

Université de Montréal

**La pérennisation de programmes de financement basé sur
les résultats :
Étude de cas au Mali**

par

Mathieu Seppey

École de santé publique

Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en administration des services de santé option évaluation des services, organisations et
systèmes de santé

Août 2016

© Mathieu Seppey, 2016

Résumé

Le financement basé sur les résultats (FBR) est un type de financement de plus en plus utilisé dans les systèmes de santé en Afrique. Au Mali, un projet pilote de FBR a été implanté afin d'améliorer l'offre et la qualité des soins, en ciblant des services payés à la performance. Aucune étude n'a encore été publiée pour comprendre le processus de pérennisation d'un tel programme en Afrique ou pour évaluer la pérennité de ses résultats; ceci étant le but de la recherche.

La pérennisation a été analysée à travers ses différents déterminants, phases, niveaux et contextes. Ces composantes ont été explorées par différents événements critiques permettant d'obtenir une notion partagée par les parties prenantes de la pérennité du projet. Six centres de santé communautaire et deux centres de référence ont été choisis comme sites. Quarante-neuf entretiens ont été conduits avec les différentes parties prenantes (prestataires de soins, direction, gestionnaires, membres du projet) à divers niveaux administratifs (aires de santé, district, régional et national). Une analyse thématique a été effectuée à l'aide du logiciel © QDA Miner.

Les résultats montrent que le niveau de pérennité du projet est faible pour plusieurs raisons. Concernant les déterminants de pérennité, l'investissement de ressources s'est arrêté à la fin du projet, peu de partage culturel se déroulait autour du FBR, peu de nouvelles tâches ont perduré et le projet n'était pas totalement adapté/approprié pour/par tous les acteurs. Peu d'événements critiques permettent de retracer les différentes phases de pérennisation, cependant, un manque de planification au niveau de la pérennité du projet est constaté. Des questions peuvent donc être posées quant à l'approche par projet et les gains potentiels qui pourraient être effectués grâce à une meilleure compréhension et opérationnalisation du concept de pérennité.

Mots-clés : Pérennisation, Routinisation, Institutionnalisation, Financement de la santé, Résultats, Afrique, Gestion de projet

Abstract

Performance-based financing (PBF) is emerging as a new alternative to finance health systems in many African countries. In Mali, a pilot project was conducted to improve demand and supply of health services through financing performance. No study has explored the sustainability process of such a project in Africa. This study's objectives were to understand the sustainability process of the project and to assess its level of sustainability.

The process of sustainability was examined through its different determinants, stages and contexts. These were explored in interviews to discern, via critical events, stakeholders' ideas regarding sustainability in terms of this project. Forty-nine stakeholders were interviewed in six community health centres and two referral health centres, including health practitioners, administrators (at district, regional, national levels), and those involved in implementing and conceptualizing the program (government and NGOs). A theme analysis was done with the software © QDA Miner.

The results show a weak level of sustainability of the project due to many factors. Concerning determinants of sustainability, investments stopped at the end of the project, insufficient cultural artefacts were shared around PBF, few new tasks lasted after the project and the latter was not fully adapted/owned for/by the stakeholders. Few critical events were associated to stages of sustainability; however, a lack of planning could be seen linked to sustainability. Therefore, questions can be asked regarding the project approach and the potential gains that could be made through a better comprehension and operationalisation of the sustainability concept.

Keywords: Sustainability, Routinisation, Institutionalisation, Health financing, Results, Africa, project management

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tables.....	v
Liste des figures.....	vi
Liste des sigles.....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Financement des systèmes de santé en Afrique.....	1
Pérennité.....	3
Contexte malien.....	8
Objectifs de recherche.....	10
Méthodologie.....	12
Stratégie méthodologique.....	12
Cadre conceptuel.....	12
Contexte de l'étude.....	14
Collecte de données.....	17
Analyse des données.....	19
Rigueur.....	20
Éthique.....	21
Article : Pérennité d'un projet-pilote de financement basé sur les résultats : étude de cas dans la région de Koulikoro au Mali.....	23
Discussion.....	52
Résumé.....	52
Coopération intra- et inter-organisations.....	52
Limites des théories économiques en santé.....	53

Transférabilité des résultats	54
Réflexivité.....	54
Forces	56
Limites	57
Contributions de l'étude.....	58
Conclusion	60
 Bibliographie.....	 61
 Annexes.....	 i
ANNEXE 1 : Consolidated framework for implementation research	ii
ANNEXE 2 : Carte du Mali, de Koulikoro et des districts sanitaires.....	v
ANNEXE 3 : Localisation des sites du projet FBR (districts de Dioïla et Fana)	vi
ANNEXE 4 : Guide d'entretien.....	vii
ANNEXE 5 : Liste de documents collectés	x
ANNEXE 6 : Liste des entretiens	xi
ANNEXE 7 : Arbre de codes.....	xii
ANNEXE 8 : Tableaux récapitulatifs	xiii
ANNEXE 9 : Feuillet d'information et de consentement.....	xviii

Liste des tableaux

Tableau 1: Sélection des CSCOM	16
Tableau 2: Sélection des participants	18
Tableau 3: Synthèse des résultats	51

Liste des figures

Figure 1 : Cadre conceptuel de la pérennité.....	13
--	----

Liste des sigles

ASACO :	Assemblée de santé communautaire
BM :	Banque mondiale
CC :	Conseil du cercle
CP :	Comité paritaire
CPN :	Consultation prénatale
CPON :	Consultation postnatale
CSM :	Commission santé (Mairie)
CSCC :	Commission santé (Conseil du cercle)
CSCOM :	Centre de santé communautaire
CSREF :	Centre de santé de référence
DNS :	Direction nationale de la santé
DRS :	Direction régionale de la santé
DTC :	Directeur technique du CSCOM
ECD :	Équipe cadre district
FBR :	Financement basé sur les résultats
FCFA :	Franc de la communauté financière africaine
KIT :	<i>Koninklijk Instituut voor de Tropen</i> [Institut royal des Tropiques]
MSHP :	Ministère de la santé et de l'hygiène publique
PF :	Planification familiale
PMA :	Paquet minimum d'activités
ONG :	Organisation non-gouvernementale
OMD :	Objectif du millénaire pour le développement
SA :	Stratégie avancée
SES :	Suivi des enfants sains
SIEC :	Système d'information essentiel communal
SNV :	<i>Stichting Nederlandse Vrijwilligers</i> [Agence de développement néerlandaise]

Remerciements

La production de cet article a été possible grâce à l'aide financière de la Chaire RÉALISME, par l'entremise de son titulaire le Dr Valéry Ridde, ainsi que de la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'UdeM; merci à ces deux organismes. Merci aussi à toute l'équipe de MISELI (Laurence Touré, Abdouramane Coulibaly, Mahamadou Diabaté, Samba Diarra, Seydou Diabaté, Kanuya Coulibaly et Aminata Sissoko) pour le support logistique lors de la collecte de données et le soutien lors de la conception de l'étude. Merci aussi à Lara Gautier, Joëlle Quenneville et Anne-Marie Turcotte-Tremblay pour leur relecture et leurs commentaires constructifs. Merci à tous les participants pour votre patience et votre disponibilité. Merci finalement à mon superviseur Valéry Ridde pour sa disponibilité, sa pédagogie et tous ses conseils faits durant ma maîtrise, merci énormément.

Introduction

Financement des systèmes de santé en Afrique

Historique

À travers le temps, différents types de financement des systèmes de santé en Afrique ont fortement été influencés par des orientations internationales (1-4), ces dernières ayant pour but d'obtenir un meilleur accès, une meilleure qualité de soins et plus d'efficacité dans le système (1, 2, 5-7). Le premier traité international en importance est celui d'Alma-Ata (Almaty, Kazakhstan, 1978), qui a rassemblé 134 pays et s'est positionné pour un accès universel aux soins de santé primaire (8-10). Les recommandations de cette déclaration ont été perçues comme révolutionnaires dans le domaine de la santé, mais n'ont toutefois pas été implantées dans les législations nationales, la déclaration n'étant pas contraignante (10).

Reprenant certains aspects de la déclaration d'Alma-Ata comme l'amélioration de l'accès aux soins de première ligne, l'initiative de Bamako (1987, Mali) a opté pour un mécanisme de décentralisation du financement. On a donc impliqué les communautés par un paiement direct des prestations des soins de première ligne (8, 11). L'établissement de ces frais a cependant diminué l'accès aux soins des populations les plus vulnérables (ex. Bénin, Guinée, Mali, Kenya, Zambie et Burkina Faso) (8, 11).

Voulant toujours augmenter le financement des systèmes de santé ainsi que diminuer les barrières à l'accès aux soins, le mode de financement direct (par les usagers) tend à être substitué par des programmes d'exemption ou de subvention du paiement (12-18). Cependant, ces multiples programmes amènent certains problèmes, notamment en ce qui a trait à leur coordination et efficacité (19).

La Déclaration de Paris (2005) et le Plan d'action d'Accra (2008) ont donc été signés afin d'apporter une solution à ces problèmes, ceci avec cinq principes centraux : i) l'appropriation nationale des programmes de santé, ii) l'alignement des efforts aux besoins nationaux, iii) l'harmonisation de ces efforts, iv) la gestion axée sur les résultats, et v) la responsabilité mutuelle des parties prenantes lors de partenariats (20). Le financement basé sur les résultats

(FBR) s'inscrit donc comme nouveau mode de financement des systèmes de santé à travers ces principes, plus spécifiquement en matière d'amélioration d'accès aux soins de première ligne, d'alignement des stratégies aux besoins de la population et d'atteinte d'objectifs et de résultats clairs.

Financement basé sur les résultats

Étant actuellement instauré dans divers pays africains, le FBR cherche à augmenter l'accès aux soins primaires en améliorant la productivité du personnel de santé ainsi que la qualité des services offerts (1, 2, 4, 6, 21-26). Ce mode de financement consiste à remplacer les budgets historiques des systèmes de santé par un financement attribué aux organisations/personnels de santé atteignant des cibles de production et de qualité préalablement déterminés (21). L'hypothèse du FBR est qu'une augmentation de la quantité et de la qualité de certains services ciblés serait à la source d'une meilleure adéquation entre l'offre et la demande de soins dans les différentes communautés, ceci à travers des incitatifs pour les professionnels et les organisations (21, 27, 28). Cette adéquation de la demande avec l'offre s'effectuerait en liant (via des incitatifs) les professionnels et organisations de santé à des services ciblés, priorisés par le gouvernement, pour refléter les besoins de la population (28). Ce processus s'accompagne aussi d'une séparation claire entre trois fonctions (achat, prestation et régulations de services), permettant ainsi de diminuer les conflits d'intérêts et l'accumulation de fonctions pour un acteur (29). Différentes typologies de FBR existent : le FBR basé sur l'offre et celui sur la demande. Le FBR basé sur l'offre réside dans la distribution d'incitatifs (financiers ou non) liés à la production et la qualité de services ciblés. Le FBR basé sur la demande consiste plutôt à stimuler la demande de services ciblés par des remboursements de frais ou via d'autres transferts monétaires conditionnels à l'utilisation de ces services.

Toutefois, il n'existe pas de consensus sur les effets du FBR (30-34). Aucune étude n'a pu démontrer le lien entre ce type de financement et un changement dans l'état de santé d'une population ; seul le cas du Rwanda, avec une stratégie de recherche quasi-expérimentale a permis de mieux comprendre les effets possibles du FBR à long terme, tout en restant très spécifique au contexte rwandais (21, 35). Plus d'études se concentrent donc sur des indicateurs, tels que l'utilisation de services ou la qualité de ces derniers (21, 35). La qualité

des évaluations du FBR est aussi souvent critiquée, faisant trop peu allusion à plusieurs problèmes potentiels du FBR tels que l'écroulement des patients (facilitant l'atteinte des cibles), la prépondérance accordée à la quantité de services offerts plutôt qu'à leur qualité ou encore l'iniquité dans la subvention d'établissements de santé ayant plus de capacité à atteindre les cibles de résultats de santé (21). En plus de ces aspects peu traités dans les études liées au FBR, la pérennité des projets FBR et de leurs résultats a été très peu étudiée (36).

Pérennité

Peu de consensus existe face à ce concept qui est souvent évoqué sous des appellations diverses : institutionnalisation, diffusion, appropriation, consolidation, durabilité, intégration, perpétuation, routinisation, permanence, maintenance, et plus encore (37-39).

Déterminants de la pérennité

La recherche sur la pérennité se concentre principalement sur ses différents déterminants. Le cadre de Pluye et *al.* (2004) (40) comporte quatre déterminants clés permettant d'atteindre un certain niveau de pérennité : la mémoire organisationnelle, les valeurs et codes, les règles et procédures et l'adaptation. Ces déterminants concernent plus spécifiquement la routinisation d'activités, une première étape de la pérennisation qui sera détaillée plus bas (37, 40). La mémoire organisationnelle est décrite comme la présence de ressources stables permettant le maintien d'un réseau social ou d'un système d'archivage. Les valeurs et codes se reflètent à travers différents artefacts culturels (symboles, rituels et langages) que les différents acteurs d'un projet partagent. Les règles et procédures sont le cadre des actions à entreprendre ainsi que les décisions à prendre pour le fonctionnement d'un projet. Finalement, l'adaptation est la capacité d'un projet de correspondre à son contexte, ceci par exemple en matière de simplicité ou de non perturbation des activités quotidiennes (40). Ce cadre a été utilisé empiriquement dans divers contextes pour l'évaluation de la pérennité de projets, soit au Burkina Faso et en Haïti (39, 41).

Le cadre de Johnson et *al.* (2004) (42) présente d'autres déterminants de la pérennité, mais en les attribuant soit à la structure hôte de l'intervention ou à l'intervention. Les déterminants propres à la structure se résument à cinq éléments devant être présents pour soutenir

l'intervention: i) une structure formelle, ii) des actions de leadership, iii) des ressources, iv) des politiques et procédures administratives, et v) de l'expertise. Au niveau de l'intervention, la pérennité serait influencée par cinq autres déterminants : i) l'alignement avec les besoins des parties prenantes, ii) la qualité des relations entre ces dernières, iii) l'intégrité et la qualité de l'implantation de l'intervention, iv) l'efficacité de l'intervention, et v) l'appropriation de l'intervention par les parties prenantes.

Cassidy, Leviton et Hunter (2006) divisent les déterminants de la pérennité en trois catégories : en amont, en aval ou en lien direct avec l'intervention (43). Les déterminants en amont concernent le processus d'initiation de l'intervention tel que son financement ou la volonté/capacité de la payer, ceci à travers un processus de priorisation. Les déterminants en aval sont ceux pouvant gêner l'opérationnalisation de l'intervention tels que le manque de ressources (financières, humaines, autres) ou de demande locale pour l'intervention. Finalement, les déterminants en lien direct avec l'intervention sont les caractéristiques de l'organisation hôte et sont ceux pouvant le plus grandement influencer la capacité d'une intervention à être pérenne.

On peut donc comprendre à travers ces cadres que les déterminants de la pérennité se retrouvent à différents moments de l'implantation d'un projet, concernent tant l'intervention que l'organisation hôte et touchent différents aspects d'un projet allant des procédures administratives à l'interaction inter-acteurs.

Processus de pérennisation

Ayant un cadre plus prescriptif, Johnson et *al.* (2004) (42) poursuivent la réflexion sur la pérennité en identifiant cinq différentes phases concernant le processus de pérennisation : i) l'évaluation préliminaire de la structure hôte et de l'intervention, ii) le développement d'un plan de pérennisation, iii) l'exécution d'actions, iv) l'évaluation des effets de ces actions sur la pérennité, et v) la modification du plan de pérennisation au besoin.

Le cadre de Chambers et *al.* (2013) (44) soutient ces différentes phases en ajoutant toutefois les notions de dynamisme et d'adaptation dans le processus de pérennisation. Selon Chambers et *al.* (2013), les différentes phases de la pérennisation devraient être parallèles et continues.

Ces phases de pérennisation peuvent souvent se juxtaposer puisque le contexte de l'intervention est dynamique et en perpétuel changement. Ce changement continu de contexte amène l'intervention et l'organisation hôte à devoir constamment s'adapter l'une à l'autre, ceci afin de bien fonctionner. Ce cadre dynamique de la pérennisation est très innovant puisqu'il remet en cause la conception plus traditionnelle d'une multitude de modèles d'implantation définissant la pérennisation comme une simple étape de la mise en œuvre : l'étape d'évaluation, d'adoption, d'implantation, de maintenance, de prise de conscience, d'institutionnalisation, etc. (37, 45). En représentant le processus de pérennisation de manière continue, le cadre de Chambers et *al.* (2013) se rapproche davantage de la réalité du terrain en prenant compte du caractère adaptatif de l'intervention et du contexte (44). Par exemple, les modèles par étapes considèrent que la prise de décisions s'effectuent par étapes et est donc ponctuelle (non-continue), ce qui ne reflète pas la réalité des organisations qui mélangent actions et décisions (46). Conséquemment, le modèle continu de pérennisation représente mieux la réalité organisationnelle et permet de mieux comprendre le concept de pérennité, tout en favorisant sa mise en œuvre (46).

Niveaux de pérennité

Différents niveaux de pérennité peuvent résulter de la présence des différents déterminants ainsi que du processus de pérennisation. Le cadre de Pluye et *al.* (2004) (37) comprend trois niveaux de pérennité : i) pérennité faible, ii) pérennité moyenne, et iii) pérennité forte. Une pérennité faible est caractérisée par l'absence de routine des différentes activités de l'intervention (via l'absence de mémoire organisationnelle, de valeurs et codes, de règles et procédures ou d'adaptation). Une pérennité moyenne se définit par des activités routinisées mais non standardisées. Une pérennité forte est donc la routinisation d'activités qui sont aussi standardisées (institutionnalisées) à travers différentes politiques et règlements au niveau de l'État. Le processus de pérennisation peut donc permettre deux niveaux plus généraux de pérennité : i) la routinisation, qui est circonscrite à l'organisation hôte de l'intervention, et ii) l'institutionnalisation, qui réfère plutôt à un niveau systémique d'intégration et se constate à travers des normes sociales, des standards sociaux, des cadres légaux, etc. (37). Comme le décrit Johnson et *al.* (2004) (42), le processus d'institutionnalisation se déroule différemment du processus de routinisation (niveaux plus bas de pérennité) et comporte trois étapes : i) la

reconnaissance officielle de l'intervention (le « *passage* » (traduction libre)), ii) la routinisation de l'intervention (le « *cycle* » (traduction libre)), et iii) la mise à l'échelle dans divers sous-systèmes de l'organisation (la « *saturation* » (traduction libre)). La routinisation reste toutefois une étape nécessaire et préalable à l'institutionnalisation d'une intervention (42).

Des travaux empiriques liés à ce cadre ont davantage précisé ces niveaux (39, 41). Une pérennité nulle est donc lorsqu'aucune activité de l'intervention n'a subsisté dans l'organisation hôte. Une pérennité précaire signifie la poursuite officieuse d'activités de l'intervention, mais ceci dans un cadre autre que celui prévu par l'intervention; ces activités sont aussi dépendantes des acteurs pour leur réalisation. Une pérennité faible montre officiellement que des activités de l'organisation hôte découlent de l'intervention, tout en n'ayant pas l'intégral des déterminants d'une routine (mémoire organisationnelle, valeurs et codes, règles et procédures, adaptation); à court terme, la continuité de ces activités n'est pas assurée. Les degrés de pérennité moyen et haut restent les mêmes.

Contexte de la pérennité

Selon le cadre de Chambers et *al.* (2013) (44), les déterminants de la pérennité ainsi que le processus de pérennisation doivent être mis en contexte et adaptés à ce dernier pour être effectifs et atteindre un niveau satisfaisant de pérennité. Selon ces auteurs, l'implantation du projet se déroule dans trois contextes : i) l'intervention avec ses composantes, ses ressources humaines, ses effets et son mode d'opération, ii) le système de pratique, ou l'organisation, avec ses employés, son système d'information, sa culture organisationnelle, et ses activités et procédures, iii) le système écologique, avec les politiques et régulations, ainsi que des caractéristiques populationnelles plus larges.

Le cadre de Damschröder et *al.* (2009) (47) permet de préciser davantage ces contextes d'implantation d'intervention à travers cinq niveaux : le contexte externe, le contexte interne, les caractéristiques des individus, les caractéristiques de l'intervention et le processus. Pour chaque niveau existent plusieurs éléments descriptifs (Annexe 1). Ce cadre a ensuite été adapté et modifié dans l'étude de Moullin et *al.* (2015) (45) pour plus de cohérence, suivant certaines recommandations. Cinq nouvelles dénominations des contextes en sont donc

découlées: i) le système externe, qui concerne les contextes économique, politique et professionnel, ii) l'environnement local, qui consiste au contexte touchant directement l'organisation comme la communauté desservie ou le réseau d'acteurs relié à l'organisation (ces deux contextes correspondent au contexte externe de Damschröder et al. (2009) (47)), iii) le contexte de l'organisation (correspondant au contexte interne (47)), iv) le contexte des individus, et v) le contexte de l'innovation (correspondant au contexte de l'intervention (47)). Le processus n'est pas considéré comme un contexte par Moullin et al. (2015), mais plutôt comme des stratégies de pérennisation (45).

Sachant que les différents contextes d'une intervention ne sont pas statiques mais plutôt dynamiques, et sachant que le lien entre l'intervention et ces contextes est en perpétuel changement, une intervention doit sans cesse s'adapter dans le but de se pérenniser (42, 44). Un processus continu d'amélioration de la qualité (au sens large) doit donc être en place afin de permettre l'adéquation nécessaire entre l'intervention et son contexte (44). Le contexte doit aussi être élargi et non restreint à l'organisation hôte de l'intervention. L'intégration d'une intervention chez les différentes parties prenantes (communautés, paliers de gouvernement, autorités, etc.) peut augmenter les chances de pérennisation (44). Il est pertinent de noter que plus le niveau de l'environnement d'une intervention devient large, moins il est étudié ou utilisé dans la littérature (45).

Perspective des événements critiques

Afin d'observer les déterminants de la pérennité ainsi que le processus de pérennisation, des événements critiques peuvent être utilisés (48). Ces événements sont caractérisés par une description claire avec un « avant » et un « après » événements (48). Plusieurs types d'événements peuvent donc influencer la pérennisation, par exemple ceux liés à : i) la motivation, ii) l'adaptation des activités, iii) l'orientation des objectifs, iv) la communication transparente, v) le partage d'artefacts culturels, et vi) l'intégration de règles d'intervention dans l'organisation hôte. D'autres types d'événements sont cependant jugés plus conséquents : i) la stabilisation des ressources, et ii) la prise de risque (39, 48). Ces événements s'associent donc aux différents déterminants de la pérennité ainsi qu'au processus de pérennisation.

Comme peu de consensus existe quant au concept de pérennité et quant au processus de pérennisation, peu de recherches empiriques permettent la mise en application de cadres conceptuels, d'outils ou de méthodes en lien avec la pérennité (39, 41, 49-52); ceci encore moins concernant le FBR (36, 53). L'exploration du concept de pérennité et de son processus de pérennisation à travers de nouvelles interventions en santé pourrait étayer de nouvelles composantes du concept de pérennité et permettre une meilleure prise de décision concernant de potentielles mises à l'échelle.

Contexte malien

Indicateurs clés

Le Mali est un pays sahélien enclavé d'Afrique de l'Ouest se classant au 179^{ième} rang concernant l'index de développement humain (2015) (54). En 2015, le pays était constitué de plus de 15,8 millions d'habitants, dont la moitié (50,6%) vivait sous le seuil de la pauvreté (avec 1,25\$US/jour avec parité du pouvoir d'achat) (54). En 2010, l'âge médian de 16,5 ans de la population malienne était l'un des plus jeunes au monde et tend à diminuer davantage avec les années (54). En 2015, la mortalité néonatale ainsi que la mortalité avant cinq ans (pour 1000 naissances vivantes) étaient aussi très élevées avec respectivement 77,6 et 122,7 décès. En 2014, le total de dépenses en santé (en pourcentage du PIB) n'était que de 6,9 (55).

