, L., Linwood-Amor, A., Maher, L., & Reed, J. (2020). Making change last? Exploring the value of sustainability approaches in healthcare: a scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00601-0>
- Leone, T., Cetorelli, V., Neal, S., & Matthews, Z. (2016). Financial accessibility and user fee reforms for maternal healthcare in five sub-Saharan countries : A quasi-experimental analysis. *BMJ Open*, 6(1), e009692. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009692>
- Levin-Rozalis, M. (2012). Recherche et évaluation de programmes. In V. Ridde & C. Dagenais (Éds.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (p. 33-52). Presses de l'Université de Montréal; JSTOR. <http://www.jstor.org/stable/j.ctv69ssft.4>
- Lewis, R. J. (Éd.). (2018). *Public Policymaking in a Globalized World* (revised). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203712429>
- Livet, P. (2012). Normes sociales, normes morales, et modes de reconnaissance. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 45(1), 51. <https://doi.org/10.3917/lstdle.451.0051>
- Lohmann, J., Wilhelm, D., Kambala, C., Brenner, S., Muula, A. S., & De Allegri, M. (2018). 'The money can be a motivator, to me a little, but mostly PBF just helps me to do better in my job.' An exploration of the motivational mechanisms of performance-based financing for health workers in Malawi. *Health Policy and Planning*, 33(2), 183-191. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx156>
- Mac-Seing, M., Zinszer, K., Oga Omenka, C., de Beaudrap, P., Mehrabi, F., & Zarowsky, C. (2020). Pro-equity legislation, health policy and utilisation of sexual and reproductive health services by vulnerable populations in sub-Saharan Africa : A systematic review. *Global Health Promotion*, 27(4), 97-106. <https://doi.org/10.1177/1757975920941435>
- Makinde, T. (2005). Problems of Policy Implementation in Developing Nations : The Nigerian Experience. *Journal of Social Sciences*, 11(1), 63-69. <https://doi.org/10.1080/09718923.2005.11892495>

- Manyisa, Z. M., & van Aswegen, E. J. (2017). Factors affecting working conditions in public hospitals : A literature review. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 6, 28-38. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2017.02.002>
- Marstein, E., & Babich, S. M. (2018). Global health in transition : The coming of neoliberalism. *South Eastern European Journal of Public Health (SEEJPH)*, Volume IX, 2018. <https://doi.org/10.4119/SEEJPH-1865>
- Mas, B., Pierru, F., & Smolski, S. (Éds.). (2011). *L'hôpital en réanimation : Le sacrifice organisé d'un service public emblématique*. Editions du Croquant.
- Mathauer, I., Dale, E., & Meessen, B. (2017). *L'achat stratégique en vue de la couverture sanitaire universelle : Enjeux et questions politiques-clés : résumé des discussions d'experts et de praticiens*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259945>
- Mayaka Manitu, S. (2018, avril 2). Financement Basé sur la Performance : Parlons-nous de la même chose ? *Health Financing in Africa*. <http://www.healthfinancingafrica.org/home/financement-base-sur-la-performance-parlons-nous-de-la-meme-chose>
- Mayaka Manitu, S., Muvudi Lushimba, M., Macq, J., & Meessen, B. (2015). 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), 425. <https://doi.org/10.3917/spub.153.0425>
- Mayaka Ma-Nitu, S., Tembey, L., Bigirimana, E., Dossouvi, C. Y., Basenya, O., Mago, E., Mushagalusa Salongo, P., Zongo, A., & Verinumbe, F. (2018). Towards constructive rethinking of PBF : Perspectives of implementers in sub-Saharan Africa. *BMJ Global Health*, 3(5), e001036. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001036>

- Mc Sween-Cadieux, E., Dagenais, C., Somé, P.-A., & Ridde, V. (2017). Research dissemination workshops : Observations and implications based on an experience in Burkina Faso. *Health Research Policy and Systems*, 15(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0205-9>
- McGregor, S. (2001). Neoliberalism and health care : Neoliberalism and health care. *International Journal of Consumer Studies*, 25(2), 82-89. <https://doi.org/10.1111/j.1470-6431.2001.00183.x>
- Means, A. R., Kemp, C. G., Gwayi-Chore, M.-C., Gimbel, S., Soi, C., Sherr, K., Wagenaar, B. H., Wasserheit, J. N., & Weiner, B. J. (2020). Evaluating and optimizing the consolidated framework for implementation research (CFIR) for use in low- and middle-income countries : A systematic review. *Implementation Science*, 15(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0977-0>
- Meda, I. B., Baguiya, A., Ridde, V., Ouédraogo, H. G., Dumont, A., & Kouanda, S. (2019). Out-of-pocket payments in the context of a free maternal health care policy in Burkina Faso : A national cross-sectional survey. *Health Economics Review*, 9(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s13561-019-0228-8>
- Meessen, B. (2018, janvier 15). Controverse sur le Financement Basé sur la Performance : Nous accueillons vos contributions ! *Health Financing in Africa*. <http://www.healthfinancingafrica.org/home/controverse-sur-le-financement-base-sur-la-performance-nous-accueillons-vos-contributions>
- Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Tashobya, C. K., & Gilson, L. (2011). Removing user fees in the health sector : A review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl. 2), ii16-ii29. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr062>

- Meessen, B., Soucat, A., & Sekabaraga, C. (2011). Performance-based financing : Just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of the World Health Organization*, 89(2), 153-156. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.077339>
- Michie, S. (2005). Making psychological theory useful for implementing evidence based practice : A consensus approach. *Quality and Safety in Health Care*, 14(1), 26-33. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.011155>
- Michie, S., Johnston, M., Abraham, C., Lawton, R., Parker, D., Walker, A., & « Psychological Theory » Group. (2005). Making psychological theory useful for implementing evidence based practice : A consensus approach. *Quality & Safety in Health Care*, 14(1), 26-33. PubMed. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.011155>
- Mills, A., Bennett, S., Russell, S., Attanayake, N., Hongoro, C., Muraleedharan, V. R., & Smithson, P. (2001). *The Challenge of Health Sector Reform*. Palgrave Macmillan UK. <https://doi.org/10.1057/9780230599819>
- Milsom, P., Smith, R., Baker, P., & Walls, H. (2021). Corporate power and the international trade regime preventing progressive policy action on non-communicable diseases : A realist review. *Health Policy and Planning*, 36(4), 493-508. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa148>
- Milsom, P., Smith, R., & Walls, H. (2020). Expanding Public Health Policy Analysis for Transformative Change : The Importance of Power and Ideas Comment on « What Generates Attention to Health in Trade Policy-Making? Lessons From Success in Tobacco Control and Access to Medicines: A Qualitative Study of Australia and the (Comprehensive and Progressive) Trans-Pacific Partnership ». *International Journal of Health Policy and Management*, 1. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.200>
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. (2016). *Manuel Opérationnel du Financement basé sur les résultats du projet PRSR-FBR*.

- Ministère de la Santé et de, Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire, & Ministère de la Promotion de la Femme, de la Famille et de l'Enfant. (2013). *Politique Nationale de Financement de la Santé pour la Couverture Universelle, 2014-2023*.
- Minvielle, E., Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Jeantet, M., Préaubert, N., Bourdil, A., & Richard, C. (2008). Hospital performance : Competing or shared values? *Health Policy*, 87(1), 8-19. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.09.017>
- Miyata, H., & Kai, I. (2009). Reconsidering Evaluation Criteria for Scientific Adequacy in Health Care Research : An Integrative Framework of Quantitative and Qualitative Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(1), 64-75. <https://doi.org/10.1177/160940690900800106>
- Molete, M., Stewart, A., Bosire, E., & Igumbor, J. (2020). The policy implementation gap of school oral health programmes in Tshwane, South Africa : A qualitative case study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 338. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05122-8>
- Moore, J. E., Mascarenhas, A., Bain, J., & Straus, S. E. (2017). Developing a comprehensive definition of sustainability. *Implementation Science*, 12(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0637-1>
- Moullin, J. C., Sabater-Hernández, D., Fernandez-Llimos, F., & Benrimoj, S. I. (2015). A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. *Health Research Policy and Systems*, 13(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0005-z>
- Mousaloo, A., Amir-Behghadami, M., Janati, A., & Gholizadeh, M. (2021). Exploring the challenges and features of implementing performance-based payment plan in hospitals : A protocol for a systematic review. *Systematic Reviews*, 10(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01657-x>

- MSHP. (2016). *Manuel Opérationnel du Financement basé sur les résultats (FBR) au Mali - Projet Renforcement de la Santé de la Reproduction (PRSR)*.
- Musgrove, P. (2011). *Rewards for Good Performance or Results : A Short Glossary*. Washington, DC: World Bank, 4.
- Nauleau, M., Destremau, B., & Lautier, B. (2013). « En chemin vers la couverture sanitaire universelle » : Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé. *Revue Tiers Monde*, 215(3), 129. <https://doi.org/10.3917/rtm.215.0129>
- Navarro, V. (2008). Neoliberalism and its Consequences : The World Health Situation Since Alma Ata. *Global Social Policy*, 8(2), 152-155. <https://doi.org/10.1177/14680181080080020203>
- Ndiaye, P., Ndiaye, N. M., Diongue, M., Faye, A., & Dia, A. T. (2010). Participation communautaire dans un projet de latrines en zone rurale sénégalaise. *Santé Publique*, 22(1), 147. <https://doi.org/10.3917/spub.101.0147>
- Neelsen, S., de Walque, D., Friedman, J., & Wagstaff, A. (2021). Financial Incentives to Increase Utilization of Reproductive, Maternal, and Child Health Services in Low- and Middle-Income Countries A Systematic Review and Meta-Analysis. *Washington, D.C. : World Bank Group*, 1(WPS 9793), 71. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/426541633376367601/pdf/Financial-Incentives-to-Increase-Utilization-of-Reproductive-Maternal-and-Child-Health-Services-in-Low-and-Middle-Income-Countries-A-Systematic-Review-and-Meta-Analysis.pdf>
- Nguyen, H. T., Torbica, A., Brenner, S., Kiendrébéogo, J. A., Tapsoba, L., Ridde, V., & De Allegri, M. (2020). Economic Evaluation of User-Fee Exemption Policies for Maternal Healthcare in Burkina Faso : Evidence From a Cost-Effectiveness Analysis. *Value in Health*, 23(3), 300-308. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.10.007>

- Nguyen, H. T., Zombré, D., Ridde, V., & De Allegri, M. (2018). The impact of reducing and eliminating user fees on facility-based delivery : A controlled interrupted time series in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 33(8), 948-956. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy077>
- Nnaji, C. A., Wiysonge, C. S., Okeibunor, J. C., Malinga, T., Adamu, A. A., Tumusiime, P., & Karamagi, H. (2021). Implementation research approaches to promoting universal health coverage in Africa : A scoping review. *BMC Health Services Research*, 21(1), 414. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06449-6>
- Nwajiuba, C. U., Nwoke, B. E. B., & Nwajiuba, C. A. (2007). Structural Adjustment Programme and Public Health Issues in Relation to Migration : Nigeria. *Development*, 50(4), 101-105. <https://doi.org/10.1057/palgrave.development.1100436>
- Oakley, P. (1989). *Community involvement in health development : An examination of the critical issues*. World Health Organization ; WHO Publications Center USA [distributor].
- Oberle, K. M. (2002). Ethics in qualitative health research. *Annals (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada)*, 35(8 Suppl.), 563-566.
- Odeny, T. A., Padian, N., Doherty, M. C., Baral, S., Beyrer, C., Ford, N., & Geng, E. H. (2015). Definitions of implementation science in HIV/AIDS. *The Lancet HIV*, 2(5), e178-e180. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(15\)00061-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(15)00061-2)
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019 : OECD Indicators*. OECD. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Ogundeji, Y. K., Jackson, C., Sheldon, T., Olubajo, O., & Ihebuzor, N. (2016). Pay for performance in Nigeria : The influence of context and implementation on results. *Health Policy and Planning*, 31(8), 955-963. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw016>

- Oliver, K., & Boaz, A. (2019). Transforming evidence for policy and practice : Creating space for new conversations. *Palgrave Communications*, 5(1), 60. <https://doi.org/10.1057/s41599-019-0266-1>
- Olivier de Sardan, J.-P., Diarra, A., & Moha, M. (2017). Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms : The case of maternal health. *Health Research Policy and Systems*, 15(S1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0213-9>
- Olivier de Sardan, J.-P., & Ridde, V. (2012). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger : Les contradictions des politiques publiques. *Afrique contemporaine*, 243(3), 11. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0011>
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain : Sur la production des données en anthropologie. *Enquête*, 1, 71-109. <https://doi.org/10.4000/enquete.263>
- O'Manique, C. (2004). Global Neoliberalism and Aids Policy : International Responses to Sub-Saharan Africa's Pandemic. *Studies in Political Economy*, 73(1), 47-68. <https://doi.org/10.1080/19187033.2004.11675151>
- OMS. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978* (p. 3) [Etude/Rapport]. Organisation mondiale de la santé. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf
- OMS. (1992). L'hôpital de district dans les zones rurales et urbaines : Rapport d'un Groupe d'étude de l'OMS sur les fonctions des hôpitaux de premier recours [réuni à Genève du 30 octobre au 5 novembre 1990]. *The Hospital in Rural and Urban Districts : Report of a WHO Study Group on the Functions of Hospitals at the First Referral Level [Meeting Held in Geneva, 30 October - 5 November 1990]*. WHO IRIS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37695>

- OMS. (2003). *Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires : Vingt-cinquième anniversaire* (p. 6).
https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/fa5627.pdf
- OMS (Éd.). (2010). *Le financement des systèmes de santé : Le chemin vers une couverture universelle*. Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS. (2021, janvier 7). *Health Expenditure*.
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/health-expenditure>
- OMS, Bureau régional de l'Afrique. (1999). *Examen de la mise en œuvre de l'initiative de Bamako* (p. 6). <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/1985/AFR-RC49-13%20FR.pdf?sequence=1>
- OMS, Bureau régional de l'Afrique. (2011). *Examen de la mise en œuvre de l'initiative de Bamako : Rapport du Directeur régional*. WHO IRIS.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/1985>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021a). Chapitre 1. Choisir une approche d'analyse qualitative. In *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales: Vol. 5e éd.* (p. 13-36). Armand Colin; Cairn.info. <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-p-13.htm>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021b). Chapitre 12. L'analyse thématique. In *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales: Vol. 5e éd.* (p. 269-357). Armand Colin; Cairn.info. <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-p-269.htm>
- Palinkas, L. A. (2014). Qualitative and Mixed Methods in Mental Health Services and Implementation Research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(6), 851-861. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.910791>

- Patel, S. (2018). Structural, institutional and organizational factors associated with successful pay for performance programmes in improving quality of maternal and child health care in low and middle income countries : A systematic literature review. *Journal of Global Health*, 8(2), 021002. <https://doi.org/10.7189/jogh.08.021001>
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*, 34(5 Pt 2), 1189-1208. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10591279>
- Paul, E., Albert, L., Bisala, B. N., Bodson, O., Bonnet, E., Bossyns, P., Colombo, S., De Brouwere, V., Dumont, A., Eclou, D. S., Gyselinck, K., Hane, F., Marchal, B., Meloni, R., Noirhomme, M., Noterman, J.-P., Ooms, G., Samb, O. M., Ssengooba, F., ... Ridde, V. (2018). Performance-based financing in low-income and middle-income countries : Isn't it time for a rethink? *BMJ Global Health*, 3(1), e000664. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000664>
- Paul, E., Brown, G. W., Ensor, T., Ooms, G., van de Pas, R., & Ridde, V. (2021). We shouldn't count chickens before they hatch : Results-based financing and the challenges of cost-effectiveness analysis. *Critical Public Health*, 31(3), 370-375. <https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1707774>
- Paul, E., Deville, C., Bodson, O., Sambiéni, N. E., Thiam, I., Bourgeois, M., Ridde, V., & Fecher, F. (2019). How is equity approached in universal health coverage? An analysis of global and country policy documents in Benin and Senegal. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 195. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1089-9>
- Paul, E., & Ridde, V. (2018, juillet 11). *Oser remettre en question un modèle voyageur ? Le cas du financement basé sur les résultats (FBR) en Afrique*. Cinquièmes Rencontres des Études Africaines en France Marseille, du 9 au 12 juillet 2018, Marseille.

https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/227248/1/REAF%202018_Paul%20%26%20Ridde_20180711.pdf

- Paul, E., Sieleunou, I., & Ridde, V. (2018). Comment utiliser l'expérience de financement basé sur les résultats (FBR) pour rendre l'achat des services de santé plus stratégique au Bénin ? *Cahiers Scientifiques REALISME*, 15, 30. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers18-05/010072875.pdf
- Paul, F. A., & (first). (2009). Health worker motivation and the role of performance based finance systems in Africa : A qualitative study on health worker motivation and the Rwandan performance based finance initiative in district hospitals. In *Science working paper* (Vol. 1-N° 08-96, p. 36). London: Development Studies Institute.
- Paulhus, D. L. (1991). Measurement and Control of Response Bias. In *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (p. 17-59). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-590241-0.50006-X>
- Pereira, J. M. M. (2018). Dimensions of the World Bank's history as a political, intellectual, and financial actor. *Cadernos De Saude Publica*, 34(2), e00000118. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00000118>
- Peter, E. (2015). The ethics in qualitative health research : Special considerations. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2625-2630. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.06762015>
- Peters, D. H., Tran, N. T., & Adam, T. (2013). LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE EN SANTÉ : GUIDE PRATIQUE. *Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, Organisation mondiale de la Santé*, 69.
- Petross, C., McMahon, S., Lohmann, J., Chase, R. P., Muula, A. S., & De Allegri, M. (2020). Intended and unintended effects : Community perspectives on a performance-based

- financing programme in Malawi. *BMJ Global Health*, 5(4), e001894-e001894.
PubMed. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001894>
- Phillippi, J., & Lauderdale, J. (2018). A Guide to Field Notes for Qualitative Research : Context and Conversation. *Qualitative Health Research*, 28(3), 381-388.
<https://doi.org/10.1177/1049732317697102>
- Picot, G. (1999). *Le rapport entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : Continuités et changements*. 12. https://www.persee.fr/docAsPDF/genre_1298-6046_1999_num_26_1_1105.pdf
- Pierre, J., & Painter, M. (2010). Why legality cannot be contracted out : Exploring the limits of New Public Management. In *Reasserting the public in public services : New public management reforms* (p. 49-62). Routledge.
- Pierru, F. (1999). L'«hôpital-entreprise» Une self-fulfilling prophecy avortée. *Politix*, 12(46), 7-47. <https://doi.org/10.3406/polix.1999.1054>
- Pires, A. (1997). “Échantillonnage et recherche qualitative : Essai théorique et méthodologique”. In *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. G. Morin.
- Piwowar, H., Priem, J., Larivière, V., Alperin, J. P., Matthias, L., Norlander, B., Farley, A., West, J., & Haustein, S. (2018). The state of OA: a large-scale analysis of the prevalence and impact of Open Access articles. *PeerJ*, 6, e4375-e4375. PubMed.
<https://doi.org/10.7717/peerj.4375>
- Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J.-L. (2004). Making public health programs last : Conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 121-133.
<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.01.001>
- Ponsar, F., Van Herp, M., Zachariah, R., Gerard, S., Philips, M., & Jouquet, G. (2011). Abolishing user fees for children and pregnant women trebled uptake of malaria-related

- interventions in Kangaba, Mali. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl. 2), ii72-ii83.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czr068>
- Priedeman Skiles, M., Curtis, S. L., Basinga, P., & Angeles, G. (2013). An equity analysis of performance-based financing in Rwanda : Are services reaching the poorest women? *Health Policy and Planning*, 28(8), 825-837. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs122>
- PRODESS III. (2014). *PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT SOCIO-SANITAIRE 2014-2018 (PRODESS III)*. <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2018/04/Programme-de-De%CC%81veloppement-Socio-Sanitaire-2014-2018.-Mali.pdf>
- Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53. <https://doi.org/10.7202/1059647ar>
- Pupion, P.-C., & Chappoz, Y. (2015). L’outil de gestion au service du NPM. *Gestion et management public*, 4 / n° 1(3), 1. <https://doi.org/10.3917/gmp.041.0001>
- Rajkotia, Y., Zang, O., Nguimkeu, P., Gergen, J., Djurovic, I., Vaz, P., Mbofana, F., & Jobarteh, K. (2017). The effect of a performance-based financing program on HIV and maternal/child health services in Mozambique—An impact evaluation. *Health Policy and Planning*, 32(10), 1386-1396. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx106>
- Ramognino, N. (2007). Normes sociales, normativités individuelle et collective, normativité de l’action. *Langage et société*, 119(1), 13. <https://doi.org/10.3917/l.s.119.0013>
- Ravit, M., Audibert, M., Ridde, V., de Loenzien, M., Schantz, C., & Dumont, A. (2018). Removing user fees to improve access to caesarean delivery : A quasi-experimental evaluation in western Africa. *BMJ Global Health*, 3(1), e000558. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000558>
- RBF Health. (2021a, octobre 5). *Mission*. <https://www.rbfhealth.org/mission>
- RBF Health. (2021b, octobre 5). *Projects*. <https://www.rbfhealth.org/projects>

- Renmans, D., Holvoet, N., Orach, C. G., & Criel, B. (2016). Opening the ‘black box’ of performance-based financing in low- and lower middle-income countries : A review of the literature. *Health Policy and Planning*, 31(9), 1297-1309. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw045>
- Resweber, J.-P. (2011). Les enjeux de l’interdisciplinarité. *Questions de communication*, 19, 171-200. <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.2661>
- Ridde, V. (2008). “The problem of the worst-off is dealt with after all other issues” : The equity and health policy implementation gap in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1368-1378. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.026>
- Ridde, V. (2015). From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa : A story of pilot projects and public policies. *BMC Health Services Research*, 15(S3), S6. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S6>
- Ridde, V. (Éd.). (2016). *Pratiques et méthodes d’évaluation en Afrique*. L’Harmattan.
- Ridde, V. (2021a). Les défis de la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne : Permanence et échecs des instruments du New Public Management. In *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?* Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.5166924>
- Ridde, V. (2021b). *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?* Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.5166924>
- Ridde, V., Asomaning Antwi, A., Boidin, B., Chemouni, B., Hane, F., & Touré, L. (2018). Time to abandon amateurism and volunteerism : Addressing tensions between the Alma-Ata principle of community participation and the effectiveness of community-based health insurance in Africa. *BMJ Global Health*, 3(Suppl 3), e001056. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001056>

- Ridde, V., Béland, D., & Lacouture, A. (2016). *Comprendre les politiques publiques pour mieux les influencer*. 9, 30.
- Ridde, V., Gautier, L., Turcotte-Tremblay, A.-M., Sieleunou, I., & Paul, E. (2018). Performance-based Financing in Africa: Time to Test Measures for Equity. *International Journal of Health Services*, 48(3), 549-561. <https://doi.org/10.1177/0020731418779508>
- Ridde, V., & Girard, J.-E. (2004). Douze ans après l'initiative de Bamako: Constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique*, 16(1), 37. <https://doi.org/10.3917/spub.041.0037>
- Ridde, V., Kouanda, S., Yameogo, M., Kadio, K., & Bado, A. (2013). Why do women pay more than they should? A mixed methods study of the implementation gap in a policy to subsidize the costs of deliveries in Burkina Faso. *Evaluation and Program Planning*, 36(1), 145-152. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2012.09.005>
- Ridde, V., & Morestin, F. (2011). A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health Policy and Planning*, 26(1), 1-11. <https://doi.org/10.1093/heapol/czq021>
- Ridde, V., & Olivier de Sardan, J.-P. (2012). Étudier les politiques publiques et les politiques de santé en Afrique de l'Ouest. *Afrique contemporaine*, 243(3), 98. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0098>
- Ridde, V., Richard, F., Bicaba, A., Queuille, L., & Conombo, G. (2011). The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl. 2), ii30-ii40. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr060>
- Ridde, V., Robert, E., & Meessen, B. (2012). A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public Health*, 12(1), 289. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-289>

