

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/337897190>

Le Financement basé sur les résultats (FBR) au Mali : peut-on parler d'émergence d'une politique publique de santé ?

Article · December 2019

DOI: 10.4000/poldev.3242

CITATIONS

0

READS

40

4 authors, including:



Lara Gautier
McGill University

45 PUBLICATIONS 124 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Valéry Ridde
Université de Montréal

539 PUBLICATIONS 3,973 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Realist evaluation of the Universal Health Coverage - Partnership [View project](#)



crise alimentaire 2004-5 au Niger et son effet sur la santé nutritionnelle des enfants [View project](#)

Le Financement basé sur les résultats (FBR) au Mali : peut-on parler d'émergence d'une politique publique de santé ?

Abdourahmane Coulibaly, Lara Gautier, Laurence Touré et Valéry Ridde



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/poldev/3242>

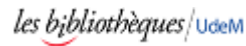
DOI : 10.4000/poldev.3242

ISSN : 1663-9391

Éditeur

Institut de hautes études internationales et du développement

Ce document vous est offert par Bibliothèques de l'Université de Montréal



Référence électronique

Abdourahmane Coulibaly, Lara Gautier, Laurence Touré et Valéry Ridde, « Le Financement basé sur les résultats (FBR) au Mali : peut-on parler d'émergence d'une politique publique de santé ? », *International Development Policy | Revue internationale de politique de développement* [En ligne], 12.1 | 2020, mis en ligne le 11 décembre 2019, consulté le 14 décembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/poldev/3242> ; DOI : 10.4000/poldev.3242

Ce document a été généré automatiquement le 14 décembre 2019.

Creative Commons Attribution-NonCommercial 3.0 Unported License.

Le Financement basé sur les résultats (FBR) au Mali : peut-on parler d'émergence d'une politique publique de santé ?

Abdourahmane Coulibaly, Lara Gautier, Laurence Touré et Valéry Ridde

Nous remercions les instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), les affaires mondiales du Canada et le Centre de recherche pour le développement international (CRDI) dont les fonds ont permis de financer cette recherche dans le cadre de l'Initiative pour la santé des mères et des enfants d'Afrique (ISMEA).

1. Introduction

- 1 En Afrique, le terme 'FBR' pour 'financement basé sur les résultats' traduit une approche dans laquelle 'les fournisseurs de soins de santé sont payés pour fournir des services spécifiques, à condition que les services suivent des protocoles explicites, avec un système d'inspection et d'audit pour assurer la conformité et améliorer la qualité si nécessaire' (Musgrove, 2011, 4). Sa diffusion en Afrique sub-saharienne a été particulièrement rapide (Gautier et al, 2018). 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 (Gautier, 2019b).
- 2 La crise politico-sécuritaire qui a suivi le coup d'état de mars 2012 a eu une incidence a priori limitée sur le processus de mise en place du premier projet pilote de FBR. En effet, contrairement à beaucoup d'autres donateurs, les financements des bailleurs néerlandais de ce projet, n'ont pas été interrompus. En revanche, un autre projet pilote de FBR, financé par la Banque mondiale dans le cadre du Projet de renforcement de la santé de la reproduction (PRSR) qui devait démarrer dès 2012 n'a démarré qu'en 2016 à cause de la crise politique (Banque mondiale, 2017). Le premier projet pilote a été

expérimenté entre 2012 et 2013 dans trois districts sanitaires de la région de Koulikoro pendant 18 mois. Il a été conçu par des organisations de coopération néerlandaises. Selon les auteurs de l'évaluation de ce projet – également acteurs de sa mise en œuvre – ce premier projet pilote a donné lieu à une augmentation de l'utilisation des services et de la couverture sanitaire et une amélioration de la qualité des services (KIT/SNV, 2014). Dans cet article, nous nommons cette première expérimentation 'premier projet FBR'. A partir de juillet 2016, le second projet pilote financé par la Banque mondiale a été mis en œuvre pendant huit mois dans tous les dix districts sanitaires que compte la région de Koulikoro. Dans ce texte, il est désigné sous le nom de 'second projet FBR'.

- 3 Le FBR a fait l'objet de divers travaux de recherche qui se sont notamment interrogés sur sa mise en œuvre et les résultats obtenus dans les pays à faibles revenus (Gorter et al, 2013). Cependant, la question de l'émergence a été très peu abordée par les chercheurs. Un article récent a donné des éclairages sur le processus de diffusion du FBR et le rôle des entrepreneurs politiques dans leur diffusion au Mali (Gautier et al, 2019a). Notre travail s'inscrit dans cette production de connaissances et s'intéresse à des phénomènes distincts de la diffusion, en utilisant la théorie des courants de Kingdon (1984) pour interroger le contexte socio-politique et historique de l'émergence. S'appuyant sur cette même théorie, certains chercheurs ont exploré la question de l'émergence du FBR en Afrique (Sieleunou et al, 2017 ; Kiendrébéogo et al, 2017). Toutefois, ces différents travaux n'ont pas suffisamment insisté sur l'influence du contexte socio-politique ou encore les processus d'appropriation (Gautier et Ridde, 2017). Le présent article vise à combler ce vide en répondant à trois questions de recherche : Quelles ont été les formes d'appropriation du FBR au Mali ? Le FBR s'est-il construit en tant que politique publique dans le domaine de la santé au Mali ? Peut-on parler d'émergence d'une politique publique de FBR à ce stade ?

2. Méthodes de recherche

2.1 Cadre conceptuel

- 4 Une politique publique peut être définie comme 'étant faite d'activités orientées vers la solution de problèmes publics dans un environnement, et ce par des acteurs politiques dont les relations sont structurées et évoluent dans le temps.' (Lemieux, 2002, 6). En sciences politiques, la 'mise sur agenda' ou 'émergence' d'une politique publique concerne le processus à travers lequel une question devient un sujet de préoccupation politique. Plusieurs modèles d'émergence des politiques publiques ont été proposés (Garraud, 1990 ; Lascoumes et Le Galés, 2007). Kingdon (1984) est l'un des premiers politologues à réfléchir à la question. Sa thèse repose sur les interrelations entre trois courants structurant la sphère politique : le 'courant des problèmes' (ex : situation pouvant entraîner une intervention des autorités publiques), le 'courant des solutions' (ex : différentes options de solutions relatives au problème identifié) et le 'courant des orientations' (ex : climat politique, changements dans l'opinion publique, mouvements sociaux). Selon Kingdon, l'émergence intervient en cas de couplage réussi entre le courant des problèmes et le courant des orientations. Ce couplage est facilité par deux éléments essentiels : les fenêtres d'opportunité (occasions favorables qui permettent de réunir les courants) et la présence d'entrepreneurs politiques (acteurs qui utilisent leur connaissance du processus pour faire avancer leurs propres objectifs politiques).

