

Rapport du 93ème cours FBP

(Financement Basé sur la Performance)
Du 29 Avril au 11 Mai 2024 à Cotonou, Benin



Les 42 participants du cours avec les facilitateurs

Version Finale 01-06-2024

Joseph Catraye,
Robert Soeters,
Célestin Kimanuka,
Aoudi Ibouraima.
Christophe Dossouvi

CONTENU DU RAPPORT

ABBREVIATIONS.....	4
1. RESUME DU 93EME COURS FBP ET RECOMMANDATIONS.....	5
1.1 LE COURS FBP A COTONOU – QUELQUES IMPRESSIONS	5
1.2 MALI	5
1.2.1 <i>Problèmes du système de santé au Mali.....</i>	5
1.2.2 <i>Le financement basé sur la performance (FBP) au Mali</i>	6
1.2.3 <i>Recommandations des participants du Mali.....</i>	6
1.3 L'UNION DES COMORES – CONTEXTE ET RECOMMANDATIONS	8
1.4 REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE – CONTEXTE ET RECOMMANDATIONS	8
1.5 PARTICIPANTS ET L'EQUIPE DE FACILITATION DU 93 ^{EME} COURS FBP	9
2. SUMMARY OF THE 93RD PBF COURSE IN COTONOU	10
2.1 THE PBF COURSE IN COTONOU – SOME IMPRESSIONS	10
2.2 MALI	10
2.2.1 <i>Health system problems in Mali.....</i>	10
2.2.2 <i>Performance-based financing (PBF) in Mali.....</i>	11
2.2.3 <i>Recommendations from the Mali course participants (and who).....</i>	11
2.3 THE UNION OF THE COMOROS – CONTEXT AND RECOMMENDATIONS.....	12
2.4 CENTRAL AFRICAN REPUBLIC – CONTEXT AND RECOMMENDATIONS.....	13
3. INTRODUCTION DU 93EME COURS FBP DE COTONOU	14
3.1 HISTOIRE DES COURS FBP	14
3.2 OBJECTIFS DU COURS	14
3.3 METHODOLOGIE DU COURS	15
3.4 LES PARTICIPANTS ET DES FACILITATEURS.....	15
3.5 PRE ET POST TEST DU COURS	17
4. DEROULEMENT DU 93^{EME} COURS FBP DE COTONOU	18
5. EVALUATIONS JOURNALIERES PAR LES PARTICIPANTS.....	23
6. EVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS.....	26
6.1 PREPARATION ET IMPRESSION GENERALE SUR LE COURS	26
6.2 ASPECTS RELATIFS A LA DUREE DE LA FORMATION.....	27
6.3 L'ORGANISATION DE LA FORMATION.....	27
6.4 METHODOLOGIE ET CONTENU DU COURS	28
6.5 LA CONDUITE DU COURS ET LA FACILITATION	29
6.6 APPRECIATION PAR MODULE	30
6.7 COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS SPECIFIQUES DES PARTICIPANTS DE COTONOU.....	31
7. PLANS D' ACTIONS DES GROUPES	33
7.1 MSDS GROUPE CENTRALE : PERENNISATION DU FBP AU MALI	33
7.1.1 <i>Contexte.....</i>	33
7.1.2 <i>Le FBP au Mali.....</i>	33
7.1.3 <i>Analyse Scan et score de faisabilité.....</i>	34
7.1.4 <i>Recommandations.....</i>	35
7.1.5 <i>Plan d'action.....</i>	35
7.2 MEF - OPERATIONNALISATION DU FBP SUR LE BUDGET D'ÉTAT.....	36
7.2.1 <i>Contexte.....</i>	36
7.2.2 <i>Introduction FBP.....</i>	37
7.2.3 <i>Score de faisabilité.....</i>	37
7.2.4 <i>Atouts</i>	37
7.2.5 <i>Recommandations.....</i>	37
7.2.6 <i>Plan d'action détaillé.....</i>	38
7.3 PARLEMENT, COUR DES COMPTES DE LA COUR SUPREME, INSPECTION DE LA SANTE	38

