Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

Jaccr Public Health

Article original

Amélioration de la qualité des services dans les formations sanitaires privées sous contrat de performance, résultats des évaluations dans la région de Koulikoro au Mali

Improving the Quality of Services in Private Health Facilities under Performance-Based Contracts: Evaluation Results in the Koulikoro Region, Mali

M Diabaté*[1], M Bagayoko[2], D Tamga[2,3], B Sangaré[3], O Diallo[4]

Résumé

Introduction : Le Mali, implémente depuis 2020, un programme de financement basé sur les résultats (FBR) pour réformer son mode de financement de la santé dans le cadre de sa marche vers la couverture sanitaire universelle, un des objectifs pour développement durable. Une des caractéristiques majeures de ce programme est une inclusion de tous les types de prestataires de soins de santé dont les formations sanitaires (FOSA) privées. Quatre ans après la mise en œuvre de cette intervention, la présente étude a été initiée pour évaluer l'évolution des scores qualité des formations sanitaires privées dans la région de Koulikoro.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive des données saisies dans le portail de gestion des informations du programme de financement basé sur les résultats.

Résultats : Malgré qu'avant le programme FBR peu de formations sanitaires privées subissaient des évaluations des régulateurs, la proportion d'usagers des formations sanitaires privées satisfaits de leur accueil est passé de 94 à 98%. Le niveau du score moyen de la satisfaction des patients (qui en plus de la qualité comprend plusieurs autres aspects) a augmenté d'année en année (passant de 85 à 92%) mais moins plus vite que les Centres de Santé Communautaires (CSCOM). Les FOSA privées (n'ayant pas de pharmacie pour la plupart et prescrivant majoritairement des médicaments en spécialité avec des soins plus chers que les CSCOM) avaient un score de satisfaction moins élevés que dans les CSCOM.

La moyenne du score d'évaluation de la qualité techniques des soins et services a progressé continuellement dans les formations sanitaires privées

(passant de 18 à 80%) moins vite que dans les centres de santé communautaire, quoiqu'elles disposent d'infrastructures de bien meilleure qualité. Il en est de même pour le score de bonne gestion financière.
Conclusion : La mise en œuvre des activités du financement basé sur les résultats dans les formations sanitaires privées a permis d'améliorer leur score de qualité technique, le niveau de satisfaction de leur clientèle et leur score de gestion financière. Vu le potentiel qu'elles offrent et l'étendue des ressources qu'elles disposent, une meilleure inclusion des formations sanitaires privées aura un impact certain sur l'amélioration de la qualité des soins au Mali.
Mots-clés : Financement Basé sur les Résultats, FOSA privées, qualité des services.

Abstract

program to reform its health financing system as part of its progress toward universal health coverage, one of the Sustainable Development Goals. A key feature of this program is the inclusion of all types of healthcare providers, including private health facilities (FOSA). Four years after the intervention's launch, this study was initiated to assess the evolution of quality scores in private health facilities in the Koulikoro region.
Methodology: This was a retrospective descriptive study based on data recorded in the information management portal of the Results-Based Financing program.
Results: Although few private health facilities were evaluated by regulators before the RBF program, the proportion of users of private health facilities satisfied with their reception increased from 94% to 98%. The mean patient satisfaction score (which, in addition to quality, includes several other aspects) increased year by year—from 85% to 92%—but progressed more slowly than that of Community Health Centers (CSCOMs). Private health facilities—most of which do not have a pharmacy and largely prescribe brand-name drugs, resulting in more expensive care than CSCOMs—showed lower satisfaction scores compared to CSCOMs.
The mean score for the technical quality of care and services in private health facilities increased steadily—from 18% to 80%—but progressed more slowly than in CSCOMs, despite the generally better infrastructure of private facilities. A similar trend was observed for the financial management score.
Conclusion: The implementation of Results-Based Financing activities in private health facilities has improved their technical quality scores, patient satisfaction levels, and financial management scores. Given the potential and the extensive resources available in the private sector, further inclusion of private health facilities will undoubtedly have a significant impact on improving the quality of healthcare in Mali.
Keywords: Results-Based Financing, private health facilities, quality of services.

Introduction

Dans de nombreuses régions du monde et notamment en Afrique sub-saharienne, les besoins en santé de la population ne sont pas satisfaits, parce que les services de la santé et sociaux ne sont pas accessibles ou sont de mauvaise qualité [1,2]. Les initiatives visant à améliorer la qualité de ces services, comme les Soins de Santé Primaires [1] et l'Initiative de Bamako (1987) n'ont que partiellement résolu ces problèmes [2, 3]. D'autres initiatives focalisées sur la performance et l'accessibilité des services de santé ont développé des stratégies pouvant déboucher sur des services de qualité à moindre coût, mieux accessibles, équitables et pérennes [1-2]. C'est le cas du financement basé sur la performance (FBP) qui contribue à la bonne gouvernance des services de santé. L'effet recherché par l'approche FBP est d'accroître la couverture, l'utilisation des services de santé, la quantité et la qualité des soins dans les formations sanitaires (FOSA) [3]. L'approche actuelle développée au Mali [3] a été mise en place à la suite de deux projets pilotes (la 1ere en 2012-2013 et la 2e en 2017.
L'approche s'était fixée comme objectif majeur, d'améliorer l'inclusion de toutes les structures de

prestation de soin tout en veillant à l'amélioration de la qualité de leurs prestations. Quatre ans après la mise en œuvre de cette approche, il était utile de mesurer si elle a influencé le niveau de la qualité des soins offerts dans ces formations sanitaires.