- Ridde, V., Turcotte-Tremblay, A.-M., Souares, A., Lohmann, J., Zombré, D., Kouliadiati, J. L., Yaogo, M., Hien, H., Hunt, M., Zongo, S., & De Allegri, M. (2014). Protocol for the process evaluation of interventions combining performance-based financing with health equity in Burkina Faso. *Implementation Science*, 9(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0149-1>
- Ridde, V., Yaogo, M., Zongo, S., Somé, P.-A., & Turcotte-Tremblay, A.-M. (2017). Twelve months of implementation of health care performance-based financing in Burkina Faso : A qualitative multiple case study. *The International Journal of Health Planning and Management*. <https://doi.org/10.1002/hpm.2439>
- Rifkin, S. B. (2009). Lessons from community participation in health programmes : A review of the post Alma-Ata experience. *International Health*, 1(1), 31-36. <https://doi.org/10.1016/j.inhe.2009.02.001>
- Robert, É., & Dagenais, C. (2014). *Le transfert des connaissances dans le domaine social*. Presses de l'Université de Montréal.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations* (4th ed). Free Press.
- Rotarou, E. S., & Sakellariou, D. (2017). Neoliberal reforms in health systems and the construction of long-lasting inequalities in health care : A case study from Chile. *Health Policy*, 121(5), 495-503. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.03.005>
- Rottenburg, R. (2009). *Far-fetched facts : A parable of development aid*. The MIT Press.
- Routelous, C. (2013). L'hôpital à l'épreuve de la performance économique : Doctrines, instruments et hybridations des valeurs. *Quaderni*, 82, 5-16. <https://doi.org/10.4000/quaderni.735>
- Rowden, R. (2008). Blocking Progress : The IMF and HIV/AIDS. *Global Social Policy*, 8(1), 19-24. <https://doi.org/10.1177/14680181080080010106>

- Rowden, R. (2009). *The deadly ideas of neoliberalism : How the IMF has undermined public health and the fight against AIDS*. Zed Books.
- Rudasingwa, M., Soeters, R., & Basenya, O. (2017). The effect of performance-based financing on maternal healthcare use in Burundi : A two-wave pooled cross-sectional analysis. *Global Health Action*, 10(1), 1327241. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1327241>
- Rudasingwa, M., Yeboah, E., Bonnet, E., Ridde, V., Somé, P.-A., & De Allegri, M. (2021). L'évolution des inégalités de dépenses de santé au Burkina Faso. In *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?* Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.5166924>
- Rusa, L., Ngirabega, J. de D., Janssen, W., Van Bastelaere, S., Porignon, D., & Vandembulcke, W. (2009). Performance-based financing for better quality of services in Rwandan health centres : 3-year experience. *Tropical Medicine & International Health*, 14(7), 830-837. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2009.02292.x>
- Rushton, S., & Williams, O. D. (2012). Frames, Paradigms and Power : Global Health Policy-Making under Neoliberalism. *Global Society*, 26(2), 147-167. <https://doi.org/10.1080/13600826.2012.656266>
- Sambieni, N. E., & Ridde, V. (2021). L'émergence comparée du financement basé sur les résultats dans la santé au Bénin et au Burkina Faso. In Sous La Direction De Valéry Ridde, *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?* Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.5166924>
- Sarantakos, S. (1998). Observation. In S. Sarantakos (Éd.), *Social Research* (p. 207-222). Macmillan Education UK. https://doi.org/10.1007/978-1-349-14884-4_9
- Sarrasin, B. (1997). Les Coûts sociaux de l'ajustement structurel en Afrique subsaharienne : Evolution des critiques externes et des réponses de la Banque Mondiale. *Canadian Journal of African Studies*, 31(3), 517. <https://doi.org/10.2307/486197>

- Sautter, K. M., Bokhour, B. G., White, B., Young, G. J., Burgess Jr, J. F., Berlowitz, D., & Wheeler, J. R. C. (2007). The early experience of a hospital-based pay-for-performance program. *Journal of healthcare management*, 52(2), 95-107. <https://doi.org/10.1097/00115514-200703000-00006>
- Scheirer, M. A. (2005). Is Sustainability Possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability. *American Journal of Evaluation*, 26(3), 320-347. <https://doi.org/10.1177/1098214005278752>
- Scheirer, M. A., & Dearing, J. W. (2011). An Agenda for Research on the Sustainability of Public Health Programs. *American Journal of Public Health*, 101(11), 2059-2067. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300193>
- Scheirer, M. A., Hartling, G., & Hagerman, D. (2008). Defining sustainability outcomes of health programs: Illustrations from an on-line survey. *Evaluation and Program Planning*, 31(4), 335-346. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2008.08.004>
- Schell, S. F., Luke, D. A., Schooley, M. W., Elliott, M. B., Herbers, S. H., Mueller, N. B., & Bunger, A. C. (2013). Public health program capacity for sustainability: A new framework. *Implementation Science*, 8(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-15>
- Schram, A., & Goldman, S. (2020). Paradigm Shift : New Ideas for a Structural Approach to NCD Prevention Comment on « How Neoliberalism Is Shaping the Supply of Unhealthy Commodities and What This Means for NCD Prevention ». *International Journal of Health Policy and Management*, 9(3), 124-127. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.105>
- Schrecker, T. (2016). Neoliberalism and Health : The Linkages and the Dangers: Neoliberalism and Health. *Sociology Compass*, 10(10), 952-971. <https://doi.org/10.1111/soc4.12408>

- Seppey, M. (2016). *La pérennisation de programmes de financement basé sur les résultats : Étude de cas au Mali* [Mémoire, Université de Montréal].
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/18913>
- Seppey, M., Ridde, V., & Somé, P.-A. (2020). Scaling-Up Performance-Based Financing in Burkina Faso : From PBF to User Fees Exemption Strategic Purchasing. *International Journal of Health Policy and Management*, 1. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.209>
- Seppey, M., Ridde, V., Touré, L., & Coulibaly, A. (2017). Donor-funded project's sustainability assessment : A qualitative case study of a results-based financing pilot in Koulikoro region, Mali. *Globalization and Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0307-8>
- Seppey, M., Somé, P.-A., & Ridde, V. (2021). Sustainability determinants of the Burkinabe performance-based financing project. *Journal of Health Organization and Management*, 35(3), 306-326. <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2020-0137>
- Sery, J.-P., & Letourmy, A. (2006). Couverture du risque maladie en Afrique francophone : État des lieux, défis et perspectives. In G. Dussault, P. Fournier, A. Letourmy, & World Bank (Éds.), *L'assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté / Gilles Dussault, Pierre Fournier, Alain Letourmy, éditeurs* (p. 197-225). Washington, DC : World Bank.
- Shediac-Rizkallah, M. C., & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs : Conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 13(1), 87-108.
<https://doi.org/10.1093/her/13.1.87>
- Sieleunou, I., De Allegri, M., Enok Bonong, P. R., Ouédraogo, S., & Ridde, V. (2021). Le financement basé sur la performance et les ruptures de stocks de médicaments essentiels

- au Cameroun. In *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?* Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.5166924>
- Sieleunou, I., Turcotte-Tremblay, A.-M., Fotso, J.-C. T., Tamga, D. M., Yumo, H. A., Kouokam, E., & Ridde, V. (2017). Setting performance-based financing in the health sector agenda : A case study in Cameroon. *Globalization and Health*, *13*(1), 52-52. PubMed. <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0278-9>
- Silumbwe, A., Zulu, J. M., Halwindi, H., Jacobs, C., Zgambo, J., Dambe, R., Chola, M., Chongwe, G., & Michelo, C. (2017). A systematic review of factors that shape implementation of mass drug administration for lymphatic filariasis in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*, *17*(1), 484. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4414-5>
- Simonet, D. (2014). Assessment of new public management in health care : The French case. *Health Research Policy and Systems*, *12*(1), 57. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-57>
- SINAHealth's. (2021). *PBF par pays*. http://www.sina-health.com/?page_id=305&lang=fr
- Singh, N. S., Kovacs, R. J., Cassidy, R., Kristensen, S. R., Borghi, J., & Brown, G. W. (2021). A realist review to assess for whom, under what conditions and how pay for performance programmes work in low- and middle-income countries. *Social Science & Medicine*, *270*, 113624. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113624>
- Skosireva, A. K., & Holaday, B. (2010). Revisiting Structural Adjustment Programs in Sub-Saharan Africa : A Long-Lasting Impact on Child Health. *World Medical & Health Policy*, *2*(3), 71-87. <https://doi.org/10.2202/1948-4682.1001>
- Smith, J. (2019). Towards Critical Analysis of the Political Determinants of Health Comment on « How Neoliberalism Is Shaping the Supply of Unhealthy Commodities and What This Means for NCD Prevention ». *International Journal of Health Policy and Management*, *9*(3), 121-123. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.102>

- Souffez, K. (2014). État des connaissances sur le transfert des connaissances dans le domaine de la santé. In É. Robert & C. Dagenais, *Le transfert des connaissances dans le domaine social*. Presses de l'Université de Montréal.
- Souratié, W. dite M., Sossa, O. G., & Paul, É. (2021). Étude exploratoire de la pratique évaluative dans le domaine de la santé au Burkina Faso. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 36(1). <https://doi.org/10.3138/cjpe.70235>
- Sridhar, D., Winters, J., & Strong, E. (2017). World Bank's financing, priorities, and lending structures for global health. *BMJ*, j3339. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3339>
- Ssengooba, F., McPake, B., & Palmer, N. (2012). Why performance-based contracting failed in Uganda ? An "open-box" evaluation of a complex health system intervention. *Social Science & Medicine*, 75(2), 377-383. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.050>
- Swain, J. M., & Spire, Z. D. (2020). The Role of Informal Conversations in Generating Data, and the Ethical and Methodological Issues. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Vol 21, No 1 (2020): Qualitative Content Analysis II. <https://doi.org/10.17169/FQS-21.1.3344>
- Tarimo, E. (1991). *Pour une meilleure santé au niveau du district : Comment organiser et gérer des systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires*. Organisation Mondiale de la Santé.
- Theobald, S., Brandes, N., Gyapong, M., El-Saharty, S., Proctor, E., Diaz, T., Wanji, S., Elloker, S., Raven, J., Elsey, H., Bharal, S., Pelletier, D., & Peters, D. H. (2018). Implementation research : New imperatives and opportunities in global health. *The Lancet*, 392(10160), 2214-2228. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32205-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32205-0)
- Thomson, M., Kentikelenis, A., & Stubbs, T. (2017). Structural adjustment programmes adversely affect vulnerable populations : A systematic-narrative review of their effect

- on child and maternal health. *Public Health Reviews*, 38(1), 13.
<https://doi.org/10.1186/s40985-017-0059-2>
- Tichenor, M., Winters, J., Storeng, K. T., Bump, J., Gaudillière, J.-P., Gorsky, M., Hellowell, M., Kadama, P., Kenny, K., Shawar, Y. R., Songane, F., Walker, A., Whitacre, R., Asthana, S., Fernandes, G., Stein, F., & Sridhar, D. (2021). Interrogating the World Bank's role in global health knowledge production, governance, and finance. *Globalization and Health*, 17(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00761-w>
- Toonen, J. (Éd.). (2012). *Results-based financing in healthcare : Developing an RBF approach for healthcare in different contexts: the cases of Mali and Ghana*. KIT Publishers.
- Toonen, J., Dao, D., Koné, B., & Mathijssen, J. (2014). *Évaluation finale : Accélérer l'atteinte de l'OMD 5 dans la région de Koulikoro—Projet pilote financement basé sur les résultats dans les cercles de Dioïla et Banamba*. Institut Royal Tropical.
- Touré, L. (2012). La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins ? : Perceptions sur les politiques d'exemption de paiement des soins au Mali. *Afrique contemporaine*, 243(3), 49. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0049>
- Touré, L. (2015). User fee exemption policies in Mali : Sustainability jeopardized by the malfunctioning of the health system. *BMC Health Services Research*, 15(S3), S8. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S8>
- Touré, L., & Ridde, V. (2020). The emergence of the national medical assistance scheme for the poorest in Mali. *Global Public Health*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1855459>
- Turcotte-Tremblay, A.-M., De Allegri, M., Gali-Gali, I. A., & Ridde, V. (2018). The unintended consequences of combining equity measures with performance-based financing in Burkina Faso. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0780-6>

- Turcotte-Tremblay, A.-M., Gali Gali, I. A., & Ridde, V. (2020). An Exploration of the Unintended Consequences of Performance-Based Financing in 6 Primary Healthcare Facilities in Burkina Faso. *International Journal of Health Policy and Management*, 1. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.83>
- Turcotte-Tremblay, A.-M., Gali-Gali, I. A., De Allegri, M., & Ridde, V. (2017). The unintended consequences of community verifications for performance-based financing in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 191, 226-236. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.007>
- Turcotte-Tremblay, A.-M., Gautier, L., Bodson, O., Sambieni, N. E., & Ridde, V. (2018). Le rôle des acteurs de la santé mondiale dans l'expansion du financement basé sur la performance dans les pays à faible et à moyen revenu. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 36(5), 261. <https://doi.org/10.3917/jgem.185.0261>
- Vaero, D. (1995). Health inequalities as policy issues—Reflections on ethics, policy and public health. *Sociology of Health and Illness*, 17(1), 1-19. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10934470>
- Waters, E., Gibbs, L., Riggs, E., Priest, N., Renzaho, A., & Kulkens, M. (2008). Cultural Competence in Public Health. In *International Encyclopedia of Public Health* (p. 38-44). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00663-8>
- Watson, V. (2015). Planning and Development. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (p. 180-186). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.74023-2>
- White, H. (2009). Theory-based impact evaluation: Principles and practice. *Journal of Development Effectiveness*, 1(3), 271-284. <https://doi.org/10.1080/19439340903114628>

- Wiltsey Stirman, S., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F., & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations : A review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, 7(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-17>
- Witter, S., Fretheim, A., Kessy, F. L., & Lindahl, A. K. (2012). Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. In The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007899.pub2>
- Wolfenden, L., Chai, L. K., Jones, J., McFadyen, T., Hodder, R., Kingsland, M., Milat, A. J., Nathan, N., Wiggers, J., & Yoong, S. L. (2019). What happens once a program has been implemented? A call for research investigating strategies to enhance public health program sustainability. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 43(1), 3-4. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12867>
- World Bank. (2017). *Mali—Strengthening Reproductive Health Project* (N° ICR4095; p. 81). World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/542131502720462868/Mali-Strengthening-Reproductive-Health-Project>
- World Health Organization. (1987). Declaration on strengthening district health systems based on primary health care, Harare, Zimbabwe, 7 August 1987. *Division of Strengthening of Health Services, WHO/SHS/DHS. WHO IRIS.* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61958>
- World Health Organization. (1988). The challenge of implementation : District health systems for primary health care. *Division of Strengthening of Health Systems, WHO/SHS/DHS/88.1, Rev 1. Unpublished, 72. WHO IRIS.* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62369>

- World Health Organization (Éd.). (2014). *Implementation research toolkit : Workbook*. World Health Organization.
- Wouters, E., van Rensburg, H., & Meulemans, H. (2010). The National Strategic Plan of South Africa : What are the prospects of success after the repeated failure of previous AIDS policy? *Health Policy and Planning*, 25(3), 171-185. <https://doi.org/10.1093/heapol/czp057>
- Yin, R. K. (2009). *Case study research : Design and methods* (4th ed). Sage Publications.
- Zitti, T., Fillol, A., Lohmann, J., Coulibaly, A., & Ridde, V. (2021). Does the gap between health workers' expectations and the realities of implementing a performance-based financing project in Mali create frustration? *Global Health Research and Policy*, 6(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s41256-021-00189-0>
- Zitti, T., Gautier, L., Coulibaly, A., & Ridde, V. (2019). Stakeholder Perceptions and Context of the Implementation of Performance-Based Financing in District Hospitals in Mali. *International Journal of Health Policy and Management*, 10.
- Zombré, D., De Allegri, M., & Ridde, V. (2017). *L'introduction puis le retrait du FBR n'ont pas eu d'effet sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile dans la région de Koulikoro au Mali*. <http://www.equitesante.org/effets-du-fbr-sur-lutilisation-des-services-de-sante-maternelle-et-infantile-au-mali/>
- Zombré, D., De Allegri, M., & Ridde, V. (2020). No effects of pilot performance-based intervention implementation and withdrawal on the coverage of maternal and child health services in the Koulikoro region, Mali : An interrupted time series analysis. *Health Policy and Planning*, 35(4), 379-387. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa001>

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien pour l'article 1

Annexe 1.1 Guide d'entretien destiné aux agents de santé des hôpitaux de district lors de la mise en du financement basé sur les résultats au Mali

Thème de l'entretien : Analyse du processus de mise en œuvre du financement basé sur les résultats au Mali

Dans le cadre de ses recherches sur la mise en œuvre du FBR dans les 10 districts sanitaires de la Région de Koulikoro, l'Association MISELI a entrepris de mener des enquêtes dans certains centres de santé dont le vôtre. Ces enquêtes visent à comprendre la façon dont les acteurs que vous êtes mettez en œuvre cette nouvelle initiative, comment ils réagissent, ce qu'ils pensent de l'intervention etc. Les résultats de ces enquêtes permettront d'avoir des données qui peuvent aider à la prise de décision. La participation à cette enquête est purement volontaire. On ne vous demandera ni votre nom ni votre prénom. Toutes les informations que vous allez donner au cours de cet entretien seront soumises aux règles de la confidentialité.

Profil de l'enquêté

- Quelle est votre qualification ?
- Quelle est votre fonction dans cette structure ?
- Depuis combien d'années travaillez-vous à ce poste ?
- Quel est votre âge ?

Opinion générale et expérience du FBR

- Pensez-vous que des changements sont nécessaires pour améliorer la performance du système de santé ? Quels problèmes faut-il régler en priorité selon vous ? Pourquoi ?
- Dans votre parcours professionnel, avez-vous eu l'occasion d'expérimenter un mode de paiement par prime ? Si oui expliquer. Qu'avez-vous pensé de ces expériences ?
 - En particulier, avez-vous participé à l'expérience pré-pilote FBR mis en œuvre par la SNV ?
 - Si oui, qu'en avez-vous pensé en termes de mise en œuvre, d'efficacité et d'impact ?

- Est-ce que vous connaissez la nouvelle expérimentation du FBR que le gouvernement met en œuvre dans la région de Koulikoro ?
 - Si oui, de quoi s’agit-il ? Pouvez-vous me dire comment cela fonctionne ?
 - Quels changements peut-on en attendre à votre avis
- Selon vous, d’où vient cette initiative FBR ?
- Comment avez-vous personnellement réagi à l’annonce de l’arrivée de cette nouvelle expérimentation dans votre centre de santé ?

Informations/ formation

- Personnellement, comment avez-vous été informé sur le FBR ?
 - Qui vous a informé ?
 - Comment vous a-t-on informé ? formation/réunion/discussion informelle avec un supérieur ? (Attention, il peut y avoir les trois à la fois !)
- Qu’est-ce qui vous a été donné comme informations ?
 - Quels sont les arguments qui ont été avancés pour vous montrer l’intérêt de mettre en œuvre une telle politique ?
 - Vous a-t-on parlé aussi des faiblesses ? Si oui, lesquelles ?
- Est-ce qu’on vous a remis des supports d’information ?
 - Quels sont-ils ?
 - Quelles informations contiennent-ils ?
- Est-ce qu’il y a des affiches explicatives du FBR dans le centre ? De quoi parlent-elles ?
- En dehors des professionnels de santé, comment les membres du COGES ou du conseil de cercle ont été informés sur le FBR ?
 - Qui les a informés ?
 - Quel était le contenu de l’information ?
 - Est-ce qu’on leur a donné des documents explicatifs ? Quel genre de document ?
- Comment la population du district sanitaire a été informée sur le FBR ?
 - Par qui ? combien de fois ?
 - Est-ce que les radios communautaires ou les crieurs publics ont été mobilisées ?

- Quelles informations ont été véhiculées ?
- Personnellement, est-ce que vous avez aujourd’hui l’impression de bien maîtriser cette nouvelle politique mise en œuvre dans votre CSRéf ?
 - Pourquoi ?
- Il y a un conseiller FBR basé au CSRéf.
 - Quels est son rôle et sa fonction ?
 - Pensez-vous qu’il remplit bien son rôle ? Est-il d’une utilité pour une meilleure compréhension ou mise en œuvre du FBR ? Pourquoi
 - Est-il toujours disponible (accessibilité, présence effective, rigueur dans le travail) quand vous avez besoin de lui ?
- Connaissez-vous les critères d’évaluation définis par l’agence FBR pour évaluer la performance du personnel ? Si oui, Citez-les.
- Savez-vous comment ces critères sont pris en compte dans le paiement des primes ? Si oui, expliquez-nous un peu comment cela se passe
- Vous a-t-on informé sur le mode de répartition des primes entre le personnel et les investissements ?
 - Si oui quel est-il ?
- Si vous avez un doute ou une question concernant les modalités de mise en œuvre de cette nouvelle politique dans votre centre, comment vous informez-vous ?
- Très concrètement, quelle a été la dernière question que vous vous êtes posée sur le FBR dans votre CSRéf et quelle solution avez-vous adoptée pour y répondre ?

Mise en œuvre

- Est-ce que le premier contrat trimestriel a été signé entre votre CSRéf et l’agence FBR ?
 - Si non, pourquoi ?

(Si oui, récupérer une copie du contrat).
- Si oui, comment s’est passée concrètement la définition des objectifs à mettre dans le contrat : travail d’équipe ou travail du MCD ?
 - Est-ce que le COGES et/ou le Conseil de cercle ont participé à cette élaboration ?
 - Personnellement y avez-vous participé ?

- Est-ce que les contributions de chacun ont été prises en compte, quel que soit le statut de la personne (chef de centre ou subalterne) ?
- Quels sont les indicateurs du FBR que vous considérez comme prioritaires dans votre CSRéf ? Quels sont vos arguments pour prioriser de cette façon ?
- Dans votre contexte et selon votre expérience, pensez-vous que les indicateurs retenus par le FBR sont pertinents ? Expliquer. Quels sont les indicateurs qui auraient dû être nécessairement retenus et qui ne l'ont pas été ?
- Personnellement, quel est votre engagement individuel dans l'atteinte de ces objectifs ?
 - Est-ce qu'un contrat a été signé entre vous et le CSRéf concernant cet engagement ?
 - En fonction de ces objectifs, avez-vous pu évaluer le montant de la prime à laquelle vous allez pouvoir prétendre si les résultats sont atteints ?
 - Ce montant vous paraît-il motivant ? expliquer.
- Comment c'est fait le démarrage du projet FBR dans votre CSRéf ?
 - A quel moment exactement avez-vous commencé les activités en rapport avec le FBR ?
 - Qu'est ce qui montre exactement que vous avez démarré le FBR dans votre centre ?
- Le CSRéf a-t-il reçu des outils concernant la mise en œuvre du FBR (outil de rapportage par exemple, outils de supervision/vérification, autres) ?
 - Si oui, lesquels ?
 - Qu'en pensez-vous ?
 - Qui remplit le support FBR dans votre CSRéf ?
 - Si le centre n'a pas reçu de supports FBR, comment procédez- vous pour la gestion des données du FBR ?
- Depuis que le FBR a commencé, avez-vous proposé d'autres prestations que celles offertes jusque-là par votre centre ?
 - si oui, lesquelles ?
 - Pourquoi ?
- Du fait du FBR, est-ce que certaines mesures ont été prises pour améliorer la disponibilité du personnel ?

- Si oui, lesquelles ?

(*Si pas de réponse spontanée, demander si un cahier de présence ou journal des absences a été mis en place ?*)

- Si cette mesure existe, comment se fait le remplissage du cahier de présence ou journal des absences très concrètement (par qui, quand ?)
- Pourquoi avez-vous pris de telles mesures ?
- Du fait du FBR, est-ce que certains changements ont été opérés dans l'organisation du système de garde ?
 - Si oui lesquels ?
 - Aujourd'hui, comment sont organisées les gardes concrètement dans votre centre ? qui garde et selon quelle périodicité ?
 - En quoi cela est-il différent du système précédent ?
 - Pourquoi avez-vous pris de telles mesures ?
- Du fait du FBR, avez-vous pris des mesures concrètes dans le centre pour améliorer l'accueil des usagers ?
 - Si oui, lesquelles ?
 - Comment ont été prises ces décisions (en équipe ou individuellement) ?
 - Pourquoi avez-vous pris ces mesures ?
- Du fait du FBR, avez-vous adopté des stratégies pour améliorer la fréquentation du centre de santé ?
 - Pouvez - vous nous les décrire un peu ?
 - Comment ont été prises ces décisions (en équipe ou individuellement) ?
 - Quels membres du personnel sont impliqués concrètement dans ces mesures ?
 - Si le COGES est impliqué, quels moyens ont été mis à sa disposition pour agir efficacement ?
- Concernant la salubrité du centre, est-ce que certaines mesures concrètes ont été prises depuis le démarrage du FBR ?
 - Si oui, lesquelles ? (Changement de titulaire de cette activité, rythme, contrôle, moyens matériels mis à disposition pour l'entretien, etc...)