- 5 Dans le présent travail, nous cherchons à exploiter un cadre d'analyse pouvant nous aider à penser l'ensemble de nos questionnements concernant l'émergence du FBR dans le contexte du Mali. La théorie des courants de Kingdon (1984) peut nous apporter beaucoup d'éclairages à ce sujet. Cependant, elle ne suffit pas pour analyser en profondeur la façon dont les acteurs sociaux interagissent. Les normes plurielles qui caractérisent le contexte du développement, leur instabilité et leur caractère souvent informel favorisent l'instauration de multiples formes d'ajustements dans la gestion de l'action publique qu'il convient d'étudier (Winter, 2001). La notion d'arène est particulièrement utile pour décrire cette réalité complexe. Elle correspond à des usages polysémiques (Dartigues, 2001). À la suite de Bailey qui l'aborde comme un lieu de compétition politique (Bailey, 1971), elle a été utilisée en anthropologie pour aider à penser le contexte multi-acteurs qui est celui du développement (Olivier de Sardan, 1995).

2.2 Techniques de collecte et approches d'analyse des données

- 6 Notre démarche méthodologique s'est appuyée sur les techniques d'enquête qualitative et notamment les entretiens semi-structurés. Entre février et août 2016, 33 entretiens ont été réalisés avec les différents acteurs qui ont été impliqués dans la conception et la mise en œuvre des politiques et programmes de santé au Mali. Les personnes interrogées relevaient d'une variété d'institutions (Table 1).

Table 1. Institutions et nombre d'entretiens effectués

Institutions	Nombre de répondants
Direction nationale de la santé (DNS) et autres services rattachés au ministère de la santé	12
PRSR	1
Organisations internationales	5
Fédération nationale des associations de santé communautaire (FENASCOM)/ Association des municipalités du Mali (AMM).	5
Anciens directeurs nationaux ou anciens cadres de la DNS	5
Agents de santé dans les districts sanitaires	3
Société conseil (SC)	2
Total	33 ¹

source : auteurs

- 7 La sélection des répondants a été basée sur le simple critère simple d'avoir été en contact avec le premier ou le second projet FBR. Les organisations internationales ont été sélectionnées parmi celles qui interviennent dans le domaine de la santé au Mali.

3. Résultats

3.1 Récurrence des problèmes, multiplicité des solutions et des orientations : le FBR comme alternative

Les problèmes

- 8 Un problème intervient dès lors que ' les gens sont convaincus que quelque chose peut être fait pour améliorer la situation' (Kingdon, 1984, 119). Dans le domaine de la santé au Mali, il existe de nombreux problèmes. Nous avons choisi d'en évoquer quelques-uns qui préoccupent particulièrement les autorités et auxquels les documents officiels font souvent allusion.

La faiblesse des indicateurs de santé

- 9 La faible performance du système de santé est une préoccupation récurrente. L'accessibilité aux soins dans un rayon de 5 km est estimée à 58 pour cent et cette faible couverture géographique se conjugue avec un faible taux de consultations curatives (0,43 contacts/habitants/an), un taux d'accouchements assistés estimé à 53,35 pour cent, un taux d'utilisation de la planification familiale (PF) qui est de 8,8 pour cent (MSHP, MSAH, MPFEF, 2015). Les problèmes inscrits au centre des priorités du Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) 2014–2023 (Ministère de la santé, 2014) incluent notamment la faible qualité de l'offre de soins et le faible niveau d'utilisation des services.

Les problèmes de gestion et de motivation du personnel

- 10 Le faible niveau de recouvrement des coûts, l'inadéquation entre les politiques de gratuité et les objectifs de rentabilité des structures de santé (ex. gratuité de la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine vs. vente de médicaments antipaludéens aux centres de santé communautaire) constituent un handicap pour l'atteinte des objectifs sanitaires. Le rapport d'évaluation du PDDSS 1998–2007 a montré que 60 pour cent des fonctionnaires sont démotivés avec comme raison principale, la faiblesse de la rémunération (Ministère de la santé et Ministère du développement social, 2011).

Les problèmes d'accès aux soins

- 11 Malgré la multiplication des centres de santé communautaire², le développement des mutuelles depuis de nombreuses années, la mise en place de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et du Régime d'assurance médicale (RAMED) plus récemment, le chemin à parcourir pour atteindre les objectifs de couverture santé universelle est encore long. Le taux de couverture annuelle des mutuelles de santé reste encore faible, soit 4,47 pour cent en 2014 (Ouattara et Ndiaye, 2017). Par ailleurs, les plus pauvres n'ont pas accès aux services de santé pour des raisons économiques. Par exemple, les dépenses élevées pour les soins obstétricaux d'urgence ont contraint 44 pour cent des ménages à réduire leur consommation alimentaire (Arsenault et al, 2013).

Les solutions

- 12 Depuis l'adoption des soins de santé primaires en 1978, jusqu'au démarrage du premier PDDSS 20 ans plus tard, les réformes visant à améliorer les indicateurs de santé se sont succédées au Mali. Nous avons choisi d'en évoquer quelques-unes parmi les plus connues.

Les politiques d'exemption de paiement

- 13 L'initiative de Bamako lancée en 1987 avait mis un accent particulier sur le recouvrement des coûts comme modalité de financement des formations sanitaires. Cependant, face aux résultats peu satisfaisants, les pays africains se sont orientés vers l'adoption de mesures visant à les abolir (Ridde, 2015). C'est ainsi qu'au Mali, des mesures de gratuité concernant les pathologies les plus courantes ont été mises en place en l'espace de quelques années : 2004 pour le VIH/Sida, 2005 pour la césarienne et 2007 pour le paludisme (Touré, 2015). En 2005, Médecins sans frontières a tenté une expérience qui a permis d'améliorer l'utilisation des services essentiels par l'élimination des frais d'utilisation pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes (Ponsar et al, 2011).

Contractualisation, gestion axée sur les résultats, accréditation

- 14 À partir de 2007, le Ministère de la santé a mis en place une forme de contractualisation pour récompenser la performance, 'le contrat de performance des hôpitaux'. Le rapport d'évaluation de la performance des hôpitaux menée en 2018 fait état de certaines insuffisances dans la gestion des déchets biomédicaux, l'auto-évaluation, la gestion des médicaments essentiels génériques traceurs et fluides médicaux et l'organisation de la prise en charge des urgences (MSHP, 2019).
- 15 La Convention d'assistance mutuelle (CAM) constitue une autre forme de contractualisation dans laquelle les Associations de santé communautaires (ASACO) signent des contrats avec les collectivités locales afin d'obtenir des fonds publics pour mettre en œuvre des plans d'actions annuels dans le domaine de la santé (AMM, 2016).
- 16 L'accréditation des formations sanitaires a été expérimentée par certaines institutions internationales. C'est le cas du programme 'Kènèya Ciwara' mis en œuvre par l'ONG CARE entre 2003 et 2008 et du programme 'Blue Star' mis en œuvre par Marie Stopes International (MSI), à partir de 2012. Quant à la Gestion axée sur les résultats (GAR), il s'agit d'une approche qui encourage les gestionnaires des programmes à se focaliser plus sur les opportunités que sur les problèmes (Hadjaj-Castro et Wilbeaux, 2012). Depuis la Déclaration de Paris qui en a fait une de ses résolutions (OCDE, 2008), la GAR est de plus en plus présente dans les discours et beaucoup d'agents socio-sanitaires ont été formés dans ce domaine au Mali. Soulignons que toutes ces initiatives ont été inscrites dans le Programme de développement sanitaire et social 2014-2018 (PRODESS III) comme stratégies de motivation pour le personnel (MSHP, MSAHRN, MPFEF, 2014, 98).