Méthodologie

L'Initiative de Bamako (IB) adoptée en 1987 à la suite d'une réunion des ministres africains de la santé, visait à améliorer l'accès aux soins de santé primaires en améliorant la qualité (WHO, 1988). Elle s'appuyait sur la recherche de viabilité financière et l'équité des services de santé. Par conséquent, les formations sanitaires devraient offrir un paquet minimum d'activités pour répondre aux besoins sanitaires de base des communautés. L'accès aux médicaments et la participation communautaire étaient des principes fondamentaux [1]. Ainsi, les formations sanitaires devraient disposer de médicaments essentiels génériques pour prendre en charge les problèmes de santé essentiels. L'Initiative de Bamako prônait également la participation des communautés à la prise de décisions sur la santé. Des comités de santé[1] dont les membres sont élus dans leurs villages sont créés. Dans plusieurs pays, elle a aussi abouti à la mise en place d'un certain nombre d'activités de soins (paquet minimum de soins) visant notamment à l'amélioration des soins de la mère et de l'enfant et le contrôle des endémies. Il concerne particulièrement la vaccination, l'offre de soins primaires, la vente de médicaments génériques (politique de médicaments essentiels, visant à en faciliter l'accès).

Notons que c'est également en 1987 qu'est apparu un document majeur issu de la Banque Mondiale, qui a fortement influencé les réformes sanitaires des années 90 (Creese & Kutzin, 1997 ; Ridde, 2002) et qui faisait l'apologie du paiement direct des usagers et du rôle du secteur privé :« Financing health services in developing countries : an agenda for reform ».

Dans le sillage de la mise en œuvre de cette réforme, est apparu au Mali, les premières formations sanitaires privées[2] [7]. Depuis 30 ans, ces formations sanitaires privées lucratives n'ont cessé de croitre en nombre et paquets de soins offerts au point de devenir un acteur prépondérant de l'offre de soins de santé notamment dans les villes. Ce développement s'est fait parallèlement a la croissance d'un fort réseau communautaire et associatif (CSCOm et mutuelles de santé). Quant au domaine pharmaceutique, le secteur privé domine très largement et représente environ 80% du chiffre d'affaires du secteur [9]. En 2018, les données des annuaires statistiques du sous-système d'information sanitaire du Mali montraient que les formations sanitaires privées lucratives rapportées dans le DHIS2 représentaient 36% des structures de santé [18].

Selon la législation en vigueur au Mali, la catégorisation des formations sanitaires privées laisse apparaître deux grandes catégories qui sont les établissements de soins privés à but non lucratif (CSCOM) et les établissements de soins prives lucratifs (Cabinets médicaux, cliniques médicales, cabinets de sage-femme, cabinets de soins). On distingue par ailleurs des polycliniques médicales, des cliniques chirurgicales selon la nature des soins autorisés.

Malgré cette panoplie de prestataires, en 2018, plus de 44% des Maliens n'ont pas accès aux soins de santé de base dans un rayon de 5kms de leurs lieux d'habitation[3] [16,18].

Pour améliorer l'accessibilité géographique et financière des populations aux soins de santé de qualité, le Mali implémente depuis 2020, un programme de financement basé sur les résultats [3,5,6]. Ce programme consacre le principe de la libre concurrence entre les prestataires publics et prives pour l'accès au contrat de mise en œuvre des paquets

1 Ces comites sont appelés au Mali, Associations de sante communautaires avec des organes de gestion comme une assemblée générale des adhérents, un conseil d'administration qui délibère sur la question portant sur la vie de l'association, un comité de gestion, charge de la gestion administrative et financière des centres de sante communautaires et un comité de surveillance charge de veiller sur la satisfaction des usagers des centres de santé.

2 L'une des premières structures de sante privée lucrative, la clinique Farako à démarrer ses activités le 31 décembre 1987.

3 Ce constat est corroboré par les données de l'annuaire statistique du sous-système d'information sanitaire de 2020. Il s'agit essentiellement de données administratives et non issues d'enquête rigoureuse.

minimum et complémentaires de services. Le paquet minimum d'activités comprend des soins curatifs, préventifs et promotionnels encore appelés soins de santé communautaire dans le modèle FBR développé au Mali [3]. Ce paquet est décliné en 51 indicateurs. Ces activités communautaires sont habituellement menées par les centres de santé communautaires, qui sont des centres de santé privés non lucratifs développés pour assurer la continuité de l'offre des soins, là où les services publics sont absents. Contrairement aux centres de santé communautaires, les formations sanitaires privées lucratives étaient classiquement exclues de ce champ d'action ainsi que d'une bonne partie des soins préventifs comme la vaccination. Cette disposition qui excluait une bonne partie de population de l'offre de certaines prestations a été suspendue dans le cadre du programme FBR [3]. Dans le cadre de ce programme, les formations sanitaires, prestataires de soins de santé, reçoivent conformément au type de contrat signés (contrat principal ou sous-contrat) des subventions proportionnellement à la quantité de services offerts (quantité pour chaque indicateur multiplié par le prix unitaire convenu) et la qualité de leurs prestations [3]. En plus, chaque formation sanitaire qui intègre l'approche, reçoit pour ses six premiers mois d'activités, deux bonus pour l'amélioration de la qualité[4] de ses prestations pour l'achat de petits matériels et le recrutement du personnel qualifie manquant. Un an après son intégration, chaque formation sanitaire était aussi susceptible d'obtenir sept bonus d'amélioration de la qualité en fonction du niveau de son score de qualité. En plus de ces avantages financiers, les formations sanitaires partenaires reçoivent des visites de supervision, de coaching et surtout de plus de visibilité dans leur district d'appartenance. Le programme a aussi la particularité de pousser à plus de contacts entre les responsables des CSCOM, des équipes cadres de districts et ceux des FOSA privées lucratives. Les cscom qui auront signé plus de sous-contrats, reçoivent 10% des subsides de ses partenaires au titre des frais de supervisions. Les équipes cadres de district gagnent en reconnaissance et ont une meilleure maitrise de leurs zones de responsabilité. En plus elles reçoivent des frais de supervisions pour tous les contractants supervisés. En somme il s'agissait une relation gagnant-gagnant pour tous les acteurs.

