

4. La diffusion politique du financement basé sur les résultats au Mali

LARA GAUTIER, ABDOURAHMANE COULIBALY, MANUELA DE ALLEGRI ET VALÉRY RIDDE

Introduction

De nombreux pays à faible et moyen revenu (PFMR) sont confrontés à des situations chroniques de dépendance à l'égard de l'aide extérieure (Kirigia & Diarra-Nama, 2008)¹. Cette dépendance permet à des acteurs et actrices influent-e-s de participer à leur processus politique, ce qui rend les PFMR plus susceptibles d'adopter des innovations politiques provenant d'influences extérieures. Ce phénomène est appelé diffusion des politiques (ou transfert de politiques) (Stone, 2001). Les spécialistes de la diffusion politique étudient comment les politiques émergent dans certaines unités politiques et s'étendent ensuite à d'autres (Tosun & Croissant, 2016). Bien que le rôle joué par les acteurs étrangers et actrices étrangères dans le processus politique soit bien étudié, la littérature sur la diffusion des politiques de santé dans les PRFM est encore rare. En particulier, la complexité de l'influence des réseaux transnationaux, des organisations et des individus dans les processus de diffusion n'a guère retenu l'attention des spécialistes de la santé mondiale. Il est particulièrement important d'élargir le corpus de connaissances explorant les interactions sociales en jeu dans le processus de

1. Ce chapitre est une traduction d'un article publié en anglais et remanié/réduit pour cet ouvrage : Gautier, L., Coulibaly, A., De Allegri, M., Ridde, V. (2019). From Amsterdam to Bamako: a qualitative case study on diffusion entrepreneurs' contribution to performance-based financing propagation in Mali. *Health Policy and Planning*, 34, 656–666. Licence d'autorisation de Oxford University Press n° 4939030578858, obtenue le 30 octobre 2020.

diffusion entre les acteurs et actrices aux niveaux global/continental/national, ainsi que les relations de pouvoir asymétriques inhérentes (Sriram *et al.*, 2018).

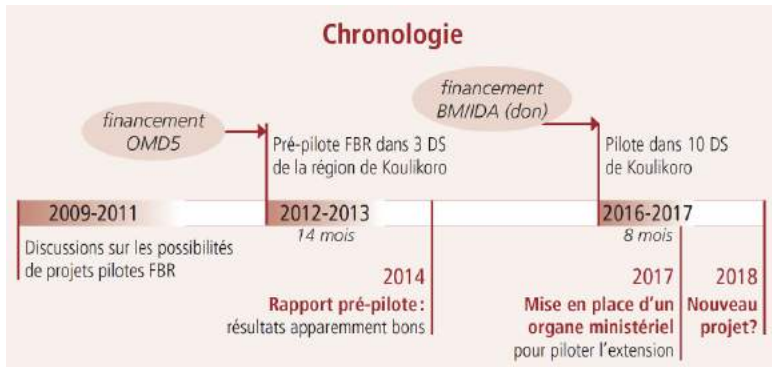
Ces dernières années, plusieurs acteurs internationaux et actrices internationales ont encouragé le financement basé sur les résultats (FBR) en Afrique subsaharienne, en vue d'améliorer la prestation des services de santé, en renforçant l'autonomie et la responsabilité des prestataires de soins. Le FBR est basé sur le transfert de ressources financières en fonction des performances des prestataires de santé. La diffusion du FBR en Afrique subsaharienne (ASS) a été particulièrement rapide de 2000 à 2017 (Gautier, Tosun *et al.*, 2020). Au Mali, après avoir participé à un premier projet pilote de FBR mené par des acteurs et actrices externes, le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP) s'est engagé à étendre cette stratégie à toute une région dans le cadre d'un deuxième projet pilote (Zitti *et al.*, 2019).

Nous examinons les rôles joués par les groupes experts étrangers et nationaux dans la diffusion du FBR au niveau national (Bamako) et infranational (région de Koulikoro) en utilisant une approche d'étude de cas couvrant la période 2009-2018. Nous appelons « entrepreneurs ou entrepreneuses de la diffusion » ces groupes étrangers et nationaux qui mobilisent de façon délibérée des stratégies pour susciter l'intérêt pour le FBR au Mali. Cette notion met en évidence pourquoi et comment des acteurs et actrices influent-e-s s'engagent dans le processus de diffusion des politiques, notamment en facilitant tous les mécanismes de diffusion (y compris l'émulation et l'apprentissage politiques). Ce chapitre s'intéresse à la question de recherche suivante : « Comment les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion agissant à plusieurs niveaux ont-ils et elles contribué à la propagation du FBR au Mali de 2009 à 2018? ».

Méthodes

Contexte de l'étude

Le système de santé du Mali se caractérise par une pluralité de mécanismes de financement, principalement axés sur la fonction de mutualisation. À la fin des années 2000, les discussions ont mis en évidence la nécessité d'améliorer la qualité de l'offre de services de santé et de mettre l'accent sur la fonction d'achat dans l'équation du financement de la santé. Dans le cadre de cet échange d'idées, et compte tenu des expériences politiques d'autres pays, plusieurs expert-e-s étrangers et étrangères et acteurs et actrices politiques du Mali ont suggéré l'introduction d'incitatifs financiers pour les prestataires de soins de santé en fonction de l'atteinte d'objectifs prédéfinis, notamment des contrats de performance et des FBR. Le graphique 1 présente les principaux événements de la diffusion du FBR.



Graphique 1. Chronologie de la diffusion du FBR au Mali (création originale des auteurs et autrices)

En 2012, le MSHP du Mali a lancé un premier projet FBR dans trois districts de la région de Koulikoro. Ce projet, appelé ci-après le projet 3-DS (couvrant trois districts sanitaires, DS), a été conçu par des organisations de coopération néerlandaises (Coulibaly, Gautier, Touré *et al.*, 2020; Seppéy *et al.*, 2017). De multiples acteurs et actrices

communautaires et infranationaux et infranationales ont été mobilisé-e-s pour remplir les fonctions classiques du FBR (Gautier, 2016). Une société de conseil malienne (la *Clinique de gestion et d'innovation des connaissances*, CGIC) a été chargée de superviser les opérations avec l'appui technique d'expert-e-s néerlandais-es. Ce modèle de FBR contextualisé a été baptisé par ses créateurs et créatrices comme un FBR « à la malienne » (encadré 1).

Qu'est-ce que le FBR à la malienne ?

Le FBR "à la malienne" désigne une approche de FBR adaptée au contexte du Mali, c'est-à-dire arrimée à la pyramide sanitaire du pays et mobilisant les institutions des systèmes de santé existantes.

Acteurs et fonctions :

- Centres de santé de référence (niveau DS) : prestation de services de santé
- Centres de santé communautaires : prestation de services de santé
- Bureau régional de santé de Koulikoro : réglementation et vérification des résultats dans les centres de santé de référence
- Équipes cadre de district : réglementation et vérification des résultats dans les centres de santé communautaires
- Conseils municipaux : achat de services de santé dans les centres de santé de référence
- ASACO et municipalités : achat de services de santé dans les centres de santé communautaires
- ONG (par exemple, Blue Star) : contre-vérification des résultats
- Organisations à base communautaire : contre-vérification des résultats
- CGIC : conception de programmes, élaboration de contrats, encadrement et plaidoyer politique aux niveaux décentralisé et central, supervision des activités de vérification et de contre-vérification

Encadré 1. FBR à la malienne

Parallèlement, dans le cadre du projet de renforcement de la santé reproductive de la Banque mondiale, la mise en œuvre d'un projet pilote de FBR dans les 10 districts sanitaires de la région de Koulikoro était prévue pour 2011-2017 (The World Bank, 2017). Ce projet, ci-après dénommé le projet pilote 10-DS, n'a été mis en œuvre que pendant huit mois entre 2016 et 2017.