Le FBR et sa valeur ajoutée

- 17 Le PRODESS III aborde la pertinence du FBR à partir de deux questions simples : 'Comment le système de santé peut-t-il mieux faire ? Comment mieux utiliser les

ressources limitées pour favoriser la bonne santé ?' (MSHP, MSAHRN, MPFEF, 2014, 104). Le FBR se présente ainsi comme une innovation permettant une meilleure utilisation des ressources. En comparant le FBR avec les approches précédentes, les personnes interrogées mettent en avant la particularité du FBR :

« Les stratégies précédentes ont connu leurs limites. Maintenant le FBR vient faire avancer davantage les choses... » (ancien Directeur national de la santé).

- 18 Pour certains répondants, le FBR est la synthèse de toutes les autres approches :

« Pour moi, je pense que FBR résume toutes ces expériences, accréditation, contractualisation, tout cela, quand tu regardes, ça se retrouve dans le FBR... » (membre de la Direction ressources humaines, secteur santé).

Les orientations

- 19 Les autorités en charge de la santé ont adopté plusieurs directives internationales, ainsi que des plans stratégiques nationaux. Les orientations décrites plus haut s'appuient sur un ensemble de propositions et recommandations.

Les directives internationales

- 20 Après les plans d'ajustement structurel impulsés par les institutions de Bretton Woods (Banque mondiale et Fond monétaire international) dans les pays en développement au cours de la décennie 1980, le principe qui guide désormais toute intervention des organisations internationales d'aide multilatérale est celui de 'bonne gouvernance' défini par des valeurs comme l'Etat de droit, la participation d'une pluralité d'acteurs, la transparence et la lutte contre la corruption (Baron, 2006). Le focus des organisations internationales sur la gouvernance a davantage porté sur la notion d'efficacité institutionnelle et de redevabilité vis-à-vis des bailleurs de fonds (institutions de Bretton Woods) que sur une amélioration de la participation des populations (Boidin, 2011). L'influence des donateurs affecte souvent l'appropriation nationale comme cela a été démontré dans le cas du Mali pour la mise en place des politiques de développement (Bergamaschi, 2008). C'est dans ce contexte qu'un grand nombre de pays africains ont expérimenté le FBR (Turcotte-Tremblay et al, 2018).
- 21 Les directives internationales évoquées le plus souvent par nos répondants comme ayant favorisé l'adoption du FBR sont l'Objectif du millénaire pour le développement 5 (OMD5, améliorer la santé maternelle), la Déclaration de Paris et le Plan d'action d'Accra (OCDE, 2008). Le Plan d'action d'Accra a été conçu pour renforcer et approfondir la mise en œuvre de la Déclaration de Paris (OCDE, 2008).

Les directives nationales

- 22 Le FBR intervient dans un contexte de décentralisation qui encourage l'implication des populations dans la gestion locale et favorise l'appropriation locale des politiques publiques. En 2002, le gouvernement a adopté un décret déterminant les compétences transférées par l'Etat aux collectivités territoriales dans le domaine de la santé (Décret n°02-314/P - RM du 04 juin 2002). Le FBR est détaillé dans une section du PRODESS III intitulée 'Financement des outputs' qui met l'accent sur ses avantages (atteinte des résultats plus rapide, autonomie de gestion, efficacité et efficacité, etc.) et ses principes (pages 104-105). Des détails sur le premier projet pilote ont été donnés par l'équipe de la SNV aux concepteurs de ce programme notamment la CSP/Santé qui a par ailleurs

bénéficié de l'appui de l'ambassade des Pays-Bas. Le FBR est absent des autres programmes nationaux notamment du Plan stratégique de la santé de la reproduction (Ministère de la santé, 2013).

- 23 Notons par ailleurs qu'il y a une profusion de documents stratégiques dans le secteur de la santé, notamment l'imbrication PDDSS/PRODESS (Plan stratégique national de la santé de la reproduction 2014 - 2018/Plan d'action national de planification familiale 2014 - 2018, MSHP, 2014). Cela se traduit par une 'fragmentation' voire une 'confusion' de politiques.

3.2 L'arène locale du FBR : diversité des acteurs et variation idéologique autour d'un projet commun

Les 'entrepreneurs politiques'

- 24 Pour Kingdon (2003, 179), les entrepreneurs sont des 'défenseurs, prêts à investir leurs ressources – temps, énergie, réputation, argent – à promouvoir une solution en échange de gains futurs anticipés'. La diffusion du FBR au Mali a été principalement l'œuvre d'entrepreneurs politiques locaux soutenus par des experts européens travaillant pour le compte d'organisations néerlandaises notamment l'Institut Royal des Pays Bas (KIT) et l'ONG Cordaid (Catholic Organisation for Relief and Development-Aid). Le KIT a réussi à négocier avec la DNS et l'ambassade des Pays-Bas (bailleur) pour qu'une partie des fonds destinée à l'atteinte des OMD5 soit utilisée pour financer le premier projet pilote (Gautier et al, 2019a). Notons que le représentant du KIT et le Directeur national de la santé à l'époque se connaissaient bien pour avoir travaillé ensemble avant d'occuper leurs postes respectifs :

« J'ai travaillé avec le responsable de KIT quand j'étais encore de la médecine..... Cela a facilité aussi les choses. » (ancien Directeur national de la santé)

- 25 Pour la mise en œuvre du projet, le KIT et la coopération néerlandaise (SNV) se sont associés en se répartissant les rôles : le premier s'occupe des activités de conception et de gestion et le second s'occupe de l'opérationnalisation de l'initiative sur le terrain. En participant à la mise en place du FBR, certains parmi les experts européens travaillant pour le KIT tenaient à renforcer leurs perspectives de carrière et obtenir une reconnaissance politique (Gautier et al, 2019a). À la fin du projet en 2013, un cabinet d'expertise privé auquel nous avons précédemment donné le nom de 'société conseil' a été créé avec comme Directeur général un ancien conseiller de la SNV qui a participé à la mise en œuvre du premier projet FBR. Il est secondé dans ses tâches par un consultant qui était le représentant du KIT dans le premier projet FBR. À la suite de l'appel d'offre de la Banque mondiale pour le recrutement d'une agence chargée de la mise en œuvre du second projet FBR, ce cabinet d'expertise a formé un consortium avec KIT et l'ONG CORDAID pour soumettre un dossier de candidature. Le consortium a été retenu pour mener cette mission.

FBR selon les organisations néerlandaises vs FBR selon la Banque mondiale

- 26 Dès les premiers débats sur le FBR sous l'impulsion du KIT, il y avait une forte demande pour un FBR adapté au contexte du Mali. Le premier projet FBR a ainsi été perçu comme un moyen de tester ce 'FBR à la malienne' et de supplanter ainsi la Banque

mondiale, à qui certains acteurs locaux prêtaient l'intention de vouloir tester un modèle de FBR 'standard' et non adapté :

« Au lieu que la Banque vienne nous coudre une camisole et nous mettre dans une camisole qui ne doit pas être la nôtre, permettez-nous de faire vraiment une expérience pilote à la malienne qui prend en compte les ASACO, ça n'existe nulle part » (membre de la société conseil).