Dans la région de Koulikoro de 2020 à 2023, plusieurs formations sanitaires privées lucratives ont ainsi été enrôlé dans le programme du Financement Basé sur les Résultats (FBR) suivant des critères suivants [5,6] : la formation sanitaire privée lucrative doit être reconnue par les autorités sanitaires c'est-à-dire disposer d'une licence d'exploitation de la structure privée[5](i), la formation sanitaire privée lucrative doit éprouver son engagement à respecter le paquet de soins assignés aux formations sanitaires en fonction de leur niveau à travers l'existence d'une convention de collaboration signée avec l'équipe cadre de district responsable de sa zone d'exercice(ii), la formation sanitaire privée lucrative doit manifester son désir d'un contrat de performance et sa volonté de respecter les exigences du programme de financement basé sur les résultats.

Au début du programme FBR, les agences chargées de la contractualisation et de la vérification ont fait un recensement quasi-exhaustif de toutes les formations sanitaires[6] a été effectuer afin de déterminer celles conformes aux exigences du FBR [3]

Par ailleurs, une des justifications de la mise en place du présent programme FBR est le fait que le système national d'information sanitaire prend très peu en compte les informations issues des prestations faites par les formations sanitaires privées lucratives.

Après quatre années de mise en œuvre dudit programme, il est apparu nécessaire d'étudier les effets

4 Dans le programme FBR du Mali, un bonus d'amélioration de la qualité (BAQ) équivaut a un financement de 600000 pour les formations sanitaires de niveau PMA et 1000000 pour les celles de niveau PCA. Tout comme le paiement des indicateurs outputs, les FOSA obtiennent le financement des BAQ après avoir réalisé les investissements convenus dans leurs plans de résultats pour tendre vers plus de qualité.

5 A défaut de la disponibilité de la licence, la FOSA pouvait simplement présenter le bordereau de dépôt des pièces nécessaires à l'obtention de ce document. Cette disposition a été prise pour contourner certaines lourdeurs administratives indépendantes des FOSA.

6 Ce recensement a été fait par les agences de contractualisation et de vérification ainsi que les équipes cadres de districts et concernaient outre les CSCOM, les maternités villageoises, les sites ASC et les formations sanitaires privées.

de l'intégration des formations sanitaires privées dans l'approche FBR sur l'amélioration de leurs scores de qualité technique, la satisfaction des usagers et leur score de gestion financière.

Objectifs de l'étude :

Objectif principal : Apprécier l'influence de l'inclusion des formations sanitaires privées lucratives sur l'évolution du niveau de leurs scores de qualité de 2020 à 2023.

Objectifs spécifiques

Spécifiquement il s'agissait d'apprécier :

1. L'évolution de la moyenne du score de qualité technique (au regard des normes et standards de soins) des FOSA privées comparées à ceux des CSCOM de 2020 à 2023 ;
2. L'évolution de la moyenne du taux de satisfaction des usagers des FOSA privées comparées à ceux des CSCOM durant la même période.
3. L'évolution de la moyenne des scores de bonne gestion financière des FOSA privées comparées à ceux des CSCOM durant la même période.

Méthodologie

Type d'étude : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive des données saisies dans le portail de gestion des informations du programme de financement basé sur les résultats (FBR) de 2020 à 2023.

Méthodes et outils : La méthodologie a consisté :

Sélectionner les formations sanitaires privées lucratives qui ont un signé un contrat de performance avec l'Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV) de la région de Koulikoro de 2020 à 2023 et d'évaluer l'évolution de leurs scores de la qualité technique[7] de leurs scores de satisfaction des usagers[8] ainsi que de leurs scores de bonne gestion financière[9]. Les données tirées du portail FBR ont été analysés sur des feuilles Excel qui ont permis de produire des tableaux croisés dynamiques et des graphiques.

Période concernée par l'étude : L'étude a concerné les données saisies dans le portail du quatrième trimestre 2020 au quatrième trimestre. L'étude s'est déroulée de juillet à septembre 2024.

Zone de l'étude[10] : L'étude s'est déroulée dans la région de Koulikoro qui est la 2e région administrative du Mali, située au centre du pays. Elle s'étend sur 90 120 km2 et son chef-lieu est la ville de Koulikoro. Le nombre total de ses habitants s'élevait à 5 418 305 en 2023 avec une densité de 60 hab/km2 et un taux d'accroissement moyen annuel de 4 % entre 1998 et 2009.