- Pourquoi avez-vous pris des mesures dans ce domaine ?
- Concernant la disponibilité des médicaments, est-ce que certaines mesures ont été prises dans votre centre pour améliorer cette disponibilité depuis le démarrage du FBR ?
 - Si oui lesquelles ? Portent-elles sur tous les médicaments ?
 - Comment ces mesures ont-elles été décidées ?
 - Pourquoi avoir pris de telles mesures ?
- Depuis le démarrage du FBR, avez-vous modifié le tarif des prestations offertes par le centre ?
 - si oui, quels changements avez-vous opérés ?
- Est-ce que la gestion des personnes les plus pauvres a changé depuis l'avènement du FBR ?
 - Si oui, quelles sont les mesures qui ont été adoptées pour favoriser la fréquentation des plus pauvres ? qui paie ?
 - Pourquoi avoir adopté de telles mesures ?
- Est-ce que l'avènement du FBR a entraîné des mesures concernant l'implication du COGES dans la gestion du CSRéf ?
 - Si oui, lesquelles ?
 - Est-ce que les rapports de collaboration entre le COGES et le MCD ont changé depuis l'avènement du FBR ? comment ?
 - Pourquoi ?
 - Est-ce que le FBR a donné plus de pouvoir au COGES qu'avant ? Pourquoi ?
- Est-ce que tous les membres du personnel sont concernés par les primes du FBR ?
 - Si non, qui n'est pas concerné ?
 - Est-ce que vous avez pris certaines mesures en interne pour répartir autrement la prime que ce qui était défini au départ ?
 - Si oui, lesquelles ?
 - Pourquoi avez-vous pris ces dispositions ?
 - Est-ce que les bénévoles bénéficient du FBR ? Si oui comment ? Si non, comment sont-ils motivés ?
 - Est-ce que le COGES bénéficie de primes ?

- Avez-vous déjà produit vos 1ères factures d'achat des résultats ?
- Avez-vous déjà procédé au paiement des primes ? Si oui, comment cela s'est déroulé ?
- Dans le fond du FBR, il y a 40% de la prime accordée qui est destinée à l'investissement dans le centre.
 - Quel montant pensez-vous avoir dans ce centre pour le premier mois ?
 - Qu'est ce qui a été décidé de prioriser comme investissements dans votre CSRéf ? pourquoi avez-vous fait ce choix ?
 - Qui a décidé de la façon d'utiliser cette prime d'investissement ? Comment a été prise cette décision ?
- Concernant les premières évaluations, comment cela s'est-il passé ? (*Évaluation du personnel par le MCD, évaluation du MCD par la DRS*)
 - Est-ce que vos tâches sont mieux contrôlées depuis le démarrage du FBR ?
 - Par quels mécanismes sont-elles contrôlées ? Que pensez-vous de ce mode de contrôle ? (ex. vérifications, supervisons).
 - Est-ce que le COGES ou le Conseil de cercle ont participé à votre évaluation par le MCD ? Comment a été organisée leur implication pour valider le document à transmettre ?
 - Est-ce que cette évaluation par le MCD a été appréciée par le personnel ? Par vous-même concernant votre performance ?

En conclusion :

- Pensez-vous que votre centre de santé était prêt pour mettre en œuvre le FBR ? Expliquez pourquoi ?
 - S'il n'était pas prêt, expliquer pourquoi ?
- Est-ce que le système FBR est compliqué à mettre en œuvre, selon vous ?
 - Qu'est ce qui est compliqué ?
 - Comment faudrait-il alléger ?
 - Est-ce que tout le monde est capable de maîtriser les différentes activités ?
- Est-ce que le système FBR est bien intégré au fonctionnement du centre ou au contraire il favorise la mise en place d'un dispositif parallèle ? Expliquer.

- Est-ce que le FBR, tel qu'il est conçu et proposé à votre CSRéf, est compatible avec la manière dont on travaille dans les formations sanitaires ? Pourquoi ?
- Avez-vous déjà repéré des effets inattendus du FBR concernant :
 - le fonctionnement du centre ?
 - les prestations offertes ?
 - les résultats ?
- Avez-vous des inquiétudes par rapport aux activités qui n'ont pas été prises en compte par le FBR ?
 - si oui, expliquer.
- Est-ce que le calendrier de mise en œuvre du FBR a été respecté jusque-là?
 - Si non, savez-vous pourquoi ?
 - Quelles sont les conséquences concrètes d'une telle situation ?
- Si vous devriez citer trois principaux obstacles au FBR dans le fonctionnement ordinaire de votre CSRéf, vous citeriez quoi ?
- Si vous devriez citer trois principaux facteurs de réussites du FBR dans le fonctionnement ordinaire de votre CSRéf, vous citeriez quoi ?
- Au regard de tout ce qu'on vient de discuter, êtes-vous plutôt favorable ou défavorable à la mise en œuvre de ce FBR ? Argumentez votre position
- Selon vous, est-ce qu'il y a des catégories de personnel qui sont plus favorables au FBR que d'autres ?
 - Si oui, qui sont-ils (responsables versus subalternes, femmes versus hommes, jeunes professionnels versus anciens expérimentés) ?
- Est-ce que le FBR a induit plus de charge de travail pour vous ? Expliquer.
- Est-ce que la prime envisagée ou perçue est proportionnelle à votre charge de travail actuelle ? Expliquer.
- Est-ce que depuis qu'on a mis en place le FBR les professionnels de santé ont jugé nécessaire d'échanger autour de l'initiative ?
 - Comment ils le font ?

- Qui y participent ?
- Est-ce que vous prenez part à ces genres de rencontres ? En êtes-vous satisfait ?
Pourquoi ?

Annexe 1.2 : Guide d'entretien destiné aux médecins de district des hôpitaux de district lors de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats au Mali

Thème de l'entretien : Analyse du processus de mise en œuvre du financement basé sur les résultats au Mali

Dans le cadre de ses recherches sur la mise en œuvre du FBR dans les 10 districts sanitaires de la Région de Koulikoro, l'Association MISELI a entrepris de mener des enquêtes dans certains centres de santé dont le vôtre. Ces enquêtes visent à comprendre la façon dont les acteurs que vous êtes mettez en œuvre cette nouvelle initiative, comment ils réagissent, ce qu'ils pensent de l'intervention etc. Les résultats de ces enquêtes permettront d'avoir des données qui peuvent aider à la prise de décision. La participation à cette enquête est purement volontaire. On ne vous demandera ni votre nom ni votre prénom. Toutes les informations que vous allez donner au cours de cet entretien seront soumises aux règles de la confidentialité.

Profil de l'enquêté

- Quelle est votre qualification ?
- Quelle est votre fonction dans cette structure ?
- Depuis combien d'années travaillez-vous à ce poste ?
- Quel est votre âge ?

Caractéristique de l'hôpital de district

- Quelles sont les ressources humaines actuelles du CSRéf ? Nombre, profil professionnel et statut (fonctionnaire état ou collectivité territoriales, contractuel Conseil régional)
- Y a-t-il des stagiaires/bénévoles dans votre centre ? si oui quels profils et combien ?

Opinion générale et expérience du FBR

- Pensez-vous que des changements sont nécessaires pour améliorer la performance du système de santé ? Quels problèmes faut-il régler en priorité selon vous ? Pourquoi ?
- Dans votre parcours professionnel, avez-vous eu l'occasion d'expérimenter un mode de paiement par prime ? Si oui expliquer. Qu'avez-vous pensé de ces expériences ?
 - En particulier, avez-vous participé à l'expérience pré-pilote FBR mis en œuvre par la SNV ?

- Si oui, qu'en avez-vous pensé en termes de mise en œuvre, d'efficacité et d'impact ?
- Est-ce que vous connaissez la nouvelle expérimentation du FBR que le gouvernement met en œuvre dans la région de Koulikoro ?
 - Si oui, de quoi s'agit-il ? Pouvez-vous me dire comment cela fonctionne ?
 - Quels changements peut-on en attendre à votre avis
- Selon vous, d'où vient cette initiative FBR ?
- Comment avez-vous personnellement réagi à l'annonce de l'arrivée de cette nouvelle expérimentation dans votre centre de santé ?
- Y a-t-il un point focal FBR dans votre centre?

Informations/ formation

- Personnellement, comment avez-vous été informé sur le FBR ?
 - Qui vous a informé ?
 - Comment vous a-t-on informé ? formation/réunion/discussion informelle avec un supérieur ? (*Attention, il peut y avoir les trois à la fois !*)
- Qu'est-ce qui vous a été donné comme informations ?
 - Quels sont les arguments qui ont été avancés pour vous montrer l'intérêt de mettre en œuvre une telle politique ?
 - Vous a-t-on parlé aussi des faiblesses ? Si oui, lesquelles ?
- Est-ce qu'on vous a remis des supports d'information ?
 - Quels sont-ils ?
 - Quelles informations contiennent-ils ?
- Est-ce qu'il y a des affiches explicatives du FBR dans le centre ? De quoi parlent-elles ?
- En dehors des professionnels de santé, comment les membres du COGES ou du conseil de cercle ont été informés sur le FBR ?
 - Qui les a informés ?

- Quel était le contenu de l'information ?
- Est-ce qu'on leur a donné des documents explicatifs ? Quel genre de document ?
- Comment la population du district sanitaire a été informée sur le FBR ?
 - Par qui ? combien de fois ?
 - Est-ce que les radios communautaires ou les crieurs publics ont été mobilisées ?
 - Quelles informations ont été véhiculées ?
- Personnellement, est-ce que vous avez aujourd'hui l'impression de bien maîtriser cette nouvelle politique mise en œuvre dans votre CSRéf ?
 - Pourquoi ?
- Il y a un conseiller FBR basé au CSRéf.
 - Quels est son rôle et sa fonction ?
 - Pensez-vous qu'il remplit bien son rôle ? Est-il d'une utilité pour une meilleure compréhension ou mise en œuvre du FBR ? Pourquoi
 - Est-il toujours disponible (accessibilité, présence effective, rigueur dans le travail) quand vous avez besoin de lui ?
- Connaissez-vous les critères d'évaluation définis par l'agence FBR pour évaluer la performance du personnel ? Si oui, Citez-les.
- Savez-vous comment ces critères sont pris en compte dans le paiement des primes ? Si oui, expliquez-nous un peu comment cela se passe
- Vous a-t-on informé sur le mode de répartition des primes entre le personnel et les investissements ?
 - Si oui quel est-il ?
- Si vous avez un doute ou une question concernant les modalités de mise en œuvre de cette nouvelle politique dans votre centre, comment vous informez-vous ?
- Très concrètement, quelle a été la dernière question que vous vous êtes posée sur le FBR dans votre CSRéf et quelle solution avez-vous adoptée pour y répondre ?

Mise en œuvre

- Est-ce que le premier contrat trimestriel a été signé entre votre CSRéf et l'agence FBR ?
 - Si non, pourquoi ?

(Si oui, récupérer une copie du contrat).

- Si oui, comment s'est passée concrètement la définition des objectifs à mettre dans le contrat : travail d'équipe ou travail du MCD ?
 - Est-ce que le COGES et/ou le Conseil de cercle ont participé à cette élaboration ?
 - Personnellement y avez-vous participé ?
 - Est-ce que les contributions de chacun ont été prises en compte, quel que soit le statut de la personne (chef de centre ou subalterne) ?
 - Quels sont les indicateurs du FBR que vous considérez comme prioritaires dans votre CSRéf ? Quels sont vos arguments pour prioriser de cette façon ?
 - Dans votre contexte et selon votre expérience, pensez-vous que les indicateurs retenus par le FBR sont pertinents ? Expliquer. Quels sont les indicateurs qui auraient dû être nécessairement retenus et qui ne l'ont pas été ?
- Personnellement, quel est votre engagement individuel dans l'atteinte de ces objectifs ?
 - Est-ce qu'un contrat a été signé entre vous et le CSRéf concernant cet engagement ?
 - En fonction de ces objectifs, avez-vous pu évaluer le montant de la prime à laquelle vous allez pouvoir prétendre si les résultats sont atteints ?
 - Ce montant vous paraît-il motivant ? expliquer.
- Comment c'est fait le démarrage du projet FBR dans votre CSRéf ?
 - A quel moment exactement avez-vous commencé les activités en rapport avec le FBR ?
 - Qu'est ce qui montre exactement que vous avez démarré le FBR dans votre centre ?
- Le CSRéf a-t-il reçu des outils concernant la mise en œuvre du FBR (outil de rapportage par exemple, outils de supervision/vérification, autres) ?

- Si oui, lesquels ?
- Qu'en pensez-vous ?
- Qui remplit le support FBR dans votre CSRéf ?
- Si le centre n'a pas reçu de supports FBR, comment procédez-vous pour la gestion des données du FBR ?
- Depuis que le FBR a commencé, avez-vous proposé d'autres prestations que celles offertes jusque-là par votre centre ?
 - si oui, lesquelles ?
 - Pourquoi ?
- Du fait du FBR, est-ce que certaines mesures ont été prises pour améliorer la disponibilité du personnel ?
 - Si oui, lesquelles ?

(Si pas de réponse spontanée, demander si un cahier de présence ou journal des absences a été mis en place ?)

- Si cette mesure existe, comment se fait le remplissage du cahier de présence ou journal des absences très concrètement (par qui, quand ?)
- Pourquoi avez-vous pris de telles mesures ?
- Du fait du FBR, est-ce que certains changements ont été opérés dans l'organisation du système de garde ?
 - Si oui lesquels ?
 - Aujourd'hui, comment sont organisées les gardes concrètement dans votre centre ? qui garde et selon quelle périodicité ?
 - En quoi cela est-il différent du système précédent ?
 - Pourquoi avez-vous pris de telles mesures ?
- Du fait du FBR, avez-vous pris des mesures concrètes dans le centre pour améliorer l'accueil des usagers ?
 - Si oui, lesquelles ?

- Comment ont été prises ces décisions (en équipe ou individuellement) ?
- Pourquoi avez-vous pris ces mesures ?
- Du fait du FBR, avez-vous adopté des stratégies pour améliorer la fréquentation du centre de santé ?
 - Pouvez - vous nous les décrire un peu ?
 - Comment ont été prises ces décisions (en équipe ou individuellement) ?
 - Quels membres du personnel sont impliqués concrètement dans ces mesures ?
 - Si le COGES est impliqué, quels moyens ont été mis à sa disposition pour agir efficacement ?
- Concernant la salubrité du centre, est-ce que certaines mesures concrètes ont été prises depuis le démarrage du FBR ?
 - Si oui, lesquelles ? (Changement de titulaire de cette activité, rythme, contrôle, moyens matériels mis à disposition pour l'entretien, etc...)
 - Pourquoi avez-vous pris des mesures dans ce domaine ?
- Concernant la disponibilité des médicaments, est-ce que certaines mesures ont été prises dans votre centre pour améliorer cette disponibilité depuis le démarrage du FBR ?
 - Si oui lesquelles ? Portent-elles sur tous les médicaments ?
 - Comment ces mesures ont-elles été décidées ?
 - Pourquoi avoir pris de telles mesures ?
- Depuis le démarrage du FBR, avez-vous modifié le tarif des prestations offertes par le centre ?
 - si oui, quels changements avez-vous opérés ?
- Est-ce que la gestion des personnes les plus pauvres a changé depuis l'avènement du FBR ?
 - Si oui, quelles sont les mesures qui ont été adoptées pour favoriser la fréquentation des plus pauvres ? qui paie ?
 - Pourquoi avoir adopté de telles mesures ?

- Est-ce que l'avènement du FBR a entraîné des mesures concernant l'implication du COGES dans la gestion du CSRéf ?
 - Si oui, lesquelles ?
 - Est-ce que les rapports de collaboration entre le COGES et le MCD ont changé depuis l'avènement du FBR ? comment ?
 - Pourquoi ?
 - Est-ce que le FBR a donné plus de pouvoir au COGES qu'avant ? Pourquoi ?
- Est-ce que tous les membres du personnel sont concernés par les primes du FBR ?
 - Si non, qui n'est pas concerné ?
 - Est-ce que vous avez pris certaines mesures en interne pour répartir autrement la prime que ce qui était défini au départ ?
 - Si oui, lesquelles ?
 - Pourquoi avez-vous pris ces dispositions ?
 - Est-ce que les bénévoles bénéficient du FBR ? Si oui comment ? Si non, comment sont-ils motivés ?
 - Est-ce que le COGES bénéficie de primes ?
- Avez-vous déjà produit vos 1ères factures d'achat des résultats ?
- Avez-vous déjà procédé au paiement des primes ? Si oui, comment cela s'est déroulé ?
- Dans le fond du FBR, il y a 40% de la prime accordée qui est destinée à l'investissement dans le centre.
 - Quel montant pensez-vous avoir dans ce centre pour le premier mois ?
 - Qu'est ce qui a été décidé de prioriser comme investissements dans votre CSRéf ? pourquoi avez-vous fait ce choix ?
 - Qui a décidé de la façon d'utiliser cette prime d'investissement ? Comment a été prise cette décision ?
- Concernant les premières évaluations, comment cela s'est-il passé ? (*Évaluation du personnel par le MCD, évaluation du MCD par la DRS*)

- Pensez-vous être assez outillés pour bien réaliser les évaluations/supervisions dans le cadre du FBR ? Si non, pourquoi ? Qu'est-ce qui vous manque pour mieux atteindre vos objectifs ?
- Pensez-vous que le système de scoring utilisé pour évaluer les indicateurs de Qualité est adéquat ?
- Est-ce que la mise en œuvre du dispositif FBR constitue pour vous un appui dans la gestion du personnel ? Pourquoi ?
- Est-ce qu'à l'inverse, cela vous pose des problèmes dans la gestion de votre équipe ?

Par ailleurs :

- Comment l'évaluation de votre propre prestation a été faite ? par qui, comment ?
- Qu'avez-vous pensé de l'organisation de cette évaluation ?
- Comment avez-vous apprécié le résultat de cette évaluation ?

En conclusion :

- Pensez-vous que votre centre de santé était prêt pour mettre en œuvre le FBR ? Expliquez pourquoi ?
 - S'il n'était pas prêt, expliquer pourquoi ?
- Est-ce que le système FBR est compliqué à mettre en œuvre, selon vous ?
 - Qu'est ce qui est compliqué ?
 - Comment faudrait-il alléger ?
 - Est-ce que tout le monde est capable de maîtriser les différentes activités ?
- Est-ce que le système FBR est bien intégré au fonctionnement du centre ou au contraire il favorise la mise en place d'un dispositif parallèle ? Expliquer.
- Est-ce que le FBR, tel qu'il est conçu et proposé à votre CSRéf, est compatible avec la manière dont on travaille dans les formations sanitaires ? Pourquoi ?
- Avez-vous déjà repéré des effets inattendus du FBR concernant :
 - le fonctionnement du centre ?
 - les prestations offertes ?

- les résultats ?
- Avez-vous des inquiétudes par rapport aux activités qui n'ont pas été prises en compte par le FBR ?
 - si oui, expliquer.
- Est-ce que le calendrier de mise en œuvre du FBR a été respecté jusque-là?
 - Si non, savez-vous pourquoi ?
 - Quelles sont les conséquences concrètes d'une telle situation ?
- Si vous devriez citer trois principaux obstacles au FBR dans le fonctionnement ordinaire de votre CSRéf, vous citeriez quoi ?
- Si vous devriez citer trois principaux facteurs de réussites du FBR dans le fonctionnement ordinaire de votre CSRéf, vous citeriez quoi ?
- Au regard de tout ce qu'on vient de discuter, êtes-vous plutôt favorable ou défavorable à la mise en œuvre de ce FBR ? Argumentez votre position
- Selon vous, est-ce qu'il y a des catégories de personnel qui sont plus favorables au FBR que d'autres ?
 - Si oui, qui sont-ils (responsables versus subalternes, femmes versus hommes, jeunes professionnels versus anciens expérimentés) ?
- Est-ce que le FBR a induit plus de charge de travail pour vous ? Expliquer.
- Est-ce que la prime envisagée ou perçue est proportionnelle à votre charge de travail actuelle ? Expliquer.
- Est-ce que depuis qu'on a mis en place le FBR les professionnels de santé ont jugé nécessaire d'échanger autour de l'initiative ?
 - Comment ils le font ?
 - Qui y participent ?
 - Est-ce que vous prenez part à ces genres de rencontres ? En êtes-vous satisfait ? Pourquoi ?

Annexe 1.3 : Guide d'entretien destiné aux membres du comité de gestion (COGES) des hôpitaux de district lors de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats au Mali et aux membres du Conseil de cercle

Thème de l'entretien : Analyse du processus de mise en œuvre du financement basé sur les résultats au Mali

Dans le cadre de ses recherches sur la mise en œuvre du FBR dans les 10 districts sanitaires de la Région de Koulikoro, l'Association MISELI a entrepris de mener des enquêtes dans certains centres de santé dont le vôtre. Ces enquêtes visent à comprendre la façon dont les acteurs que vous êtes mettez en œuvre cette nouvelle initiative, comment ils réagissent, ce qu'ils pensent de l'intervention etc. Les résultats de ces enquêtes permettront d'avoir des données qui peuvent aider à la prise de décision. La participation à cette enquête est purement volontaire. On ne vous demandera ni votre nom ni votre prénom. Toutes les informations que vous allez donner au cours de cet entretien seront soumises aux règles de la confidentialité.

Profil de l'enquêté

- Quelle est votre qualification ?
- Quelle est votre fonction dans cette structure ?
- Depuis combien d'années travaillez-vous à ce poste ?
- Quel est votre âge ?

Opinion générale et expérience du FBR

- Pensez-vous qu'avant le FBR, des changements étaient nécessaires pour améliorer la performance du système de santé ? Quels problèmes faut-il régler en priorité selon vous ? Pourquoi ?
- Avez-vous eu l'occasion d'expérimenter un mode de paiement par prime ? Si oui expliquer. Qu'avez-vous pensé de ces expériences ?
 - En particulier, avez-vous participé à l'expérience pré-pilote FBR mis en œuvre par la SNV ?
 - Si oui, qu'en avez-vous pensé en termes de mise en œuvre, d'efficacité et d'impact ?

- Est-ce que vous connaissez la nouvelle expérimentation du FBR que le gouvernement met en œuvre dans la région de Koulikoro ?
 - Si oui, de quoi s'agit-il ? Pouvez-vous me dire comment cela fonctionne ?
 - Quels changements peut-on en attendre à votre avis
- Selon vous, d'où vient cette initiative FBR ?
- Comment avez-vous personnellement réagi à l'annonce de l'arrivée de cette nouvelle expérimentation dans votre centre de santé ?

Informations/ formation

- Personnellement, comment avez-vous été informé sur le FBR ?
 - Qui vous a informé ?
 - Comment vous a-t-on informé ? formation/réunion/discussion informelle avec un supérieur ? (*attention, il peut y avoir les trois à la fois !*)
- Qu'est-ce qui vous a été donné comme informations ?
 - Quels sont les arguments qui ont été avancés pour vous montrer l'intérêt de mettre en œuvre une telle politique ?
 - Vous a-t-on aussi parlé des faiblesses du FBR ? Si, oui, lesquelles ?
- Est-ce qu'on vous a remis des supports d'information ?
 - Quels sont-ils ?
 - Quelles informations contiennent-ils ?
- Comment la population de l'aire de santé a été informée sur le FBR ?
 - Par qui ? combien de fois ?
 - Est-ce que les radios communautaires ou les crieurs publics ont été mobilisées ?
 - Quelles informations ont été véhiculées ?
- Personnellement, est-ce que vous avez aujourd'hui l'impression de bien maîtriser cette nouvelle politique mise en œuvre dans votre centre ?
 - Pourquoi ?