Le cas du Mali était particulier à plusieurs égards. Tout d'abord, les débuts du FBR au Mali ont été portés par des acteurs particuliers et actrices particulières, que l'on rencontre peu lorsqu'on évoque la genèse du FBR dans la plupart des autres pays d'ASS. Ces acteurs et actrices incluent deux organisations néerlandaises – l'organisation néerlandaise de développement (SNV) et l'Institut Royal des Tropiques (KIT) – et une société malienne (la CGIC). En concevant

et en développant un FBR « à la malienne », ces acteurs et actrices s'inscrivaient en contradiction avec les caractéristiques d'un modèle de FBR standard, s'éloignant du principe de la séparation des fonctions promue par la Banque mondiale (Fritsche *et al.*, 2014). Deuxièmement, les expert-e-s néerlandais-es ont été les acteurs et actrices les plus important-e-s de la diffusion du FBR au Mali, ce qui n'est pas typique de sa diffusion dans d'autres pays, notamment en Afrique de l'Ouest francophone. Trois caractéristiques principales décrites par Gautier *et al.* (2020) peuvent être utilisées pour résumer une expérience standard de FBR : i) elle a mobilisé à la fois des expert-e-s étrangers et étrangères et des expert-e-s africain-e-s; ii) la diffusion a été –au moins partiellement– financée et promue par la Banque mondiale; iii) elle a mobilisé une formule « projet FBR tout inclus » classique incluant des stratégies d'apprentissage politique (c'est-à-dire des voyages d'étude et des sessions de formation internationales).

Devis d'étude, collecte et analyse de données

Nous avons utilisé un devis d'étude de cas. Le cas était la diffusion du FBR au Mali de 2009 à 2018 aux niveaux central (Bamako) et décentralisé (région de Koulikoro et ses districts). Cette étude de cas était de type instrumental (Stake, 1995), dans le sens où les particularités de la diffusion du FBR au Mali révèlent un phénomène social d'intérêt plus large, à savoir l'influence protéiforme d'acteurs et d'actrices agissant à plusieurs niveaux (les « entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion ») pour faciliter l'expansion du FBR.

La collecte des données s'est déroulée de janvier 2016 à novembre 2017. Elle s'appuie sur des données collectées à partir de 33 entretiens approfondis (avec des décideurs et décideuses politiques, consultant-e-s, représentant-e-s de partenaires techniques et financiers, et des professionnel-le-s de santé), 12 entretiens informels, cinq séances d'observation participante de réunions, et 19 documents clés sur le financement basé sur la performance produits de 2009 à 2018. Ces données qualitatives ont été exportées dans QDAMiner© et codées selon une approche interprétative articulée autour des dimensions du cadre des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion. Une

synthèse a permis de rendre compte de façon empirique de chaque dimension du cadre conceptuel de Gautier *et al.* (Gautier, Tosun *et al.* 2020).

Résultats

Nous décrivons qui sont les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion qui agissent au Mali, et nous analysons leurs caractéristiques constitutives et leurs actions stratégiques.

Les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion du FBR au Mali

Les principaux entrepreneurs et principales entrepreneuses de la diffusion du FBR au Mali étaient des individus agissant au niveau global : des expert-e-s européen-ne-s (travaillant pour le KIT ou l'ONG néerlandaise Cordaid) qui ont soutenu les réformes de santé au Mali et dans d'autres régions d'ASS affectées par des conflits armés.

L'un de ces expert-e-s avait encadré et travaillé avec plusieurs expert-e-s malien-ne-s employé-e-s par une autre organisation néerlandaise, la SNV, au début des années 2000. Ces expert-e-s locaux et locales ont joué un rôle crucial dans la mise en œuvre du projet pilote 3-DS en 2012-2013 dans la même région. À la suite de cette expérience, les informateurs et informatrices ont considéré ces expert-e-s comme de puissant-e-s défenseur-e-s du FBR. Les expert-e-s malien-ne-s comprenaient également des décideurs et décideuses politiques et des fonctionnaires de terrain, qui considéraient le projet FBR comme la solution clé. Avec les expert-e-s du FBR d'autres pays d'ASS, les expert-e-s étrangers, étrangères et malien-ne-s ont participé à la mise en œuvre du projet pilote 10-DS financé par la Banque mondiale.

Les systèmes de représentation des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion au Mali

Les systèmes de représentation des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion s'appuient sur une culture de formation ancrée dans les sciences médicales, l'économie ou la gestion. Une caractéristique spécifique des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion au Mali est que tous et toutes, sauf un, ont une formation médicale et ont quitté leur pays pour recevoir une formation complémentaire en santé publique ou en économie de la santé en Belgique, en France, aux États-Unis, au Bénin ou au Sénégal.

Un autre ingrédient clé a été déterminant : quatre des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion partageaient une histoire commune remontant au début des années 2000. Cette expérience partagée a contribué à façonner des représentations communes des problèmes liés aux inefficacités des systèmes de santé. De nombreux et nombreuses participant-e-s à notre étude ont affirmé avoir adopté les affirmations des entrepreneurs étrangers et entrepreneuses étrangères selon lesquelles « tout avait été essayé ». Ils et elles ont alors appelé à de nouvelles réformes se réclamant notamment des théories des contrats et des incitatifs – théories empruntant aux sciences économiques et de gestion.

Les motivations des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion au Mali

Pour les expert-e-s néerlandais-es, les modèles de FBR devaient davantage mettre l'accent sur la qualité des soins de santé. En outre, sur le plan personnel, les projets FBR sont arrivés à point nommé pour ces expert-e-s. Dans deux cas, leur conjoint-e ou partenaire travaillait déjà dans le pays où les discussions sur le FBR ont commencé. La combinaison d'un calendrier favorable et de motivations personnelles pour lier la qualité des soins et le FBR semble avoir façonné leur engagement à faire progresser la conception du « projet FBR » à la fin des années 2000. Ainsi, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion avaient intérêt à améliorer leur réputation professionnelle en contribuant à la genèse du FBR au Mali. Les expert-e-s

néerlandais-es se sont également efforcé-e-s de propager leur modèle de FBR comme une alternative aux modèles d'autres organisations :

J'ai même apporté l'idée [du FBR] ici [au Mali] [...]. Pourquoi? Parce que je ne voulais pas que le (retrait du nom de l'organisation) vienne... [...], avec un « *blueprint* » [modèle standard] ou quelque chose pareil.. (I40_PRIVNFP)

Leur vision du FBR et de la manière de l'introduire au niveau national a été définie comme différente de celle des partisan-e-s habituel-le-s du FBR (Gautier, Tosun *et al.*, 2020). Ils et elles étaient particulièrement préoccupé-e-s par l'appropriation nationale, d'où le fait de se démarquer par un modèle « à la malienne » au début des années 2010.