7.3.1	Contexte.....	38
7.3.2	Analyse des problèmes lié à la santé.....	39
7.3.3	Score de faisabilité :	39
7.3.4	Analyse des problèmes parlement, cours des comptes et l'inspection santé.....	39
7.3.5	Recommandations	40
7.3.6	Plan d'action détaillé.....	40
7.4	ACV MALI – PERENNISATION ET MISE A L'ECHELLE DU FBP	41
7.4.1	Contexte et justification	41
7.4.2	Analyse du problème.....	41
7.4.3	Recommandations	42
7.4.4	Plan d'Action	42
7.5	CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES - APPLIQUER LA REFORME FBP AUX.....	43
7.5.1	Contexte général.....	43
7.5.2	Problèmes du système de santé au Mali.....	43
7.5.3	Analyse des problèmes.....	43
7.5.4	Est-ce que le FBP peut résoudre les problèmes.....	44
7.5.5	Le score de faisabilité selon les 23 critères de pureté	45
7.5.6	Recommandations.....	45
7.5.7	Plan d'action détaillé.....	46
7.6	DRS REGIONS SIKASSO, TOMBOUCTOU ET DISTRICT BAMAKO – ENROLEMENT AU FBP	47
7.6.1	Contexte.....	47
7.6.2	Analyse du problème (général mais aussi pour votre thème).....	47
7.6.3	Analyse du score faisabilité	47
7.6.4	Recommandations	48
7.6.5	Plan d'action détaillé.....	49
7.7	REGION GAO ÉQUIPE REGULATEURS – PERENNISATION ET REFORME.....	50
7.7.1	Contexte.....	50
7.7.2	Analyse du problème.....	51
7.7.3	FBP une solution et score de faisabilité ?.....	51
7.7.4	Analyse des problèmes identifiées.....	53
7.7.5	Recommandations	53
7.7.6	Plan d'action.....	54
7.8	COLLECTIVITES TERRITORIALES – PERENNISATION DU FBP	55
7.8.1	Contexte et justification	55
7.8.2	Analyse des problèmes.....	56
7.8.3	Score de faisabilité.....	56
7.8.4	Les recommandations.....	59
7.8.5	Plan d'actions du Groupe.....	59
7.9	L'UNION DES COMORES - RENDRE PLUS PURE LE FBP	61
7.9.1	Contexte.....	61
7.9.2	Analyse des problèmes.....	62
7.9.3	Score de faisabilité.....	63
7.9.4	Recommandations	64
7.9.5	Plan d'actions.....	65
7.10	RCA – ACV DS HAUTE KOTTO & VAKAGA DANS LA RS 5 – RENFORCER LE FBP	66
7.10.1	Analyse du contexte général en RCA	66
7.10.2	Analyse du contexte de la région sanitaire N°5.....	67
7.10.3	Réformes FBP du système de santé en cours	67
7.10.4	Commentaires sur le score de faisabilité FBP	68
7.10.5	Recommandations.....	69
7.10.6	Plan d'actions détaillé : ACV	70

ABBREVIATIONS

ACV	Agence de Contractualisation et Vérification
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation des Structures Sanitaires
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASC	Agents de Santé Communautaire
ASLO	Associations Locales
BAQ	Bonus d'Amélioration de la Qualité
BM	Banque Mondiale
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CDV	Contract, Development and Verification agency
CENOU	Centre National des Œuvres Universitaires
CNT	Conseil National de la Transition
COFIMA	Compagnie Fiduciaire de Management et d'Audit
CPN	Consultation Prénatale
CS Com	Centre de Santé Communautaire
CSU	Couverture Santé Universelle
CTN FBP	Cellule Technique National FBP
DGSHP	Direction générale de la Santé et de l'Hygiène publique
DS	District Sanitaire
DTC	Directeur Technique du Centre (manager CS Com in Mali)
ESREN	Enseignement Supérieur et de la Recherche, et de l'Éducation Nationale
FBP	Financement Basé sur la Performance
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FCFA	Franc Communauté Financière Africaine
FENASCOM	La Fédération nationale des associations de santé communautaire du Mali
FOSA	Formation Sanitaire
GFF	Global Financing Facility
HZ	Hôpitaux de Zone
IB	Initiative de Bamako
IDA	International Development Association
MPH	Master in Public Health
MSDS	Ministère de la Santé et du Développement Social
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PACSU	Project Accélérer les Progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle
PBC	Performance Based Contracting
PBF	Performance Based Financing
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RCA	République Centrafricaine
RDC	République Démocratique de Congo
RPSS	Renforcement de la Prestation de Services de Santé – (Mali health project)
SG	Secrétariat Général
SMART	Spécifiques, Mesurables, Accessible et Réalisables ; en Temps opportun
SSP	Soins de Santé Primaire
SSP	Soins de Santé Primaires
TRC	Trajet de Renforcement des Capacités
UE	Union Européenne
UGP	Unité de Gestion de Project
USD	United States Dollars

1. RESUME du 93ème COURS FBP et RECOMMANDATIONS

English version of this summary, see below page 10.