Organisation du système de santé

Le Mali est un pays dont l'administration est très décentralisée avec plusieurs niveaux de représentation : les niveaux national, régional, du district (statut spécifique de la capitale Bamako et semblable à une région), du cercle, et communal (les villages et quartiers pourraient aussi être ajoutés mais n'ont pas de compétences au niveau des domaines de la santé, de l'éducation et de l'accès à l'eau) (56). Tous ces niveaux sont donc représentés par un conseil. L'organisation du système de santé se calque sur ce modèle avec les hôpitaux nationaux, spécialisés et régionaux qui sont dirigés par la direction nationale de la santé (DNS). Ces institutions de santé représentent le niveau tertiaire (de 2^{ième} ou 3^{ième} référence) de prestation de soins et se distribuent dans les huit régions maliennes. Les centres de première référence (niveau secondaire) sont les centres de santé de référence (CSREF) qui sont présents au niveau des districts sanitaires reliés au niveau administratif des cercles (ne pas confondre

avec les districts bamakois) (57). Pour les services de première ligne, on retrouve les centres de santé communautaire (CSCOM), qui se situent dans les aires de santé liées aux communes. La gestion des CSCOM est particulière puisqu'elle implique une assemblée de santé communautaire (ASACO) (formée d'élus des différents villages de la commune) pour la gestion quotidienne du centre. Formé de cinq membres de la mairie et de cinq membres d'ASACO, le comité paritaire (CP) assure l'inclusion de ces deux acteurs dans la gestion du centre (57). Le CP ainsi que l'ASACO s'assurent donc du bon fonctionnement du CSCOM à travers la provision du paquet minimum d'activités (PMA) (57, 58). Le PMA représente tous les services qu'un CSCOM devrait offrir, soit des services promotionnels, préventifs et curatifs. Les activités vont du simple diagnostic et traitement d'une maladie à des campagnes de vaccinations, des suivis d'enfants sains (SES), des séances d'IEC (information, éducation communication), des consultations pré/postnatales (CPN et CPON), des accouchements, des planifications familiales (PF), et autres. Ces divers services sont offerts par les trois composantes du CSCOM, le dispensaire, la pharmacie et la maternité (58, 59).

Introduction du FBR

Après que plusieurs pays aient implanté un projet FBR, l'agence de développement néerlandaise (SNV) et l'Institut royal des Tropiques (KIT) ont mis sur place un projet pilote de FBR au Mali (60). Le projet a été implanté de février 2012 à décembre 2013 dans les deux cercles de Dioïla et de Banamba (englobant trois districts sanitaires : Dioïla, Fana et Banamba). Le projet pilote avait pour but d'augmenter la qualité et la quantité de soins offerts dans ces districts sanitaires, ceci à travers des mécanismes de vérification, d'implication des communautés, de responsabilisation dans la gestion de fonds, et de liaisons entre la motivation et le résultat (61). Le projet pilote permettait aussi d'expérimenter un nouveau mode de financement, tirer des leçons de son implantation et permettre sa mise à l'échelle au niveau national (61, 62). Ce projet pilote répondait principalement au besoin du gouvernement malien d'atteindre plus rapidement les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), plus spécifiquement l'objectif #5 concernant la santé maternelle (60). Pour ce faire, le projet pilote comportait des indicateurs en lien avec la qualité et la quantité de divers services ciblés par le projet. Après avoir offert ces différents services à la population, une évaluation par la hiérarchie ainsi que par la population (sur certains aspects précis tels que le coût des

ordonnances ou l'accueil) était effectuée et un score était calculé. Des primes étaient finalement attribuées aux centres de santé ainsi qu'aux prestataires de soins relativement aux scores obtenus. Les primes octroyées ont été partagées entre le personnel de santé, qui a obtenu en moyenne 140 500 FCFA (francs de la communauté financière africaine)/trimestre par employé (pour un total de 65 419 921 FCFA pour le projet), et les organisations de santé, qui ont reçu un total pour le projet de 98 129 882 FCFA (60). Ces primes étaient réparties à 40% pour le personnel et 60% pour l'organisation de santé (le contraire pour les CSREF). Les primes individuelles constituaient une partie substantielle du revenu de la majorité des employés, qui pouvaient jusqu'à doubler leur revenu (60). En moyenne en 2005, une matrone, un vaccinateur ou un infirmier gagnaient 22 000 et 25 000 ou 40 000 FCFA par mois respectivement (58). Les fonds obtenus pour l'organisation étaient dédiés à des investissements répondant aux besoins ayant été jugés prioritaires par les organisations (ressources humaines ou matérielles, entretien ou rénovations de locaux ou formation du personnel). À la fin du projet, une évaluation finale (2014) (60) a été conduite mais n'a pas abordé l'élément de la pérennité du projet, l'accent étant mis sur la transmission des responsabilités au gouvernement malien et la mise à l'échelle. Il est donc pertinent aujourd'hui d'observer cet élément de pérennité du projet FBR au Mali ainsi que le processus de pérennisation. Ceci permettrait ainsi de capitaliser les acquis du projet et de les appliquer à la mise à l'échelle du projet FBR, qui est inscrite dans le plan décennal de développement sanitaire et social (2009) du pays (63).

Objectifs de recherche

Cette recherche évaluative a pour objectif d'analyser la pérennité du projet pilote de FBR au Mali ainsi que son processus de pérennisation. L'acquisition de données à ce sujet permettra ainsi une prise de décision plus éclairée pour la mise à l'échelle du projet pilote de FBR au Mali. La question centrale de cette recherche est donc:

- Quel est le niveau de pérennité du projet pilote et quel est son processus de pérennisation ?

Trois sous-objectifs de recherche permettront de mieux orienter l'étude :

- 1- identifier les différents déterminants de la pérennité,
- 2- évaluer le processus de pérennisation selon les différentes perspectives des parties prenantes, et
- 3- analyser ces déterminants et processus en fonction des différents contextes d'implantation (système externe, environnement local, contextes organisationnel, individuel et de l'innovation).

Méthodologie

Stratégie méthodologique

Afin de répondre à la question de recherche, nous avons choisi l'approche synthétique et le devis de recherche d'étude de cas unique avec niveaux d'analyse imbriqués (64). Cette stratégie méthodologique est la plus pertinente pour l'étude de ce phénomène complexe car elle permet l'obtention d'un maximum d'informations sur un ensemble de variables (65, 66). Elle permet donc l'analyse d'une diversité de perspectives qui sont remises en contexte ainsi que la construction de sens, ceci à travers l'interaction des participants et des chercheurs. En travaillant avec les perceptions des gens ainsi qu'en reconnaissant la subjectivité des participants, la recherche s'inscrit dans un paradigme constructiviste (67). L'ensemble des composantes du phénomène a donc été examiné à travers différents niveaux d'analyse liés au cadre conceptuel employé pour l'étude.

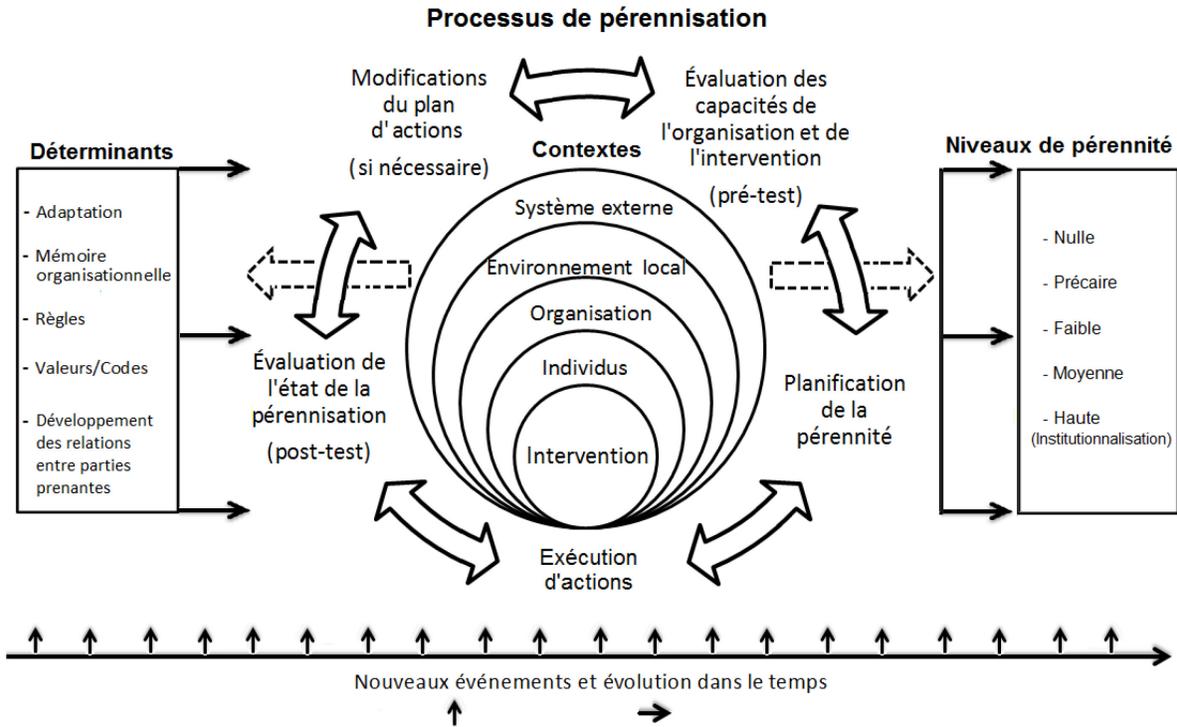
Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel de l'étude est une adaptation des cadres de Chambers et *al.* (2013), Johnson et *al.* (2004), Moullin et *al.* (2015) et Pluye, Potvin et Denis (2004) sur le processus de pérennisation (37, 42, 44, 45) (Figure 1). La mise en commun de ces cadres permet d'obtenir une représentation procédurale du concept de pérennité, incluant : i) les déterminants de la pérennité, ii) le processus de pérennisation, iii) l'état de pérennité résultant des éléments précédents, iv) les différents contextes d'implantation de l'intervention, et v) une perspective de la pérennité à travers les événements critiques.

D'après ce cadre, au niveau de la structure, cinq déterminants sont à considérer quant à la capacité d'une intervention à se pérenniser : i) l'adaptation aux différents contextes, ii) la création d'une mémoire organisationnelle, iii) la concordance des valeurs entre l'intervention et l'organisation hôte, iv) l'établissement de règles et de procédures, et v) la qualité des relations interpersonnelles et professionnelles entre les parties prenantes (42, 46).

Figure 1 : Cadre conceptuel de la pérennité

[Adapté de Johnson et al. (2004), Chambers et al. (2013), Pluye, Potvin et Denis (2004) et Moullin et al. (2015)]



Au niveau du processus de pérennisation, cinq phases se déroulent en mode continu et facilite le processus: i) l'évaluation des capacités d'intégration de l'organisation et de l'intervention, ii) la planification de la pérennité de l'intervention, iii) l'exécution d'actions pour la pérennité, iv) l'évaluation de l'état de pérennisation, et v) les modifications de la planification pour la pérennité. Ces phases doivent constamment être réévaluées compte tenu du contexte évolutif de l'intervention (44).

Concernant les niveaux de pérennité, cinq degrés sont possibles : i) pérennité nulle (aucune activité n'est restée de l'intervention), ii) pérennité précaire (peu d'activités subsistent de manière informelle et dépendent d'acteurs spécifiques), iii) faible pérennité (certaines activités officielles de l'intervention perdurent mais peuvent facilement disparaître à court terme), iv) pérennité moyenne (les activités officielles de l'intervention sont stables et persistent à long-terme), et v) haute pérennité (l'institutionnalisation de l'intervention à travers des normes par exemple) (39, 41, 46).

Le contexte dans lequel l'intervention se retrouve et doit s'intégrer se divise en cinq niveaux allant du plus centré sur l'intervention au plus général : i) l'intervention, ii) les individus directement en lien avec elle, iii) l'organisation qui l'englobe, iv) l'environnement local et ses différents acteurs, et v) le système externe de valeurs (politiques, économiques, légales, morales). Ces niveaux contextuels intègrent donc les déterminants de la pérennité, le processus de pérennisation et le niveau de pérennité.

Le tout est finalement observé à travers des événements critiques qui sont intégrés à travers les différentes dimensions du concept de pérennité (déterminants, processus de pérennisation, niveaux de pérennité et contextes).

Contexte de l'étude

Programme de recherche

Étant un phénomène en pleine expansion, le FBR est de plus en plus étudié par différents groupes de recherche (22, 53). Ce mémoire ne fait pas exception et s'intègre dans un programme de recherche sur le FBR en santé maternelle et infantile et l'équité au Mali et au Burkina Faso. Ce programme de recherche comprend une multitude d'acteurs provenant de différentes institutions, les principales étant l'association de recherche MISELI à Bamako/Mali, la Chaire de recherches appliquées interventionnelles en santé mondiale et équité à Montréal/Canada, l'Institut national des sciences sociales et l'association de recherche AGIR à Ouagadougou/Burkina Faso (68).

Description du cas unique

Présentation de l'intervention

L'intervention s'est déroulée dans la région de Koulikoro, plus spécifiquement dans les districts sanitaires de Dioïla, Fana (tous deux dans le cercle de Dioïla) et Banamba (cercle de Banamba) (Annexe 2). La région de Koulikoro est l'une des plus pauvres, avec un faible accès aux soins dans plusieurs aires de santé; on estime un manque de 45 CSCOM dans la région

ainsi qu'une quarantaine de dispensaires et de maternités (63, 69). Le projet était implanté par le partenariat SNV/KIT¹. Il a duré de février 2012 à décembre 2013 et concernait un total de 26 CSCOM (18 pour le district de Dioïla et 4 pour chacun des district de Fana et de Banamba) et 3 CSREF (1 pour chaque district) (60). À la suite d'une période de préparation, ces centres de santé ont été intégrés dans le projet en cinq phases/trimestres entre octobre 2012 et octobre 2013. Incluant les CSREF, sept centres ont participé durant cinq trimestres au projet et ont ainsi atteint un 5^{ème} achat, trois centres ont fait quatre achats, un centre a fait trois achats, neuf centres (1 CSREF) ont fait deux achats et neuf centres (2 CSREF) n'ont fait qu'un seul achat. L'achat consistait au paiement, sous forme de subventions, des services de santé ciblés par le projet, qui évaluait ces derniers de manière qualitative et quantitative.

Divers acteurs étaient impliqués dans l'implantation et détenaient les différents rôles reliés au FBR : les équipes techniques des CSCOM et CSREF (prestataires de soins), les mairies et les ASACO (contracteurs et acheteurs²), l'équipe cadre du district et la direction régionale de la santé (DRS) (régulateur/vérificateur au niveau des CSCOM et des CSREF respectivement), et différentes organisations non-gouvernementales (ONG) indépendantes (contre-vérificateur des résultats) (61). Il est à noter que ce *FBR à la malienne* ne respecte pas la séparation claire entre les trois fonctions d'achat, de prestation et de régulation de services puisque certaines institutions (ex. CSREF) jouent plusieurs rôles (prestation et régulation).

Sélection des sites

Pour les fins de l'étude et tenant compte des moyens dont nous disposions, un échantillon à variation maximale a été sélectionné afin de servir de sites pour la collecte de données dans le but d'être exhaustif dans la représentation de divers contextes. Ceci permet une meilleure compréhension du phénomène de pérennisation et une meilleure transférabilité de l'étude (70). L'échantillonnage des sites de collecte de données a été fait avec le soutien de personnes

¹ Le KIT a sous-contracté la SNV pour l'implantation du projet FBR au Mali. Le contrat du projet liait toutefois le ministère de la santé malien avec le KIT.

² Lors de la conception du projet, les budgets d'achats de services devaient être gérés par les mairies. Toutefois, à cause de problèmes de mauvaise gestion au ministère de la santé, le KIT a dû gérer ces budgets. Les mairies recevaient donc du KIT les fonds nécessaires pour les paiements de services; elles devenaient donc un simple intermédiaire plutôt que l'acheteur.

ressources travaillant dans les CSREF de Dioïla et de Fana afin de s'assurer d'une bonne représentativité de l'échantillon et de faciliter l'entrée sur les sites (71). Plusieurs critères de sélection ont été utilisés : l'accès à l'information (priorisation des sites ayant peu de roulement de personnels afin de disposer d'une mémoire des événements critiques), la diversification de l'information (sites ayant une haute ou une basse performance lors de l'évaluation finale, sites urbains/ruraux, sites avec des particularités dans l'implantation, nombre de cycle d'achat effectué), l'accès physique au site et la sécurité (exclusion des sites dans le district de Banamba plus au nord du pays). Au total, l'échantillon des sites comprend trois CSCOM dans chacun des districts de Dioïla et de Fana sur les 26 possibles (22 Dioïla et 4 Fana), ainsi que les deux CSREF respectifs (Tableau 1) (Annexe 3).

Tableau 1: Sélection des CSCOM

CSCOM	Roulement de personnel	Niveau de performance	Urbain/rural	Nombre* de cycle d'achat	Particularité	Accès physique
1	≠**	Normal	Gros village	1	≠	Sur le goudron***
2	±	Élevé	Petit village	2	≠	Sur le goudron
3	≠	Normal	Petit village (brousse)	1	Nombreuses initiatives	±30km du goudron (pistes)
4	±	Normal	Petit village (brousse)	5	Beaucoup de vestiges du projet	±20km du goudron (terre battue)
5	≠	Élevé	Gros village (urbain)	4	Nouveau CSCOM s'étant démarqué des anciens	Sur le goudron
6	≠	Élevé	Gros village (brousse)	5	Grand bassin de desserte	±45km du goudron (pistes)
Test	±	Élevé	Petit village	5	Petit bassin de desserte	Sur le goudron

* Le projet était divisé en 5 cycles d'achat (ou trimestres de 3 mois) où les centres devaient effectuer une planification des résultats, exécuter les activités et subir une évaluation des résultats. Le résultat final était l'achat des services jugés de qualité suffisante et la distribution des primes aux travailleurs et aux organisations de santé.

** Roulement du personnel non présent.

*** Goudron signifie route asphaltée. La plupart des villages sont reliés à travers un réseau de pistes (terre battue) plus ou moins développé.

Collecte de données

Types de données

Étant une étude de cas rétrospective cherchant à colliger des données sur des événements critiques, la conduite d'entretiens semi-dirigés et la recherche documentaire étaient les outils de collecte de données les plus pertinents. Les interventions étant souvent différentes sur papier que dans la réalité, il est important que les données collectées via les documents officiels soient corroborées via les entretiens (44). Les entretiens semi-dirigés ont été conduits à l'aide d'un guide construit en lien avec le cadre conceptuel de cette étude (Annexe 4). Ce guide compte cinq sections se rattachant aux différents déterminants du cadre et permet la collecte d'informations en lien avec différents événements critiques étant aussi liés au processus de pérennisation. La recherche documentaire s'est effectuée tout au long de l'étude (Annexe 5). Une demande d'accès était faite pour chaque document mentionné dans les entretiens.

Échantillonnage des participants

La méthode d'échantillonnage à plusieurs étapes avec une approche en « entonnoir » a été utilisée pour la sélection des participants (70). La première étape était un échantillonnage raisonné et stratifié mettant l'accent sur la variation entre les participants, ceci permettant une meilleure exhaustivité des points de vue et une meilleure cohérence avec la réalité du terrain (70, 72, 73). Le critère d'inclusion à l'étude était d'avoir participé au projet et les strates étaient les différents rôles des participants : membres de la direction (cible de 1 par centre), prestataires de soins (cible de 3 par centre) ou membres de l'ASACO ou du conseil du cercle (CC) (cible de 1 par centre). Les directeurs techniques du CSCOM (DTC) et les médecins chefs des CSREF ont servi de personnes ressource dans la sélection des participants en tant qu'autorités des différents centres, ceci facilitant l'accès aux participants (71). Entre quatre et cinq participants par centre ont été interviewés.

La deuxième méthode d'échantillonnage était par boule-de-neige (à l'exception des membres des mairies) et recherchait la similarité des cas : des personnes ayant participé à la conception du projet ainsi qu'à son implantation (70). Quatre membres des mairies ont été échantillonnés de manière raisonnée, 2 par districts sanitaires (provenant de 4 communes différentes déjà

visitées). Neuf autres participants ont donc été ajoutés à l'échantillon afin d'approfondir le rôle d'autres organisations : la DNS, la DRS de Koulikoro, la SNV, le KIT et les mairies (Tableau 2). L'échantillonnage final a aussi permis d'atteindre un niveau de saturation des données, avec un total de 49 entretiens (Annexe 6).

Tableau 2: Sélection des participants

Nombre d'entretiens		Districts	
		Fana	Dioïla
Aires de santé (CSCOM)	Direction	3	4
	Personnel soignant	8	8
	Comité de gestion (ASACO)	3*	4*
Districts sanitaires (CSREF)	Direction	1	1
	Chefs d'unités, praticiens	3	3
	Conseil du cercle de Dioïla (incluant Fana)	2	
Communes	Maires, commissaires, secrétaires généraux	2	2
Directions	Membres DNS et DRS	2	
Mise en œuvre	Membres SNV, KIT	3	
Total		49	

*un des entretiens a été effectué avec 2 participants (président et trésorier des ASACO)

Processus de collecte

La première étape de la collecte de données nous a permis de valider le guide d'entretien (MS et AC) (voir page présentation de l'article). Étant basé en partie sur des outils déjà utilisés en Haïti (39), le guide d'entretien a dû être validé afin d'assurer une bonne validité de contenu. Pour son utilisation au Mali, plusieurs équivalences ont été vérifiées (équivalence conceptuelle, d'items ou sémantique). En plus de la validation par un pair (AC), le guide d'entretien a été testé (11 décembre 2015) dans un CSCOM auprès de trois personnes, un DTC et deux membres de l'ASACO. Des modifications mineures ont été apportées, plus précisément concernant la sémantique des questions qui devait être plus adaptée à un faible niveau d'éducation et être plus facile à être traduit en bambara (ASACO).

L'étape de la collecte de données s'est déroulée en deux phases tel que mentionné plus tôt, la première du 22 au 29 décembre 2015 et la deuxième du 6 février au 8 mars 2016. Tous les entretiens étaient enregistrés avec le consentement des participants. La division en deux

phases du processus de collecte a donc permis une première écoute et transcription des enregistrements avant un retour sur le terrain. Ce processus itératif de collecte de données a aidé à l'amélioration du guide d'entretien en ce qui a trait à l'ordre des questions et de la formulation de certaines questions.

Traitement des données

Les entretiens enregistrés ont été transcrits. Un agent de recherche s'est chargé des entretiens en bambara tandis que ceux en français ont été transcrits par le chercheur principal (MS). Une vérification de l'intégrité de chaque transcription en français (30 entretiens sur les 49) a été faite (MS) à travers une relecture de chaque *verbatim* avec l'enregistrement. Une relecture des entretiens en bambara (19 entretiens sur les 49) a aussi été effectuée (MS). Les enregistrements audio ainsi que les *verbatim* étaient sauvegardés et mis dans un registre en fichiers électroniques dans un système de stockage et de partage d'information en ligne (Dropbox©). Seules les équipes de MISELI et de la Chaire RÉALISME ont accès à ces informations. Les *verbatim* ont tous été codés à l'aide du logiciel © QDA Miner et d'un arbre de code provenant du cadre conceptuel de l'étude et ayant été validé par un pair (VR) (Annexe 7). Lors de la codification, une anonymisation des données a aussi été effectuée.

