

9. Les défis de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans les centres de santé périphériques au Mali

ABDOURAHMANE COULIBALY, LARA GAUTIER, TONY ZITTI ET VALÉRY RIDDE

Contexte

Au cours des 15 dernières années, le FBR a attiré l'attention en tant que moyen d'atteindre plus d'objectifs de santé dans les pays à faible revenu et les États fragiles (Bertone, Falisse *et al.*, 2018)¹. Renmans *et al.* (2017 : 263) proposent la définition suivante des interventions de type FBR : « le financement basé sur les performances est un ensemble de réformes du côté de l'offre qui est orienté vers l'amélioration des performances (défini comme une augmentation des services prédéfinis et une amélioration des mesures de qualité) en utilisant des incitations financières basées sur les performances pour les prestataires de santé (établissements et/ou professionnel-le-s) ». Dans cette optique, les performances positives peuvent être encouragées en liant les paiements aux résultats souhaités et en favorisant l'autonomie décisionnelle et le comportement entrepreneurial au niveau des établissements de santé (Witter *et al.*, 2013).

Au moment de cette étude, 32 (sur un total de 46) pays d'Afrique subsaharienne ont essayé le FBR dans le but de réformer leur système de santé (Gautier *et al.*, 2018). Cette intervention est donc souvent promue avec l'appui de certain-e-s acteurs internationaux et actrices

1. Ce chapitre est une traduction d'un article publié en anglais et remanié/réduit pour cet ouvrage : 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 Systems*, 18(1).

internationales, notamment la Banque mondiale². Certaines études suggèrent que le FBR a eu une influence positive sur l'utilisation des services (Basinga *et al.*, 2011; Bonfrer *et al.*, 2014; Steenland *et al.*, 2017). Pourtant, après de nombreuses expériences, il reste controversé dans la communauté des chercheurs et chercheuses, notamment en raison des écarts entre les financements alloués et les résultats obtenus (Chimhutu *et al.*, 2016; Paul *et al.*, 2018; Ssengooba *et al.*, 2012). Les preuves scientifiques de son efficacité et de son efficience restent limitées (Milstein & Schreyoegg, 2016; Turcotte-Tremblay *et al.*, 2016). Le FBR est notamment critiqué pour ses effets pervers potentiels, notamment le fait qu'il peut, en fait, affaiblir le système de santé (Paul *et al.*, 2018) et avoir des effets non intentionnels³.

Les raisons de la mise en œuvre du FBR au Mali étaient diverses, mais l'initiative visait principalement à améliorer les indicateurs de santé, la gestion et la motivation du personnel de santé et l'accès aux soins (Coulibaly *et al.*, 2020). L'expansion du FBR est l'une des priorités stratégiques du Programme de développement sanitaire et social 2014-2018 (MSHP, MTASH, MPFEF, 2013). Le projet FBR au Mali dont il est question dans ce chapitre a été financé par la Banque mondiale dans le cadre d'une initiative plus large visant à renforcer la santé reproductive. Il a été mis en œuvre dans les 10 districts sanitaires de la région de Koulikoro entre juillet 2016 et février 2017. Nous l'appelons ici le « deuxième projet pilote ». Il fait suite à un projet antérieur mis en œuvre dans trois districts sanitaires de cette région entre 2012 et 2013. Nous appelons cela le « premier projet pilote », appelé « pré-pilote » par ses concepteurs et conceptrices. Il visait à concrétiser la notion de « FBR à la malienne » (Gautier, Coulibaly *et al.*, 2019). Une étude rapportée ailleurs a mis en évidence le faible niveau de pérennité de ce premier projet (Seppey *et al.*, 2017).

Si certaines recherches ont été menées sur la mise en œuvre du FBR sur le continent africain (Anselmi *et al.*, 2017; Ssengooba *et al.*, 2012; Zitti *et al.*, 2019) beaucoup de pistes restent à explorer notamment en Afrique francophone (Paul *et al.*, 2014). La littérature sur le FBR reste dominée par les évaluations d'impact. Si ces

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

3. Voir le chapitre de Turcotte-Tremblay *et al.*

évaluations sont utiles pour mieux comprendre les effets du FBR sur la motivation des professionnel-le-s et sur la santé, elles n'expliquent pas clairement comment ces effets se produisent (Witter *et al.*, 2013) ni les contextes dans lesquels ils se réalisent. Certaines recherches ont montré que l'analyse du processus de mise en œuvre du FBR permet de mieux comprendre les résultats obtenus (Antony *et al.*, 2017). Des études récentes ont accordé plus d'attention aux impacts du FBR sur les relations entre les acteurs et actrices du système de santé et aux contextes et processus qui expliquent si ces résultats sont atteints ou non (Anselmi *et al.*, 2017; Bertone, Jacobs *et al.*, 2018; Bhatnagar & George, 2016; Mayumana *et al.*, 2017; Renmans *et al.*, 2016; Ridde *et al.*, 2018). Pour comprendre les processus, les caractéristiques contextuelles de la mise en œuvre sont des éléments essentiels et justifient une analyse approfondie (Luoto *et al.*, 2014).

Notre recherche qualitative explique comment les spécificités contextuelles des centres de santé influencent la qualité de la mise en œuvre du FBR en mettant l'accent sur ce qui fait que le FBR fonctionne dans certains centres de santé et pas dans d'autres. Elle met également en évidence l'héritage de l'histoire locale et la manière dont elle peut influencer les processus de mise en œuvre, reflétant ainsi l'idée que le passé représente un tremplin pour la mise en œuvre de politiques et de techniques et pour assurer le succès de la mise en œuvre (Lachenal, 2013).

Méthodes

Cadre conceptuel

Le terme «mise en œuvre» désigne un ou plusieurs processus organisés dans un contexte particulier pour aider à réaliser les changements visés par une intervention par les moyens mis en œuvre (Pfadenhauer *et al.*, 2017; Ridde & Olivier de Sardan, 2017). Pour cette étude, nous avons choisi d'utiliser le *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR), qui regroupe les principaux concepts des théories de mise en œuvre. Il a été proposé par Damschroder *et al.* (2009) pour aider à évaluer l'efficacité de la mise en œuvre d'une

intervention dans un contexte spécifique. Le CFIR s'est révélé utile dans un large éventail de scénarios, y compris dans des contextes de faible revenu (Ilott *et al.*, 2013).

Selon le CFIR, pour comprendre la mise en œuvre d'une intervention, cinq «domaines» doivent être étudiés : 1) les caractéristiques de l'intervention; 2) le contexte externe des établissements de santé; 3) le contexte interne des établissements de santé; 4) les caractéristiques des individus; et 5) le processus de mise en œuvre. Le CFIR se compose de 39 constructions et sous-constructions réparties entre ces cinq domaines. Le plan de recherche que nous avons adopté est celui d'une étude de cas multiple contrastée avec plusieurs niveaux d'analyse intégrés (Yin & Ridde, 2018). Les cas étaient des centres de santé communautaires (CSCOM), c'est-à-dire des centres de soins primaires. Les données ont été collectées entre décembre 2016 et janvier 2017 dans trois des dix districts sanitaires (DS) de la région de Koulikoro : DS1, DS2 et DS3. Les trois DS ont été sélectionnés sur la base de critères spécifiques : un site agricole ayant fait l'expérience d'un programme de transfert d'argent liquide pour les plus pauvres; un site où il était prévu de tester un programme de mutuelle communale; et un site à caractère urbain. Sur les trois DS sélectionnés, un seul (DS1) avait participé au premier projet pilote FBR en 2012-2013.

Comme nous n'avons pas pu mener notre étude dans tous les CSCOM en raison de contraintes budgétaires et de temps, nous avons sélectionné quatre CSCOM par DS, deux parmi les plus performants (CSCOM ++ et CSCOM + selon le niveau de performance) et deux parmi les moins performants (CSCOM -- et CSCOM - selon le niveau de performance), pour un total de 12 CSCOM au sein des trois DS (MISELI, 2016) (voir tableau 1). Le niveau de performance des CSCOM a été défini sur la base de critères qualitatifs et quantitatifs qui ont émergé d'un processus participatif et consensuel impliquant les équipes des CSREF et l'équipe de recherche (MISELI, 2016). Pour les chercheurs et chercheuses, cela a offert une occasion opportune de tester un modèle de sélection participative des cas (Zombré *et al.*, 2016). Il s'agit d'une approche innovante qui permet de légitimer au préalable les critères de sélection des sites, notamment la notion de performance en prenant en compte le point de vue des agent-e-s de

santé. Les CSCOM les plus performants ont souvent été associés à une meilleure implication des leaders communautaires dans les activités, une plus grande mobilisation communautaire, une plus grande densité démographique, une meilleure implication de l'ASACO dans les activités, un personnel de santé dynamique, etc. Par rapport aux autres CSCOM, les CSCOM DS1 ont eu l'avantage de bénéficier d'une partie des infrastructures mises en place lors du premier projet FBR.