1.1 Le cours FBP à Cotonou – quelques impressions

Ce 93^{ème} cours international démontre qu'il existe une demande croissante de renforcement de compétences en FBP international et pour des cours suivants nationaux. Les succès enregistrés dans le cadre de la reforme FBP dans les pays concernés, notamment aussi témoigné par les participants du Mali, ont permis d'amélioration de la qualité des services et d'augmenter les principaux indicateurs d'offre de services. De plus, la motivation et la rétention du personnel notamment en zones rurales, se sont améliorée.

Cela, donne l'espoir que le FBP est l'approche indispensable pour atteindre la Couverture Sanitaire Universelle.

Les résultats positifs du FBP au Mali, qui applique correctement les meilleures pratiques et instruments FBP, montrent que combiner un soutien financier direct basé sur la performance avec une gestion autonome des établissements de santé est **la solution** pour des services de santé efficaces et de haute qualité, tant au niveau primaire que secondaire et tertiaire.

On pense aussi que le FBP connaît une renaissance dans plusieurs pays après la période de ralentissement causée par la COVID-19. Cela inclut le potentiel du FBP pour améliorer l'efficacité des hôpitaux tertiaires qui connaissent souvent une terrible inefficience d'utilisation des ressources de l'État, et qui résulte d'une privatisation non-régulée via des services informels souvent fournis par les fonctionnaires de santé.

En outre, le FBP adresse le problème de la pénurie de personnel de santé qualifié, aussi dans les zones reculées et touchées par la guerre. Cette efficacité du FBP à stabiliser les secteurs de la santé (et potentiellement aussi de l'éducation), contribue à réduire ainsi les tensions sociales comme celles du Sahel.

Pour les futurs systèmes d'assurance obligatoire, nous pensons que le FBP pourrait également résoudre les défis de contrôle de la qualité, de vérification stricte et le contrôle des coûts. La création des agences de contractualisation et de vérification (ACV) sous l'égide du système d'assurance obligatoire CANAM au Mali augure de bonnes perspectives.

1.2 Mali

1.2.1 Problèmes du système de santé au Mali

Des dizaines d'années de mise en œuvre de plusieurs reformes n'ont pas amélioré de façon significative les indicateurs d'impact comme la mortalité brute, la mortalité maternelle et la mortalité infanto juvénile.

Il y a une insuffisance du personnel de santé et une inadéquation dans la répartition géographique des ressources humaines. La performance du système national d'approvisionnement public en produits pharmaceutiques est sous-optimale. Les

systèmes de prépaiement sont encore fragmentés et ne couvrent qu'environ 13% de la population et surtout pour les fonctionnaires.

Cette situation est aggravée par la crise multidimensionnelle avec une insécurité persistante rendant l'accent aux services de santé difficile dans certaines régions du pays (les parties nord et centre).

1.2.2 Le financement basé sur la performance (FBP) au Mali

Pour faire face à ces problèmes suscités, le Mali s'est engagé à mettre en œuvre la réforme FBP, qui a connu deux phases pilotes dans la région de Koulikoro. Le budget prévu pour la composante « Renforcement de la Prestation de Services de Santé (RPSS) 2000-2024 grâce au financement basé sur la performance » est de 66.4 millions USD (IDA 34 millions USD et 3 millions USD du GFF et 29.4 millions de dollars US des Pays-Bas).

1.2.3 Recommandations des participants du Mali

Une nouvelle phase du FBP commencera en octobre 2024 et le groupe Malien propose un plaidoyer intense auprès des autorités et ses partenaires pour continuer avec le FBP comme stratégie préférence pour une meilleure gestion des ressources.