Analyse des données

Une analyse par thèmes a été faite suivant deux modes d'analyse : le modèle d'analyse par appariement (du cadre conceptuel avec le monde empirique) et par l'élaboration d'une explication (via une analyse inductive et itérative des données permettant l'émergence de différents thèmes) (64, 65). L'analyse thématique a aussi été complétée par une analyse des événements critiques ayant été soulevés durant la collecte de données. Des tableaux récapitulatifs en lien avec les événements critiques et les éléments pérennisés ont été créés afin d'aider à l'analyse des données (MS) (Annexe 8).

Rigueur

Crédibilité

En accord avec les normes de rigueur en méthodes qualitatives, plusieurs critères ont permis d'assurer la robustesse de cette étude. En ce qui concerne le critère de crédibilité, une séance de partage de l'analyse préliminaire des données lors d'une présentation¹ a été effectuée entre les deux phases de collecte (74). Cette présentation était destinée à divers acteurs : décideurs, prestataires de soins, membres de la recherche, et autres parties prenantes du FBR au Mali et au Burkina Faso. Certains commentaires et discussions ont donc permis de valider ainsi que d'ajouter plus d'informations à l'analyse. Lors de la deuxième phase de collecte de données, des analyses préliminaires ont aussi été partagées et validées avec différents acteurs clés dans l'implantation du projet FBR. Ensuite, l'utilisation d'un cadre conceptuel ainsi que l'analyse itérative des données à travers différentes phases et moyens (tableaux récapitulatifs, processus de codification, analyse thématique) ont aussi permis une analyse plus exhaustive quant aux différentes composantes du phénomène à l'étude. Enfin, une triangulation des données et de ses méthodes de collecte de données permet aussi un certain niveau de crédibilité de l'étude. Ce mécanisme de triangulation ne cherche pas à valider l'information, mais bien à rendre l'analyse des données plus exhaustive et compréhensive, tel que recommandé lors d'une recherche synthétique (72, 73).

Transférabilité

Étant une étude de cas, le critère de transférabilité se mesure via la capacité explicative de l'étude qui a pour but d'expliquer les facteurs et mécanismes reliés au concept de pérennité (64). La diversité des perspectives recueillies lors de l'étude assure donc une meilleure compréhension des dynamiques et des conditions pouvant être liées à la pérennisation d'une

¹ Seppey, M. (2016, janvier). *Étude de la pérennisation des résultats du projet pilote de FBR dans les districts sanitaires de Fana et Dioïla*. Présentée à l'atelier de lancement du programme « Financement basé sur les résultats en santé maternelle et infantile et équité au Mali et au Burkina Faso », Bamako, Mali. Disponible à : <http://www.equitesante.org/financement-base-sur-les-resultats-en-sante-maternelle-et-infantile-et-equite-au-mali-et-au-burkina-faso/>

intervention, ceci permettant donc de transférer plus facilement les résultats à d'autres situations semblables en lien avec le processus de pérennisation (75, 76). La description étayée du contexte de recherche permettra aussi de fournir des éléments de similitude ou de dissimilitude avec de futures et d'anciennes études sur le FBR dans les pays à faible ou moyen revenus (26, 77-80).

Réflexivité

Afin de réduire la possibilité de biais quant à de potentielles interactions entre les caractéristiques du chercheur principal et les données, un cahier de bord a été rempli lors des collectes de données. Ceci a donc permis d'obtenir un outil de collecte de données supplémentaire pour l'analyse de ces dernières. Le positionnement du chercheur est donc discuté en lien avec son influence sur les résultats de l'étude dans la discussion (81-83). Le rôle des différents membres de l'étude est aussi présenté à travers les différentes étapes de l'étude (82).

Autres critères

Plusieurs autres critères de rigueur peuvent s'appliquer à une étude qualitative, selon leur pertinence quant à l'étude même, son contexte ou sa problématique. Le critère d'authenticité (capacité de démontrer une perspective émique) est favorisé par l'entretien qui est le type de collecte de données principal de cette étude. Cet outil de collecte de données permet l'approfondissement des données et la compréhension du discours d'un participant, donc de sa perspective (66, 84). Le critère d'imputabilité procédurale est aussi soutenu par la présentation des différents outils utilisés pour l'étude : le guide d'entretien, l'arbre de codes ou les tableaux identifiant le processus d'échantillonnage des sites par exemple.

Éthique

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche en santé de l'université de Montréal (15-145-CERES-D) et par la DNS du Mali (#3269 MSHP/DNS). Les objectifs de la recherche ont toujours été explicités aux participants tout comme la pertinence de la recherche au niveau des connaissances ainsi que de ses retombées potentielles. Aucun risque n'était relié à cette étude puisque les entretiens semi-dirigés étaient faits de manière confidentielle et que la

diffusion des résultats assurait l'anonymat des participants. Des formulaires de consentement étaient utilisés afin d'assurer une participation libre, éclairée et continue à l'étude (Annexe 9). Ceci signifie que chaque participant devait prendre la décision de participer de manière indépendante, ceci en comprenant les objectifs de l'étude et avec le droit de ne pas répondre à certaines questions ou de quitter l'étude en tout temps. Les processus d'analyse et de diffusion des résultats étaient expliqués aux participants et dans l'éventualité où un participant avait des questions (à tout moment), des réponses lui étaient fournies.

Article : Pérennité d'un projet-pilote de financement basé sur les résultats : étude de cas dans la région de Koulikoro au Mali

Sepey, Mathieu^{1,2}
Ridde, Valéry^{1,2,3}
Touré, Laurence⁴
Coulibaly, Abdouramane⁴

¹Université de Montréal (UdeM), École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM)

²Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (ISRPUM)

³Chaire RÉALISME (Recherches appliquées interventionnelles en santé mondiale et équité)

⁴MISELI (Association malienne de recherche et formation en anthropologie des dynamiques locales)

Correspondance :

Mathieu Sepey
Mathieu.Sepey@umontreal.ca

Apport des auteurs :

Conception de l'étude :	MS, VR, LT
Révision des outils de collecte:	MS, AC
Collecte de données :	MS
Transcription des enregistrements :	MS
Analyse des données :	MS, VR
Rédaction de l'article :	MS
Révision de l'article :	MS, VR, LT, AC

Déclaration de conflits d'intérêts : aucun

Ces travaux ont été exécutés avec le soutien d'une subvention de l'initiative Innovation pour la santé des mères et des enfants d'Afrique, laquelle est financée par Affaires étrangères, Commerce et Développement Canada (MAECD), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et le Centre de recherches pour le développement international (CRDI), organisme canadien.

Introduction

Financement basé sur les résultats

Les modes de financement de la santé évoluent en fonction des besoins d'efficacité, de qualité ou d'accès aux soins (1-5). En Afrique, ces modes de financement sont souvent influencés par des orientations internationales (1, 2, 6, 7). Aujourd'hui, divers organismes internationaux encouragent l'instauration en Afrique du financement basé sur les résultats (FBR) afin d'augmenter la productivité des professionnels de la santé et la qualité des soins offerts (1, 2, 4, 7-15).

Le FBR centré sur l'offre réside dans l'octroi d'incitatifs (financiers ou non) liés à la production et à la qualité de services. Théoriquement, ce lien entre les incitatifs et les services ciblés permettrait une meilleure adéquation entre l'offre et la demande de soins (8, 16, 17). Il n'existe toutefois pas de réponse claire autour des effets du FBR (18-22). S'étant concentré sur les différents résultats du FBR, plus d'efforts devraient être fournis pour mieux comprendre leur pérennité, ce qui est actuellement manquant dans l'étude du FBR (8, 23, 24).

Pérennité

Plusieurs questions sont posées aujourd'hui quant à la mise en place de projets : sont-ils efficaces ou rentables à long-terme ou disparaissent-ils à la fin de leur financement (25) ? L'étude grandissante de la pérennité permet de répondre à cette question, mais reste peu développée et peu de consensus existe sur ses contours (25-27). De plus, plusieurs concepts se côtoient et se confondent : institutionnalisation, diffusion, appropriation, consolidation, durabilité, intégration, perpétuation, routinisation, permanence, maintenance, et plus encore (28). Toutefois, les aspects de temporalité et d'intégration à une structure sont récurrents concernant la pérennité et le processus de pérennisation (28-30). Plusieurs modèles présentent la pérennisation comme la finalité d'un projet (28, 30), ce qui ne prend cependant pas toujours en compte le dynamisme de l'intervention ou de son contexte. Ainsi, Chambers et *al.* (31) représentent la pérennisation comme un processus continu, nécessitant de constantes modifications et lié à une intervention et à un contexte dynamiques. Ce modèle reflète mieux la réalité organisationnelle qu'un modèle par étapes (32) et est plus réaliste (31).

La pérennité dispose de cinq niveaux : i) nul, si aucune activité de l'intervention n'a subsisté dans l'organisation hôte, ii) précaire, lorsque des activités subsistent mais restent officieuses, dépendantes de certains acteurs et ne correspondent pas au cadre de l'intervention, iii) faible, quand des activités continuent officiellement, mais ne comportent pas systématiquement les déterminants d'une routine et peuvent facilement disparaître à court terme, iv) moyen, lorsque les activités sont stables et totalement routinisées, et v) haut lorsque ces activités sont routinisées et institutionnalisées à un niveau supérieur d'implantation (niveau national par exemple) (27, 32, 33). La routinisation représente les quatre premiers niveaux, soit un niveau d'intégration circonscrit à l'organisation hôte de l'intervention via quatre principales déterminants : la mémoire organisationnelle, les valeurs, les règles et procédures et l'adaptation au contexte (28). La mémoire organisationnelle est le maintien de la structure de l'organisation (réseau social ou système d'archivage) via des ressources stables. Les valeurs et codes sont représentés par des artefacts culturels (symboles, rituels et langages) que les parties prenantes du projet partagent. Les règles et procédures sont le cadre des actions à entreprendre ainsi que les décisions à prendre pour le fonctionnement d'un projet. Finalement, l'adaptation est la capacité d'un projet de correspondre à son contexte, ceci par exemple en matière de simplicité ou de non perturbation des activités quotidiennes. L'institutionnalisation, le cinquième niveau, réfère plutôt à un niveau systémique d'intégration et se constate à travers des normes sociales, des standards sociaux, des cadres légaux, etc. (28).

Très peu de recherches sont recensées quant à la pérennisation des projets de développement en Afrique (34) et encore plus rarement concernant les projets de FBR (24, 35). Ainsi, l'objectif de cette étude est de présenter le niveau de pérennité d'un projet pilote FBR et de comprendre les processus de pérennisation.

Contexte

Pour répondre à cet objectif, une étude de cas unique du projet pilote de FBR au Mali a été effectuée (36). Ce projet pilote a été implanté de février 2012 à décembre 2013 par le ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP) avec l'aide de la coopération néerlandaise (SNV) et de l'Institut royal des Tropiques (KIT) dans les districts sanitaires de Dioïla, Fana et Banamba dans la région de Koulikoro (37). Ce projet pilote avait pour objectif

d'améliorer l'offre et la qualité des soins dans cette région, l'une des plus pauvres du Mali (37-39).

Le Mali est un pays dont l'administration est fortement décentralisée. Les hôpitaux nationaux, spécialisés et régionaux sont dirigés par la direction nationale de la santé (DNS) et représentent les centres de santé tertiaires présents au niveau national et dans les huit régions. Les centres de santé de référence (CSREF) se retrouvent au niveau des districts sanitaires, sont affiliés aux conseils de cercles (CC) (les cercles correspondant plus ou moins aux districts sanitaires) et forment les services de deuxième ligne. Représentant les services de première ligne, les centres de santé communautaires (CSCOM) sont au niveau des aires de santé et sont gérés par une association de santé communautaire (ASACO) et la mairie (ou conseil communal) (40).

Pour l'implantation du FBR, divers acteurs étaient impliqués : les équipes techniques des CSCOM et CSREF (prestation de services), les mairies et les ASACO (contracteurs et acheteurs des services), l'équipe cadre du district et la direction régionale de la santé (DRS) (régulateur et vérificateur au niveau des CSCOM et des CSREF respectivement), et différentes organisations non-gouvernementales (ONG) internationales et indépendantes (contre-vérificateur des résultats) (39). Ce financement concerne les travailleurs et les organisations de santé qui se sont vu octroyer des primes à la performance en lien avec la prestation de services de qualité. Ainsi, à la suite de l'achat de ces services, 40% des primes étaient redistribuées au personnel de santé et 60% aux comités de gestion (ASACO et CC) (les pourcentages étaient le contraire pour les CSREF). Les primes pour les travailleurs pouvaient représenter jusqu'à plus du double de leur revenu. En moyenne en 2005, une matrone, un vaccinateur ou un infirmier gagnaient 22 000 (38\$US) et 25 000 (43\$US) ou 40 000 FCFA (francs de la communauté financière africaine) (68\$US) par mois respectivement (41); avec le projet, ces derniers pouvaient gagner en moyenne jusqu'à 140 500 FCFA/trimestre (240\$US) (37).

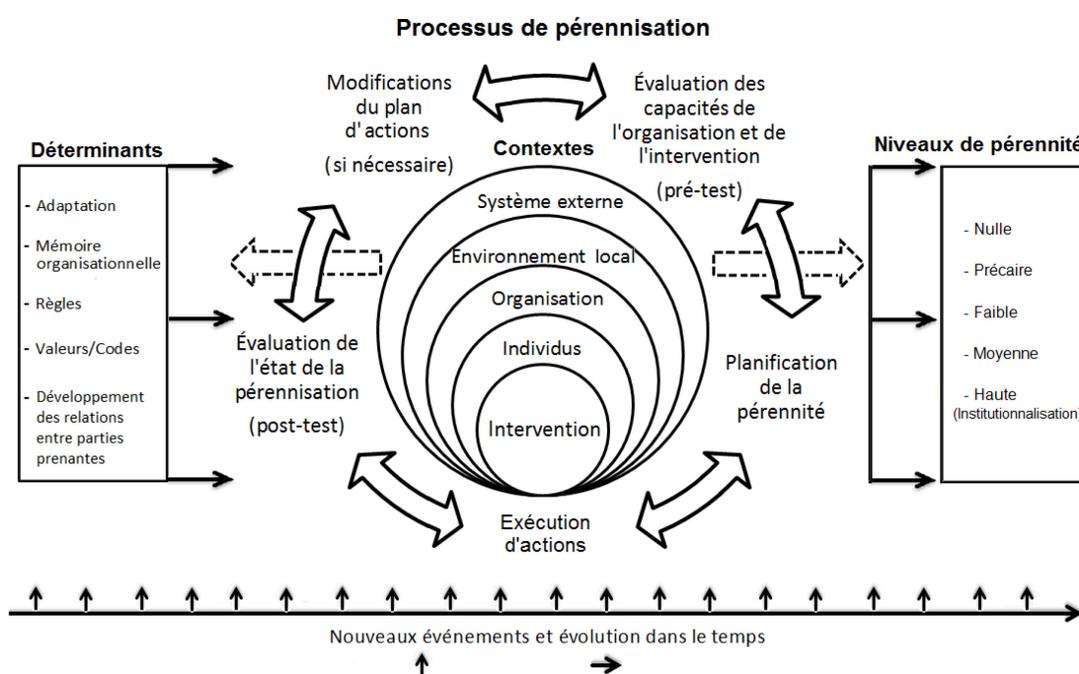
Méthodologie

Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel utilisé dans cette étude est une intégration des propositions de Johnson et *al.* (2004), Chambers et *al.* (2013), Pluye, Potvin et Denis (2004) et Moullin et *al.* (2015) (28-31) (Figure 1). Notre cadre propose une représentation procédurale du concept de pérennité, incluant : i) les déterminants de la pérennité, ii) le processus de pérennisation, iii) l'état de pérennité résultant des éléments précédents, iv) les différents contextes d'implantation de l'intervention, et v) des événements critiques pouvant influencer le processus.

Figure 2 Cadre conceptuel de la pérennité

[Adapté de Johnson et *al.* (2004), Chambers et *al.* (2013), Pluye, Potvin et Denis (2004) et Moullin et *al.* (2015)]



Selon la littérature, cinq déterminants sont à considérer quant à la capacité d'une intervention à se pérenniser : i) l'adaptation aux différents contextes, ii) la création de mémoire organisationnelle, iii) la concordance des valeurs entre l'intervention et l'organisation hôte, iv) l'établissement de règles et de procédures, et v) les relations entre les parties prenantes (29, 31, 32).

Dû au contexte évolutif de l'intervention, le processus de pérennisation est continu à travers les différentes phases de pérennisation : i) l'évaluation des capacités d'intégration de l'organisation et de l'intervention, ii) la planification de la pérennité de l'intervention, iii) l'exécution d'actions pour la pérennité, iv) l'évaluation de l'état de pérennisation, et v) les modifications de la planification pour la pérennité (29).

L'état de pérennité est divisé en cinq degrés (les quatre premiers étant définis plus haut). Le développement des relations entre parties prenantes du projet est composé de divers éléments : la création/renforcement du réseau d'acteurs, la communication, l'appropriation du projet par les acteurs, leur motivation et bénéfices respectifs et le leadership exercé pour le fonctionnement du projet.

Le niveau de pérennité ainsi que le processus de pérennisation du projet se retrouvent dans cinq différents contextes d'implantation, allant du plus centré sur l'intervention au plus général : i) l'intervention, ii) les individus travaillant directement en lien avec elle, iii) l'organisation qui l'englobe, iv) l'environnement local et ses différents acteurs, et v) le système externe de valeurs (politiques, économiques, légales, morales). Ces contextes d'implantation intègrent finalement les déterminants de la pérennité, le processus de pérennisation et le niveau de pérennité.

Les événements critiques sont aussi intégrés dans ces contextes et sont directement liés à travers les différentes dimensions du concept de pérennité (déterminants, processus de pérennisation, niveau de pérennité et contextes).

Collecte de données

Le projet pilote s'est déroulé dans 29 établissements de santé dans les districts sanitaires de Dioïla, Fana et Banamba. Avec la participation de personnes ressources travaillant dans les CSREF, un échantillonnage à variation maximale des sites de collecte a été effectué selon des critères de facilité d'accès, de diversification de l'échantillon (urbain vs. rural, haute ou basse performance, cas déviants), de disponibilité de l'information (faible roulement du personnel), et de sécurité. Les CSREF de Dioïla et de Fana ainsi que trois CSCOM de ces districts ont été

sélectionnés. Aucun site n'a été sélectionné dans le district de Banamba pour raison sécuritaire.

Pour chaque site, entre quatre et cinq participants ont été interviewés : des membres de la direction, du personnel soignant et de l'ASACO ou du conseil de cercle. Le directeur technique du CSCOM (DTC) était le seul membre de la direction et servait de personne-ressource pour le recrutement des membres du personnel soignant et de l'ASACO. Leur recrutement a été fait en fonction de leur expérience et connaissance du projet. Au CSREF, les personnes-ressources membres de la direction ont pu désigner pour le recrutement les membres du personnel soignant les plus qualifiés. D'autres participants ont été ajoutés afin d'approfondir le rôle d'autres organisations plus éloignées de la mise en œuvre locale : la DNS, la DRS de Koulikoro, la SNV, le KIT et les mairies. Au total, 49 entretiens semi-dirigés ont été effectués durant de 30 minutes à 2 heures (Tableau 1). Les entretiens étaient individuels et se déroulaient dans les établissements de santé. En plus d'être enregistrés, des notes ont été prises durant les entretiens pour une meilleure analyse des données. Un interprète fut aussi formé (AC) afin de faciliter les entretiens en Bambara. Pour effectuer ces entretiens, un guide a été élaboré par l'équipe de chercheurs (MS, VR, LT, AC). Il a été validé lors d'un pré-test auprès de trois personnes d'un CSCOM. Des modifications mineures furent apportées au guide d'entretien, les données du pré-test ont donc servi à l'analyse des résultats. Le guide réunissait les dimensions du cadre conceptuel (Annexe 4 du mémoire).

Tableau 3: Échantillonnage des participants

		Districts	
		Fana	Dioïla
Aires de santé (CSCOM)	Direction	3	4
	Personnel soignant	8	8
	Comité de gestion	3*	4*
Districts sanitaires (CSREF)	Direction	1	1
	Chefs d'unités, praticiens	3	3
	Conseil du cercle de Dioïla (incluant Fana)	2	
Communes	Maires, commissaires, secrétaires généraux	2	2
Directions	Membres DNS et DRS	2	
Mise en œuvre	Membres SNV, KIT	3	
Total		49	

*un des entretiens a été effectué avec deux participants (président et trésorier des ASACO)

Les enregistrements audio ainsi que les notes d'entretiens ont été transcrites *verbatim*. Ils ont aussi été réécoutés à plusieurs reprises et les *verbatim* relus par le chercheur principal (MS), afin de valider leur intégrité et d'effectuer une analyse itérative des textes (exceptions des traductions du Bambara). À l'aide du logiciel © QDA Miner, une analyse thématique a été effectuée. Un arbre de codes a été créé (MS) et révisé (VR) grâce au cadre conceptuel de l'étude (36). Cet arbre de codes a été raffiné par l'ajout de nouveaux thèmes émergeant de l'analyse. Les résultats préliminaires ont été présentés à différents acteurs liés au FBR lors d'un atelier tenu à Bamako (42). Les commentaires obtenus ont permis d'identifier plus d'acteurs et de valider certaines données collectées.

Une recherche documentaire a aussi été effectuée afin de trianguler les données provenant des entretiens et mieux comprendre le fonctionnement du projet. Peu de documents étaient disponibles à cause de contraintes de confidentialité et de procédures administratives.

Des précautions ont aussi été prises durant les différentes étapes de l'étude quant au respect de différents critères de rigueur tels que la crédibilité, l'authenticité et l'intégrité des résultats (43). Dans un souci de transférabilité, un maximum de détails quant au contexte de l'étude est aussi offert (44).

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche en santé de l'université de Montréal (15-145-CERES-D) et par la DNS du Mali (#3269). Le consentement éclairé, libre et continu a été obtenu par tous les participants, ayant été adéquatement informés quant à l'étude et son déroulement. Les résultats sont restés anonymes et confidentiels à tout moment de l'étude.

Résultats

Les résultats de l'analyse montrent que le projet FBR est d'un degré de pérennité faible, ce que la présentation des données empiriques suivantes permettra de comprendre.

Déterminants de la pérennité

Mémoire organisationnelle

« *Qui écrit bien, a un bon Bic!* » (DTC, CSCOM Test)

Plusieurs types d'investissements ont permis d'améliorer la qualité et la quantité des services offerts: ressources matérielles (bloc maternités, matériel médical, réparations de motos, accès à l'eau et l'électricité, etc.), humaines (formations, recrutement d'employés, etc.), informationnelles (sensibilisation populaire du FBR, rencontres inter-CSCOM, etc.) et financières (investissements privés, cotisations). Ces investissements provenaient des achats FBR mais aussi, dans une moindre mesure, des fonds thésaurisés de l'ASACO pour obtenir l'achat d'activités mieux payées par le FBR. Par exemple pour les accouchements de qualité, plusieurs infirmières obstétriciennes ont été embauchées. De nombreux véhicules ont aussi été réparés pour reprendre les *stratégies avancées* (SA) que sont les cliniques mobiles pour la planification familiale (PF), la vaccination, les consultations pré- et post-natales (CPN et CPON).

Plusieurs investissements dans des actifs immobiliers (hangars, rénovations, logements, etc.) ont permis de stabiliser les ressources acquises : « *les panneaux [solaires], on a su que c'est un fond qui est sûr.* » (DTC, CSCOM 1). Dans un contexte restreint de ressources, il est nécessaire de maximiser les investissements dans le temps; « *...un équipement, quand on l'a, il dure... tant qu'il n'est pas gâté.* » (ASACO/président, CSCOM 4).

