

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



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

Année universitaire : 2022 - 2023

Thèse N°...../

THESE

**IMPACT DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS SUR LA
COUVERTURE DES SOINS CURATIFS ET PREVENTIFS CHEZ LES
ENFANTS DE 0 A 5 ANS AU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE
SANGAREBOUGOU**

Présentée et Soutenue publiquement le 30./ 12/2023 devant le jury de la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie

Par :

M. Mory COULIBALY

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Mr Seydou Doumbia : Professeur titulaire ;

Membre : Mr Sory Ibrahima Diawara, Maître de recherche ;

Co-directeur : Mr Souleymane Sekou Diarra, Maître assistant ;

Directeur : Mm Fatou Diawara, Maître de recherche ;

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 – 2023

ADMINISTRATION

DOYEN : Mr Seydou DOUMBIA - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : Mme Mariam SYLLA - PROFESSEUR
SECRETAIRE PRINCIPAL : Mr Monzon TRAORE - MAITRE DE CONFERENCES
AGENT COMPTABLE : Mr Yaya CISSE - INSPECTEUR DU TRESOR



LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine interne |
| 2. Mr Aly GUINDO | Gastro-Entérologie |
| 3. Mr Mamadou M. KEITA | Pédiatrie |
| 4. Mr Siné BAYO | Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie |
| 5. Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique |
| 6. Mr Abdoulaye Ag RHALY | Médecine Interne |
| 7. Mr Boulkassoum HAIDARA | Législation |
| 8. Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
| 9. Mr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| 10. Mr Daouda DIALLO | Chimie Générale & Minérale |
| 11. Mr Issa TRAORE | Radiologie |
| 12. Mr Mamadou K. TOURE | Cardiologie |
| 13. Mme SY Assitan SOW | Gynéco-Obstétrique |
| 14. Mr Salif DIAKITE | Gynéco-Obstétrique |
| 15. Mr Abdourahmane S. MAIGA | Parasitologie |
| 16. Mr Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| 17. Mr Amadou DIALLO | Zoologie - Biologie |
| 18. Mr Mamadou L. DIOMBANA | Stomatologie |
| 19. Mr Kalilou OUATTARA | Urologie |
| 20. Mr Amadou DOLO | Gynéco- Obstétrique |
| 21. Mr Baba KOUMARE | Psychiatrie |
| 22. Mr Bouba DIARRA | Bactériologie |
| 23. Mr Bréhima KOUMARE | Bactériologie – Virologie |
| 24. Mr Toumani SIDIBE | Pédiatrie |
| 25. Mr Souleymane DIALLO | Pneumologie |
| 26. Mr Bakoroba COULIBALY | Psychiatrie |
| 27. Mr Seydou DIAKITE | Cardiologie |
| 28. Mr Amadou TOURE | Histo-embryologie |
| 29. Mr Mahamane Kalilou MAIGA | Néphrologie |
| 30. Mr Filifing SISSOKO | Chirurgie Générale |
| 31. Mr Djibril SANGARE | Chirurgie Générale |
| 32. Mr Somita KEITA | Dermato-Léprologie |
| 33. Mr Bougouzié SANOGO | Gastro-entérologie |
| 34. Mr Alhousseini Ag MOHAMED | O.R.L. |
| 35. Mme TRAORE J. THOMAS | Ophtalmologie |
| 36. Mr Issa DIARRA | Gynéco-Obstétrique |
| 37. Mme Habibatou DIAWARA | Dermatologie |
| 38. Mr Yeya Tiémoko TOURE | Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique |
| 39. Mr Sékou SIDIBE | Orthopédie Traumatologie |
| 40. Mr Adama SANGARE | Orthopédie Traumatologie |
| 41. Mr Sanoussi BAMANI | Ophtalmologie |
| 42. Mme SIDIBE Assa TRAORE | Endocrinologie-Diabetologie |
| 43. Mr Adama DIAWARA | Santé Publique |
| 44. Mme Fatimata Sambou DIABATE | Gynéco- Obstétrique |
| 45. Mr Bakary Y. SACKO | Biochimie |
| 46. Mr Moustapha TOURE | Gynécologie/Obstétrique |
| 47. Mr Boubakar DIALLO | Cardiologie |
| 48. Mr Dapa Aly DIALLO | Hématologie |

49. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
50. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
51. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
52. Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
53. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
54. Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
55. Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
56. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
57. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
58. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
59. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
60. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
61. Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
62. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
63. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
64. Mr Aly TEMBELY	Urologie
65. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie/Traumatologie
66. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
67. Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
68. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
69. Mr Samba Karim TIMBO	ORL et Chirurgie cervico-faciale
70. Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
71. Mr Samba DIOP	Anthropologie médicale et éthique en Santé
72. Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
73. Mr Youssef SOW	Chirurgie Générale
74. Mme Fatimata KONANDJI	Ophthalmologie
75. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation



LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2. Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
3. Mr Youssef COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
4. Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
5. Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
6. Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
7. Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
8. Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
9. Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
10. Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
11. Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
12. Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
13. Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
14. Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
15. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
16. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
17. Mme Kadiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
18. Mr Youssef TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
19. Mr Japhet Pobanou THERA	Ophthalmologie
20. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
21. Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
22. Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
23. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
24. Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
25. Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
2. Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
3. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
4. Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
5. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
6. Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
7. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
8. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
9. Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
10. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
11. Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
12. Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
13. Mr Tioukany THERA	Gynécologie
14. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
15. Mr Adama I GUINDO	Ophtalmologie
16. Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
17. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
18. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
19. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
20. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
21. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
22. Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
23. Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
24. Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
25. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
26. Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
27. Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
28. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
29. Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
30. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
31. Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
32. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
33. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
34. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
35. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
36. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
37. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
38. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
39. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
40. Mr Bougadari Coulibaly	Prothèse Scellée
41. Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
42. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
43. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
44. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
45. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
46. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
47. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
48. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
49. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
50. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
51. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
52. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
53. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
54. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
55. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
56. Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie



3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
2. Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
3. Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4. Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
5. Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
6. Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation
7. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
8. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
9. Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
10. Mr Mamadou DIARRA	Ophthalmologie
11. Mme Assiatou SIMAGA	Ophthalmologie
12. Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophthalmologie
13. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
14. Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
15. Mr Alhousseïny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
16. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
17. Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme Lydia B. SITA	Stomatologie
----------------------	--------------



D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DÉR
2. Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
3. Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie – Mycologie
4. Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
5. Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
6. Mr Bakary MAIGA	Immunologie
7. Mme Safiatou NIARE	Parasitologie – Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Karim TRAORE	Parasitologie – Mycologie
2. Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie– Mycologie
3. Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
4. Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie-Virologie
5. Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
6. Mme Aminata MAIGA	Bactériologie Virologie
7. Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
8. Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
10. Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
11. Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
12. Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
13. Mr Sanoukho COULIBALY	Toxicologie
14. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
15. Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
2. Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
3. Mme Mariam TRAORE	Pharmacologie
4. Mr Saïdou BALAM	Immunologie

5. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie
6. Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche
	Biomédicale
7. Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
8. Mr Adama DAO	Entomologie médicale
9. Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie
10. Mr Cheick Amadou COULIBALY	Entomologie
11. Mr Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
12. Mr Abdallah Amadou DIALLO	Entomologie, Parasitologie
13. Mr Sidy BANE	Immunologie
14. Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
2. Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3. Mr Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire



D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
3. Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
4. Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
5. Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
6. Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
7. Mr Youssouf Mamoudou MAIGA	Neurologie
8. Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phthisiologie Chef de DER
9. Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
10. Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
11. Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
12. Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
14. Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
15. Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
2. Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
3. Mr Djibril SY	Médecine Interne
4. Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
5. Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
6. Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
7. Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8. Mr Massama KONATE	Cardiologie
9. Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
10. Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
11. Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
12. Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
13. Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
14. Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
15. Mme Mariam SAKO	Cardiologie
16. Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
17. Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépatogastro-entérologie
18. Mme Hourouma SOW	Hépatogastro-entérologie
19. Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépatogastro-entérologie
20. Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
21. Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
22. Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie

23. Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24. Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25. Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
26. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
27. Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
28. Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
29. Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
30. Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
31. Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
32. Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
33. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
34. Mr Seybou HASSANE	Neurologie
35. Mr Guida LANDOURE	Neurologie
36. Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
37. Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
38. Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
39. Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
40. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
41. Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
42. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
43. Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
44. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
45. Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
46. Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
47. Mr Seydou SY	Néphrologie



3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
4. Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
5. Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
6. Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
7. Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
8. Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
9. Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
10. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
11. Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
12. Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
14. Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
15. Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
16. Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
17. Mme Siritio BERTHE	Dermatologie
18. Mme N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
19. Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
20. Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
21. Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
22. Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
2. Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3. Mr DiakaliaSiaka BERTHE	Hématologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2. Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.

3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO Informatique Médicale



2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Sory Ibrahim DIAWARA Epidémiologie
2. Mr Housseini DOLO Epidémiologie
3. Mr Oumar SANGHO Epidémiologie
4. Mr Abdourahmane COULIBALY Anthropologie de la Santé
5. Mr Oumar THIERO Biostatistique/Bioinformatique

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Ousmane LY Santé Publique
2. Mr Ogobara KODIO Santé Publique
3. Mr Cheick Abou COULIBALY Epidémiologie
4. Mr Moctar TOUNKARA Epidémiologie
5. Mr Nouhoum TELLY Epidémiologie
6. Mme Lalla Fatouma TRAORE Santé Publique
7. Mr Nafomon SOGOBA Epidémiologie
8. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE Nutrition
9. Mr Salia KEITA Médecine de la Famille/Communautaire
10. Mr Samba DIARRA Anthropologie de la Santé
11. Mr Birama Apho LY Santé Publique

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DIARRA Anthropologie de la Santé
2. Mr Abdrahamane ANNE Bibliothéconomie-Bibliographie
3. Mr Mohamed Mounine TRAORE Santé Communautaire
4. Mr Souleymane Sékou DIARRA Epidémiologie
5. Mme Fatoumata KONATE Nutrition et Diététique
6. Mr Bakary DIARRA Santé Publique
7. Mr Ilo DICKO Santé Publique
8. Mr Moussa SANGARE Orientation, contrôle des maladies
9. Mr Mahamoudou TOURE Epidémiologie

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

1. Mr Ousseynou DIAWARA Parodontologie
2. Mr Amsalla NIANG Odonto Préventive et Sociale
3. Mme Daoulata MARIKO Stomatologie
4. Mr Issa COULIBALY Gestion
5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE Biochimie
6. Mr Brahima DICKO Médecine Légale
7. Mr Bah TRAORE Endocrinologie
8. Mr Modibo MARIKO Endocrinologie
9. Mme Aminata Hamar TRAORE Endocrinologie
10. Mr Ibrahim NIENTAO Endocrinologie
11. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE Parodontologie
12. Mme Rokia SANOGO Médecine Traditionnelle
13. Mr Benoît Y KOUMARE Chimie Générale
14. Mr Oumar KOITA Chirurgie Buccale
15. Mr Mamadou BA Chirurgie Buccale
16. Mr Baba DIALLO Epidémiologie
17. Mr Mamadou WELE Biochimie
18. Mr Djibril Mamadou COULIBALY Biochimie
19. Mr Tietie BISSAN Biochimie
20. Mr Kassoum KAYENTAO Méthodologie de la recherche
21. Mr Babou BAH Anatomie
22. Mr Zana Lamissa SANOGO Ethique-Déontologie
23. Mr Lamine DIAKITE Médecine de travail
24. Mme Mariame KOUMARE Médecine de travail
25. Mr Yaya TOGO Economie de la santé

27. Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
28. Mr Nicolas GUINDO	Anglais
29. Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
30. Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
31. Mr Blaise DACKOUCO	Chimie organique
32. Mr Madani MARICO	Chimie générale
33. Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
34. Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
35. Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
36. Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
37. Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/Implantologie
38. Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
39. Mr Morodian DIALLO	Physique
40. Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie
41. Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
42. Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
43. Mr Ibrahima FALL	OCE
44. Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
45. Mr Abdoul Karim TOGO	OCE

ENSEIGNANTS EN MISSION

Bamako, le /21/ 12 / 2023

Le Secrétaire Principal



Df Monzon TRAORE

DEDICACES

Nous dédions ce travail à ALLAH et son Prophète MOHAMED ibn ABDOULAH (sws),

Le Tout Puissant, Le Tout Miséricorde, Le Tout Clément ; Qui nous a permis de voir ce jour. Alhamdoulilaahi RabilAlamina. Pour la santé, le courage et la force que vous m'avez donnés et qui m'ont permis de surmonter les difficultés rencontrées lors de ma formation et l'élaboration de cette thèse.

Cet aboutissement introduit un autre chapitre dans notre vie.

REMERCIEMENTS

C'est avec un sentiment de profonde gratitude que je remercie :

ALLAH

Le Tout Miséricorde, Omnipotent, Omniscient ; celui qui aide à rester sur le bon chemin et nous accompagne dans la longévité, la réussite, la santé, le bonheur et surtout sa protection. Prophète MOHAMED (SAW) IBN ABDOULLAH Le messager d'ALLAH, sauveur de l'humanité et qui est l'homme le plus important de l'histoire de l'humanité.

PARENTS :

Mon père Madou dit Nochi COULIBALY

Qui m'a aidé à devenir un homme grâce à l'éducation et les conseils.

Que vous puissiez retrouver à travers ce travail qui est le (votre) tien, mon incommensurable sentiment de gratitude. C'est à travers tes encouragements que j'ai opté pour cette noble profession. Tu n'as jamais cessé de consentir des efforts pour mon instruction et mon bien-être.

Ma Mère Kadidiatou dite Zéré SOGOBA

Tu as toujours œuvré pour notre réussite, par ton amour, ton soutien, ta patience à notre égard et ton sens élevé pour l'éducation de tes enfants et des enfants d'autrui, ton attention pour mes amis que tu as toujours considérés comme tes propres enfants, font de toi une mère exemplaire.