Tableau 1 : Nombre et niveau de performance des CSCOM par district sanitaire (DS)

	CSCOM	CSCOM+	CSCOM- -	CSCOM -	Total
DS1	1	1	1	1	4
DS2	1	1	1	1	4
DS3	1	1	1	1	4
Total	3	3	3	3	12

Les quatre CSCOM sélectionnés dans chaque district sanitaire étaient composés d'un CSCOM urbain (CSCOM du chef-lieu de district) et de trois CSCOM ruraux à l'exception du district sanitaire de Koulikoro où il y a deux CSCOM urbains. Quelques caractéristiques communes ont été relevées. Elles concernent le type d'infrastructure (comprenant généralement une salle de consultation, une salle d'accouchement, une infirmerie et une salle d'hospitalisation), le profil du personnel (le plus souvent composé du Directeur ou Directrice Technique du Centre (DTC), d'infirmiers et d'infirmières, de sages-femmes, d'accoucheuses, d'aides-infirmiers et d'aides-infirmières, de vaccinateurs et de vaccinatrices, de responsable de dépôt de médicaments, d'hygiénistes).

Les critères pour l'inclusion des CSCOM dans l'étude ont été définis comme suit : avoir le statut de centre de santé communautaire, situé dans l'un des trois districts sélectionnés pour cette étude, et faire partie des CSCOM classés soit comme les plus efficaces, soit comme les moins efficaces à la fin du processus de sélection. Les critères d'exclusion étaient les suivants : tout CSCOM non situé dans l'un des trois districts sélectionnés pour cette étude et tout CSCOM non sélectionné à la fin du processus de sélection.

Description de l'intervention

Les acteurs et actrices

Au niveau local, le FBR a été mis en œuvre dans les CSCOM et les CSREF. Le deuxième projet pilote FBR a impliqué un certain nombre d'acteurs et d'actrices et de fonctions institutionnelles. Les résultats quantitatifs et qualitatifs de ces prestataires sont évalués par l'équipe cadre de district (ECD) pour le niveau CSCOM et l'équipe de la DRS pour le niveau CSREF. Une fois évalués, les résultats sont achetés par les autorités locales, qui sont impliquées dans la signature des contrats de performance avec les prestataires (mairie pour le CSCOM et conseil de cercle pour le CSREF). La fonction de régulation (c'est-à-dire la vérification du respect des normes et standards) est assurée par le DRS pour les CSREF et l'ECD pour le CSCOM. Les fonds utilisés pour l'achat des résultats sont mobilisés par l'UCP/PRSR. Une contre-vérification est effectuée par une agence indépendante pour savoir si les patient-e-s ont effectivement bénéficié des services de santé et leur niveau de satisfaction.

Les indicateurs

Comme dans toute intervention FBR, les établissements de santé sont financés sur la base de l'achat d'indicateurs de quantité (tableau 2) et d'indicateurs de qualité (tableau 3).

Tableau 2. Indicateurs quantitatifs sélectionnés pour le projet pilote FBR à Koulikoro

Indicateurs	Prix d'achat (Francs CFA)
Consultation prénatale (CPN 4)	3,958
Accouchement assisté par un professionnel qualifié	3,984
Consultation postnatale (CPON)	661
Utilisation d'une contraception moderne par la femme	2,645
Prise en charge correcte d'un cas de paludisme chez une femme enceinte	1,323
Traitement ARV pour femme enceinte (testis séropositivité)	2,976
Vaccination complète d'un enfant de moins de 12 mois	397
Consultation d'un enfant de moins de 5 ans conforme à la PCIME	397
Prise en charge correcte d'un cas de paludisme chez un enfant de moins de 5 ans	198
Prise en charge DOT d'un cas de tuberculose simple	2,645

Les défis de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans les centres de santé périphériques au Mali

Tableau 3. Indicateurs de qualité par catégorie sélectionnée pour le projet pilote FBR à Koulikoro

Catégorie	Contenu	Poids dans le calcul des primes (valeur attribuée à chaque catégorie d'indicateurs qualitatifs)
Ressources et processus	<ul style="list-style-type: none"> - ressources humaines - infrastructures - relation avec les patients - hygiène - gouvernance - rôle de l'ASACO 	30%
Indicateurs cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - disponibilité des médicaments essentiels - soins maternels et néonataux - chaîne du froid 	50%
Satisfaction des usagers et usagères		20%

Dix indicateurs quantitatifs reflétant les principaux problèmes de santé maternelle et infantile ont été sélectionnés pour le projet pilote. En outre, trois domaines de qualité correspondant à des scores spécifiques ont été couverts, à savoir les ressources et les processus (30%), la qualité clinique (50%) et la satisfaction des usagers et des usagères (20%). En général, les indicateurs de quantité sont achetés à un prix fixe, tandis que le paiement des indicateurs de qualité dépend de la réalisation d'un objectif minimum. Dans le cas présent, après qu'un audit ait identifié tout écart entre les chiffres rapportés par les CSCOM et la fourniture effective des services, ainsi que l'évaluation du niveau de satisfaction des usagers et usagères et la vérification des résultats quantitatifs des agent-e-s de santé, une facture a été établie et envoyée via un portail web à une agence de paiement, qui a ensuite effectué le transfert sur le compte de chaque CSCOM.

Outils de collecte de données

Des guides d'entretien semi-structurés ont été élaborés pour chaque catégorie d'acteurs et d'actrices individuel-le-s interrogé-e-s. Ces différent-e-s acteurs et actrices comprenaient le personnel du CSCOM, les membres des ASACO (c'est-à-dire les membres des associations de santé communautaires chargé-e-s de gérer le CSCOM au nom de la communauté), les agent-e-s de santé communautaires (c'est-à-dire les membres de la communauté qui assistent les agent-e-s de santé qualifié-e-s principalement par des activités de prévention et de traitement des maladies au sein de la communauté), les leaders communautaires qui ont le pouvoir d'influencer l'opinion publique et les élu-e-s locaux et locales.

Les guides ont été traduits du français en langue bambara et ont ensuite été pré-testés. Une grille d'observation a également été utilisée. Ces différents guides ont été élaborés en tenant compte des cinq domaines du CFIR. Des discussions ont eu lieu au préalable entre les co-auteurs et co-autrices de l'article pour parvenir à une compréhension commune des différents construits et sous-construits.

Techniques de collecte de données et d'échantillonnage

Entretiens formels et informels

Selon une stratégie d'échantillonnage par sélection raisonnée, des données ont été recueillies auprès de différent-e-s acteurs et actrices individuel-le-s impliqué-e-s dans la mise en œuvre du FBR dans les CSCOM (Tableau 4).

Nous avons engagé des assistant-e-s de recherche (n = 3) pour collecter les données. Au total, nous avons mené 161 entretiens formels (tableau 4) et 69 entretiens informels (tableau 5) dans les trois DS, sur la base des profils des répondant-e-s.

Tableau 4. Répartition des répondant-e-s par catégorie et par district sanitaire, entretiens semi-structurés

Districts de santé	Directeurs techniques des centres (DTC)	Personnel du CSCOM	Les membres de l'ASACO	Leaders communautaires	relais	Membres mairie	Total
DS1	4	22	8	8	10	4	56
DS2	4	18	8	8	8	4	50
DS3	4	22	7	10	9	3	55
Total	12	62	23	26	27	11	161

Tableau 5. Répartition des répondant-e-s par catégorie et par district sanitaire, entretiens informels

Districts de santé	Personnel du CSCOM	Relais communautaires	Membres mairies	Membres Asaco	Total
DS1	8	8	2	5	23
DS2	8	8	2	5	23
DS3	8	8	2	5	23
Total	24	24	6	15	69

Les données ont été recueillies auprès de ces répondant-e-s en fonction de leur disponibilité, des opportunités et de leur capacité présumée à donner des éclairages sur la situation étudiée.

Le personnel des CSCOM est souvent limité en nombre (cinq à six personnes). Dans la plupart des cas (10/12), tout le personnel du CSCOM a été interrogé. Dans les grands CSCOM et autres organisations impliquées dans la mise en œuvre du FBR, nous avons choisi d'interviewer les personnes en charge ou supervisant les activités de santé tout en veillant à prendre en compte la diversité des profils. Comme la population étudiée était à peu près de la même taille dans tous les districts, nous avons choisi un échantillon similaire dans chacun des trois districts inclus dans l'étude (69 personnes interrogées pour les trois districts).