Les investissements répondaient aux besoins des acteurs : du matériel de travail ou des formations pour les agents de santé, une amélioration de la qualité/quantité des services offerts pour les organisations, des campagnes de sensibilisation promouvant l'offre de service pour les populations. Une augmentation notable de la fréquentation a été perçue dans les centres de santé et a permis de stabiliser les ressources des centres et dans certains cas, de les augmenter : « *Les résultats qu'on a eus avec le FBR, c'est toujours [grâce à] la sensibilisation... en 2014, 2015 [après le FBR], en consultations, il y a eu une augmentation même, ça c'est à travers les sensibilisations.* » (Gérant de pharmacie, CSCOM 6).

En préparation au FBR, des formations étaient données aux différents acteurs afin de parfaire leurs connaissances de leur rôle respectif quant au déroulement du projet. Le niveau d'expertise des individus sur le terrain était faible puisque « *Everyone was new with the concepts.* » (Membre 2, KIT). Certaines composantes du projet ont même été réexpliquées à travers l'ajout de formations afin de pallier le manque de compréhension : « *I [un gestionnaire hypothétique] have the pre-financing budget, and then on top of that, also you get your primes de performance, but that's just after a quarter. So there in budgeting terms, there was quite confusion at the beginning... and that makes financial planning more complicated.* » (Membre 2, KIT).

Peu de risques organisationnels ont été pris lors du FBR. Malgré le fait d'être perçus comme risqués (hautes sommes d'argent, manque de garantie de réussite), quelques investissements ont été effectués dans le but de stabiliser et augmenter les ressources des centres (construction d'un laboratoire d'analyse, campagnes de sensibilisations, etc.).

Valeurs/codes

« *Quand tu m'as téléphoné là et que tu as dit FBR, là...directement j'ai vu ça, directement : bon travail et bon résultat!* » (Mairie/Maire, CSCOM 4)

Selon les différents participants, les objectifs des centres de santé et du FBR étaient *ensemble* (correspondaient). Les objectifs des centres se concentraient principalement sur le paquet minimum d'activités et sur la responsabilité populationnelle, « *...approcher les structures de santé à la population...* » (Mairie/Maire, CSCOM 4). À travers le FBR, l'aspect qualité s'est ajouté, tout en mettant l'accent sur la prévention/promotion de la santé. À travers l'achat des services, la *motivation* ou l'*encouragement* du personnel étaient aussi perçus comme un objectif du projet.

Le partage d'artefacts culturels concernant le FBR était lié aux effets perçus du projet : les investissements, l'amélioration des services (ponctualité, service 24h, les tâches *bien faites*, etc.) et le *petit pain/prime* (la motivation financière). Les évaluations de résultats ont été intégrées à travers un certain vocabulaire : « *Si tu mets telle sorte de comportement et que les « FBR mogow » (les gens FBR) te trouvent ici...!* (DTC, CSCOM 1); « *Nous on disait « baara kèlaw » [« les travailleurs » qualifiant les évaluateurs]. Ils ne se limitaient pas à ce qu'on leur*

disait, ils partaient vérifier sur le terrain. » (Président commission santé de la mairie (CSM), CSCOM 6). Toutefois, ces évaluations n'ont pas perduré à la fin du projet faute de ressources.

Un écart entre les différents rôles (gestion vs. prestation de soins) se répercutait dans le langage utilisé et semblait problématique : *« Nous [les employés du CSCOM] c'est technique et eux [la mairie et l'ASACO], ils ont une base communautaire, ils ont des compréhensions de la communauté. »* (DTC, CSCOM 6); *« À chaque fois qu'ils disaient des termes techniques, si tu étais noyé, tu les faisais arrêter et tu leur disais : qu'est-ce qu'on veut dire par là? »* (Membre commission santé de CC (CSCC)). Cet écart limite le lien possible entre les acteurs et oblige le CSREF à jouer le rôle d'intermédiaire dans les communications entre le CSCOM et le comité paritaire (CP), ce qui peut alourdir les canaux de communications. *« Nous [le CSCOM], on a à remettre les chiffres, maintenant la communauté [la mairie et l'ASACO] ne comprend pas les chiffres, maintenant c'est l'équipe cadre [du CSREF] qui est appelée par les maires. »* (DTC, CSCOM 6). Malgré un rapprochement durant le FBR, un fossé semble toujours présent entre le milieu opérationnel (agents de santé) et administratif (ASACO et mairies).

Selon les différents centres, plusieurs rituels ont été instaurés ou renforcés autour d'activités grâce au FBR: réunions de planifications, pratiques d'hygiène, stratégies avancées, etc. La fin du projet FBR a toutefois entraîné leur diminution car ils nécessitent un certain niveau d'investissement. Plusieurs participants évoquent que des rituels moins coûteux ont perduré : l'utilisation de procès-verbaux ou de registres, la production de rapports mensuels, les réunions mensuelles du CSCOM. L'implication des mairies et des CSREF a aussi été réduite après le projet quant aux supervisions ou réunions au CSCOM. Le temps semble avoir manqué, *« L'objectif était de créer des habitudes aux gens pour que même après FBR... il nous a semblé que ça terminé avant de créer l'habitude. »* (Membre CSCC).

Règles/procédures

« Même quand on cultive son champ, il faut faire le suivi. Tant qu'il n'y pas de suivi on ne récolte rien. » (Président CSM, CSCOM 6)

Plusieurs règles et procédures ont été intégrées durant le FBR : des habitudes en lien avec la qualité du travail (ponctualité, contact avec la clientèle, meilleure utilisation des registres, etc.)

et des activités (le suivi des enfants sains (SES), les CPN ou CPON). Toutefois, ces éléments n'ont pas tous subsisté à la fin du FBR. Selon les différents témoignages, la qualité du contact avec la clientèle et l'utilisation des registres sont les tâches et procédures ayant le moins diminué.

À la fin du FBR, la supervision externe a cessé (DRS et ONG) ou grandement diminué (CSREF), passant d'une par mois à environ une par année. On peut ainsi présumer un retour aux *anciennes pratiques* : « *C'est le manque de suivi interne qui nous amène à tomber dans l'ancienne politique.* » (Membre direction, CSREF 1). Des CP (10 membres d'ASACO et de mairies) et une commission de la santé (dans le conseil du cercle) ont aussi été dynamisés lors du FBR afin de permettre un meilleur suivi et une meilleure implication des représentants élus en santé. À la fin du projet, l'implication des mairies a diminué beaucoup dans ces comités, ceci surtout en lien avec l'arrêt des achats : « *On travaillait avec cette idée de compétition mais depuis là nous avons relâché après, c'est cette erreur qui nous a eus.* » (Président CSM, CSCOM 6).

La quasi-totalité des participants a déclaré que les tâches à effectuer pour le FBR étaient claires et correspondaient à leurs tâches préalables. Avec le FBR, les tâches ont été précisées, permettant de spécialiser certains travailleurs, une matrone pour les CPN, les CPON ou les PF, par exemple. Des fiches d'engagement personnel ont aussi été signées afin de lier les travailleurs à leurs tâches, aucune donnée collectée ne démontre la continuation de ces fiches. Malgré ces éléments, une diminution de la réalisation de plusieurs activités a été constatée : les CPON, le SES ou la PF.

L'inclusion des divers manuels de procédures FBR dans la planification des centres ne semble pas avoir été effective, puisqu'ils restent non-utilisés : « *si tu sors une activité que tu as des difficultés sur le terrain auxquelles on n'a pas pensé, là ils se réfèrent à moi. Mais par rapport au document... pas vraiment.* » (DTC, CSCOM 3). Le projet est donc resté dissocié des centres puisqu'il a été considéré à durée définie et ayant un accent strictement sur la motivation financière : « *Les objectifs n'étaient pas les mêmes [qu'avant], parce que le FBR à ce moment, tu fais l'activité, et tu gagnes quelque chose.* » (DTC, CSCOM 4). Malgré un effort de réunion des acteurs dans les aires de santé (CSCOM, ASACO, mairie), chaque entité

est restée indépendante dans sa planification même si le centre de santé dépendait de chaque acteur pour son bon fonctionnement : « ...*peu de micros plans* [planification annuelle des CSCOM] *étaient intégrés dans les budgets des communes.* » (Membre direction, CSREF 2).

Le FBR étant perçu comme une formule gagnante, peu de modifications des procédures ont eu lieu durant le projet. Plusieurs initiatives provenaient toutefois des centres dans le but d'augmenter les achats : « *Même entre nous les vaccinateurs. On tenait une réunion. On parlait de vaccination, de la bonne qualité de vaccination, de l'entretien des vaccins... C'était pour augmenter nos points.* » (Vaccinateur, CSCOM 5); « *Nous avons exigé à toutes les femmes de notre aire de venir faire la CPN.... Celle qui ne respecte pas ces mesures on te pénalise... Aussi si tu viens pour la vaccination de l'enfant on n'accepte pas tant que tu n'as pas payé la pénalisation.* » (ASACO/trésorier, CSCOM Test). Ces modifications des procédures montrent une certaine pression qu'exerce l'achat de services sur les agents de santé, ceci pouvant aller jusqu'à la falsification de documents pour l'achat des services (non dispensation de planification familiale par exemple).

Adaptation

« *Dans un premier temps, il fallait adapter les gens à avoir un résultat.* » (Membre CSCC)

Au niveau du contexte des individus, différentes formations techniques ont été offertes et ont répondu à un manque de qualification des individus : « *...des infirmiers, des techniciens de santé, qui n'ont pas un grand niveau.* » (Membre direction, CSREF 1). Des acquis ont été perçus : « *Quand FBR est arrivé j'ai fait des formations qui m'ont permis de savoir remplir toutes ces fiches.* » (Gérant de pharmacie, CSCOM 3). Toutefois, le temps et le changement de personnel effacent ces acquis « *Depuis que FBR est arrêté, il y a plus d'un an, l'ASACO n'a pas été appelé pour une formation... l'ancien président est décédé et le nouveau président n'a pas reçu de formation.* » (ASACO/trésorier, CSCOM Test).

Certains aspects uniques à chaque organisation n'étaient pas pris en compte lors des évaluations, ce qui pouvait pénaliser certains types de centres. Un centre ayant un plus petit bassin de desserte pourrait voir sa quantité de services offerts rapidement plafonner; un centre ayant une faible densité de population pourrait voir les coûts de certains services de proximité

(SA) plus élevés, ou encore un centre ayant une très grande aire de santé pourrait avoir plus de difficulté à offrir un accès continu à des services de qualité dans des hameaux ou villages très reculés.

Le projet a pris en compte les différents besoins des communautés en les impliquant dans les évaluations trimestrielles pour les achats. Des éléments tels que la qualité de l'accueil, le prix des ordonnances ou le temps d'attente étaient évalués par les *baara kèlaw* (les évaluateurs) qui portaient dans les villages pour la contre-vérification. Une évaluation des besoins dans la région de Koulikoro a aussi été faite et a permis de « ...laisser [à d'autres la responsabilité de] la nutrition, parce qu'on a vu que la nutrition, pratiquement, dans notre région était soutenue. » (Ancien membre, DRS). Ayant déjà commencé avant le FBR avec un projet de système d'information essentiel communal (SIEC), un rassemblement des acteurs (CSCOM, ASACO, mairies, CSREF, CC) autour de la santé s'est aussi créé, tout en diminuant à la fin du projet : « C'est timide maintenant [l'implication de la mairie], donc ça, en tous cas, les liens de collaboration, en tous cas, sont restés... le lien de confiance. » (DTC, CSCOM 2).

Après avoir été inspiré par l'implantation du FBR au Rwanda, le projet fut adapté pour être plus à la malienne. « Il y a une mission qui est partie au Rwanda faire une visite d'étude, mais le contexte politique étant différent... donc il fallait imaginer tous les outils nécessaires qui pouvaient aider à la mise en œuvre du FBR. » (Membre direction, CSREF 2). L'adaptation s'est effectuée principalement au niveau de la décentralisation pour impliquer les collectivités (mairies et conseil du cercle) dans le processus. Le projet était donc bien adapté à la structure politique malienne, utilisant la même hiérarchie et organisations déjà présentes pour sa mise en place.

Au niveau opérationnel, le projet était unanimement simple et compatible avec les anciennes tâches : « Ça n'a rien de particulier, c'est nos tâches quotidiennes que le FBR veut qu'on améliore. » (Membre direction, CSREF 1). Les tâches et procédures étaient toutes perçues comme pertinentes et ayant des effets globaux visibles (fréquentation du centre, qualité du service, investissements, etc.). Presqu'aucun problème relié au projet n'a été rapporté sauf son départ *Brusque* qui a provoqué une certaine incompréhension et démotivation : « L'effet

négligé a été le sevrage brusque... vous savez qu'avec l'arrêt du FBR, maintenant, les gens ont beaucoup baissé les bras. » (Membre direction, CSREF 1).

Développement des relations entre parties prenantes

« Ils ont développé en nous l'esprit du travail en équipe, ce qui a fait que les résultats sont meilleurs. » (Aide-soignant, CSCOM 2)

Un rassemblement des acteurs en santé s'est effectué durant le FBR avec les centres de santé (et leur comité de gestion), les collectivités (mairies et conseil du cercle) et même d'autres parties prenantes comme les associations de femmes ou de jeunes, les leaders religieux et les chefs de villages. *« Ces contacts existent entre ces relais communautaires, ces ASC (agents de santé communautaires), ces maternités rurales... mais on avait coupé la chaîne, avec le FBR on a renoué ça, obligatoirement, parce qu'il fallait réunir ça pour obtenir les résultats escomptés. » (Membre unité de médecine, CSREF 1).*

Des canaux de communication se sont ouverts suivant la hiérarchie de la structure en santé : *« Quand les prévisions ne sont pas atteintes la mairie dit à l'ASACO de joindre les efforts pour combler les vides et l'ASACO aussi vient dire au personnel sanitaire de multiplier les efforts pour combler le vide. » (Matrone, CSCOM 4).* Les communications étaient toutefois centrées sur les résultats à atteindre. La communication lors des supervisions, évaluations et contre-évaluations n'était pas toujours claire pour les prestataires de services : *« On a l'impression que les gars [les évaluateurs du CSREF] sont contre nous, si on pouvait avoir les mêmes informations que ces gens-là. On a l'impression qu'ils sont mieux outillés que nous, qu'ils ont une information de plus. (DTC, CSCOM 3).* Ces conflits émergeaient car si le service n'est pas de qualité, il n'est pas acheté et le personnel ainsi que le centre ne pourront pas bénéficier des primes. Toutefois, *« Quand il y avait des erreurs, ils [les évaluateurs du CSREF] nous [le personnel des CSCOM] les montraient et nous les corrigions [pour le prochain achat]. » (Vaccinateur 2, CSCOM 3),* ceci permettant un processus d'amélioration continue au centre de santé.

En ouvrant la communication, le FBR a favorisé le travail en équipe dans les centres. Même si certaines tâches sont devenues plus spécialisées, un droit de regard pour chaque acteur a permis une meilleure appropriation des activités (de la supervision à la vaccination) : *« Le*

changements que ça [FBR] a apporté, c'est de rassembler tout le monde... Il y a des tâches que si jamais une seule personne s'engageait à faire ça ne serait pas bien fait. Mais quand tout le monde [le personnel des CSCOM] fait ensemble il y a échange d'expériences et chacun comprend ses erreurs et chacun se corrige. » (Aide-soignant, CSCOM 2). La présence de leadership était aussi fortement en lien avec la notion de résultats ou d'atteinte des objectifs.

« S'il n'y a plus de réunions, les relations, obligatoirement, ça coupe, il y aura des permutations, d'autres qui devraient venir qui ne sont plus à leur place. Donc, il y aura rupture des relations, obligatoirement. » (Membre CSCC). Cette situation post-FBR concerne plus spécifiquement la supervision faite par les CSREF ainsi que par la DRS qui étaient financée par le projet FBR. Les collectivités se sont aussi désengagées à la fin du projet, *« c'est redescendu un peu, parce que les plans de planification on [personnel du CSREF] ne les fait plus avec eux [CC]. En fait, maintenant ils participent moins à la résolution des problèmes.* (Membre unité d'hygiène, CSREF 2); *« ...si l'ASACO à de l'argent, nous [la mairie] on est tranquille [besoin moindre d'implication dans le CSCOM]. »* (Mairie/maire, CSCOM 4). Ceci pourrait être causé par la fin du financement du projet et par un manque de motivation de ces acteurs. Durant le projet, tant les mairies que les ASACO ont demandé de recevoir des primes individuelles, sans succès.

Processus de pérennisation

« D'abord on commence par le diagnostic des activités passées, ensuite dégager les problèmes, faire des planifications, mettre les moyens à disposition pour atteindre ces objectifs, voilà. » (Membre unité d'hygiène, CSREF 2)

Évaluation des capacités d'intégration de l'organisation et de l'intervention

Une évaluation des capacités a été préalable à l'implantation du projet dans les différents centres. Cette évaluation s'est faite avec la participation des différentes parties prenantes du projet. Les manques de ressources matérielles et humaines ont été identifiés à tous les niveaux du système de santé : personnel qualifié et outils de travail dans les centres de santé, véhicule pour les supervisions (DRS et CSREF), et ressources humaines et financières (DNS). *« La division qui s'occupait du FBR [la division des établissements sanitaires de la DNS] n'était pas très étoffée [en termes de personnel et de financement]. »* (Ancien membre, DNS). Mis à part

les fonds de l'aide néerlandaise dépensés pour le projet, peu de ressources permettent maintenant de stabiliser les acquis du projet.

Ce manque de ressources se reflétait aussi par un leadership non partagé entre les autorités locales et celles du projet quant à l'évaluation des capacités (et le reste du projet). « *Le gouvernement n'a pas de moyens, c'est pour cela que depuis cette affaire existe [le projet FBR], il ne s'est pas impliqué.* » (ASACO/trésorier, CSCOM 3). L'abandon de l'étude de base illustre tant le manque de ressources que de leadership du gouvernement malien. En effet, à la suite du coup d'État en 2012, USAID (Agence des États-Unis pour le développement international) a retiré son financement pour l'étude de base du projet et l'État n'a pas pris le relais. « *À ce moment il n'y avait pas d'argent dans le système [pour l'étude de base]... Il y avait pas de ressources,* » (Ancien membre, DRS).

Afin de mieux comprendre les besoins des parties prenantes, le projet a utilisé diverses évaluations : « *Il y a des constats... des enquêtes démographiques et de santé qui sont faites chaque 5 ans, donc des tendances. Il y a aussi des partenaires qui commettent des études.* » (Ancien membre, DRS). Plus localement, une évaluation des centres a été effectuée pour le premier atelier de planification des résultats, « *On [SNV] nous [membres du CSCOM] avait dit de récolter les 3 trois mois avant le FBR, pour voir à quel niveau nous sommes.* » (DTC, CSCOM 6). Le projet s'alignait donc sur des évaluations de besoins de la population pouvant être vagues, ainsi que sur des évaluations de services pouvant ne pas être représentatives, ceci dû à des tendances d'offre de services dépassant les 3 mois de l'évaluation, « *En saison sèche les CSCOM baissent de rendement [en matière de fréquentation].* » (ASACO/Président, CSCOM 1).

Grâce à des projets antérieurs de la SNV dans la région (sans lien avec le FBR) (création d'un SIEC), une évaluation des relations entre les différents acteurs (ASACO, mairies, CSCOM) a été effectuée et des actions ont été prises afin de remédier aux différents conflits : manque de communication inter-acteurs, manque de confiance dans la gestion de budgets et manque d'implication dans les CSCOM. Pour le projet un *design mapping* (cartographie des acteurs) a été fait par le KIT afin de pouvoir mieux se positionner et faciliter l'implantation du projet.

Planification de la pérennité de l'intervention

Peu d'attention était donnée à la planification de la pérennité du projet puisque ce dernier était considéré comme *expérimental* donc à durée déterminée; l'idée de la mise à l'échelle semblait davantage importante selon divers documents liés au projet (37-39). Le projet s'est déroulé en parallèle à des rumeurs d'un potentiel financement de la Banque mondiale (BM) pour un projet pilote à l'échelle de la région de Koulikoro. La désignation même du projet alternait entre *pré-pilote*, sinon *pilote*. « *L'idée c'était qu'avec la banque, il y a aura un grand projet FBR et nous [DNS] on ne souhaitait pas que les choses nous parachutent [soient imposées] comme ça.* » (Ancien membre, DNS); « *La BM va toujours dire qu'elle va faire pilote, donc nous on a dit, comme la banque va faire pilote, donc nous a va dire qu'on a fait pré-pilote. C'est juste un positionnement.* » (Ancien membre, SNV), dans le but d'assurer un FBR à la malienne.

La planification de l'implantation et celle de la mise à l'échelle ne correspondaient pas. Des raccourcis ont été utilisés dans le projet pilote par l'implication d'organisations externes (ONG indépendantes, SNV/KIT) ayant pour rôle de contrevérifier les résultats (ONG indépendantes) et de gérer les achats (SNV/KIT) : « *Dans les réflexions qu'on [SNV/KIT] a menées dans notre pilote c'était de transformer l'Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux dans une agence nationale sur le FBR, de vérification, au lieu de créer d'autres structures⁴.* » (Ancien membre, SNV); « *Quant à la question de pérennisation, est-ce qu'on va continuer comme ça? Il faut voir les structures habituelles de financement au Mali.* » (Ancien membre, DNS).

Exécution d'actions pour la pérennité

Peu d'actions ont été prises afin de pérenniser le projet FBR, ceci dû à un manque de planification et d'appropriation par les acteurs : « *L'évaluation finale [du projet] a interrogé toutes ces structures [au niveau national : DNS et MSHP], les gens sont très positifs, mais tu ne sens pas ça dans leurs façons, leurs actions.* » (Ancien membre, SNV). Le roulement du

⁴ L'agence national d'évaluation des hôpitaux n'a pas servi lors du FBR, ce sont plutôt des ONG indépendantes qui ont eu le rôle de vérificateur externe.

personnel et des leaders du projet ne facilite pas ces actions de pérennisation. Des exceptions demeurent : « Hier [4 février 2016], j'ai interpellé les relais pour que les données ne chutent pas, parce que si jamais les données chutaient, ça va jouer sur l'argent [les recettes du CSCOM]... On a prévu des réunions dans les villages et les hameaux aussi pour que les données ne chutent pas. » (Mairie/Maire, CSCOM 4).

Évaluation de la pérennisation et modifications

Puisque la pérennisation ne consistait pour plusieurs qu'à la mise à l'échelle du projet par la BM, il n'y a eu que peu de souci quant au processus de pérennisation à la fin du projet. « *I think for the budget it had a beginning and an end... So I think if you look purely at financial sustainability, it was not financially sustainable. But taking into account the political developments and that the World Bank was planning to roll out a national system, albeit with a different FBR framework that KIT had issued, there would have been an opportunity to continue the FBR program in Koulikoro.* » (Membre 2, KIT).^{5,6}

Les déterminants de la pérennité ainsi que le processus de pérennisation illustrent peu d'événements enclins à faciliter la pérennité du projet, ceci dans les différents contextes. Ceci appuie donc le résultat final d'un degré faible de pérennité pour le projet.

Discussion

La recherche montre que plusieurs acquis ont été générés par l'implantation du projet FBR: investissements à long terme dans les ressources humaines et matériels (mémoire organisationnelle), correspondance des objectifs (valeurs/codes), intégration de diverses tâches et procédures (règles/procédures), capacité d'adaptation aux différents contextes (adaptation) et création d'un lien de confiance entre les acteurs (parties prenantes). Cependant, d'autres composantes du projet permettent d'établir que sa pérennisation reste à un degré faible, notamment par l'insuffisance dans la stabilisation des ressources, un manque de partage de

⁵ Au moment de la rédaction de l'article, aucune information ne démontre que la BM serait prête à débiter un projet FBR au Mali.