Je n'oublierai jamais tous les sacrifices consentis, les précieux conseils, l'assistance et ta présence dans ma vie. La vie ne t'a pas toujours épargné et pourtant, tu as toujours tout fait pour nous épargner des difficultés de la vie, en nous inculquant le bienfait et le sens du droit chemin.

Quand je me sentais perdu, tu étais ma boussole et mon refuge. Tu n'as jamais cessé de nous faire des bénédictions.

Ma femme Sitan DIARRA

Tendre, obéissante, compréhensive, merci de me faciliter la vie et de m'encourager à chaque fois.

Ma Famille

Unis par un lien de sang nous sommes appelés à œuvrer ensemble pour la réussite de la tâche commune

Mes Frères

Ousmane COULIBALY, Souleymane COULIBALY, Salif COULIBALY, Alpha COULIBALY, Abou COULIBALY, Lassine COULIBALY, merci pour tout.

Mes Sœurs

Djénéba COULIBALY, Aïcha COULIBALY, Kadidia COULIBALY, Mariam COULIBALY, merci pour tout.

Ma promotion

En espérant que ce travail vous serve d'exemple et vous incite à essayer de faire mieux que moi. Je ne vous oublierai jamais et vous avez toujours été des frères exemplaires, respectueux, courageux. Ce travail est aussi le fruit de votre sacrifice que Dieu vous donne longue vie et beaucoup de réussites dans la vie.

A la population, leaders de la commune et CSCOM de Sangarebougou de m'avoir permis de conduire cette étude, merci pour votre accompagnement, votre aimable solidarité et courtoisie surtout votre sens d'accueil.

Au Dr Bafing Diarra (DTC Sangarebougou)

Merci Docteur pour votre accueil, votre simplicité, votre humanisme qui m'ont aidé à l'élaboration de ce document. Que Dieu vous bénisse.

Au Dr Abou Sogodogo

Merci Docteur pour vos efforts, encouragements et soutiens pour mon encadrement. Que Dieu vous bénisse.

A mes Amis de la Médecine, votre ardeur et simplicité m'ont rendu ces années passées une histoire captivante à raconter. Merci beaucoup Dr.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du Jury

Professeur Seydou Doumbia

- Professeur titulaire en épidémiologie,
- Directeur adjoint au département d'entomologie du MRTC,
- Ancien Doyen de Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako,
- Directeur du programme ICEMR-WAF <<International Center for Excellence Research in West Africa>>>,
- Directeur du Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC) de l'USTTB au Mali,
- Président de la Société Malienne d'Epidémiologie (SOMEPI).

Cher Maître et Père

C'est un honneur considérable et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable. Votre éloquence, votre sens de la rhétorique, votre simplicité et votre volonté de transmettre votre savoir, font de vous un professeur émérite et un père attentif. Trouvez ici cher Maître, l'expression de nos profonds remerciements et de notre sincère reconnaissance. Qu'ALLAH le tout puissant vous garde encore longtemps auprès de nous.

A notre Maître et Directrice de Thèse

Professeur Fatou Diawara

- Maître de conférences
- Médecin de Santé Publique,
- Spécialiste en épidémiologie,
- Ancienne Responsable de point focal des activités de nutrition à la Direction Régionale de la Santé du district de Bamako,
- Ancienne cheffe de Division de Surveillance Epidémiologique à l'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA),
- Chef du Département Etudes et Recherches Médicale et Communautaire de l'Institut National de Santé Publique.

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. L'opportunité nous est ainsi donnée pour vous faire part de l'estime et de l'admiration que nous portons à votre égard, vos qualités de science éclairée, de praticien infatigable, de pédagogue averti font de vous une enseignante appréciée de tous. Soyez rassurer cher maître de notre sincère reconnaissance et de notre profond remerciement.

A notre Maître et Co-directeur de Thèse

Docteur Souleymane Sékou Diarra

- MD, MPH, PhD Epidémiologie ;
- Expert en gestion des urgences de santé publique ;
- Coordinateur technique national GHSA Mali.

Cher Maître, nous vous remercions pour avoir initié et suivi ce travail. Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service. Nous avons été touché par votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre disponibilité, votre grand sens de l'humanisme. Les mots nous manquent pour exprimer les sentiments, qui nous animent aujourd'hui après toutes ces années passées ensemble. Cher Maître, acceptez nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail. Que Dieu vous accorde encore longue vie.

A notre Maître et Membre du jury

Professeur Sory Ibrahim Diawara

- MD, MPH, PhD Epidémiologie ;
- Maître de Recherche ;
- Médecin chercheur au Centre de Recherche et de Formation sur le Paludisme (MRTC) / FMOS

Cher Maître c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre disponibilité et votre rigueur scientifique nous ont profondément impressionné, soyez assuré cher maître de notre profond attachement et notre sincère reconnaissance. Qu'ALLAH le tout puissant vous accorde encore une longue vie

LISTE DES FIGURES

Figure 2 : Expansion rapide des programmes FBP en Afrique entre 2006 et 2013	5
Figure 3 : Chronologie de la mise en place du financement basé sur le résultat au Mali	32
Figure 4 : Décrire des taux de soins curatifs avant et pendant le FBR.....	37
Figure 5 : Déterminer taux de prise en charge de la malnutrition avant et pendant le FBR.	39
Figure 6 : Taux des enfants ayant bénéficié de la vitamine A avant et pendant le FBR	40
Figure 7 : Nombre total d'enfants vaccinés avant et pendant le FBR	41
Figure 8 : Comparaison du nombre d'enfants vaccinés par type de vaccin avant et pendant le FBR.....	42

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIFS	3
3. GENERALITES	4
3.1. Bref historique du FBR	4
3.2. Définition du financement basé sur les résultats.....	6
3.3. Stratégies d'équité PBF pour atteindre la couverture de la santé universelle	7
3.4. Les pratiques du FBR.....	12
3.5. Pérennité.....	23
4. METHODOLOGIE	35
4.1. Cadre d'étude	35
4.2. Période et type d'étude.....	35
4.3. Population d'étude.....	35
4.4. Déroulement et collecte des données	36
4.5. Variables étudiées	36
4.6. Saisie et analyse des données.....	36
4.7. Considérations éthiques	36
5. RESULTATS.....	37
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	43
6.4. Soins curatifs	43
6.5. Soins préventifs	45
7. CONCLUSION.....	47
8. <i>Recommandations</i>	48
9. <i>REFERENCES</i>	49

1. INTRODUCTION

Les modes de financement des systèmes de santé sont en constante évolution, en fonction des besoins d'efficacité, de qualité ou d'accès aux soins [1,2]. En Afrique, ces modes de financement sont souvent influencés par les orientations internationales[3,4]. À ce jour, de nombreuses organisations internationales encouragent la mise en œuvre des méthodes de financement basées sur les résultats (FBR) pour augmenter la productivité des professionnels de la santé et la qualité des services [5].

Le Financement basé sur les résultats (FBR) est un mode de financement liant les motivations aux performances pour améliorer l'accessibilité, la qualité et l'équité dans la fourniture des services de santé[6].C'est une importante réforme de management du système de santé adoptée par de nombreux gouvernements, en vue d'améliorer la qualité des soins, l'efficacité et l'équité [7].Ainsi, le FBR est de plus en plus mis en œuvre pour accroître l'utilisation et la qualité des soins de santé primaires, avec un accent particulier sur la santé maternelle et infantile[8].Sa diffusion en Afrique sub-saharienne a été particulièrement rapide [9]. Pour le Rwanda, premier pays africain à introduire un financement basé sur la performance à l'échelle nationale, les résultats d'une analyse des différences [3] ont indiqué qu'un tel financement a amélioré la qualité et l'utilisation des services de santé maternelle et infantile ainsi que les résultats nutritionnels des enfants. Une expérience menée en République démocratique du Congo a montré que le financement basé sur la performance entraînait une baisse des paiements directs des patients aux établissements de santé, des services comparables ou meilleurs et une qualité de soin supérieur[10].

Au Mali, les débats sur le FBR ont gagné en intensité à partir de 2010. Cette mise en discours a été favorisée par la mobilisation croissante d'un certain nombre d'acteurs et d'institutions intervenant dans le domaine de la santé qui ont activement soutenu son déploiement[9].

Le ministère de la santé en collaboration avec la Coopération Néerlandaise (SNV), mis en œuvre un programme pilote FBR dans les centres de santé communautaires (CSCoM) de trois districts sanitaires de la région de Koulikoro entre 2012 et 2013[9]. Ce programme pilote a entraîné une augmentation de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile et une amélioration significative de la qualité des soins et de la capacité de génération de revenus des associations de santé communautaire (ASACO)[6].

Il est à noter que l'amélioration des indicateurs relatifs à la santé maternelle et infantile contribue à l'atteinte du troisième Objectif de Développement Durable (ODD) en faveur de la santé [7]. Ainsi, après dix ans de mise en œuvre, l'approche de FBR souffre toujours d'un manque de données probantes (et cohérentes) quant à ses effets, et d'une insuffisante compréhension des facteurs motivationnels. C'est dans ce cadre que s'inscrit la présente étude afin d'évaluer l'effet du financement basé sur les résultats les indicateurs de soins chez les enfants de 0 à 5 ans dans le centre de santé communautaire de Sangaréboougou.

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Etudier l'effet du FBR sur les indicateurs de santé des enfants de 0 à 5 ans après un (1)an de mise en œuvre de la stratégie au CSCOM de Sangarébourgou.

2.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer le niveau de couverture des soins préventifs chez les enfants de 0 à 5 ans à un (1) an avant la mise en œuvre du FBRau CSCOM de Sangarébourgou.
- Déterminer le niveau de couverture de soins curatifs chez les enfants de 0 à 5 ans à un (1) an demise en œuvre du FBR.
- Décrire le taux de couverture de soins curatifs avant et pendant le FBR
- Déterminer le nombre d'enfants vaccinés par type de vaccin avant et pendant le FBR

3. GENERALITES

3.1. Bref historique du FBR

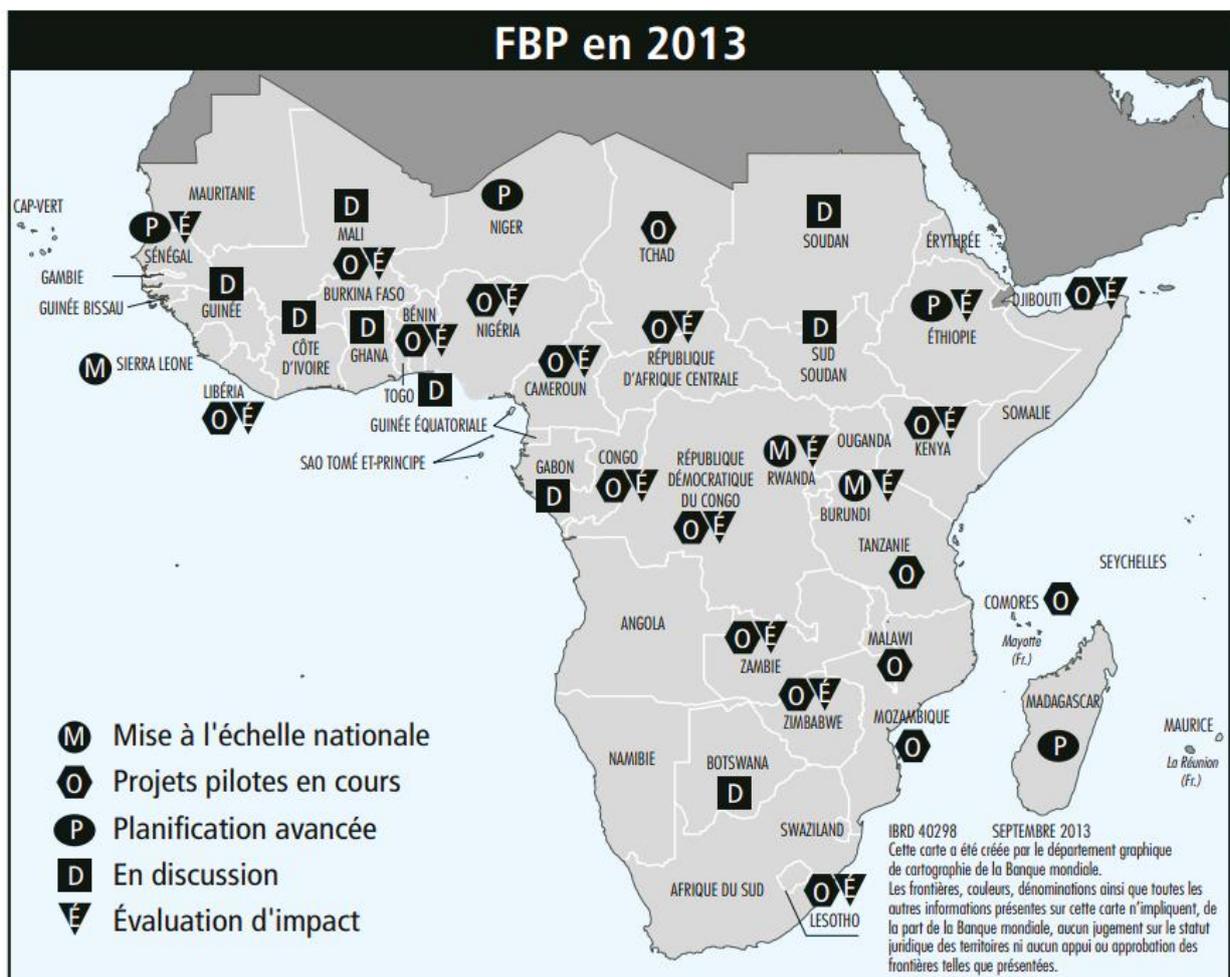
Financement des systèmes de santé en Afrique Historique à travers le temps, différents types de financement des systèmes de santé en Afrique ont fortement été influencés par des orientations internationales[1,2], ces dernières ayant pour but d'obtenir un meilleur accès, une meilleure qualité de soins et plus d'efficience dans le système [3,11]. 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 [12,13]. 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 [14]. 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 [14]. 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) [13]. 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 [15,16].