- 27 Cette volonté d'adapter le projet n'a pas empêché ce dernier d'être perçu comme un projet importé :

« Voilà, sous cette forme-là, c'est la SNV qui l'a importé avec l'ambassade des Pays-Bas et qui nous a expliqué le contenu » (membre de l'AMM).

- 28 En définissant le second projet FBR comme une composante du PRSR, la Banque mondiale y voyait un moyen d'aider à l'amélioration des indicateurs de santé reproductive :

« Le FBR, comme les autres composantes du projet, doit contribuer à améliorer les indicateurs de la santé de la reproduction à la fin du projet. » (coordonnateur de programme au PRSR).

- 29 Ce second projet a été lui aussi souvent perçu par les acteurs comme un projet peu inclusif du fait d'une participation assez limitée des autres parties prenantes à sa formulation. En particulier, par rapport au projet pilote précédent, il impliquait de façon moindre le gouvernement dans la démarche d'élaboration et de gestion. La Banque mondiale s'est largement imposée dans la définition du contenu et le suivi de la mise en œuvre du projet. L'élaboration du manuel des procédures du second projet FBR a été confiée au consortium précité (composé d'acteurs maliens et hollandais) qui a reçu des consignes pour ne pas sortir des chemins tracés par la Banque mondiale sur le plan des indicateurs et de la tarification. Les membres du consortium ont participé à la mise en œuvre de ce 'FBR Banque mondiale' en tant qu'exécutants, sans possibilité d'influencer ou de changer quoi que ce soit.

Des fenêtres d'opportunités au gré des offres de financement et des nominations

- 30 Les fenêtres d'opportunité dans le domaine du FBR font référence à des situations précises qui ont favorisé la mise en place du premier et du second projet. Dans le contexte de notre étude, les fenêtres d'opportunités ont surtout été liées à la mobilisation des financements par les bailleurs. Les fonds OMD5 ont servi à financer le premier projet FBR. Le plaidoyer d'un ancien Directeur national de la santé favorable au FBR – devenu par la suite membre du cabinet du ministre de la santé – a joué un rôle déterminant dans l'octroi des fonds ayant servi à financer le premier projet FBR. La seconde opportunité de financement du FBR est le Projet de renforcement de la santé de la reproduction (PRSR) qui comprend un volet FBR.

3.3 Une émergence sous contrainte

L'impact limité des projets pilotes

- 31 Aucun des deux projets pilotes n'a réussi à démontrer que le FBR était une solution efficace et efficiente aux problèmes relevés (Zombré et al, 2017 ; Zitti et al, 2019). Ils ont été mis en œuvre sur une durée courte (18 mois pour le premier et 8 mois pour le second), ce qui n'a pas été suffisant pour les acteurs de la mise en œuvre pour s'organiser et faire face aux nombreux défis. Le retard très important accusé dans le

démarrage du second projet FBR (4 ans de retard sur le calendrier initialement prévu) a également eu un impact négatif sur la motivation du personnel de santé. 'Le projet [second projet pilote] a été annoncé depuis combien de temps et on n'a rien vu jusque-là, je me demande s'il va vraiment commencer un jour' (agent de santé d'un district sanitaire). Ce retard est lié à plusieurs événements, y compris la crise sécuritaire. L'instabilité du personnel et les procédures de la Banque mondiale qui sont décrites comme lentes ont aussi joué un rôle déterminant dans cette situation. La première Coordinatrice de l'unité de coordination du projet a aussi démissionné. Une nouvelle coordinatrice a été recrutée. La gestion fiduciaire avait été confiée à un cabinet qui a fini par rendre lui aussi sa démission. Le recrutement de l'agence de mise en œuvre a connu un retard considérable. Un des responsables de la Banque mondiale a eu des relations souvent tendues avec les partenaires maliens qui sont nombreux à penser que cette personne est à l'origine du démarrage tardif du second projet pilote. Depuis la fin du premier projet FBR en 2013, pas moins de quatre ministres et secrétaires généraux manifestant plus ou moins d'engagement pour le FBR se sont succédés à la tête du Ministère de la santé, sans que l'expertise acquise autour de cette solution demeure.

Une expertise en FBR peu valorisée et mal structurée

- 32 Au-delà de la formation théorique, les acteurs qui ont accumulé une expérience pratique dans le suivi et la mise en œuvre des projets FBR sont en nombre très limité. Ces acteurs sont rattachés, soit à la société conseil, soit à la division qui s'occupe du FBR à la DNS. La société conseil qui revendique un statut de 'cabinet d'expertise' dispose d'une technicité légitimée par la participation de ses membres à la mise en œuvre du premier projet FBR. Après cette mise en œuvre, il y a eu très peu d'initiatives visant à développer le réseautage entre ces différents acteurs : 'On n'a pas encore mis en place de réseau à cause des occupations, mais ce n'est qu'une question de temps' (membre société conseil).
- 33 Beaucoup de cadres du Ministère de la santé formés pour la mise en œuvre des deux projets pilotes ont reçu de nouvelles affectations et ne sont plus en contact avec les activités liées au FBR. Le Directeur régional de la santé de Koulikoro au moment de la mise en œuvre du premier projet a été nommé à la DNS pour s'occuper de la division nutrition. Son chargé de planification a été muté à la DNS pour diriger un programme national non lié au FBR.

Des bailleurs peu décidés ou sous informés

- 34 Des bailleurs importants du secteur de la santé comme la coopération canadienne, l'USAID ou encore l'Unicef ont pris part à certaines rencontres lors de la mise en place du premier projet FBR. Pendant les premières années de mise en place du FBR beaucoup de partenaires techniques et financiers (PTF) savaient peu de chose du FBR.
- « Non, je n'ai pas entendu parler des projets pilotes dont vous parlez, je sais très peu de choses du FBR » (cadre ONG Care international).
- 35 Suite à la mise en œuvre des deux projets pilotes, il convient de noter que les PTF notamment les organismes des Nations unies sont de plus en plus nombreux à se familiariser avec l'approche FBR au cours des discussions du groupe des PTF qui interviennent dans le domaine de la santé notamment par le biais d'une diplomate hollandaise.

Une absence de médiatisation et de politisation

- 36 En dehors des cérémonies de lancement des deux projets pilotes ou des cérémonies organisées autour de la remise des primes pendant le premier projet, le FBR a été très peu médiatisé :
- « Il n'y en a pas eu de publicité dans les médias, mais c'est resté dans un cadre un peu intellectuel. Ce n'est pas sorti au grand jour » (cadre de la DNS).
- 37 Il y a eu très peu de communication autour de l'initiative même au Ministère de la santé où en dehors des agents directement impliqués dans la mise en œuvre du projet, la plupart des autres que nous avons interrogés ne connaissent pas le FBR. Sa 'récupération' à des fins politiques n'a pas non plus eu lieu :
- « Les politiciens connaissent mal les programmes de santé à plus forte raison une initiative aussi peu médiatisée que le FBR. » (cadre de la DNS).
- 38 Soulignons que cette faible politisation n'est pas spécifique au FBR et pourrait être étendue à bien d'autres programmes ou politiques sanitaires.