La région de Koulikoro est limitée au nord par la Mauritanie, à l'ouest par la région de Kayes, au sud par la Guinée et la région de Sikasso et à l'est par la région de Ségou. Avec les régions de Mopti et Ségou, elle forme ce qui est communément désigné comme le centre du Mali.

Du point de vue sanitaire[11], il faut noter que la

7 Le score de la qualité technique, évalue la disponibilité des ressources humaines, matérielles, des consommables, des équipements techniques de base, des commodités pour des soins de qualité de même que le niveau technique du personnel pour l'offre des SRMNIA-NUT(soins de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents et nutrition) au regard des protocoles et standards au Mali. Il s'agit d'un indicateur composite de 249 sous indicateurs au niveau des formations offrant le PMA et 170 au niveau des FOSA privées. L'évaluation de ce score se fait chaque trois mois par des cadres de l'équipe cadre de district.

8 La satisfaction d'un usager est un indicateur composite comprenant : Son appréciation de son accueil, de la durée de son attente, du comportement du personnel vis-à-vis de sa personne, du cout de ses soins, de la qualité des informations reçues, des aides reçus, l'affichage des prix des actes médicaux et médicaments, la disponibilité des médicaments dans la formation sanitaire et des résultats de ses soins. L'évaluation de ce score se faisait chaque trimestre pour 40 patients tires au hasard grâce a un échantillonnage aléatoire systématique. Ces patients sont interviewés par les enquêteurs des organisations communautaires de base, supervises par des vérificateurs communautaires

9 Le score de gestion financière encore appelé score outil indice évalue la disponibilité d'un rapport mensuel des recettes et des dépenses élaboré avec la participation de tous les acteurs, le niveau de viabilité financière de la formation sanitaire, le niveau d'efficience de ses dépenses, l'appréciation du personnel du mécanisme de détermination des dépenses dont les primes de motivation payées au personnel, l'efficacité des primes, la constitution d'un fonds d'amortissement des équipements et la maintien du capital de la pharmacie.

10 Ces données sont issues de la monographie actualisée de la région de Koulikoro.

11 Ces données sont issues du rapport d'enquête HERAMS de l'OMS de 2023. https://www.afro.who.int/node/20149

politique sectorielle de santé et de population adoptée en 1990 par le gouvernement du Mali, basée sur la décentralisation de l'accès aux soins et la participation communautaire, prévoyait un système de soins de santé a trois niveaux de prise en charge. A Koulikoro, la situation se présente ainsi qu'il suit :

- **Le niveau opérationnel** avec ses 2 échelons qui sont :
  - Le premier échelon composé de CSCom fonctionnels[12] (287) en 2023, qui offraient le Paquet Minimum d'Activités (PMA) de même que les structures de santé parapubliques, confessionnelles (3), services de santé des armées (3), dispensaires/maternités rurales (541), sites ASC (1276), infirmeries scolaires (14) et autres établissements de santé privés (337). Les données de tous ces prestataires sont agrégées avec celles du CSCom de rattachement dans le DHIS 2.
  - Le nombre de structures de santé de deuxième échelon ou première référence qui assurent la prise en charge de la référence venant du premier échelon était de 10 en 2023.
- **Le niveau intermédiaire** composé uniquement de la direction régionale de la sante travaillant en collaboration avec les équipes cadres de santé basée dans les districts. L'unique hôpital régional en chantier n'est pas encore achevé.
- En outre, la région abrite à son sein le centre hospitalo-universitaire de Kati, un centre de santé de 3e référence.

Les principaux indicateurs santé atteints au cours de l'année 2023 sont :

- Le nombre de CSCom fonctionnels au 31 décembre 2023 : 289 vs 226 en 2020 ;
- L'accessibilité aux CSCom dans un rayon de 5 km : 56 % vs 52 % en 2020 ;
- L'accessibilité aux CSCom dans un rayon de 15 km : 91 % vs 89 % en 2020 ;
- Le pourcentage de districts sanitaires ayant organisé la référence/évacuation est de 100% depuis 2017 ;
- Le ratio personnel de sante qualifie-habitants : 5 avec 1947 agents de sante dont 342 médecins (et 77 spécialistes) contre 1651 en 2020,
- La proportion de CSCom médicalisés : 36% vs 34% en 2020 ;
- La proportion de CSCOM disposant d'une sage-femme : 98 % vs 13% en 2020 ;
- Le taux de couverture en BCG des enfants de moins d'un an : 113 % vs 115% en 2020 ;
- Le taux de couverture en PENTA3 des enfants de moins d'un an : 111 % vs 104 % en 2020 ;
- Le taux de couverture en VAR des enfants de moins d'un an : 110 % vs 93 % en 2020 ;
- Le taux de couverture en CPN1 (utilisation des services CPN) : 90 % vs 82% en 2020 ;
- Le taux de couverture en CPN effective : 50 % vs 30% en 2020 ;
- Le taux de couverture en accouchement assisté : 75% vs 71% en 2020 ;
- L'utilisation de la consultation curative : 0,46 NC/an/Hbt vs 0,07 NC/an/Hbt en 2020 ;
- La prévalence contraceptive : 34 % vs 31 % en 2020.

Critères d'inclusion : les FOSA privées ayant une licence d'exploitation avec du personnel qualifié et dont les responsables ont signé le contrat de performance avec le Manager de l'ACV de Koulikoro.