Cependant, ces multiples programmes amènent certains problèmes, notamment en ce qui a trait à leur coordination et efficacité [17]. 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 :

- l'appropriation nationale des programmes de santé,
- l'alignement des efforts aux besoins nationaux,

- l'harmonisation de ces efforts,
- la gestion axée sur les résultats, et
- la responsabilité mutuelle des parties prenantes lors des 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 les objectifs et les résultats clairs.



Source : Données de la Banque mondiale.
 Note : FBP = Financement basé sur la performance

Figure 1 : Expansion rapide des programmes FBP en Afrique entre 2006 et 2013

3.2. Définition du financement basé sur les résultats

Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) est une approche du système de santé, axée sur les résultats, définis comme la quantité et la qualité des services produits et qui sont (financièrement) accessibles[18].

Cela implique que les structures soient considérées comme des organisations autonomes qui réalisent un bénéfice au profit d'objectifs de santé publique et / ou de leur personnel. Il est également caractérisé par des contrats de performance pour les acteurs de la régulation, les agences d'achat de performance ou agences de contractualisation et de vérification, les financeurs et un renforcement de la voix de la population. Le Financement Basé sur la Performance utilise les forces des lois du marché, mais vise aussi à corriger les échecs du marché. Le FBR, dans le même temps, vise la maîtrise des coûts et la combinaison durable de recettes provenant du recouvrement des coûts et des contributions gouvernementales et internationales. Le FBR cherche sans cesse à tester ses théories par des recherches empiriques et des évaluations d'impact rigoureuses qui conduisent à de meilleures pratiques.

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 [19,20]. 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 déterminées [19]. 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 [14,21]. 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 [21]. Ce processus s'accompagne aussi d'une séparation claire entre trois fonctions (achat, prestation et régulations de service), permettant ainsi de diminuer les conflits d'intérêt et l'accumulation de fonctions pour un acteur [22]. 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 [23,24]. 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 [25]. Plus d'études se concentrent donc sur des indicateurs, tels que l'utilisation de services ou la qualité de ces derniers [25,26]. 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 [26]. 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[27].

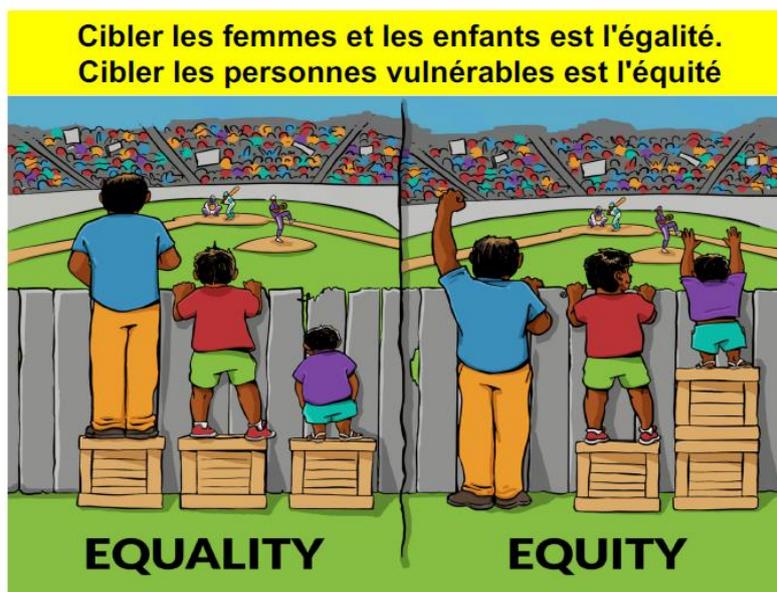
3.3. Stratégies d'équité PBF pour atteindre la couverture de la santé universelle

L'approche PBF propose aux pays à revenus faibles et intermédiaires des stratégies pour atteindre la Couverture Santé Universelle (CSU), dans le contexte des Objectifs du Développement Durable (ODD) 2015-2030. Stimuler l'équité est apparu comme une réponse à la déception venue des mécanismes d'équité

traditionnels qui ne répondent pas aux attentes. Cela est vrai pour les diverses formes de systèmes d'assurance maladie volontaire et les régimes d'exemption du recouvrement des coûts, en particulier pour les soins de santé gratuits généralisés. Les stratégies d'équité sont aussi une réponse aux critiques justifiées portées sur des modèles antérieurs de PBF ou RBF, avant 2010.

On rappelle d'abord que le *premier principe* de la stratégie d'équité PBF est que les prestataires doivent fournir des *niveaux acceptables de qualité*. Pour cela, les prestataires ont besoin de *générer des recettes suffisantes* dont le montant est estimé, pour les pays à revenu faible et intermédiaire, à 7\$US par habitant et par an, pour les centres de santé, à 20\$US par habitant et par an pour les hôpitaux, et, à 100\$US par élève et par an, pour les écoles primaires.

Après la qualité, le *second principe* de la stratégie PBF est que les prestataires doivent utiliser les rares ressources (publiques) de la *manière la plus efficiente*. Le *troisième principe* est *qu'il n'est pas* la responsabilité des prestataires individuels de financer des services gratuits pour les personnes pauvres. Cette responsabilité incombe au Gouvernement ou à d'autres partenaires grâce à un mécanisme de financement externe. *Quel niveau* d'équité doit être visé dans une société donnée est l'expression de la *volonté politique d'aider les personnes vulnérables*. Il est encore plus essentiel que la société soit prête à payer des taxes (ou des impôts) pour ce motif. La volonté politique peut alors se traduire par la mise en place d'un système réaliste de prélèvement de taxes ou d'impôts pour obtenir les fonds désirés.



Un autre principe est que les ressources publiques limitées destinées aux éléments d'équité doivent cibler les vulnérables d'une manière efficiente (= équité) et ne devraient pas être distribuées indistinctement pour des groupes généraux de la population, comme les jeunes enfants dont les parents ne sont pas nécessairement pauvres (égalité). En se basant sur les principes ci-dessus, nous pouvons individualiser les six instruments d'équité suivants dans le PBF :

✓ **Subventionner les externalités positives et les biens publics**

Les subsides PBF pour des activités avec les externalités positives élevées ou avec des caractéristiques de biens publics sont conçus pour être si élevés que le coût pour les patients devient nul ; ces activités incluent donc automatiquement les personnes vulnérables et pauvres. Ces activités comprennent la planification familiale, les vaccinations, les services de diagnostic et de traitement du VIH et de la tuberculose, et divers types d'activités de marketing social effectué par un personnel qualifié, grâce à des visites à domicile suivant un protocole. Des subsides plus importants que le coût de production peuvent également être proposés dans le but de stimuler les prestataires, ou pour inciter financièrement des patients, à adopter un comportement souhaité, comme pour les parents de faire vacciner complètement leurs enfants, le paiement d'extra pour l'alimentation ou

le transport des patients tuberculeux ou des enfants souffrant de malnutrition. Ces *incitations du PBF à la demande* d'activités, grâce à l'augmentation de l'offre, sont similaires aux systèmes des chèques santé (Vouchers) ou aux programmes de transferts de fonds conditionnels (« *conditional cash transfers* » ou CCT – en anglais). En les organisant comme un ensemble d'activités menées du côté de l'offre, on diminue fortement les coûts administratifs.

✓ **Donner un signal au marché pour faire baisser les tarifs des soins curatifs**

Des petits subsides PBF pour les autres services curatifs (sans externalités positives) réduisent automatiquement les tarifs du recouvrement des coûts grâce aux mécanismes du marché. Les gestionnaires devront ensuite faire un compromis entre une réduction de leurs tarifs de paiement direct permettant d'accroître l'utilisation de leurs services et le fait de recevoir plus de recettes publiques. Dans le module 5 « micro-économie » de ce manuel, il est expliqué que les subsides reçus par les prestataires poussent la courbe d'offre des services vers la droite et réduisent ainsi le prix d'équilibre des prestations.

✓ **Doter d'un bonus d'équité géographique les régions et les districts**

Attribuer des *bonus d'équité géographique* de 10 à 40% à une région ou à un *district*, qui s'ajoutent aux subsides de base. Cela peut corriger les différences entre les districts relativement mieux dotés et les districts vulnérables.

Les critères de sélection peuvent être les suivants :

- a) Le nombre d'habitants par formation sanitaire : Plus élevé => plus subsides ;
- b) La densité de la population par km² : Plus dense => moins de subsides ;
- c) Nombre de personnel qualifié pour 1.000 habitants : Plus de personnel => moins de subsides ;
- d) Score de pauvreté : Plus de pauvreté => plus de subsides ;
- e) Nombre d'heures de voyage de la capitale vers le district sanitaire : Plus d'heures => plus subsides

f) District avec minorité : Plus de minorités, déplacés, pygmées, etc. => bonus d'équité plus élevé

g) Facteurs de sécurité : Moindre sécurité => plus de subsides

La pondération des critères ci-dessus est habituellement effectuée au niveau central, pendant le « costing » du programme. Cela étant, les districts peuvent dans un deuxième temps fournir des informations et « renégocier » leur catégorie de vulnérabilité.

✓ Différentes méthodes d'identification des indigents

Les structures doivent élaborer des stratégies sur la façon d'identifier les personnes vulnérables. Dans l'approche PBF il faut indiquer précisément aux acteurs impliqués *le plafond* de la proportion des indigents que l'on est autorisé à exempter des paiements (5%, 10% ou 20%). La méthodologie d'identification doit être le plus possible décentralisée vers les structures de santé et vers leurs communautés. L'expérience montre qu'une centralisation de l'identification des vulnérables a tendance à ne pas être applicable et à être trop complexe.

Il existe différentes stratégies :

- (1) dans les zones rurales on peut travailler avec des comités de villages ;
- (2) pour les structures de santé religieuses, les églises peuvent déjà avoir un mécanisme d'identification des indigents;
- (3) les structures urbaines peuvent identifier comme vulnérables ceux qui ne sont tout simplement pas capables de payer leur facture.

Les principales méthodes couramment utilisées pour identifier les vulnérables à des fins d'inclusion dans des programmes sociaux sont :

La méthode *consistant à évaluer à peu près les moyens* et qui consiste à construire, pour chaque ménage, un score basé sur un petit nombre de caractéristiques facilement observables. Cette approche exige une capacité administrative et des moyens relativement élevés, car il faut rendre visite à tous les ménages d'une aire de santé. Cependant cette méthode peut valablement être combinée avec l'indicateur du PBF communautaire de visite à domicile suivant un protocole.

Cibler les pauvres en s'appuyant sur la communauté nécessite d'avoir un groupe communautaire ou un comité de village capable d'identifier les pauvres dans l'aire de santé. Cette approche prend en compte les connaissances locales du contexte individuel, elle permet de tenir compte de la définition locale d'indigence, et transférer les coûts d'identification des bénéficiaires du programme sur la communauté. Cependant, les membres de la population locale peuvent avoir d'autres motivations, ce qui pourrait conforter ou exacerber les exclusions sociales.

Autoriser les structures à sélectionner des « *indigents de circonstance* ». Cela signifie que des patients sans moyens seront exemptés et que le jugement est laissé à la discrétion de la structure.

Il pourra s'agir d'accidentés de la route sans moyens, ainsi que de groupes spéciaux vulnérables mais qui ne résident pas dans l'aire de santé, comme des travailleurs saisonniers, des déplacés, etc.

3.4. Les pratiques du FBR

En FBR, nous distinguons les onze (11) meilleures pratiques ou propositions suivantes :

1. La séparation des fonctions de régulation, de prestation, de contractualisation et de vérification, de paiement des fonds et de renforcement de la voix de la communauté ;
2. La stimulation de la concurrence entre les structures et d'autres intervenants pour l'obtention des contrats ;
3. La promotion du partenariat public/privé, avec égalité de traitement entre les prestataires publics, religieux et privés ;
4. Le régulateur ne s'occupe pas directement de la gestion des services, mais définit les indicateurs *output*, de qualité et d'équité. Le régulateur n'intervient que lorsque la FOSA devient un danger pour la santé publique, ou lorsque la FOSA est engagée dans des activités criminelles. Le régulateur fait le « costing » du budget public avec des paiements

additionnels pour les régions, les FOSA et les individus vulnérables (bonus d'équité) ;

5. Les prestataires (de santé, d'éducation, etc.) sont autonomes pour embaucher et licencier (« hiring and firing »), décider de manière autonome comment utiliser leurs propres fonds et comment répondre aux paquets de santé définis par le Gouvernement et par la demande des patients ;
6. Les prestataires doivent assurer l'équilibre de leurs recettes et de leurs dépenses, tout en fournissant des services de santé de qualité équitables, avec un personnel qualifié et motivé, afin de ne pas s'exposer au risque de non-renouvellement du contrat et à la faillite ;
7. Existence d'une agence de contractualisation et de vérification (ACV) pour négocier des contrats et faire le coaching des gestionnaires des structures, à travers l'utilisation du plan de business et de l'Outil indices. Le versement des subsides est effectué par une organisation différente.
8. Des Associations Locales (ASLO) sont recrutées pour assurer les intérêts du patient, au travers des enquêtes de satisfaction, et pour vérifier si les activités subventionnées ont bien eu lieu. Le marketing social est fait par les structures ;
9. Versement des paiements ou des subventions en espèces pour des résultats, et non pas des moyens en nature ou en « inputs ». Les prestataires doivent avoir le libre choix d'acheter leurs intrants auprès de distributeurs indépendants accrédités et qui fonctionnent en concurrence.
10. Recherche des effets économiques multiplicateurs pour créer des emplois, la croissance économique et les recettes fiscales en injectant directement des liquidités dans l'économie locale ;
11. Élargissement du financement basé sur la performance à d'autres secteurs que la santé.