4. Discussion

- 39 Les résultats de l'étude présentée dans cet article suggèrent une absence d'émergence d'une politique publique de FBR au Mali, ce qui peut être expliqué par de multiples contraintes : faible influence des entrepreneurs politiques locaux, fenêtres d'opportunités limitées, bailleurs pas suffisamment intéressés. En outre, les projets pilotes ont été de courte durée, empêchant ainsi de nourrir le courant des solutions. Les données montrent que la stratégie de la persuasion a été fortement utilisée dès le départ par les entrepreneurs politiques pour amener les acteurs nationaux à adhérer au FBR. Les résultats périodiques du premier projet pilote ainsi que les résultats de son évaluation ont été partagés lors des réunions du comité de pilotage du projet rattaché à la DNS. Cette démarche discursive de 'cadrage politique' actif (*active framing*) est souvent utilisée par les entrepreneurs politiques pour convaincre les décideurs (Schmidt, 2002 ; Gautier et al, 2018). Kingdon (1984) fait la distinction entre quatre types d'acteurs – les 'responsables', les 'agents', les 'intéressés', les 'particuliers' – qu'il regroupe en deux catégories : les acteurs à l'intérieur du système gouvernemental et les acteurs à l'extérieur de ce système. Il est arrivé à la conclusion qu'aucun de ces types d'acteurs ne domine le processus d'émergence et que si une catégorie est bien placée pour le faire, c'est celle des politiciens. L'analyse de nos données a mis en évidence le rôle prépondérant joué par trois types d'acteurs dans le déploiement du FBR : (i) les hauts responsables du Ministère de la santé, (ii) les agents (cadres de la DNS) ainsi que les acteurs non gouvernementaux (KIT, SNV, SC). Les autres types d'acteurs repérés par Kingdon – les particuliers – qui renvoient à l'opinion publique et aux partis politiques, ne se sont pas exprimés. Aucune mobilisation de la société civile ni des partis politiques n'a été constatée.
- 40 La théorie de Kingdon a inspiré quelques travaux sur les politiques publiques en Afrique de l'Ouest. Kadio et ses co-auteurs (2017) ont utilisé la théorie des courants pour comprendre l'émergence et la formulation d'un programme de solidarité destiné aux plus pauvres au Burkina Faso. Certains travaux ont porté spécifiquement sur le FBR et notamment sur la question de l'appropriation nationale. C'est ainsi qu'il a été

démonstré qu'au Tchad, l'émergence d'une politique de FBR n'a pas eu lieu à cause du manque d'appropriation par les parties prenantes et de l'absence d'entrepreneurs politiques (Kiendrébéogo et al, 2017). A l'opposé, au Cameroun, l'émergence du FBR a été possible grâce à l'action des entrepreneurs politiques et notamment la Banque mondiale (Siéleounou et al, 2017). A travers une argumentation basée sur cette même théorie, Zida et ses co-auteurs (2017) ont expliqué comment a été prise la décision de créer deux unités (dont l'une chargée du FBR) au sein du Ministère de la santé du Burkina Faso. Ils concluent à une influence moindre des acteurs étrangers, et accordent une plus grande importance aux fenêtres d'opportunité (nomination d'un nouveau Ministre et changements administratifs dans l'allocation du budget).

- 41 La mise en place d'une politique publique révèle des rapports complexes entre le dispositif théorique et les pratiques. A partir d'un questionnaire sur la société civile au Niger, Lavigne Delville (2015) montre comment la formulation d'un projet a été marquée par l'ambiguïté des concepts, les jeux d'acteurs et le poids des dispositifs bureaucratiques.
- 42 Plusieurs auteurs ont souligné les limites du cadre des courants multiples (Kusi-Ampofo et al, 2015 ; Ridde, 2009). Dans une étude portant sur le modèle d'assurance santé en Inde, Shroff et al (2015) ont souligné que la théorie de Kingdon est flexible et n'a pas besoin d'être appliquée de façon mécanique. D'une manière générale en Afrique, les programmes de développement mobilisent peu la société civile et les partis politiques, d'où la nécessité de mieux contextualiser l'application de la théorie de Kingdon (Beaussier, 2017). Une telle posture demande de se focaliser moins sur le rôle des partis politiques pour faire émerger une politique publique et davantage sur celui des entrepreneurs politiques. Ces entrepreneurs politiques sont assimilables à des 'courtiers du développement' (Olivier de Sardan, 1995) ou à des 'courtiers en connaissance' (Ridde et al, 2013) en ce qu'ils jouent le rôle de 'passeurs' de l'innovation. Les spécificités contextuelles de la mise en œuvre du FBR ont été abordées dans une étude au Bénin qui montre que le FBR n'est pas un modèle rigide et qu'il peut s'adapter aux priorités des gouvernements bénéficiaires (Paul et al, 2017). Nos propres résultats soulignent que certains des entrepreneurs politiques ont fait le choix de construire un modèle de 'FBR à la malienne' lors de la mise en place du projet (Gautier et al. 2019a). Contrairement à l'architecture 'classique' des projets de FBR (Fritsche et al, 2014), le modèle malien accorde un rôle primordial aux acteurs locaux – notamment les ASACO et les mairies dans les districts sanitaires. Au Mali, le déploiement de ce modèle de FBR a toutefois été bâti sur un modèle plutôt 'top-down'. Le rôle dominant des acteurs étrangers et de cadres de haut niveau du Ministère de la santé dans ce processus n'a pas favorisé une véritable appropriation de la réforme par les 'exécutants' et les bénéficiaires (les agents de santé) travaillant dans les districts (Seppey et al, 2017). Ces agents perçoivent le FBR le plus souvent comme un 'projet venu d'ailleurs' avec ses ressources, son personnel et une durée de vie limitée.
- 43 Ces conclusions quant à l'implication des acteurs internationaux et le manque d'appropriation sont similaires aux résultats d'études concernant le FBR dans d'autres pays africains (Gautier et Ridde, 2017). Au Burundi, le processus d'émergence du FBR a été décrit comme étant approprié par le pays (Falisse et al, 2012) mais on constate que les initiatives pilotes de FBR (2006–2009), qui ont motivé le développement de la stratégie nationale en avril 2010, ont intégralement été menées par des acteurs extérieurs (bailleurs de fonds et ONG). Ces initiatives pilotes ont démarré 'avec l'accord

du Ministère de la santé' et non sous son instigation (Falisse et al, 2012). L'inscription sur l'agenda politique a donc clairement été influencée par ces acteurs extérieurs. En outre, en Tanzanie il apparaît clairement que les bailleurs allaient à l'encontre de la volonté du gouvernement (Chimhutu et al, 2015). La conclusion de l'étude souligne que les gouvernements bénéficiaires sont susceptibles de recevoir plus d'aide financière s'ils confient aux bailleurs de fonds le leadership du processus et la maîtrise de l'agenda politique. Ceci suggère non seulement que l'appropriation par les gouvernements nationaux des politiques de financement de la santé est très limitée, mais qu'en outre le système en place encourage un désengagement de l'État.