- Savez-vous qu'il y a un conseiller FBR basé au CSRéf ?
 - Si oui, quel est son rôle et sa fonction ?
- Connaissez-vous les critères d'évaluation définis par l'agence FBR pour évaluer la performance du personnel ? Citez-les.
- Savez-vous comment ces critères sont pris en compte dans le paiement des primes ?
- Vous a-t-on informé sur le mode de répartition des primes entre le personnel et les investissements ?
 - Si oui quel est-il ?
- Vous a-t-on informé sur le mode de calcul des primes ?
 - Si oui quel est-il ?
 - qu'en pensez-vous ? Est-ce juste ou non ?
- Si vous avez un doute ou une question concernant les modalités de mise en œuvre de cette nouvelle politique dans votre centre, comment vous informez-vous ?
- Très concrètement, quelle a été la dernière question que vous vous êtes posée sur le FBR et quelle solution avez-vous adoptée pour y répondre ?

Mise en œuvre

- Est-ce que le premier contrat trimestriel a été signé entre votre CSRéf et l'agence FBR ?
 - Si non, pourquoi ?
- Si oui, comment s'est passé concrètement la définition des objectifs à mettre dans le contrat : travail d'équipe ou travail du MCD ?
 - Est-ce que le COGES et/ou le Conseil de Cercle ont participé à cette élaboration ?
 - Personnellement y avez-vous participé ?
 - Est-ce que les contributions de chacun ont été prises en compte, quel que soit le statut de la personne (chef de centre ou subalterne) ?
 - Quels sont les indicateurs du FBR que vous considérez comme prioritaires dans votre CSRéf ? Quels sont vos arguments pour priorisez de cette façon ?

- Dans votre contexte et selon votre expérience, pensez-vous que les indicateurs retenus par le FBR sont pertinents ? Expliquer. Quels sont les indicateurs qui auraient dû être nécessairement retenus et qui ne l'ont pas été ?
- Personnellement, quel est votre engagement individuel dans l'atteinte des objectifs du FBR ?
- Du fait du FBR, est ce que des mesures concrètes ont été prises dans le centre pour améliorer l'accueil des usagers ?
 - Si oui, lesquelles ?
 - Comment ont été prises ces décisions (en équipe ou individuellement) ? Est ce que vous avez été impliqué ?
 - Pourquoi de telles mesures ont été prises ?
- Du fait du FBR, est ce que des stratégies ont été adoptées dans le centre pour améliorer la fréquentation du centre de santé ?
 - Pouvez-vous les décrire ?
 - Comment ont été prises ces décisions (en équipe ou individuellement) ?
 - Qui est impliqué concrètement dans ces mesures ?
 - Est-ce que le COGES a été impliqué ? si oui, quels moyens ont été mis à sa disposition pour agir efficacement ?
- Concernant la salubrité du centre, est-ce que certaines mesures concrètes ont été prises depuis le démarrage du FBR ?
 - Si oui, lesquelles ? (Changement de titulaire de cette activité, rythme, contrôle, moyens matériels mis à disposition pour l'entretien, etc...)
 - Pourquoi avez-vous pris des mesures dans ce domaine ?
- Concernant la disponibilité des médicaments, est-ce que certaines mesures ont été prises dans votre centre pour améliorer cette disponibilité depuis le démarrage du FBR ?
 - Si oui lesquelles ? Est-ce que ces mesures portent sur tous les médicaments ?
 - Comment ces mesures ont-elles été décidées ?

- Pourquoi avoir pris de telles mesures ?
- Implication COGES ?
- Depuis le démarrage du FBR, avez-vous modifié le tarif des prestations offertes par le centre ?
 - Si oui, quels changements avez-vous opéré ?
- Est-ce que la gestion des personnes les plus pauvres a changé depuis l'avènement du FBR ?
 - Si oui, quelles sont les mesures qui ont été adoptées pour favoriser la fréquentation des plus pauvres ? qui paie ?
 - Pourquoi avoir adopté de telles mesures ?
- Est-ce que l'avènement du FBR a entraîné des mesures concernant l'implication du COGES /Conseil de Cercle dans la gestion du CSRéf ?
 - Si oui, lesquelles ?
 - Est-ce que les rapports de collaboration entre le COGES /Conseil de Cercle et le MCD ont changé depuis l'avènement du FBR ? comment ?
 - Pourquoi ?
 - Est-ce que le FBR a donné plus de pouvoir au COGES /Conseil de Cercle qu'avant ? Pourquoi ?
- Est-ce que tous les membres du personnel sont concernés par les primes du FBR ?
 - Si non, qui n'est pas concerné ?
 - Est-ce que vous avez pris certaines mesures en interne pour répartir autrement la prime que ce qui était défini au départ ?
 - Si oui, lesquelles ?
 - Pourquoi avez-vous pris ces dispositions ?
 - Est-ce que les bénévoles bénéficient du FBR ? Si oui comment ? Si non, comment sont-ils motivés ?
 - Est-ce que le COGES bénéficie de primes ? Si non, expliquez pourquoi

- Avez-vous déjà produit vos 1ères factures d'achat des résultats ?
- Avez-vous déjà procédé au paiement des primes ? Si oui, comment cela s'est déroulé ?
- Dans la mise en œuvre du FBR, 40% du budget alloué est destiné à l'investissement dans le centre.
 - Quel montant pensez-vous avoir dans ce centre pour le premier trimestre ?
 - Qu'est ce qui a été décidé de prioriser comme investissements dans votre CSRéf ? pourquoi avez-vous fait ce choix ?
 - Qui a décidé de la façon d'utiliser cette prime d'investissement ? Comment a été prise cette décision ?
- Concernant les premières évaluations, comment cela s'est-il passé ?
 - Est-ce que les tâches du personnel sont mieux contrôlées depuis le démarrage du FBR ?
 - Par quels mécanismes sont-elles contrôlées ? Que pensez-vous de ce mode de contrôle ? (ex. vérifications, supervisons).
 - Est-ce que le COGES /Conseil de Cercle ont participé à l'évaluation par le MCD ? Comment a été organisée leur implication pour valider le document à transmettre ?

En conclusion :

- Pensez-vous que le CSREF était prêt pour mettre en œuvre le FBR ? Expliquez pourquoi ?
 - S'il n'était pas prêt, expliquer pourquoi ?
- Est-ce que le système FBR est compliqué à mettre en œuvre, selon vous ?
 - Qu'est ce qui est compliqué ?
 - Comment faudrait-il alléger ?
 - Est-ce que tout le monde est capable de maîtriser les différentes activités ? Expliquer pourquoi
- Est-ce que le système FBR est bien intégré au fonctionnement du centre ou au contraire il favorise la mise en place d'un dispositif parallèle ? (ex. deux systèmes de supervisons, etc) Expliquez pourquoi.

- Est-ce que le FBR, tel qu'il est conçu et proposé à votre CSRéf, est compatible avec la manière dont on travaille dans les formations sanitaires ? Pourquoi ?
- Avez-vous déjà repéré des effets inattendus du FBR concernant :
 - le fonctionnement du centre ?
 - les prestations offertes ?
 - les résultats ?
 - Quels sont ces effets inattendus ?
- Avez-vous des inquiétudes par rapport aux activités qui n'ont pas été prises en compte par le FBR ?
 - si oui, expliquer.
- Est-ce que le calendrier de mise en œuvre du FBR a été respecté jusque-là?
 - Si non, savez-vous pourquoi ?
 - Quelles sont les conséquences concrètes d'une telle situation ?
- Si vous devriez citer trois principaux obstacles au FBR dans le fonctionnement ordinaire de votre CSRéf, vous citeriez quoi ?
- Si vous devriez citer trois principaux facteurs de réussites du FBR dans le fonctionnement ordinaire de votre CSRéf, vous citeriez quoi ?
- Au regard de tout ce qu'on vient de discuter, êtes-vous plutôt favorable ou défavorable à la mise en œuvre de ce FBR ? Argumentez votre position
- Selon vous, est-ce qu'il y a des catégories de personnel qui sont plus favorables au FBR que d'autres ?
 - Si oui, qui sont-ils (responsables versus subalternes, femmes versus hommes, jeunes professionnels versus anciens expérimentés) ?
- Est-ce que le FBR a induit plus de charge de travail pour vous ? Expliquez.
- Est-ce que la prime accordée au personnel est proportionnelle à leur charge de travail actuelle ? Expliquez.

- Est-ce que depuis qu'on a mis en place le FBR les parties prenantes ont jugé nécessaire d'échanger autour de l'initiative ?
 - Comment ils le font ?
 - Qui y participent ?
 - Est-ce que vous prenez part à ces genres de rencontres ? En êtes-vous satisfait ? Pourquoi ?

Annexe 2 : Guide d'entretien pour l'article 2

Annexe 2.1: Guide d'entretien destiné aux médecins de district des hôpitaux de district lors du processus de distribution des primes de financement basé sur les résultats au Mali

Thème de l'entretien : Analyse du processus de distribution des primes de financement basé sur les résultats au Mali

Dans le cadre de ses recherches sur la mise en œuvre du FBR dans les 10 districts sanitaires de la Région de Koulikoro, l'Association MISELI a entrepris de mener des enquêtes dans certains centres de santé dont le vôtre. Ces enquêtes visent à comprendre la façon dont la distribution des primes FBR a été réalisée dans votre hôpital de district et elles permettront d'analyser les sentiments des bénéficiaires de ces primes de FBR. Les résultats de ces enquêtes permettront d'avoir des données qui peuvent aider à la prise de décision. La participation à cette enquête est purement volontaire. On ne vous demandera ni votre nom ni votre prénom. Toutes les informations que vous allez donner au cours de cet entretien seront soumises aux règles de la confidentialité.

Caractéristiques socio démographiques

- Age :
- Sexe :
- Fonction :
- Unité/servie d'appartenance :

Généralités sur la motivation

- Quelles sont les raisons qui vous ont amené à choisir la profession que vous exercez?
- Que pensez-vous de votre travail en tant qu'agent de santé ? Racontez-nous des moments que vous avez appréciés dans votre travail et des moments que vous avez moins appréciés, pourquoi ?
- Qu'est-ce qui vous motivait particulièrement dans votre travail avant le FBR ?
- Le FBR a-t-il changé quelque chose dans votre motivation au travail ? Si oui, comment ?

- En quoi le FBR est-il différent des autres sources de motivation que vous avez connues jusque-là ? (ex. primes, matériels de travail, ressources humaines, etc.) ?

Opinions sur la prime

- Que signifie une prime pour vous ?
- Que pensez-vous de l'approche du paiement de primes FBR comme source de motivation pour le personnel de santé ?
- Quelle différence faites-vous entre le fait de travailler en bénéficiant d'une prime et le fait de travailler sans prime ?

Exploration du processus avant le paiement des primes/subsides

- Primes

- Avez-vous été consulté pour le choix des indicateurs payés dans le cadre de ce projet FBR? Qu'en pensez-vous ?
- Qu'a-t-on expliqué sur le mode de partage des primes au début du projet FBR? Quel était votre sentiment par rapport au mode de calcul ? Vous a-t-on donné l'occasion de demander des informations supplémentaires sur le mode calcul des primes ?
- Saviez-vous combien vous devriez gagner avant l'arrivée des primes ? Comment avez-vous connu cela ? Aviez-vous fait le calcul vous-même ? Comment ?
- Est-ce que les autres agents parlaient du montant qu'ils devaient gagner ? Comment en parlaient-ils ?
- Que disait l'agence de mise en œuvre ou la DRS à propos du retard de paiement ? Quel était votre sentiment par rapport à leurs explications ?
- Comment les gens commentaient le retard de paiement des primes ? Qui était accusé d'être à l'origine de ce retard ? Pourquoi ?
- Les agents vous posaient-ils des questions sur le retard ? Que leur répondiez-vous ? Quel était l'effet de ces questions sur vous ?
- Les agents essayaient-ils de se renseigner en dehors du MCD ? Expliquez davantage cela

- Vous arrivait-il de chercher des renseignements sur l'effectivité du paiement des primes dans les autres districts et de faire une comparaison avec le vôtre? Comment cela se passait-il ? Qu'en est-il ressorti ? Quel était votre sentiment par rapport à cela ?
- Vous et vos collègues étaient-ils impatients de recevoir les primes ? Pourquoi ? Comment cette impatience était manifestée ?
- Comment avez-vous été informé de l'arrivée des primes FBR ? Quel est le sentiment qui prédominait chez vous à ce moment précis ?
- Quelle était l'atmosphère dans le centre à l'annonce de cette nouvelle ?
- Comment avez-vous organisé la distribution des primes ? Le conseil de cercle et la mairie ont-t-il joué un rôle dans cela ? Lequel ?
- A-t-on payé toutes les primes le même jour ou pendant plusieurs jours de suite ? Que pensez-vous de la façon dont cela s'est passé ?
- Quels sont les agents qui ont reçu leurs primes en premier ? Pourquoi ?

- **Subsides**

- Connaissez-vous le montant des subsides (40%) que vous devriez gagner avant le paiement? Comment avez-vous connu cela ?

Exploration des sentiments liés au paiement des primes/subsides
--

- **Primes**

- Expliquez comment vous avez reçu le montant global de l'argent du FBR (primes + subsides)
- A quelle date l'avez-vous reçu ?
- Ce montant est-il parmi les plus élevés ou les moins élevés parmi les autres districts de Koulikoro ? Quel est votre sentiment par rapport à cela ?
- Quel est le montant respectif des primes et des subsides dans ce montant ?
- Y a-t-il un écart entre le montant que vous attendiez et le montant qu'on vous a réellement donné? Qu'est-ce qui explique cet écart à votre avis ?
- Quel est le montant de la prime que vous avez reçue personnellement ?

- A quel montant vous attendiez- vous ? Y a-t-il un écart entre les deux ? Lequel ? Que pensez-vous de cet écart ?
- Que pensez – vous du montant de la prime que vous avez reçue? Après avoir reçu votre prime, quel est le sentiment qui prédominait chez vous à ce moment précis ?
- Ce montant était-il plus élevé/moins élevé que celui des subordonnés ? Qu’en pensez-vous ?
- Les agents cherchaient-ils à se renseigner sur les primes respectives des uns et des autres ? Comment cela se passait-il concrètement ?
- A quelle proportion de votre salaire votre prime correspond-t-elle ?
- Le montant reçu est-il significatif pour vous ? Pourquoi / pourquoi pas ?
- Selon vous, reflète-t-il le travail que vous avez effectué ? Expliquez davantage cela
- Que pensez-vous de l’écart entre les primes des agents?
- Pensez-vous que la répartition des primes a été faite selon le mérite de chacun ? Expliquez davantage cela
- A-t-elle permis de connaître ceux qui travaillent plus et ceux travaillent moins dans le centre ? Pourquoi pensez-vous cela ?
- Quels sont les agents qui ont reçu les primes les plus élevées et ceux qui ont reçu les primes les plus petites ?
- Quel sentiment dominait chez les travailleurs qui ont reçu les montants les plus élevés et ceux qui ont reçu les montants les moins élevés ?
- La distribution des primes a-t-elle entraîné des conflits dans votre centre ? Expliquez davantage cela.
- Les stagiaires et les bénévoles ont-ils bénéficié des primes ? Pourquoi oui ? Pourquoi non ? Comment cela s’est-il passé ?
- Pour améliorer la distribution des primes dans l’avenir, devrait – on s’y prendre autrement ? Pourquoi ?
- Quelles sont les dépenses que vous avez déjà réalisées avec les primes reçues ?

- Si vous devriez classer les dépenses envisagées avec les primes obtenues par ordre de priorité, comment allez-vous procéder ?

- **Subsides**

- Que pensez – vous du montant obtenu au titre des subsides ? Expliquez le sentiment qui vous animait après avoir connu le montant
- Le montant reçu au titre de vos subsides est-il significatif selon vous ? Pourquoi oui / pourquoi non ?
- Selon vous, reflète-t-il le résultat de votre travail ? Expliquez davantage cela
- Quels sont les investissements prévus avec les subsides ? Étaient-ils déjà connus avant le paiement ou au contraire, ils ont été définis après le paiement ? Comment la décision a été prise concernant ces investissements ?
- Ces investissements ont-ils été priorisés ? comment a-t-on procédé pour les prioriser?
- Pouvez-vous citer dans l'ordre les investissements prioritaires prévus ?
- Quels sont les investissements déjà réalisés ?
- Pensez-vous que le montant des subsides devrait être plus élevé ? Pourquoi ?

Questions réservées au personnel des Csref du district de ...

- Quelle différence faites – vous entre les primes/subsides que le personnel vient de recevoir et les montants reçus durant le projet pilote SNV ? (ex. montants, organisation de la distribution, etc.).

Primes/subsides et autonomie

- Avez-vous l'impression que vous pouvez faire votre travail comme vous le souhaitez avec ou sans le FBR ? Pourquoi / pourquoi pas ? Qu'est ce qui a changé dans cette situation avec les primes/subsides FBR ?

Prime /subsides et efficacité personnelle

- Pensez-vous que vous faisiez bien votre travail avant le FBR? Pourquoi / pourquoi pas ? Est-ce que cela a changé avec les primes/subsides FBR ? Comment ?

- Dans quelle mesure pensez-vous que vous avez les capacités de fournir les soins aux patients? Pourquoi / pourquoi pas ? Est-ce que cela a changé avec les primes/subsides ? Comment ?
- Pensez-vous que les primes/subsides que vous venez de recevoir auront une influence sur ce que vous faites dans ce centre ? Comment pouvez-vous expliquer cela ?
- Depuis que les primes/subsides ont été payés, Y-a-t-il eu un changement dans votre manière de travailler? Vous sentez-vous plus performant/déterminé/ plus exigeant par rapport aux normes ou au contraire, rien n'a changé dans vos habitudes de travail? Avez-vous des exemples concrets pour illustrer cela ?
- Le paiement des primes/subsides a-t-il permis d'améliorer vos conditions de travail ? Avez-vous des exemples concrets pour illustrer cela ? Quelle est la différence avec ce qui se passait avant ?
- Y a-t-il eu des conflits/frustrations liés au paiement des primes ?, Si oui, lesquels ? que pensez – vous des conséquences de ces conflits/frustrations ?
- Connaissez-vous les dépenses prévues avec les ressources du FBR ? Quelles sont ces dépenses ?
- Que pensez-vous de l'arrêt du paiement des primes avec la fin du projet FBR?

Primes et relations humaines

- Qu'est-ce que le paiement des primes/subsides a changé dans le climat de travail du centre ?
- Quelle a été l'attitude des agents des autres services non concernés par les indicateurs du FBR après la distribution des primes ?
- Avant le FBR vous sentiez-vous respecté (*bonya*), apprécié (*tanu*) et traité d'une manière équitable au travail ? Pourquoi / pourquoi pas ? Expliquez davantage cela ? Est-ce que cela a changé avec les primes ? Comment ?
- Est-ce que vos collègues ou les gestionnaires du centre se souciaient de vous en tant que personne avant le FBR ? Pourquoi / pourquoi pas ? Expliquez comment ? Est-ce que cette situation a changé avec les primes FBR ? Comment ?

- Que pensez-vous de l'influence du paiement des primes sur la qualité du travail en équipe, la gouvernance ? Pouvez-vous nous donner des exemples concrets ?
- Que vous ont dit vos supérieurs hiérarchiques (membres DRS, DNS) à propos de votre travail après le paiement des primes/subsides ? ? Ont-ils fait allusion à vos efforts dans le travail ? Que pensez-vous de leur attitude ?

Pour conclure

- A partir des leçons que vous avez tirées de cette expérience, pensez – vous qu'il est nécessaire de définir de nouveaux critères d'attribution des primes ? Pourquoi ?
- Que pensez – vous d'une possible reprise du FBR l'année prochaine ?

Annexe 2.2 : Guide d'entretien destiné aux agents de santé des hôpitaux de district lors du processus de distribution des primes de financement basé sur les résultats au Mali

Thème de l'entretien : Analyse du processus de distribution des primes de financement basé sur les résultats au Mali

Dans le cadre de ses recherches sur la mise en œuvre du FBR dans les 10 districts sanitaires de la Région de Koulikoro, l'Association MISELI a entrepris de mener des enquêtes dans certains centres de santé dont le vôtre. Ces enquêtes visent à comprendre la façon dont la distribution des primes FBR a été réalisée dans votre hôpital de district et elles permettront d'analyser les sentiments des bénéficiaires de ces primes de FBR. Les résultats de ces enquêtes permettront d'avoir des données qui peuvent aider à la prise de décision. La participation à cette enquête est purement volontaire. On ne vous demandera ni votre nom ni votre prénom. Toutes les informations que vous allez donner au cours de cet entretien seront soumises aux règles de la confidentialité.

Caractéristiques socio démographiques

- Age
- Sexe :
- Profession :
- Unité/service d'appartenance :

Généralités sur la motivation

- Quelle est votre fonction dans ce centre ?
- Quelles sont les raisons qui vous ont amené à choisir cette profession ?
- Que pensez-vous de votre travail en tant qu'agent de santé ? Racontez-nous des moments que vous avez appréciés dans votre travail et des moments que vous avez moins appréciés et le pourquoi
- Qu'est-ce qui vous motivait particulièrement dans votre travail avant le FBR ?
- Le FBR a-t-il changé quelque chose dans votre motivation au travail quand il a commencé ? Si oui, comment cela s'est-il passé ?

- En quoi le FBR est-il différent des autres sources de motivation que vous avez connues (ex. primes, formation, ressources humaines, etc.) ?

Opinions sur la prime

- Que signifie une prime selon vous ?
- Que pensez-vous de l'approche des primes FBR comme source de motivation ?
- Quelle différence faites-vous entre le fait de travailler en bénéficiant d'une prime et le fait de travailler sans prime ?

Exploration de la situation avant le paiement des primes/subsides

- Primes

- A quelle date avez – vous reçu l'argent du FBR et quel était le montant global (primes + subsides) ?
- Qu'a-t-on expliqué sur le partage des primes au début du projet ? Quel était votre sentiment par rapport au mode de calcul ? Vous a –on donné l'occasion de demander des informations supplémentaires sur le mode calcul des primes ?
- Comment avez-vous reçu vos primes ? Quels étaient les acteurs impliqués dans les procédures de paiement ? Que pensez-vous de la façon dont cela s'est passé ? Aurait-on du s'y prendre autrement ? Pourquoi ?
- Saviez – vous quel montant vous devriez gagner personnellement avant l'arrivée des primes ? Comment avez-vous connu cela ? Aviez-vous fait le calcul vous-même ? Comment ?
- Est-ce que les autres agents parlaient du montant qu'ils devaient gagner avant le paiement ? Comment en parlaient-ils ?
- Que disait le MCD à propos du retard de paiement ? Que disaient les membres de l'ECD ? Quel était votre sentiment par rapport à leurs explications ?
- Comment les gens commentaient le retard de paiement des primes ? Qui était accusés d'être à l'origine de ce retard ? Pourquoi ?
- Vos collègues essayaient- ils d'avoir des renseignements en dehors du MCD ? Expliquez davantage cela

- Est-ce qu'ils essayaient de se renseigner sur l'effectivité du paiement des primes dans les autres districts et de faire une comparaison avec le leur? Quel est le sentiment qui prédominait chez eux en faisant une telle comparaison ?
- Vous et vos collègues étaient-ils impatients de recevoir les primes ? Pourquoi ? Comment cette impatience était manifestée ?
- Comment avez-vous été informé de l'arrivée des primes FBR ? Quel est le sentiment qui prédominait chez vous à ce moment précis ?
- Quelle était l'atmosphère dans le centre à l'annonce de cette nouvelle ?
- A-t-on payé toutes les primes le même jour ou pendant plusieurs jours de suite ? Que pensez-vous de la façon dont cela s'est passé ?
- Les paiements ont-ils été effectués en présence de tout le monde ou individuellement ? Pourquoi ?
- **Subsides**
- Connaissez – vous le montant des subsides (40%) que vous devriez gagner avant le paiement? Comment avez-vous connu cela ?

Exploration des sentiments liés au paiement des primes/subsides
--

- **Primes**
- Quel est le montant de la prime que vous avez reçu ? A quel montant vous attendiez-vous ?
- Y a-t-il un écart entre le montant que vous attendiez et le montant qu'on vous a réellement donné? Par quoi cet écart s'explique-t-il à votre avis ?
- Que pensez – vous du montant reçu? Après avoir reçu votre prime, quel est le sentiment qui prédominait chez vous à ce moment précis ?
- Au moment de vous donner votre prime, vous a-t-on expliqué pourquoi on vous donne ce montant précis ? Si oui, comment vous a-t-on expliqué cela ?
- Vos collègues cherchaient-ils à se renseigner sur les primes respectives des uns et des autres ? Comment cela se passait-il concrètement ?