Critères de non-inclusion : les FOSA privées n'ayant pas de licence d'exploitation et dont les responsables n'ont pas signé le contrat de performance avec l'ACV. S'agissant des formations sanitaires, il s'agira des centres de prestations de soins de santé. Cette disposition exclue les officines de pharmacie, les grossistes agréés de vente de médicaments qui étaient aussi des parties prenantes de ce programme.

Résultats

Compte tenu du fait que le programme a effectivement commencé ses activités au 4e trimestre de 2020, les données étudiées dans cette étude seront celles des

12 Les cscom fonctionnels, sont ceux disposant des infrastructures nécessaires, des équipements, de personnel de santé, de médicaments et qui offrent des prestations. Les CSCOM non fonctionnels sont ceux ayant juste les infrastructures et qui n'ont pas encore commencer les prestations faute d'équipements, médicaments ou personnel de santé.

4e trimestres des 4 années de mise du programme FBR. Dans cette étude, le terme FOSA privées ne concerneront que les entités à but lucratif

Dans le cadre d'une étude d'impact mis en place dans le cadre du programme FBR, 35% des aires de santé et leurs FOSA avaient été inclus dans un groupe contrôle qui n'a pas reçu les interventions.

Malgré cette limite de taille, l'inclusion des FOSA privées dans le programme FBR a évolué ainsi qu'il suit :

Intégration des formations sanitaires privées dans le programme FBR.

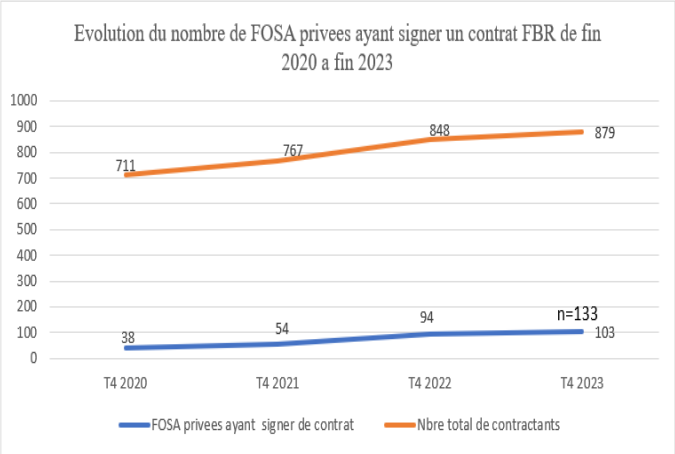


Figure 1 : Evolution du nombre de Fosa privées lucratives ayant intégré le programme FBR de 2020 à 2023.

De 2020 à 2023, la proportion des 133 formations sanitaires privées, celles ayant pu signer un contrat de performance est passée de 29 à 77% ce qui fait 5 à 12% du nombre total de contractants qui lui a évolué de 711 à 879.

Dans le lot de ces FOSA ayant intégré le programme, certaines ont pu acquérir le statut de contractant principal[13]. La proportion de FOSA privées ayant un contrat principal est passe de 0 à 11% (cf tableau ci-dessous).

Tableau I : repartition des contrats principaux PMA par categorie de 2020 a 2023.

Contrats principaux PMA	**T4 20**
CSCOM	160
FOSA privés ayant un contrat principal	0
Maternités ayant un contrat principal	0
Total	**160**

Source : Portail FBR.

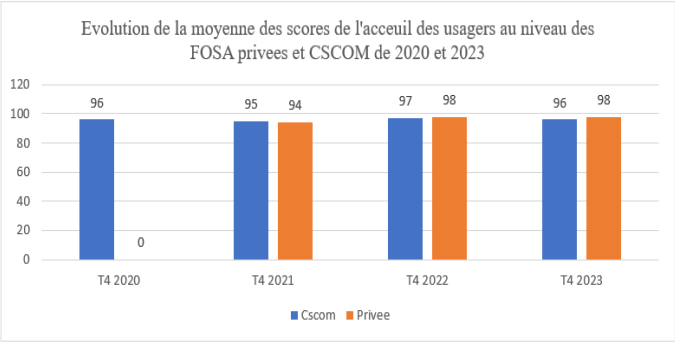
En 2020, en raison de réticences dues a la non maitrise de certains principes et outils du FBR, tous les contrats principaux de type PMA etaient detenus par des CSCOM. Le respect du principe de libre concurrence pour les contrats et de l'exigence de la rationnalisation des zones de responsabilité de ces CSCOM ont conduit a l'octroi du statut de contractant principal a 42 FOSA dont 14 privées en 2021. Cette disposition s'est poursuivie en 2022 avec l'octroi de ce statut a 13 FOSA privees.

En 2023, en raison de leur inéfficience et du respect des principes du FBR, respectivement, 1 FOSA privee et 3 maternités rurales ont perdu leur statut de contractant principal et 1 cscom a été suspendu du programme pour des problemes de gouvernance. L'analyse de ce tableau, montre que les CSCOM, les sites pour les soins essentiels dans la communaute tenus par les agents de sante communautaires(ASC) et les maternités villageoises[14] representent environ 90% des contractants principaux.

13 Dans le programme FBR, les FOSA peuvent avoir le statut de contractant principal ou de sous contractant. Le sous-contractant n'a pas l'obligation de mettre en œuvre tout le paquet de service du PMA contrairement au contractant principal. Ce dernier statut confère à la FOSA, une zone de responsabilité claire, la possibilité d'avoir des sous contractants, de mettre en œuvre toutes les activités du PMA et de recevoir directement ses subsides. Ces contractants principaux ont pratiquement le même statut que le CSCOM.