Au niveau de chaque CSCOM, le premier entretien a généralement été mené avec le ou la DTC, qui nous a ensuite présenté les autres acteurs et actrices (agent-e-s de santé, membres de l'ASACO, etc.). Les assistant-e-s de recherche ont utilisé un enregistreur pour enregistrer les entretiens. Ils et elles ont également utilisé des cahiers de notes pour enregistrer leurs propres réflexions tout au long de la collecte des données. Les entretiens informels ont été le plus souvent réalisés en dehors du CSCOM, soit au domicile du ou de la répondant-e, soit dans un autre lieu de son choix.

Observations

Des observations non participantes ont été menées dans les CSCOM pour étudier les interactions entre les prestataires de services et les patient-e-s lors des consultations médicales ainsi que les changements intervenus au niveau managérial depuis le lancement des activités FBR (hygiène des locaux, procédures d'enregistrement des données). Les résultats des observations ont été consignés dans un journal de bord. Les enquêteurs et enquêtrices ont réalisé 96 séances d'observation pour les 12 CSCOM (DS1 = 32, DS2 = 32, DS 3 = 32), soit une moyenne de huit observations par CSCOM. Nous avons considéré que ce nombre de séances d'observation était

suffisant pour atteindre la saturation et aborder des sujets d'intérêt essentiels, à savoir l'hygiène, la manière dont les outils utilisés par le personnel étaient remplis, etc.

Résultats

Caractéristiques de l'intervention

La plupart des répondant-e-s (n= 117/161) ont souligné l'origine exogène de l'intervention, faisant le plus souvent référence à sa source de financement. Seul-e-s les professionnel-le-s du DS1, qui ont déjà fait l'expérience du FBR, en ont une perception plus positive. Les résultats obtenus ont été considérés comme une preuve en soi :

Quand on regarde les résultats, on peut voir qu'il y a vraiment eu des changements, surtout au niveau des indicateurs. C'est un CSCOM qui est sous-utilisé. (DTC, DS1)

Les raisons de l'avis positif sur le premier projet pilote, qui impliquait en même temps un avis négatif sur le second, avaient trait à la création d'infrastructures. Pour la plupart des répondant-e-s (n= 106/161), elles étaient également liées au montant des subventions et au choix d'indicateurs jugés plus avantageux :

[Dans le] premier [projet], l'accouchement était payé 1000 F pour les accoucheuses et 3000 F pour les infirmières-obstétriciens, mais cette fois-ci, il n'y avait rien pour l'accouchement par les accoucheuses. (Accoucheuse, DS1)

D'autres répondant-e-s, en particulier ceux et celles du DS3, ont cité des expériences passées de CSCOM ayant reçu des primes non liées au FBR, telles que « Ciwara d'Or ». Ce prix a été décerné par le programme Kènèya Ciwara, financé par l'USAID, entre 2003 et 2008 pour récompenser les CSCOM les plus performants. Les indicateurs de qualité de ce programme Ciwara ont été utilisés pour élaborer la liste des indicateurs de qualité du projet FBR.

La plupart des répondant-e-s (n= 123/161) considèrent que le projet FBR est une intervention qui s'adresse à ce que les acteurs locaux et actrices locales considèrent comme des «priorités en matière de santé». Il s'agissait notamment de l'augmentation des taux de vaccination, des consultations prénatales (CPN), des accouchements en milieu de soins et du planning familial. Cependant, le personnel local n'a pas été impliqué dans la conception du projet. Ce manque d'implication explique sa faible adaptation au contexte local, puisque de nombreux et nombreuses répondant-e-s (n= 86/161) ont perçu le projet comme ayant été décidé par la Banque mondiale, sans possibilité pour les acteurs et actrices impliqué-e-s dans sa mise en œuvre de modifier le choix des indicateurs.

Cela nous démotive souvent. Parce que s'ils disent que c'est noir, alors c'est noir. On ne peut pas le changer. Donc, ça veut dire que nous n'avons pas d'impact sur ça. Donc nous devons vivre avec ça. (DTC, DS2)

Parmi les 10 indicateurs sélectionnés, la «prise en charge de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)» et la «gestion de la tuberculose» ont été considérés comme peu pertinents. Les professionnel-le-s ont indiqué qu'ils et elles n'avaient pas reçu une formation suffisante dans ces domaines et ont mentionné l'utilisation limitée des établissements de santé pour ce type de consultation.

La malnutrition, les consultations curatives pour adultes, les maladies gériatriques et les accouchements assistés par des accoucheuses ont été perçus par de nombreux et nombreuses répondant-e-s (n = 123/161) comme des indicateurs pertinents. Pourtant, ils n'ont pas été inclus dans la liste des indicateurs sélectionnés.

Dans certains cas, les professionnel-le-s de la santé n'étaient plus motivé-e-s par la recherche des bonnes performances du centre (comme le prévoyait l'achat de ces indicateurs), mais plutôt par le gain financier personnel. Selon de nombreux et nombreuses répondant-e-s (n = 83/161), plus le paiement associé est élevé, plus l'indicateur devient pertinent et motivant : «Nous sommes plus motivé-e-s par les indicateurs qui sont bien payés que par ceux qui ne le sont pas» (Infirmière, DS1).

À quelques exceptions près, le FBR a été perçu comme une intervention compliquée à mettre en œuvre, en partie à cause des procédures de gestion des données. Le nombre d'outils de travail, en particulier les formulaires et les rapports, a contribué à cette complexité : « Avec le FBR, l'inscription au registre ne suffit pas, il faut écrire sur le formulaire d'admission, comme il se doit. Ce sont les rapports et les procédures qui sont un peu compliqués » (Matrone, DS1).

Outre les outils, la complexité du FBR tient également au nombre et à la diversité des acteurs et actrices impliqués et aux distinctions à faire entre leurs différents rôles (par exemple, les procédures de vérification et de contrôle).

Contexte externe

Cadre socio-normatif et problèmes rencontrés

Il s'agit de situations qui ne sont pas directement liées au FBR mais qui sont en mesure d'en influencer les résultats. Les perceptions locales de la grossesse ont entraîné une faible fréquentation des centres de santé par les patientes : « Vous appelez certaines femmes pour qu'elles viennent pour une CPN, elles refusent. Elles disent que la grossesse est honteuse. » (Matrone, DS1).

Les problèmes rencontrés par les patient-e-s et soulignés par les professionnel-le-s de la santé sont nombreux. Il s'agit notamment de difficultés financières, de problèmes de transport, d'une information insuffisante sur les conséquences négatives de certaines pratiques sanitaires, de déficiences dans l'accueil et l'orientation des patient-e-s, et d'un nombre insuffisant de chambres d'hôpital. Pourtant, le programme FBR n'a pas apporté de solutions à la plupart de ces problèmes.

Le contexte extérieur est également marqué par ce que font ensemble différents types d'acteurs et d'actrices et la manière dont ils et elles se comportent. C'est l'objet de la sous-section ci-dessous.

Réseaux de professionnel-le-s de la santé

Dans le projet FBR, les résultats quantitatifs des CSCOM ont été audités par l'ECD, mais en raison de la durée limitée du projet, un seul cycle d'audit a pu être réalisé. Cette courte durée a limité la possibilité d'établir un système de réseaux. D'autre part, la collaboration entre les CSCOM et les ASACO, et entre les CSCOM et mairies, est liée à la décentralisation sanitaire et existe depuis longtemps. Selon de nombreux et nombreuses répondant-e-s (n= 117/161), la mise en œuvre du FBR a favorisé une collaboration plus étroite entre ces trois entités qui ont travaillé ensemble pour élaborer le plan de résultats trimestriels des CSCOM lors de la formation initiale. Ces plans sont des documents qui décrivent les principaux obstacles à l'amélioration des indicateurs de santé, les solutions proposées pour y remédier et les moyens nécessaires à la mise en œuvre de ces solutions.

Nous avons validé le contrat ensemble, les objectifs étaient les pourcentages... Nous avons fixé tout cela avec le personnel [du CSCOM] et nous avons essayé de savoir ce que la population nous demande de faire par mois, ce que nous pouvons faire. Cela s'est fait à partir des idées des uns et des autres, afin d'établir les choses que nous avons validées ensemble. Et nous avons mis cela dans le contrat. (DTC, DS1)

Les trois entités (CSCOM, ASACO et commune) ont également uni leurs forces pour mener des activités de sensibilisation dans les villages. De plus, le représentant de mairie a souvent été invité à assister aux réunions de l'ASACO, et vice versa.