- Que pensez-vous des différences de montant entre les primes ? Pourquoi ?
- A quelle proportion de votre salaire correspond le montant que vous avez reçu ?
- Ce montant est-il significatif pour vous ? Pourquoi ?
- Selon vous, reflète-t-il le travail que vous avez effectué ? Expliquez davantage cela
- Pensez-vous que la répartition des primes a été faite selon le mérite de chacun ? Expliquez davantage
- A-t-elle permis de connaître ceux qui travaillent plus et ceux qui travaillent moins dans le centre ? Pourquoi pensez-vous cela ?
- Quel sentiment dominait chez les travailleurs qui ont reçu les montants les plus élevés et ceux qui ont reçu les montants les moins élevés ?
- La distribution des primes a-t-elle entraîné des conflits dans votre centre ? Expliquez davantage cela.
- Les stagiaires et les bénévoles ont-ils bénéficié des primes ? Comment cela s'est-il passé ? Qu'en avez-vous pensé ?
- Si vous devriez classer les dépenses envisagées avec les primes obtenues par ordre de priorité, comment allez-vous procéder ?
- **Subsides**
 - Que pensez-vous du montant obtenu au titre des subsides ? Expliquez le sentiment qui vous animait après avoir connu le montant
 - Le montant reçu au titre de vos subsides est-il significatif selon vous ? Pourquoi oui / pourquoi non ?
 - Selon vous, reflète-t-il le résultat de votre travail ? Expliquez davantage cela
 - Quels sont les investissements prévus avec les subsides ? Étaient-ils déjà connus avant le paiement ou au contraire, ils ont été définis après le paiement ? Comment la décision a été prise concernant ces investissements ?
 - Ces investissements ont-ils été priorisés ? comment a-t-on procédé pour les prioriser ?
 - Pouvez-vous citer dans l'ordre les investissements prioritaires ?

- Quels sont les investissements déjà réalisés ?
- Pensez-vous que le montant des subsides devrait être plus élevé ? Pourquoi ?

Prime/subsides et autonomie

- Avez-vous l'impression que vous pouvez faire votre travail comme vous le souhaitez avec ou sans le FBR? Pourquoi / pourquoi pas ? Si oui, pouvez-vous donner des exemples concrets ?

Prime/subsides et efficacité personnelle

- Pensez-vous que vous faisiez bien votre travail ? Pourquoi / pourquoi pas ? Expliquez comment ? Est-ce que cela a changé avec les primes/subsides ? Comment ?
- Dans quelle mesure avez-vous les moyens de fournir les soins aux patients? Pourquoi / pourquoi pas ? Est-ce que cela a changé avec les primes/subsides ? Comment ?
- Pensez-vous que les primes/subsides que vous venez de recevoir auront une influence sur ce que vous faites dans ce centre ? Comment pouvez-vous expliquer cela ?
- Depuis que les primes/subsides ont été payées, Vous sentez-vous plus performant/déterminé/ plus exigeant par rapport aux normes ou au contraire, rien n'a changé dans vos habitudes de travail? Avez-vous des exemples pour illustrer cela ?
- Le paiement des primes/subsides a-t-il permis d'améliorer vos conditions de travail ? Avez-vous des exemples concrets pour illustrer cela ? Quelle est la différence avec ce qui se passait avant ?
- Que pensez-vous de l'arrêt du paiement des primes avec la fin du projet FBR?

Primes et relations humaines

- Qu'est-ce que le paiement des primes a changé dans le climat de travail du centre ?
- Depuis que les primes ont été payées, avez-vous le sentiment d'être mieux respecté (bonya), mieux apprécié (tanu) et mieux traité au travail ? Pourquoi / pourquoi pas ? Expliquez davantage ? Est-ce que cela a changé avec les primes ? Comment ?
- Est-ce qu'avant l'instauration des primes FBR vos collègues ainsi que les gestionnaires de votre centre se souciaient de vous en tant que personne? Pourquoi / pourquoi pas ?

Expliquez comment ? Est-ce que cela a changé avec le paiement des primes FBR ?
Comment ?

- Que pensez-vous de l'influence du paiement des primes sur la qualité du travail en équipe, la gouvernance. Pouvez-vous nous donner des exemples concrets ?
- Que vous ont dit vos supérieurs hiérarchiques (DTC, MCD, DRS) à propos de votre travail après le paiement des primes/subsides ? ? Ont-ils fait allusion à vos efforts dans le travail ? Que pensez-vous de leur attitude ?

Pour conclure

- A partir des leçons que vous avez tirées de cette expérience, doit-on définir de nouveaux critères d'attribution des primes FBR selon vous ? Pourquoi ?
- Que pensez – vous d'une possible reprise du FBR ?

Annexe 3 : Guide d'entretien pour l'article 3

Annexe 3.1 : Guide d'entretien avec les enquêteurs des ONG locales responsables de la vérification communautaire du financement basé sur les résultats au Mali

Thème de l'entretien : Analyse du processus de vérification communautaire lors du financement basé sur les résultats au Mali

Introduction :

Bonjour (formules de salutations d'usage)

Je m'appelle _____ et je suis là un nom de l'ONG MISELI qui mène des recherches qualitatives dans le domaine du développement. MISELI a son siège à Bamako. Depuis 2 ans, elle mène des recherches sur le FBR dans les districts sanitaires de Mon travail avec vous aujourd'hui va consister à recueillir des informations sur la vérification communautaire du FBR qui s'est déroulée dans votre aire de santé au mois de février 2017. Nous allons discuter particulièrement de la façon dont elle s'est déroulée, ce que vous en pensez, etc. La discussion va durer moins de 2H. L'objectif de cette collecte d'informations est de mieux comprendre ce qui s'est passé au cours de la vérification communautaire et de faire des recommandations à tous les acteurs impliqués dans cette activité. Cela va leur permettre d'améliorer la qualité de leur travail dans l'avenir par une meilleure prise en compte de vos préoccupations dans ce domaine. Pour nous permettre de mieux exploiter toutes les informations qui seront recueillies, je demande l'autorisation d'enregistrer la discussion à l'aide de cet enregistreur (montrer l'enregistreur). Je rappelle qu'en dehors des personnes chargées de cette enquête à MISELI, tout ce que vous allez dire au cours de notre discussions ne sera pas partagé avec une autre personne. Je rappelle aussi que vous avez le droit de refuser de participer à la discussion ou de vous retirer à tout moment même si la discussion est déjà entamé sans que cela n'ait une quelconque conséquence ni pour vous, ni pour les membres de votre famille. Si vous avez bien compris ce que je viens d'expliquer et que vous êtes d'accord, je vous demande de signer ce formulaire ou d'y apposer votre empreinte digitale (remettre le formulaire de confidentialité).

Identification de l'enquête :

- Age :
- Profession

- Sexe :

Préparation de l'enquête

- Quelle est votre qualification ?
- Comment Avez—vous été recruté pour participer à la vérification communautaire ?
- Avez—vous l'habitude de mener ce genre d'enquête ? Si oui, expliquez d'avantage cela
- Avez-vous reçu une formation préalable avant cette enquête sur la VC ?
- Qu'avez-vous retenu de la formation des enquêteurs
- Etiez-vous suffisamment prêt après la formation pour mener l'enquête ? Pourquoi oui ? Pourquoi non ?
- Quelle était la durée exigée pour réaliser l'enquête
- Que pensez-vous de ce délai ?
- Avez-vous travaillé seul ou en équipe? Quel était le rôle de chacun ?
- Quelles étaient les critères de sélection des enquêteurs qui ont mené la VC ?

Repérage des patients

- Comment avez-vous procédé pour le repérage des cibles dans la communauté ?
- Vous est-il arrivé de modifier la liste des personnes à enquêter ? Si oui, comment cela s'est-il passé ? Pourquoi ?
- Avez-vous sollicité le concours du Cscm/Csref pour faciliter le repérage des cibles ? Pourquoi ? pourquoi non ?
- Avez-vous demandé le concours des relais ou des agents de santé communautaire ? Pourquoi ? Pourquoi non ?
- A votre avis, qu'est ce qui a été difficile dans ce travail de repérage?
- Qu'est-ce qui a été facile ?
- Est-ce que certains types de patients étaient plus difficiles à retracer dans la communauté que d'autres ? pourquoi ?

- Tous les patients ciblés ont-ils pu être contactés au cours de la vérification ? Si certains n'ont pu être repérés, quelles en sont les raisons principales?

Collecte des données

- Quelles étaient les principales questions posées aux patients pendant l'enquête sur la VC ?
- Comment avez-vous expliqué le FBR et la vérification communautaire ? Quels sont les termes exacts que vous avez employés pour cela ?
- Vous est-il arrivé d'adapter certaines procédures de l'enquête sur le terrain ? Comment cela est-il arrivé ?
- Les personnes enquêtées était-elle le plus souvent seule au moment de l'enquête ? Si non, quelles sont les autres personnes qui assistaient aux discussions ?
- Quelles sont les réactions que vous avez pu observer chez les personnes enquêtées et leur entourage au moment de l'entretien? Les enquêtés étaient-ils souvent influencés par ces présences ? Si oui, comment ?
- Les relais communautaires ou les agents de santé communautaire (ASC) ont-ils joué un rôle dans la vérification ? Si oui, lequel ?
- S'ils n'ont pas été impliqués, pourquoi ? Quelle a été leur attitude face à cette exclusion ?
- Est-ce que les patients répondaient aux questions de l'enquêteur devant les membres de leur famille ?
- Comment est-ce que les maris des patientes réagissaient durant la vérification communautaire?
- Que faisait-on lorsqu'un patient n'est pas retrouvé ?
- Dans quel milieu (urbain ou rural) était-il plus facile de réaliser la VC ? Pourquoi ?

Pour conclure

- L'enquête a-t-elle eu des conséquences sur le terrain auxquelles vous n'aviez pas pensées et qui pourront affecter positivement ou négativement la vie des cibles? Si oui, expliquez de quoi il s'agit.

- Quels sont les principaux défis auxquels vous avez été confronté durant la vérification communautaire?
- Quels sont les avantages et les inconvénients de la vérification communautaire selon vous ?
- Comment est-ce que la vérification communautaire pourrait être améliorée dans le futur ?

Annexe 3.2 : Guide d'entretien avec les patients ayant bénéficié des soins lors de la mise en du financement basé sur les résultats et déclaré avoir été enquêté lors de la VC

Thème de l'entretien : Analyse du processus de vérification communautaire lors du financement basé sur les résultats au Mali

Introduction : Bonjour (formules de salutations d'usage)

Je m'appelle _____ et je suis là un nom de l'ONG MISELI qui mène des recherches qualitatives dans le domaine du développement. MISELI a son siège à Bamako. Depuis 2 ans, elle mène des recherches sur le FBR dans les districts sanitaires de Mon travail avec vous aujourd'hui va consister à recueillir des informations sur la vérification communautaire du FBR qui s'est déroulée dans votre aire de santé au mois de février 2017. Nous allons discuter particulièrement de la façon dont elle s'est déroulée, ce que vous en pensez, etc. La discussion va durer moins de 2H. L'objectif de cette collecte d'informations est de mieux comprendre ce qui s'est passé au cours de la vérification communautaire et de faire des recommandations à tous les acteurs impliqués dans cette activité. Cela va leur permettre d'améliorer la qualité de leur travail dans l'avenir par une meilleure prise en compte de vos préoccupations dans ce domaine. Pour nous permettre de mieux exploiter toutes les informations qui seront recueillies, je demande l'autorisation d'enregistrer la discussion à l'aide de cet enregistreur (montrer l'enregistreur). Je rappelle qu'en dehors des personnes chargées de cette enquête à MISELI, tout ce que vous allez dire au cours de notre discussions ne sera pas partagé avec une autre personne. Je rappelle aussi que vous avez le droit de refuser de participer à la discussion ou de vous retirer à tout moment même si la discussion est déjà entamé sans que cela n'ait une quelconque conséquence ni pour vous, ni pour les membres de votre famille. Si vous avez bien compris ce que je viens d'expliquer et que vous êtes d'accord, je vous demande de signer ce formulaire ou d'y apposer votre empreinte digitale (remettre le formulaire de confidentialité).

Identification de l'enquêté :

- Aire de santé :
- Age :
- Profession
- Sexe :

- Catégorie d'enquêté (demander si CPN4, accouchement assisté, enfants complètement vacciné)

Généralités

- Dans les 4 derniers mois écoulés, avez reçu la visite d'un enquêteur dans votre village/hameau pour parler du travail du centre de santé ? (*demander jusqu'à ce que la personne fasse allusion à la vérification communautaire*).
- Si oui, que savez- vous de cette personne/ ces personnes (ex. provenance, structure, etc.) ?
- De quoi avez – vous parlé exactement avec l'enquêteur?
- Quel était l'objectif de son travail ?
- Savez-vous pourquoi vous avez été choisi parmi les autres membres de votre communauté?
- Que savez-vous du FBR ? Est-ce que l'enquêteur en a parlé ? Comment en a-t-il parlé ?
- Connaissiez- vous les enquêteurs bien avant cela ? Si oui, dans quelle circonstance les avez-vous connus ?
- Des agents du centre de santé vous avaient-ils contactés avant pour vous parler de cette enquête ? Si oui, que vous ont-ils dit exactement ?
- Aviez-vous entendu parler de la vérification communautaire avant ? Si oui, dans quelle circonstance ?

Normes/culture du milieu, capacité organisationnelle

- Comment l'enquête a-t-elle été annoncée dans votre village/hameau ? (ex. relai, chef de village)
- Comment avez-vous été mis en contact avec l'enquêteur? (ex. chef de village, chef de famille, etc.).
- Qui a décidé de votre participation à l'enquête ? (ex. moi-même, chef de famille, chef de village, association de femmes, etc.)

- Où est ce que l'entretien s'est-il déroulé ? Qui a choisi ce lieu ? Pourquoi ?
- Décrivez la façon dont les discussions ont été menées avec vous durant la vérification communautaire ? Qui étaient présents ? (ex. membres de la famille, voisins, agent de santé communautaire)
- Quelles étaient leurs attitudes durant l'entretien ?
- Leur présence vous a-t-il influencé? Si oui, comment ?
- Quelle a été la réaction des membres de votre famille (mari, coépouses, belle – mère, etc.) quand les enquêteurs sont venus ? Quelle a été leur réaction après le départ de ceux-ci ?

Perceptions des acteurs

- Que pensez-vous du fait d'être venu discuter avec vous du travail des agents de votre centre de santé?
- Pensez-vous que la démarche choisie par les enquêteurs pour retrouver les cibles était appropriée ou, au contraire fallait –il faire les choses autrement ? Expliquer cela
- Quel est le sentiment qui prédominait chez vous au moment de l'enquête ? (ex. crainte, méfiance, curiosité, etc.) pourquoi ?
- Y avait-il des choses qui vous gênaient particulièrement dans la démarche de cette enquête ? Si oui, lesquelles ? Pourquoi cela vous gênait –il ?
- Y a-t-il des informations que vous n'avez pas volontairement données à l'enquêteur ? Si oui, lesquelles ? Pourquoi ?
- Selon vous, les maris avaient un rôle à jouer dans cette enquête ? ? Si oui, lequel ?
- A travers cette enquête, avez – vous davantage appris sur vos relations avec le centre ? Pourquoi oui/pourquoi non ? Ces relations vont-elles changer désormais ? pourquoi ? pourquoi pas ?
- Pensez-vous que de telles enquêtes soient utiles pour votre communauté ? Pourquoi ?
- Quel en est l'avantage par rapport à d'autres enquêtes que vous avez connues ? Quels en sont les inconvénients ?

- A quoi vont servir les résultats de cette enquête à votre avis ?
- Qu'avez-vous à ajouter à tout ce qu'on vient dire ?

Annexe 3.3 : Guide d'entretien avec les agents de santé des hôpitaux de district sur le processus de vérification communautaire lors du financement basé sur les résultats au Mali

Thème de l'entretien : Analyse du processus de vérification communautaire lors du financement basé sur les résultats au Mali

Introduction : Bonjour (formules de salutations d'usage)

Je m'appelle _____ et je suis là un nom de l'ONG MISELI qui mène des recherches qualitatives dans le domaine du développement. MISELI a son siège à Bamako. Depuis 2 ans, elle mène des recherches sur le FBR dans les districts sanitaires de Mon travail avec vous aujourd'hui va consister à recueillir des informations sur la vérification communautaire du FBR qui s'est déroulée dans votre aire de santé au mois de février 2017. Nous allons discuter particulièrement de la façon dont elle s'est déroulée, ce que vous en pensez, etc. La discussion va durer moins de 2H. L'objectif de cette collecte d'informations est de mieux comprendre ce qui s'est passé au cours de la vérification communautaire et de faire des recommandations à tous les acteurs impliqués dans cette activité. Cela va leur permettre d'améliorer la qualité de leur travail dans l'avenir par une meilleure prise en compte de vos préoccupations dans ce domaine. Pour nous permettre de mieux exploiter toutes les informations qui seront recueillies, je demande l'autorisation d'enregistrer la discussion à l'aide de cet enregistreur (montrer l'enregistreur). Je rappelle qu'en dehors des personnes chargées de cette enquête à MISELI, tout ce que vous allez dire au cours de notre discussion ne sera pas partagé avec une autre personne. Je rappelle aussi que vous avez le droit de refuser de participer à la discussion ou de vous retirer à tout moment même si la discussion est déjà entamée sans que cela n'ait une quelconque conséquence ni pour vous, ni pour les membres de votre famille. Si vous avez bien compris ce que je viens d'expliquer et que vous êtes d'accord, je vous demande de signer ce formulaire ou d'y apposer votre empreinte digitale (remettre le formulaire de confidentialité).

Identification de l'enquêté :

- Aire de santé :
- Age :
- Profession

- Sexe :

Informations générales sur la vérification communautaire

- Selon vous, quelle est l'importance de la vérification communautaire dans le FBR ?
- Que savez-vous de la vérification communautaire qui a eu lieu dans votre aire de santé ?
- Tous les agents de votre centre étaient-ils au courant ? Qui vous a informé ? Comment cela s'est-il passé ?
- Connaissez-vous l'organisation qui a réalisé la vérification communautaire ? Comment l'avez-vous connue ?
- Connaissiez-vous les enquêteurs qui effectués ce travail ? Si oui, comment les avez-vous connus ?
- Sont-ils venus dans votre centre avant d'aller sur le terrain ? Si oui, qu'ont-ils fait exactement ?
- Quel rôle votre centre a-t-il joué dans la vérification communautaire ?

Perceptions/attitudes

- Avez-vous été impliqué dans cet échantillonnage ? Si oui, expliquez d'avantage cela
- Que pensez-vous des procédures d'échantillonnage appliquées dans la vérification communautaire ?
- Qu'est ce qui se disait au niveau du centre avant et après la VC ?
- Les résultats de la VC ont-ils été partagés avec vous ? Si oui, comment ?
- Que pensez-vous des résultats de la vérification qui vous ont été restitués ?
- De quoi a-t-on parlé pendant cette restitution ?
- Qui étaient présents à cette restitution ? Comment les gens ont-ils réagi ?
- Les résultats de la VC ont-ils eu un impact sur les primes reçues ? Si oui, comment cela s'est-il passé ?
- Si vous devez faire des propositions d'amélioration pour l'avenir, que proposeriez-vous ?

Annexe 4 : Grille d'observation non participante pendant la collecte des données pour le premier article

Où observer ?	Quoi observer ?
Espaces de travail dans le centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Registre des accouchements, disponibilité; - Remplissage des cahiers de présence (qui et comment ?); - Exécution du travail; - Horaires d'arrivées et de départ du personnel; - Contrat; - Est-ce que les informations ou les symboles du FBR sont affichés dans le centre de santé ?
Exécution du travail	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité de l'accueil; - Exécution des tâches dans le cadre des activités (Chercher à comprendre si les agents s'entendent entre eux pour que les matrones fassent l'accouchement et le personnel qualifié signe); - Est-ce que le personnel contractuel s'implique plus que les bénévoles/stagiaires ? ou bien c'est le contraire qui se passe ?
Environnement de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Etats des locaux (salles de soins, espaces d'attente, toilettes, etc.); - Salubrité dans la cour, salles de soins, espaces d'attente.

Annexe 5 : Programme et objectifs de l'atelier de formation sur le logiciel d'analyse qualitative QDA Miner Lite

Programme de l'atelier d'analyse qualitative

Étude sur le financement basé sur les résultats et l'équité au Mali

Dates : Du 22 au 24 Février 2017

Horaire journalier : 9 h 00 à 16 h 30

Lieu: Miseli

Description générale: L'atelier a pour principal objectif d'outiller les membres de l'équipe à analyser les entrevues individuelles de façon indépendante. Ses objectifs spécifiques sont : 1) introduire les participants à l'utilisation du logiciel QDA Miner Lite©, 2) établir un arbre de codage commun, 3) analyser des entrevues réalisées dans le cadre du programme *FBR et équité*, et 4) apprendre à synthétiser les résultats de recherche. Des présentations interactives, des exercices pratiques et des discussions permettront aux participants de renforcer leurs capacités en analyse qualitative.