14 Les maternités villageoises sont de petits centres d'accouchements tenus crées par les villages raison de leurs distances du centre de santé communautaire. Au Mali, il n'est pas rare de voir des cscom qui couvrent plusieurs dizaines de villages dont certains situés a plus de 5 kms avec souvent des barrières naturelles qui entravent l'accès des femmes aux services d'accouchement. Les villages et certaines collectivités crées ces structures pour résoudre ce problème.

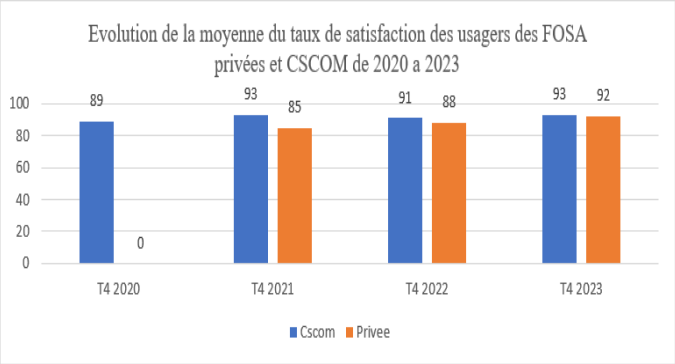
Evolution de la moyenne des scores de qualité des formations sanitaires privées dans le programme FBR.



Source portail FBR.

Figure 2 : évolution de la moyenne des scores de l'accueil dans les FOSA privées de 2020 à 2023.

De l'analyse de cette figure, nous constatons que le niveau de l'accueil est globalement plus satisfaisant dans les FOSA privées que les CSCOM même si la différence n'est pas aussi significative. En 2020, les données des enquêtes de satisfaction des FOSA privées étaient imbriquées dans celles des cscom. La proportion d'usagers satisfaits de leur accueil est passé de 94 à 98%.

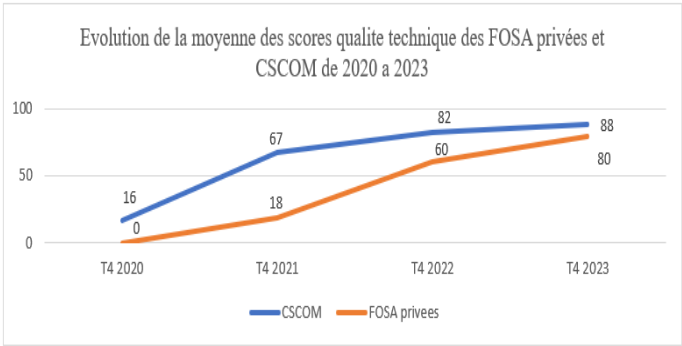


Source : portail FBR.

Figure 3 : évolution de la moyenne des scores satisfaction des usagers des FOSA privées de 2020 à 2023

Le niveau du score moyen de la satisfaction des patients a augmenté d'année en année (passant de 85 à 92%) mais moins plus vite que les cscom. Il faut rappeler qu'en plus de l'accueil, la satisfaction prend en compte, l'appréciation par l'usager de sa durée d'attente, du comportement du le personnel de santé, des informations reçues, du cout de ses soins, de sa connaissance des prix et de la disponibilité des médicaments dans les FOSA. Les FOSA privées n'ayant pas de pharmacie pour la plupart et prescrivant majoritairement des médicaments en spécialité avec des soins plus chers que les CSCOM, leurs scores de satisfaction étaient moins élevés que dans les CSCOM.

L'évaluation du score de qualité technique se faisait lors des supervisions trimestrielles réalisées par l'équipe cadre de district dans les FOSA ayant signer un contrat. De 2021 à 2022 la grille a subi des modifications avec l'introduction de l'évaluation des compétences du personnel sur la mise en œuvre de certains protocoles de soins ainsi que de la fonctionnalité des ASACO (un organe qui n'existe pas dans les FOSA privées). Au début du programme, certaines équipes cadre de district n'évaluaient pas les FOSA privées. Les résultats issus de l'analyse de la moyenne des scores qualité technique se présentaient ainsi qu'il suit :



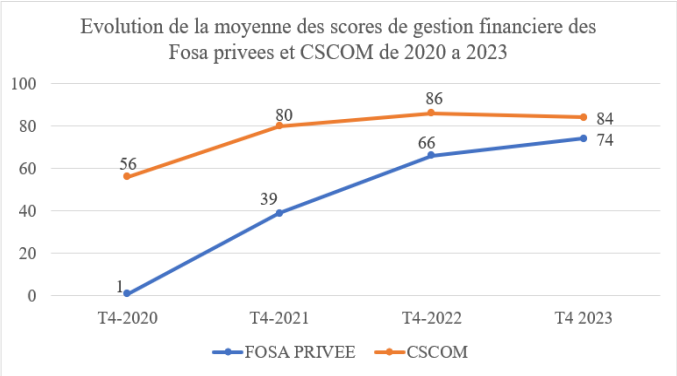
Source : portail FBR.

Figure 4 : évolution de la moyenne des scores de qualité technique des FOSA privées de 2020 à 2023

La moyenne du score d'évaluation de la qualité techniques des soins et services a progressé continuellement dans les établissements de santé privés (passant de 18 à 80%) moins vite que dans les autres types de FOSA.