- 44 Dans d'autres domaines de la santé mondiale, il est généralement admis que les acteurs internationaux (y compris les bailleurs de fonds) représentent des éléments clés de l'élaboration des politiques dans de nombreux pays à revenu faible ou à revenu intermédiaire (Shiffman, 2007 ; Gautier et al, 2019b). Dans ces pays, l'introduction d'interventions complexes se fait souvent avec une forte implication des acteurs extérieurs (Meessen et al., 2011). Pourtant, le rôle de l'État dans l'émergence des problèmes publics est déterminant (Bosk et Hilgartner, 1988). Des travaux ont notamment montré que l'initiative gouvernementale est essentielle pour rendre une action visible ou, à l'opposé, mettre les politiques publiques 'sous silence' (Hassenteufel, 2010). Parfois, même si l'initiative vient de l'étranger, il peut s'opérer une réappropriation par le pays qui met en œuvre la réforme proposée. L'exemple des fonds d'équité dans le domaine de la santé au Cambodge montre que, malgré le rôle de premier plan joué par les acteurs internationaux dans l'introduction de cette initiative, une reprise en main par les acteurs nationaux a favorisé son émergence (Ir et al, 2010 ; Van de Poel et al, 2016).
- 45 Un soutien suffisant de la part des principales parties prenantes (notamment les gouvernements nationaux, les autorités publiques décentralisées, le personnel de santé, les donateurs et les agences d'aide) est une condition nécessaire pour pérenniser à long terme les politiques de financement de la santé dans les pays à faible revenu (Kiendrébéogo et Meessen, 2019). Cela ne semble pas être le cas dans de nombreux pays à faible revenu. A la différence du FBR, les politiques d'exemption de paiement ont toujours démarré avec un fort soutien au plus haut sommet de l'État et font l'objet d'une plus grande politisation (Ridde et Olivier de Sardan, 2012).
- 46 De futures recherches utilisant les théories des politiques publiques aideraient à défricher l'évolution des relations entre acteurs internationaux et gouvernements en santé mondiale, et en quoi ces relations influencent la décision politique.

5. Conclusion

- 47 Le fait que l'on n'assiste pas encore aujourd'hui à l'émergence d'une politique publique de FBR dans le domaine de la santé au Mali – et ce malgré la réflexion avancée sur de futurs projets de mise à l'échelle du FBR – s'explique largement par la multitude de contraintes et la portée limitée du courant des solutions. Les contraintes ont été favorisées par la marge de manœuvre limitée des entrepreneurs politiques dans un contexte où les fenêtres d'opportunité ont été également limitées. Au-delà du FBR, notre étude renvoie à la question de l'insertion d'une logique globale (le FBR) dans un milieu local, avec toute la trame de relations entre acteurs qui se met en place autour de ce processus.. La présente recherche permet de comprendre que l'étude des

dynamiques liées à l'émergence d'une politique publique a une portée heuristique d'autant plus grande qu'elle s'inscrit dans une démarche interdisciplinaire. Cette approche interdisciplinaire issue d'une réflexion partagée entre les sciences politiques, santé publique et science sociale, permet de cerner l'objet d'étude dans toute sa complexité.

BIBLIOGRAPHIE

- AMM (Association des municipalités du Mali) (2016) *Guide pratique pour l'amélioration de la gestion municipale de la santé communautaire* (Madrid : Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP))
- Arsenault, C., P. Fournier., A. Philibert., K. Sissoko., A. Coulibaly, C. Tourigny., M. Traoré et A. Dumont. (2013) 'Emergency obstetric care in Mali: catastrophic spending and its impoverishing effects on households', *Bull World Health Organ.* 91(3), pp. 207–216, DOI : 10.2471/BLT.12.108969
- Bailey, F.G. (1971) *Les règles du jeu politique* (Paris : PUF).
- Baron, C. (2006) 'La construction d'alternatives en économie du développement: Entre discours et pratiques', in E. Berr et J. M. Harribey (Dir.), *Le développement en question(s)*, (Bordeaux: Presses Universitaires de Bordeaux), pp. 111–139.
- Beaussier, A.M. (2017) 'Kingdon en Afrique? Théorie de la mise sur agenda et le développement d'un programme d'assistance santé au Burkina Faso', *Sciences Sociales et Santé*, 35(2), pp. 69-80.
- Bergamaschi, I. (2008) 'Mali: Patterns and limits of donor-driven ownership', GEG Working Paper, No. 2008/41 (Oxford: University of Oxford, Global Economic Governance Programme (GEG)).
- Boidin, B. (2011) 'La 'bonne gouvernance' et les pays en développement : le cas des politiques de santé au Gabon', *Éthique et économique/Ethics and Economics*, 8(2), pp. 192–214.
- Bosk, C. et S. Hilgartner (1988) 'The Rise and Fall of social Problem. A public Arena Model', *American Journal of Sociology*, 94(1), pp. 53–78.
- Chimhutu, V., M. Tjomsland., N.G. Songstad, M. Mrisho et K.M. Moland (2015) 'Introducing payment for performance in the health sector of Tanzania- the policy process', *Globalization and Health*, 11(1), pp. 1–38.
- Dartigues, L. (2001) *La notion d'arène. Intérêt pour la recherche en anthropologie politique*, halshs-00634920.
- Falisse, J-B., B. Meessen, J. Ndayishimiye et M. Bossuyt (2012) 'Community participation and voice mechanisms under performance-based financing schemes in Burundi', *Tropical Medicine and International Health*, 17(5), pp.674–82.
- Fritsche G., R. Soeters, B. Meessen (2014), *Boîte à outils : financement basé sur la performance FBP* (Washington DC : Banque mondiale). <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/17194/9782326000728.pdf> (consulté le 10 décembre 2019).
- Garraud, Ph. (1990) ' Politiques nationales: élaboration de l'agenda', *Année Sociologique*, 40(3), pp. 17–41.