Au même moment, les décideurs et décideuses politiques agissant aux niveaux continental et (sous-)national étaient préoccupé-e-s par le fait que les systèmes de santé en ASS étaient dans des conditions si désastreuses que seule la « révolution FBR » (I26_INDCONS_AF) pouvait confronter le *statu quo* et améliorer les performances des systèmes. Pour certain-e-s de ces entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion, les perspectives d'avancement de carrière et d'augmentation des salaires ainsi que la valorisation au niveau politique étaient des motivations majeures pour soutenir le FBR. Les entrepreneurs et entrepreneuses européen-ne-s étaient conscient-e-s de leur influence sur les aspirations de carrière internationale des entrepreneurs et entrepreneuses malien-ne-s :

Il faut reconnaître aussi que le fait que tu es dans ce monde, le FBR, ça peut faire croire aux gens : « Ah! Un moment où à l'autre, je peux aller à l'extérieur », comme nous. Alors si tu peux faire assistant technique international, tu peux... Tu crées des attentes, et je crois que c'est un peu ce que [noms de personnes retirés] attendent de moi maintenant, que je les emmène ailleurs. (I40_PRIVNFP)

Ressources et types d'autorité des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion au Mali

En dehors de la Banque mondiale, qui détenait une autorité financière cruciale et qui a financé le projet 10-DS, les ressources matérielles provenaient d'organisations externes. Aucun-e des entrepreneurs ou entrepreneuses de la diffusion ou de leurs organisations affiliées n'a pu obtenir de financement propre pour la mise en œuvre du projet FBR au Mali entre 2009 et 2018. La possession par les entrepreneurs étrangers et nationaux et entrepreneuses étrangères et nationales de connaissances et de ressources sociales et politiques les a aidé à développer d'autres formes d'autorité critiques, notamment des autorités expertes et morales.

Tout d'abord, dès le début du processus de diffusion, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion au Mali se sont appuyé-e-s sur leurs propres savoirs. Ils et elles avaient 10 ans ou plus d'expérience et d'expertise dans la mise en œuvre de projets en santé. Deuxièmement, les entrepreneurs et entrepreneuses disposaient de solides ressources sociales, notamment via leur appartenance à des réseaux nationaux et continentaux, dont le réseau professionnel FBR de Cordaid. Un entrepreneur de la diffusion néerlandais a supposé que le fait de « connaître tout le monde » au Mali favorisait sa capacité à convaincre les acteurs et actrices politiques de la pertinence du FBR. En effet, grâce à ses liens avec les acteurs politiques nationaux et actrices politiques nationales —à commencer par les individus malien-ne-s qui ont travaillé avec lui dans le passé— cet expert a contribué stratégiquement à la création d'un vivier d'expertise nationale comprenant des décideurs et décideuses politiques, des consultant-e-s et des fonctionnaires de terrain qui ont fait la promotion de la politique FBR dans de multiples contextes.

Grâce à ces atouts, et en s'appuyant sur le nombre croissant d'expert-e-s malien-ne-s du FBR, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion se sont efforcé-e-s de développer un appareil stratégique pour stimuler la diffusion de la politique : un cadrage discursif politiquement souhaitable, l'incitation à l'émulation politique, et le façonnage de l'apprentissage et de l'expérimentation politiques.

Le cadrage discursif du FBR au Mali par les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion

Le cadrage discursif du FBR a été élaboré par les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion de façon stratégique, en le reliant à leurs représentations des principaux défis du système de santé du Mali, et ensuite en reliant les principes fondamentaux de la politique aux plans nationaux passés et récents. Dans le tableau 1, les différents cadrages discursifs du FBR à travers l'espace (colonnes) et le temps (lignes) apparaissent. Ces processus ont eu tendance à dépeindre la « solution FBR » comme attrayante et souhaitable pour les acteurs et actrices politiques.

Tableau 1. Cadrage discursif du FBR par les entrepreneurs de la diffusion aux niveaux global, continental et (sous)national

Stratégies mises en oeuvre	Cadrage niveau mondial	Cadrage niveau continental	Cadrage niveau (sous)national
Relier le FBR à des représentations communes de problèmes	<ul style="list-style-type: none"> • Inefficacité du financement basé sur les intrants • Prestataires de santé peu motivés • Qualité des soins sous-optimale 	<ul style="list-style-type: none"> • Inefficacité du financement basé sur les intrants • Argent gaspillé pour du matériel inutile ou vétuste • Prestataires de soins de santé sous-payés • Services de santé corrompus 	<ul style="list-style-type: none"> • Inefficacité du financement basé sur les intrants • Argent gaspillé en matériel, en équipement coûteux et en formation • Prestataires de soins de santé sous-payés, qui ne rendent pas suffisamment de comptes, et qui ont de mauvaises conditions de travail
Lier les principes fondamentaux du FBR aux orientations politiques passées ou existantes	<ul style="list-style-type: none"> • Aide basée sur les résultats et mécanismes de responsabilité • Autonomie et esprit d'entreprise des prestataires de soins de santé • Appropriation par les pays et politiques Sud-Sud 	<ul style="list-style-type: none"> • Mécanismes de reddition de comptes (peuvent freiner la corruption) • Autonomie et esprit d'entreprise des prestataires de soins de santé • Présenter le FBR comme étant inspiré de l'expérience des pays d'ASS 	<ul style="list-style-type: none"> • L'autonomie des prestataires de soins de santé (Initiative de Bamako 1987) • Processus de déconcentration et de décentralisation : <i>transfert de compétences</i> (1993-96) • Politique nationale de contractualisation (2007) • Rendre les prestataires de soins de santé plus responsables
Lier les principes fondamentaux du FBR aux récentes orientations politiques au niveau mondial/continental/les niveaux (sous-)nationaux	<ul style="list-style-type: none"> • Achats stratégiques (financement des systèmes de santé basé sur les résultats) (2016) • Accroître l'accès aux données et tirer parti des systèmes d'information sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Accroître l'accès aux données et tirer parti des systèmes d'information sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Accréditation et assurance qualité pour les prestataires de soins de santé secondaires et tertiaires (2012) • Politique nationale en matière de gestion axée sur les résultats (2014) • Accroître l'accès aux données et tirer parti des systèmes d'information sur la santé

Au début des années 2010, tous les acteurs et toutes les actrices politiques ne partageaient pas nécessairement les représentations du problème avancées par les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion. Il fallait alors convaincre ces acteurs et actrices politiques. On constatait un fort consensus politique sur la décentralisation et la contractualisation. Les expert-e-s individuel-le-s se sont ainsi engagé-e-s dans des interactions répétées auprès de décideurs et

décideuses politiques de haut niveau pour montrer que les objectifs du FBR étaient alignés sur ces deux priorités nationales dans le champ de la santé. Les objectifs de ces politiques ont donc été en partie redéfinis pour mettre en avant les représentations des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion. Grâce à ce cadrage discursif stratégique, de nombreux acteurs maliens et nombreuses actrices maliennes de haut niveau au début des années 2010 ont été convaincu-e-s de la validité de la solution FBR compte tenu des problèmes mis en avant. Un tel encadrement avait des précédents historiques. Au milieu des années 2000, les acteurs locaux et actrices locales de la région de Koulikoro, qui étaient impliqué-e-s dans les projets menés par des acteurs et actrices néerlandais-es pour renforcer les politiques de décentralisation et de contractualisation, ont mis en œuvre le transfert de compétence par l'approche contractuelle. Ils et elles ont ainsi commencé à utiliser un jargon pré-FBR inspiré d'un entrepreneur de la diffusion néerlandais, comme le « plan de résultats », c'est-à-dire un outil décrivant les principales cibles à atteindre et à vérifier ensuite.

