

« Si je fais... c'est zéro ! » - Perceptions à mi-parcours de la mise en œuvre du FBR : cas d'une étude qualitative du processus dans le district de Diébougou

Yaogo M. (1, 2) ; Gali Gali (1, 2) ; Sanon V.P. (2) ; Koudougou V. (2) ; Keita A. (1, 2), Zongo S. (3), Somé P.A. (4), Ridde V. (5)

1 = UCAO-UUB (Bobo-Dioulasso) ; 2 = Zama Forum / ADCE - Afrique (Bobo-Dioulasso) ; 3 = INSS/CNRST (Ouagadougou) ; 4 = AGIR (Ouagadougou) ; 5 = Université de Montréal (Canada)

Introduction

Le FBR est défini comme « une approche du système de santé axée sur les résultats, qui vise l'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins à travers une approche contractuelle » (MS, 2013, p. 11).

Mise en place progressive par le MS (appui Banque mondiale) en 2011 dans 3 districts puis extension en 2013 à 15 districts et 4 CHR.

→ Intérêt de données probantes pour mieux comprendre les résultats d'impact, expliciter les enjeux de mise en œuvre, le jeu des acteurs et les stratégies d'adaptation au cœur de l'analyse d'interventions complexes.

→ Résultats à mi-parcours d'une étude qualitative sur l'implantation et le début de mise en œuvre (6 CSPS et CMA du district de D.)

Méthode

Etude qualitative associée à une approche pluridisciplinaire (méthodes mixtes) pour analyser : 1. la fidélité de l'implantation du FBR ; 2. le processus de mise en œuvre dans des contextes variés (CSPS, CMA).

Sélection raisonnée de cas contrastés (3 CSPS performants et 3 moins performants) et enquête couplée (CSPS plus performant + CSPS moins performant) pour chacune des 3 modalités FBR (FBR1, FBR2, FBR3) + CMA.

Trois techniques méthodologiques utilisées : 1. observation du contexte général (centres de santé, sites) ; 2. discussions informelles avec différentes catégories d'informateurs ; 3. entretiens formels (83 dans les 6 CSPS et 31 au CMA), avec les acteurs impliqués dans la préparation et la mise en œuvre.

Résultats

▪ Démarrage effectif (décembre 2014) précédé d'une rencontre (information, formation) au district (septembre 2014). Mais retard pour certaines activités (contrat de performance, contrôle communautaire, prise en charge des indigents).

▪ Conditions défavorables dans certains cas (infrastructures, matériel et intrants, contrats de performance tardifs et insuffisance de personnel), mais adhésion et enthousiasme des acteurs et de la population à l'implantation.

▪ Partout (CSPS, CMA), l'achat des prestations (catalyseur) a provoqué un engouement du personnel, avec une amélioration de la qualité et de la quantité des services. Mais les exigences qualité excluent les prestations des agents non éligibles, d'où un mécontentement : « Si je fais CPN... pesées... accouchement c'est zéro... » (A-S4)

→ **Changements positifs** : accueil, organisation, amélioration quantitative et qualité des prestations ; disponibilité ressources financières, diminution des absences), performances accrues (cf. mesures des services de suivi et de contrôle FBR), sélection d'indigents pour des soins gratuits.

• « Pour moi c'est un changement parce qu'avant ce n'était pas ainsi » (U-S3)

• « On ne faisait pas plus de 5000 F de recettes par jour mais maintenant on atteint 90000 » (A-S2)

→ **Changements négatifs** : charge de travail, baisse de l'engouement initial, adaptations non conformes.

• « ... les gens trouvent le travail trop intensif ; c'est un travail infernal » (A-S1)

• « ... avec le retard de paiement des subsides, je pense que l'engouement a diminué... » (A-S1)

• « ... en temps normal tes VAD ça ne doit pas dépasser 10 mais tu vas trouver quelqu'un qui a fait plus de 100 VAD » (A-S4) ;

→ **Ce qui n'a pas changé**

➢ Centres de santé (CSPS, CMA) :

1. paiement des soins et des médicaments par les usagers ; 2. non achat / soins des agents non éligibles ; 3. insuffisance infrastructures, équipement, personnel ; 4. activités de routine ordinaires / COGES et ASC.

➢ Usagers et population résidente :

1. informations de base non connues sur le FBR ; 2. faible implication pour activités préventives (VAD) ; 3. intérêt pour le FBR assimilé à un « projet » classique (logiques clientélistes).

➢ Leaders communautaires : 1. peu informés du FBR (origines, objectifs, fonctionnement) ; 2. impliqués pour la sélection des indigents (rôles sociaux habituels).



Discussion/Conclusion

➢ Implantation des interventions sans une préparation suffisante (évaluation des besoins, formation des acteurs), avec des disparités matérielles, financières et en ressources humaines entre les structures de santé. Ces aléas et contradictions (Olivier de Sardan et Ridde, 2014) ont des répercussions négatives sur le processus de mise en œuvre (« If implementation fails, everything fails », Chen 2004).

➢ Perturbations du processus dues au paiement tardif des incitatifs, d'où une démotivation qui remet en cause le principe même du FBR.

➢ Accueil favorable de l'intervention mais connaissances insuffisantes du FBR perçu comme un « projet », une « aide » par la population (logiques similaires de détournements par certains acteurs cf. Bierschenk, Olivier de Sardan et Chauveau 2000, Yaogo 2004).

➢ Incertitudes conjoncturelles de l'Etat (moult engagements passés et récents) concernant le passage à plus large échelle suggérée par plusieurs informateurs pour une répartition plus équitable des interventions.