Un environnement compétitif

Le FBR a été perçu par la plupart des répondant-e-s (n = 92/161) comme établissant une logique de concurrence car les CSCOM et même les villages ont tendance à se comparer les uns aux autres en termes de performance :

Quand on parle de FBR, la concurrence devient tangible. Nous devons donc vraiment mettre l'accent sur la concurrence entre les villages dans le domaine [sanitaire]. Non seulement entre les villages de la région, mais aussi entre les CSCOM. Personne ne veut arriver en dernier. (DTC, DS1)

Une autre personne interrogée a abondé dans le même sens, en utilisant un idiome militariste : « C'est de la concurrence, voilà ce que c'est. En tout cas, pour nous, c'est une arme de guerre. » (DTC, DS1).

Le DTC a été ajouté à un environnement déjà concurrentiel. Dans le contexte malien, la concurrence est justifiée par la fierté d'être reconnu-e parmi les meilleur-e-s et est très présente dans la vie sociale. Elle peut se concrétiser au niveau de la famille, du village, de l'inter-village et de la commune. Toute activité économique peut également devenir un espace de compétition (production agricole, construction d'infrastructures de développement, etc.).

Cette logique concurrentielle a été largement alimentée par l'existence de projets tels que la « Ciwara d'or » dans le passé et « Blue Star », toujours en cours, dont les démarches valorisent grandement l'idée de concurrence entre les CSCOM. Outre les CSCOM, les communes et les aires de santé, cette compétition s'est jouée entre les ASACO et même les districts sanitaires, engagés dans l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'utilisation des services de santé à fort impact, ainsi que dans l'adoption par les membres des ménages de bonnes pratiques de santé maternelle et infantile.

Selon de nombreux et nombreuses répondant-e-s (n = 89/161), la concurrence les a poussé-e-s à une plus grande efficacité :

[si] il y a de la concurrence, chacun essaie de sauver sa tête...
Donc les gens feront l'effort. Vous verrez qu'il y a des choses que nous ne pensons pas faire, mais dès qu'ils diront que c'est comme ça que ça doit être, nous nous empresserons de le faire, vous voyez. (Leader communautaire, DS3)

Influence des politiques publiques

Le Programme de développement social et sanitaire 2014-2018 (PRODESS III) fait référence au FBR, en fournissant des détails sur sa définition, ses avantages et son fonctionnement (MSHP, MTASH, MPFEF, 2013). Le FBR figurait également parmi les activités prévues par le *Projet de renforcement de la santé reproductive* (PRSR) de la Banque mondiale comme moyen de renforcer l'offre et la qualité des services de santé reproductive en améliorant les indicateurs dans ce domaine. Ainsi, le FBR devrait contribuer à la réalisation d'une série d'objectifs de chacun de ces programmes ainsi que de ceux du Plan stratégique national de santé reproductive 2014-2018.

Contexte interne

Diffusion d'informations sur le FBR

Les DTC et les collègues qui avaient participé à la formation initiale ont organisé des séances d'information au cours desquelles ils et elles ont partagé des informations sur le fonctionnement du projet FBR avec les autres professionnel-le-s qui étaient resté-e-s sur place. Ces séances d'information ont permis de communiquer autour des objectifs contenus dans les plans de résultats. Cependant, certain-e-s répondant-e-s, en particulier le personnel de nettoyage, ont eu le sentiment d'avoir été simplement négligé-e-s et de ne pas avoir bénéficié de ce partage d'informations.

Ils et elles ont estimé que les *briefings* étaient des séances de validation de ce que les représentant-e-s du CSCOM avaient déjà décidé, plutôt que de véritables discussions : « C'est le chef qui fait cela et qui nous informe ensuite » (Matrone, DS1). Dans certains cas, l'élaboration des objectifs du contrat de performance a été largement dominée par le DTC, qui a impliqué peu d'autres membres du personnel. Les contrats de performance définissent, sur une base trimestrielle, les engagements des parties signataires et les résultats escomptés. Au niveau des CSCOM, le contrat a été signé par le DTC, le président de l'ASACO et le maire de la commune.

Au cours de la réunion, des informations ont été données sur les outils du FBR : « Le DTC nous a réunis. Il avait quelques dossiers pour expliquer comment le travail sur le FBR pouvait être fait. La partie que nous devons signer, nous l'avons signée. » (Responsable du dépôt de médicaments, DS1).

Dans certains cas, des discussions informelles avec le DTC ont permis à certains membres du personnel d'être mieux informé-e-s sur le FBR.

Convergence entre les normes professionnelles valorisées et les normes FBR valorisées

Le FBR s'inscrit dans la continuité des normes professionnelles déjà valorisées par le personnel sanitaire.

Le FBR encourage le développement de l'esprit d'équipe au sein des équipes de santé. Il vise à assurer l'équité entre les professionnel-le-s en rémunérant chacun-e en fonction de ses performances.

Formes d'engagement dans le cadre du programme FBR

Chez le DTC, l'engagement s'est traduit par les efforts que ce dernier a déployés pour informer les autres membres du personnel de l'importance du FBR : « Je rappelle au personnel qu'il doit bien faire son travail, et je lui rappelle l'importance de mettre en œuvre le FBR » (DTC, DS1).

Certaines ASACO ont accepté d'investir dans la rénovation des infrastructures, tandis que d'autres ont fait des efforts pour renforcer les ressources humaines. L'engagement s'est également traduit par des visites régulières du président ou des membres des ASACO au CSCOM pour observer l'avancement des activités : « Si le président de l'ASACO est vu ici tous les matins, c'est parce que nous respectons nos engagements envers le FBR » (Vaccinateur, DS2).

Une personne interrogée du DS1 a noté que d'autres membres de l'ASACO visitaient le CSCOM beaucoup plus régulièrement depuis le lancement de l'intervention. Chaque membre du personnel avait signé

un formulaire d'engagement personnel. Les DTC ont demandé que ce formulaire soit affiché devant les bureaux afin que l'engagement de chacun puisse être visualisé à travers ce moyen. Dans certains cas, l'engagement dépendait du degré de motivation.

Une personne interrogée a estimé que le projet FBR créait une situation d'injustice entre les professionnel-le-s, les plus qualifié-e-s étant mieux traité-e-s que les autres : « Non, ils ne récompensent pas le travail de tout le monde, mais seulement celui des professionnel-le-s qualifié-e-s » (Leader communautaire, DS3).

L'influence des héritages locaux

La participation au premier projet FBR, comme c'est le cas dans le district DS1, a été utilisée comme raison justifiant la volonté du CSCOM de mettre en œuvre le FBR : « Tant qu'il y a cet ancien système, le deuxième système ne peut pas tomber en panne et peut bien fonctionner » (membre mairie, DS1). La majorité des répondant-e-s du DS1 (n = 43/56) ont déclaré que leur centre était prêt à mettre en œuvre le nouveau projet FBR en se basant sur le fait qu'il y avait un système mis en place lors du précédent FBR qui pourrait bien contribuer à son efficacité : « le matériel dont nous disposons, nous pouvons travailler avec cela » (Agent d'hygiène, DS1). En outre, certains CSCOM avaient bénéficié des interventions et du soutien d'ONG telles que Marie Stopes International et Kèneya Ciwara à travers un programme d'accréditation des CSCOM, ainsi que l'AMCP ALIMA avec des actions dans le domaine de la nutrition. Selon plusieurs répondant-e-s (n = 89/161), ces héritages du passé sont un atout pour les CSCOM engagés dans le renforcement de leurs capacités de formation et d'organisation des équipements : « ils ont transféré des compétences et c'est l'essentiel. Lorsque les compétences sont transférées, même si vous partez, le personnel peut travailler après vous ». (DTC, DS3).

Caractéristiques des individus

Les personnes interrogées dans les centres ont été assez réceptives au changement proposé par le FBR (n= 70/74). La nouvelle de l'arrivée du projet FBR a suscité l'enthousiasme. Cette réaction positive provenait souvent du fait qu'ils et elles avaient entendu parler de la mise en œuvre réussie du premier projet pilote. Pour de nombreux et nombreuses répondant-e-s (n= 89/161), l'enthousiasme exprimé au moment de l'introduction s'est dissipé en raison de l'absence de toute supervision spécifique au FBR une fois le projet en cours de mise en œuvre. Dans certains cas, les bonnes pratiques générées par le projet FBR, comme l'introduction de listes de présence, ont rapidement disparu : « nous attendions une supervision et nous allons ensuite donner des primes, mais cela n'a pas été fait jusqu'à présent, c'est pourquoi nous avons abandonné le registre de présence » (Infirmière, DS3).

L'analyse des données a montré qu'un certain nombre de répondant-e-s n'ont pas été en mesure de fournir des informations détaillées sur certains aspects du régime FBR, notamment en ce qui concerne le calcul des primes au personnel et les procédures de paiement des primes et des subventions. Parmi les informations les plus maîtrisées par les répondant-e-s, on trouve les objectifs de l'intervention, avec un accent mis sur la motivation et le paiement en fonction de l'effort fourni. Les informations sur le FBR étaient mieux maîtrisées par les agent-e-s les plus qualifié-e-s.

