

PÉRENNISATION D'UN PROJET-PILOTE DE FINANCEMENT BASÉ SUR LES RÉSULTATS: ÉTUDE DE CAS DE 2 DISTRICTS SANITAIRES AU MALI

Mathieu Seppey¹, Valéry Ridde¹, Laurence Touré², Abdourahmane Coulibaly²

1- IRSPUM (www.equitesante.org/) 2- MISELI (www.miselimali.org/) Correspondance: math.seppey@gmail.com

CONTEXTE

Le financement basé sur les résultats (FBR) émerge comme une nouvelle alternative de financement du système de santé en Afrique.

Au Mali, un projet-pilote a été effectué de février 2012 à décembre 2013 afin d'améliorer la demande ainsi que l'offre de services de santé en finançant à la performance.

Objectifs:

Évaluer le degré de pérennité du projet et comprendre le processus de pérennisation.

Le **FBR** consiste en l'attribution de fonds à des organisations/agents de santé atteignant des cibles de qualité et de quantité de soins de santé.

$Services\ ciblés \times \uparrow Motivation$

=

$(\uparrow Qualité + \uparrow Quantité) \Rightarrow \uparrow (Offre = Demande)$

MÉTHODOLOGIE

Participants

- 49 parties prenantes interviewées (administrateurs, agents de santé, concepteurs)

Sites

- 6 Centres de santé communautaires
- 2 Centres de santé de référence

Documents

- 12 documents collectés

Analyse thématique

- Utilisation d'un cadre conceptuel intégré de la pérennité et de la pérennisation

RÉFÉRENCES

- Pluye P, Potvin L, Denis J-L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. Evaluation and Program Planning. 2004;27(2):121-33.
- Chambers D, Glasgow R, Stange K. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. Implementation Science. 2013;8(1):117.
- Johnson K, Hays C, Center H, Daley C. Building capacity and sustainable prevention innovations: a sustainability planning model. Evaluation and Program Planning. 2004;27(2):135-49.

RÉSULTATS: Faible routinisation des 5 déterminants de la pérennité

Mémoire organisationnelle

- Investissements dans l'organisation

(matériels, ressources humaines, fournitures, immobiliers, etc.)

- Dépréciation des investissements

(perte d'expertise, matériels endommagés, etc.)

- Niveau de ressources acquises durant le projet non pérenne

Valeurs/Codes

- Objectifs correspondants

(meilleure qualité de services et réinvestissement en santé)

- Accent sur les résultats et les paiements

(perte des objectifs et rituels du projet à long terme)

- Fossé entre les langages

(incompréhension entre les parties prenantes – prestataires de soins et personnel de gestion)

Règles/Procédures

- Clarification des tâches

(spécialisation et/ou réorganisation)

- Renforcement des supervisions durant le projet

(fréquence, meilleure rétroaction, soutien dans la planification d'activités)

- Peu de rétention des procédures après le projet

(e.g. bon accueil, processus d'enregistrement des patients)

Adaptation

- Projet basé sur les besoins

(activités adressant des besoins organisationnels, individuels, locaux et nationaux)

- Compatibilité structurelle

(utilisation de structures, d'activités et de procédures préexistantes pour l'implantation)

- Préséance du projet sur les centres

(non prise en compte des spécificités de chaque centre de santé)

Développement des relations inter-acteurs

- Rassemblement des acteurs

(municipalités, associations de femmes et des jeunes, leaders religieux, etc.)

- Meilleure communication durant le projet

(rapports, réunions, canaux informels)

- Relations basées sur les résultats

(perte de communication inter-acteurs et désinvestissement de certains)

RÉSULTATS: Processus de pérennisation en 5 phases incomplet

Évaluation des capacités

- Identification des ressources manquantes

(employés, matériel, formation...)

- Coopération inter-acteur préexistante

(projet SIEC, présence à long terme de la coopération néerlandaise)

- Manque de leadership lors de la mise en œuvre

(acteurs hiérarchiquement élevés)

- Perte de financement

(étude de base de l'USAID)

- Évaluations des capacités locales peu prises en compte

Planification de la pérennité

- Projet expérimental

(durée déterminée du projet)

- Manque de correspondance entre le projet-pilote et le projet de mise à l'échelle

Actions

- Peu d'actions prises pour la pérennité car :

- manque d'appropriation
- haut roulement du personnel et des leaders

Évaluation de la pérennité

- Prépondérance de l'aspect financier

- Désintérêt de la pérennité

(rumeurs d'une mise à l'échelle financée par la Banque mondiale)

Modifications

Aucune modification pour pérenniser le projet

CONCLUSION

Les besoins sont:

- **Mieux planifier la pérennité/pérennisation**
- **Améliorer la compréhension du concept de pérennité et du processus de pérennisation**

Faible pérennité

Les activités de l'organisation hôte viennent de l'intervention mais ne sont pas routinisées en accord avec les 5 déterminants; à court terme, les activités ne sont pas garanties

Degré de pérennité

Nulle Précaire **FAIBLE** Médium Haute