À partir du milieu des années 2010, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion ont également lié stratégiquement les prémisses du FBR à des politiques nationales plus récentes, à savoir la politique de gestion axée sur les résultats du gouvernement et l'effort d'amélioration de la qualité des soins. Cette dernière repose notamment sur la mise en avant par le gouvernement de l'accréditation des prestataires et de l'assurance qualité. Avec le temps, qu'il s'agisse de renforcer la décentralisation, d'opérationnaliser la gestion axée sur les résultats ou d'améliorer la qualité des soins de santé, la plupart des acteurs et actrices politiques percevaient le FBR comme un outil utile, même s'ils et elles ne pouvaient pas nécessairement expliquer comment il pouvait effectivement s'aligner sur ces priorités nationales. Certain-e-s expert-e-s s'inquiètent du fait que le FBR soit réduit à « un simple salaire additionnel » (I40_PRIVNFP) plutôt qu'une réforme systémique.

Induire l'émulation politique

En juillet 2010, un voyage d'étude a été organisé et financé par la Banque mondiale au Rwanda. Cinq hauts-fonctionnaires du MHSP ont participé à ce voyage d'étude. Le fait d'être témoin de la réussite la plus marquante du FBR aurait, de l'avis de certain-e-s, constitué un outil puissant pour encourager l'émulation de ces participant-e-s du Mali. Cette première exposition au FBR a ainsi contribué à faire de certain-e-s membres du personnel du MSHP de solides partisan-e-s du FBR. Cependant, à leur retour, les participant-e-s ont déploré un manque d'engagement politique au sein du cabinet du MSHP.

Au même moment, au début des années 2010, de puissants processus d'émulation politique se développaient entre quatre personnes : un entrepreneur de la diffusion néerlandais du KIT, deux experts maliens de la SNV et un responsable politique. Ces acteurs avaient auparavant travaillé ensemble à la mise en œuvre de l'approche contractuelle, qui a précédé le FBR. En s'appuyant sur ses relations professionnelles de longue date, l'expert du KIT a encadré les trois Maliens pour commencer à développer un vivier d'expert-e-s malien-ne-s du FBR. En particulier, l'un d'entre eux a été formé pour devenir un entrepreneur africain contribuant à la diffusion du FBR en Guinée.

Cependant, le besoin de pousser davantage l'émulation politique au plus haut niveau de décision se faisait ressentir. Les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion avaient compris que pour favoriser l'ancrage politique du projet FBR, il était essentiel d'accompagner l'engagement des décideurs et décideuses politiques. De 2010 à 2013, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion ont ainsi organisé des rencontres régulières avec des décideurs et décideuses politiques et des expert-e-s de haut niveau dans un hôtel de Bamako. Des « dîners basés sur les résultats » ont notamment servi à faire entendre et comprendre les tenants et aboutissants du projet FBR 3-DS. Parallèlement, les entrepreneurs et entrepreneuses diffusaient régulièrement les premiers résultats du projet 3-DS au sein du comité de pilotage national de planification de la santé. Cette stratégie de persuasion s'est avérée fructueuse : plusieurs participant-e-s malien-ne-s influent-e-s affirmaient que le FBR représentait une solution

opportune compte tenu des problèmes systémiques dans le pays. Guidé-e-s par les expert-e-s du KIT, les participant-e-s se sont converti-e-s en « partisan-e-s du FBR » (I40_PRIVNFP).

Les projets pilotes du FBR ont inspiré l'émulation politique. L'acceptation large et le succès perçu du projet pilote 3-DS ont suscité un fort intérêt parmi les différent-e-s acteurs et actrices. De nombreux et nombreuses responsables de la mise en œuvre de ce projet sont devenu-e-s des expert-e-s du Mali. Ils et elles ont plaidé pour le retour du FBR jusqu'à la mise en œuvre du projet 10-DS. Dans le même temps, la mise en œuvre du projet pilote 3-DS a permis d'élargir le vivier d'expert-e-s du projet FBR. Afin de maintenir leur engagement en faveur de l'expansion du FBR, au cours de l'implantation du projet pilote 10-DS, deux responsables du consortium de mise en œuvre –des expert-e-s malien-ne-s et ancien-ne-s employé-e-s de la SNV– ont animé des réunions auprès de hauts fonctionnaires du MSHP qui n'avaient pas nécessairement vécu le FBR « dans leur chair ».

Enfin, en 2016-2017, la mise en œuvre du projet 10-DS a bénéficié du soutien d'assistant-e-s techniques des Pays-Bas, du Burundi, de la RDC, du Rwanda et du Mali. Ce choix visait à faciliter le principe de vases communicants entre expert-e-s, du niveau continental africain au niveau local, induisant ainsi explicitement une émulation politique. Cette entreprise n'a pas été entièrement couronnée de succès, en raison, semble-t-il, de la méfiance (du côté des expert-e-s malien-ne-s) et d'une adaptation insuffisante (du côté des expert-e-s des autres pays africains). La forte implication de ces expert-e-s africain-e-s dans ce projet FBR et leur engagement à appuyer l'expérimentation politique dans les 10 districts de la région de Koulikoro, combinés à leur bonne intégration au sein des équipes de santé communautaire et de district, ont incité ou renforcé la transmission d'un puissant plaidoyer en faveur de l'adoption du FBR dans le contexte local, ce qui a également entraîné une émulation politique.

Toutefois, l'enthousiasme des acteurs et actrices politiques n'était pas constant. Pendant la mise en œuvre du projet pilote 10-DS (2016-17), plusieurs contraintes à l'émulation politique au niveau national ont été repérées. Premièrement, une mauvaise communication a entravé la bonne collaboration entre les

responsables de la mise en œuvre et le bailleur. Deuxièmement, les fonctionnaires du MHSP considéraient que la motivation financière (c'est-à-dire les perdiems) était trop faible pour garantir leur engagement dans l'expérimentation du FBR. Pourtant, l'observation d'une réunion organisée par le MHSP en mars 2017, au milieu d'une longue grève de tous et toutes les agent-e-s de santé publique du pays, a montré que de nombreux et nombreuses membres du personnel participaient effectivement au plaidoyer en faveur du FBR, mais pas la version du FBR promue lors de la mise en œuvre du projet 10-DS.

Conduite de l'apprentissage politique

Pour les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion, les projets pilotes de FBR représentaient une source stratégique d'apprentissage politique. Tout d'abord, les participant-e-s malienn-e-s indiquaient avoir tiré des enseignements des diverses activités organisées en préparation de ces projets pilotes. Ces activités d'apprentissage ont été mises en œuvre et financées par des expert-e-s étrangers et étrangères. Les hauts fonctionnaires du MHSP ont été formé-e-s pour la première fois en septembre 2009 par la Banque mondiale. Cette formation initiale a été suivie d'un modèle de formation en cascade, réunissant tous et toutes les agent-e-s de santé de la région de Koulikoro. Deux autres cohortes de hauts fonctionnaires et de « fonctionnaires de première ligne » ont reçu une formation FBR au Bénin en 2014 et 2016. La même société de formation, une organisation néerlandaise agissant comme entrepreneuse de la diffusion au niveau global, a formé les deux cohortes. Bien que les participant-e-s aient été généralement satisfait-e-s de la formation de deux semaines, beaucoup d'entre eux et elles ont rejeté la nature rigide du contenu de cette formation. En effet, les formateurs et formatrices ont exprimé une vive critique du modèle de FBR à la malienne. Les participant-e-s reconnaissaient néanmoins que cette formation avait contribué à consolider une masse critique d'expert-e-s du FBR au Mali. En somme, l'exposition à des expert-e-s de niveaux global et continental, que ce soit dans le cadre de cours organisés, d'événements organisés par des

communautés de pratique en Afrique de l'Ouest ou de projets de coopération au développement, a contribué à élargir les connaissances sur le FBR des acteurs et actrices maliens-ne-s.