⁶ L'article sera publié en anglais.

symboles, rituels et langages communs reliés au FBR, un manque de supervision et une perte de contact au niveau des parties prenantes. Quant au processus de pérennisation, la planification a été centrée sur une potentielle mise à l'échelle par d'autres acteurs (ex. Banque mondiale) plutôt que sur la pérennité du projet pilote.

Contextes

Les résultats illustrent l'importance d'une adaptation du projet à tous les différents contextes pour le pérenniser: i) intervention (ex. un fonctionnement simple), ii) individus (ex. l'octroi de bénéfices aux acteurs liés à la mise en œuvre), iii) organisation (ex. les investissements dans les centres), iv) environnement local (ex. la prise en compte des besoins des populations comme des ordonnances moins coûteuses), v) système externe; (ex. l'utilisation de la structure de santé). Puisque tous les contextes sont concernés pour l'implantation du projet, leur prise en compte devrait donc être plus systématique pour la pérennisation de projet (30, 45-49).

Motivation

Selon la théorie de l'autodétermination, la motivation extrinsèque, basée sur des récompenses venant de l'extérieures (ex. primes, formations, supervisions) se différencie de la motivation intrinsèque, basée sur le plaisir d'effectuer une tâche ou l'accomplissement personnel par celle-ci (50, 51). Les différents modèles de FBR utilisent le type de motivation extrinsèque (à travers des primes à la performance) afin de satisfaire certains acteurs (ex. agents de santé, gestionnaires) (52-55). Travaillant dans des systèmes de santé peu financés, ces acteurs peuvent facilement percevoir une insuffisance au niveau de leur salaire et apprécier l'augmentation de revenu qu'offrent ces primes (52-57).

Cependant, étant souvent dépendantes d'organisations internationales, ces sources de motivations extrinsèques qu'offre le FBR sont instables et disparaissent à la fin des projets, comme au Mali et ailleurs (34). Sans cette source de motivation, des activités peuvent donc être délaissées, entraînant ainsi un manque de pérennité du projet. En plus, ce type de motivation est considéré par certains comme étant de « moins bonne qualité » (en comparaison à la motivation intrinsèque) puisqu'à long terme, plus de conséquences négatives (ex. stress indu sur les individus, épuisement, diminution du bien-être) que positives (ex. augmentation

de la performance) peuvent être engendrées. La motivation intrinsèque peut même être diminuée puisque la source de motivation n'est plus liée à l'activité même (51).

Dans un contexte d'optimisation des ressources limitées en santé mondiale, la motivation intrinsèque des acteurs devrait être privilégiée puisqu'elle permet une meilleure appropriation des activités et est plus pérenne (51). Plusieurs pistes de motivations sont donc à explorer : l'appartenance à la communauté, le sentiment d'efficacité ou de contribution, la meilleure interaction ou confiance entre les acteurs, etc. (53, 55, 56, 58). Un questionnement doit aussi être posé quant à la pérennité d'un tel modèle de financement et à ses impacts sur la motivation à long terme des agents de santé.

Supervision

Le manque de continuité dans la supervision est un autre aspect fortement en lien avec la faible pérennité du projet FBR (59). Une étude au Rwanda montre une certaine incohérence quant à la supervision dans le FBR (60). Tout en demandant une forte supervision des résultats, le FBR peut pousser les différents acteurs à plutôt investir leur temps et efforts dans des activités payantes. Le cas du Mali ne témoigne pas de cette réalité, mais une propension à diriger certains éléments (l'intégration de tâches et procédures, la création de partenariat ou le partage d'artefacts culturels) vers les achats de services est présente. Une perspective strictement basée sur les résultats peut être réductrice de l'approche FBR et éloigner le projet de son objectif réel, soit l'amélioration des conditions de santé d'une population.

Routinisation versus institutionnalisation

Le faible degré de pérennité du projet pilote FBR au Mali représente un faible niveau d'intégration ou d'appropriation du projet dans les centres de santé. D'autres projets en santé illustrent aussi ce problème d'approche par projet où l'intervention est souvent « forcée » ou « superposée » à l'organisation hôte (24, 27, 33, 49). Un manque d'appropriation pourrait être causé par la dissociation entre l'institutionnalisation du projet (la mise à l'échelle nationale par exemple) et son pilote, qui est souvent qualifié d'*experimental* et sans besoin de continuité dans le temps; la planification de l'institutionnalisation étant souvent faite parallèlement lors de l'implantation du pilote (34, 49, 61). Étant deux projets différents, des écarts peuvent exister quant au contenu du pilote et du projet de mise à l'échelle. Une transition devient donc

nécessaire pour passer du pilote à un projet mis à l'échelle puisque plusieurs acquis peuvent se perdre durant cette période : pertes de contacts avec des partenaires, d'expérience ou de confiance (49, 61, 62).

Un trop grand contrôle de la mise en œuvre du pilote par des organisations internationales peut aussi freiner l'appropriation par les acteurs locaux, comme le démontre la gestion budgétaire du projet par un organisme international (KIT) plutôt que par le gouvernement (les mairies); ceci peut par la suite devenir un handicap important dans la mise à l'échelle du projet-pilote puisque certains acquis n'ont pas été réalisés (49, 63, 64). Le projet peut facilement paraître comme étant sous la responsabilité du bailleur de fond externe qui tend à dicter la prise de décision quant au projet (48). Le type d'interventions achetées, les cibles globales à atteindre, le mode de rapportage ou d'évaluation sont différents exemples ayant été rapportés comme non-négociables dans des projets de FBR en Afrique du Sud, Tanzanie et Zambie (6). La responsabilité de la pérennité du projet incombe finalement aux gouvernements locaux qui ne se sont pas approprié le projet. Davantage d'efforts quant au respect de la Déclaration de Paris (2005) et du Plan d'action d'Accra (2008) sur l'appropriation nationale des programmes de santé seraient donc favorables à une meilleure pérennisation de projets en santé impliquant des bailleurs de fonds externes (48, 65, 66).

Ces résultats peuvent en partie s'appliquer à différents projets en Afrique, et plus spécifiquement en Afrique de l'Ouest, puisqu'il existe à travers divers organismes africains (Union Africaine, NEPAD) et régionaux (CÉDÉAO) des mécanismes de convergence en matière de politiques publiques (67). Toutefois, il est à noter que le Mali est un pays fortement décentralisé au plan de l'organisation des services de santé, ce qui n'est pas le cas dans d'autres contextes. Plusieurs interventions ont aussi été mises en place antérieurement et parallèlement au projet FBR (ex. création d'un SIEC, investissements par différentes organisations) créant un environnement favorable à son implantation. Une mise à l'échelle du projet FBR à l'extérieur de la région de Koulikoro sans ces interventions préalables pourrait amener à une surévaluation des effets de la mise à l'échelle.

Une première limite de l'étude est le biais de mémoire des participants. Avec deux ans d'écart entre la fin du projet et la collecte de données, certains participants ne pouvaient pas se

rappeler exactement tous les détails du projet. Un échantillonnage plus nombreux des acteurs a permis cependant de limiter ce biais et de trianguler les données. La collecte d'événements critiques diminue aussi ce biais puisqu'ils sont plus facilement identifiables et collectivement partagé par les parties prenantes. Une deuxième limite est le positionnement du chercheur (MS) face aux participants lors de la collecte de données. Malgré la clarification du rôle de chercheur avant les entretiens, plusieurs participants l'associaient à un évaluateur du projet ce qui se reflétait dans les données (quasi-absence d'information négative concernant le projet et réticence à partager cette information). Ayant directement ou indirectement bénéficié du projet, les participants se retrouvaient souvent en conflit d'intérêt, ces derniers ayant toujours l'espoir d'un retour de ce projet. Les données recueillies peuvent donc avoir été influencées par les relations financières ou autres conflits d'intérêt qu'entretenaient les participants avec le projet FBR comme cela a été montré dans une recension sur le sujet (68). Le maintien des activités, des relations ou des ressources acquises et normalement intégrées, pourrait donc être surestimé.

Conclusion

La pérennisation est un processus complexe, qui si mieux compris, permettrait de répondre à plusieurs besoins actuels en lien avec la mise en œuvre de projets (ex. optimisation des résultats et des ressources utilisées à long terme). Comme d'autres projets (27, 33), celui du FBR au Mali se caractérise par un faible degré de pérennité. Ceci est occasionné par l'absence de certains déterminants de la pérennité ainsi que la non-réalisation de certaines phases de pérennisation, tout ceci à l'intérieur de différents contextes. Une meilleure planification de cette pérennité permettrait de mieux maintenir les acquis du projet et d'assurer une motivation continue, une meilleure intégration des tâches ou une plus forte appropriation par les acteurs. Cette étude illustre le besoin d'approfondir davantage la compréhension du concept de pérennité afin de mieux définir ses déterminants ainsi que ses phases continues de pérennisation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Soeters R, Habineza C, Peerenboom PB. Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006;84(11):884-9.
2. Chimhutu V, Tjomsland M, Songstad NG, Mrisho M, Moland KM. Introducing payment for performance in the health sector of Tanzania- the policy process. *Global Health*. 2015;11:38.
3. Bonfrer I, Soeters R, Van de Poel E, Basenya O, Longin G, van de Looij F, et al. Introduction of performance-based financing in burundi was associated with improvements in care and quality. *Health Affairs*. 2014;33(12):2179-87.
4. Mokdad AH, Colson KE, Zúñiga-Brenes P, Ríos-Zertuche D, Palmisano EB, Alfaro-Porras E, et al. Salud Mesoamérica 2015 Initiative: design, implementation, and baseline findings. *Population health metrics*. 2015;13(1):1.
5. Ir P, Korachais C, Chheng K, Horemans D, Van Damme W, Meessen B. Boosting facility deliveries with results-based financing: a mixed-methods evaluation of the government midwifery incentive scheme in Cambodia. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2015;15(1):1.
6. Barnes A, Brown G, Harman S. Locating health diplomacy through African negotiations on performance-based funding in global health. *Journal of Health Diplomacy*. 2015;1(3):1-19.
7. Beane CR, Hobbs SH, Thirumurthy H. Exploring the potential for using results-based financing to address non-communicable diseases in low-and middle-income countries. *BMC public health*. 2013;13(1):1.
8. Ireland M, Paul E, Dujardin B. Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? *Bulletin of the World Health Organization*. 2011;89(9):695-8.
9. Canavan A, Toonen J, Elovainio R. Performance based financing: an international review of the literature. 2008.
10. Brenner S, Muula AS, Robyn PJ, Bärnighausen T, Sarker M, Mathanga DP, et al. Design of an impact evaluation using a mixed methods model—an explanatory assessment of the effects of results-based financing mechanisms on maternal healthcare services in Malawi. *BMC health services research*. 2014;14(1):1.
11. Chimhutu V, Lindkvist I, Lange S. 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*. 2014;14:23.
12. Bonfrer I, Soeters R, Van de Poel E, Basenya O, Longin G, van de Looij F, et al. Introduction of performance-based financing in burundi was associated with improvements in care and quality. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33(12):2179-87.
13. Soeters R, Peerenboom PB, Mushagalusa P, Kimanuka C. Performance-Based Financing Experiment Improved Health Care In The Democratic Republic Of Congo. *Health Affairs*. 2011;30(8):1518-27.
14. Paul E, Sossouhounto N, Eclou DS. 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*. 2014;3(4):207-14.

15. Turcotte-Tremblay A-M, Gautier L, Bodson O, Sambieni NkE, Ridde V. Dans les coulisses du pouvoir décisionnel : le rôle des organisations internationales dans l'expansion du financement basé sur les résultats dans les pays à faible et à moyen revenu. 2016.
16. The World Bank. Plus de Santé Pour L'argent : Financement Basé sur les Results (FBR) 2010 [cited 2015 21 Septembre]. Available from: <http://wbi.worldbank.org/wbi/fr/stories/plus-de-sant%C3%A9-pour-l%E2%80%99argent-financement-bas%C3%A9-sur-les-results-fbr>.
17. Eichler R. Can “pay for performance” increase utilization by the poor and improve the quality of health services. Background papers for the Working Group on Performance Based Incentives. 2006.
18. Basinga P, Mayaka S, Condo J. Performance-based financing: the need for more research. *Bulletin of the World Health Organization*. 2011;89(9):698-9.
19. Borghi J, Little R, Binyaruka P, Patouillard E, Kuwawenaruwa A. In Tanzania, The Many Costs Of Pay-For-Performance Leave Open To Debate Whether The Strategy Is Cost-Effective. *Health Affairs*. 2015;34(3):406-14.
20. Fox S, Witter S, Wylde E, Mafuta E, Lievens T. Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo. *Health Policy and Planning*. 2014;29(1):96-105.
21. Lannes L, Meessen B, Soucat A, Basinga P. Can performance-based financing help reaching the poor with maternal and child health services? The experience of rural Rwanda. *Int J Health Plann Manage*. 2015.
22. Ssengooba F, McPake B, Palmer N. Why performance-based contracting failed in Uganda--an "open-box" evaluation of a complex health system intervention. *Social science & medicine* (1982). 2012;75(2):377-83.
23. Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat ALB, Sturdy J, Vermeersch CMJ. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *The Lancet*. 2011;377(9775):1421-8.
24. Paul E. Marché de services relatifs à la réalisation d'une étude sur la viabilité et la pérennisation de l'approche du financement basé sur les résultats (FBR) au Bénin. CTB et Agence belge de développement, 2016 18 juillet 2016. Report No.
25. Scheirer MA, Dearing JW. An agenda for research on the sustainability of public health programs. *American Journal of Public Health*. 2011;101(11):2059-67.
26. St Leger L. Questioning sustainability in health promotion projects and programs. *Health Promotion International*. 2005;20(4):317-9.
27. Ridde V, Pluye P, Queuille L. Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2006;54(5):421-31.
28. Pluye P, Potvin L, Denis J-L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*. 2004;27(2):121-33.
29. Johnson K, Hays C, Center H, Daley C. Building capacity and sustainable prevention innovations: a sustainability planning model. *Evaluation and Program Planning*. 2004;27(2):135-49.
30. Moullin J, Sabater-Hernandez D, Fernandez-Llimos F, Benrimoj S. A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting

- generic implementation framework. *Health Research Policy and Systems*. 2015;13(1):16.
31. Chambers D, Glasgow R, Stange K. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science*. 2013;8(1):117.
 32. Pluye P. Vers un nouveau modèle théorique du déroulement des programmes : étude de la routinisation des programmes en promotion de la santé: Université de Montréal; 2002.
 33. Malla Samb Oumar RV, Queuille Ludovic. Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ? *Revue Tiers Monde*. 2013;3(215):73-91.
 34. de Sardan J-PO, Diarra A, Koné FY, Yaogo M, Zerbo R. Local sustainability and scaling up for user fee exemptions: medical NGOs vis-à-vis health systems. *BMC health services research*. 2015;15(3):1.
 35. Oxman AD, Fretheim A. An overview of research on the effects of results-based financing. 2008.
 36. Yin RK. Case study research: Design and methods: Sage publications; 2013.
 37. Toonen J, Dao D, Matthijssen J, Koné B. Évaluation finale: Accélérer l'atteinte de l'OMD 5 dans la région de Koulikoro - Projet pilote financement basé sur les résultats dans les cercles de Dioïla et Banamba. Institut Royal Tropical, 2014.
 38. Dao D, Toonen J, Koné B. Contribution du FBR à la bonne gouvernance des centres de santé communautaire au Mali. 2014.
 39. Toonen J, Kone B, Dao D. Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) au Mali. KIT, s.d.
 40. Observatoire africain de la santé. Etat de santé et tendances [Internet]. Organisation mondiale de la santé - Afrique; 2014 [cited 2016 10 août]. Available from: http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Mali:Health_Status_and_Trends/fr.
 41. Audibert M, de Roodenbeke E. Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali: analyse de la situation et perspectives. Banque Mondiale, Région Afrique, Département du Développement Humain. 2005.
 42. Seppéy M. Étude de la pérennisation des résultats du projet pilote de FBR dans les districts sanitaires de Fana et Dioïla. 2016.
 43. Whittemore R, Chase SK, Mandle CL. Validity in qualitative research. *Qual Health Res*. 2001;11(4):522-37.
 44. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*: Sage; 1985.
 45. ALCID, editor *La pérennisation des projets, un nouvel objectif ? Journées autour de la pérennité des projets*; 2012 18-19 octobre 2012; Angers-Nantes.
 46. Palen J, El-Sadr W, Phoya A, Imtiaz R, Einterz R, Quain E, et al. PEPFAR, health system strengthening, and promoting sustainability and country ownership. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2012;60:S113-S9.
 47. Robineau O, Tichit J, Maillard T. S'intégrer pour se pérenniser: pratiques d'agriculteurs urbains dans trois villes du Sud. *Espaces et sociétés*. 2014(3):83-100.
 48. de Renzio P, Whitfield L, Bergamaschi I. *Reforming foreign aid practices: what country ownership is and what donors can do to support it*. 2008.
 49. Castellonet C. *Cycle des projets, cadre logique et efficacité des interventions de développement*. Paris: Les Editions du Groupe initiatives. 2003.

50. Forest J, Mageau GA. La motivation au travail selon la théorie de l'autodétermination. *Psychologie Québec*. 2008;25(5):33-6.
51. Forest J. Comment rendre un chercheur heureux, performant et pour longtemps: Association francophone pour le savoir-Acfas; 2016.
52. Bertone MP, Lagarde M, Witter S. 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*. 2016;16(1):1.
53. Khim K. Are health workers motivated by income? Job motivation of Cambodian primary health workers implementing performance-based financing. *Global Health Action*. 2016;9.
54. Meessen B, Kashala J-PI, Musango L. Output-based payment to boost staff productivity in public health centres: contracting in Kabutare district, Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007;85(2):108-15.
55. Ensor T, Chapman G, Barro M. Paying and motivating CSPS staff in Burkina Faso: evidence from two districts. Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment Aberdeen, Scotland: University of Aberdeen. 2006.
56. Olivier de Sardan J. La routine des comportements non-observants au sein des services publics Nigériens. *Connaître la culture bureaucratique pour la réformer de l'intérieur*. 2014.
57. Ibrahim A, Farouk AG. Problèmes de déploiement des ressources humaines de santé au Niger. 2016.
58. Ridde V. Building trust or buying results? *The Lancet*. 2005;366(9498):1692.
59. Moha M. Comportements des agents de santé au Niger Cas de la région de Dosso. 2015.
60. Ngo DK, Sherry TB, Bauhoff S. Health system changes under pay-for-performance: the effects of Rwanda's national programme on facility inputs. *Health Policy and Planning*. 2016:czw091.
61. Sieleunou I, Taptue Fotso J-C, Kouokam E, Magne Tamga D, Azinyui Yumo H, Turcotte-Tremblay A-M, et al. Challenges of integrating an innovative health financing scheme into the health system: lessons from Performance-Based-Financing (PBF) in Cameroon (2006 - 2015). Institute of Tropical Medicine, R4D International, Chaire RÉALISME, Alliance for health policy and systems research, 2015.
62. Ozawa S, Singh S, Singh K, Chhabra V, Bennett S. The Avahan Transition: Effects of Transition Readiness on Program Institutionalization and Sustained Outcomes. *PloS one*. 2016;11(7):e0158659.
63. Bhattacharyya O, Mitchell W, McGahan A, Mossman K, Hayden L, Sukhram J, et al. Rapid routes to scale: scaling up primary care to improve health in low and middle income countries. University of Toronto & International Centre for Social Franchising, 2015.
64. Smith JM, de Graft-Johnson J, Zyaee P, Ricca J, Fullerton J. Scaling up high-impact interventions: How is it done? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2015;130:S4-S10.
65. Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement & Programme d'action d'Accra, (2005-2008).
66. Bergamaschi I, Diabaté A, Paul É. L'agenda de Paris pour l'efficacité de l'aide. *Afrique contemporaine*. 2007(3):219-49.

67. Olivier de Sardan J-P, Ridde V. Diagnosis of a public policy: an introduction to user fee exemptions for healthcare in the Sahel. *BMC Health Services Research*. 2015;15(3):1-4.
68. Turcotte-Tremblay A-M, Spagnolo J, De Allegri M, Ridde V. Does performance-based financing increase value for money in low-and middle-income countries? A systematic review. *Health Economics Review*. 2015;6(1):30.

Ce tableau est une annexe à l'article représentant une synthèse des résultats des données provenant du terrain.

Tableau 4: Synthèse des résultats

Tableau Synthèse		
Dimensions Contextes	Déterminants	Processus
Intervention	Forte capacité de l'intervention (adapté aux contextes, ressources adéquates, objectifs correspondants à l'organisation, mise en commun d'acteurs)	Projet à durée déterminée
Individus	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation extrinsèque (primes) - Meilleures conditions de travail - Peu d'artefacts culturels utilisés 	Non-continuité de la motivation
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> - Investissements ponctuels par les achats - Coopération intra-organisation momentanée - Correspondance avec les activités et objectifs de l'organisation 	<p>Continuité de certains acquis (ex. accueil)</p> <p>Peu d'actions pour le maintien des acquis</p>
Environnement local	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement disparate et/ou temporaire de relations - Bénéfices inégaux - Coopération inter-organisations instable 	Non planification du maintien des relations
Système externe	<ul style="list-style-type: none"> - Adapté au système de santé - Correspondance aux objectifs généraux nationaux 	Dépendance sur l'appui externe pour le maintien d'acquis et l'obtention de ressources

Discussion

Résumé

Durant le projet FBR, de nombreux investissements ont eu lieu dans les centres de santé, un élan fut suscité autour d'objectifs clairs, plusieurs tâches et procédures ont été intégrées, des partenariats créés et redynamisés (spécialement entre les ASACO, les mairies et les CSCOM), tout en étant adaptés aux différents contextes d'implantation du projet. Toutefois les résultats empiriques montrent un faible degré de pérennité du projet FBR au Mali. Cela s'explique notamment par une incapacité à stabiliser les ressources acquises durant le projet, l'absence de partage d'artefacts culturels (langages, rituels et symboles) autour du FBR, des lacunes au niveau de la supervision et une diminution des contacts entre les parties prenantes. En outre, plusieurs lacunes ont été notées dans le processus de pérennisation : un manque d'évaluation des capacités (manque de leadership, de ressources et de précision dans l'évaluation des besoins), une planification de la mise à l'échelle plutôt que du projet, la réalisation de peu d'actions ayant pour but de pérenniser le projet, et une évaluation de la pérennisation du projet absente (sans modifications).

Outre la discussion de l'article sur les types de motivation liés au FBR, l'importance de la supervision et la séparation de la routinisation et de l'institutionnalisation par l'approche par projet, ce mémoire présente une section supplémentaire de discussion en lien avec la coopération intra- et inter-organisations ainsi que les limites de l'utilisation d'une théorie économique en santé. La portée des résultats, la réflexivité du chercheur, les forces et faiblesses de cette étude et ses contributions sont ensuite présentées.