❖ ***La séparation des fonctions***

Dans les systèmes traditionnels les autorités gouvernementales jouent, en même temps, les rôles de régulateur, de prestataire et de distributeur de fonds. Un tel monopole du pouvoir ne produit pas des résultats transparents, en particulier lorsque les autorités de santé sont également mal rémunérées. Le financement basé sur la performance propose donc de séparer les fonctions suivantes :

✓ ***La régulation, la planification et l'assurance qualité***

Les régulateurs doivent définir les cibles pour les objectifs attendus, la qualité et l'équité, et fixer les indicateurs. Sur la base du choix, ils déterminent les subsides nécessaires pour réaliser la couverture du paquet souhaité pour les indicateurs de santé.

✓ ***La prestation de services***

Les structures autonomes reçoivent les subsides que le régulateur est prêt à payer pour le paquet des services de santé fourni. Les gestionnaires des structures équilibrent les recettes provenant des subsides, du tiers payant et du recouvrement des coûts, avec les dépenses nécessaires pour fournir des services de qualité avec un personnel motivé. Ils fixent, à travers les décisions prises localement, les tarifs à demander à la population pour le recouvrement de coûts directs.

✓ ***La contractualisation et vérification des services :***

Les AVC, bien équipées et indépendantes, contractualisent les services de prestataire de santé. Ils ont aussi pour tâche de former (coaching) les structures dans l'utilisation des plans de résultats et de l'outil indicent. Le Ministère peut également recruter des organisations qui font la contre vérification et l'audit indépendant. Ces organisations vérifient la performance des AVC, des associations locales et des revues de qualité faites par les régulateurs.

✓ ***La fonction de paiement***

Elle permet de s'assurer que subsides FBR pour les prestations sont isolés des coûts administratifs. Ainsi, un payeur indépendant (Ministère des Finances, Unité

de gestion du Projet ou ONG) transfère d'argent sur la base des factures reçues directement dans les comptes bancaires des prestataires, régulateurs ou associations locales.

✓ *Le renforcement de la voix des consommateurs*

Il se fait à travers les enquêtes de satisfaction d'utilisateurs effectuées par les Associations Locales (OCB). Les résultats des enquêtes communautaires sont pris en compte dans le calcul et le paiement du bonus de qualité des structures de santé.

❖ *L'autonomie de gestion des structures sanitaires*

Selon les théories de l'analyse du système et de la microéconomie, une structure est respectivement une composante indépendante et un acteur économique autonome de l'offre. En se basant sur ces théories, les responsables des structures sanitaires sont les mieux placés pour trouver des solutions contextuelles pour résoudre les problèmes spécifiques qui se posent à eux. Ils doivent avoir la liberté de recruter et de licencier, de fixer les tarifs de recouvrement des coûts en accord avec leurs communautés, d'acheter leurs intrants auprès des grossistes agréés [18]. Le principe de base du FBR est qu'une structure qui produit plus d'activités ou une meilleure qualité des services reçoive plus de subsides. Une partie de recettes peut être utilisée pour payer des primes de performance au personnel en cas de bénéfices de la structure. Cela crée une forte incitation positive pour le personnel à mieux travailler. Au contraire, lorsqu'une structure est peu performante, les recettes et les primes vont aussi diminuer, ce qui crée de fortes incitations négatives, qui peut aller jusqu'à la fermeture de la structure. Dans cette logique, la mauvaise performance est d'abord le problème de la structure sanitaire ; mais aussi de celui des autorités décentralisées et celui des autorités sanitaires et de l'AVC. Lorsque les problèmes sont très graves, l'AVC ; après avis du comité de validation du district, peut soit différer le renouvellement du contrat ou même annuler le contrat identifier un autre prestataire plus efficace dans les zones où il y a d'autre structure sanitaires. Ainsi, la concurrence encourage les structures de

santé qui ont du succès et peut éliminer des structures de mauvaise qualité ou qui sont trop chères[18]..

❖ Le rôle de régulation : définir les indicateurs, faire le costing et assurer la qualité

Les régulateurs doivent définir les indicateurs output du paquet d'activités achetée par l'AVC, les normes et les indicateurs qualité de soins offerts par les formations sanitaires, faire l'évaluation de qualité des soins et la régulation du secteur pharmaceutique[18].

Les régulateurs devraient intervenir le moins possible dans les structures de santé en leur imposant des stratégies à appliquer. Ils doivent les coacher et laisser éclore leur génie créateur pour trouver les solutions idoines aux problèmes qui se posent dans leur contexte[18].

Le régulateur doit faire le costing de l'ensemble du projet et proposer des subsides réalistes pour obtenir des services de santé de qualité financièrement accessibles à la population[18].

Un autre rôle du régulateur est de définir les bonus d'équité/ vulnérabilité des régions en utilisant plusieurs critères tels que la pauvreté de la population, distance de la capitale, la situation sécuritaire ou l'emplacement défavorable. Ces inégalités doivent être compensés par des bonus d'équité supplémentaires[18].

❖ Partenariat public-privé, non-discrimination, contrats principaux et secondaires

Le statut d'une formation sanitaire (publique ou privée) n'est pas important pour l'attribution d'un contrat FBR. Le critère principal est la capacité de la formation sanitaire à fournir des services de bonne qualité accessible à la population. Les ECD font la cartographie des formations sanitaires du district et identifient avec l'AVC celles qui répondent aux critères pour avoir un contrat PCA, ou un contrat principal PMA ou un sous-contrat PMA et éliminent celles qui n'ont pas d'existence légale. Les critères de sélection incluent une existence légale, la disponibilité du personnel qualifié, le type des services fournis, l'état de

l'infrastructure, la qualité des services et la volonté d'obtenir un contrat. Une fois qu'une formation sanitaire a un contrat principal, elle ne doit pas considérer les autres structures dans l'aire de santé comme des concurrents ou des menaces, mais plutôt comme une opportunité. Une partie de la production des sous-contractant(10%) est retenue par le contractant principal pour le frais de supervision[18].

❖ *Efficienc e à travers les paiements en argent et le libre choix pour les intrants*

Le paiement des subsides FBR devrait être effectué en cash ou par virement bancaire, ainsi les structures sanitaires sont libres d'utiliser l'argent pour résoudre leurs problèmes selon leur plan opérationnel. Certains Gouvernements, bailleurs et ONG internationales donnent leurs appuis aux structures en inputs tels que les médicaments, les équipements, la réhabilitation des infrastructures et des salaires. Ceci est généralement inefficaces et inefficent car certains intrants sont abondants ou n'ont pas été demandé tandis que d'autres produits sont en ruptures de stock. Plusieurs études FBR montrent qu'un dollar US donné en cash à une structure par le mécanisme FBR peut avoir le même résultat que 4 dollar investis donné à la structure en intrants tels que les médicaments et les équipements. Par conséquent, dans cette logique le Gouvernement doit s'assurer que les gestionnaires des structures ont accès aux distributeurs des intrants agréés opèrent en concurrence[18].

Le régulateur peut stimuler les distributeurs à ouvrir de nouvelles entreprises dans les zones mal desservies et fermer celles qui ne respectent pas les normes minimales de qualité[18].

Les normes de qualité pour les médicaments et les équipements sont fixées par les régulateurs nationaux tandis que le régulateur du niveau périphérique devrait contrôler si ces normes sont bien respectées. Le système de distribution des médicaments proposé dans le FBR peut être visualisé dans le schéma ci-dessous. Dans cette approche, l'Etat utilise les avantages comparatifs du secteur privé et crée un mécanisme d'assurance qualité pour les médicaments essentiels et des

équipements médicaux. Le Gouvernement devrait également encourager les investisseurs privés à démarrer les industries pharmaceutiques pour produire des médicaments, des moustiquaires, du matériel, des meubles, etc... au lieu d'acheter ces intrants à l'étranger[18].

❖ *Les effets économiques multiplicateurs pour stimuler l'économie locale*

Le FBR, en raison de sa réorientation le plus possible du cash au niveau périphérique contribuera également à accroître les fonds disponibles à ce niveau. Le FBR profitera à l'économie locale, aux besoins de la structure, à l'amélioration des conditions de vie du personnel et des populations.

Les effets économiques multiplicateurs se développeront comme suit :

- a. *Les subsides sont en cash et non en nature et sont utilisés dans l'économie locale ;*
- b. *Les structures ont la liberté d'utiliser l'argent selon leur propre plan d'action ;*
- c. *Les transactions économiques locales comprennent le salaire et les primes de performance, la réhabilitation des infrastructures, les achats des médicaments essentiels et du matériel. Le Gouvernement peut taxer ces activités économiques. Il peut également utiliser cet argent pour réinvestir dans l'économie locale. Grâce à ce mécanisme, investir de l'argent se multiplie lui-même[18].*

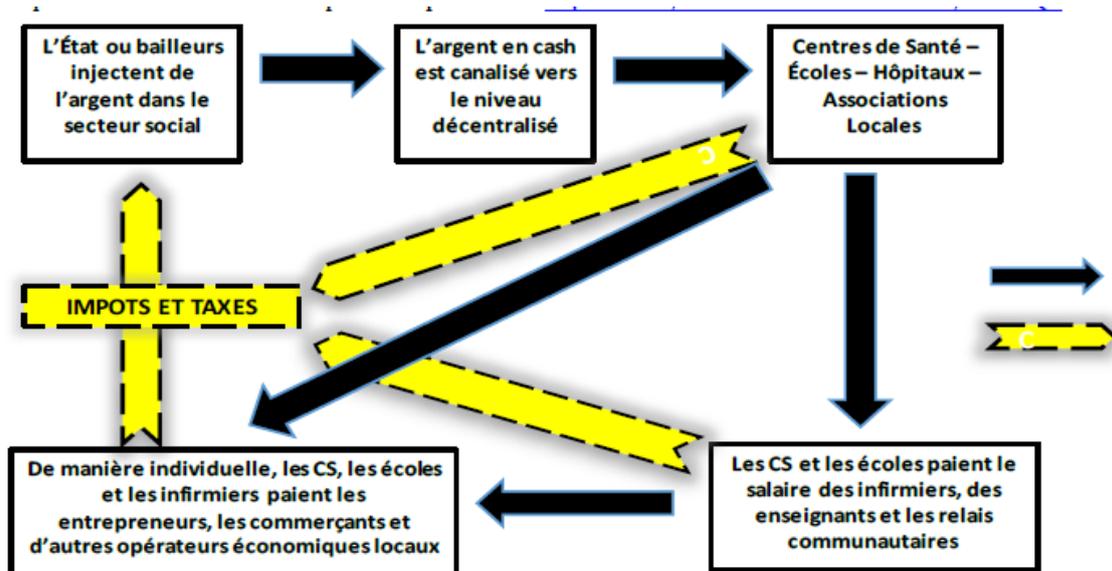


Figure 2 : Les effets économiques multiplicateurs pour stimuler l'économie locale [18].

❖ *L'importance d'équilibrer les recettes et les dépenses des structures*

En ce qui concerne le résultat financier d'une structure, trois situations sont possibles :

- a. *Recettes < dépenses totales* : = Il y a un déficit qui exige de restaurer l'équilibre ;
- b. *Recettes > dépenses totales* : = Il y a un bénéfice ou profit ;
- c. *Recettes = dépenses totales* : = Il n'y a ni profit ni perte.

Si les recettes sont trop faibles par rapport aux dépenses, de nouvelles sources de recettes devraient être trouvées ou les dépenses devraient être réduites. Lorsque les activités visent à atteindre des normes de qualité plus élevées, plus les recettes sont nécessaires. Dans les pays à faibles revenus, l'expérience montre que les recettes minimums des structures devraient être de 7\$ par personne par an pour les CSCOM et 20 \$ par personne par an pour les CSREF.

Les subsides de FBR représentent seulement une partie des recettes totales des formations sanitaires. Les autres recettes doivent être obtenues par d'autres

contributions comme celles du Gouvernement, des ménages, d'autres bailleurs et des activités génératrices de revenus.

Nous croyons qu'un établissement de santé dans les pays à revenu faible ou moyen devrait générer environ 40 à 60% de ses recettes interne propre (incluant les remboursements par les assurances et autres mécanismes de tiers payant). Un tel mélange de recettes devrait assurer un revenu stable, pour que la formation sanitaire ne soit pas trop dépendante des revenus externes souvent peu fiables.

❖ Les intérêts des patients sont défendus par les organisations communautaires de base

Les patients sont les bénéficiaires principaux en FBR. Leurs intérêts sont renforcés par des Organisations à Base Communautaire indépendantes qui effectuent des enquêtes de satisfaction des patients et qui vérifient si les structures ont exercé les activités pour lesquelles ils reçoivent des subsides FBR. L'analyse des questionnaires d'enquête de satisfaction des patients permet de calculer le score de satisfaction des patients de l'établissement de soins de santé qui sera pris en compte dans le calcul de bonus de qualité. Un autre élément important du FBR est le marketing social pour le changement de comportement de la communauté vers des pratiques plus saines.