Les recommandations spécifiques ont été formulées dans le tableau ci-dessous :

Recommandations pour le Mali	Responsable exécution	Responsables suivi	Délai de MEO
1. Adopter des réformes institutionnelles pour faciliter l'intégration de l'approche FBP dans le secteur de la santé et autres secteurs.	Parlement	Gouvernement	T2 2024
2. Appliquer les conclusions et les recommandations qui seront issues des travaux du Comité Technique d'Experts des Ministères de l'Économie et des Finances et du Ministère de la Santé et du Développement Social chargé d'examiner les modalités d'opérationnalisation du Financement Basé sur la Performance (FBP) sur le Budget d'État.	Comité Technique d'Experts MEF CTN FBP	Gouvernement	T3 2024
3. Insérer une ligne FBP dans le budget du ministère de la Santé et du Développement Social ; Diligenter le transfert des ressources vers les niveaux opérationnels : Équipe cadre du District, FOSA primaire (CSCOM) et Secondaire (Hospitaliers) sur la base des factures vérifiées, validées et confirmées par le ministère de la Santé et du Développement Social à travers la Cellule Technique Nationale du FBP (CTN-FBP) ;	MEF	Gouvernement	
4. Mettre en vigueur le manuel de mobilisation et d'exécution des ressources financières en mode FBP (en cours d'élaboration) et réviser certains textes existant	MEF	Gouvernement	
5. Mettre en place au niveau national un fonds d'appui FBP de l'État pour la pérennisation ;	Ministère des Finances	Comité de Pilotage	T1 2025

Recommandations pour le Mali	Responsable exécution	Responsables suivi	Délai de MEO
6. Faire un plaidoyer auprès de l'État et les Partenaires pour appliquer le FBP ou quelques outils et instruments pratiques FBP dans les régions de Sikasso, Tombouctou et le District de Bamako.	DRS		
7. Mettre les Directions centrales du MSSP sous contrat de performance pour la pérennisation des acquis de l'Approche FBP	CTN FBP	Comité de Pilotage	T3 2024
8. Muter fréquemment les vérificateurs des ACV pour maintenir la performance de l'approche au Mali et éviter la collusion ;	Manager ACV	CANAM	T4 2024
9. Réduire le nombre d'indicateurs output pour simplifier la vérification et l'évaluation ainsi que de diminuer les éléments qualité lors de la vérification quantité. L'objectif est aussi d'être réaliste avec combien de travail les vérificateurs ACV peuvent faire dans un délai de 3-4 heures de visite	CTN FBP ACV	Comité de Pilotage	T3 2024
10. Mettre en place un indicateur output pouvant assurer la référence-évaluation, également pour le plus pauvres.	CTN FBP	Comité de Pilotage	T4 2024
11. Signer les contrats bipartites (DTC et ACV et Manager CSREF et ACV) au lieu des signatures tripartites.	CTN FBP-	Comité de Pilotage	T3 2024
12. Signer les contrats bipartites entre l'ASACO et le DTC des CSCOM pour assurer l'implication de la communauté. L'ASACO peut recruter le DTC, superviser, mais ne pas être impliqué dans la gestion quotidienne des CSCOM.	CTN FBP	Comité de Pilotage	T4 2024
13. Développer des contrats de prestation/performance entre la mairie et le Manager du CSRef sur la base d'une analyse approfondie et d'une définition claire des rôles et responsabilités des deux parties.	CTN FBP	Comité de Pilotage	T4 2024
14. Libéraliser le schéma d'approvisionnement et de distribution des intrants (médicaments) pour permettre aux FOSA de s'approvisionner chez le meilleur fournisseur/grossiste.	CTN FBP	Ministère de la santé	T4 2024
15. Faire un plaidoyer auprès du gouvernement et des partenaires pour la mise en œuvre du FBP dans les hôpitaux tertiaires et l'élaboration de dérogations	Les directeurs d'hôpitaux	Ministère de la santé	T3 2024
16. Faire des dérogations pour appliquer les meilleures pratiques et instruments FBP par les hôpitaux tertiaires avec l'appui technique des experts (Banque Mondiale)	Ministère de la santé		T3 2024
17. Transformer des subventions de l'État pour les hôpitaux en lignes budgétaires FBP	MSDS, MEF		

1.3 L'Union des Comores – contexte et recommandations

Un projet FBP a été mis en place en 2011 avec un soutien de l'Agence de Développement Française (AFD). Le relais a été pris par le projet COMPASS en juin 2021 avec l'appui de la Banque Mondiale. Ces deux projets FBP ont montré des résultats prometteurs.