Coopération intra- et inter-organisations

Tout comme au Bénin et en Sierra Léone, une augmentation du travail d'équipe a été perçue par les différentes parties prenantes durant le FBR (26, 85). L'atteinte d'objectifs clairs et les achats de services rallient les prestataires de soins, qui sont les premiers bénéficiaires du FBR. Toutefois, l'esprit d'équipe n'arrive pas à dépasser les limites des centres de santé (26). Il est même davantage présent dans les petits centres de santé, ayant moins de personnel et étant par

le fait même, plus homogènes (85). Cette présence accrue dans les plus petites organisations peut s'expliquer par un manque de partage d'artefacts culturels, le langage par exemple. L'utilisation de différents types de langage (médical, administratif ou autres selon les différentes organisations, ex. ASACO, mairies, CSCOM, CSREF), peut créer des barrières à la coopération inter-organisationnelle. En obtenant différents niveaux ou types de bénéfices, des divergences peuvent se former entre les organisations, et tout comme pour les prestataires de soins, un sentiment d'injustice peut apparaître quant à la distribution de ces bénéfices (78). Ce sentiment résulte ultimement en démotivation des membres d'organisations ayant moins de bénéfices et finalement, dans leur désengagement face au projet. Ce désengagement rend donc beaucoup plus difficile la pérennisation du projet, puisque ce dernier repose sur l'interaction de ces organisations, l'exécution de certaines tâches pouvant même dépendre de cette interaction ou coopération inter-organisationnelle (campagnes de sensibilisations communautaires, investissements ou gestion de fonds).

Limites des théories économiques en santé

En agissant sur la rémunération des prestataires de soins, le FBR touche directement le domaine de l'économie de la santé. Au niveau plus théorique, certains modèles économiques concernant l'offre de soins de santé peuvent remettre en doute les assertions du FBR. Pour commencer, le FBR tend à percevoir les prestataires de soins comme des *homo economicus* cherchant principalement à maximiser leur revenu (86). Un autre modèle, à l'opposé, les perçoit plutôt comme des *homo clinicus*, des gens privilégiant plutôt l'éthique et le dévouement aux malades. La réalité se trouverait entre ces deux modèles, où la motivation financière, ainsi que l'éthique de travail, se rejoignent (86, 87).

En jouant sur le revenu des prestataires de soins, le FBR espère faire augmenter la quantité ainsi que la qualité des soins. Cependant, dans le cas où un prestataire serait plus *economicus* que *clinicus*, quelles sont les barrières contre les mauvaises pratiques ou la surproduction de soins (86)? Les bénéfices possibles avec le FBR peuvent créer des pressions indues chez certains prestataires de soins qui peuvent adopter des comportements inappropriés (mensonges auprès des patients, falsifications de registres avec l'enregistrement d'activités non effectuées, etc.).

Transférabilité des résultats

La portée des résultats de cette étude est grande car s'appuyant sur un cadre conceptuel et en partie sur une analyse déductive du concept de pérennité. Ces résultats peuvent donc être transférés à diverses situations d'implantation de projets. Plus de similitudes pourront toutefois être identifiées avec des projets implantés dans des pays à faibles revenus, encore plus spécifiquement en Afrique ou en Afrique de l'Ouest puisque les contextes économiques, politiques et culturels peuvent être plus proches du contexte malien. Il est à noter toutefois que le Mali est un pays fortement décentralisé au plan de l'organisation des services de santé, ce qui peut être un élément de divergence avec d'autres contextes d'implantation de projet. Plusieurs interventions ont aussi été mises en place antérieurement et parallèlement au projet FBR, ce qui peut ne pas être le cas ailleurs. Les lecteurs de l'étude doivent donc être critiques quant à la transférabilité de celle-ci en comparant bien les cas de l'étude à leur contexte; les éléments de similitude et de divergence dans les différents projets et contextes doivent être bien évalués avant de généraliser les résultats.

Réflexivité

Caractéristiques du chercheur

Certaines caractéristiques du chercheur principal (MS) pouvaient souvent rendre son rôle très ambigu. Étant un *toubabou* (appellation courante d'un blanc) provenant de l'extérieur du contexte de l'étude et désirant discuter du thème du FBR, une proportion notable des participants considérait le chercheur comme un individu lié au FBR, pouvant réintroduire le projet. Cette préconception du rôle du chercheur peut avoir teinté les données puisque la presque totalité des participants demandait à la fin de l'entretien le retour du projet. Malgré les stratégies mises en place pour diminuer ce biais, les participants étaient toujours sujets à de la désirabilité sociale. Avant chaque entretien, le rôle du chercheur ainsi que les objectifs de l'étude étaient précisés et un accent était mis sur l'indépendance de l'étude face au projet FBR. Si les participants semblaient avoir des discours spécialement pro-FBR, un rappel était fait pour bien clarifier le positionnement de l'étude. L'âge et l'approche terrain du chercheur peut aussi avoir influencé certains participants. Étant plus jeune que la presque totalité des participants interviewés et utilisant des moyens de transports (auto-stop, motos, bus ou la

marche) et des hébergements de base (tentes, salles d'hospitalisation, chambres de passage), l'équipe de recherche (l'interprète et le chercheur principal) s'est souvent attirée la sympathie de gens dans les centres de santé. Ceci a sûrement permis une meilleure disponibilité et disposition des participants ainsi qu'un certain niveau de confort avec l'équipe de recherche. L'utilisation du bambara par le chercheur principal lors de la prise de contact et de discussions informelles a aussi sûrement permis d'établir un meilleur lien de confiance avec les participants.

Interactions chercheur/participants

Plusieurs éléments ont teinté l'interaction entre le chercheur et les participants à l'étude. En premier lieu, concernant le biais de désirabilité sociale, les participants semblaient vouloir donner une bonne impression du projet et d'eux-mêmes à travers des réponses en majorité positives aux questions posées (88). Les points négatifs pouvaient aussi être rapidement éclipsés des conversations en évoquant un manque de mémoire, une minimisation du problème, une rétractation de l'idée émise, etc. Le manque d'expérience de l'intervieweur (MS) ainsi que son propre désir de ne pas brusquer les participants peut aussi avoir joué un rôle important dans le manque de données quant aux aspects négatifs du projet. Ce manque d'expérience a aussi fait que les questions du guide d'entretien qui se voulaient ouvertes ont quelques fois été transformées en questions fermées, ce qui a parfois donné lieu à des réponses limitées (88). Des efforts supplémentaires ont cependant été faits pour permettre l'obtention de réponses suffisamment développées pour l'analyse.

Langage

Le langage utilisé pour les entretiens pouvait parfois être inadapté, malgré la validation du guide sur le terrain. Le faible niveau d'éducation de certains participants ainsi que l'utilisation d'un traducteur en langue bambara peut avoir influencé les données de l'étude. Les réponses très courtes et toujours positives de certains participants pourraient être expliquées par un mélange de désir de plaire et d'incompréhension, au-delà du langage employé. Des expressions pouvaient aussi être mal comprises, par exemple une formation dans le contexte malien est considérée comme formelle et se concluant généralement avec un certificat ou un diplôme. Ce type de malentendus a cependant été rapidement clarifié auprès des participants, et des ajustements ponctuels ont été faits quant au langage utilisé ultérieurement.

Présence de tierces personnes

Afin d'effectuer les entretiens, un interprète était présent lors de la quasi-totalité des rencontres. Sa présence peut avoir influencé l'échange entre l'intervieweur et le participant en modifiant les questions de l'intervieweur ou les réponses du participant. Dans le but de réduire au maximum cette interférence, une mise à niveau a été faite avec les interprètes impliqués dans le projet. La lecture des *verbatim* permet toutefois d'observer une cohérence entre les questions de l'intervieweur et la réponse des participants, ce qui laisse croire à une faible interférence de l'interprète. Un traducteur était aussi employé à la transcription des enregistrements en texte, passant du bambara au français. Des raccourcis peuvent avoir été pris lors de la transcription, il est toutefois très difficile d'en juger par manque d'expertise. Cependant, les traducteurs détenaient une expérience en transcription et étaient référés par des partenaires de la recherche.

Forces

Méthodologiques

La méthode d'échantillonnage en deux étapes (en variant le premier échantillon et en précisant le deuxième) est souvent recommandée car elle permet en premier lieu d'avoir une exhaustivité des points de vue des acteurs, et en deuxième lieu, d'approfondir la compréhension d'un phénomène, tel que la pérennisation, ceci en passant d'une perspective large à une perspective plus précise du phénomène (70, 71).

Ce mode d'échantillonnage s'inscrit aussi dans un cadre itératif de la recherche, qui comprend tant l'échantillonnage que la collecte de données et l'analyse. Ce processus itératif assure un certain niveau de crédibilité de l'étude.

L'utilisation d'un cadre conceptuel pour appuyer les différentes étapes permet une approche plus exhaustive pour l'étude d'un phénomène complexe. Les différentes composantes de la pérennisation ont donc été analysées de manière systématique permettant une compréhension plus holistique du phénomène. Tout en ayant une approche déductive avec le cadre conceptuel, une approche inductive a aussi été utilisée, ce qui a permis à différents thèmes d'émerger lors de la codification et de l'analyse (74).

Limites

Méthodologiques

Plusieurs stratégies ont été mises en place afin de diminuer certaines limites de l'étude. Étant une étude rétrospective (avec un délai de 2 ans entre la fin du projet FBR et l'étude), le biais de mémoire a été présent dans la collecte de données. Cependant la collecte de données en lien avec des événements critiques est considérée fiable puisque les aspects d'un événement critique (événement particulier, servant de point de repère que les gens peuvent clairement détailler) réduit le biais de mémoire (48). L'aspect critique d'un événement est aussi donné par les participants qui partagent collectivement cet événement, et non le chercheur, ce qui rend la mesure plus fiable (48).

Les entretiens semi-dirigés n'étaient pas standardisés pour tous les participants, selon leur rôle dans le projet. L'information recueillie n'était donc pas systématique dans chaque entretien. Un grand échantillon de participants permet toutefois d'être plus exhaustif dans la collecte de données et réduit le risque d'avoir des informations manquantes. Ayant suivi le principe de saturation, le risque d'obtenir des informations non exhaustives est atténué.

Lors de l'échantillonnage des sites et des participants, des personnes ressources ont été mises à contribution. L'utilisation d'une tierce personne lors de l'échantillonnage peut biaiser la sélection et donc la représentativité de l'échantillon, si cette personne n'est pas capable d'un certain recul (71). La clarté des critères d'inclusion ou d'exclusion est donc essentielle. Tant pour les sites que pour les participants, les personnes ressources étaient avisées de ces critères de sélection et étaient informées du besoin d'être neutre dans le processus de sélection.

Données

L'utilisation des entretiens comme outil de collecte de données a permis d'approfondir le sujet de l'étude tout en ayant une perspective éémique en lien avec ce sujet. Toutefois, d'autres méthodes de collectes auraient pu être utilisées afin de mieux trianguler l'information (en addition à la recherche documentaire) comme les observations. Il aurait été intéressant d'observer les différents soins offerts ainsi que les différentes pratiques des centres, ce qui aurait permis une analyse plus complète de la pérennité du projet.

L'utilisation des événements critiques pour mesurer la pérennité semble aussi avoir influencé les données collectées en lien avec le processus de pérennisation. Étant défini comme continu, le processus de pérennisation peut difficilement être mesuré à travers un événement critique qui se retrouve à être plutôt marquant et statique dans le temps (avec un « avant » et un « après » événement). Les phases continues du processus de pérennisation se retrouvent dans des gestes souvent quotidiens de planification ou de résolution de problèmes, pouvant souvent passer inaperçus par les différents acteurs sur le terrain. Encore une fois, l'observation sur le terrain aurait permis de mieux distinguer ces différentes phases du processus de pérennisation. Concernant les déterminants de la pérennité, plusieurs événements critiques ont toutefois été répertoriés. Cependant, certains déterminants (ex. valeurs et codes) peuvent être plus difficiles à associer à un événement critique, d'où l'importance de multiplier les méthodes de collecte de données.

Les participants au projet étaient majoritairement en situation de conflit d'intérêt puisqu'ils avaient profité directement ou indirectement du projet FBR (à travers les primes du projet ou un emploi rémunéré en lien avec le projet FBR). Ceci s'est reflété dans les données qui peuvent surestimer les effets du projet et leur pérennité. En adoptant une méthode de collecte de données plus axée sur le discours (entretiens), les participants pouvaient avoir une plus grande propension à répondre favorablement quant aux questions en lien avec le projet. Des observations pendant et après que le projet était en place auraient permis de voir effectivement les différents effets perçus par les participants : maintien des différentes activités implantées lors du FBR, la ponctualité des employés ou la présence de certains éléments.

Contributions de l'étude

Contribution empirique

Cette étude est la première en lien avec la pérennisation d'un projet de FBR au Mali. Elle s'ajoutera donc aux rares études sur la pérennisation du FBR dans le monde (36, 53, 89). Cette étude est donc innovante par rapport aux nombreuses études d'évaluation d'impact du FBR (34, 35, 77, 79, 90-101) car elle cherche à approfondir la conception du processus de pérennisation et à transcender ces impacts.

Contribution théorique

La combinaison de différents cadres conceptuels a aussi permis d'améliorer la compréhension du processus de pérennisation ainsi que d'avoir une vision plus complète du phénomène. Cette combinaison illustre bien le besoin d'avoir plus d'information sur le processus de pérennisation dans le domaine de l'implantation de projets. Différents cadres coexistent présentement quant à la pérennisation sans toutefois permettre un consensus autour d'éléments clés en lien avec la pérennisation (38, 40, 42-45, 102, 103). Aux quatre premiers déterminants du cadre ayant été plus développés empiriquement (mémoire organisationnelle, valeurs et codes, règles et procédures et adaptation) (39, 41, 46) devrait s'ajouter un autre déterminant concernant les relations entre les parties prenantes. Cette étude expose par ses résultats la pertinence d'un tel déterminant à travers plusieurs aspects liés à la pérennisation : i) la création de partenariats, ii) la qualité des relations inter-acteurs, iii) l'appropriation du projet par les parties prenantes, iv) la qualité de la communication, v) la motivation et les bénéfices reliés au projet, et vi) le leadership soutenant le projet (40, 42, 103, 104).

Implications pour la pratique et la prise de décision

Avec cette étude, on peut donc comprendre que la pérennité ainsi que la pérennisation d'un projet ne se résument pas seulement à un aspect strictement financier. Un projet consiste plutôt en différentes composantes toutes aussi importantes, telles qu'illustrées par les déterminants de la pérennité et le processus de pérennisation du cadre. Ces déterminants et ces phases de pérennisation doivent donc être pris en compte à partir de la conceptualisation même d'un projet (48). Premièrement, tout au long du projet, un système de suivi et d'évaluation fort devrait permettre une adaptation continue ainsi que des modifications du projet dans le but de mieux orienter sa pérennité. Du temps et des ressources (humaines, financières, matérielles, informationnelles) adéquates doivent être planifiés pour que le suivi et les évaluations puissent se dérouler sans problème. Deuxièmement, la planification du projet doit envisager l'implication des différentes parties prenantes possibles du projet, ceci à travers du « design mapping » ou une analyse des acteurs. L'implication de ces acteurs signifie plus que de simples rencontres de discussion, les acteurs devraient pouvoir jouer un rôle à l'intérieur d'activités, ceci permettant une implication claire.

Conclusion

Étant donnée l'étendue de l'utilisation de l'approche par projet, il existe un besoin réel d'évaluer la pérennité des projets ayant été mis en place. Cette étude de cas unique du projet-pilote de FBR au Mali a permis d'établir un niveau faible de pérennité concernant ce dernier. Ce niveau de pérennité a été illustré à travers les différents déterminants du concept et les différentes phases du processus de pérennisation du projet, tout ceci à l'intérieur de différents contextes. À la suite de ces résultats, il est clair que plus d'efforts devraient être faits quant à la prise en compte de la pérennité dans le processus de mise en œuvre d'un projet. Un plan cohérent de pérennisation pourrait être élaboré afin de permettre un meilleur suivi quant à la pérennité. Le cadre présenté ici pourrait servir de base quant à la création d'un tel plan. En parallèle, davantage d'études devraient aussi être conduites afin de mieux comprendre le processus de pérennisation, ses déterminants ainsi que les différents contextes dans lesquels ils se déroulent. Le tout permettrait donc une meilleure mise en œuvre de projets, ceci avec des résultats financièrement optimaux et pérennes.

Bibliographie

1. Soeters R, Habineza C, Peerenboom PB. Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006;84(11):884-9.
2. Chimhutu V, Tjomsland M, Songstad NG, Mrisho M, Moland KM. Introducing payment for performance in the health sector of Tanzania- the policy process. *Global Health*. 2015;11:38.
3. Barnes A, Brown G, Harman S. Locating health diplomacy through African negotiations on performance-based funding in global health. *Journal of Health Diplomacy*. 2015;1(3):1-19.
4. Beane CR, Hobbs SH, Thirumurthy H. Exploring the potential for using results-based financing to address non-communicable diseases in low-and middle-income countries. *BMC public health*. 2013;13(1):1.
5. Bonfrer I, Soeters R, Van de Poel E, Basenya O, Longin G, van de Looij F, et al. Introduction of performance-based financing in burundi was associated with improvements in care and quality. *Health Affairs*. 2014;33(12):2179-87.
6. Mokdad AH, Colson KE, Zúñiga-Brenes P, Ríos-Zertuche D, Palmisano EB, Alfaro-Porras E, et al. Salud Mesoamérica 2015 Initiative: design, implementation, and baseline findings. *Population health metrics*. 2015;13(1):1.
7. Ir P, Korachais C, Chheng K, Horemans D, Van Damme W, Meessen B. Boosting facility deliveries with results-based financing: a mixed-methods evaluation of the government midwifery incentive scheme in Cambodia. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2015;15(1):1.
8. Ridde V. Is the Bamako Initiative still relevant for West African health systems? *International journal of health services : planning, administration, evaluation*. 2011;41(1):175-84.
9. Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration d'Alma-Ata [Internet]. 1978 [
10. Nations Unies. La situation des enfants dans le monde 2009 : la santé maternelle et néonatale 2008.
11. UNICEF. La Situation des enfants dans le monde 2008: La survie de L'enfant: United Nations Children's Fund, The (UNICEF); 2007.
12. Falkingham J. Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. *Social Science & Medicine*. 2004;58(2):247-58.
13. Gotsadze G, Bennett S, Ranson K, Gzirishvili D. Health care-seeking behaviour and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia. *Health Policy and Planning*. 2005;20(4):232-42.
14. Ridde V, Haddad S. Abolishing user fees in Africa. *PLoS Med*. 2009;6(1):e1000008.
15. Nabyonga J, Desmet M, Karamagi H, Kadama PY, Omaswa FG, Walker O. Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health Policy Plan*. 2005;20(2):100-8.
16. Ansah EK, Narh-Bana S, Asiamah S, Dzordzordzi V, Biantey K, Dickson K, et al. Effect of removing direct payment for health care on utilisation and health outcomes in Ghanaian children: a randomised controlled trial. *PLoS medicine*. 2009;6(1):48.

17. Belaid L, Ridde V. An implementation evaluation of a policy aiming to improve financial access to maternal health care in Djibo district, Burkina Faso. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012;12:143-.
18. Ridde V, Diarra A. A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa). *BMC Health Services Research*. 2009;9:89-.
19. Bonu S, Rani M, Razum O. Global public health mandates in a diverse world: the polio eradication initiative and the expanded programme on immunization in sub-Saharan Africa and South Asia. *Health Policy*. 2004;70(3):327-45.
20. Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement & Programme d'action d'Accra, (2005-2008).
21. Ireland M, Paul E, Dujardin B. Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? *Bulletin of the World Health Organization*. 2011;89(9):695-8.
22. Brenner S, Muula AS, Robyn PJ, Bärnighausen T, Sarker M, Mathanga DP, et al. Design of an impact evaluation using a mixed methods model—an explanatory assessment of the effects of results-based financing mechanisms on maternal healthcare services in Malawi. *BMC health services research*. 2014;14(1):1.
23. Chimhutu V, Lindkvist I, Lange S. 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*. 2014;14:23.
24. Bonfrer I, Soeters R, Van de Poel E, Basenya O, Longin G, van de Looij F, et al. Introduction of performance-based financing in burundi was associated with improvements in care and quality. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33(12):2179-87.
25. Soeters R, Peerenboom PB, Mushagalusa P, Kimanuka C. Performance-Based Financing Experiment Improved Health Care In The Democratic Republic Of Congo. *Health Affairs*. 2011;30(8):1518-27.
26. Paul E, Sossouhounto N, Eclou DS. 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*. 2014;3(4):207-14.
27. The World Bank. Plus de Santé Pour L'argent : Financement Basé sur les Results (FBR) 2010 [Available from: <http://wbi.worldbank.org/wbi/fr/stories/plus-de-sant%C3%A9-pour-l%E2%80%99argent-financement-bas%C3%A9-sur-les-results-fbr>].
28. Eichler R. Can “pay for performance” increase utilization by the poor and improve the quality of health services. Background papers for the Working Group on Performance Based Incentives. 2006.
29. Banque mondiale, Consortium AEDES/CSSI. Manuel de procédures pour la mise en oeuvre du financement basé sur les résultats au Tchad. In: Ministère du plan dlédhci, publique Mdls, editors. s.l.2011.
30. Basinga P, Mayaka S, Condo J. Performance-based financing: the need for more research. *Bulletin of the World Health Organization*. 2011;89(9):698-9.
31. Borghi J, Little R, Binyaruka P, Patouillard E, Kuwawenaruwa A. In Tanzania, The Many Costs Of Pay-For-Performance Leave Open To Debate Whether The Strategy Is Cost-Effective. *Health Affairs*. 2015;34(3):406-14.

32. Fox S, Witter S, Wylde E, Mafuta E, Lievens T. Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo. *Health Policy and Planning*. 2014;29(1):96-105.
33. Lannes L, Meessen B, Soucat A, Basinga P. Can performance-based financing help reaching the poor with maternal and child health services? The experience of rural Rwanda. *Int J Health Plann Manage*. 2015.
34. Ssenooba F, McPake B, Palmer N. Why performance-based contracting failed in Uganda--an "open-box" evaluation of a complex health system intervention. *Social science & medicine (1982)*. 2012;75(2):377-83.
35. Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat ALB, Sturdy J, Vermeersch CMJ. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *The Lancet*. 2011;377(9775):1421-8.
36. Oxman AD, Fretheim A. An overview of research on the effects of results-based financing. 2008.
37. Pluye P, Potvin L, Denis J-L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*. 2004;27(2):121-33.
38. St Leger L. Questioning sustainability in health promotion projects and programs. *Health Promotion International*. 2005;20(4):317-9.
39. Ridde V, Pluye P, Queuille L. Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2006;54(5):421-31.
40. Pluye P, Potvin L, Denis J-L, Pelletier J. Program sustainability: focus on organizational routines. *Health Promotion International*. 2004;19(4):489-500.
41. Malla Samb Oumar RV, Queuille Ludovic. Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ? *Revue Tiers Monde*. 2013;3(215):73-91.
42. Johnson K, Hays C, Center H, Daley C. Building capacity and sustainable prevention innovations: a sustainability planning model. *Evaluation and Program Planning*. 2004;27(2):135-49.
43. Cassidy EF, Leviton LC, Hunter DEK. The relationships of program and organizational capacity to program sustainability: What helps programs survive? *Evaluation and Program Planning*. 2006;29(2):149-52.
44. Chambers D, Glasgow R, Stange K. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science*. 2013;8(1):117.
45. Moullin J, Sabater-Hernandez D, Fernandez-Llimos F, Benrimoj S. A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. *Health Research Policy and Systems*. 2015;13(1):16.
46. Pluye P. Vers un nouveau modèle théorique du déroulement des programmes : étude de la routinisation des programmes en promotion de la santé: Université de Montréal; 2002.
47. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*. 2009;4(1):1-15.