- Gautier, L., A. Coulibaly, M. De Allegri, et V. Ridde, (2019a) 'From Amsterdam to Bamako: a qualitative case study on diffusion entrepreneurs' contribution to performance-based financing propagation in Mali', *Health policy and planning*, 34, pp. 656–666.
- Gautier, L., M. De Allegri, et V. Ridde (2019b). 'How is the discourse of performance-based financing shaped at the global level? A poststructural analysis', *Globalization and health*, 15(1).
- Gautier, L. et V. Ridde. (2017) 'Health financing policies in Sub-Saharan Africa: government ownership or donors' influence? A scoping review of policymaking processes', *Global Health Research and Policy*, 2(23), DOI: 10.1186/s41256-017-0043-x
- Gautier, L., J. Tosun, M. De Allegri et V. Ridde (2018) 'How do diffusion entrepreneurs spread policies? Insights from performance-based financing in Sub-Saharan Africa', *World Development*, 110, pp. 160–175.
- Gorter, A, P. Ir et B. Meessen (2013) *Evidence Review, Results-Based Financing of Maternal and Newborn Health Care in Low- and Lower-middle-Income Countries*, study commissioned and funded by the German Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ) through the sector project PROFILE at GIZ (Bonn: GIZ).
- Hadjaj-Castro, H. et N. Wilbeaux (2012) *Fiche N° 7 sur l'approche de gestion axée sur les résultats (GAR), Étude GCP 2003-2007*, (Bruxelles : COTA) http://www.cota.be/SPIP/article.php?id_article=63&artsuite=3 (consulté le 27 juin 2017)
- Hassenteufel, P. (2010) 'Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics', *Informations sociales* 1(157), pp. 50–58.
- Ir, P., M. Bigdeli., B. Meessen et W. Van Damme (2010) 'Translating knowledge into policy and action to promote health equity: the Health Equity Fund policy process in Cambodia 2000– 2008'. *Health Policy*, 96(3), pp. 200-209.
- Kadio, K., A. Ouédraogo, Y. Kafando et V. Ridde (2017) 'Emergence et formulation d'un programme de solidarité pour affilier les plus pauvres à une assurance maladie au Burkina Faso', *Sciences sociale et santé*, 35 (2), pp. 43–68.
- Kiendrébéogo, J.-A., Z.C. Shroff., A. Berthé., L. Yonli, M. Béchir et B. Meessen (2017) 'Why Performance-Based Financing in Chad failed to emerge on the national policy agenda?' *Health systems & reform*, 3(2), pp. 80-90.
- Kiendrébéogo J.A. et B. Meessen (2019) 'Ownership of health financing policies in low-income countries: a journey with more than one pathway', *BMJ Global Health*, DOI : 10.1136/bmjgh-2019-001762
- Kingdon, J.W. (2003) *Agendas, Alternatives and public policies*, (Boston: Longman, Addison - Wesley Educational Publishers Inc.), 2ème édition.
- Kingdon, J.W (1984) *Agendas, Alternatives, and Public Policies* (Boston: Little Brown).
- KIT/SNV (2014) *Accélérer l'atteinte de l'ODD5 dans la Région de Koulikoro, projet pilote financement basé sur les résultats dans les cercles de Doila et Banamba*, Rapport d'évaluation, version finale.
- Kusi-Ampofo, O., J. Church., C. Conteh et B.T. Heinmiller (2015) 'Resistance and Change: A Multiple Streams Approach to Understanding Health Policy Making in Ghana', *Journal of Health Politics Policy and Law*, 40(1), pp.195–219.
- Lascoumes, P. et P. Le Galés (2007) *Sociologie de l'Action Publique* (Paris : Armand Collin).
- Lavigne Delville, Ph. (2015) *Aide internationale et sociétés civiles au Niger* (Paris-Montpellier : Karthala-APAD-IRD).

- Lemieux, V. (2002) *L'étude des politiques publiques: les acteurs et leur pouvoir* (Québec : Presses de l'Université Laval).
- Meessen, B., A. Soucat et C. Sekabaraga (2011) 'Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform?' *Bull World Health Organ*; 89(2), pp.153-156.
- MSHP (Ministère de la santé et de l'hygiène publique) (2019) *Evaluation de la performance des hôpitaux au titre de l'année 2018, Rapport de synthèse* (Bamako : MSHP).
- MSHP (2018), *Annuaire SLIS* (Bamako, MSHP).
- MSHP (2014) *Plan d'action nationale de la planification nationale 2014-2018* (Bamako : MSHP).
- Ministère de la santé (2013) *Plan stratégique de la santé de la reproduction 2014-2018* (Bamako : Ministère de la Santé).
- Ministère de la Santé et Ministère du développement social (2011) *Evaluation Externe du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social 1998-2007* (Bamako : Ministère de la Santé et Ministère du développement social).
- MSHP, MSAH (Ministère de la solidarité et de l'action humanitaire), MPFEF (Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille) (2015), *Annuaire SNIS* (Bamako: MSHP, MSAH, MPFEF).
- MSHP, MSAH, MPFEF (2014) *Plan décennal de développement sanitaire et social 2014-2023, version finale* (Bamako : MSHP, MSAH, MPFEF).
- MSHP, MSAHRN (Ministère de la solidarité, de l'action humanitaire et de la reconstruction du Nord), MPFEF (Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille) (2014), *Programme décennal de développement sanitaire et social (PRODESS) 2014-2018, version finale* (Bamako : MSHP, MSAHRN, MPFEF).
- Musgrove, P. (2011) *Financial and Other Rewards for Good Performance or Results: A Guided Tour of Concepts and Terms and a Short Glossary* (Washington: Banque mondiale), https://www.rbfhealth.org/sites/rbf/files/RBFglossarylongrevised_0.pdf, (consulté le 26 avril 2017).
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995) *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social* (Paris : APAD-Karthala).
- OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique) (2008) *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et Plan d'action d'Accra* (Paris : OCDE) <https://www.oecd.org/fr/cad/efficacite/34579826.pdf> (consulté le 28 mars 2018).
- Ouattara, O. et P. Ndiaye (2017) *Potentielle des mutuelles de santé à la mise en œuvre de la couverture maladie universelle au Mali et au Sénégal*, (Belgique : Coordination MASMUT, Zone UEMOA).
- Ponsar, F., M. Van Herp., R. Zachariah., S. Gérard., M. Philips et G. Jouquet (2011) 'Abolishing user fees for children and pregnant women trebled uptake of malaria-related interventions in Kangaba, Mali', *Health Policy and Planning*, 26, pp. 72-83.
- Paillé, P. et A. Michielli (2016) *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, (Paris : Armand Colin).
- Paul, E., M.L. Dramé., J.-P. Kashala., A.E. Ndema., M. Kounnou., J.C. Aïssan et K. Gycelinck (2017), 'Performance-Based Financing to Strengthen the Health System in Benin: Challenging the Mainstream Approach', *Int J Health Policy Manag*, 7(1), pp. 35-47. DOI :10.15171/ijhpm.2017
- Ridde, V. (2009) 'Policy Implementation in an African State: An Extension of Kingdon's Multiple-Streams Approach', *Public Administration*, 87(4), pp. 938-954.