La plupart des raisons invoquées par les répondant-e-s pour expliquer leur attitude positive à l'égard du projet FBR étaient fondées sur leur perception que les objectifs de l'initiative incorporaient les valeurs qu'ils et elles défendaient (travail bien fait, mérite récompensé, consensus, cohésion, etc.) : « Parce que j'ai toujours dit. Il s'agit vraiment de récompenser le mérite » (DTC, DS3).

Cependant, les conditions définies pour les incitations financières ont été une source de frustration pour certain-e-s professionnel-le-s, et surtout pour les moins qualifié-e-s, comme on l'a vu plus haut dans le cas des matrones. Certain-e-s répondant-e-s ont exprimé un sentiment de satisfaction relative à l'égard du projet

FBR, tout en manifestant une certaine forme d'inquiétude : « Nous étions tous heureux et inquiets en même temps, parce que c'est une chose nouvelle pour nous » (DTC, DS3).

Processus de mise en œuvre

Dans le cadre du FBR, les activités des CSCOM ont été planifiées sur une base trimestrielle. Les seuls plans de résultats d'intervention ont été élaborés lors de la formation initiale. Au moment de notre collecte de données, le personnel des CSCOM se concentrait davantage sur les changements à apporter pour maximiser leurs primes individuelles. Les calendriers des différentes activités étaient rarement respectés. Certaines activités, telles que les évaluations du personnel, n'ont pas pu être réalisées dans certains cas par manque de temps. En effet, le délai initial prévu pour la mise en œuvre des projets (huit mois) a été ramené à six mois en raison de nombreux problèmes (crise politique de 2012, recrutement de l'agence d'exécution, problèmes de gestion, etc.). Dans un premier temps, il a été annoncé que les primes seraient payées sur la base de deux trimestres de travail. Finalement, les professionnel-le-s n'ont reçu les primes que pour un seul trimestre, avec des retards de paiement pouvant aller jusqu'à six mois dans certains cas.

Malgré les problèmes rencontrés par les équipes de santé, des changements importants semblent avoir été apportés dans plusieurs domaines. Les horaires des sorties pour les équipes se rendant dans les villages pour mener des activités sanitaires ont été modifiés; en particulier, la durée des sorties a été augmentée. Certains CSCOM ont décidé de renforcer l'équipe de vaccination en procédant à de nouveaux recrutements. Cette tendance à recruter du personnel supplémentaire n'a pas été observée dans les CSCOM dont le niveau de performance est faible. Afin de réduire le coût des prescriptions pour les enfants, conformément à une norme de qualité imposée par le projet FBR, certains ASACO ont négocié avec les agent-e-s de santé pour les inciter à parler avec les patient-e-s en vue d'évaluer leur capacité financière et de délivrer ensuite des prescriptions en fonction de leur situation financière. Cela a été fait afin que les primes ne soient pas affectées négativement par le non-respect de cette

norme. L'un des changements les plus souvent mentionnés par les personnes interrogées en ce qui concerne le système de garde est qu'avec l'introduction du FBR, le personnel qualifié (infirmière, infirmière-obstétricienne, sage-femme, DTC) est devenu beaucoup plus présent lors des accouchements qu'auparavant. Conformément aux nouvelles instructions du projet FBR, lorsque les cas d'accouchement arrivaient en l'absence de personnel qualifié pendant les périodes de garde, les matrones faisaient appel à ce personnel pour assister aux accouchements, contrairement à la période précédant le projet FBR où elles pouvaient assister seules à ces accouchements. Pour le personnel éligible, l'objectif d'une telle mesure était de gagner plus de primes liées aux accouchements.

La prise en charge des patient-e-s a évolué, passant d'une situation «non accueil» à une plus grande disponibilité du personnel vis-à-vis des patient-e-s. Les mesures prises dans le domaine de l'accueil ont été des instructions verbales données aux agent-e-s pour accueillir les patient-e-s, et des changements dans le système d'accueil. Dans la plupart des cas, les deux mesures ont été introduites. Certains CSCOM ont augmenté le nombre de salles de consultation afin d'éviter les files d'attente. Dans le cadre du programme FBR, le système d'accueil comprenait l'orientation des patient-e-s vers les services dont ils et elles avaient besoin. Dans les CSCOM classés comme peu performants, les mesures visant à améliorer l'accueil ont plus souvent pris la forme d'instructions verbales. L'orientation des patient-e-s vers les services qui répondent à leurs besoins est une nouvelle initiative dans de nombreux centres. Si la mesure existait avant le projet FBR, elle a été renforcée avec la mise en œuvre du projet.

Dans le domaine de l'hygiène, le projet FBR a obligé presque tous les CSCOM à adopter de nouvelles règles de nettoyage. Ces règles portent sur la quantité et la qualité du nettoyage effectué. Elles ont permis de modifier la fréquence de nettoyage des installations, le nombre de surfaces à nettoyer et le degré de propreté des espaces nettoyés. Les équipes de nettoyage ont également été renforcées. Selon la plupart des répondant-e-s (n= 126/161), le taux de nettoyage a considérablement augmenté : « Le nettoyage est fait tous les matins, à la première heure. Souvent, lorsque l'agent d'hygiène a terminé le

travail, nous faisons le reste après l'accouchement, et nous faisons aussi le nettoyage.» (Infirmière, DS1). Le FBR a également permis d'améliorer le système de gestion des médicaments. Les responsables des dépôts de médicaments ont régulièrement vérifié les stocks pour éviter les ruptures de stocks. Les procédures de commande ont été simplifiées et les commandes ont été envoyées assez rapidement dès que le stock a diminué. Des inventaires mensuels de médicaments ont été effectués par les ASACO et réalisés régulièrement, selon les responsables des dépôts. La majorité des responsables de dépôts de médicaments (n = 12/12), ont indiqué qu'ils et elles étaient devenues plus diligents dans le remplissage des outils de gestion des médicaments : « Depuis le début du nouveau FBR, je remplis ces documents tous les matins » (Gérant du dépôt de médicaments, DS1).

Résumé des comparaisons entre cas

Dans cette section, nous proposons un résumé des conclusions, en soulignant les similitudes et les différences entre les différents cas. Les données ont révélé des différences entre les CSCOM les plus performants et les moins performants dans l'approche adoptée pour la mise en œuvre du FBR (tableau 7). Ces différences significatives ont été observées dans les concepts « climat de mise en œuvre » et « préparation à la mise en œuvre » liés au contexte interne (CFIR domaine 3) et dans le concept « engageant » lié au processus de mise en œuvre (CFIR domaine 5).

Les CSCOM les plus performants se caractérisent par une meilleure circulation de l'information entre les DTC et le reste de l'équipe, une prédominance de l'esprit d'équipe, et davantage d'initiatives pour encourager la population à utiliser les services (voir tableau 6).

Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?

Tableau 6. Comparaison des CSCOM performants et peu performants par domaines et constructions du CFIR

Domaine	Contraintes CFIR	CSCOM performants	CSCOM peu performants
Contexte interne	Climat de mise en œuvre : - tension autour du changement	Perception que les CSCOM s'étaient bien préparés à la mise en œuvre du FBR.	Le personnel de certains CSCOM a indiqué que les conditions requises pour lancer le FBR n'étaient pas remplies en raison du manque d'équipements et d'infrastructures.
	Climat de mise en œuvre : - objectifs et retour d'information	Les objectifs fixés dans le contrat ont, dans de nombreux cas, été discutés avant d'être ratifiés. Des séances d'information ont été organisées pour communiquer les objectifs des plans de résultats.	Les objectifs n'ont guère été discutés avec le reste du personnel. Les plans de résultats étaient souvent partagés avec le reste du personnel.
	Climat de mise en œuvre : - environnement d'apprentissage	La conscience d'être une équipe unique dans laquelle chaque membre est personnellement responsable des résultats. Un engagement collectif plus fort.	
	Préparation à la mise en œuvre : - engagement des dirigeant-e-s	Les DTC ont expliqué les données sur l'importance du FBR au reste du personnel pour les motiver.	Faible leadership des DTC, interactions souvent conflictuelles avec l'ASACO.
Processus	Engagement	Nombreuses actions de sensibilisation menées par une équipe composée du DTC, du maire de la commune et du président de l'ASACO.	Les DTC ont dirigé la plupart des sessions de sensibilisation de leur propre chef.

L'analyse des données a également révélé des similitudes et des différences entre les districts sanitaires (tableau 7). Les spécificités concernent trois des cinq domaines du CFIR : le contexte interne, les caractéristiques des individus et le processus de mise en œuvre.