En 2016-17, les expert-e-s africain-e-s employé-e-s par Cordaid pour aider à la mise en œuvre du projet 10-DS auraient également transféré leurs connaissances aux responsables locaux et locales de la mise en œuvre du projet FBR. Ces derniers et dernières tiraient des leçons de leur propre expérience en matière de FBR. Toutefois, le manque d'interaction entre eux et elles et les acteurs et actrices du niveau central a empêché la complétude du transfert de connaissances expérientielles. L'absence d'une plate-forme institutionnelle permettant le transfert d'expertise du niveau infranational (décentralisé) au niveau national (central) a été jugée problématique. En outre, les fréquents changements politiques ont entravé toute entreprise d'apprentissage parmi les décideurs et décideuses de tous les niveaux. Enfin, l'impossibilité d'organiser une évaluation d'impact a conduit à un faible apprentissage politique du projet 10-DS.

Façonner l'expérimentation politique

Malgré les discours sur l'appropriation nationale et sur le «FBR à la malienne», les deux expérimentations politiques en matière de FBR ont fait appel à l'assistance technique internationale et n'ont été financées que par des sources extérieures. Au Mali, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion manquaient de ressources pour expérimenter le FBR. Bien que le projet 10-DS ait officiellement débuté en 2011, sa mise en œuvre a été retardée à plusieurs reprises (Banque mondiale, 2017). Les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion avaient alors insisté pour mettre en œuvre un projet « pré-pilote », c'est-à-dire le projet pilote 3-DS. La nomination d'un entrepreneur malien en 2010 au poste de directeur national de la santé a permis de mobiliser un financement. Son plaidoyer aurait ainsi poussé le MSHP à utiliser le fonds OMD 5 (réunissant des financements de plusieurs bailleurs) pour le projet pilote 3-DS.

Pour les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion malienne-s, les résultats de cette expérimentation politique ont servi à convaincre les décideurs et décideuses de la valeur du FBR. Les entrepreneurs et entrepreneuses avaient souligné les résultats positifs du projet pilote 3-DS à l'occasion d'une réunion de restitution, mais ces résultats reçurent en réalité un accueil mitigé. Plutôt que de convaincre les dirigeant-e-s du MSHP, cette diffusion a suscité des inquiétudes quant à la viabilité à long terme du FBR. Pour les personnes interviewées, certain-e-s dirigeant-e-s du MSHP, influencé-e-s par d'ancien-ne-s conseillers et conseillères influent-e-s, n'étaient pas encore complètement engagé-e-s en faveur du FBR. Malgré ce problème et l'absence d'effets du projet pilote 3-DS sur l'utilisation des services de santé², le projet FBR a été inclus dans le plan de développement sanitaire et social pour 2014-2018 (Secrétariat Permanent du PRODESS, 2013).

Alors que le projet pilote 3-DS permettait une certaine flexibilité, des règles plus strictes de collaboration entre les acteurs et actrices ont été fixées pour le projet 10-DS. La conception du projet a été moins prise en charge par le gouvernement que le projet pilote 3-DS. Le MSHP et la Banque mondiale n'ont pas nommé de coordinateur ou de coordinatrice de projet ayant une expérience préalable du FBR, ni veillé à ce que les fonctionnaires chargé-e-s du suivi de la mise en œuvre du projet 10-DS aient reçu une formation au FBR. La durée réduite (huit mois) de ce projet, les malentendus récurrents avec les représentant-e-s des bailleurs qui n'avaient que peu d'expérience du projet FBR, et le retard voire l'insuffisance des paiements, ont suscité la déception des expert-e-s du projet 10-DS et la démobilisation des hauts fonctionnaires. Ces différents enjeux ont conduit à une mise en œuvre incomplète, ce qui en a fait un projet pilote essentiellement infructueux (Coulibaly, Gautier, Zitti *et al.*, 2020; Zitti *et al.*, 2019)³.

Alors que le projet se terminait en février 2017, un processus intéressant se déroulait. Les entrepreneurs et entrepreneuses mobilisaient activement les acteurs nationaux et actrices nationales pour poursuivre le FBR dans la région de Koulikoro et mobiliser des

2. Voir le chapitre de Zombré *et al.*

3. Voir le chapitre de Zitti *et al.*

fonds. Les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion ont ainsi organisé des réunions (non) officielles avec les responsables du MSHP à Bamako et Kati. Ils et elles ont préparé une demande de financement à l'ambassadeur des Pays-Bas :

En ce moment, je suis en train de préparer la proposition que le SEGAL veut emmener en main et dire « Monsieur l'ambassadeur..., c'est ça qu'on veut. » [...] Mais je continue avec ce type d'approche, que ça doit être le leadership national, donc... je n'écris pas la proposition, ce que je fais, c'est que... euh... les grandes lignes. (I40_PRIVNFP)

Les entrepreneurs et entrepreneuses néerlandais-es ont ainsi continué à façonner l'engagement des décideurs et décideuses politiques maliens-es dans le programme FBR, notamment parce qu'ils et elles avaient des relations étroites avec le bailleur de fonds (néerlandais) ciblé. En mars 2017, un groupe de travail du MSHP a été créé pour réfléchir à « l'extension géographique du FBR », « à tous les établissements de santé » et « fonctionnelle » (I43_MALIGOV). Ce groupe de travail a établi un plan d'action pour poursuivre et étendre le FBR à l'échelle nationale sur le long terme. Les participants à la réunion ont convenu que le FBR était le mécanisme clé pour améliorer la qualité des soins. Ce consensus politique a coïncidé à l'automne 2017 avec la nomination d'un entrepreneur de la diffusion malien au sein du cabinet du MSHP, et la mise en place d'une nouvelle équipe de la Banque mondiale. Suite au remaniement ministériel de 2019, cet entrepreneur de la diffusion a été affecté au sein de la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique. Ces facteurs ont poussé à la rédaction, à la mi-2018, d'un troisième projet pilote FBR. Ce projet multi-acteurs et actrices a été planifié par des experts nationaux et étrangers et expertes nationales et étrangères, en partenariat avec l'ambassade des Pays-Bas. Ce nouveau projet, financé par la Banque mondiale, l'ambassade des Pays-Bas et le fonds *Global Financing Facility*, a démarré en février 2020 dans les régions de Koulikoro (10 DS), Ségou (trois DS), Mopti (trois DS) et Gao (18 centres de santé communautaire rénovés par la Banque mondiale). Les acteurs et actrices de la mise en œuvre du projet sont le MSHP (devenu en 2019 Ministère de la Santé et des Affaires Sociales), le comité de pilotage,

les équipes sanitaires au niveau régional et au niveau DS (centres de santé de référence et centres de santé communautaire), le secteur privé (agence de contractualisation et de vérification) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Discussion

Cette étude de cas offre, à notre connaissance, la première analyse sur dix ans des processus de diffusion du FBR dans un pays africain. Notre travail apporte trois contributions majeures à la littérature sur la diffusion des politiques de santé mondiale, que nous présentons ci-dessous.