- Ridde V. et J.-P. Olivier de Sardan (2012), *Les politiques de suppression et de subvention du paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger* (Montréal : CRCHUM/LASDEL).
- Ridde, V., C. Dagenais et M. Boileau (2013) 'Une synthèse exploratoire du courtage en connaissance en santé publique', *Santé publique*, 25(2), pp. 137-145, DOI : 10.3917/spub.132.0137
- Ridde, V. (2015) 'From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: a story of pilot projects and public policies', *BMC Health Services Research BMC series*, DOI: 10.1186/1472-6963-15-S3-S6
- Sepey, M., V. Ridde., L. Touré et A. Coulibaly (2017) 'Donor – funded project's Sustainability Assessment: A qualitative case study of results - based financing project in Koulikoro Region, Mali', *Globalization and Health*, 13(86), DOI 10.1186/s12992-017-0307-8
- Sieleunou, I., A.M. Turcotte-Tremblay., J.C. Taptué Fotso, D.M. Tamga., H.A. Yumo., E. Kouokam et V. Ridde (2017) 'Setting Performance – Based Financing in the Health sector agenda: a case study in Cameroon', *Globalization and Health*, 13(1)52, DOI : 10.1186/s12992-017-0278-9
- Schmidt, V.A. (2002) 'Does discourse matter in the politics of welfare state adjustment?' *Comp Polit Stud.*, 35, pp. 168-93.
- Shiffman, J. (2007) 'Generating political priority for maternal mortality reduction in 5 developing countries'. *Am J Public Health*, 97(5), pp. 796-803. DOI :10.2105/ AJPH.2006.095455
- Shroff, Z.C, M.J. Roberts et M.R. Reich (2015) 'Agenda setting and policy adoption of India's national health insurance scheme: Rashtriya Swasthya Bima Yojana'. *Health Systems & Reform*, 1(2), pp. 107-118.
- Touré, L. (2015) 'User fee exemption policies in Mali: sustainability jeopardized by the malfunctioning of the health system', *BMC Health Serv Res*, 15(Suppl 3),S8, DOI : 10.1186/1472-6963-15-S3-S8
- Turcotte-Tremblay, A.M., L. Gautier, O. Bodson et V. Ridde, (2018) 'Le rôle des acteurs de la santé mondiale dans l'expansion du financement basé sur la performance dans les pays à faible et à moyen revenu', *Journal de gestion et d'économie médicales*, 36(5), pp. 261-279.
- Van de Poel, E., G. Flores., P. Ir et O. O'Donnell (2016), 'Impact of Performance-Based Financing in a Low-Resource Setting: A Decade of Experience in Cambodia', *Health Econ*, 25(6), pp. 688-705. DOI : 10.1002/hec.3219
- Winter, G. (Ed.) (2001) *Inégalités et politiques publiques en Afrique : pluralités des normes et jeux d'acteurs* (Paris : Karthala, IRD).
- Banque mondiale (2017) *Report No: ICR00004095, Implementation completion and results report (ida-h7530) on a grant in the amount of SDR 19 million (USD 30 million equivalent) to the Republic of Mali for a strengthening reproductive health project* (Washington: Banque mondiale) (SRHP): <http://documents.worldbank.org/curated/en/542131502720462868/pdf/completion-icr-for-mali-ml-strengthening-reprod-health-fy12-p124054-2-08112017.pdf> (consulté le 18 octobre 2019).
- Zida A., J.N. Lavis., N.A. Sewankambo., B. Kouyaté., K. Moat et J. Shearer (2017) 'Analysis of the policymaking process in Burkina Faso's health sector: case studies of the creation of two health system support units', *Health Research Policy and Systems*, 15(10), DOI 10.1186/s12961-017-0173-0
- Zitti T., L. Gautier., A. Coulibaly et V. Ridde (2019) 'Stakeholder Perceptions and Context of the Implementation of Performance-Based Financing in District Hospitals in Mali', *Int J Health Policy Manag*, 8(10), pp. 583-592. DOI : 10.15171/ijhpm.2019.45

Zombré, D., M. De Allegri et V. Ridde (2017) 'Les effets du FBR sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile dans la Région de Koulikoro', note de politique, <http://www.equitesante.org/effets-du-fbr-sur-lutilisation-des-services-de-sante-maternelle-et-infantile-au-mali/> (consulté le 3 décembre 2019).

NOTES

1. Parmi les 33 personnes interrogées figurent trois femmes. Cette prédominance des hommes s'explique par le fait que nous n'avons pas pu trouver beaucoup de femmes répondant à nos critères de sélection sur le plan de l'implication dans la préparation et la mise en œuvre des FBR. Tous les entretiens ont été réalisés par le premier auteur de cette étude. La méthode d'échantillonnage 'boule de neige' a largement inspiré notre démarche de sélection. Un consentement oral a été demandé à chaque répondant avant l'entretien conformément à la démarche indiquée dans le protocole de recherche et validé par le Comité d'éthique de l'Institut national de recherche en santé publique du Mali (Décision n 24/2015/CE – INRSP). L'enquête a été menée en français ou en bambara selon le choix de l'interlocuteur. Tous les entretiens ont été enregistrés et transcrits in extenso. Nous avons ensuite procédé à une analyse de contenu (Paillé et Mucchielli, 2016) tout en nous appuyant sur le cadre d'analyse inspiré de la théorie des courants. Une grille d'analyse a été utilisée et le codage a été effectué selon l'approche déductive-inductive. Les résultats préliminaires ont été présentés à plusieurs reprises localement afin de discuter de leur pertinence et plausibilité.

2. Selon la pyramide sanitaire du Mali, les centres de santé communautaires (CSCOM) représentent le premier niveau de recours aux soins et les centres de santé de référence (CSREF) le second niveau. Les CSCOM sont placés sous la responsabilité des associations de santé communautaire (ASACO) et sont aujourd'hui estimés à 1368 (MSHP, 2018).

RÉSUMÉS

Le financement basé sur les résultats (FBR) compte parmi les expérimentations récentes mises en place au Mali pour améliorer les indicateurs de santé maternelle et infantile. À partir d'une analyse basée sur la théorie des courants de Kingdon (1984) et d'une approche inspirée de l'anthropologie du développement, l'article présente une étude qualitative qui vise à décrire les formes d'appropriation nationale du FBR et à comprendre si, à ce stade, on peut parler d'émergence d'une politique publique de FBR dans ce pays. L'apport de cette étude se situe au double plan théorique (comprendre l'émergence d'une politique) et empirique (rôles des acteurs locaux et des acteurs internationaux). Les données proviennent de 33 entrevues qualitatives réalisées auprès de personnes représentant diverses institutions, notamment le Ministère de la santé. Les résultats suggèrent une absence d'émergence d'une politique publique de FBR au Mali à cause d'une myriade de contraintes : peu d'entrepreneurs politiques, peu de fenêtres d'opportunités et de partenaires financiers intéressés ainsi que de trop courtes durées de mise en œuvre des projets pilotes.

AUTEURS

ABDOURAHMANE COULIBALY

Abdourahmane Coulibaly est anthropologue, chercheur chargé du volet FBR à l'association MISELI, Maître-assistant à la Faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) du Mali, chercheur titulaire à l'Unité Mixte Internationale (UMI) 3189 : Université des sciences, des techniques et technologies de Bamako (USTTB), Université Cheick Anta Diop de Dakar (UCAD), Centre national de recherche scientifique et technologique (CNRST), Centre national de recherche (France).

LARA GAUTIER

Lara Gautier est chercheuse en sciences sociales, diplômée de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Montréal (ESPUM) et du Centre d'études en sciences sociales sur les mondes africains, américains et asiatiques (CESSMA, IRD-Université Paris-Diderot) de l'Université de Paris.

LAURENCE TOURÉ

Laurence Touré est anthropologue, Présidente de l'Association MISELI (Bamako), Mali.

VALÉRY RIDDE

Valéry Ridde est Directeur de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Centre populations et développement (CEPED) (IRD-Université de Paris), Equipes de recherche labélisées (ERL) - Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) SAGESUD.