Tableau 7. Résumé des résultats de la mise en œuvre du FBR dans les trois districts sanitaires selon les cinq domaines de la CFIR

Domaines CFIR	Les similitudes entre les districts	Caractéristiques spécifiques		
		DS1	DS2	DS3
1. Caractéristiques de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Le FBR perçu comme une intervention étrangère - Difficulté à citer le nom du financeur - Perceptions d'une intervention compliquée 	S/O*		
2. Contexte externe	<ul style="list-style-type: none"> - Recours tardif aux soins - Une couverture vaccinale insuffisante des enfants - Le réseau FBR n'est pas bien développé parmi les personnels de santé impliqués dans sa mise en œuvre - Présence d'ONG qui pourraient contribuer à la réalisation des objectifs du FBR - Mise en œuvre du programme de développement social et sanitaire 	N/A		
3. Contexte interne	<ul style="list-style-type: none"> - Forte corrélation entre le niveau d'information et le niveau d'éducation - Personnel axé sur les incitations financières - Apparition de différentes formes d'engagement envers le FBR - Frustration perceptible chez le personnel moins bien formé 	Expérience de participation à la mise en œuvre d'un projet FBR précédent	Première expérience de participation à un projet FBR	Première expérience de participation à un projet FBR
4. Caractéristiques des individus	<ul style="list-style-type: none"> - Un personnel réceptif au changement - Lien perçu entre les objectifs du FBR et les valeurs professionnelles des professionnel-le-s 	Les arguments en faveur du projet FBR étaient basés sur le succès du projet FBR précédent	Les arguments en faveur du PBR étaient fondés sur les valeurs qui lui sont attribuées et sur les rumeurs concernant le projet PBR	Les arguments en faveur du PBR étaient fondés sur les valeurs qui lui sont attribuées et sur les rumeurs concernant le projet PBR
5. Processus de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - Le calendrier des activités prévues n'a pas été respecté - Réformes mises en œuvre pour maximiser les résultats - Une connivence accrue entre les professionnels - Présence accrue de personnel qualifié pendant les périodes de garde - Recrutement de nouveau personnel par certains CSCOM 	Une meilleure maîtrise des outils et du contenu du FBR	Faible maîtrise des outils et du contenu du FBR	Faible maîtrise des outils et du contenu du FBR

*N/A : non applicable

Discussion

Avec le CFIR, qui est de plus en plus utilisé dans les pays à faible et moyen revenu (Means, Kemp & Gwayi-Chore, 2019), nous avons pu mener une analyse contextuelle approfondie, en réfléchissant notamment sur les contextes interne et externe de l'intervention FBR. La conclusion récurrente dans la littérature est que le contexte a

été négligé dans les recherches visant à développer et à évaluer les interventions en santé des populations (Shoveller *et al.*, 2016). En Afrique subsaharienne, toute analyse de la mise en œuvre des interventions de santé publique doit tenir compte du contexte (Ridde & Olivier de Sardan, 2017). Le rôle des acteurs et actrices est également crucial dans le processus de mise en œuvre et d'appropriation d'une réforme, où le pluralisme des normes et leur instabilité obligent souvent les acteurs sociaux à procéder à de multiples ajustements (Winter, 2001). La mise en œuvre peut également être influencée par le fait que les normes pratiques et les cultures professionnelles qui régissent le comportement réel des employé-e-s sont très éloignées des normes officielles. En outre, les biens et services publics sont fournis conjointement par une série d'acteurs et d'actrices et d'institutions différents, avec peu de coordination entre eux et elles.

Dans le contexte que nous avons étudié, notre attention a été attirée sur certains construits liés au contexte interne. Les différences entre les CSCOM très performants et les CSCOM peu performants ont été mises en évidence lors de l'application de certains construits et sous-construits de ce domaine, qui reflétaient également des attitudes et des pratiques particulièrement évidentes dans la phase de démarrage de l'intervention. Il s'agit du construit « climat de mise en œuvre » et du sous-construit « engagement des dirigeant-e-s » (construit « préparation à la mise en œuvre »). En outre, notre analyse de la question du leadership a montré qu'il s'agissait d'un facteur qui favorisait les bonnes performances. Ainsi, les CSCOM dirigés par un DTC doté d'un leadership fort ont réalisé davantage de réformes dans le cadre de cette intervention FBR. Une étude menée au Burkina Faso dans les hôpitaux de district a mis en évidence le fait que le leadership et la vision des gestionnaires des centres de santé étaient des ingrédients essentiels pour une action sanitaire efficace, en particulier pour contextualiser les stratégies nationales et prendre en compte les préoccupations des patient-e-s (Meda *et al.*, 2011).

Nos données soulignent un lien étroit entre le leadership et l'engagement. Dans les CSCOM les plus performants, l'engagement des managers a favorisé l'engagement du personnel. Dans ces CSCOM, la phase de démarrage de l'intervention a été marquée par

de multiples efforts de la part des DTC pour expliquer au reste du personnel l'importance du FBR afin de le motiver. Des recherches récentes ont montré l'importance des styles de leadership (directionnel ou participatif) dans la détermination de la motivation des agent-e-s de santé pour le FBR au Mali (Fillol *et al.*, 2019).

Le FBR est une intervention qui, comme toute autre, requiert un engagement à la fois individuel et collectif de la part des acteurs et actrices impliqué-e-s. L'engagement individuel s'est théoriquement manifesté par la signature d'un formulaire d'engagement par chaque employé-e du CSCOM. L'engagement collectif s'est traduit par un esprit d'initiative accru pour améliorer les chances d'obtenir davantage de subventions. Cet esprit d'initiative s'est manifesté plus souvent dans les CSCOM les plus performants que dans les autres, qui ont obtenu de mauvais résultats en termes de refonte des outils de collecte de données, d'organisation des services, de mesures visant à améliorer l'accueil des patient-e-s et d'amélioration de l'hygiène.

La littérature identifie plusieurs facteurs contextuels qui pourraient potentiellement expliquer la différence de performance entre les établissements impliqués dans la mise en œuvre du projet FBR (Canavan & Swai, 2008; Toonen *et al.*, 2009; Young *et al.*, 2005) particulier, les auteurs et autrices soulignent l'incertitude entourant le paiement des primes (par exemple, les retards de paiement), la communication entre les parties prenantes, la confiance dans la méthodologie de l'instrument de mesure des performances, la compréhension par les professionnel-le-s de la santé du fonctionnement du FBR et le rôle des gestionnaires des établissements (compétences de gestion).

Le FBR peut affecter la motivation des professionnel-le-s de la santé de diverses manières, et souvent de manière à aller bien au-delà des effets directs des récompenses financières pour les individus (Bertone, Jacobs *et al.*, 2018). Une étude menée au Nigeria a montré que la motivation et les performances des professionnel-le-s de la santé étaient réduites par l'incertitude quant à l'obtention de la prime et par l'insuffisance des infrastructures (Ogundeji *et al.*, 2016). À l'inverse, une bonne compréhension du système par les professionnel-le-s de la santé et de solides compétences de gestion sont susceptibles d'améliorer la motivation et les performances, tout

comme la réduction des délais de versement des primes, une communication efficace et le renforcement de la compréhension du système FBR par les professionnel-le-s de la santé sont susceptibles de produire de meilleurs résultats dans les programmes de rémunération au rendement. Une autre étude menée en Sierra Leone a révélé que les lacunes dans la mise en œuvre, telles que les retards de paiement et les difficultés d'accès, posaient une série de problèmes qui limitaient les effets motivationnels des incitations (Bertone *et al.*, 2016).

L'analyse de nos données a montré que le projet FBR a également généré de l'incertitude et de la frustration parmi les personnes impliquées dans sa mise en œuvre. Celles-ci étaient liées, entre autres, au long retard dans le démarrage des activités et au manque de considération pour les accouchements effectués par les matrones, en particulier pour celles de DS1, qui avaient l'expérience du premier projet pilote FBR dans lequel ces accouchements avaient été pris en compte. Ces situations ont créé un certain scepticisme au départ, même si la majorité des agent-e-s de santé ont exprimé leur adhésion à l'intervention. Les entretiens ont montré que globalement, le projet FBR est resté une source importante de motivation pour les professionnel-le-s de la santé. Leur motivation était liée non seulement aux subventions, mais aussi à l'amélioration des conditions de travail (acquisition d'équipement, infrastructure) et à une meilleure gouvernance du système (récompenser le mérite). En tant que tel, le FBR a stimulé une relation interactive entre les facteurs de motivation internes et externes liés à la responsabilité, à la réalisation et à la reconnaissance, augmentant ainsi la motivation perçue (Gergen *et al.*, 2018).