Tout d'abord, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion de niveau global ont été en mesure de fabriquer un cadrage discursif qui fasse en sorte que le FBR ait du sens pour les acteurs et actrices politiques maliennes : 1) en concevant cette solution politique comme ancrée dans les priorités nationales et 2) en promouvant un modèle de FBR à la malienne, ouvrant ainsi la possibilité d'adaptation. Comme dans les études précédentes sur le FBR, des systèmes de représentation similaires (issus d'une culture de formation en sciences cliniques et économiques), ont rendu les acteurs et actrices clés du Mali réceptifs et réceptives à l'idée du FBR (Boulenger, 2009; Broad, 2006; Soeters, 2010). Nos résultats sont aussi alignés avec ceux d'une étude sur le FBR en Sierra Leone (Bertone *et al.*, 2018), qui révèle que de nombreux et nombreuses « *street-level bureaucrats* » considèrent le FBR comme simple « revenu additionnel ». Ceci était particulièrement vrai pendant la mise en œuvre du pilote 10-DS (qui a échoué). En tant qu'entrepreneurs ou entrepreneuses (Mintrom, 1997), les expert-e-s étrangers, étrangères et maliennes ont (re)façonné les termes du débat sur le FBR, en liant stratégiquement l'idée politique aux objectifs de qualité des soins de santé et en montrant à quel point cette idée était alignée avec les politiques de décentralisation. Il convient enfin de noter qu'en dépit du discours des acteurs globaux et actrices globales présentant le FBR comme

une stratégie pour atteindre la couverture santé universelle (Soucat *et al.*, 2017), au Mali, un tel cadrage discursif n'a pas émergé de nos conclusions.

Bien sûr, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion de niveau global n'auraient peut-être pas le même effet de persuasion sans le statut d'expert étranger ou d'experte étrangère. Cela conforte l'idée que l'autorité des expert-e-s étrangers et étrangères est centrale, comme ce fut le cas du transfert de connaissances biomédicales en Inde. En effet, d'autres chercheurs et chercheuses ont souligné que « les intervenants étrangers peuvent être perçus comme étant techniquement supérieurs et, de plus, en raison de l'histoire complexe de la science, du colonialisme et du postcolonialisme, pourraient voir leurs idées reçues plus favorablement » (Sriram *et al.*, 2018 : 4). Un individu néerlandais (ayant une longue histoire dans le pays) a joué un rôle particulièrement important. Deux éléments principaux ont facilité son entreprise : 1) ses relations personnelles avec des consultant-e-s et des acteurs et actrices politiques clés du Mali, qu'il a soutenu pour devenir des expert-e-s nationaux et nationales du FBR; 2) le fait qu'il ait réussi à faire en sorte que le processus de diffusion soit entièrement pris en charge localement. Cet entrepreneur de la diffusion néerlandais s'est ainsi assuré d'impliquer ces acteurs locaux et actrices locales dans la co-conception du programme à la malienne et a ouvertement appelé à des adaptations locales du programme FBR au Mali. Dans un ouvrage de référence sur la coopération au développement, Rottenburg décrit l'un de ses principaux protagonistes critiquant lui aussi l'adoption d'un modèle standard, qui limite l'appropriation locale de la politique de développement envisagée (Rottenburg, 2009 : 196). Ces récits rappellent les actions de l'entrepreneur néerlandais au Mali.

Deuxièmement, cette étude de cas met en lumière le fait que les expert-e-s africain-e-s du FBR deviennent des « entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion de deuxième génération ». La littérature universitaire sur l'influence des acteurs étrangers et actrices étrangères (généralement nord-américain-e-s ou européen-ne-s) sur l'élaboration des politiques des systèmes de santé dans les pays d'ASS est prolifique. Le rôle des courtiers et courtières en développement dans la traduction des idées politiques au niveau local,

et leur utilisation stratégique par les acteurs étrangers et actrices étrangères, est également bien étudié (e.g., Lewis & Mosse, 2006; Merry, 2006). Pourtant, à notre connaissance, aucune étude préalable n'a mis en lumière la tendance observée à diffuser des idées politiques par l'intermédiaire de salarié-e-s de compagnies privées locales ainsi que de « *street-level bureaucrats* ». Cette étude de cas a révélé que les expert-e-s des pays à haut revenu peuvent influencer la diffusion des politiques en créant stratégiquement un vivier d'expertise africain qui favorise la diffusion des politiques dans de multiples contextes, ce qui a été montré dans une autre étude (Gautier, De Allegri *et al.*, 2021).

Comme d'autres individus au niveau global (Gautier, De Allegri *et al.*, 2019), l'entrepreneur étranger le plus influent au Mali était conscient de son rôle dans la fabrique des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion de 2^{ème} génération. Les relations professionnelles préexistantes entre les acteurs locaux et actrices locales et ceux étrangers et celles étrangères ont créé un climat de confiance et ont fortement contribué à cette fabrique. Des interactions sociales constantes ont eu lieu, lors de la mise en œuvre de projets de développement antérieurs dans la région de Koulikoro, à l'occasion de cours ou de formations à l'étranger et pendant des réunions de haut niveau. L'importance de la création et du maintien de liens de confiance par le biais d'interactions sociales ou professionnelles rejoint les conclusions de recherches empiriques antérieures sur le discours du FBR (Gautier, De Allegri *et al.*, 2019) et à la littérature existante dans le champ de la coopération au développement concernant l'influence sur l'élaboration des politiques (Mayne *et al.*, 2018).

Troisièmement, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion au Mali ont effectivement contribué à la fabrique de l'idée politique du FBR et l'ont diffusée dans tout le pays et au-delà, opérant à travers de multiples activités de diffusion, notamment le cadrage discursif, la formation des acteurs et actrices jouant un rôle déterminant dans la décision politique et la mise en œuvre et l'assistance technique pendant les expérimentations pilotes. Au Mali, l'exposition et la participation à des projets pilotes FBR financés par l'extérieur ont été les principales sources d'apprentissage des politiques. Au début des années 2010, la réussite perçue de l'histoire

fascinante du Rwanda, que le voyage d'étude a mis en exergue, et du projet 3-DS mis sur pied par des organisations néerlandaises, a mobilisé à la fois les décideurs et décideuses politiques et les responsables de la mise en œuvre. Ces deux événements ont permis de tirer des enseignements (Rose, 1991) sur la manière dont le projet FBR aborde certaines questions relatives aux systèmes de santé. Le discours diffusé par les expert-e-s malien-ne-s a contribué à légitimer l'idée politique aux yeux des décideurs politiques nationaux et décideuses nationales et des bureaucrates de rue travaillant dans de multiples contextes d'expérimentation. Poussé-e-s par les expert-e-s en développement au niveau mondial, les expert-e-s du FBR venant d'autres pays africains, qui avaient été exposé-e-s à d'autres projets pilotes du FBR et aux activités de diffusion des expert-e-s en développement au niveau mondial, ont également joué un rôle essentiel. En 2016-2017, par le biais d'échanges professionnels et sociaux, ces expert-e-s ont transféré à certain-e-s responsables de la mise en œuvre de leur passion, leurs connaissances et leurs outils concernant le FBR. La conception du FBR en Europe, l'expérience dans les pays d'ASS et les essais au Mali ont impliqué des personnes européennes et d'ASS qui ont inspiré les acteurs et actrices malien-ne-s à plusieurs reprises. Ainsi, nos conclusions montrent que les expérimentations pilotes génèrent également une socialisation entre les acteurs et actrices chargé-e-s de la mise en œuvre et peuvent stimuler l'émulation politique.