Jour 1 – Mercredi 22 Février 2017			
Horaire	Thème	Description	Intervenants
9 h 00 – 9 h 15	Ouverture de l'atelier	Mot de bienvenue et présentation des objectifs	Laurence et Abdouramane
9 h 15 – 9 h 20	Présentation de l'atelier	Présentation du déroulement de l'atelier	Lara
9 h 20 – 10 h 15	Présentations des participants	Tour de table et retour sur les expériences terrain (réalisations, leçons apprises, etc.)	Lara
10 h 15 – 11 h 00	Introduction à QDA miner lite	Présentation de l'environnement de travail (fenêtres des cas, variables et codes) et création d'un nouveau projet (importation des fichiers)	Lara
11 h 00 – 11 h 30	Fonction de personnalisation du projet	Entrer des notes générales et manipuler les variables et les cas (ajout, suppression, formats, réglages et filtrage)	Lara
11 h 30 – 11 h 45	Pause santé		

11 h 45 – 12 h 20	Exercice # 1	Création d'un projet avec variables et cas	Tous
12 h 20 – 12 h 30	Discussion	Questions, difficultés rencontrées, etc.	Tous
12 h 30 – 13 h15	Repas		
13 h 15 – 15 h 00	Gestion du livre de code	Présentation des fonctions (ajout, modification, suppression, déplacement, fusion, assignation) et discussion sur l'arbre de codage	Lara
15 h 00 – 15 h 30	Exercice # 2	Opérations sur les codes	Tous
15 h 30 – 16 h 30	Discussion	Questions, difficultés rencontrées et ressources disponibles	Tous

Jour 2 – Jeudi 23 Février 2017			
Horaire	Thèmes	Description	Intervenants
09 h 00 – 9 h 10	Ouverture de la journée	Programme et objectifs de la journée	Lara
9 h 10 – 10 h 30	Opérations de recherche et analyses du codage	Recherche de texte, fréquence de texte et de codage avec diagramme	Lara
10 h 30 – 11 h 00	Exercice # 3	Fréquence et recherche de codage	Tous
11 h 00 – 11 h 15	Pause santé		
11 h 15 – 11 h 30	Discussion	Questions et difficultés rencontrées	Tous
11 h 30 – 12h 45	Codifications	1 entrevue individuelle	Tous
12 h 45 – 13 h 00	Discussion	Questions et difficultés rencontrées	Tous
13 h 00 – 13 h 45	Repas		
13 h 45 - 15 h 30	Codifications	2 entrevues individuelles	Tous
15 h 30 – 16 h 00	Arbre de codification	Retour sur l'arbre de codes (adaptations)	Tous
16 h 00 – 16 h 30	Discussion de groupe	Mise en commun des analyses de la journée	Lara

Jour 3 – Vendredi 24 Février 2017

Horaire	Thèmes	Description	Intervenants
09 h 00 – 9 h 10	Ouverture de la journée	Programme et objectifs de la journée	Lara
9 h 10 – 10 h 15	Codifications	2 entrevues individuelles	Tous
10 h 15 – 10 h 30	Discussion	Questions et difficultés rencontrées	Tous
10 h 30 – 10 h 45	Pause santé		
10 h 45 – 11 h 30	Arbre de codification	Retour sur l'arbre de codes (adaptations)	Tous
11 h 30 - 13 h 00	Analyse des données	Fréquences et recherche de codage	Tous
13 h 00 – 13 h 45	Repas		
13 h 45 – 15 h 15	Synthèse des résultats	Intégration des résultats des entrevues	Tous
15 h 15 – 16 h 00	Discussion de groupe	Mise en commun des analyses de la journée	Tous
16 h 00 – 16 h 30	Planification pour la suite et clôture de l'atelier	Échéancier (rapports de codification)	Laurence et Abdouramane

Annexe 6 : Livre de codes

Annexe 6.1 : Livre de codes de l'article 1

contexte

- problèmes vécus
- problèmes prioritaires/justifications
- besoin de changement
- pauvreté
- ONG partenaires du centre et leurs actions

généralités sur le FBR

- autres expériences de primes
- participation à l'ancien FBR
- changements attendus du FBR
- d'où vient le nouveau FBR
- réactions à l'arrivée du nouveau FBR
- comparaison entre ancien et nouveau FBR

Informations/formation

- Comment/par qui avez vous été informé sur le nouveau FBR?
- informations sur l'ancien FBR
- participation à la formation sur le nouveau FBR
- climat de travail pendant les réunions/formations
- supports données pendant la formation
- présence d'affiches sur le FBR
- stratégies utilisées pour informer les agents de santé
- contenu de l'information données aux agents de santé/débats suscités
- stratégies utilisées pour informer les membres du conseil de cercle
- contenu de l'information donnée aux membre du conseil de cercle
- stratégies pour informer la population de l'aire sur le FBR
- contenu de l'information donnée à la population
- stratégies utilisées pour informer les membres de la mairie
- contenu de l'information donnée aux membres de la mairie
- informations sur le contrôleur FBR/ses visites
- connaissances sur le fonctionnement du nouveau FBR
- connaissance des indicateurs du nouveau FBR
- connaissance des procédures d'évaluation du personnel
- connaissance sur la prise en compte des critères d'évaluation dans le paiement des prime
- connaissance sur la repartition des ressources du FBR (primes et investissements)
- connaissance du mode de calcul des primes
- personnes privilégiées pour se renseigner sur le FBR
- si questions sur le FBR, solution envisagée pour trouver la réponse
- date de démarrage du nouveau FBR au centre
- estimation approximative de la prime attendue
- sentiment de maîtrise du nouveau FBR
- échanges entre acteurs sur le FBR
- informations sur la désignation d'un point focal FBR

mise en oeuvre

- participation à la définition des objectifs du plan
- engagement personnel/plan individuel
- signature du contrat trimestriel
- procédures d'élaboration du contrat/participation du conseil de cercle
- procédures d'élaboration du contrat/prise en compte des contributions de chacun (chef ou subalterne)
- indicateurs considérés comme prioritaires au centre
- mode de priorisation des indicateurs
- opinion sur la pertinence des indicateurs du FBR
- indicateurs pertinents mais non retenus
- enregistrement des données sur le FBR, qui les enregistre et comment?
- utilisation des supports avant le FBR
- supports FBR et opinion sur les supports
- ce qui a changé
- les personnes qui remplissent les supports FBR
- autres mesures prises pour assurer la disponibilité du personnel
- cahier de présence/remplissage du cahier de présence
- justification des mesures prises pour assurer la disponibilité
- changements dans le système de garde
- système de garde actuel
- comparaison avec le système de garde précédent
- qualité de l'accueil
- mesures prises pour améliorer l'accueil/justification
- processus de prise de décision sur l'accueil et acteurs impliqués
- mesures prises pour améliorer la salubrité
- mesures prises pour améliorer la salubrité/justification
- processus de prise de décision sur la salubrité et acteurs impliqués
- mesures prises pour garantir la disponibilité des médicaments/justification
- décision sur la disponibilité des médicaments et acteurs impliqués
- mesures pour favoriser la fréquentation
- modification des tarifs des prestations
- sensibilisation
- changement des rapports de collaboration entre MCD et le conseil de cercle
- augmentation du pouvoir du conseil de cercle
- situation du paiement des primes
- personnel bénéficiaires des primes
- personnes non concernées par les primes
- procédures d'octroi des primes
- mesures internes pour répartir les primes/justification
- motivation des bénévoles
- budget d'investissement attendu pour le 1er trimestre
- investissements prioritaires/justification
- processus de prise de décision sur la répartition du budget d'investissement et acteurs impliqués
- déroulement des premières évaluations/vérifications
- dire si les tâches sont mieux contrôlées avec le FBR
- mécanismes de vérification
- participation du conseil de cercle à la vérification

- dispositif FBR, atout ou problème dans la gestion du personnel?
- opinion sur la formation initiale FBR
- centre prêt pour mettre en oeuvre le FBR/justifications
- intégration du FBR dans le fonctionnement du centre
- Compatibilité du FBR avec les habitudes des centres
- effets inattendus du FBR
- inquiétudes face aux indicateurs pertinents non pris en compte
- respect du calendrier de mise en oeuvre
- principaux obstacles du FBR /FBR compliqué
- principaux atouts/FBR facile à mettre en oeuvre
- attitude favorable/défavorable au FBR
- attitudes des catégories d'agents face au FBR
- augmentation de la charge de travail
- opinion sur l'évaluation par le DTC
- opinion sur les résultats de la vérification
- opinion sur les primes
- opinion sur l'impossibilité de modifier la liste des indicateurs
- Opinion sur le FBR
- opinion sur les indicateurs retenus

autres activités ou innovations

- les acquis du FBR du projet pré-pilote
- les acquis du FBR du projet pré-pilote qui ont disparu
- aspect à améliorer pour une bonne mise en oeuvre du FBR
- Leadership du MCD
- avis sur les conseillers FBR
- ECD fonctionnel

Article 6.2 : Livre de codes de l'article 2

Type de motivation

- Motivation intrinsèque
- Motivation extrinsèque

Mise en oeuvre du FBR

- Supervision
- Formations FBR
- Acquisition de connaissances
- Renforcement des méthodes de travail
- Satisfaction
- Changement au travail
- Amélioration de l'hygiène dans le centre de santé
- Amélioration des prestations sanitaire
- Difficultés rencontrées
- Attentes
- Problème de compréhension
- Aspect participatif
- Accompagnement à la mise en oeuvre
- Confiance/Crédibilité
- Comparaison autres structures
- Information
- Différence théorie/Pratique
- Evaluation

Conditions de travail

- Difficultés
- Disponibilité du matériel
- Entraide/travail d'équipe
- Mauvaise gestion
- Manque argent/Apport argent

Organisation du centre

- Tenue de réunions de travail
- Prise en compte des préoccupations
- Leadership du premier responsable

Besoins psychologiques

- Sentiment de reconnaissance
- Sentiment de valorisation
- Engagement personnel
- Compétence
- Autonomie

Primes

- Conception de la prime
- Mode de calcul

- Adéquation primes reçus-travail fourni
- Partage des primes
- Satisfaction du partage
- Importance accordée aux primes
- Transparence
- Conflits/Bonne entente
- Proposition d'amélioration
- Information sur les primes
- Utilisation des primes
- Signification valeur des primes
- Montant perçu
- sentiment à l'arriver des primes
- Retard et raison du retard

Influence des primes

- Influence prime sur conditions de travail
- Influence primes sur le travail
- Allocation des primes aux besoins du centre de santé

Source de motivation

- Argent
- satisfaction patient
- Sentiment d'utilité
- Expérience positive
- Amour métier
- argent=juste un plus
- Intégrité
- Récompense
- Plus de responsabilité=plus de motivation
- Avis sur l'initiative du FBR
- Avis sur l'arret du FBR
- Différence de motivation entre avant et après FBR
- Différence entre les montants de primes reç entre les agents de santé

Inégalité/équité

- Sentiment d'injustice
- Inégalités acceptées

Annexe 6.3 : Livre de codes article 3

Contrat_ONG_VC

- Mode de sélection
- Durée, cout et montant du contrat
- Mode de rémunération
- rapport/relation avec l'agence FBR avant la VC
- Contenu du contrat

Formation_enq

- Perception de leur formation
- Éléments sur leur formation

Processus de recrutement des enquêteurs

- Critères de sélection des enq
- qualification des enquêteurs

Informations socio-eco-demo des enqueteurs

- Info socio-éco
- Info démo

Condition_travail_perception enq

- délais de l'enquête
- conditions de travail

Collect_donnees_deroulement

- Par quels moyens? visite? ou téléphone?
- thèmes abordés lors de la collecte
- qualité explication VC
- discrétion enquête
- facilité d'enquête
- déroulement des entretiens
- attitudes des enquêteurs

Perception_echantillonnage

- Avis sur l'échantillonnage des patients enquêtes

Procedure_reperage_patient

- modification de la liste ?
- procédure si patients non trouvés
- Avis sur réussite du ciblage
- Perception méthode (difficultés, avantages, etc.)

Implication_FS

- Implication du personnel de santé local (médecin, AS, responsable FS, autre)

Informations_enquêteurs

- Perception des enquêteurs, leur comportements, manières, etc. par les interrogés

- Est-ce que l'interrogé le connaît?
- Perception du déroulement de l'enquête par les patients

Normes_culture

- contexte de l'enquête
- réaction de l'entourage
- influence maris
- coépouses
- belle famille
- appréhensions
- peur

Connaissances_VC

- Connaissances de l'interrogé sur la vérification communautaire
- Compréhension / perception VC
- connaissance sur l'enquête et son rôle
- Quelle est la perception des AS sur les résultats de la VC?
- Quelles sont les composantes de la restitution?
- Quels sont les acteurs présents?
- Quelles sont les réactions vis-à-vis des résultats?

Analyse et diffusion des résultats de la VC

- Est-ce qu'il y a eu une diffusion des résultats?

Impact_VC

- Impacts/effets VC - Avantages - inconvénients
- Impact sur les primes reçues ? Si oui, comment cela s'est-il passé ?

Améliorations possibles

- Pistes d'amélioration possibles pour la VC

Annexe 7 : Certificat d'approbation éthique

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE
EN SANTE PUBLIQUE (INRSP)
BP 1771 / Tel 20 21 43 20/20 21 42 31

COMITE D'ETHIQUE DE L'INRSP
BP 1771/ Tél : 66 78 11 13 / 76 18 72 60
- Bamako

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

DECISION N° 24/2015 /CE-INRSP

LE PRESIDENT DU COMITE D'ETHIQUE DE L'INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE EN SANTE PUBLIQUE (INRSP)

Vu l'arrêté n°2013-1223/MS-SG du 03 avril 2013 portant nomination des membres du Comité d'Éthique de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) ;

Vu les recommandations issues de sa session ordinaire du 09 septembre 2015 relative à l'examen de «**Financement basé sur les résultats en santé maternelle et infantile et l'équité au Mali et au Burkina Faso**» ;

Vu les corrections apportées audit protocole conformément aux recommandations formulées par les membres.

DECIDE

Article 1^{er} : Le protocole intitulé «**Financement basé sur les résultats en santé maternelle et infantile et l'équité au Mali et au Burkina Faso**» jugé conforme à l'éthique et aux droits humains, est approuvé par le comité d'éthique de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP).

Article 2^e : Toute modification intervenant dans l'exécution dudit Protocole est portée à la connaissance du Comité d'Éthique de l'INRSP dans un délai maximum de quinze (15) jours.

Article 3^e : La présente décision valable pour toute la durée de l'étude, sera enregistrée et communiquée partout où besoin sera.

Ampliations :

Présidente/CE 1
Archives/CE..... 1
Miseli..... 1

Bamako, le 17-09-2015
P/LE PRESIDENT DU COMITE D'ETHIQUE/P.O
LA VICE-PRESIDENTE

INSTITUT NATIONAL DE
RECHERCHE EN SANTE PUBLIQUE
(INRSP)
Comité d'Éthique
LE PRESIDENT
Madame SIDIBE Diaba CAMARA

Annexe 8 : Notes de politiques (Policy briefs)



La vérification communautaire du FBR au Mali : encore du chemin à faire !

Abdourahmane Coulibaly, Tony Zitti, Valery Ridde, Christian Dagenais

L'enquête menée sur la Vérification communautaire (VC) en février 2017 a montré que l'identification des patients a été difficile à cause des difficultés liées à l'élaboration de la liste des patients à interroger. Les procédures prévues ont été peu respectées sur le terrain. Cette note politique présente la façon dont la vérification communautaire s'est déroulée dans le cadre du projet FBR (2016-17) et les principales difficultés rencontrées. Elle propose aussi plusieurs recommandations.



Messages Clés

- Un délai de vérification communautaire trop court fait que les enquêteurs n'appliquent pas souvent les règles de l'enquête sur le terrain (e. entretien au téléphone).
- Le manque d'informations précises sur les patients est une difficulté pour les retrouver
- Durant les entretiens, les femmes peuvent être gênées de parler de grossesses et d'accouchements devant certains membres de leur famille.
- La vérification communautaire améliore les connaissances des femmes notamment en ce qui concerne l'importance des consultations prénatales, de la vaccination, de l'utilisation des moustiquaires.



Introduction

La VC consiste à recueillir les jugements des patients sur la qualité des services fournis par les prestataires au cours de la mise en œuvre du FBR. Elle est menée par une ONG locale et son objectif est de chercher à savoir: (i) si les patients enregistrés dans les Centres de santé communautaire (Cscm) et dans les Centre de santé de référence (Csref) existent, (ii) si ces patients ont reçu les services indiqués et (iii) si ces patients sont satisfaits des services fournis. Notre recherche visait à comprendre la façon dont la VC s'est déroulée et les principales difficultés rencontrées par les ONG qui ont mené cette activité.



Approche

Dans les districts sanitaires de Dioila, Ouéléssébougou et Koulikoro, la VC a eu lieu en février 2017. Les critères de choix des patients qui ont participé à notre enquête étaient les mêmes que les critères appliqués lors de la VC. Ainsi, l'enquête devrait avoir été pris en charge pour une des raisons suivantes :

Csref	Cscom
accouchements/césariennes compliqués pris en charge	CPN 4
cas reçu du Cscom, correctement pris en charge et réorienté au Cscom	Enfants complètement vaccinés
cas de paludisme grave chez l'enfant pris en charge	Accouchement réalisés par personnel qualifié

Les autres personnes interrogées au sujet de la VC sont les relais communautaires et certains hommes du village. Au total 174 personnes (144 pour les Cscom) ont été interrogées pour l'ensemble des trois districts conformément au tableau ci-après :

Noms districts sanitaire	Patients		Autres habitants (hommes/relais)		personnel		Total
	Csref	Cscom	Csref	Cscom	Csref	Cscom	
Doila	4	27	1	7	2	7	48
Ouéléssébougou	10	37	1	13	2	4	67
Koulikoro	5	35	3	10	2	4	59
Total	19	99	5	30	6	15	174



Résultats

Les défis liés à l'élaboration de la liste des patients

Beaucoup de patients n'ont pas pu être retrouvés ou ont été difficile à retrouver au cours de la VC pour des raisons variées. Ex: les patients à enquêter sont sélectionnés à partir de registres manuscrits qui comportent souvent des informations incomplètes.

Sur le terrain, les enquêteurs de la VC se sont rendu compte que certains noms étaient mal écrits ou qu'ils étaient portés par plusieurs personnes. Cette situation a rendu plus difficile le travail dans les zones urbaines. Il y a eu des cas aussi où les patients ont bénéficié des soins au Cscom alors qu'ils habitent dans une aire de santé voisine. Le travail des enquêteurs a été aussi ralenti parce qu'ils n'ont pas obtenu la liste des patients à temps (cas de Koulikoro).

“ Normalement les noms doivent être accompagnés de numéro dans le registre du CSCOM mais ça n'existait pas dans la plupart des cas... ”
(superviseur ONG VC, Dioila).

Les défis liés à l'application des procédures de la VC

Selon les enquêteurs, le temps qui leur était accordé (entre 5 et 10 jours) était trop court. Cette situation explique en partie les cas de fraudes (fiches remplies sans que l'enquêteur ait été en contact avec ces personnes). Au passage des enquêteurs, certains patients étaient absents de leur village (travaux dans le champ, décès, voyage). En l'absence des patients, les personnes qui les ont accompagnés ont été interrogées par les enquêteurs. Beaucoup d'entretiens se sont déroulés en présence ou à proximité de l'entourage du patient et cette situation a créé la gêne dans certains cas notamment quand il fallait évoquer la grossesse ou l'accouchement.

En l'absence de leurs maris, beaucoup de femmes n'ont pas été en mesure de montrer aux enquêteurs certaines pièces exigées comme les carnets de vaccination ou les ordonnances portant le coût des soins.

Ce qu'on n'attendait pas de la vérification communautaire

Selon les données recueillies la VC a permis de sensibiliser les personnes interrogées sur l'importance des consultations prénatales et postnatales, la vaccination des enfants, l'utilisation des moustiquaires, la nécessité d'aller au Cscm en cas de maladies ou de bien conserver les carnets de vaccination. Les questions qui leur ont été posées ont aussi créé chez elles le sentiment qu'elles ont des droits vis-à-vis de leur centre et qu'elles ont le pouvoir d'influencer le travail des agents de santé.

“ Mon mari était présent avec l'enquêteur et aussi mes beaux-parents. Ils étaient tous présents. [...] ce n'était pas dans la discrétion. J'ai voulu même cacher des informations par rapport à mon enfant. ”

(A.F., patiente Dioila)

“ Il a parlé de comment prendre les médicaments, de faire les vaccinations aux dates prévues. ”

(S.B., patiente, Ouéléssébougou)



Conclusion

Cette étude a montré que lors de la VC, les enquêteurs ont été confrontés à divers problèmes pendant la collecte des données. Une meilleure gestion de ces problèmes est la condition pour améliorer la qualité des futures VC.



Recommandations

- Donner plus de précisions sur les patients dans les registres (nom du tuteur, numéro de téléphone, adresse, repère à côté du domicile)
- Impliquer les ONG chargées de VC dans l'élaboration de la liste des patients
- Consacrer suffisamment de temps à la collecte des données sur le terrain
- Mener les entretiens avec les femmes en évitant la présence de tierces personnes
- Renforcer les missions de supervision lors de la VC

Source consultée

MISELI, 2017, Analyse thématique de la vérification communautaire du FBR au Mali.

miseli

l'anthropologie dans le développement

• Ilot n°17, Cité El Farako • BP E 5448 Bamako • Tél. (+223) 60 46 51 74 • siskoam@yahoo.fr •
www.miselimali.org

Le paiement des primes individuelles liées au FBR au Mali : les consignes officielles sont-elles indispensables ?

Tony Zitti, Abdourahmane Coulibaly, Valery Ridde, Christian Dagenais

Cette note présente les résultats d'une étude portant sur le partage des primes dans les CSRéf et les CSCom lors de la mise en œuvre d'un projet FBR dans la région de Koulikoro (Mali) entre 2016 et 2017.



Résumé

Les primes FBR ont été payées aux agents des centres de santé de référence (CSRéf) et des centres de santé communautaire (CSCom) avec plusieurs mois de retard. Selon les procédures définies par les concepteurs du projet, le calcul des primes devrait tenir compte du niveau de diplôme, des résultats quantitatifs et qualitatifs de chaque agent. L'étude a montré que la distribution des primes s'est déroulée de manière différente d'une formation sanitaire à une autre et qu'elle a peu respecté les procédures. Cette note donne des détails sur ces différents constats et formule des recommandations pour aider les décideurs à mieux organiser le partage des primes lors de la mise en œuvre des futurs projets.



Messages Clés

- Le retard du paiement des primes FBR s'explique principalement par le délai de mise en œuvre du projet, la lenteur administrative, les erreurs dans l'écriture des comptes bancaires ;
- Le peu de transparence lors de la distribution des primes est perçue comme une source de démotivation pour les agents ;
- Certains membres des CSRéf (chauffeurs, gardiens, hygiéniste, etc.) considèrent que les critères utilisés lors du partage des primes favorisent plus les cadres supérieurs (médecin, et personnel administratifs de grade supérieur).
- Les critères préalablement définis par les concepteurs du projet ont été peu suivis.



Introduction

Seulement une partie des fonds alloués par le projet FBR est versée sous forme de primes destinées au personnel de santé (40% dans les CSCom et 60% dans les CSRéf). Le reste de l'argent est destiné à faire des réalisations en faveur des formations sanitaires. Dans les normes, le paiement des primes du personnel intervient après diverses évaluations réalisées sur la base des indices et du rendement de chaque agent. Notre recherche visait à comprendre la façon dont les primes ont été distribuées dans la pratique en utilisant les techniques de l'enquête qualitative.



Approche et Résultats ..

Les données ont été collectées auprès du personnel de santé (CSRéf et CSCom), des membres de l'association de santé communautaire (ASACO), du conseil de cercle et les fonctionnaires des mairies.

Région concernée	Koulikoro
Période de collecte des données	Septembre – novembre 2017
Nombre et types d'établissements sanitaires concernés par les enquêtes	12 CSCom et 3 CSRéf
Nombre d'entretiens réalisés	137

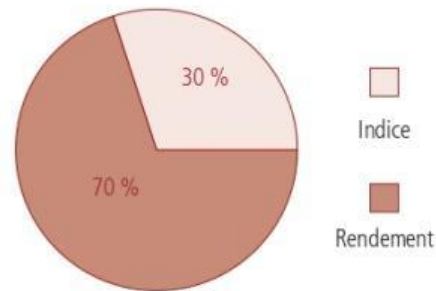


Le calcul des primes selon les procédures du projet

La prime à payer à l'employé est fonction du montant disponible approuvé, du résultat technique trimestriel réalisé, de l'évaluation individuelle trimestrielle et de la valeur de l'indice correspondant à sa catégorie professionnelle.

Ainsi :

- 30 % du montant total des primes sont répartis entre le personnel en fonction des indices ;
- 70 % du montant total des primes sont répartis entre le personnel en fonction des performances individuelles.



“ Comme je t'avais dit c'est en fonction des catégories, il avait aussi la disponibilité des agents le cahier d'absence était là, le nombre de jours d'absence était compté qui faisait perdre des points. J'ai fait le calcul dans mon ordinateur à Dioila. ”

(DTC, Banco)



Ce qui s'est passé lors du paiement des primes

Les équipes des CCom ont été nombreuses à faire le partage sur la base de décisions prises à l'interne. La raison principale de ce partage des primes en dehors des procédures officielles est l'absence de maîtrise du système de calcul. Dans certains cas, on a décidé de donner le même montant à tout le monde. Dans certains CCom, les bénévoles ont bénéficié des primes grâce à des montants cotisés par les autres agents par solidarité. Dans deux des trois CSRéf, l'évaluation de la performance individuelle des agents n'a pas pu être réalisée.

Le partage des primes a été effectué sur la base du salaire et des indices sans prendre en compte le rendement individuel. Seul dans le troisième CSRéf, où le personnel avait participé à un projet FBR précédent, la distribution a été faite en tenant compte des critères officiels.



Perceptions des agents sanitaires sur le partage des primes

L'enquête a montré que la grande majorité des agents de santé ne connaissait pas le montant global des primes perçues par leur centre, ni la part réservée aux investissements ou aux primes du personnel. Dans beaucoup de cas, le DTC a calculé les montants que chacun devait recevoir et les agents n'ont pas su comment le calcul a été fait. Cette situation a été perçue comme un manque de transparence et a entraîné un sentiment de méfiance et d'injustice.

- Le long retard pris avant le versement des primes (six mois) a fait en sorte que beaucoup d'agents de santé n'y croyaient plus;
- La période considérée pour le calcul des primes (un trimestre) ne correspondait pas à celle attendue par le personnel sanitaire et précisé par le projet (deux trimestres);

“ Il faut informer les gens sur les sommes qui sont disponibles au niveau du CSRéf et de la manière dont l'argent est réparti. Sinon on va penser qu'il y a anguille sous roche. ”

(Sage-femme, CSRéf)

“ Il devrait nous montrer tout et de procéder au partage, dans la transparence sinon de cette façon chacun aura une petite pensée derrière la tête ”

(infirmier, Banco)



Conclusion

Les procédures de paiement des primes aux agents ont fait l'objet de décisions prises à l'interne et appliquée la plupart du temps sans respecter les normes définies par le projet. Une meilleure maîtrise de ces procédures est la clé pour éviter de tels problèmes dans l'avenir.