Cette situation est due entre autres à des difficultés d'accès des FOSA privées aux intrants des certaines activités, aux insuffisances d'organisation des services du fait qu'elles ne reçoivent pas suffisamment de supervisions, de formations continues et de l'existence d'indicateurs en inadéquation avec le statut des FOSA

privées (fonctionnalité des ASACO, l'implication des maires dans le fonctionnement de ces FOSA, la mise en œuvre d'activités pour lesquelles, elles n'étaient pas sollicitées habituellement, l'existence de réfrigérateurs qui n'existent que dans les CSCOM.



Source : portail FBR.

Figure 5 : évolution de la moyenne des scores de gestion financière des FOSA privées de 2020 à 2023

De 2020 à 2023, l'évolution de la moyenne du score de gestion financière des FOSA est spectaculaire passant de 1 à 74%. Cette évolution quoique moins rapide que celle des cscom est compréhensible. En effet avant leur inclusion, le régulateur ne se préoccupait de la gestion financière des FOSA privées qui était généralement laissée a la convenance du seul promoteur ou d'un conseil de promoteurs. Les employés n'avaient aucune information de la rentabilité de leurs FOSA sauf si l'entreprise rencontrait des difficultés financières. Par ailleurs peu d'employés percevaient des primes dans ces FOSA et si c'était le cas le promoteur décidait seul du montant et des raisons. Par ailleurs aucune FOSA privée ne recevait d'aides de sources de financement extérieures. Cette situation entamait la viabilité financière de la plupart des cabinets.

Discussion

Durant la période de mise en œuvre du programme FBR, nous avons que le nombre des formations sanitaires privées lucratives fournissant des données dans le DHIS2 dans la région de koulikoro a fortement cru à partir de 2020. A partir de 2021, nous constatons même qu'il y a plus de FOSA privées lucratives que de CSCOM (Fosa privées non lucratives) même si ces derniers sont mieux repartis géographiquement. Les données des annuaires statistiques nationales font le même constat au niveau national a partir de 2021 quoique le programme FBR ne couvrait pas 4 des huit régions du Mali (Kayes, Tombouctou, Kidal, Sikasso) ainsi que le district de Bamako.

Tonia Marek &al estiment que les FOSA privées représentent au moins le tiers des services de santé et que la plupart des gouvernements et organisations de développement en Afrique se concentrent sur les services de santé publics. Taptue Fotso et al ont trouvé que le FBP aide à réguler les établissements de santé privés par le biais de la contractualisation et de la vérification, et à aligner les prestataires privés sur les objectifs de santé publique en les encourageant à fournir les services préventifs et promotionnels nécessaires pour atteindre ces objectifs.

Le niveau du score moyen de la qualité de l'accueil a évolué plus vite dans les FOSA privées que les CSCOM contrairement au score moyen de la satisfaction des patients. Il faut rappeler qu'en plus de l'accueil, la satisfaction prend en compte, l'appréciation par l'usager de sa durée d'attente, du comportement du le personnel de santé, des informations reçues, du cout de ses soins, de sa connaissance des prix et de la disponibilité des médicaments dans les FOSA. Les FOSA privées n'ayant pas de pharmacie pour la plupart et prescrivant majoritairement des médicaments en spécialité avec des soins plus chers que les CSCOM, leurs scores de satisfaction étaient moins élevés que dans les CSCOM. Notre étude prouve à suffisance que le PBF est un excellent moyen de stimuler les scores d'évaluation de l'accueil et de la satisfaction des usagers des services de sante aussi bien dans les formations sanitaires privées que dans les CSCOM. Ce constat est partagé par Taptue Fotso & al dont l'étude a trouvé que la qualité des services de santé offerts s'était améliorée de manière significative dans tous les types d'établissements. Le score de qualité des établissements prives étaient passe de 12,6 % à 61,7 %, celui des établissements publics de santé de 15,3 % à 67,3 % et celui des établissements confessionnels

de 17,9 % à 63,2 %.

Selon les résultats de l'étude sur la qualité de l'accueil lors des consultations prénatales (CPN) en 2017 à la maternité du Centre de Santé Communautaire de Yirimadio à Bamako au Mali, 100 % des femmes enceintes ont déclaré que le personnel de la maternité ne leur expliquait pas leur rôle spécifique, contrairement à Charline Ladouce qui a constaté que 72 % des patientes ne savaient pas par qui elles avaient été accueillies, c'est-à-dire que le professionnel de santé ne s'était pas présenté à eux à la réception. Charline Ladouce a constaté que 62 % des patientes ne faisaient aucune suggestion pour améliorer l'accueil des patients, et il a été constaté que 65 % des femmes enceintes faisaient des suggestions pour améliorer l'accueil. Hermes K et al, trouvaient que 94% des prestataires de soins trouvaient le FBR très motivant pour améliorer la qualité de leurs services.