48. Pluye P, Potvin L, Denis J-L, Pelletier J, Mannoni C. Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program Planning*. 2005;28(2):123-37.
49. de Sardan J-PO, Diarra A, Koné FY, Yaogo M, Zerbo R. Local sustainability and scaling up for user fee exemptions: medical NGOs vis-à-vis health systems. *BMC health services research*. 2015;15(3):1.
50. Roos-Weil A, Le Roy P. Master 2 «Santé publique et environnement» Spécialité:«Intervention en promotion de la santé» Mémoire.
51. Bilodeau A, Filion G, Labrie L, Bouteiller D, Perreault M. La pérennisation des programmes de promotion de la santé en entreprise est-elle possible? Le cas de quatre entreprises privées québécoises de travailleurs cols bleus. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*. 2005:114-20.
52. Magendo A. Pérennisation des changements et des résultats des interventions sanitaires dans les pays en développement (étude de cas du PNMLS). 2015.
53. Paul E. Marché de services relatifs à la réalisation d'une étude sur la viabilité et la pérennisation de l'approche du financement basé sur les résultats (FBR) au Bénin. CTB et Agence belge de développement; 2016 18 juillet 2016.
54. United Nations Development Programme. Human Développement Report [Internet]. 2015 [Available from: <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/MLI>].
55. United Nations Statistics Division. Country Profile: Mali [Internet]. 2016 [Available from: <http://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=Mali>].
56. Syll O. La décentralisation en Afrique subsaharienne: Mali. s.l.: Université de Franche-Comté; 2005.
57. Observatoire africain de la santé. Etat de santé et tendances [Internet]. Organisation mondiale de la santé - Afrique; 2014 [Available from: http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Mali:Health_Status_and_Trends/fr].
58. Audibert M, de Roodenbeke E. Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali: analyse de la situation et perspectives. Banque Mondiale, Région Afrique, Département du Développement Humain. 2005.
59. Balique H, Ouattara O, Iknane AA. Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. *Santé publique*. 2001;13(1):35-48.
60. Toonen J, Dao D, Matthijssen J, Koné B. Évaluation finale: Accélérer l'atteinte de l'OMD 5 dans la région de Koulikoro - Projet pilote financement basé sur les résultats dans les cercles de Dioïla et Banamba. Institut Royal Tropical; 2014.
61. Toonen J, Kone B, Dao D. Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) au Mali. KIT; s.d.
62. Dao D, Toonen J, Koné B. Contribution du FBR à la bonne gouvernance des centres de santé communautaire au Mali.; 2014.
63. Secrétariat général. PRODESS II prolonge 2009 2011: Composante santé. In: Mali MdlSd, editor. 2009.
64. Yin RK. Case study research: Design and methods: Sage publications; 2013.
65. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Potvin L, Denis J-L, Boyle P. Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer: Presses de l'Université de Montréal; 1990.
66. Lamoureux A. Recherche et Méthodologie en Sciences Humaines. 2 ed: Éditions Études Vivantes; 2000. 352 p.

67. Alderson P. Theories in health care and research: The importance of theories in health care. *British Medical Journal*. 1998;317(7164):1007.
68. Centre de Recherche en Développement International. Financement basé sur les résultats en santé maternelle et infantile et l'équité au Mali et Burkina Faso (ISMEA) [Internet]. 2015 [Available from: <https://www.idrc.ca/fr/project/financement-base-sur-les-resultats-en-sante-maternelle-et-infantile-et-lequite-au-mali-et>].
69. Ministère de la Santé du Mali. Carte sanitaire du Mali mise à jour - 2011: Rapport de synthèse. In: Général S, editor. s.l.2012.
70. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2015;42(5):533-44.
71. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives*. 2007:99-111.
72. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research 2000 2000-01-01 08:00:00. 50-2 p.
73. Barbour RS. Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? 2001.
74. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*. 2006;26(2).
75. Swerissen H, Crisp BR. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. *Health promotion international*. 2004;19(1):123-30.
76. Ye M, Aninanya GA, Sie A, Kakoko DCV, Chatio S, Kagone M, et al. Establishing sustainable performance-based incentive schemes: views of rural health workers from qualitative research in three sub-Saharan African countries. *Rural Remote Health*. 2014;14(3):2681.
77. Brenner S, Muula AS, Robyn PJ, Bärnighausen T, Sarker M, Mathanga DP, et al. Design of an impact evaluation using a mixed methods model--an explanatory assessment of the effects of results-based financing mechanisms on maternal healthcare services in Malawi. *BMC health services research*. 2014;14:180.
78. Khim K. Are health workers motivated by income? Job motivation of Cambodian primary health workers implementing performance-based financing. *Global Health Action*. 2016;9.
79. Van de Poel E, Flores G, Ir P, O'Donnell O. Impact of Performance-Based Financing in a Low-Resource Setting: A Decade of Experience in Cambodia. *Health Econ*. 2015.
80. Meessen B, Soucat A, Sekabaraga C. Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of the World Health Organization*. 2011;89(2):153-6.
81. Pace R, Pluye P, Bartlett G, Macaulay AC, Salsberg J, Jagosh J, et al. Testing the reliability and efficiency of the pilot Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) for systematic mixed studies review. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(1):47-53.
82. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine*. 2014;89(9):1245-51.

83. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *BMJ : British Medical Journal*. 2000;320(7226):50-2.
84. Marshall C, Rossman GB. *Designing qualitative research*: Sage publications; 2014.
85. Bertone MP, Lagarde M, Witter S. 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*. 2016;16(1):1.
86. Hurley JE. *Health economics*: McGraw-Hill Ryerson; 2010.
87. Olivier de Sardan J. La routine des comportements non-observants au sein des services publics Nigériens. *Connaître la culture bureaucratique pour la réformer de l'intérieur*. 2014.
88. Savoie-Zajc L. L'entrevue semi-dirigée. Dans: Gauthier B, Bourgeois I, éditeurs. *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. 6ième éd. Québec: Puq; 2016. p. 337-64.
89. Abercrombie RA, Devchand R, Naron C, Osborn E, Sawatzki D. The Search for Sustainability Finding Best Bones Forever! A New Home. *Social Marketing Quarterly*. 2016:1524500416660063.
90. Bellows NM, Askew I, Bellows B. Review of performance-based incentives in community-based family planning programmes. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2015;41(2):146-51.
91. Bawo L, Leonard KL, Mohammed R. Protocol for the evaluation of a quality-based pay for performance scheme in Liberia. *Implementation science: IS*. 2015;10(1):9.
92. Falisse J-B, Ndayishimiye J, Kamenyero V, Bossuyt M. Performance-based financing in the context of selective free health-care: an evaluation of its effects on the use of primary health-care services in Burundi using routine data. *Health Policy and Planning*. 2014.
93. Witter S, Fretheim A, Kessy FL, Lindahl AK. Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2:CD007899.
94. Kalk A, Paul FA, Grabosch E. 'Paying for performance' in Rwanda: does it pay off? *Tropical Medicine & International Health*. 2010;15(2):182-90.
95. Zeng W, Cros M, Wright KD, Shepard DS. Impact of performance-based financing on primary health care services in Haiti. *Health Policy and Planning*. 2013;28(6):596-605.
96. Zang O, Djenouassi S, Sorgho G, Taptue J-C. Impact of performance-based financing on health-care quality and utilization in urban areas of Cameroon. *African Health Observatory*. 2015.
97. Peabody JW, Shimkhada R, Quimbo S, Solon O, Javier X, McCulloch C. The impact of performance incentives on child health outcomes: results from a cluster randomized controlled trial in the Philippines. *Health Policy and Planning*. 2014;29(5):615-21.
98. Binagwaho A, Condo J, Wagner C, Ngabo F, Karema C, Kanters S, et al. Impact of implementing performance-based financing on childhood malnutrition in Rwanda. *BMC public health*. 2014;14:1132.
99. Huntington D, Zaky HHM, Shawky S, Fattah FA, El-Hadary E. Impact of a service provider incentive payment scheme on quality of reproductive and child-health services in Egypt. *Journal of health, population, and nutrition*. 2010;28(3):273-80.
100. Rajkotia Y, Zang O, Nguimkeu P, Djurovic I. Has performance-based financing accelerated progress towards controlling the HIV epidemic? An impact evaluation of

- Mozambique's HIV-focused PBF programme. *Journal of the International Aids Society*. 2015;18.
101. Skiles MP, Curtis SL, Basinga P, Angeles G, Thirumurthy H. The effect of performance-based financing on illness, care-seeking and treatment among children: an impact evaluation in Rwanda. *BMC health services research*. 2015;15(1).
 102. Rogers EM. *Diffusion of innovations*: Simon and Schuster; 2010.
 103. Schell SF, Luke DA, Schooley MW, Elliott MB, Herbers SH, Mueller NB, et al. Public health program capacity for sustainability: a new framework. *Implementation Science*. 2013;8(1):1.
 104. End Neglected Tropical Diseases in Africa. Sustainability Framework Offers Possible Roadmap to Lasting Impact on NTDs [Internet]. 2016 [Available from: <http://endinafrica.org/news/sustainability-framework-offers-possible-roadmap-to-lasting-impact-on-ntds/>].

Annexes

Annexe 1 : Consolidated framework for implementation research

Annexe 2 : Carte du Mali, de la région de Koulikoro et de ses différents districts sanitaires

Annexe 3 : Localisation des sites du projet FBR (districts de Dioïla et Fana)

Annexe 4 : Guide d'entretien

Annexe 5 : Liste de documents collectés

Annexe 6 : Liste des entretiens

Annexe 7 : Arbre de codes

Annexe 8 : Tableaux récapitulatifs

Annexe 9 : Feuillet d'information et de consentement

ANNEXE 1 : Consolidated framework for implementation research

Consolidated Framework for Implementation Research (47)	
I. INTERVENTION CHARACTERISTICS	
Intervention Source	Perception of key stakeholders about whether the intervention is externally or internally developed.
Evidence Strength & Quality	Stakeholders' perceptions of the quality and validity of evidence supporting the belief that the intervention will have desired outcomes.
Relative Advantage	Stakeholders' perception of the advantage of implementing the intervention versus an alternative solution.
Adaptability	The degree to which an intervention can be adapted, tailored, refined, or reinvented to meet local needs.
Trialability	The ability to test the intervention on a small scale in the organization, and to be able to reverse course (undo implementation) if warranted.
Complexity	Perceived difficulty of implementation, reflected by duration, scope, radicalness, disruptiveness, centrality, and intricacy and number of steps required to implement.
Design Quality & Packaging	Perceived excellence in how the intervention is bundled, presented, and assembled.
Cost	Costs of the intervention and costs associated with implementing the intervention including investment, supply, and opportunity costs.
II. OUTER SETTING	
Patient Needs & Resources	The extent to which patient needs, as well as barriers and facilitators to meet those needs, are accurately known and prioritized by the organization.
Cosmopolitanism	The degree to which an organization is networked with other external organizations.
Peer Pressure	Mimetic or competitive pressure to implement an intervention; typically because most or other key peer or competing organizations have already implemented or are in a bid for a competitive edge.
External Policy & Incentives	A broad construct that includes external strategies to spread interventions, including policy and regulations (governmental or other central entity), external mandates, recommendations and guidelines, pay-for-performance, collaborative, and public or benchmark reporting.

III. INNER SETTING

Structural Characteristics	The social architecture, age, maturity, and size of an organization.
Networks & Communications	The nature and quality of webs of social networks and the nature and quality of formal and informal communications within an organization.
Culture	Norms, values, and basic assumptions of a given organization.
Implementation Climate	The absorptive capacity for change, shared receptivity of involved individuals to an intervention, and the extent to which use of that intervention will be rewarded, supported, and expected within their organization.
A) Tension for Change	The degree to which stakeholders perceive the current situation as intolerable or needing change.
B) Compatibility	The degree of tangible fit between meaning and values attached to the intervention by involved individuals, how those align with individuals' own norms, values, and perceived risks and needs, and how the intervention fits with existing workflows and systems.
C) Relative Priority	Individuals' shared perception of the importance of the implementation within the organization.
D) Organizational Incentives & Rewards	Extrinsic incentives such as goal-sharing awards, performance reviews, promotions, and raises in salary, and less tangible incentives such as increased stature or respect.
E) Goals and Feedback	The degree to which goals are clearly communicated, acted upon, and fed back to staff, and alignment of that feedback with goals.
F) Learning Climate	A climate in which: a) leaders express their own fallibility and need for team members' assistance and input; b) team members feel that they are essential, valued, and knowledgeable partners in the change process; c) individuals feel psychologically safe to try new methods; and d) there is sufficient time and space for reflective thinking and evaluation.
Readiness for Implementation	Tangible and immediate indicators of organizational commitment to its decision to implement an intervention.
A) Leadership Engagement	Commitment, involvement, and accountability of leaders and managers with the implementation.
B) Available Resources	The level of resources dedicated for implementation and on-going operations, including money, training, education, physical space, and time.
C) Access to Knowledge & Information	Ease of access to digestible information and knowledge about the intervention and how to incorporate it into work tasks.

IV. CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS

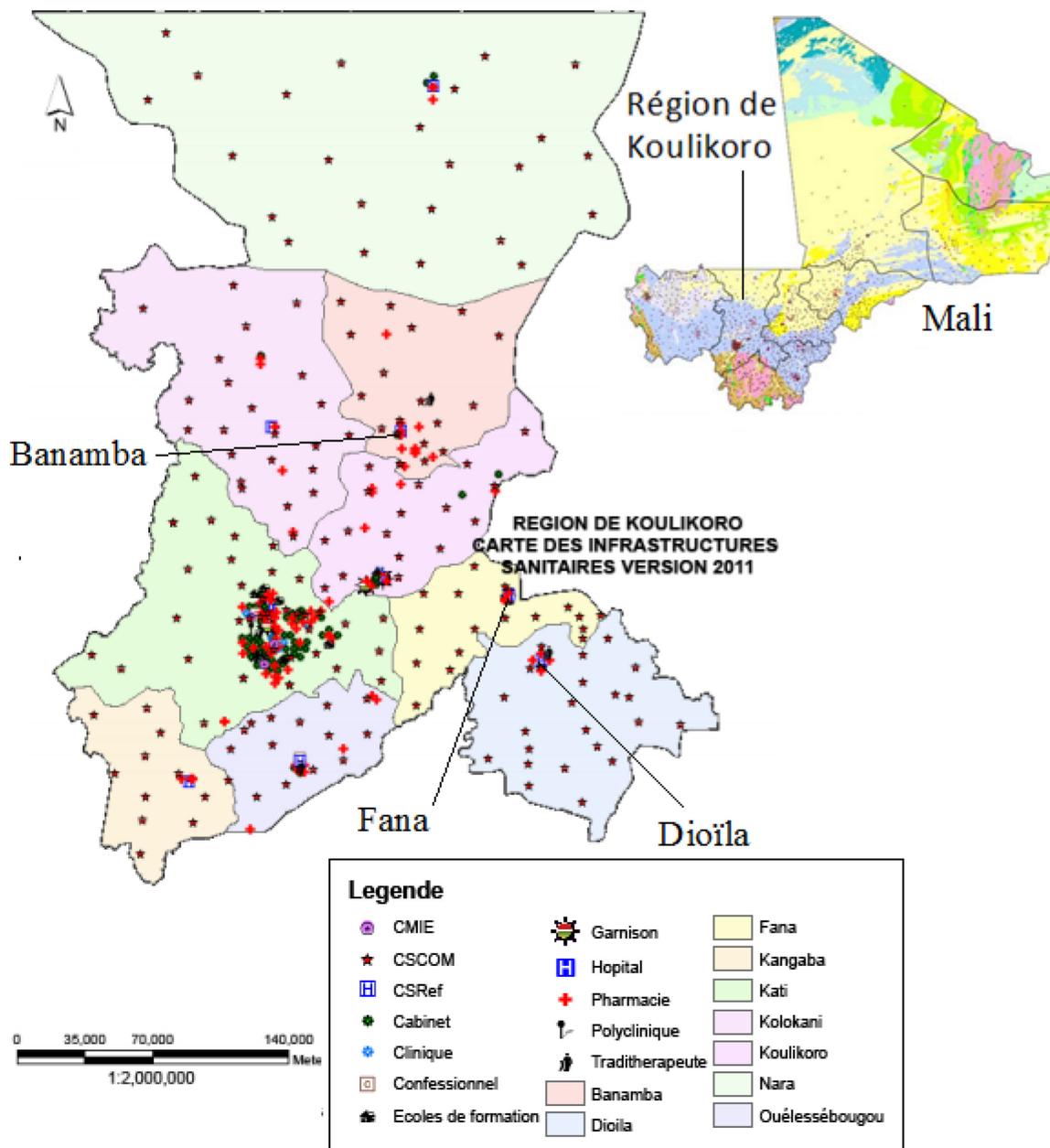
Knowledge & Beliefs about the Intervention	Individuals' attitudes toward and value placed on the intervention as well as familiarity with facts, truths, and principles related to the intervention.
Self-efficacy	Individual belief in their own capabilities to execute courses of action to achieve implementation goals.
Individual Stage of Change	Characterization of the phase an individual is in, as he or she progresses toward skilled, enthusiastic, and sustained use of the intervention.
Individual Identification with Organization	A broad construct related to how individuals perceive the organization, and their relationship and degree of commitment with that organization.
Other Personal Attributes	A broad construct to include other personal traits such as tolerance of ambiguity, intellectual ability, motivation, values, competence, capacity, and learning style.

V. PROCESS

Planning	The degree to which a scheme or method of behavior and tasks for implementing an intervention are developed in advance, and the quality of those schemes or methods.
Engaging	Attracting and involving appropriate individuals in the implementation and use of the intervention through a combined strategy of social marketing, education, role modeling, training, and other similar activities.
A) Opinion Leaders	Individuals in an organization who have formal or informal influence on the attitudes and beliefs of their colleagues with respect to implementing the intervention.
B) Formally Appointed Internal Implementation Leaders	Individuals from within the organization who have been formally appointed with responsibility for implementing an intervention as coordinator, project manager, team leader, or other similar role.
C) Champions	"Individuals who dedicate themselves to supporting, marketing, and 'driving through' an [implementation]" [101] (p. 182), overcoming indifference or resistance that the intervention may provoke in an organization.
D) External Change Agents	Individuals who are affiliated with an outside entity who formally influence or facilitate intervention decisions in a desirable direction.
Executing	Carrying out or accomplishing the implementation according to plan.
Reflecting & Evaluating	Quantitative and qualitative feedback about the progress and quality of implementation accompanied with regular personal and team debriefing about progress and experience.

ANNEXE 2 : Carte du Mali, de Koulikoro et des districts sanitaires

Cartes tirées du Rapport de synthèse d'UNICEF : carte sanitaire du mali mise à jour-2011 (69)



ANNEXE 3 : Localisation des sites du projet FBR (districts de Dioïla et Fana)



ANNEXE 4 : Guide d'entretien

[**AVANT** de commencer l'entretien :

- Rappeler le contenu du feuillet d'information et énoncer les objectifs de la recherche
- Expliquer le déroulement de l'entretien (environ 1h, face-à-face, enregistrement)
- Informer de la possibilité pour les participants d'interrompre l'entretien ou de ne pas répondre à certaines questions
- Préciser que l'étude est confidentielle et anonyme
- Obtenir le consentement verbal des participants
- Présenter les sections de l'entretien : Mémoire organisationnelle, valeurs/codes, règles, adaptation, relations entre les PP
- Répondre aux questions des participants
- Noter les informations des participants (rôle, genre, organisation) et l'heure

DÉMARRER L'ENREGISTREMENT

QUESTIONS D'ENTRETIENS

Section 1. Mémoire organisationnelle

1. Avant le début du projet de FBR, jugiez-vous que votre institution détenait les ressources adéquates pour mettre en place le projet FBR? (F, H, M, I)
 - a. Quels étaient les manques de ressources pour la mise en place du projet FBR?
 - b. Comment cette situation s'est-elle remédiée?
2. Durant le projet, comment votre institution a-t-elle intégré les ressources du projet FBR?
3. Pour obtenir de meilleurs résultats au FBR, quels sont les projets à long terme que votre Cscm a planifiés de faire?
 - a. Planifiez-vous d'avoir assez de ressources pour effectuer ces projets? Pourquoi?
 - b. Quelles assurances aviez-vous concernant la suffisance de ressources dans le temps?
 - c. Quelles ont été les augmentations ou les diminutions de ressources pour ces projets?
4. Quelles formations avez-vous suivies pour devenir un « expert »/obtenir des infos sur FBR?
 - a. Que vous ont-elles apporté comme connaissances?
5. Quelles prises de risques/décisions difficiles ont été effectuées en faveur du FBR?
 - a. Ces prises de risques répondaient à quel problème?

Section 2. Valeurs/Codes

6. Quels sont selon vous les objectifs du Cscm et du FBR?
 - a. Quels sont les liens entre ces objectifs?
7. Le projet a-t-il réorienté ses objectifs vers ceux de votre institution?
 - a. Quels ont été les changements apportés?
8. Quels symboles (logos, autres) utilise-t-on pour désigner le projet FBR?
9. Quelles sont les habitudes/rituels (réunions, autres) que vous avez mises en place en rapport avec le projet?
10. Quels termes spécifiques (jargons) utilise-t-on pour parler du projet FBR?
 - a. Que signifie chaque terme?

11. Que reste-t-il aujourd'hui de ces symboles, habitudes et termes spécifiques?

Section 3. Règles

12. Votre institution a-t-elle désigné formellement un superviseur pour le projet FBR?

a. Quelles sont ses tâches?

13. Quelles étaient les tâches et les procédures à accomplir pour que le FBR soit fonctionnel dans votre institution?

a. Ces tâches et procédures étaient-elles bien décrites?

b. Ces tâches et procédures sont-elles documentées?

c. Votre institution détenait-elle les ressources nécessaires pour effectuer ces tâches et procédures?

14. Comment votre institution planifie les tâches liées au FBR?

a. Quels sont les documents qui le démontrent?

15. Quels sont les documents qui expliquent le fonctionnement et les procédures du FBR dans votre Cscm?

a. Quels ont été les ajouts ou les changements que vous y avez fait? Pourquoi?

[Énumérer les documents + demander l'accès]

Section 4. Adaptation

16. Pensez-vous que le FBR est adapté aux besoins de votre institution?

a. Si oui, de quels besoins s'agit-il?

17. Pensez-vous que le FBR est adapté aux besoins des acteurs du projet (prestataires, direction)?

a. Si oui, de quels acteurs et quels besoins s'agit-il?

18. Pensez-vous que le FBR est adapté aux besoins de la communauté desservie par votre institution?

a. Si oui, dans quelles mesures est-il adapté à ces besoins?

19. Pensez-vous que le FBR est adapté au contexte plus général au Mali? (système économique, politique, professionnel)

a. Si oui, dans quelles mesures est-il adapté à ces besoins?

20. Comment avez-vous adapté le FBR pour qu'il corresponde mieux aux objectifs de votre institution, à vos acteurs, votre localité?

a. Les adaptations furent-elles effectives? Pourquoi?

21. Quels sont les événements liés au FBR qui ont entraîné des perturbations dans le fonctionnement de votre institution? (prat. + tech.)

22. Pour atteindre les objectifs du FBR, quelles activités avez-vous menées qui n'étaient pas forcément nécessaires? (pertinence)

a. Pourquoi n'étaient-elles pas pertinentes et quels furent les changements apportés afin d'améliorer ces activités?

23. Pouvez-vous énumérer tous les effets positifs et négatifs du FBR dans votre institution?

a. Ces effets étaient-ils prévus?

b. Y-a-il un système qui mesure l'atteinte des objectifs prévus du FBR? Expliquez.

c. Le FBR a-t-il atteint ses objectifs? (efficacité 1 à 5) Pourquoi?

24. Avez-vous réalisé le FBR comme il avait été planifié? Pourquoi?

a. Y a-t-il un système qui permet de savoir si le FBR dans votre institution correspond au FBR qui a été planifié au début?

25. Le FBR est-il une initiative complexe selon vous? (complexité 1 à 5) Pourquoi?

Section 5. Relations avec les parties prenantes

26. Quels liens avez-vous créés avec d'autres organisations ou individus pour faciliter le fonctionnement du FBR dans votre institution?