Recommandations

- Réaliser les activités de mise en œuvre du projet dans les délais prévus (vérification des résultats quantitatifs et qualitatifs, vérification communautaire) qui sont des préalables pour le paiement des primes ;
- Accorder plus de temps au calcul des primes pendant les sessions de formation initiale des équipes chargées de la mise en œuvre du FBR ;
- Donner des informations sûres aux agents concernant les délais de mise en œuvre des différentes activités du projet.

Références bibliographiques

MISELI, 2018, Le processus de distribution des primes FBR dans les CSCom lors de la mise en œuvre du projet FBR (2016 -2017), Rapport de recherche.

MISELI, 2018, Le processus de distribution des primes FBR dans les CSCref lors de la mise en œuvre du projet FBR (2016-2017), Rapport de recherche.

Conception graphique : ©Sandra Derrichs / Pictogrammes : © The Noun Project

miseli

l'anthropologie dans le développement

• Ilot n°17, Cité El Farako • BP E 5448 Bamako • Tél. (+223) 60 46 51 74 • siskoam@yahoo.fr •
www.miselimali.org

Les problèmes de mise en œuvre du FBR au Mali nuisent à l'augmentation de la motivation du personnel de santé

Amandine Fillol, Amadou Djiguinde, Abdourahmane Coulibaly, Tony Zitti, Valéry Ridde

Au Mali, un programme de financement basé sur les résultats (FBR) a été mis en œuvre dans la région de Koulikoro en 2016-2017. Cette note présente les résultats d'une étude qui a permis d'observer que ce programme pourrait augmenter la motivation du personnel de santé. L'idée des primes est très appréciée par les agents mais les problèmes de mise en œuvre sont un obstacle important. Nous avons proposé plusieurs recommandations à la fin de cette note afin de limiter les effets des problèmes de mise en œuvre.



Faits saillants

- Les problèmes de mise en œuvre du FBR au Mali nuisent à l'augmentation de la motivation du personnel de santé
- La faible participation des agents dans la mise en œuvre du FBR empêche d'avoir des effets sur la motivation à long terme
- Le processus de distribution des primes doit tenir compte des conceptions locales de la justice afin de ne pas créer de conflits entre les agents.



Introduction

Au Mali, les recherches montrent que les fonctionnaires du secteur public sont peu motivés à cause de multiples facteurs (faible rémunération, manque de moyens de travail, absence de considération, mauvaise organisation et répartition du travail, etc.). Afin notamment d'améliorer la motivation des agents de santé, une intervention pilote de financement basé sur les résultats (FBR) a été organisée pendant six mois dans 10 districts de la région de Koulikoro en 2016 - 2017. L'objectif de l'étude est de comprendre les effets du FBR et notamment des primes sur la motivation des agents de santé.

Fonctionnement du FBR

C'est un mécanisme de financement du système de santé qui offre des primes, aux professionnels de santé et aux formations sanitaires. Le montant de ces primes est basé sur des objectifs de performance prédéterminés.

- 1) Les paiements destinés aux formations sanitaires peuvent permettre d'investir dans des ressources matérielles ou humaines pour le fonctionnement et l'amélioration des conditions de travail.
- 2) Les primes pour les professionnels de santé seraient efficaces pour augmenter leur motivation et leur productivité



Approche

Douze Centres de santé communautaires (CSCOM) ont été sélectionnés dans trois des dix districts de la région de Koulikoro. Au total, 84 entretiens y ont été réalisés avec des professionnels de santé et des membres des associations de santé communautaires (ASACO) qui gèrent les CSCOM. Trois types de motivations ont été analysées: financière, morale et sociale.



La motivation financière

La motivation financière correspond au désir de réaliser son travail afin d'obtenir des primes ou son salaire.

Résultat 1

Les primes ont été perçues comme très encourageantes par la majorité des agents.

Résultat 2

Mais les problèmes de mise en oeuvre (manque de compréhension des indicateurs, retards de paiement) ont provoqué des déceptions parmi les agents.

Résultat 3

Le responsable du CSCOM est un agent primordial dans la gestion des problèmes de mise en oeuvre. Son leadership et la façon qu'il a de motiver son équipe peut permettre aux agents de ne pas se laisser décourager par les problèmes de mise en oeuvre.



Résultats

“Ça m'a encouragé davantage pour les jours à venir pour que je puisse gagner plus. Je peux dire que c'est toujours le courage. Toujours quand tu gagnes quelque chose dans ton travail, tu prends courage.”
(Vaccinateur).

“Parce que vu le boulot qu'on a ici et après avoir vu le résultat qu'on a eu, c'était décourageant. Ce n'est pas parce que l'argent était petit, mais c'est le résultat qui m'a un peu mis mal à l'aise [...] surtout que je n'ai pas reçu assez d'informations sur les indicateurs.”
(Sage-femme)

“Il n'y a pas eu de problème quand les gens ont reçu leur argent, car je les avais briffés comme quoi on n'avait pas travaillé donc qu'il ne fallait pas qu'on s'attende à une grande somme. Donc chacun a pris son argent et s'en est allé.”
(DTC1)



La motivation morale

La motivation morale correspond au désir d'agir en accord avec ses valeurs et ses croyances, de façon indépendante des avantages personnels, afin d'avoir l'impression d'adopter un comportement considéré comme juste

Résultat 1

La motivation des agents n'est pas uniquement liée aux primes mais aussi à leurs valeurs que leur travail permet de respecter. Parfois, les nouvelles pratiques amenées par le FBR (comme le remplissage des registres, les nouvelles consignes sur l'hygiène) ont pu renforcer cette motivation « morale » car ils se sentaient plus efficaces.

“Aussi on nous apprend des choses. Par exemple si on jetait le ciseau par terre, quand FBR est venu, on a su que ce n'est pas bien. La propreté aussi est venue [...] Le savoir aussi.”

(Gérante)

“J'ai commencé à sentir. Lors du FBR, chacun voulait ça, mais maintenant les gens ne mettent plus le paquet pour l'avoir.”

(DTC3)

Résultat 2

Mais souvent, l'apparition de ces nouvelles pratiques n'a pas été durable. Ceci s'explique en partie par une faible/absence de participation des agents dans la conception du programme. Cela n'a pas permis aux agents de s'investir dans la mise en œuvre du programme.

“Parfois tu te réjouis lorsque tu vois des patients qui ont des problèmes de santé, que ça soit un enfant ou un adulte, tu es arrivé à lui débarrasser de son problème de santé, cela te réjouira franchement puisque tu as pu gérer le problème sans que le patient soit amené ailleurs. Franchement, cela est un succès selon moi.”

(DTC2)



La motivation sociale

La motivation sociale correspond à la recherche de relations sociales dans le milieu de travail qui favorisent l'approbation et/ou l'acceptation des autres. Elle est liée au besoin de s'identifier à un groupe, d'adhérer aux normes. La question du sentiment de justice au sens d'équité de traitement est centrale.

Résultat 1

La distribution des primes est souvent vécue comme un processus injuste et frustrant qui peut augmenter les conflits dans les CSCOM. La majorité des agents attachent une grande importance au fait d'être payé en fonction du travail fourni, mais la perception du travail est très différente selon les personnes.

“Quand tu demandes à la personne de faire son travail et la personne fait son travail comme il faut, si elle ne bénéficie de rien ça aussi c'est un problème [...]Maintenant que les primes tombent et tu ne bénéficies de rien, ça décourage!”

(Membre ASACO)

Résultat 2

Le FBR a pu augmenter le travail collectif mais il ne remplace pas la cohésion d'équipe et un environnement favorable à la confiance entre collègues et à l'entraide.

“ Tu sais nous sommes des Maliens même si on est frustré on ne le montre pas... Lorsqu'on signe on voit pour les autres donc ça provoque obligatoirement des frustrations [...] personne n'a rien manifesté mais tu sens même lors du partage qu'il y a des gens qui n'étaient pas vraiment contents. ”

(Infirmier)

Résultat 3

Tous les agents ne sont pas équivalents. Certains sont plus sensibles à l'idée des primes que d'autres. Certains apportent plus d'importance aux relations avec les patients ou à la réputation qu'aux primes. C'est particulièrement vrai pour les matrones.

“ Que ça soit ou pas le FBR je fais toujours le même travail, que je reçois ou pas des primes ça m'est égal. En plus ce n'est pas mon salaire c'est juste pour me motiver, donc peu importe le montant qu'on me donne. Même quand tu venais, tu m'as trouvé en train de prier la prière du crépuscule ici donc c'est pratiquement comme ça tous les jours même si je ne suis pas en garde, je quitte tardivement ici. ”

(Matrone)



Recommandations

Les résultats produits nous amènent à proposer les recommandations suivantes :

- Renforcer le leadership des responsables des formations afin de pouvoir gérer les impacts parfois importants des problèmes de mise en œuvre sur la motivation des agents
- Améliorer l'appropriation du FBR par les agents lors de son arrivée dans les formations. Pour cela, favoriser la mise en œuvre collective et participative.
- Réaliser la distribution des primes de façon à convenir à la majorité des agents de chaque formation. Pour cela, il faudrait prévoir un moment de concertation dans chaque formation pour la mise en œuvre de la distribution.

Remerciements

Nous remercions Christian Dagenais pour ses relectures répétées.

Bibliographie

Ministère de la santé du Mali. (2009). Développement des ressources humaines pour la santé. Plan stratégique national 2009-2015. Bamako. Retrieved from http://www.who.int/workforcealliance/countries/Mali_HRHPlan_2009.pdf

Miseli (2018). La motivation des agents de santé dans un contexte de FBR au Mali : étude de cas dans trois districts. Miseli : Bamako. Disponible sur : www.miseli.org

miseli

l'anthropologie dans le développement

La mise en œuvre du FBR dans les CSCom au Mali : quelles leçons retenir ?

Abdourahmane Coulibaly, Tony Zitti, Valery Ridde, Christian Dagenais

Cette note politique explique les défis liés à la mise en œuvre du FBR dans les centres de santé communautaire (CSCom) au Mali.



Messages Clés



Résumé

Les résultats montrent que la mise en œuvre du FBR a été marquée par beaucoup de prises d'initiatives de la part du personnel des structures sanitaires pour gagner plus de primes. Ces initiatives ont concerné plusieurs domaines notamment le recours aux soins, l'accueil des patients ou la gestion des stocks de médicament.

- Le démarrage du FBR a été très marqué par les prises d'initiatives pour augmenter les chances d'obtenir les primes ;
- Les CSCom performants avec un leadership affirmé ont montré une plus grande capacité de collaboration entre parties prenantes (équipe sanitaire, association de santé communautaire, mairies) ;
- Diverses mesures ont été prises pour favoriser le recours aux soins (e.g. distribution de savon pour récompenser les femmes qui viennent en consultation prénatale) ;
- Des initiatives ont été également prises pour améliorer l'accueil des patients et la gestion des stocks de médicaments ;
- Les relais communautaires ont été peu impliqués dans la mise en œuvre du projet.



Introduction

Le financement basé sur les résultats (FBR) consiste notamment à octroyer des primes aux agents de santé en fonction des résultats qu'ils produisent. Au Mali, un projet FBR financé par la Banque mondiale a été mis en œuvre dans les 10 districts sanitaires de la région de Koulikoro entre juillet 2016 et février 2017 dans le but d'améliorer la performance du système de soins.

Il a succédé à un autre projet FBR mis en œuvre entre 2012 et 2013. L'objectif visé par l'étude est de comprendre la mise en œuvre du projet afin de produire des données pertinentes pouvant aider à la prise de décision. Il en découle des recommandations formulées à la fin de cette note politique.



Le fonctionnement du FBR

- Le projet a retenu des indicateurs associés à la santé de la reproduction pour lesquels les agents reçoivent des rémunérations en fonction des résultats obtenus pour chaque indicateur.
- Des évaluations sont menées pour déterminer le niveau de rendement de chaque agent
- L'association de santé communautaire (Asaco) chargée de la gestion quotidienne du centre reçoit 60% des primes pour réaliser des travaux dans le centre ou acheter les équipements contre 40% pour payer les primes individuelles aux agents.



Approche et Résultats

L'association de recherche MISELI a mené une enquête qualitative dans 12 centres de santé communautaire (CSCoM) appartenant à trois des 10 districts sanitaires concernés. Les résultats présentés dans cette note s'appuient sur les données provenant de 161 entretiens et 96 séances d'observations ainsi que de nombreux entretiens informels.



Habitudes et croyances du milieu

Plusieurs éléments du contexte sont susceptibles d'avoir un impact négatif sur les résultats du FBR. Par exemple, il y a une tendance répandue à ne pas se rendre à la consultation prénatale (CPN) parce que la grossesse est vécue comme une "honte". Certaines femmes n'aiment pas que leur accouchement soit effectué par les hommes ou par de jeunes matrones. La planification familiale est perçue par certains comme contraire aux normes sociales. Il existe dans les districts sanitaires des systèmes thérapeutiques parallèles notamment la pharmacopée traditionnelle et les produits issus de la filière des médicaments de la rue.



Perceptions du FBR

Le FBR est généralement considéré comme une intervention qui rapporte des ressources au centre de santé et motive le personnel. La plupart des arguments avancés par les répondants pour justifier leur attitude favorable au FBR est que les objectifs de l'initiative correspondent aux valeurs qu'ils défendent. Pour certains des enquêtés, il permet d'instaurer une nouvelle gouvernance basée sur des critères d'équité et de transparence. La plupart des indicateurs proposés à l'achat sont perçus comme pertinents voire prioritaires (consultations prénatales, consultations post natales, accouchements assistés, vaccination des enfants).



Le déroulement des actions du projet

L'intervention s'est déroulée en deux phases: une consacrée à la préparation et une autre au développement du projet.

Phase	Activités	Durée
Préparation	<ul style="list-style-type: none">• Information du personnel sanitaire, des membres de l'Asaco et de la mairie sur les objectifs et le fonctionnement du projet FBR• Information/sensibilisation des populations des villages concernés par le projet	1 mois
		1 mois
Réalisation	<ul style="list-style-type: none">• Mise en place de nouvelles mesures pour améliorer l'accueil (désignation d'un agent d'accueil d'orientation)• Changements dans le remplissage des fiches de données (plus de rigueur)• Changement dans le système de nettoyage (plus régulier et plus intense)• Instauration d'un cahier de présence• Instauration de nouvelles mesures pour la gestion des stocks de médicaments (intervalle de suivi des stocks plus rapproché)• Réorganisation du système de garde en maternité avec une plus grande présence du personnel qualifié• Renforcement des liens de collaboration entre Asaco et équipe sanitaire (Asaco plus présente dans le centre)	4 à 5 mois



Principales leçons à retenir

- Le personnel des CSCom ayant participé au projet FBR précédent (2012 - 2013) se montre beaucoup plus critique envers l'actuel projet jugé moins avantageux à cause des primes plus faibles;
- Le personnel peu diplômé (manœuvre, aide – soignant, hygiéniste) est moins informé sur les procédures du FBR que les médecins, les infirmiers, les sages – femmes.
- Dans beaucoup de centres, le déficit de formation du personnel dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) et de la prise en charge de la tuberculose (TB) a eu une influence négative sur la prise en charge de cette catégorie de patients;
- Les prises d'initiatives ont été moins marquées dans les CSCom faiblement performants que dans les CSCom performants à cause d'un plus grand leadership des directeurs techniques des centres (DTC).

“Elles ne peuvent pas avoir les 4 consultations. Si la femme ne voit pas son ventre et que tous s'en rendent compte, elle refuse de venir. Les femmes disent que la grossesse est une honte.”

(Matrone Cscocom Z)



Conclusion

L'analyse de la mise en œuvre du FBR a permis de faire quelques constats notamment le déficit de formation du personnel dans certains domaines rémunérés par le FBR et la sous information du personnel non qualifié. Des mesures doivent être mises en place pour corriger ces insuffisances lors du démarrage de nouveaux projets FBR.



Recommandations

- Donner d'avantage d'éclairages au personnel peu diplômé dans les sessions de formation initiale et particulièrement sur les procédures du FBR et le calcul des primes.
- Renforcer les capacités techniques des centres pour leur permettre d'atteindre les cibles de certains indicateurs comme la PTME, la TB.
- Prendre en compte le travail des relais et des agents de santé communautaire (ASC) pour renforcer la mobilisation communautaire.

Références bibliographiques

MISELI, 2018, La mise en œuvre du FBR dans les districts sanitaires de Dioila, Ouélessébougou et Koulikoro, Analyse transversale, Rapport de recherche.

miseli
l'anthropologie dans le développement

• Ilot n°17, Cité El Farako • BP E 5448 Bamako • Tél. (+223) 60 46 51 74 • siskoam@yahoo.fr •
www.miselimali.org

Les problèmes liés au choix des indicateurs dans le cadre de la mise en œuvre du FBR au Mali

Abdourahmane Coulibaly, Tony Zitti, Valery Ridde, Christian Dagenais

Cette note de politique présente les résultats d'une étude qualitative portant sur la façon dont le personnel sanitaire perçoit les types de prestations (indicateurs) concernés par le paiement des primes dans le cadre du projet FBR mis en œuvre entre 2016 et 2017 dans la région de Koulikoro pour réduire la mortalité maternelle et infantile.



Résumé

Cette recherche visait à produire des données pertinentes sur la façon dont les indicateurs ciblés par le projet FBR sont perçus par le personnel sanitaire. Au Mali, dix indicateurs quantitatifs au niveau des centres de santé communautaire (CSCoM) et trois au niveau des centres de santé de référence (CSRéf) ont été choisis pour le versement des primes aux agents. Les résultats montrent que pour beaucoup de répondants, certains de ces indicateurs ne sont pas pertinents alors que d'autres indicateurs jugés pertinents n'ont pas été pris en compte.



Messages Clés

- Pour le personnel de santé, la plupart des indicateurs du projet concernés par les primes correspondent à des priorités sanitaires;
- Les cibles de certains indicateurs comme la prévention de la transmission mère enfant (PTME) sont difficiles à atteindre pour des raisons que les agents de santé peuvent difficilement influencer;
- Les agents de santé n'ont pas apprécié le fait de ne pas avoir été associés au choix des indicateurs;
- Beaucoup d'agents de santé au niveau des CSRéf ont souligné le fait que les indicateurs choisis sont en nombre insuffisant et que les primes proposées sont faibles.



Introduction

Le FBR est une approche où le personnel sanitaire reçoit des primes en fonction du niveau de rendement. Le projet FBR a été mis en œuvre dans 205 centres de santé communautaire (CSCoM) et dix centres de santé de référence (CSRéf) de la Région de Koulikoro entre juillet 2016 et février 2017. Les indicateurs concernés par les primes ont été choisis par les concepteurs du projet sans possibilité de les adapter au contexte local.

Les autres parties prenantes de la mise en œuvre du projet (personnel sanitaire, association de santé communautaire, mairie, conseil de cercle) n'ont pas été associées à ces choix. L'étude vise à comprendre comment le personnel sanitaire interprète les indicateurs choisis par le projet. L'analyse des données recueillies a permis de formuler des recommandations pouvant guider la conception des futurs projets FBR.



Approche et Résultats ..

Les données de cette étude ont été recueillies auprès du personnel sanitaire entre décembre 2016 et janvier 2017 dans 12 CSCoM et 3 CSRéf de la région de Koulikoro au Mali. Pour les CSCoM, elle a porté sur 161 entretiens et 46 entretiens informels, tandis que pour les CSRéf 36 entretiens et 16 entretiens informels ont été réalisés.

Des indicateurs choisis pour contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale



L'objectif du projet FBR était de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. C'est pourquoi, depuis la conception du projet, les indicateurs proposés à l'achat ont été choisis dans le domaine de la santé de la reproduction et concernent donc essentiellement les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

Liste des indicateurs du projet

CSCoM	Prix unitaire en Franc CFA
Nombre de CPN4	3 968
Nombre d'accouchements assistés par un personnel qualifié	1 984
Nombre de CPON3 (de soins postnataux) réalisés	661
Nombre de femmes sous planification familiale moderne	2 645
Nombre de cas de paludisme chez la femme enceinte correctement pris en charge (dépistés et traités correctement)	1 323
Nombre de femmes enceintes (testées HIV positive) mises sous prophylaxie ARV	2 976
Nombre d'enfants de moins de 12 mois complètement vaccinés	397
Nombre de consultations d'enfants de moins de 5 ans conformes à la PCIME	397
Nombre de cas de paludisme chez l'enfant de moins de 5 ans correctement pris en charge (dépistés et traités correctement)	198
Nombre de cas de tuberculose simple pris en charge DOT	2 645
CSRéf	Prix unitaire
Nombre de complications prises en charge au moment de l'accouchement (y compris césariennes ...)	13 227
Nombre de cas référés correctement pris en charge et contre référés	992
Nombre de cas de paludisme compliqué chez l'enfant (0 à 5 ans)	992



La plupart des indicateurs du projet sont considérés comme des priorités sanitaires

Les indicateurs du projet sont en général perçus comme pertinents par le personnel sanitaire qui trouve qu'ils reflètent les problèmes importants de leur centre, à savoir la sous-utilisation des services de consultation prénatale (CPN), consultation postnatale (CPON), accouchements assistés, traitement du paludisme chez la femme enceinte, vaccination des enfants, paludisme chez les enfants.



Il y a aussi des indicateurs jugés pertinents mais qui n'ont pas été retenus par le projet

La plupart des participants à l'enquête ont évoqué des indicateurs pertinents pour leur centre mais qui n'ont pas été pris en compte par le FBR. Il s'agit le plus souvent des consultations curatives, des accouchements réalisés par les matrones, des maladies séniles, du travail réalisé par les relais communautaires, de la prise en charge de la malnutrition.



Cependant, certains indicateurs sont jugés non pertinents

Dans les CSCom, beaucoup de personnes ayant participé à cette enquête ont estimé que les résultats liés aux deux indicateurs « nombre de femmes enceintes (testées HIV positive) mises sous anti rétroviraux » et « nombre de cas de tuberculose simple pris en charge » sont difficiles à atteindre à cause du manque de formation des agents dans ces domaines et des ruptures des tests de dépistage. Les perceptions négatives liées au sida et à la tuberculose dans la société découragent le dépistage de ces maladies.



Pour beaucoup d'agents des CSRéf, le nombre d'indicateurs du projet est peu élevé et les prix d'achat sont trop faibles

Certains agents des CSRéf ont déclaré que comparativement au projet FBR précédent, les indicateurs choisis sont en nombre très limités, ne concernent pas toutes les unités du centre et sont centrés sur la santé de la reproduction. Le prix d'achat des indicateurs a aussi été jugé trop faible. Une telle situation favorise la démotivation chez les agents des services non impliqués dans le FBR.

“ La tuberculose souvent on a zéro cas et cela ne nous rapporte rien et c'est pareil aussi pour le cas des femmes enceintes testées positives et on n'avait même pas les tests (VIH). ”

(Directeur technique CSCom)

“ Quand vous avez un projet qui ne prend en compte que trois indicateurs quantitatifs surtout focalisés sur la santé de la reproduction, les autres (personnel de santé non impliqué dans les soins relatifs aux trois indicateurs) se sentent un peu lésés et en marge. ”

(Médecin chef de district)



Conclusion

Les indicateurs qui ont été proposés à l'achat dans le cadre du FBR ne sont pas toujours adaptés au contexte local. Les futurs projets FBR gagneraient à développer une approche plus participative au moment de définir ces indicateurs.



Recommandations

- Impliquer les parties prenantes dans la définition des indicateurs dès la conception du projet ;
- Définir les indicateurs en fonction des capacités techniques des centres à atteindre les cibles ;
- Augmenter le nombre d'indicateurs quantitatifs au sein des CSRéf en choisissant au moins un indicateur par unité pour une meilleure implication des acteurs.