Toutefois, lors de l'analyse de faisabilité selon 23 critères de pureté, un score de 20 sur 50 a été obtenu soit 40%. Ce qui est largement en dessous du standard (80%) pour le bon fonctionnement du système FBP.

Pour cela, plusieurs recommandations sont proposées par les participants de l'Union des Comores comme notamment :

1. Cartographier toutes les formations sanitaires (publiques et privées) et rationaliser les FOSA en aires sanitaires de niveau primaire de 4000-12.000 habitants (paquets minimums d'activités) et aires hospitalières d'au moins 50.000 habitants (paquets complémentaires de santé) ;
2. Promouvoir la concurrence loyale par la libéralisation des approvisionnements d'intrants auprès des distributeurs accrédités ;
3. Accorder l'autonomie aux gestionnaires des structures ;
4. Séparer les fonctions des ACV et de payeurs ;
5. Organiser le coaching des prestataires par les ACV, pour appliquer correctement les instruments FBP comme les plans de business et l'outil indices ;
6. Élargir le FBP vers les structures privées ;
7. Renouveler les contrats des FOSA trimestriellement au lieu d'une fois par an.

1.4 République Centrafricaine – contexte et recommandations

Le FBP a été expérimenté en République Centrafricaine depuis 2009 dans trois Régions Sanitaires mis en œuvre par Cordaid. Depuis 2016, cette couverture a été étendue avec l'appui de la Banque Mondiale. Et en 2018, l'Union Européenne a apporté son appui pour la mise en place de FBP dans trois autres régions sanitaires. Ces projets couvrent l'équivalent de plus de 60% de la population centrafricaine.

International Medical Corps (IMC), en tant que partenaire de l'UE, met en œuvre un programme de renforcement du système de santé à travers le FBP dans deux districts sanitaires depuis 2018 dans la région sanitaire 5. IMC joue le rôle de l'ACV. La zone d'intervention de l'ONG internationale IMC est caractérisée par une très faible densité de la population, l'insécurité et un très mauvais état des routes, dont l'accès est surtout par l'avion.

A l'issue de l'analyse des critères de pureté du FBP, le score de faisabilité dans la zone du projet est de 64%. Les recommandations sont :

1. Plaider pour la mise en place d'un fonds d'appui au FBP (pour la pérennisation) au niveau national.
2. Initier un plaidoyer avec la CTN et l'UE sur la nécessité de réviser le costing dans le but d'augmenter le budget programme FBP à au moins 8\$/habitant/an dans les deux districts appuyés par l'IMC.

3. Plaider pour que les directions et programmes centraux du MSP soit mises sous contrat de performance.
4. Mettre l'ACV sous contrat de performance FBP ;
5. Séparer les fonctions de l'ACV et d'agent payeur.
6. Explorer les possibilités d'utiliser le mobile money avec les compagnies téléphoniques. Explorer le recrutement d'un « Financial Service Provider » (des privés commerciaux) local dans les zones où il n'existe pas de couverture de réseau téléphoniques. Créer/utiliser les comptes bancaires (disponibles) des régulateurs et/ou prestataires locaux pour le paiement des subsides.
7. Plaider pour libéraliser le marché pharmaceutique dans le pays : mettre en concurrence les distributeurs privés et publics. Plaider pour la création de succursales régionales de distributeurs privés et publics.

1.5 Participants et l'équipe de facilitation du 93^{ème} cours FBP

Du groupe de 34 participants du Mali composé ainsi qu'il suit : 1 du Parlement, 3 participants du ministère de l'Économie et des Finances, 1 du ministère de l'Éducation nationale et 2 du ministère des Collectivités Territoriales. Il y avait 7 participants des Agences de Contractualisation et de Vérification de trois Régions. Au niveau central, il y avait 6 du ministère de la Santé parmi lesquels 2 conseillers techniques du Ministre, 1 de la CTN FBR, 6 participants des centres hospitaliers universitaires, 2 des Centres de Santé de Référence, 2 des Directions Régionales de Santé et 2 des districts sanitaires.