La lenteur d'évolution du score de qualité technique des FOSA privées en comparaison aux résultats dans les cscom, est due entre autres à des difficultés d'accès des FOSA privées aux intrants et supports des certaines activités (ex, les vaccins et un réfrigérateur homologue pour la vaccination), aux insuffisances d'organisation des services du fait qu'elles ne reçoivent pas suffisamment de supervisions, de formations continues et de l'existence d'indicateurs en inadéquation avec le statut des FOSA privées (comme fonctionnalité des ASACO, la faible implication des autorités et régulateurs dans le fonctionnement de ces FOSA, la mise en œuvre d'activités pour lesquelles, elles n'étaient pas sollicitées habituellement, l'existence de réfrigérateurs qui n'existent que dans les CSCOM. Taptue Fotso et al trouvent qu'avant l'introduction du FBP, la réglementation et la supervision des prestataires privés ne semblaient pas être la priorité des équipes médicales de district, car le gouvernement n'utilisait que des prestataires publics et confessionnels pour fournir des soins de santé préventifs et promotionnels à la population.

La lenteur d'évolution du score de gestion financière quoique moins rapide que celle des cscom est compréhensible. En effet avant leur inclusion, le régulateur ne se préoccupait de la gestion financière des FOSA privées qui était généralement laissée a la convenance du seul promoteur ou d'un conseil de promoteurs. Les employés n'avaient aucune information de la rentabilité de leurs FOSA sauf si l'entreprise rencontrait des difficultés financières. Par ailleurs peu d'employés percevaient des primes dans ces FOSA et si c'était le cas le promoteur décidait seul du montant et des raisons. Par ailleurs aucune FOSA privée ne recevait d'aides financières de sources de financements extérieures. Cette situation entamait la viabilité financière de la plupart de ces FOSA privées. Tout comme pour le score de qualité technique, pour le score de gestion financière dans les FOSA privées, nous n'avons pas trouver dans la littérature de données nous permettant de discuter nos résultats.

Conclusion

La mise en œuvre des activités du financement basé sur les résultats s'est révéler comme étant un bon moyen d'améliorer, le score de gestion financière, le niveau de satisfaction des usagers et la qualité technique dans les formations sanitaires privées qui offrent un bien meilleur accueil aux usagers. Vu le potentiel qu'elles offrent et l'étendue des ressources qu'elles disposent, une meilleure inclusion des formations sanitaires privées aura un impact certain sur l'amélioration du niveau de qualité du système de santé Malien.

***Correspondance :**

Mohamed Diabaté

mohameddbt@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Septembre 2025

1 : Agence de contractualisation et de vérification de la région de Koulikoro, Mali,

2 : Groupe Banque Mondiale-Bamako, Mali,

3 : Hôpital du Mali à Bamako,
4 : Direction régionale de la santé de Koulikoro, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Ridde V. Is the Bamako Initiative still relevant for West African health systems? Int J Health Serv. 2011;41(1):175-84.

[2] World Health Organization. Programme de développement sanitaire (PRODESS IV) 2019-2023. Bamako: WHO; 2020. Disponible sur: https://www.mali.org/...

[3] World Bank. Mali – Accelerating progress towards universal health coverage. Washington (DC): World Bank; 2024 Apr 29.

[4] Loevinsohn B, Harding A. Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries. Lancet. 2005;366:676-81.

[5] Diabaté M, Bagayoko M, Berthé BB. Effects of results-based financing on the availability of primary registers in private health facilities in Koulikoro, Mali. Sch J App Med Sci. 2024;3:241-4.

[6] Samaké Y. Maternal and neonatal mortality in Fana Health District, Koulikoro, Mali. Sch J Med Case Rep. 2023;4:724-8.

[7] Castle S, Touré B, Armand F, Derriennic Y, Haider R. Évaluation du secteur privé de la santé au Mali. Bethesda (MD): Health Finance and Governance Project, Abt Associates Inc.; 2017 Dec.

[8] Lamiaux M, Rouzaud F, Woods W. Étude sur le secteur privé de la santé au Mali: la situation après l'initiative de Bamako. Washington (DC): World Bank; 2009. Document de travail no. 211.

[9] Seppey M, Ridde V, Touré L, Coulibaly A. Donor-funded project's sustainability assessment: a qualitative case study of a results-based financing pilot in Koulikoro region, Mali. Glob Health. 2017;13:86.

[10] Taptue Fotso JC, Nji V, Bangue B. Performance-based financing strengthens public-private partnerships in the health sector: a case study from the Littoral Region of Cameroon. [Lieu inconnu]: [éditeur inconnu]; [année inconnue].

[11] Njoumemi Z, Fadimatou A. Performance-based financing for monitoring and evaluation of health system in Cameroon. Afr Eval J. 2013;1(1):a22. doi:10.4102/aej.v1i1.22.

[12] Marek T, O'Farrell C, Yamamoto C, Zable I. Tendances et perspectives des partenariats entre le secteur public et non-étatique pour améliorer les services de santé en Afrique. Washington (DC): Africa Region Human Development Working Paper Series; 2006. Document de travail no. 106.

[13] Diabaté M, Diarra S, Barry K, Coulibaly I, Sidibé A, Traoré YI, et al. Quality of reception during prenatal consultation (CPN) in 2017: case of the maternity ward of the Community Health Center. Int J Med Sci Health Res. 2021;5(5):50. ISSN:2581-3366.

[14] Institut National de la Statistique (Mali). Enquête Démographique et de Santé 2018. Bamako: INS; 2019.

Pour citer cet article

M Diabaté, M Bagayoko, D Tamga, B Sangaré, O Diallo. Amélioration de la qualité des services dans les formations sanitaires privées sous contrat de performance, résultats des évaluations dans la région de Koulikoro au Mali. Jaccr Public Health 2025; 1(1): 39-49

https://doi.org/10.70065/2511.jaccrPubhealth.004L013009