❖ Les AVC négocient et signent les contrats et font le coaching des formations sanitaires sur les instruments de gestion

Les agents de contractualisation et de vérification (AVC) indépendantes et bien équipées sont responsables de négociation et de la signature des contrats de performance avec les structures sanitaires. Elles coachent les établissements de soins de santé sur les instruments du FBR notamment le plan de résultat et l'outil indice.

❖ La concurrence pour le contrat

Un contrat FBR n'est pas un droit, mais il est conditionné par la bonne performance. La concurrence pour les contrats est importante pour obtenir le

meilleur rapport qualité-prix possible auprès des prestataires de services de santé. Sans concurrence, les prestataires de services ont tendance à être complaisants et peuvent même abuser de leur position sur le marché quand ils sont les seuls prestataires de soins. Les prestataires de soins peuvent être *publics*, privé confessionnels et même privé à but lucratif. Avant de donner les contrats, le régulateur et les AVC doivent établir une cartographie des établissements de soins de santé afin d'augmenter le choix. Le monopole naturel, comme par exemple l'existence d'une seule formation sanitaire dans une zone isolée, n'est pas considérée comme problématique dans le FBR. Certains responsables des établissements de soins peuvent être des goulots d'étranglement pour les structures peu performantes. Dans ces cas de figure, les responsables des AVC peuvent insister auprès des autorités propriétaires de la structure (qu'elles soient publiques ou religieuses) que les dits responsables des établissements de soins soient remplacés avant le renouvellement du contrat FBR, s'il s'avère que c'est lui qui est le problème de mal gouvernance et de mauvaise performance de la structure sanitaire[18].

✓ *Ressource*

Le FBR est la composante phare du projet PACSU, il est financé à hauteur de 68,7 millions USD pour couvrir la région de Koulikoro, qui a déjà l'expérience des projets pilotes FBR, trois districts de santé dans la région de Mopti (Bandiagara, Bankass et Mopti), trois dans la région de *Ségou* (Baroueli, Bla et Ségou) et dans la région de Gao (district sanitaire de Gao).

Les indigents sont considérés comme des personnes n'ayant pas pu faire face à tout ou partie de leurs frais de soins[18].

✓ *Les étapes pour la mise en œuvre du FBR*

Au niveau régional, nous avons les Agence de Contractualisation et Vérification (AVC) et les Direction Régionale de la Santé(DRS). L'AVC signe les contrats de performance avec les formations sanitaires (CSCOM et CSREF) pour offrir le paquet de soins définis. A la fin de chaque trimestre, les vérificateurs de l'AVC

présents dans les districts de santé vérifient la quantité des soins produits par les formations sanitaires, et établissent les factures correspondantes. Les vérificateurs saisissent ensuite les données dans le portail FBR.

Tous les trimestres, l'AVC signe également des contrats avec les OBC qui font l'évaluation communautaire qui comprend la vérification communautaire des soins offerts aux populations par les formations sanitaires et l'évaluation de la satisfaction des patients[18].

Les DRS signent les contrats avec les FCD, les évaluent et organisent l'évaluation qualité technique des CSREF qui est faite par les pairs, elles font également l'évaluation des grossistes pharmaceutique au niveau régional.

Les ECD font l'évaluation qualité des CSCOM, des structures privées ayant un contrat PMA, les maternités rurales et dispensaire qui ont un sous-contrat.

A la réunion de validation du district du dernier mois du trimestre, un membre de la DRS vient présenter les données de l'évaluation des pairs des CSREF. L'équipe cadre du district présente les données de l'évaluation qualité des CSCOM et des structures privées ayant un contrat PMA[18].

Les vérificateurs communautaires présentent les résultats de l'évaluation communautaire de chaque formation sanitaire. Ces données de l'évaluation technique et communautaire de chaque formation sanitaire sont également validées et utilisées pour calculer le bonus qualité qui est intégré dans la facture du 3^{ème} mois du trimestre[18].

Les structures de santé autonomes, en collaboration avec leurs agents de santé communautaires (ASC) sont responsables de l'offre des soins curatifs, préventifs et promotionnels définis dans leurs paquets de soins aux populations couvertes, tant au niveau de la formation sanitaire que dans la communauté. A cet effet, chaque CSCOM/Privées avec un contrat PMA signe des sous contrats de résultats avec ses ASC/ maternité rurale/Dispensaire rural et les relais communautaires. Ce contrat de résultat définit les indicateurs de résultats à réaliser par les ASC/ARC/Maternité/Dispensaire rurale ainsi que leurs prix d'achat. La

production des sous-contractants est intégrée dans la production du CSCOM et vérifiée par AVC.

3.5. 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[28]. **1.5.1. Déterminants de la pérennité**

La recherche sur la pérennité se concentre principalement sur ses différents déterminants. Le cadre de Pluye et al. (2004)[29] 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[29]. 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 [29]. Ce cadre a été utilisé empiriquement dans divers contextes pour l'évaluation de la pérennité de projets, soit au Burkina Faso et en Haïti [6,30]. Le cadre de Johnson et al. (2004) [22] 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 :

- une structure formelle,
- des actions de leadership,
- des ressources,
- des politiques et procédures administratives, et
- de l'expertise.

Au niveau de l'intervention, la pérennité serait influencée par cinq autres déterminants :

- l'alignement avec les besoins des parties prenantes,
- la qualité des relations entre ces dernières,
- l'intégrité et la qualité de l'implantation de l'intervention,
- l'efficacité de l'intervention, et
- 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 [31]. 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, concernant 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) [22] poursuivent la réflexion sur la

pérennité en identifiant cinq différentes phases concernant le processus de pérennisation :

4. l'évaluation préliminaire de la structure hôte et de l'intervention,
5. le développement d'un plan de pérennisation,
6. l'exécution d'actions,
7. l'évaluation des effets de ces actions sur la pérennité, et
8. la modification du plan de pérennisation au besoin.

Le cadre de Chambers et al. (2013) [24] 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[24].

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.[21,23]. 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 [24]. 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).

1.5.2. 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) [21] comprend trois niveaux de pérennité : pérennité faible, pérennité moyenne, et 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 routinières 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 : la routinisation, qui est circonscrite à l'organisation hôte de l'intervention, et 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. [21].

Comme le décrit Johnson et al. (2004), le processus d'institutionnalisation se déroule différemment du processus de routinisation (niveaux plus bas de pérennité) et comporte trois étapes : la reconnaissance officielle de l'intervention (le « passage » (traduction libre)), la routinisation de l'intervention (le « cycle » (traduction libre)), et la mise à l'échelle dans divers sous-systèmes de l'organisation (la « saturation » (traduction libre))[22]. La routinisation reste toutefois une étape nécessaire et préalable à l'institutionnalisation d'une intervention [22]. Des travaux empiriques liés à ce cadre ont davantage précisé ces niveaux [14,30]. 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.

1.5.3. Contexte de la pérennité

Selon le cadre de Chambers et al. (2013), 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[24]. Selon ces auteurs, l'implantation du projet se déroule dans trois contextes : l'intervention avec ses composantes, ses ressources humaines, ses effets et son mode d'opération, le système de pratique, ou l'organisation, avec ses employés, son système d'information, sa culture organisationnelle, et ses activités et procédures, le système écologique, avec les politiques et régulations, ainsi que des caractéristiques populationnelles plus larges. Le cadre de Dam Schröder et al.(2009) 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[32]. Ce cadre a ensuite été adapté et modifié dans l'étude de Moullin et al. (2015) pour plus de cohérence, suivant certaines recommandations[23]. Cinq nouvelles dénominations des contextes en sont donc découlées :

9. le système externe, qui concerne les contextes économique, politique et professionnel,
- 10.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 Dam Schröder et al. (2009) [32]),

- 11.le contexte de l'organisation (correspondant au contexte interne),
- 12.le contexte des individus, et
- 13.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 [23]. 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 [22,22]. 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. 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 [24]. 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 [23].

1.5.4. Perspective des événements critiques

Afin d'observer les déterminants de la pérennité ainsi que le processus de pérennisation, des événements critiques peuvent être utilisés. Ces événements sont caractérisés par une description claire avec un « avant » et un « après » événements [33]. Plusieurs types d'événements peuvent donc influencer la pérennisation, par exemple ceux liés à :

- la motivation,
- l'adaptation des activités,
- l'orientation des objectifs,
- la communication transparente,
- le partage d'artefacts culturels, et

- l'intégration de règles d'intervention dans l'organisation hôte.

D'autres types d'événements sont cependant jugés plus conséquents : la stabilisation des ressources, et 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 [30,34]; ceci encore moins concernant le FBR [35]. 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

1.6. Contexte Malien

1.6.1. 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) [36]. 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) [36]. 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 [36]. 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 [37].

1.6.3. 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) [38]. 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^{ème} ou 3^{ème} 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) [39]. 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 [39]. Le CP ainsi que l'ASACO s'assurent donc du bon fonctionnement du CSCOM à travers la provision du paquet minimum d'activités (PMA). 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 [39].

1.6.4. 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 [40]. 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 [40]. 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 [39,40]. 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 [40]. 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 [40]. Ces primes étaient réparties à 40% pour le personnel et 60% pour l'organisation de santé (le contraire pour les CSREF). Les

primes individuelles constituait une partie substantielle du revenu de la majorité des employés, qui pouvaient jusqu'à doubler leur revenu [40]. En moyenne en 2005, une matrone, un vaccinateur ou un infirmier gagnaient 22 000 et 25 000 ou 40 000 FCFA par mois respectivement [41]. 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) [40] 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 [42].

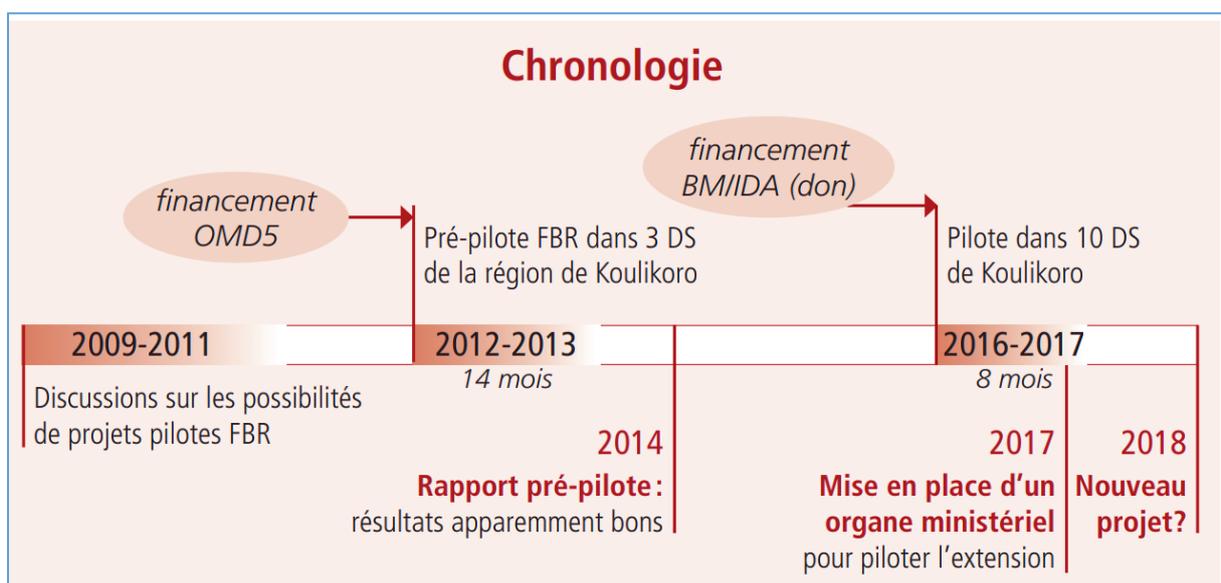


Figure 3 : Chronologie de la mise en place du financement basé sur le résultat au Mali

✓ Les indicateurs concernés par le FBR

Les indicateurs délivrent une information quantifiée pertinente à destination des décideurs pour mesurer et évaluer les résultats d'une ou plusieurs actions. Ils permettent également de suivre l'évolution de la performance et analyser une

situation présente. Les indicateurs de performance sont d'excellents d'outils pour piloter une activité ou un plan d'action et s'assurer que les équipes produisent leurs efforts dans le même sens.

Pour la mise œuvre du FBR, 50 indicateurs outputs ont été retenus au niveau des formations sanitaires de première ligne et 37 au niveau des hôpitaux de district parmi lesquels respectivement 6 et 7 concernent la prise en charge des indigents. Aussi la proportion d'indigents admissibles a été fixée à 5% de la population couverte.

✓ **Cette étude a concerné les indicateurs suivants :**

Le vaccin BCG doit ses initiales au Bacille de Calmette et Guérin, un bacille tuberculeux rendu inoffensif qui permet de stimuler sans danger l'immunité. Néanmoins, son efficacité n'est pas totale et il évite surtout les formes sévères de la maladie chez l'enfant en particulier les méningites. Il est administré le plus près possible de la naissance.

Le vaccin pentavalent protège en une injection de cinq infections majeures : diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B et Haemophilus influenzae type b.

Le vaccin contre la rougeole est un vaccin destiné à prévenir la rougeole, une maladie causée par un virus, le virus de la rougeole. L'efficacité du vaccin est importante et ses effets secondaires sont le plus souvent sans gravité. Il fait partie des vaccins recommandés chez les enfants à 9 et 23 mois.

Citées les autres type de vaccination pris en compte dans ton étude

La malnutrition aiguë sévère est définie par un très faible rapport poids/taille [inférieur de -3 z-scores à la médiane (tirée des normes de croissance de l'OMS)], par une émaciation sévère et visible ou par la présence d'œdèmes nutritionnels.