27. Comment décririez-vous ces relations avec les autres acteurs du FBR? ([+] et durée)

- a. Ceux l'ayant développé (SNV)
- b. Les évaluateurs du projet (SNV + ECD)
- c. Ceux prenant les décisions
- d. Les bénéficiaires... etc.
- e. Dans quelle mesure ces relations ont-elles changé?

28. Comment la communication entre les différents acteurs (SNV/DNS et le Cscm/Csref) a-t-elle été effectuée?

- a. Est-elle de nature transparente ?

29. Quels bénéfices ont les différents acteurs à participer au FBR?

- a. Quels bénéfices tirez-vous personnellement du FBR?

30. Quels acteurs de la société civile (mairie, ASACO, etc.) participaient activement au bon fonctionnement du FBR?

- a. Quelles étaient les activités auxquelles ils ont participé?
- b. Ont-ils participé à l'élaboration des objectifs à atteindre?
- c. Ont-ils participé à la sélection des activités à faire? (priorisation)
- d. Quel serait le niveau de participation des citoyens? (appropriation 1 à 5)

31. Quels étaient les individus qui se sont le plus dévoués au FBR dans votre institution ou ailleurs?

- a. Quelles actions démontrent que ces gens ont fourni le plus d'efforts?
- b. Quelles relations entretenaient ces gens avec les autres acteurs du FBR?

Impressions générales

32. Est-ce que votre Cscm a réussi à maintenir...

- a. ...des ressources suffisantes pour continuer les objectifs du FBR?
- b. ...les valeurs du FBR?
- c. ...les activités et procédures du FBR?
- d. ...une adaptation aux besoins des gens, des acteurs et du Cscm?
- e. ...les relations avec les différents acteurs?
- f. Pourquoi?

33. Selon vous, quels autres éléments sont importants pour la pérennité du FBR? Pourquoi?

[FIN] de l'entretien :

- Noter l'heure
- Remerciements et réponses de questions
- Demande d'accès aux documents cités durant l'entretien
- Prise de notes par le chercheur (entretien, déroulement, impression, problèmes techniques, interruptions, lieux et échanges non-enregistrés)

ANNEXE 5 : Liste de documents collectés

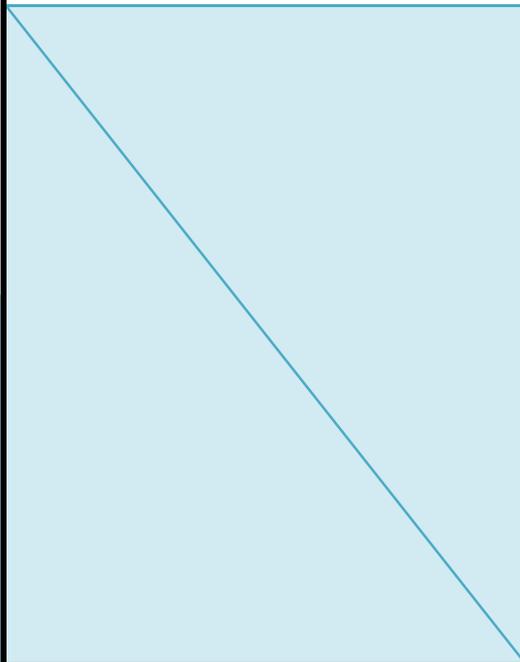
Documents format papier, numérisé, électronique (Word, Excel, Access, Powerpoint)

- 1- Approbation du financement du projet FBR**
 - 2- Canevas de fiche d'engagement individuelle**
 - 3- Canevas de rapport trimestriels (indicateurs)**
 - 4- Canevas de résultats trimestriels (entente mairie, ASACO, CSCOM)**
 - 5- Canevas du formulaire d'application (base de données Access)**
 - 6- Cartes des districts sanitaires de Fana et de Dioïla**
 - 7- Exemple d'autorisation des paiements**
 - 8- Grille d'évaluation trimestrielle du DTC/CSREF**
 - 9- Indicateurs clés des CSCOM de Fana et de Dioïla**
 - 10-Liste d'outils utilisés pour le projet**
 - 11-Manuel FBR-CSCOM (avec annexes)**
 - 12-Présentation sur le processus d'achat**
-

ANNEXE 6 : Liste des entretiens

	LIEU	RÔLES	Langue	Durée	Pages (#) Verbatim
District sanitaire 1	CSCOM Test	Directeur technique du CSCOM (DTC)	Français	1h28m08	24
		ASACO (Président et trésorier)	Bambara	58m13	10
	CSCOM 1	DTC	Français	1h26m47	28
		Vaccinateur	Bambara	50m08	9
		Matronne1	Bambara	1h17m31	11
		Matronne2	Bambara	46m25	8
		ASACO (Président)	Bambara	1h31m15	11
		Mairie (Président CSM)	Français	54m20	16
	CSCOM 2	DTC	Français	1h13m36	22
		Aide-soignant	Bambara	1h42m22	12
		Matrone	Français	58m14	12
		ASACO (Président et trésorier)	Bambara	53m14	8
	CSCOM 3	Mairie (Secrétaire général)	Français	1h15m50	27
		DTC	Français	1h12m25	20
		Pharmacie	Bambara	38m54	7
		Vaccinateur 1	Bambara	59m55	12
		Vaccinateur 2	Bambara	1h24m44	9
	CSREF 1	ASACO (Trésorier)	Bambara	1h24m06	12
		Membre direction	Français	1h33m18	25
Membre unité d'obstétrique		Français	53m52	13	
Membre unité de médecine		Français	54m51	17	
CSCOM 4	Membre unité de chirurgie	Français	30m52	9	
	DTC	Français	1h29m01	19	
	Matrone	Bambara	1h04m39	8	
	ASACO (trésorier)	Bambara	1h16m08	8	
	ASACO (président)	Bambara	1h01m09	8	
	Mairie (Maire)	Français	1h33m49	30	
	CSCOM 5	DTC	Français	2h11m21	34
		Gérant de pharmacie	Bambara	40m02	5
Matrone		Bambara	51m06	7	
Vaccinateur		Bambara	26m18	6	
ASACO (Trésorier)		Français	54m42	15	
CSCOM 6	DTC	Français	1h57m24	31	
	Gérant de pharmacie	Français	1h21m48	22	
	Infirmière obstétricienne	Français	1h04m02	16	
	Vaccinateur	Français	1h14m45	24	
	ASACO (Président)	Bambara	1h24m07	12	
	Mairie (Président CSM)	Bambara	1h20m27	11	
CSREF 2	Membre direction	Français	1h43m15	27	
	Membre laboratoire	Français	1h21m39	21	
	Membre unité de maternité	Français	49m18	16	
	Membre unité d'hygiène	Français	1h33m42	25	
Conseil du cercle	Membre CC	Français	1h42m25	21	
	Membre CSCC	Français	1h04m08	15	
DNS	Ancien membre DNS	Français	1h01m01	15	
DRS	Ancien membre DRS Koulikoro	Français	1h18m29	20	
SNV	Ancien membre SNV	Français	1h04m22	17	
KIT	Membre projet FBR Mali 1	Français	1h04m21	17	
	Membre projet FBR Mali 2	Anglais	16m50	4	
Total	49 entretiens (50 participants)	19 bambara 29 français 1 anglais	57h39m18	776	

ANNEXE 7 : Arbre de codes

<ul style="list-style-type: none"> • Mémoire organisationnelle <ul style="list-style-type: none"> ○ Ressources pré-intervention ○ Intégration de ressources ○ Stabilisation/augmentation de ressources ○ Expertise ○ Risques 	<ul style="list-style-type: none"> • Routinisation <ul style="list-style-type: none"> ○ Évaluation des capacités ○ Planification de la pérennité ○ Exécution d'actions ○ Évaluation de l'état de pérennisation ○ Modifications de la planification ○ Éléments pérennisés
<ul style="list-style-type: none"> • Valeurs/Codes <ul style="list-style-type: none"> ○ Correspondance des objectifs ○ Réorientation des objectifs ○ Symboles ○ Rituels ○ Langages 	<ul style="list-style-type: none"> • Événements <ul style="list-style-type: none"> ○ Critique
<ul style="list-style-type: none"> • Règles et procédures <ul style="list-style-type: none"> ○ Supervision ○ Intégration de tâches, règles ou procédures (T.R.P.) ○ Inclusion des T.R.P. dans la planification organisationnelle ○ Modifications de T.R.P. 	<ul style="list-style-type: none"> • Codes émergents <ul style="list-style-type: none"> ○ Roulement de personnel ○ Éléments clés pour pérennité et pérennisation ○ Désirabilité sociale ○ Institutionnalisation ○ Compétition ○ Travail d'équipe ○ Conscience professionnel et Éthique ○ Historique
<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation <ul style="list-style-type: none"> ○ Contexte de l'organisation ○ Contexte des individus ○ Contexte de l'environnement local ○ Contexte du système externe ○ Adaptation de l'intervention aux contextes (actions) ○ Compatibilité pratique/technique de l'intervention (perturbations) ○ Évaluation de la pertinence ○ Évaluation des effets ○ Évaluation de l'implantation (intégrité) ○ Complexité de l'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspect <ul style="list-style-type: none"> ○ Négatif
<ul style="list-style-type: none"> • Parties prenantes <ul style="list-style-type: none"> ○ Création/renforcement de relations/réseaux ○ Caractéristiques des relations inter-acteurs ○ Communication ○ Bénéfice/Motivation ○ Appropriation ○ Leadership ○ Liens de leadership entre acteurs 	

ANNEXE 8 : Tableaux récapitulatifs

Déterminants	Abréviations
Adaptation	(A)
Mémoire organisationnelle	(M)
Règles et procédures	(R)
Valeurs et codes	(V)
Relations entre parties prenantes	(P)
Phases de pérennisation	Abréviations
Évaluation des capacités	(Éval.)
Planification de la pérennité	(Plan.)
Exécution d'actions	(Act.)
Évaluations de l'état	(Post.)
Modifications du plan d'actions	(Modif.)
Si négatif	(-)
Absence d'événement significatif répertorié	(Abs)

Événements critiques – Projet-pilote FBR		
Contextes	Déterminants	Processus
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion des fonds par le KIT/SNV plutôt que les mairies (-A) 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de l'étude de base (-Éval.)(A) - Accord avec la division des établissements sanitaires de la DNS pour la mise en œuvre du projet (manque de ressources) (-Éval.) (A) - Visites au Rwanda et Ghana pour un système de contractualisation (Plan) (A)
Individus	<ul style="list-style-type: none"> - (Abs) 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des manuels de pratiques et des ateliers de formation par SNV (Modif.) (A)
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> - (Abs) 	<ul style="list-style-type: none"> - (Abs)
Environnement local	<ul style="list-style-type: none"> - Atelier de formation FBR pour directions régionales et nationale (M) - Roulement du personnel dans le comité de pilotage (DRS, DNS, SNV) (-M) - Non-continuation des visites terrain par la DNS (-P) - Activation des CP non-continue (-P) 	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation des capacités des CSCOM (Éval.) (M) - Projet SIEC dans le district de Dioïla (Éval.) (P)
Système externe	<ul style="list-style-type: none"> - (Abs) 	<ul style="list-style-type: none"> - Projets de contractualisation (PF à Mopti et autres) (Éval.) (M)

Événements critiques – CSCOM 1		
Dimensions	Déterminants	Processus
Contextes		
Intervention	- (Abs)	- (Abs)
Individus	- Réception de primes (A)	
	- Atelier de formation FBR (M) - Redéfinition des tâches (R)	- (Abs)
Organisation	- Gratuité des fiches SES (A)	
	- Achat de matériel pré- et durant l'intervention (M)	
	- Constructions, rénovations (M)	
	- Décès d'un employé non renouvelé (-M) - Création de registres (R)	- (Abs)
Environnement local	- Achat de matériel « qualité » : blouses, gants (V)	
	- Rencontres maternités rurales (P)	
	- Activation du CP (P)	
	- Rencontres inter-CSCOM (P)	
	- Centre privé s'approvisionne au CSCOM (P) - Perte participation mairie (-P) - Perte suivi CSREF (-R)	- (Abs)
Système externe	- (Abs)	- (Abs)

Événements critiques – CSCOM 2		
Dimensions	Déterminants	Processus
Contextes		
Intervention	- Délais pour les paiements (-A) - Intervention plus stricte dans les délais (A)	- Évaluation préalable de l'organisation (Éval.)(A)
	- Réception de primes (A)	
Individus	- Formations pratiques (A)	
	- Répartition des primes (matrone vs infirmière obstétricienne) (-A) - Atelier de formation FBR (M)	- (Abs)
Organisation	- Gratuité de la PF (A)	
	- Recrutement de personnel qualifié (M)	
	- Achat de matériel pré- et durant l'intervention (M)	- (Abs)
	- Constructions, rénovations (M)	
	- Roulement de personne (-M) - Meilleur suivi interne (R)	
Environnement local	- Rencontres inter-CSCOM (P)	
	- Rencontres entre l'ASACO, regroupements de femmes, de jeunes et chefs de villages (P)	- (Abs)
	- Perte participation mairie (-P) - Perte suivi CSREF (-R)	
Système externe	- (Abs)	- (Abs)

Événements critiques – CSCOM 3		
Dimensions	Déterminants	Processus
Contextes		
Intervention	- Délais pour les paiements (- A)	- (Abs)
Individus	- Réception de primes (A) - Atelier de formation FBR (M)	- (Abs)
Organisation	- Achat de matériel pré- et durant l'intervention (M) - Constructions, rénovations (M) - Fin de rupture de fiches SES (M) - Instauration obligatoire partogramme non-continué (R) - Sortie de la cuisine (R) - Initiatives: supervision et tickets (R) - Perte suivi interne (- R)	- Recrutement d'un manoeuvre avec les fonds de FBR, ensuite pris en charge par AMCP-Alima (- Plan) (M)
Environnement local	- Prêt d'un particulier et amortissement du risque par la communauté (M) - Rencontres inter-acteurs : relais, ASACO, mairie, CSCOM (P)	- (Abs)
Système externe	- (Abs)	- (Abs)

Événements critiques – CSCOM 4		
Dimensions	Déterminants	Processus
Contextes		
Intervention	- Délai dans le but du projet (- P)	- Planification du FBR avec d'autres projets (SIEC) (Plan.) (M)
Individus	- Non-continuation de la motivation des relais (- A) - Ateliers de formation FBR (M) - Redéfinition des tâches (R)	- (Abs)
Organisation	- Écriture des procès-verbaux (R) - Recrutement personnel qualifié (M) - Achat de matériel pré- et durant l'intervention (M) - Constructions, rénovations (M) - Roulement du personnel par le non-respect de procédures (- R)	- (Abs)
Environnement local	- Rencontres avec associations de femmes, de jeunes, religieux et ASACO (P) - Non-continuation du classement des CSCOM via l'achat de services (- A)	- Sensibilisation des relais pour le maintien de la CPN/CPON par la mairie (Act.) (P)
Système externe	- (Abs)	- (Abs)

Événements critiques – CSCOM 5		
Dimensions	Déterminants	Processus
Contextes		
Intervention	- (Abs)	- (Abs)
	- Réception de primes (A)	- (Abs)
Individus	- Atelier de formation FBR (M)	- (Abs)
	- Arrêt des achats à crédit pour la pharmacie (M)	- Planification de projets de constructions (Plan.) (M)
Organisation	- Achat de matériel pré- et durant l'intervention (M)	- (Abs)
	- Constructions, rénovations (M)	- (Abs)
	- Début de la recherche active de patients (R)	- (Abs)
Environnement local	- Création d'un emploi du temps pour les SA (R)	- (Abs)
	- Activation du CP (P)	- (Abs)
Système externe	- (Abs)	- (Abs)

Événements critiques – CSCOM 6		
Dimensions	Déterminants	Processus
Contextes		
Intervention	- (Abs)	- Évaluation préalable de l'organisation (Éval.)(A)
	- (Abs)	- Planification du FBR avec d'autres projets (SIEC) (Plan.) (M)
Individus	- Réception de primes (A)	- (Abs)
	- Atelier de formation FBR (M)	- (Abs)
Organisation	- Achat de matériel pré- et durant l'intervention (M)	- (Abs)
	- Constructions, rénovations (M)	- (Abs)
	- Recrutement de personnel qualifié (M)	- (Abs)
	- Sensibilisations (risque) (M)	- (Abs)
Environnement local	- Arrivée en retard au travail (-R)	- (Abs)
	- Non-continuation des SA (-R)	- (Abs)
	- Incompréhension de la mairie dans les lectures de la planification CSCOM (-A)	- (Abs)
	- Signature de la convention d'assistance mutuelle (ASACO, CSCOM, mairie) (P)	- (Abs)
	- Rencontres inter-CSCOM (P)	- (Abs)
	- Activation de la commission santé (P)	- (Abs)
	- Sensibilisations avec CP (P)	- (Abs)
	- Perte participation mairie (-P)	- (Abs)
- Écart dans les résultats lors de la supervision (-R)	- (Abs)	
Système externe	- Perte suivi CSREF (-R)	- (Abs)
	- (Abs)	- (Abs)

Événements critiques – CSREF 1		
Dimensions	Déterminants	Processus
Contextes		
Intervention	- (Abs)	- Absence d'étude de base (Éval.) (M)
Individus	- Formations pratiques (A)	- (Abs)
	- Réception de primes (A)	
Organisation	- Atelier de formation FBR (M)	- (Abs)
	- Achat de matériel pré- et durant l'intervention (M)	
	- Constructions, rénovations (M)	
	- Recrutement de personnel (M)	
	- Création de registres (R)	
Environnement local	- Redéfinition des tâches (R)	- (Abs)
	- Cahier de présence (R)	
	- Activation du CP (P)	
	- Signature de la convention d'assistance mutuelle (ASACO, CSCOM, mairie) (P)	
Système externe	- Réunions d'évaluation trimestrielle (R)	- (Abs)
	- Non-continuation des supervision des CSCOM (-R)	
	- Crise politique/Coup d'État donc non renouvellement de gestionnaire CC (-P)	- (Abs)

Événements critiques – CSREF 2		
Dimensions	Déterminants	Processus
Contextes		
Intervention	- (Abs)	- (Abs)
Individus	- Formations pratiques (A)	- (Abs)
	- Réception de primes (A)	
	- Atelier de formation FBR (M)	
Organisation	- Signature de fiches d'engagements (R)	- Boîte à suggestion non fonctionnelle (-Modif.)(-A)
	- Achat de matériel pré- et durant l'intervention (M)	
	- Audits de décès effectués (R)	
	- Écart dans les résultats lors de la supervision par DRS (-R)	
Environnement local	- Rencontre inter-CSREF (P)	- (Abs)
	- Non-continuation des supervisions des CSCOM (-P)	
	- Réunions d'évaluation trimestrielle (R)	
Système externe	- Procès de médecins pour mauvaises pratiques (R)	- (Abs)

ANNEXE 9 : Feuillet d'information et de consentement

ÉVALUATION DE LA PÉRENNITÉ D'UN PROJET DE FINANCEMENT BASÉ SUR LES RÉSULTATS AU MALI

Chercheur : **Mathieu Seppey**
Étudiant à la maîtrise
École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM)
Département d'administration de la Santé de l'Université de Montréal (DASUM)
Montréal, Québec, Canada
Courriel : mathieu.seppey@umontreal.ca

Superviseur : **Valéry Ridde**
Professeur agrégé de santé publique à l'Université de Montréal
Département de médecine sociale et préventive
Chercheur à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal
Courriel : valery.ridde@umontreal.ca

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Quels sont les objectifs de l'étude?

Cette étude vise à mieux comprendre le processus de pérennisation dans un projet du système de santé malien. Le projet à évaluer est l'implantation du système de financement basé sur les résultats qui a été conduit dans 3 districts sanitaires de la région de Koulikoro par l'organisation non-gouvernementale SNV : Fana, Dioïla et Banamba. Le processus de pérennisation (ainsi que l'état final de pérennité du projet) est évalué selon divers événements ayant été importants pour le projet et jugé critiques par les participants.

Pourquoi ai-je été approché(e) pour participer à cette étude?

Vous avez été invité(e) à participer à cette étude à la suite d'un processus de sélection cherchant à identifier les individus ayant potentiellement des connaissances en lien avec la pérennisation du projet de financement basé sur le résultat. Vous avez probablement participé au projet, collaboré à ce dernier, reçu des services en lien avec celui-ci ou encore vécu une expérience liée à ce projet.

En quoi consiste ma participation?

La participation à l'étude consiste simplement à répondre à des questions prédéterminées lors d'un entretien face-à-face (environ 1h) ou à participer à des discussions de groupes (environ 2h). Votre consentement à participer doit être **libre**; si vous participez à cette étude, vous devriez le faire de manière indépendante et sans pression d'autrui. Votre consentement doit aussi être **éclairé**; si vous participez à cette étude, vous devriez comprendre en quoi celle-ci consiste. Si vous avez des questions concernant quelconque aspect de cette étude, la personne présente se fera un plaisir d'y répondre. Finalement, votre consentement doit être **continu**; vous avez le droit de ne pas répondre à certaines questions ou de vous retirer de l'étude, ceci en tout temps. Advenant ces situations, vous n'avez pas à vous justifier de votre retrait ou de ne pas répondre aux questions.

Protection de la confidentialité

L'information qui sera recueillie (notes et enregistrements) sera confidentielle et ne sera donc pas partagée avec d'autres personnes autres que les membres du groupe de recherche. Les renseignements collectés permettant une identification des participants seront confidentiels et un code vous sera attribué au début de l'entretien. Dans le rapport final, ce code sera utilisé pour illustrer vos propos, ce qui empêchera une mise en relation entre vous et l'information que vous aurez donnée. Lors de groupes de discussion, il sera demandé aux participants de respecter la confidentialité du groupe, mais que le chercheur ne peut assurer cette dernière. Toute l'information collectée durant cette étude sera utilisée pour la production d'un rapport universitaire (mémoire de maîtrise) et des produits de diffusion scientifique (article dans un magazine scientifique et affiche pour des conférences scientifiques). Les données (informatiques et papiers) seront sauvegardées pendant 7 ans (suite à la fin de la recherche) dans un classeur verrouillé dans les bureaux de l'Université de Montréal, puis détruites.

Risques et inconvénients

Durant la planification de l'étude, il a été évalué qu'aucun risque ne devrait être vécu par les participants. Ceci est attribuable à la notion de confidentialité de ce projet. Toutefois, le participant doit prévoir en moyenne 1 heure (ou plus, au besoin) pour répondre aux questions en lien avec la recherche.

Avantages et bénéfices

Aucun bénéfice ne sera perçu par les participants (compensations monétaires ou autres). L'avantage principal de ce projet est donc la découverte de diverses connaissances concernant ce projet et d'ainsi mieux comprendre le processus de pérennisation en général.

Retour de résultats

Une présentation des résultats préliminaires sera présentée permettant aux participants d'approfondir leurs connaissances quant à la pérennisation de projet.

Qui sont les personnes-ressources?

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques ou éthiques de l'étude ou que vous avez des plaintes à émettre, vous pouvez contacter :

Laurence Touré

Professeure associée

MISELI, îlot 17, cité el-Farako, Bamako, bp E5448

Mathieu Seppey

Étudiant à la maîtrise

ESPUM – DASUM, Université de Montréal

Toutes plaintes émises à l'un ou l'autre de ces contacts seront transmises au Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal. Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du CERES :

Courriel: ceres@umontreal.ca

Téléphone au [+1](514) 343-6111 poste 2604

Site Web: <http://recherche.umontreal.ca/participants>

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone [+1](514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h (**heure local : UTC -5**).

CONSENTEMENT

Déclaration du participant

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Prénom et nom du participant

(Caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

Engagement du chercheur

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Prénom et nom du chercheur

(Caractères d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date :