Certaines études ont fortement souligné l'importance de la motivation liée au FBR associée aux environnements de travail, y compris la supervision systématique et la disponibilité des médicaments essentiels (Bhatnagar & George, 2016). Au Bénin, une analyse contextuelle de la mise en œuvre de deux modèles différents de FBR a montré que, dans ce domaine, il n'existe pas de modèle rigide et standardisé car chaque contexte dicte ses spécificités (Paul *et al.*, 2018). Compte tenu des spécificités des contextes et des caractéristiques, le « même » projet sera « différent » dans chaque

établissement, c'est-à-dire que certains mécanismes peuvent fonctionner dans un contexte et pas dans un autre, au point qu'il devient possible d'identifier des caractéristiques spécifiques à chaque système FBR (Renmans *et al.*, 2017).

Il est important de noter que le FBR ne fonctionne pas dans le vide au sein des systèmes de santé. Certaines études ont souligné la complexité de ces interventions, mettant en évidence la notion selon laquelle une intervention peut être considérée comme un événement critique dans l'histoire d'un système, entraînant l'émergence de nouvelles structures d'interaction et de nouvelles significations communes (Hawe *et al.*, 2009). La complexité des interactions sociales est une propriété à la fois de l'intervention et du contexte (Hawe, 2015). Souvent, tant les professionnels des CSCOM que la population en général perçoivent le FBR comme un projet de développement comme tant d'autres qu'ils et elles ont vus au fil du temps, comme on l'a vu pour le FBR au Burkina Faso (Ridde *et al.*, 2018). Dans ce contexte, les projets vont et viennent, mais pour les acteurs et actrices impliqués, ils se ressemblent tous (Crehan & Oppen, 1988). En effet, ils sont souvent mis en œuvre dans un environnement qui a subi de nombreuses interventions antérieures qui ont laissé leurs traces. Une telle histoire locale structure nécessairement les comportements actuels, du moins en partie (Gentil *et al.*, 1984). Cette observation reflète la notion de «*path dependency*», dans laquelle chaque nouvelle réforme est définie en référence (positive ou négative) à un ensemble de politiques passées (Palier & Bonoli, 1999). La logique qui prévaut généralement chez les concepteurs et conceptrices de projets est de considérer que l'histoire commence avec leur propre projet, puis de sous-estimer systématiquement tout ce qui a été fait auparavant et de surestimer l'impact de leur projet. Le FBR ne fait pas exception à cette règle, car le paiement de primes basées sur les performances, qui est au cœur de cette intervention, est une pratique courante. Dans le passé, certains projets proposaient également des primes liées à la performance globale des établissements de santé. En tant que politique publique, le FBR a été analysé au niveau national sur la base d'une accumulation d'expériences dans lesquelles les acteurs locaux et actrices locales ont joué un rôle particulièrement important (Mayaka Ma-Nitu *et al.*, 2018).

Le CFIR nous a également permis de réfléchir sur les pratiques visant à encourager l'adoption de l'intervention. Le FBR s'appuie sur des normes globales pour des réformes spécifiques : renouvellement des structures de gestion publique, séparation des fonctions (acheteurs-fournisseurs, acheteuses-fournisseuses), renforcement de la supervision, plus grande autonomie des prestataires de services et efficacité accrue des systèmes d'information (Gautier, De Allegri *et al.*, 2019). Cette recherche met en évidence la manière dont l'adoption se construit par l'interaction de multiples acteurs et actrices. L'approche qualitative nous a permis d'aller au-delà de l'application mécanique des constructions du CFIR et de donner à l'analyse un caractère moins schématique en montrant de manière concrète comment les acteurs sociaux et actrices sociales co-construisent la réalité de la mise en œuvre du FBR. En effet, l'analyse des résultats à travers les domaines et les construits du CFIR, en particulier les domaines 1 (caractéristiques de l'intervention), 2 (contexte interne) et 3 (contexte externe), a révélé des informations utiles sur les façons dont les acteurs locaux et actrices locales ont adapté le FBR et l'ont façonné selon leur propre logique. Cette appropriation se fait dans un système de normes et de valeurs qui peuvent influencer la façon dont il se manifeste. Nous avons observé, par exemple, que le contexte externe de la mise en œuvre du FBR était marqué par des attitudes et des pratiques qui pouvaient entraver l'utilisation des services. Le sentiment de honte associé à la grossesse, qui a empêché de nombreuses femmes de se rendre au centre de santé pour une CPN, en est un exemple. Dans ce sens, certaines études ont noté que le contexte social peut affecter directement l'atteinte des objectifs du projet FBR si les comportements préconisés par cette intervention ne sont pas ancrés socialement ou culturellement (Olafsdottir *et al.*, 2014). D'autres ont montré que la manière dont l'équité est conçue dans un contexte donné peut influencer l'acceptabilité des systèmes de paiement méritocratiques (Chimhutu *et al.*, 2014).

Dans l'ensemble, certains changements «visibles» ont marqué le lancement du projet FBR, notamment les diverses modifications apportées au système de garde, aux sorties des équipes de vaccination, à l'accueil des patient-e-s et à l'hygiène. Ces réformes

montrent que la mise en œuvre du projet FBR peut avoir un impact sur le système de santé, en particulier sur la prestation des services, les ressources humaines et la gouvernance (Witter *et al.*, 2013).

Certaines études ont montré que le fait de donner des informations spécifiques à la communauté augmente l'efficacité de la participation (Nyqvist *et al.*, 2014). Cette approche du partage de l'information correspond à la théorie du changement centrée sur la responsabilité envers la communauté, par opposition à la théorie du changement centrée sur la responsabilité envers les acheteurs et acheteuses de services (Renmans *et al.*, 2017). Le cas présenté dans cette étude appartient à cette dernière théorie du changement, notamment parce que ce que les professionnel-le-s de la santé ont retenu du projet FBR, c'est qu'ils et elles devraient recevoir des primes et que celles-ci étaient liées à la réalisation d'indicateurs de performance. Leurs déclarations reflétaient le fait qu'ils et elles ne comprenaient que très peu la complexité du fonctionnement du FBR. Une observation similaire a été faite au Burkina Faso (Ridde *et al.*, 2018).

En démontrant l'influence du contexte sur la mise en œuvre du FBR par l'approche comparative inter-cas, notre recherche a souligné que dans un contexte de haute performance, les ressources humaines des établissements de santé sont mieux organisées pour mettre en œuvre le FBR que dans un contexte de faible performance.

En raison des retards ultérieurs dans la mise en œuvre du programme pilote et du délai très court de mise en œuvre, la présente étude n'a pu porter que sur la phase de démarrage. Cela représente une limite : les tendances à long terme ne sont pas connues. En même temps, cette situation souligne la nécessité d'adapter le CFIR en fonction des étapes de la mise en œuvre d'un programme (démarrage, moyen terme, post-mise en œuvre) et plus largement du contexte de l'étude (Means, Kemp, Gwayi-Chore, Gimbe, Soi, Sherr *et al.*, s. d.).

Conclusion

Dans cette étude qualitative, nous avons particulièrement insisté sur le rôle des spécificités contextuelles des structures de santé. Les contextes externes et internes ont notamment joué un rôle décisif dans le processus de mise en œuvre. Le leadership et l'engagement des DTC sont beaucoup plus prononcés dans les CSCOM les plus performants que dans les CSCOM les moins performants. En outre, les différences les plus significatives entre les CSCOM performants et les moins performants se trouvent dans le contexte interne (« climat de mise en œuvre » et « état de préparation à la mise en œuvre ») et le processus de mise en œuvre (« engagement »). L'étude a souligné que la mise en œuvre du FBR n'entraîne pas une application mécanique des normes officielles, et que ces normes sont toujours modulées en fonction du contexte. Les contextes jouent en effet un rôle déterminant dans l'efficacité de la mise en œuvre.