La consultation post-natale est un acte médical, qui peut être effectuée par un médecin gynécologue obstétricien, un médecin généraliste ou une sage-femme en cas de grossesse normale et d'accouchement eutocique. En cas de complications obstétricales, elle est assurée par un gynécologue obstétricien. L'importance d'un bon suivi postnatal dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

La consultation curative des enfants moins de 5 ans : c'est un ensemble de soins délivrer à chaque enfant moins de 5 ans l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins[18].

4. METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude et lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le CSCOM de Sangarebougou dans le district sanitaire de Kati, région de Koulikoro. Le CSCOM de Sangarebougou est situé dans la commune du même nom. Cette commune est limitée au Nord par la commune rurale de Safo, au Sud et à l'Ouest par Boukassoumbougou et Konatébougou en commune 1 du District de Bamako, à l'Est par Fombabougou et Titibougou, commune rurale de Moribabougou.

4.2. Période et type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale dont la collecte s'est déroulée du 10 Septembre au 30 Octobre 2023 et à concerné les données enregistrées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2020 à un an avant FBR et celles enregistrées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2022 à un an de mise en œuvre du FBR

4.3. Population d'étude

L'étude a concerné les enfants de 0 à 5 ans, à partir des registres et supports de soins et certains agents de santé dans le CSCOM de Sangarébougou.

4.3.1. Critères d'inclusion

Etaient inclus dans notre étude

- tous les supports comportant les données des enfants de 0 à 5 ans reçus pour des soins préventifs pendant la période d'étude,
- tous les supports comportant les données des enfants de 0 à 5 ans reçus pour des soins curatifs pendant la période d'étude
- les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du FBR

4.3.2. Critères de non inclusion

N'étaient pas inclus dans notre étude

- tous les supports ne comportant pas les données des enfants de 0 à 5 ans ;

- tous les supports non exploitables
- les données enregistrées en dehors de la période d'étude ;

4.4.Déroulement et collecte des données

Le recueil des données a été fait sur les registres disponibles et exploitables sur le site d'étude. Les données ont été recueillies de deux de façons :

Extraction des informations des données des enfants à partir des registres de vaccination, de consultation, des rapports mensuels ou trimestriels pendant les deux périodes considérées.

Interview individuelle des acteurs de mise en œuvre du FBR

4.5.Variables étudiées

Les indicateurs relatifs à la santé infantile ayant fait l'objet de cette étude sont notamment le nombre d'enfants complètement vaccinés, nombre d'enfant pris en charge par des soins curatifs, nombre de références faites (et contre références) par les formations sanitaires.

4.6.Saisie et analyse des données

Les données ont été collectées à l'aide des fiches d'enquêtes, des registres de consultations, de vaccination, saisie et analysées par le logiciel SPSS version 21. Les statistiques descriptives ont concerné les fréquences, les pourcentages et les moyennes. Les références ont été insérées à l'aide de Zotero.

4.7.Considérations éthiques

Un avis favorable des autorités sanitaires pour utilisation des outils de collecte dans la structure sanitaire a été demandé. L'exploitation des documents a été faite dans le respect des règles de confidentialité. Aucun outil de collecte n'a comporté de nom et de prénom ou de tous autres distinctifs permettant de distinguer la personne interviewée. Nous avons obtenu le consentement éclairé des enquêtés avant le début de l'enquête.

5. RESULTATS

Durant la période nous avons colligé toutes les informations comportant les données des enfants de 0 à 5 ans reçus pour des soins préventifs et curatifs

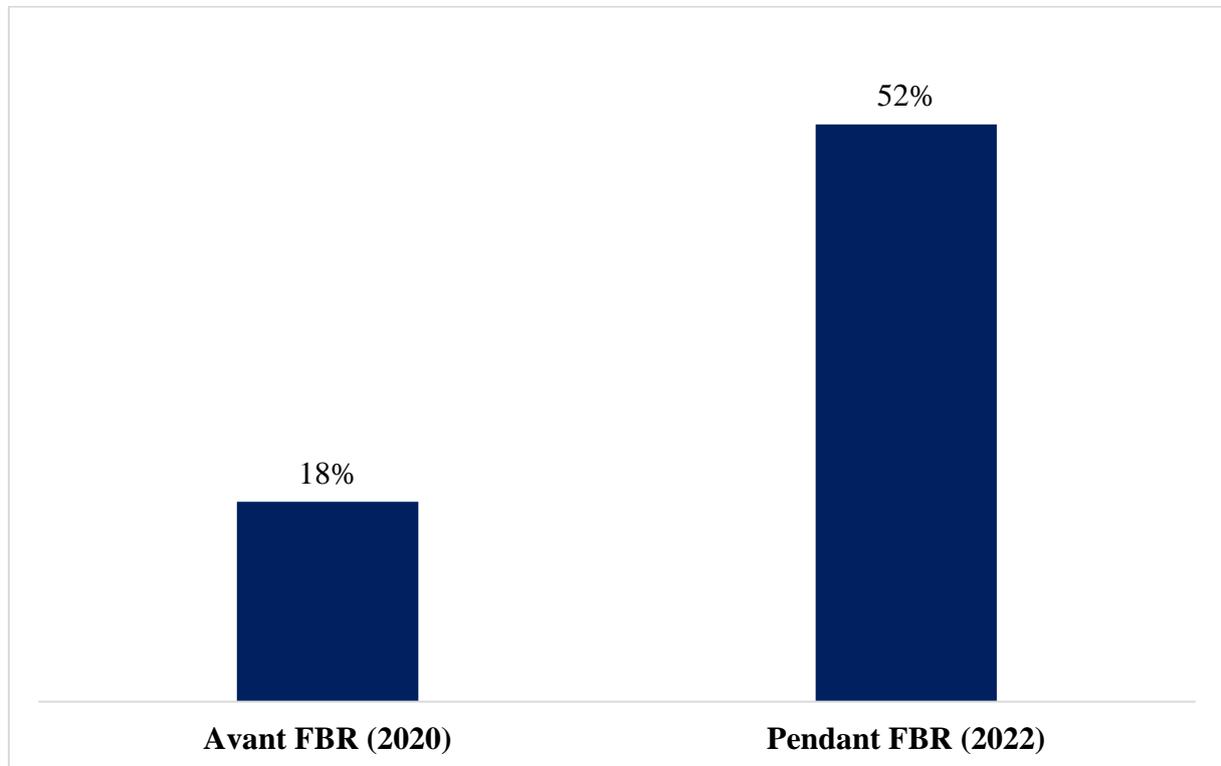


Figure 4 : Couverture des soins curatifs à un (1)an avant FBR et à un(1) an de mise en œuvre duFBR

Par rapport aux soins curatifs nous avons constaté un écart énorme des taux de soins curatifs des enfants passant de 18% avant à 52% pendant le programme financement basé sur le résultat soit une augmentation de 34%.

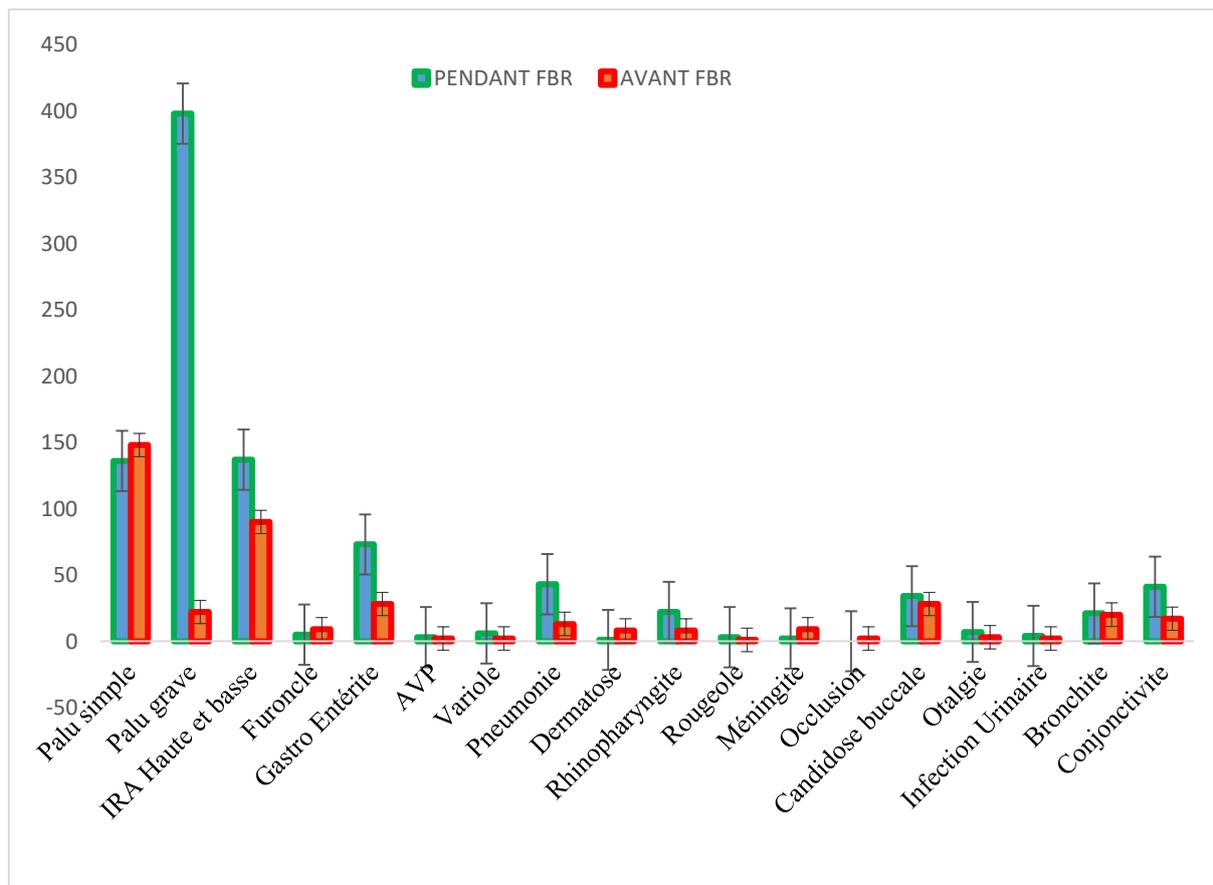


Figure 5 : La différence entre les taux des soins curatifs des enfants à un(1) an avant et 1 an de mise en œuvre du FBR

La différence entre les taux des soins curatifs des enfants étaient significatif quant à la prise en charge des cas de paludisme graves, des infections respiratoires aiguë basses et hautes, des gastro-entérites et des pneumonies.

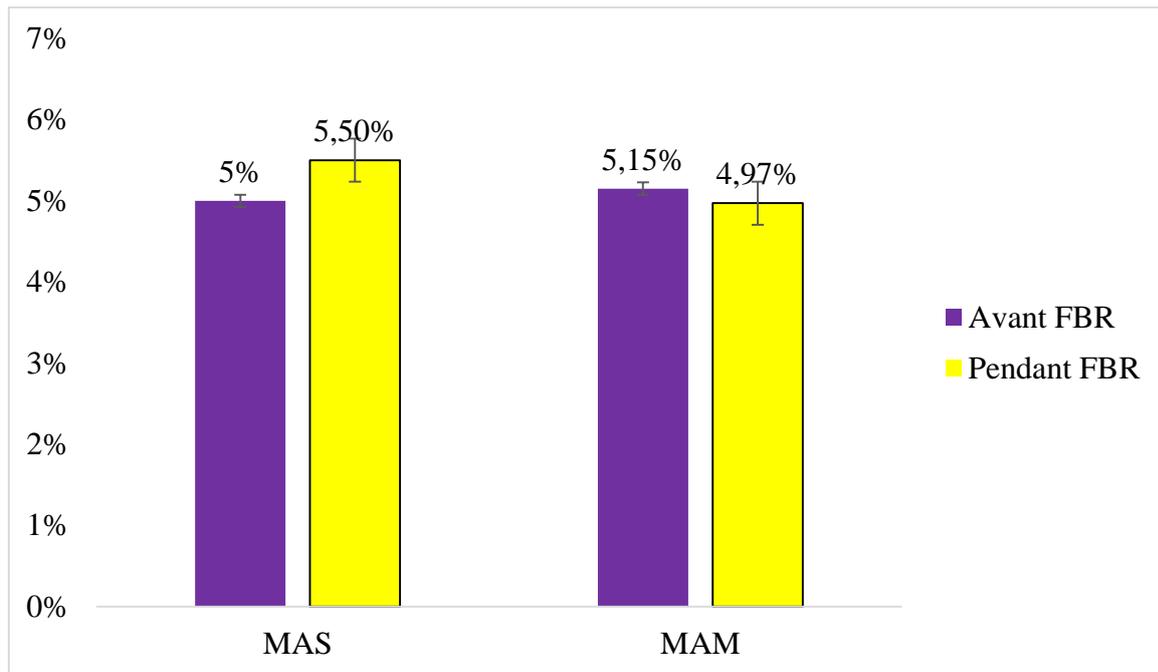


Figure 6 : Taux de prise en charge de la malnutrition 1an avant et à un(1) an de mise en œuvre du FBR.

Concernant la prise en charge des cas de malnutrition, le taux de prise en charge de malnutrition aiguë sévère a augmenté de 5% avant le programme FBR à 5,5% pendant le programme FBR de façon significative. Par contre ceux de la malnutrition aiguë modérée avant le programme FBR ne différaient pas à celui pendant le FBR.