Notre étude apporte également des éléments intéressants sur le leadership du gouvernement national en matière de diffusion des politiques. Au début et au milieu des années 2010, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion (ED) néerlandais-es et malien-ne-s ont galvanisé l'intérêt des décideurs et décideuses politiques pour le FBR grâce à leurs multiples rassemblements informels dans un luxueux hôtel de la capitale malienne. Les participant-e-s à ces réunions ont contribué à la conception du modèle de FBR à la malienne et sont devenu-e-s du même coup de fervent-e-s partisan-e-s du FBR. Plus tard, en 2017, même si les lacunes du deuxième projet pilote ont suscité des doutes quant à la poursuite du FBR au Mali (Zitti *et al.*, 2017), des facteurs favorables ont suscité une volonté politique renouvelée du gouvernement. Lorsque certain-e-s représentant-e-s

du bailleur sont parti-e-s, un dialogue politique s'est engagé entre les dirigeant-e-s du MSHP et les partenaires internationaux et internationales pour favoriser la conception d'un nouveau projet pilote de FBR. Dans l'intervalle, à la suite de la création par le secrétaire général du MSHP d'un groupe de travail spécial chargé de planifier le déploiement du FBR au Mali, un éminent national (soutenu par l'entrepreneur néerlandais) est devenu le conseiller principal du MSHP. Ce positionnement stratégique a conduit à un consensus politique en février 2019, lorsqu'une importante réunion de haut niveau sur une nouvelle réforme des systèmes de santé a recommandé « l'intensification du FBR ». On peut donc affirmer qu'au Mali, les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion ont relativement bien réussi à obtenir l'engagement des décideurs et décideuses politiques de haut niveau en faveur du FBR, en s'appuyant sur des relations de confiance, une compréhension commune des principaux problèmes des systèmes de santé au Mali et en créant un consensus autour d'un programme FBR adapté au contexte local.

Conclusion

En somme, notre étude de cas révèle une « triple fabrique » de la diffusion du FBR au Mali. Premièrement, elle met en évidence la manière dont les expert-e-s des systèmes de santé mondiaux d'Europe ou d'Amérique du Nord contribuent à l'élaboration du discours et de la conception du FBR en Afrique subsaharienne. Deuxièmement, il met en évidence la façon dont ces acteurs étrangers et actrices étrangères participent à la fabrique d'expert-e-s africain-e-s dans le but de diffuser des idées politiques à travers l'espace et le temps. Troisièmement, il met en évidence leur capacité à façonner de façon stratégique les processus de diffusion.

Notre étude souligne notamment que l'histoire de la diffusion du FBR au Mali de 2009 à 2018 est indissociable de la fabrique et de l'action des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion dans ce pays. Un entrepreneur européen, expert travaillant pour un organisme néerlandais de coopération-développement en santé, a joué un rôle de premier plan dans la « fabrique » d'entrepreneurs et

entrepreneuses de la diffusion maliens. Sur la base d'expériences de travail en commun pendant une dizaine d'années, cet expert néerlandais a développé de solides relations professionnelles avec deux experts et un décideur partenaire de projets de développement. La réputation de cet expert, son savoir et ses ressources sociales ont été mises en commun avec les ressources temporelles et politiques et l'autorité morale des acteurs et actrices maliens. Le succès perçu de ces projets, qui mobilisaient les prémisses du FBR (contractualisation), associé à un passé commun et des formations similaires en économie et gestion des services de santé, et un intérêt à faire évoluer leurs carrières respectives ont façonné les trois entrepreneurs de la diffusion maliens. Cette communauté malienne favorable au FBR savait en effet qu'il était dans son intérêt de faire sa promotion, étant donné les opportunités d'avancement de carrière qui devenaient possibles grâce aux larges financements disponibles pour piloter cette politique. Une fois considéré par l'expert néerlandais comme suffisamment « prêt », l'un des entrepreneurs maliens est devenu en 2017 un « entrepreneur de seconde génération », diffusant le FBR en Guinée. Début 2019, les deux autres entrepreneurs de la diffusion maliens ont également été promus en entrepreneurs de la diffusion par leur sélection récente pour participer à l'expérimentation du FBR en Mauritanie. La place prépondérante de l'expert néerlandais dans l'ensemble des processus de diffusion reflète notamment comment le pouvoir de « simples » individus peut s'exercer dans les PFMR.

Les entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion étrangers et étrangères et maliens ont également conduit l'agenda d'apprentissage du FBR des décideurs et décideuses et des bureaucrates maliens au fil du temps. Ils et elles ont aussi influencé les processus d'émulation entre les acteurs et actrices en faveur du FBR. Les entrepreneurs et entrepreneuses ont également créé et répandu l'expression FBR « à la malienne » afin de promouvoir un FBR adapté au contexte malien. Tous ces processus font des entrepreneurs et entrepreneuses de la diffusion des acteurs et actrices incontournables, ce qui leur permet de diffuser leur discours et mettre en œuvre leurs stratégies favorisant l'expansion du FBR au Mali. Toutefois, plusieurs freins ont participé à entraver l'action de ces

entrepreneurs et entrepreneuses. Notamment, nous avons observé peu d'interactions entre les acteurs et actrices du niveau central et ceux et celles des niveaux décentralisés pendant l'expérimentation. Le manque de participation des acteurs et actrices du niveau central était dû à un manque de confiance et une mauvaise collaboration avec les représentant-e-s du bailleur (la Banque mondiale). Nous avons relevé une forte perte d'expertise et d'émulation autour du FBR (ancien-ne-s décideurs et décideuses formé-e-s parti-e-s, roulement important au ministère). Enfin, la discontinuité de l'expérimentation du FBR au Mali a porté préjudice à l'engagement sur le long terme des acteurs et actrices politiques.

Liste des abréviations

ASACO : Association(s) de santé communautaire

ASS : Afrique subsaharienne

CGIC: Clinique de Gestion et d'Innovation des Connaissances

CSU : Couverture santé universelle

DS : Districts sanitaires

FBR : Financement basé sur les résultats

KIT : Koninklijk Instituut voor de Tropen (*Institut royal des tropiques*)

MSHP : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

ONG : Organisation(s) non gouvernementale(s)

PFMR : Pays à faible et moyen revenu

RDC : République démocratique du Congo

SNV : Organisation néerlandaise de développement

Remerciements et Financement

Lara Gautier a reçu une bourse de recherche doctorale du Fonds de Recherche du Québec-Société et Culture (FRQSC). Elle a pu collecter des données dans différents contextes étrangers grâce au soutien généreux du Centre de recherches pour le développement international du Canada (projet ID#108038), de l'Institut de Recherche français (IRD) et des Instituts de recherche en santé du Canada (demandeur #372369). La recherche a été menée dans le cadre d'un programme plus vaste intitulé « Financement basé sur les résultats pour un accès équitable aux soins de santé maternelle et infantile au Mali et au Burkina Faso ». Elle fait partie de l'initiative de 7 ans « Innover pour la santé maternelle et infantile en Afrique » menée par le Centre de recherches pour le développement international. Notre programme de recherche a été mis en œuvre par une équipe composée d'ONG basées dans les deux pays et de chercheurs et chercheuses de l'Université de Montréal. Au Mali, cette équipe était composée de chercheurs, de chercheuses et d'assistant-e-s de recherche de l'ONG MISELI dirigée par Laurence Touré, qui est la chercheuse principale du programme.

