

La mise en œuvre du FBR dans les CSCoM au Mali : quelles leçons retenir ?

Abdourahmane Coulibaly, Tony Zitti, Valery Ridde, Christian Dagenais

Cette note politique explique les défis liés à la mise en œuvre du FBR dans les centres de santé communautaire (CSCoM) au Mali.



Messages Clés



Résumé

Les résultats montrent que la mise en œuvre du FBR a été marquée par beaucoup de prises d'initiatives de la part du personnel des structures sanitaires pour gagner plus de primes. Ces initiatives ont concerné plusieurs domaines notamment le recours aux soins, l'accueil des patients ou la gestion des stocks de médicament.

- Le démarrage du FBR a été très marqué par les prises d'initiatives pour augmenter les chances d'obtenir les primes ;
- Les CSCoM performants avec un leadership affirmé ont montré une plus grande capacité de collaboration entre parties prenantes (équipe sanitaire, association de santé communautaire, mairies) ;
- Diverses mesures ont été prises pour favoriser le recours aux soins (e.g. distribution de savon pour récompenser les femmes qui viennent en consultation prénatale) ;
- Des initiatives ont été également prises pour améliorer l'accueil des patients et la gestion des stocks de médicaments ;
- Les relais communautaires ont été peu impliqués dans la mise en œuvre du projet.



Introduction

Le financement basé sur les résultats (FBR) consiste notamment à octroyer des primes aux agents de santé en fonction des résultats qu'ils produisent. Au Mali, un projet FBR financé par la Banque mondiale a été mis en œuvre dans les 10 districts sanitaires de la région de Koulikoro entre juillet 2016 et février 2017 dans le but d'améliorer la performance du système de soins.

Il a succédé à un autre projet FBR mis en œuvre entre 2012 et 2013. L'objectif visé par l'étude est de comprendre la mise en œuvre du projet afin de produire des données pertinentes pouvant aider à la prise de décision. Il en découle des recommandations formulées à la fin de cette note politique.



Le fonctionnement du FBR

- Le projet a retenu des indicateurs associés à la santé de la reproduction pour lesquels les agents reçoivent des rémunérations en fonction des résultats obtenus pour chaque indicateur.
- Des évaluations sont menées pour déterminer le niveau de rendement de chaque agent
- L'association de santé communautaire (Asaco) chargée de la gestion quotidienne du centre reçoit 60% des primes pour réaliser des travaux dans le centre ou acheter les équipements contre 40% pour payer les primes individuelles aux agents.



Approche et Résultats

L'association de recherche MISELI a mené une enquête qualitative dans 12 centres de santé communautaire (CSCoM) appartenant à trois des 10 districts sanitaires concernés. Les résultats présentés dans cette note s'appuient sur les données provenant de 161 entretiens et 96 séances d'observations ainsi que de nombreux entretiens informels.



Habitudes et croyances du milieu

Plusieurs éléments du contexte sont susceptibles d'avoir un impact négatif sur les résultats du FBR. Par exemple, il y a une tendance répandue à ne pas se rendre à la consultation prénatale (CPN) parce que la grossesse est vécue comme une "honte". Certaines femmes n'aiment pas que leur accouchement soit effectué par les hommes ou par de jeunes matrones. La planification familiale est perçue par certains comme contraire aux normes sociales. Il existe dans les districts sanitaires des systèmes thérapeutiques parallèles notamment la pharmacopée traditionnelle et les produits issus de la filière des médicaments de la rue.



Perceptions du FBR

Le FBR est généralement considéré comme une intervention qui rapporte des ressources au centre de santé et motive le personnel. La plupart des arguments avancés par les répondants pour justifier leur attitude favorable au FBR est que les objectifs de l'initiative correspondent aux valeurs qu'ils défendent. Pour certains des enquêtés, il permet d'instaurer une nouvelle gouvernance basée sur des critères d'équité et de transparence. La plupart des indicateurs proposés à l'achat sont perçus comme pertinents voire prioritaires (consultations prénatales, consultations post natales, accouchements assistés, vaccination des enfants).



Le déroulement des actions du projet

L'intervention s'est déroulée en deux phases : une consacrée à la préparation et une autre au développement du projet.

Phase	Activités	Durée
Préparation	<ul style="list-style-type: none">• Information du personnel sanitaire, des membres de l'Asaco et de la mairie sur les objectifs et le fonctionnement du projet FBR	1 mois
	<ul style="list-style-type: none">• Information/sensibilisation des populations des villages concernés par le projet	1 mois
Réalisation	<ul style="list-style-type: none">• Mise en place de nouvelles mesures pour améliorer l'accueil (désignation d'un agent d'accueil d'orientation)• Changements dans le remplissage des fiches de données (plus de rigueur)• Changement dans le système de nettoyage (plus régulier et plus intense)• Instauration d'un cahier de présence• Instauration de nouvelles mesures pour la gestion des stocks de médicaments (intervalle de suivi des stocks plus rapprocher)• Réorganisation du système de garde en maternité avec une plus grande présence du personnel qualifié• Renforcement des liens de collaboration entre Asaco et équipe sanitaire (Asaco plus présente dans le centre)	4 à 5 mois



Principales leçons à retenir

“Elles ne peuvent pas avoir les 4 consultations. Si la femme ne voit pas son ventre et que tous s'en rendent compte, elle refuse de venir. Les femmes disent que la grossesse est une honte.”

(*Matrone Cscm Z*)

- Le personnel des CScm ayant participé au projet FBR précédent (2012 - 2013) se montre beaucoup plus critique envers l'actuel projet jugé moins avantageux à cause des primes plus faibles ;
- Le personnel peu diplômé (manœuvre, aide – soignant, hygiéniste) est moins informé sur les procédures du FBR que les médecins, les infirmiers, les sages – femmes.
- Dans beaucoup de centres, le déficit de formation du personnel dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) et de la prise en charge de la tuberculose (TB) a eu une influence négative sur la prise en charge de cette catégorie de patients ;
- Les prises d'initiatives ont été moins marquées dans les CScm faiblement performants que dans les CScm performants à cause d'un plus grand leadership des directeurs techniques des centres (DTC).



Conclusion

L'analyse de la mise en œuvre du FBR a permis de faire quelques constats notamment le déficit de formation du personnel dans certains domaines rémunérés par le FBR et la sous information du personnel non qualifié. Des mesures doivent être mises en place pour corriger ces insuffisances lors du démarrage de nouveaux projets FBR.



Recommandations

- Donner d'avantage d'éclairages au personnel peu diplômé dans les sessions de formation initiale et particulièrement sur les procédures du FBR et le calcul des primes.
- Renforcer les capacités techniques des centres pour leur permettre d'atteindre les cibles de certains indicateurs comme la PTME, la TB.
- Prendre en compte le travail des relais et des agents de santé communautaire (ASC) pour renforcer la mobilisation communautaire.

Références bibliographiques

MISELI, 2018, La mise en œuvre du FBR dans les districts sanitaires de Dioila, Ouéléssébougou et Koulikoro, Analyse transversale, Rapport de recherche.

miseli

l'anthropologie dans le développement