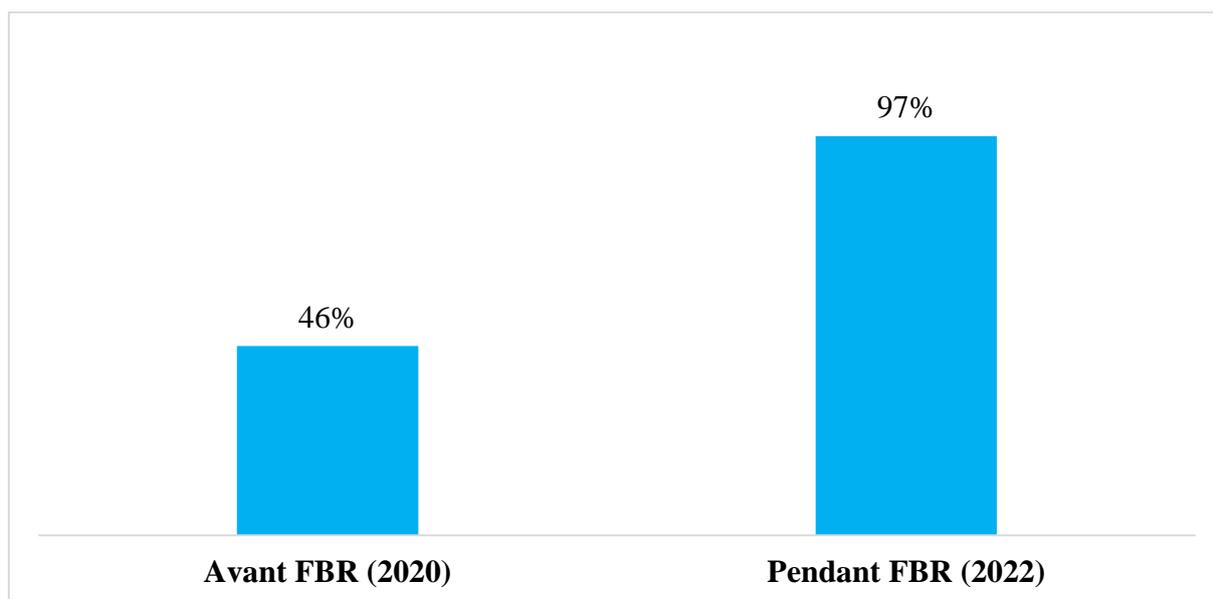


Figure 7 : Taux des enfants ayant bénéficié de la vitamine A un (1) an avant le FBR et à un (1)an de mise en œuvre du FBR

Pour la prise de la vitamine A, le taux d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu de la vitamine est passé de 46% avant le programme FBR à 97% pendant le FBR soit une augmentation de 51%.

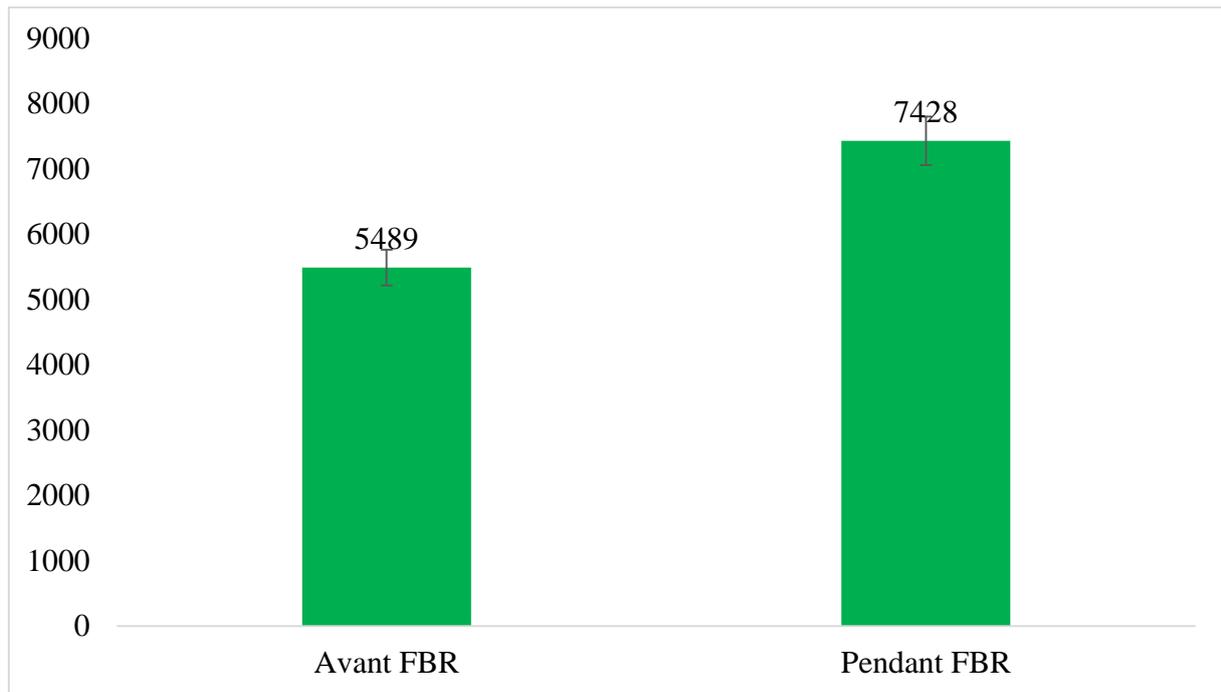


Figure 8 : Nombre total d'enfants vaccinés à un(1) an avant et à un(1) an de mise en œuvre du FBR

Le nombre total d'enfants vaccinés a augmenté de 5489 avant le programme FBR à 7428 pendant le programme.

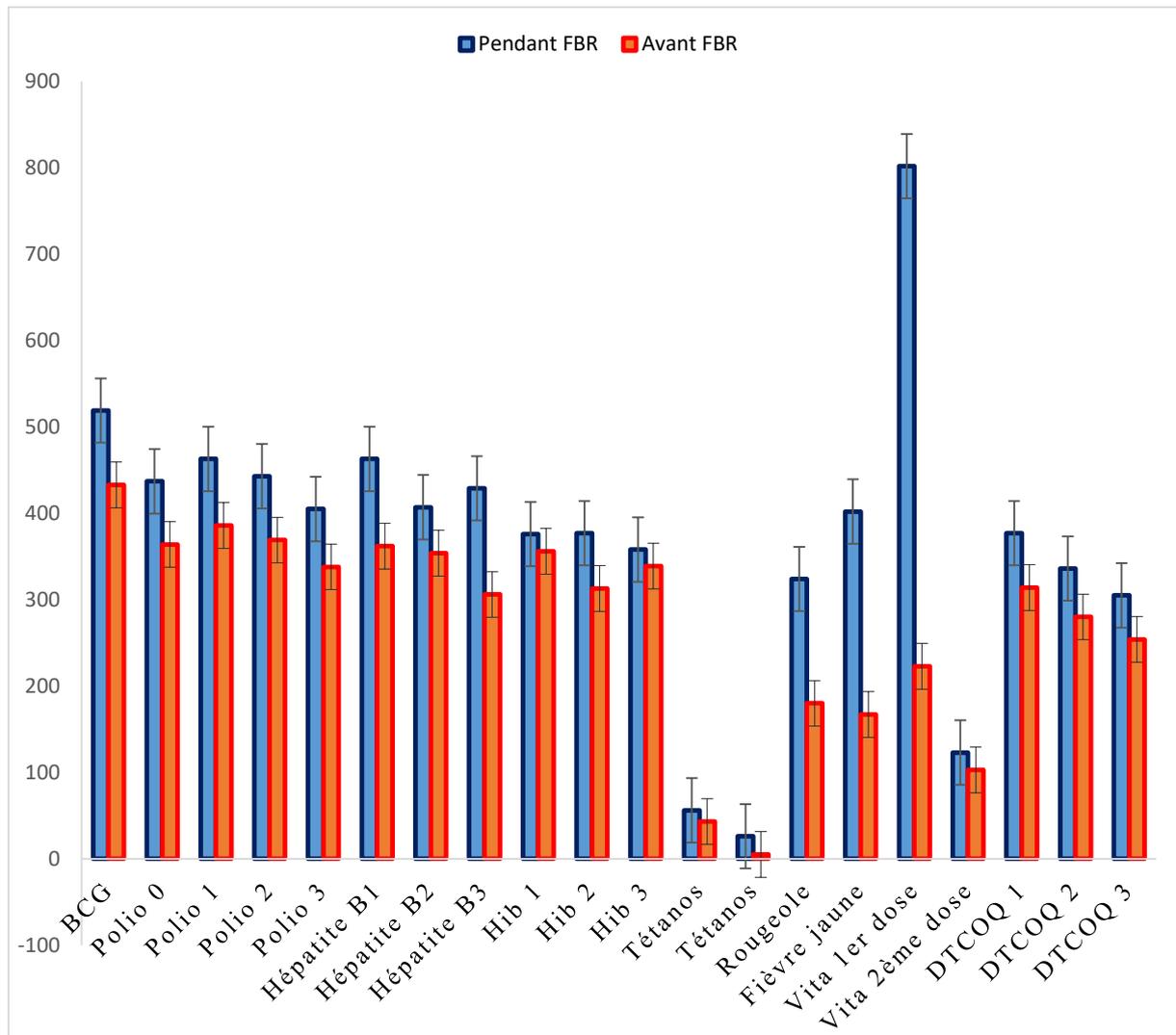


Figure 9 : Comparaison du nombre d'enfants vaccinés par type de vaccin avant et pendant le FBR

Quant à la vaccination, nous avons constaté une augmentation nette du nombre d'enfants vaccinés de façon significative notamment le BCG, les vaccins contre la poliomyélite et l'hépatite B, la rougeole, la fièvre jaune.

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons mené une étude transversale au cours de laquelle, nous avons évalué l'état de lieux des soins procurés aux enfants de moins de 5 ans dans le centre de santé communautaire de *Sangarébougou, région de Koulikoro*.

6.4. Soins curatifs

Le pourcentage de soins curatifs des enfants s'est nettement amélioré avec l'instauration du financement basé sur les résultats passant de 18% en 2020 avant le FBR à 52% en 2022 au cours du FBR soit une augmentation de 34% des soins curatifs des enfants de moins de 5 ans. La différence entre les taux des soins curatifs des enfants était significative quant à la prise en charge des cas de paludisme graves, des infections respiratoires aiguës basses et hautes, des gastro-entérites et des pneumonies.

Par contre dans leur étude au Mali, Zombré et al [8] ont constaté que le rythme de croissance des résultats infantile a été quasi identique dans les deux groupes à celui de la période précédant l'introduction du programme pilote FBR pour les visites postnatales ($p > 0,98$), les consultations chez les moins de cinq ans ($p > 0,93$) et les enfants complètement vaccinés ($p > 0,57$) suggérant que le programme pilote FBR n'a pas eu d'impact sur la tendance des résultats ciblés en matière de santé maternelle et infantile dans les CSCOM d'intervention. Selon les mêmes auteurs, après le retrait du programme pilote FBR, une diminution statistiquement non significative de la tendance des consultations postnatales, des consultations curatives des moins de cinq ans et des enfants complètement vaccinés dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin a été observé [8].

Ces différences pourraient s'expliquer par certains nombres de facteurs importants, notamment le contexte. L'étude de Zombré était sur un programme pilote très nouvel dans le contexte malien, et implémenté dans 26 centres de santé de façon simultanée et la majorité des dépenses étaient directement à la charge des ménages [8,9]. Par ailleurs, si la mise en œuvre des interventions de santé

publique nécessite un certain temps pour produire les effets attendus, la très courte durée du programme pilote FBR au Mali (16 mois) n'a pas permis à l'équipe de s'appuyer sur l'expérience des premiers centres de santé pour corriger progressivement les imperfections comme prévu [6]. Il est également possible que l'intervention pilote FBR n'ait pas eu suffisamment de temps pour stimuler la demande au niveau de la population ce qui n'était pas le cas de notre centre de santé qui a tiré suffisamment de profit des expériences passées.

Cependant, selon une étude réalisée au Rwanda sur l'impact du financement basé sur les résultats pour la santé, a démontré que le financement basé sur les résultats peut contribuer à accroître la prestation de services et la qualité des soins, améliorant ainsi la performance du secteur de la santé [43]. De même au Burkina Faso, à partir des données du système national d'information sanitaire, une autre étude a conclu que le programme pilote FBR mis en œuvre dans trois districts du Burkina Faso a permis, d'augmenter le nombre de consultations (27,7%) et de consultations postnatales avancées (119%) [44].

Il faut noter qu'avec la prise en compte des insuffisances du programme FBR dans les autres centres de santé, les indicateurs de santé maternelle et infantile seront améliorés comme nous pouvons constater dans notre étude avec une augmentation de 34% de taux de consultations pour les soins curatifs des enfants.

Dans l'ensemble, comparée à d'autres preuves issues de la multitude d'évaluations du financement basé sur les résultats récemment menés, cette étude à partir de ce résultat de soins curatif démontre clairement que le FBR peut être utilisé pour accroître la fourniture d'au moins certains services de santé ciblés.

Concernant la prise en charge des cas de malnutrition, le taux de prise en charge de malnutrition aiguë sévère a augmenté de 5% avant le programme FBR à 5,5% pendant le programme FBR de façon significative. Par contre ceux de la malnutrition aiguë modérée avant le programme FBR ne différaient pas à celui pendant le FBR.

6.5. Soins préventifs

Dans notre étude, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu de la vitamine est passé de 46% avant le programme FBR à 97% pendant le FBR soit une augmentation de 51%. Le nombre total d'enfants vaccinés a augmenté de 5489 avant le programme FBR à 7428 pendant le programme. Nous avons constaté une augmentation significative du nombre d'enfants vaccinés de façon significative notamment le BCG, les vaccins contre la poliomyélite et l'hépatite B, la rougeole, la fièvre jaune.