Nous tenons également à remercier tous les acteurs, toutes les actrices et les organisations aux niveaux national, régional et local qui ont participé ou facilité la conduite de cette recherche. Nous remercions aussi Mme Thérèse Gautier-Garancher et de M. Konan N'Guessan pour la transcription des entretiens. Nos remerciements vont également aux employé-e-s de l'ONG MISELI, et en particulier à Mme Laurence Touré, qui a contribué à faciliter les contacts avec plusieurs personnes interrogées.

Références

Bertone, M. P., Wurie, H., Samai, M. & Witter, S. (2018). The bumpy trajectory of performance-based financing for healthcare in Sierra Leone: agency, structure and frames shaping the policy process. *Globalization and Health*, 14(99). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0417-y>

- Boulenger, D. (2009, août). Not only relational contracts: Some considerations about PBF and PNFP. An interview with Bruno Meessen. *Health and Development. Doctors with Africa Cuamm*, 18–19.
- Brady, L., Munge, K. & Giralt, A. N. (2018, 21 septembre). Unpacking power and knowledge in global health: Some reflections from the emerging voices 2018 cohort. *International Health Policies*. <http://www.internationalhealthpolicies.org/unpacking-power-and-knowledge-in-global-health-some-reflections-from-the-emerging-voices-2018-cohort/>
- Broad, R. (2006). Research, knowledge, and the art of « paradigm maintenance »: The World Bank's Development Economics Vice-Presidency (DEC). *Review of International Political Economy*, 13(3), 387–419. <https://doi.org/10.1080/09692290600769260>
- Coulibaly, A., Gautier, L., Touré, L. & Ridde, V. (2020). Le financement basé sur les résultats (FBR) au Mali : Peut-on parler d'émergence d'une politique publique de santé? *International Development Policy | Revue internationale de politique de développement*, (12.1). <http://journals.openedition.org/poldev/3242>
- 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(54). <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00566-0>
- Fritsche, G. B., Soeters, R. & Meessen, B. (2014). *Performance-based financing toolkit*. Washington, DC, World Bank.
- Gautier, L. (2016, janvier). Le financement basé sur les résultats au Mali. *Chaire REALISME*. http://www.equitesante.org/wp-content/plugins/zotpress/lib/request/request.dl.php?api_user_id=1627688&dlkey=8ESEFMPZ&content_type=application/pdf
- 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(6). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0443-9>

- Gautier, L., De Allegri, M. & Ridde, V. (2021). Transnational networks' contribution to health policy diffusion: A mixed method study of the performance-based financing community of practice in Africa. *International Journal of Health Policy and Management*, 10(6) : 310-323. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.57>
- Gautier, L., Tosun, J., Allegri, M. D. & Ridde, V. (2020). Comment les entrepreneurs de la diffusion propagent-ils leurs politiques? *Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances*, 4(1). <https://doi.org/10.18166/tuc.2020.4.1.17>
- Kirigia, J. M. & Diarra-Nama, A. J. (2008). Can countries of the WHO African Region wean themselves off donor funding for health? *Bulletin of the World Health Organization*, 86(11), 889-892. <https://doi.org/10.2471/BLT.08.054932>
- Lewis, D. & Mosse, D. (2006). *Development Brokers and Translators: The Ethnography of Aid and Agencies*. Kumarian Press.
- Mayne, R., Green, D., Guijt, I., Walsh, M., English, R. & Cairney, P. (2018). Using evidence to influence policy: Oxfam's experience. *Palgrave Communications*, 4(122). <https://doi.org/10.1057/s41599-018-0176-7>
- Merry, S. E. (2006). Transnational Human Rights and Local Activism: Mapping the Middle. *American Anthropologist*, 108(1), 38-51. <https://doi.org/10.1525/aa.2006.108.1.38>
- Mintrom, M. (1997). Policy entrepreneurs and the diffusion of innovation. *American Journal of Political Science*, 738-770.
- Rose, R. (1991). What is Lesson-Drawing? *Journal of Public Policy*, 11(1), 3-30. <https://doi.org/10.1017/S0143814X00004918>
- Rottenburg, R. (2009). *Far-Fetched Facts: A Parable of Development Aid*. MIT Press.
- Secrétariat Permanent du PRODESS. (2013). *Programme de développement sanitaire et social (PRODESS III) 2014-2018*. MSHP-MTASH-MPFEP. <http://www.sante.gov.ml/docs/PRODESS%20III%20Version%20finale.pdf>

- 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(86). <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0307-8>
- Soeters, R. (2010, juin). *A personal story—seeking the roots of performance-based financing (PBF)* [RBF Health Website]. <https://www.rbfhealth.org/resource/personal-story-seeking-roots-performance-based-financing-pbf>
- Soucat, A., Dale, E., Mathauer, I. & Kutzin, J. (2017). Pay-for-performance debate: Not seeing the forest for the trees. *Health Systems & Reform*, 3(2), 74–79. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1302902>
- Sriram, V., Topp, S. M., Schaaf, M., Mishra, A., Flores, W., Rajasulochana, S. R. & Scott, K. (2018). 10 best resources on power in health policy and systems in low- and middle-income countries. *Health Policy & Planning*, 33(4), 611–621. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy008>
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. SAGE Publications.
- Stone, D. (2001). *Learning lessons, policy transfer and the international diffusion of policy ideas* [Working paper, 69/01]. Centre for the Study of Globalisation and Regionalisation.
- The World Bank. (2017). *Mali—Strengthening Reproductive Health Project. Implementation Completion and Results Report* (No. ICR4095, 1–81). The World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/542131502720462868/Mali-Strengthening-Reproductive-Health-Project>
- Tosun, J. & Croissant, A. (2016). Policy diffusion: A regime-sensitive conceptual framework. *Global Policy*, 7(4), 534–540.
- 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*, 8(10), 583–592. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.45>

Zombré, D., Allegri, M. D. & 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 & Planning*, 35(4), 379–387. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa001>

Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?

Réformes en Afrique subsaharienne



Sous la direction de **Valéry Ridde**

Préface de **Ndèye Bineta Mbow Sane**

Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?

Réformes en Afrique subsaharienne

SOUS LA DIRECTION DE VALÉRY RIDDE

QUÉBEC : ÉDITIONS SCIENCE ET BIEN COMMUN



Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? de Valéry Ridde est sous une licence [License Creative Commons Attribution - Partage dans les mêmes conditions 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), sauf indication contraire.

Titre : Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?

Sous la direction de Valéry Ridde

Caricature en couverture : Damien Glez

Design de la couverture : Kate McDonnell

Édition et révision linguistique : Élisabeth Arsenault

ISBN pour l'impression : 978-2-925128-08-3

ISBN pour le ePub : 978-2-925128-10-6

ISBN pour le PDF : 978-2-925128-09-0

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2021

Dépôt légal – Bibliothèque et Archive nationale Canada

Ce livre est publié sous licence [Creative Commons CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/) et disponible en libre accès à <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/>

Éditions science et bien commun

<http://editionscienceetbiencommun.org>

3-855 avenue Moncton

Québec (Québec) G1S 2Y4

Diffusion : info@editionscienceetbiencommun.org