Références bibliographiques

MISELI, 2018, La mise en œuvre du FBR dans les CSCom lors de la mise en œuvre du projet FBR (2016 – 2017), Rapport de recherche ;

MISELI, 2018, La mise en œuvre du FBR dans les CSref lors de la mise en œuvre du projet FBR (2016 – 2017), Rapport de recherche ;

miseli
l'anthropologie dans le développement

Les défis de l'accès aux connaissances et à l'information lors du démarrage d'un projet FBR au Mali

Abdourahmane Coulibaly, Tony Zitti, Valery Ridde, Christian Dagenais

Cette note politique fait la synthèse des résultats d'une recherche qualitative portant sur le processus de la transmission de l'information dans les centres de santé communautaire (CSCoM) et les centres de santé de référence (CSRéf) lors du démarrage d'un projet de financement basé sur les résultats (FBR) dans la région de Koulikoro au Mali.



Résumé

La recherche avait comme objectif de recueillir des informations pertinentes sur la transmission des connaissances et de l'information lors de la mise en œuvre du projet FBR. Les parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre du FBR ont reçu des informations sur le projet à travers les sessions de formation organisées par les responsables du projet dans chaque district sanitaire, les restitutions de ces formations aux équipes des CSCoM ou encore les discussions informelles. L'analyse souligne que ces différentes activités d'information n'ont pas permis à beaucoup de participants de comprendre les procédures d'évaluation du personnel et les procédures de calcul des primes. Les résultats permettent de faire plusieurs recommandations.



Messages Clés

- La formation initiale et les restitutions ont permis de donner des informations générales aux parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre du projet;
- Dans les centres de santé, les moins bien informés sur le FBR sont les agents peu diplômés ou non diplômés;
- Le calcul des primes a été le sujet le moins maîtrisé à l'issue de la formation initiale;
- L'information a circulé de façon verticale entre les CSRéf, les directeurs techniques des CSCoM (DTC) et les membres du personnel.



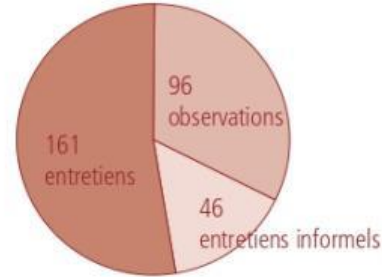
Introduction

Plusieurs canaux de diffusion de l'information ont été utilisés pour informer les parties prenantes lors du démarrage du projet FBR mis en œuvre dans la région de Koulikoro entre 2016 et 2017. Des campagnes d'information ont été organisées pour sensibiliser les populations et les inciter à aller au CSCom pour bénéficier des services suivants: quatrième consultation prénatale (CPN4), troisième consultation post natale (CPON 3), vaccination des enfants de moins de 5 ans.



Approche et Résultats ..

Les données ont été collectées au cours de l'enquête sur la mise en œuvre du FBR. Elles reposent sur 161 entretiens, 96 observations et 46 entretiens informels.



La formation initiale

La formation initiale a été un préalable au démarrage du projet FBR. Les participants composés, le plus souvent des DTC, des représentants de la mairie et de l'Association de santé communautaire (Asaco) ont reçu des informations variées sur le FBR (objectifs, activités, indicateurs, procédures d'achat des indicateurs).

Beaucoup de personnes ont trouvé que la durée de la formation (trois jours) n'était pas suffisante pour développer tout le contenu du programme de formation et approfondir les explications.



Les sessions de restitutions

Après la formation initiale, l'équipe qui a pris part à cette rencontre a organisé des séances de restitution pour informer leurs collègues sur les détails du FBR. Tous les agents du CSCom ont généralement pris part à ces restitutions organisées par le DTC.

Les données montrent que les agents peu diplômés maîtrisent moins les informations sur le FBR que les autres. Beaucoup de relais communautaires n'ont pas souvent été associés aux séances de restitution et en conséquence, ils sont les moins bien informés alors qu'ils sont au centre des activités visant à sensibiliser la communauté.



Les échanges informels

En dehors des restitutions, beaucoup d'agents ont reçu les informations de façon informelle par leurs collègues ou le DTC.

Le FBR a fait aussi l'objet de discussions pendant les rencontres périodiques des DTC au CSRéf.

Ces informations informelles ont été souvent vagues et peu détaillées.



Les campagnes d'information de la communauté

Dans certains cas, une délégation composée des principaux responsables de la gestion de la santé de la communauté (DTC, président de l'Asaco, maire) a fait le déplacement dans les villages pour sensibiliser les populations en vue de faire augmenter le taux de CPN4, CPON3, vaccinations des enfants de moins de 5 ans.

Dans d'autres cas, les chefs de village, les associations de femmes, le conseil communal ont été regroupés en vue de les sensibiliser.

Certaines matrones ont été sensibilisées sur les mêmes thèmes afin qu'elles sensibilisent à leur tour les populations sur la base des informations reçues. Beaucoup de relais communautaires ont été sollicités pour transmettre l'information aux populations lors de séances de causeries débats.

“ Pour moi, la formation est un peu courte. La durée est un peu courte parce que voyant le temps imparti, celui qui n'a pas l'habitude de voir le FBR pour qu'on lui explique profondément pour que la personne comprenne bien, c'est un peu problème. ”

(leader com)

“ Je n'ai pas pu avoir de renseignements à propos de leur façon de travailler, mais j'en ai entendu parler. ”

(Relai communautaire)



Conclusion

Le démarrage du projet FBR a été marqué par la mise en place de multiples stratégies d'informations ciblant différents publics. Ces stratégies ont montré leur limite. Des adaptations sont nécessaires pour une communication plus efficace autour du FBR.



Recommandations

- Augmenter la durée de la formation initiale;
- Insister sur les thèmes relatifs aux procédures d'évaluation du personnel et aux procédures de calcul des primes;
- Tenir compte de la disparité entre les niveaux scolaires des participants au cours de la formation;
- Impliquer les relais communautaires dans les sessions de formation pour qu'ils maîtrisent davantage les informations sur le projet.

miseli

l'anthropologie dans le développement

• Ilot n° 17, Cité El Farako • BP E 5448 Bamako • Tél. (+223) 60 46 51 74 • siskoam@yahoo.fr •
www.miselimali.org

Annexe 9 : Publication sur les réseaux sociaux



ZITTI TONY
@ZITTI_Tony



Read my latest research on : Does the gap between health workers' expectations and the realities of implementing a performance-based financing project in Mali create frustration? Published in

[#GlobalHealthResearchandPolicy](#)

Read rdcu.be/ceBB3

[@_julia_lohmann](#) [@ValeryRidde](#)

[Traduire le Tweet](#)

Zitti et al. *Global Health Research and Policy* (2021) 6:5
<https://doi.org/10.1186/s41256-021-00189-0>

Global Health
Research and Policy

RESEARCH **Open Access**

Does the gap between health workers' expectations and the realities of implementing a performance-based financing project in Mali create frustration?

Tony Zitti^{1,2,3*}, Amandine Filhol^{1,4}, Julia Lohmann^{5,6}, Abdourahmane Coulibaly^{3,7} and Valéry Ridde¹



5:31 AM · 3 févr. 2021 · Twitter for Android

Annexe 10 : Liste des participants et termes de référence des ateliers de conception du projet PACSU au Mali

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTÉ

DNS - N°Tominkorobougou - BP 233

Tél : 20-22-64-97 / 20-23-33-52/fax : 20-22-36-74

N° 9 2 6 - - /MSHP /SG/DNS

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple Un But Une Foi

Bamako, le 03 AOUT 2018

Le Directeur National de la Santé

/-)ux

- Chefs de Services Centraux du MSHP,
- Partenaires techniques et financiers
- Représentants de la Société Civile

Lettre d'invitation

Objet : Atelier de finalisation de la composante "financement basé sur les résultats" du projet « Accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle au Mali » de la Banque Mondiale

Mesdames / Messieurs,

Depuis 1990, le gouvernement du Mali a adopté la politique sectorielle de santé et de population. Cette politique s'inspire de la politique de soins de santé primaire proclamée en 1978 à ALMA ATA, de l'initiative de Bamako et du cadre stratégique de croissance et de réduction de la pauvreté.

Le PRODESS III et les différents plans stratégiques notamment ceux de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile ont pris en compte la mise en œuvre d'approches innovantes comme le FBR pour accélérer les progrès vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement à travers l'utilisation de services de santé de qualité intégrant la satisfaction des clients.

C'est ainsi que le Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique a initié sur 18 mois deux projets (pré-pilote de FBR sur financement néerlandais dans le cadre de l'accélération des indicateurs de l'OMD5 en 2011 et pilote de FBR sur financement de la Banque Mondiale en 2016). Si le pré-pilote FBR a permis d'enregistrer des résultats encourageants à travers le développement d'un « FBR à la malienne », le pilote FBR quant à lui, n'a pas résisté aux multiples problèmes de mise en œuvre tels que les lourdeurs administratives, le retard dans le recrutement de l'assistance technique et dans la mobilisation des ressources, sources de restriction dans la durée de l'intervention qui n'a couvert seulement qu'un cycle de trois mois de mise en œuvre des plans de résultats.

Fort des leçons apprises du projet pilote, phase d'extension du pré-pilote, la Banque Mondiale et le Gouvernement du Mali ont décidé de mettre en place un projet intitulé « Accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle au Mali » avec comme objectif de mettre à échelle l'approche de financement basé sur les résultats (FBR) qui a déjà fait ses preuves pour l'augmentation des résultats dans beaucoup de pays surtout les pays en situations post-conflit ou à faible revenu dont le notre.

L'objet de ce qui précède est d'informer de la tenue du deuxième atelier technique sur le financement basé sur les résultats.

A cet effet, j'ai l'honneur de convier les responsables ci-dessous désignés audit atelier qui aura lieu du **14 au 16 août 2018 dans la salle de réunion de la Banque Mondiale à partir de 09 heures.**
Il s'agit de :

Prénoms et Noms	Structures /fonction
Dr Fatogoma TOGOLA	DNS/SI
Dr Mamadou BOIRE	DNS/DSR
Dr Dramane NIMAGA	ASP-Psm
Mme DIABATE Fati Aly BOCOUM	ANEH
Dr Brahim M. KONE	Personne ressource
Dr Toure Aissa Haidara	Consultante
Sidi CISSE	USAID
Dr Abdramane ZERBO	DNS/DESR
Dr Souleymane Ya SAMAKE	DNS/UPFIS
Dr Boureima PLEA	DNS/DESR
Dr Mohamed DIABATE	DNS/DESR
Doga MAÏGA	UNFPA
Dramane DAO	CGIC
Mr Abdourahmane Coulibaly	Misseli
Linh Groth	Terre des hommes
Dr Oumou DIARRA MAÏGA	DNS/DESR
Dr Baboua TRAORE	CADD/MSHP
Dr Moussa YATTARA	CPS
Dr Hassane TANGARA	ANAM
Dr Bakary DIARRA	Personne ressource
Tony ZITTI	Misseli
Dr Sylla Habibatou Diallo	FNUAP

Je sais compter sur les dispositions utiles que vous prendrez afin de marquer votre présence effective à cet atelier.

Je vous remercie de votre collaboration.

Pièces jointes : TDR et agendas

P/Le Directeur National de la Santé P.O
Le Directeur National Adjoint de la Santé

Dr Mamadou Désiré Mary KEITA
Chevalier de l'Ordre du Mérite de la santé



.....
Direction Nationale de la Santé

.....
Division Etablissements Sanitaires et Réglementation

TERMES DE REFFERENCE DU GROUPE DE TRAVAIL POUR LA FINALISATION DE LA COMPOSANTE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS (FBR) DU PROJET « ACCELERER LES PROGRES VERS LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE AU MALI »

I. Contexte et justification :

Depuis 1990, le gouvernement du Mali a adopté sa politique sectorielle de santé et de population. Cette politique s'inspire de la politique de soins de santé primaire proclamée depuis 1978 à ALMA ATA, de l'initiative de Bamako et du cadre stratégique de croissance et de réduction de la pauvreté.

Le PRODESS III et les différents plans stratégiques notamment ceux de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile ont pris en compte la mise en œuvre d'approches innovantes comme le FBR pour accélérer les progrès surtout dans le domaine de l'utilisation des services de santé de qualité intégrant la satisfaction des clients.

Depuis 2009 le ministère de la santé en collaboration avec la SNV/KIT a expérimenté la mise en œuvre de l'approche financement basé sur les résultats (FBR) dans son secteur santé.

Le FBR est une stratégie de financement qui offre une alternative au financement basé sur les intrants, en particulier lorsque ce dernier ne parvient pas à atteindre les résultats souhaités conformément aux objectifs de rendement fixés. En inversant simplement la séquence de deux processus clés d'affaires, à savoir "fournir le financement" et "produire des résultats" de manière que le financement soit conditionné à l'atteinte des résultats souhaités, les comportements des professionnels de la santé peuvent ainsi être positivement influencés. Inévitablement, les gestionnaires du système de santé ont besoin d'adapter la gouvernance et les règles du jeu, de revoir la répartition des flux de travail liés à ce processus d'affaires et d'assurer qu'ils soient tous orientés vers l'atteinte des résultats.

Il faut rappeler que l'approche FBR s'est révélée, dans plus de 35 pays à faible revenu, très efficace comme un « acheteur stratégique » pour l'augmentation des résultats ; mais jusque-là elle a été réalisée surtout pour accélérer l'atteinte des indicateurs de l'OMD5. Il est connu que dans d'autres programmes FBR, l'approche a contribué à motiver les agents de santé à être plus performants dans la planification des résultats des services prioritaires et à devenir plus sensible aux désirs, besoins et demandes de la population. Autrement dit l'argent suit les résultats ; ou on peut dire mieux : l'argent suit les utilisateurs des soins – puisque les paiements sont effectués après que les résultats aient été produits et vérifiés.

La plupart des expériences positives proviennent de pays en situations post-conflit (Rwanda, Burundi, RDC, Libéria). Actuellement des pays relativement stables comme le Bénin, le Ghana, le Burkina, le Niger et le Tchad ont adopté cette approche.

Le Financement basé sur les résultats est entrain d'attirer beaucoup d'attention au niveau mondial car considérée comme une stratégie pour atteindre des résultats dans le domaine de la santé ; il devient de

plus en plus une composante stratégique de l'intervention des partenaires au développement (Banque Mondiale, OMS, UNICEF, Coopération Néerlandaise, etc.).

Le Ministère de la Santé du Mali, a adopté cette approche et l'a inscrite dans le PRODESS III comme une stratégie de mise en œuvre du plan décennal. C'est ainsi que dans le cadre du programme triennal (2009-2011) de réduction de la mortalité maternelle, un projet pré-pilote, financé par les Pays Bas, a été initié en vu d'accélérer l'atteinte des indicateurs de l'OMD5. Cette phase pré-pilote de la stratégie FBR a été réalisée dans 3 districts sanitaires de la région de Koulikoro, (Banamba, Fana et Dioïla) pendant 18 mois. Ce pré-pilote a permis de développer le modèle de « FBR à la Malienne » basé sur la participation communautaire et d'enregistrer des résultats satisfaisants comme le montre le graphique suivant :

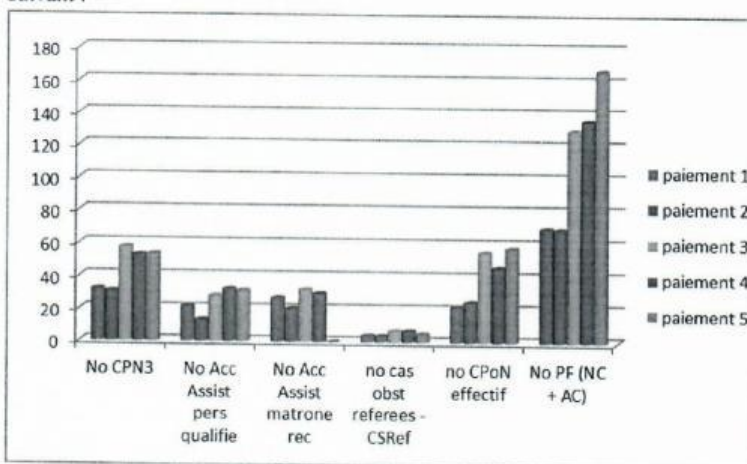


Figure 1: projet pré-pilote OMD5-FBR : les changements des indicateurs OMD5 après 5 cycles FBR

Fort de ces résultats encourageants, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a négocié avec la Banque Mondiale le financement d'un pilote de financement basé sur les résultats de 18 mois couvrant tous les dix districts de la région de Koulikoro. Mais ce pilote FBR n'a pas résisté aux multiples problèmes de mise en œuvre comme les lourdeurs administratives, le retard dans le recrutement de l'assistance technique et dans la mobilisation des ressources, sources de restriction dans la durée de l'intervention qui n'a couvert que seulement un cycle de trois mois de mise en œuvre des plans de résultats.

Ainsi dans le cadre de l'appui de la Banque Mondiale au Mali, il est prévu de poursuivre le FBR en tant que stratégie de mise en œuvre du projet « Accélérer les progrès vers la couverture de santé universelle au Mali » en faisant la mise à échelle afin d'impacter les mécanismes de financement de la santé (du financement intrants au financement basé sur la performance), la prestation de services communautaires de proximité (utilisant les produits e-Health) et l'infrastructure des données (collecte de données mobile, l'analyse des données) et de maximiser les synergies avec d'autres projets investissements en cours de la BM, que ce soit dans le secteur de la santé ou dans d'autres secteurs.

Le District sanitaire est l'unité opérationnelle dans la gestion du développement sanitaire. Il constitue donc le niveau idéal de mise en œuvre de l'approche contractualisation basée sur la performance.

Dans le cadre de cet appui, la méthode utilisée repose sur un paiement de primes supplémentaires aux établissements de santé (CSCOM et CSRefs) sur base de la qualité et de la quantité des services fournis par la prestation d'un ensemble de services de santé essentiels dans les zones ciblées. Les

paiements versés aux centres de santé seront liés à leur performance sur la base d'indicateurs prédéfinis qui seront mesurés à l'aide d'une liste de contrôle standardisée. L'accord ainsi préétabli permettra au ministère de la santé et de l'hygiène publique d'effectuer des paiements aux collectivités territoriales ayant signé des contrats avec les CSCOM et les CSRefs, une fois que les objectifs auront été atteints. Les paiements se feront mensuellement ou trimestriellement. Le paquet de services de soins sera axé sur des interventions rentables de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile, d'adolescente (SSRMNIA) et de nutrition.

Les présents termes de référence se situent dans le cadre du deuxième atelier sur le financement basé sur les résultats du projet « Accélérer les progrès vers la CSU au Mali » de la Banque Mondiale avec comme but finaliser les termes de référence des travaux de groupe du premier atelier.

II. Objectif général :

Finaliser les travaux de groupe sur la composante de financement basé sur la performance afin de faciliter sa mise en œuvre au Mali.

III. Objectifs spécifiques :

- Finaliser la liste des indicateurs quantitatifs et qualitatifs d'achat des résultats, de suivi et d'évaluation du FBR, par niveau et leur prise en compte dans le système national d'information ;
- Identifier le cadre institutionnel pour la mise en œuvre du FBR ;
- Définir des activités et leurs coûts, la nature des dépenses, les structures responsables et le budget alloué,
- Définir les critères d'inclusion du privé à but lucratif et par niveau du système de santé
- Définir les prochaines étapes du processus de mise en œuvre.

IV. Les résultats attendus :

- La liste des indicateurs quantitatifs et qualitatifs d'achat des résultats, de suivi et d'évaluation du FBR, par niveau et leur prise en compte dans le système national d'information est disponible ;
- Le cadre institutionnel pour la mise en œuvre du FBR est identifié ;
- Définir des activités et leurs coûts, la nature des dépenses, les structures responsables et le budget alloué ;
- Définir les critères d'inclusion du privé à but lucratif et par niveau du système de santé
- Définir les prochaines étapes du processus de mise en œuvre ;
- Un tableau de planification des activités budgétisées est disponible.

V. Méthodologie de travail :

L'atelier sera participatif et mettra un accent sur les échanges d'expériences entre les participants. Il réunit des personnes ressources ayant une connaissance dans la mise en œuvre de l'approche FBR et du système de santé du Mali.

L'atelier sera axé sur les travaux de groupe suivis de discussions en plénière sur les différentes parties qui composent la structuration du FBR à savoir : les indicateurs quantitatifs et qualitatifs d'achat des résultats FBR, les principales activités du Projet et leurs coûts, le cadre institutionnel du FBR au Mali et les critères d'inclusion du privé dans le processus de mise en œuvre du FBR.

Date et lieu

L'atelier aura lieu dans la salle de réunion de la banque mondiale du 14 au 16 août 2018.

**LISTE DES PARTICIPANTS POUR LA FINALISATION DE
L'ATELIER FBR DU 31 JUILLET AU 2 AOÛT**

GROUPE	PRENOM NOM	STRUCTURES /FONCTION	THEMES
GROUPE I	Dr Fatogoma TOGOLA	DNS/SI	Indicateurs
	Dr Mamadou BOIRE	DNS/DSR	
	Dr Dramane NIMAGA	ASP-Psm	
	Mme DIABATE Fati Aly BOCOUM	ANEH	
	Dr Brahima M. KONE	Personne ressource	
	Dr Toure Aissa Haidara	Consultante	
	Sidi CISSE	USAID	
GROUPE II	Dr Abdramane ZERBO	DNS/DESR	Activités/ Budget
	Dr Souleymane Ya SAMAKE	DNS/UPFIS	
	Dr Boureima PLEA	DNS/DESR	
	Dr Mohamed DIABATE	DNS/DESR	
	Doga MAÏGA	UNFPA	
	Dramane DAO	CGIC	
	Mr Abdourahmane Coulibaly	Misseli	
	Linh Groth	Terre des hommes	
GROUPEIII	Dr Oumou DIARRA MAÏGA	DNS/DESR	Cadre Institutionnel + Critère de choix du privé à but lucratif
	Dr Baboua TRAORE	CADD/MSHP	
	Dr Moussa YATTARA	CPS	
	Dr Hassane TANGARA	ANAM	
	Dr Bakary DIARRA	Personne ressource	
	Tony ZITTI	Misseli	
	Dr SyllaHAbibatou Diallo	FNUAP	

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE
DNS -N°Tomikorobougou BP : 233

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

**Agenda de l'atelier de Finalisation de la composante FBR-Hôtel Radisson 31 juillet-02
Août 2018**

Lieu : Salle de réunion de la Banque Mondiale

Date : du 14 au 16 Août 2018 à partir de 9h00

Jour 1 : 14/08/2018		
08h00-08h30	Installation des participants	Organisation
	Mots d'ouverture du DNS	DNS
08h30-09h00	Présentation des participants	Participants
09h00-09h15	Présentation Agenda TDR du Financement basé sur les résultats (FBR)	DNS
	Choix du président de séance et des rapporteurs	Participants
09h15-10h15	Présentation des Résultats de l'Etude sur le FBR	ONG MISSELI
	Discussions	
10h15-10h30	Pause-café	Organisation
10h30-13h00	Travaux de groupe	Participants
13h00-14h00	Pause déjeuner	Organisation
14h-15h00	Etat d'avancement des travaux de groupe	Président de séance
	Discussions	
15h00-16h30	Intégration des observations	Participants
16h30-17h00	Réunion des facilitateurs	Facilitateurs
J2 : 15/08/2018		
08h30-9h00	Synthèse du J1	Rapporteurs
9H00-10h00	Travaux de groupe (suite)	Participants
10h00-10h15	Pause -café	Organisation
10h15-12h00	Travaux de groupe (fin)	Participants
12h00-13h00	Plénière sur les résultats des travaux de groupe (Discussion après chaque présentation)	Participants
13h00-14h00	Pause déjeuner	Organisation
14h00-15h30	Plénière sur les résultats des travaux de groupe (Suite)	Participants
15h30-16h30	Intégration des observations	Participants
16h30-17h00	Réunion des facilitateurs	Facilitateurs
J3 : 16/08/2018		
8h00-8h30	Synthèse du J2	Rapporteurs
8h30-10h00	Intégration des observations (suite)	Participants
10h00-10h15	Pause-café	Organisation
10h15-13h00	Elaboration de la feuille de route pour la mise en œuvre du FBR au Mali	Président de séance
13h00-14h00	Pause déjeuner	Organisation
14H00-15H00	Présentation de la Feuille de route	Participants
15H00-15H30	Synthèse générale et recommandations de l'atelier	Rapporteurs
15h30-16h00	Clôture de l'atelier	
	- Unité de Coordination du projet	
	- DNS	DNS