Ce résultat est comparable à celui de Basinga et al [10] qui ont rapporté une augmentation du nombre de visites de soins préventifs pour les enfants âgés de 23 mois ou moins (56%) et âgés de 24 mois à 59 mois (132%), la rémunération des prestataires de soins de santé primaires en fonction de leurs performances. Tandis que Bonfrer et al [3] dans leur étude n'ont signalé aucun impact significatif du financement basé sur la performance sur la vaccination contre le tétanos ou la vaccination des enfants.

Une étude du système Philippines a révélé que le financement basé sur la performance améliorerait la santé générale des enfants et réduisait l'émaciation [45]. Pour le Rwanda, premier pays africain à introduire un financement basé sur la performance à l'échelle nationale, les résultats d'une analyse des différences [46] ont indiqué qu'un tel financement a amélioré la qualité des résultats nutritionnels des enfants. Par contre en Burundi, Bonfrer et al [3] n'ont trouvé aucun effet du financement basé sur la performance sur les taux de vaccination.

Partant de ces résultats nous pouvons dire que le financement basé sur le résultat dans les pays à revenu faible ou intermédiaire nécessite un accompagnement en termes de sensibilisation de la communauté sur l'importance de tel programme. En gros on peut retenir, comme l'ont déjà constaté dans la littérature certaines études montraient une influence, d'autres n'en montraient aucune. Ces auteurs misent

sur le coût des services aux utilisateurs pour expliquer ce constat comme l'ont fait Soeters et coll [47].

7. CONCLUSION

La mise en œuvre du programme pilote FBR dans le centre de santé communautaire de Sangaréboucou a créé des conditions exceptionnelles pour une évaluation rapide de ses effets. Dans l'ensemble, l'introduction du programme pilote FBR a eu des effets significatifs sur la couverture des services de santé infantile de ce CSCoM. Bien que plusieurs gains aient été générés par la mise en œuvre du programme FBR, nos résultats pourraient être limités du fait de la conception de l'étude s'étendant dans un seul centre de santé communautaire mais aussi ces résultats pourraient être affectée par le contexte de la pandémie à COVID-19. Des études approfondies sont nécessaire afin de mettre œuvre la prise ou l'absence d'effet du programmes de financement basé sur les résultats dans nos formations sanitaires.

8. Recommandations

Aux autorités politiques et administratives

- Introduire le programme FBR dans services de santé infantile des différents CSCom du Mali ;
- Instaurer un programme de sensibilisation des populations par rapport aux avantages de la vaccination des enfants ;

Aux agents de santé

- Faire correctement la vaccination ;
- Expliquer aux parents les avantages des soins préventifs chez les enfants

A la population

- Se rendre dans les centres de santé dès le début des symptômes ;
- Suivre les conseils des agents de santé

9. REFERENCES

1. Soeters R, Habineza C, Peerenboom PB. Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. *Bull World Health Organ.* nov 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. *Glob Health.* 2 sept 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 Aff Proj Hope.* déc 2014;33(12):2179-87.
4. Barnes A, Brown GW, Harman S. Locating health diplomacy through African negotiations on performance-based funding in global health. *J Health Dipl.* 2015;1(3).
5. 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.* 1 févr 2013;13:92.
6. Canavan A, Toonen J, Elovainio R. Performance Based Financing An international review of the literature. 2008;26.
7. Ngah MPC, Essi MJ, Bela AC, Soeters R. Financement Basé sur la Performance et Indicateurs de Santé Infantile: Cas du District de Santé de Messamena –Cameroun. 2018;19(3):93-6.
8. Zombré D, Ridde MDA et V. Les effets du financement basé sur les résultats au Mali sur le recours aux soins. 2021 [cité 17 oct 2023]; Disponible sur: <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/chapter/les-effets-du-fbr-au-mali-sur-le-recours-aux-soins/>

9. Coulibaly A, Gautier L, Touré L, Ridde V. Le financement basé sur les résultats (FBR) au Mali : peut-on parler d'émergence d'une politique publique de santé ? *Int Dev Policy Rev Int Polit Dév* [Internet]. 1 janv 2020 [cité 17 oct 2023];(12.1). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/poldev/3242?lang=fr>
10. Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat AL, Sturdy J, Vermeersch CM. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *The Lancet*. 23 avr 2011;377(9775):1421-8.
11. 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. *Popul Health Metr*. 7 févr 2015;13(1):3.
12. 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*. 15 août 2015;15(1):170.
13. Déclaration d'Alma-Ata [Internet]. 1978 [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>
14. Ridde V. Is the Bamako Initiative still relevant for West African health systems? *Int J Health Serv Plan Adm Eval*. 2011;41(1):175-84.
15. Falkingham J. Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. *Soc Sci Med* 1982. janv 2004;58(2):247-58.
16. Gotsadze G, Bennett S, Ranson K, Gzirishvili D. Health care-seeking behaviour and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia. *Health Policy Plan*. juill 2005;20(4):232-42.

17. 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 Amst Neth.* déc 2004;70(3):327-45.
18. Soeters R, Batundi F, Bossuyt M, Ekouangue M, Ename H, Enandjoum B, Fritsche G, Habineza C. Financement basé sur la performance en action Théorie et Instruments.[Livre], 9 ième édition 2018 : 259p.
19. Ireland M, Paul E, Dujardin B. Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? *Bull World Health Organ.* 1 sept 2011;89(9):695-8.
20. 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 Serv Res.* 22 avr 2014;14(1):180.
21. Pluye P, Potvin L, Denis JL. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Eval Program Plann.* mai 2004;27(2):121-33.
22. Johnson K, Hays C, Center H, Daley C. Building capacity and sustainable prevention innovations: a sustainability planning model. *Eval Program Plann.* 1 mai 2004;27(2):135-49.
23. Moullin JC, Sabater-Hernández D, Fernandez-Llimos F, Benrimoj SI. A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. *Health Res Policy Syst.* 14 mars 2015;13(1):16.
24. Chambers DA, Glasgow RE, Stange KC. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implement Sci.* 2 oct 2013;8(1):117.

25. Oxman AD, Fretheim A. An Overview of Research on the Effects of Results-Based Financing [Internet]. Oslo, Norway: Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH); 2008 [cité 20 nov 2023]. (NIPH Systematic Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK464844/>
26. 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.* juill 2016;31(3):309-48.
27. Hollweck T, Robert K, Yin. *Case Study Research Design and Methods* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. *Can J Program Eval.* 1 mars 2016;30 : 282 p.
28. Gautier L. Le financement basé sur les résultats au Mali.
29. État de la santé dans la région africaine de l'OMS : analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
30. Samb O. Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso. *Tiers-Monde.* 1 mars 2013;
31. Cassidy I, Doody O, Meskell P. Exploring factors that influence HRQoL for people living with Parkinson's in one region of Ireland: A cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 23 déc 2022;22:994.
32. 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. *Implement Sci.* 7 août 2009;4(1):50.
33. Pluye P, Potvin L, Denis JL, Pelletier J, Mannoni C. Program Sustainability Begins with First Events. *Eval Program Plann.* 1 mai 2005;28:123-37.

34. Ridde V, Pluye P, Queuille L. Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. oct 2006;54(5):421-31.
35. Magendo A. Pérennisation des changements et des résultats des interventions sanitaires dans les pays en développement (étude de cas du PNMLS). 4 mai 2015 [cité 27 nov 2023]; Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12089>
36. PNUD. Rapport sur le développement humain 2015 - Travailler pour le développement humain [EN/AR] - Monde | SecoursWeb [Internet]. 2015 [cité 27 nov 2023]. Disponible sur: <https://reliefweb.int/report/world/human-development-report-2015-work-human-development-enar>
37. United Nations Statistics Division. Country Profile: Mali [Internet]. 2016 [Internet]. 2016 [cité 27 nov 2023]. Disponible sur: <https://reliefweb.int/report/mali/wfp-mali-country-brief-october-2016>
38. Fay C, Koné YF, Quiminal C, éditeurs. Décentralisation et pouvoirs en Afrique : En contrepoint, modèles territoriaux français [Internet]. Décentralisation et pouvoirs en Afrique : En contrepoint, modèles territoriaux français. Marseille: IRD Éditions; 2018 [cité 27 nov 2023]. 514 p. (Colloques et séminaires). Disponible sur: <http://books.openedition.org/irdeditions/16490>
39. Seppéy M. La pérennisation de programmes de financement basé sur les résultats : étude de cas au Mali. 3 avr 2017 [cité 17 oct 2023]; Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/18913>
40. Toonen J, Dao D, Matthijssen J, Koné B. Final evaluation: Accelerating the achievement of MDG 5 in the Koulikoro region - Results-based financing pilot project in the circles of Dioïla and Banamba. Royal Tropical Institute; 2014.

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. Secrétariat général. PRODESS II prolonge 2009 2011: Composante santé. In: Mali MdlSd, editor. 2009.
43. Morgan L. Signed, sealed, delivered? Evidence from Rwanda on the impact of results-based financing for health. World Bank. 2009;
44. Steenland M, Robyn PJ, Compaore P, Kabore M, Tapsoba B, Zongo A, et al. Performance-based financing to increase utilization of maternal health services: Evidence from Burkina Faso. *SSM - Popul Health*. déc 2017;3:179-84.
45. Peabody J, Shimkhada R, Quimbo S, Florentino J, Bacate M, McCulloch CE, et al. Financial incentives and measurement improved physicians' quality of care in the Philippines. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(4):773-81.
46. 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).
47. Soeters R, Peerenboom PB, Mushagalusa P, Kimanuka C. Performance-based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo. *Health Aff Proj Hope*. août 2011;30(8):1518-27.

10. ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : COULIBALY **Prénom :** Mory

Mail :

Tél : (00223) 91312261.

Titre : Impact du financement basé sur les résultats sur la couverture des soins curatifs et préventifs chez les enfants de 0 à 5 ans au centre de santé communautaire de sangarebougou

Année de soutenance : 2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine d'odontostomatologie et de la faculté de pharmacie.

Secteur d'intérêt : Santé publique, Pédiatrie.

Résumé :

Introduction : Le financement basé sur les résultats (FBR) est un mode de financement liant les motivations aux performances pour améliorer les services de santé. Le but de cette étude était d'étudier l'effet du FBR sur les indicateurs de santé des enfants de 0 à 5 ans après un (1) an de mise en œuvre de la stratégie au CSCOM de Sangaréougou. **Méthode :** Il s'agissait d'une étude transversale allant du 10 Septembre au 30 Octobre 2023 et à concerner les données enregistrées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2020 à un an avant FBR et celles enregistrées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2022 à un an de mise en œuvre du FBR. Nous avons inclus tous les supports comportant les données des enfants de 0 à 5 ans reçus pour des soins préventifs pendant la période d'étude. Les données ont été collectées à l'aide des fiches d'enquêtes, des registres de consultations, de vaccination, saisie et analysées par le logiciel SPSS version 21. L'exploitation des documents a été faite dans le respect des règles de confidentialité. **Résultat :** Le pourcentage de soins curatifs des enfants s'est nettement amélioré avec l'instauration du financement basé sur les résultats passant de 18% en 2020 avant le FBR à 52% en 2022 au cours du FBR soit une augmentation de 34% des soins curatifs des enfants de moins de 5 ans. Concernant la prise en charge des cas de malnutrition, le taux de prise en charge de malnutrition aiguë sévère a augmenté de 5% avant le programme FBR à 5,5% pendant le programme FBR de façon significative. Par contre ceux de la malnutrition aiguë modérée avant le programme FBR ne différaient pas à celui pendant le FBR. Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu de la vitamine est passé de 46% avant le programme FBR à 97% pendant le FBR

soit une augmentation de 51%.Le nombre total d'enfants vacciné a augmenté de 5489 avant le programme FBR à 7428 pendant le programme. **Conclusion** : l'introduction du programme pilote FBR a eu des effets significatifs sur la couverture des services de santé infantile de ce CCom. **Mots clés** : FBR, Indicateurs de santé, Enfants, CSCOM, Sangarébougu, Mali.

Summary :

Introduction: Results-based financing (RBF) is a financing method linking incentives to performance to improve health services. The aim of this study was to investigate the effect of RBF on the health indicators of children aged 0-5 years after one (1) year of implementation of the strategy at the Sangarébouyou CSCOM. **Method:** This was a cross-sectional study running from 10 September to 30 October 2023 and concerned data recorded between¹ January and 31 December 2020, one year before FBR, and those recorded between¹ January and 31 December 2022, one year after FBR implementation. We included all media with data for children aged 0-5 years received for preventive care during the study period. Data were collected using survey forms, consultation and vaccination registers, entered and analysed using SPSS version 21 software. Documents were processed in compliance with confidentiality rules. **Result:** The percentage of curative care for children improved significantly with the introduction of results-based financing, rising from 18% in 2020 before the FBR to 52% in 2022 during the FBR, i.e. an increase of 34% in curative care for children under 5. With regard to the management of cases of malnutrition, the rate of management of severe acute malnutrition increased significantly from 5% before the FBR programme to 5.5% during the FBR programme. On the other hand, the rate of moderate acute malnutrition before the FBR programme did not differ from that during the FBR programme. The percentage of children under 5 receiving vitamin supplements rose from 46% before the FBR programme to 97% during the FBR programme, an increase of 51%, and the total number of children vaccinated rose from 5,489 before the FBR programme to 7,428 during the programme. **Conclusion:** The introduction of the FBR pilot programme had a significant impact on the coverage of child health services in this CSCOM.

Key words: FBR, Health indicators, Children, ComHC, Sangarébouyou, Mali.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je le Jure !!