Références

- Anselmi, L., Binyaruka, P. & Borghi, J. (2017). Understanding causal pathways within health systems policy evaluation through mediation analysis: An application to payment for performance (P4P) in Tanzania. *Implementation Science*, 12,(10). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0540-1>
- 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(204). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2148-9>
- Basinga, P., Gertler, P.J., Binagwaho, A., Soucat, A.L.B., Sturdy, J. & Vermeersch, C.M.J. (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. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60177-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60177-3)

- Bertone, M.P., Falisse, J.-B., Russo, G. & Witter, S. (2018). Context matters (but how and why?) A hypothesis-led literature review of performance based financing in fragile and conflict-affected health systems. *PLoS ONE*, 1-27. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195301>
- Bertone, M. P., Jacobs, E., Toonen, J., Akwataghibe, N. & Witter, S. (2018). Performance-based financing in three humanitarian settings: Principles and pragmatism. *Conflict and Health*, 12(28). <https://doi.org/10.1186/s13031-018-0166-9>
- 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(286). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1546-8>
- Bhatnagar, A. & George, A. S. (2016). Motivating health workers up to a limit: Partial effects of performance-based financing on working environments in Nigeria. *Health Policy & Planning*, 31(7), 868-877. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw002>
- 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(1982), 96-104. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.004>
- Canavan, A. & Swai, G. (2008). *Payment for Performance (P4P) evaluation [2008 Tanzania country report for Cordaid]*. Kit Development Policy & Practice.
- Chimhutu, V., Lindkvist, I. & Lange, S. (2014). When incentives work too well: Locally implemented pay for performance (P4P) and adverse sanctions towards home birth in Tanzania – a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14(23). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-23>
- 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(77). <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0213-5>

- 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). <https://doi.org/10.4000/poldev.3242>
- Crehan, K. & Oppen, A. V. (1988). Understanding of « Development »: An arena of struggle. The story of a development project in Zambia. *Sociologia Ruralis*, 28(2-3), 113-145. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9523.1988.tb01034.x>
- 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(50). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Fillol, A., Lohmann, J., Turcotte-Tremblay, A.-M., Somé, P. & 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>
- 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 & 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(6). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0443-9>
- 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(C), 160-175.

- Gentil, D., Dufumier, M., Macrae, J. & Groupe de recherche pour l'amélioration des méthodes d'investigation en milieux informels et ruraux d'Afrique. (1984). *Le Suivi-évaluation dans les projets de développement rural: Orientations méthodologiques*. INSEE, groupe Amira.
- Gergen, J., Rajkotia, Y., Lohmann, J. & Ravishankar, N. (2018). Performance-based financing kick-starts motivational “feedback loop”: Findings from a process evaluation in Mozambique. *Human Resources for Health*, 16(55). <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0320-x>
- Hawe, P. (2015). Lessons from complex interventions to improve health. *Annual Review of Public Health*, 36, 307-323. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114421>
- Hawe, P., Shiell, A. & Riley, T. (2009). Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology*, 43(3-4), 267-276. <https://doi.org/10.1007/s10464-009-9229-9>
- Ilott, I., Gerrish, K., Booth, A. & Field, B. (2013). Testing the consolidated framework for implementation research on health care innovations from South Yorkshire. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(5), 915-924. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01876.x>
- Lachenal, G. (2013). Le stade Dubaï de la santé publique. *Revue Tiers Monde*, 215(3), 53-71.
- Luoto, J., Shekelle, P. G., Maglione, M. A., Johnsen, B. & Perry, T. (2014). Reporting of context and implementation in studies of global health interventions: A pilot study. *Implementation Science*, 9(57). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-57>
- 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). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001036>

- Mayumana, I., Borghi, J., Anselmi, L., Mamdani, M. & Lange, S. (2017). Effects of payment for performance on accountability mechanisms: Evidence from Pwani, Tanzania. *Social Science & Medicine* 179(1982), 61-73. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.022>
- Means, A. R., Kemp, C. G., Gwayi-Chore, M.-C. et al. (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(17). <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0977-0>
- Meda, Z. C., Konate, L., Ouedraogo, H., Sanou, M., Hercot M. & Sombie, I. (2012). Leadership et vision exercée pour la couverture universelle des soins dans les pays à faible revenu. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 21(3), 178-184. doi:10.1684/san.2011.0268
- Milstein, R. & Schreyoegg, J. (2016). Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. *Health Policy*, 120(10), 1125-1140. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.08.009>
- MISELI. (2016). *Processus de sélection des sites de l'enquête dans le cadre du programme de recherche « FBR et équité au Mali et au Burkina », note de synthèse [Rapport de recherche]*. MISELI.
- MSHP, MTASH, MPFEF. (2013). *Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP), Ministère du travail et des affaires sociales et humanitaires (MTASH), Ministère de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant (MPFEF). Programme de développement sanitaire et social (PRODESS) 2014-2018, Mali.*
- Nyqvist, M. B., de Walque, D. & Svensson, J. (2014). *Information is power: Experimental evidence on the long-run impact of community based monitoring* [Policy Research Working Paper (WPS 7015), 1-53]. Impact Evaluation series, The World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/739811468318587268/Information-is-power-experimental-evidence-on-the-long-run-impact-of-community-based-monitoring>

- 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 & Planning*, 31(8), 955-963. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw016>
- Olafsdottir, A. E., Mayumana, I., Mashasi, I., Njau, I., Mamdani, M., Patouillard, E., Binyaruka, P., Abdulla, S. & Borghi, J. (2014). Pay for performance: An analysis of the context of implementation in a pilot project in Tanzania. *BMC Health Services Research*, 14(392). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-392>
- Olivier de Sardan, J.-P. & Ridde, V. (2015). Public policies and health systems in Sahelian Africa: Theoretical context and empirical specificity. *BMC Health Services Research*, 15(S3). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S3>
- Palier, B. & Bonoli, G. (1999). Phénomènes de Path Dependence et réformes des systèmes de protection sociale. *Revue française de science politique*, 49(3), 399-420. <https://doi.org/10.3406/rfsp.1999.395383>
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(5), 533-544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- Paul, E., Albert, L., N'Sambuka Bisala, B. et al. (2018). Performance-based financing in low-income and middle-income countries: isn't it time for a rethink? *BMJ Global Health*, 3(e000664). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000664>
- Paul, E., Lamine Dramé, M., Kashala, J.-P., Ekambi Ndema, A., Kounnou, M., Aïssan, J. C. & Gyselinck, K. (2018). Performance-based financing to strengthen the health system in Benin: Challenging the mainstream approach. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(1), 35-47. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.42>

- 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>
- Pfadenhauer, L. M., Gerhardus, A., Mozygemba, K. et al. (2017). Making sense of complexity in context and implementation: The Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation Science*, 12(21). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5>
- Renmans, D., Holvoet, N., Criel, B. & Meessen, B. (2017). Performance-based financing: The same is different. *Health Policy & Planning*, 32(6), 860-868. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx030>
- 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 & Planning*, 31(9), 1297-1309. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw045>
- Ridde, V. & Olivier de Sardan, J.-P. (2017). La mise en œuvre des interventions de santé publique en Afrique: Un thème stratégique négligé. *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. (2018). 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*, 33(1), e153-e167. <https://doi.org/10.1002/hpm.2439>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H. & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893-1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>

- 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>
- Shoveller, J., Viehbeck, S., Di Ruggiero, E., Greyson, D., Thomson, K. & Knight, R. (2016). A critical examination of representations of context within research on population health interventions. *Critical Public Health*, 26(5), 487-500. <https://doi.org/10.1080/09581596.2015.1117577>
- 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>
- Steenland, M., Robyn, P. J., Compaore, P., Kabore, M., Tapsoba, B., Zongo, A., Haidara, O. D. & Fink, G. (2017). Performance-based financing to increase utilization of maternal health services: Evidence from Burkina Faso. *SSM – Population Health*, 3, 179-184. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.01.001>
- Toonen, J., Canavan, A., Vergeer, P. & Elovainio, R. (2009). *Learning lessons on implementing performance based financing, from a multi-country evaluation* [Synthèse de Rapport]. KIT (Royal Tropical Institute), Cordaid & WHO.
- 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(30). <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0103-9>
- Winter, G. (dir.). (2001). *Inégalités et politiques publiques en Afrique: Pluralités des normes et jeux d'acteurs*. Karthala.
- Witter, S., Toonen, J., Meessen, B., Kagubare, J., Fritsche, G. & Vaughan, K. (2013). Performance-based financing as a health system reform: Mapping the key dimensions for monitoring and evaluation. *BMC Health Services Research*, 13(367). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-367>

- Yin, R. K. & Ridde, V. (2018). 10. Théorie et pratiques des études de cas en évaluation de programmes. Dans C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (179-198). Presses de l'Université de Montréal. <http://books.openedition.org/pum/5989>
- Young, G. J., White, B., Burgess, J. F., Berlowitz, D., Meterko, M., Guldin, M. R. & Bokhour, B. G. (2005). Conceptual issues in the design and implementation of pay-for-quality programs. *American Journal of Medical Quality: The Official Journal of the American College of Medical Quality*, 20(3), 144-150. <https://doi.org/10.1177/1062860605275222>
- 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., Turcotte-Tremblay, A.-M., Sangaré, A. et al. (2016). *Méthode mixte et participative de sélection d'études de cas multiples pour l'évaluation d'interventions de santé au Burkina Faso et au Mali: De l'éthique à l'émique*. ACFAS, Québec. http://methodesmixtesfrancophonie.pbworks.com/w/file/fetch/109401628/Zombr%C3%A9_et_al_ACFAS_MMIRA_2016.pdf

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-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