Parmi les 7 participants de l'Union des Comores, il y avait trois du projet COMPASS et 4 du ministère de la Santé. La RCA était représenté par 1 participant de l'International Medical Corps (IMC).

Le cours a été facilité par une équipe de 4 personnes avec une grande expérience en FBP.

Quarante-deux participants ont fait le post-test et le score moyen était de 73%, ce qui signifiait une progression moyenne de 26% par rapport au score moyen du pré-test. Sept participants ont obtenu un certificat de distinction avec un score de 90% ou plus au test final.

Ce cours était évalué par les participants avec des scores journaliers et finaux. Les évaluations journalières de la formation ont connu un score moyen de 78%. Cela est de 2,1 points inférieurs à la moyenne des 57 cours précédents francophones et de 6 points inférieur à la moyenne des 27 cours anglophones précédents. L'arrivée tardive du deuxième groupe de 22 participants du Mali a contribué à cette performance relativement faible mais leurs scores pour le test final étaient relativement bien.

2. SUMMARY of the 93rd PBF COURSE in Cotonou

2.1 The PBF course in Cotonou – some impressions

The 93rd international FBP course, the first course of which started in 2007, was held from April 29 to May 11, 2024, at the Atlantic Beach Hotel in Cotonou bringing together 42 participants from three countries.

This international course demonstrates that there is again a growing demand for skills building in international PBF and for other continuing courses organized at the national level. The successes recorded as part of the PBF reforms in the countries concerned, particularly in Mali, have made it possible to improve the quality of services and increase the main indicators of service provision. In addition, staff motivation and retention, particularly in rural areas, have improved.

This gives hope that PBF is the essential approach to achieve Universal Health Coverage.

The positive results of the PBF reforms in Mali, which correctly applies best practices and instruments, show that combining direct financial support based on performance with autonomous management of health facilities is **the solution** for efficient and high-quality health services, at primary, secondary and tertiary levels.

PBF is also believed to be experiencing a revival in several countries after the slowdown caused by COVID-19. This includes the potential of PBF to improve the efficiency of tertiary hospitals which often experience terrible inefficiency in the use of state resources, and which often results in an unregulated privatization through informal services provided by government health workers.

In addition, the PBF addresses the problem of shortage of qualified health personnel in remote and war-affected areas. This effectiveness of the PBF in stabilizing the health sectors (and potentially also education and other sectors) contributes to reducing social tensions. For future compulsory insurance systems, we believe that PBF could also solve the challenges of quality control, strict verification and cost control. The creation of contracting and verification agencies under the aegis of the CANAM compulsory insurance system in Mali shows good prospects.

2.2 Mali

2.2.1 Health system problems in Mali

Decades of implementation of several reforms have not significantly improved impact indicators such as crude mortality, maternal mortality and infant and child mortality.

There is an insufficiency in health personnel and an inadequacy in the geographical distribution of human resources. The performance of the national public pharmaceutical supply system is suboptimal. Prepayment systems are still fragmented and only cover around 13% of the population.

This situation is aggravated by the multidimensional crisis with persistent insecurity making it difficult to focus on health services in the northern and central parts certain of the country.

2.2.2 Performance-based financing (PBF) in Mali

To deal with these problems, Mali is committed to implementing the PBF reforms, which underwent two pilot phases in the Koulikoro region. The budget planned for the component “Strengthening Health Service Delivery (RPSS) 2000-2024 through performance-based financing” is USD 66.4 million (IDA USD 34 million and USD 3 million from the GFF and USD 29.4 million US of the Netherlands).

2.2.3 Recommendations from the Mali course participants (and who)

A new phase of the FBP will begin in October 2024 and there is a need for intense advocacy to the authorities and its partners to continue with the PBF reforms as a preferred health reform strategy.

The following specific recommendations are proposed:

1. Adopt the institutional reforms required to integrate the PBF approach in the health sector and other sectors at parliament level.
2. Apply the conclusions and recommendations that will result from the work of the Technical Committee of Experts of the Ministries of Economy and Finance and the Ministry of Health and Social Development responsible for examining the modalities for operationalizing performance-based financing in the State Budget (at Ministry of Finance- and Health level)
3. Insert a PBF budget line in the budget of the Ministry of Health and Social Development (at Ministry of Finance- and Health level)
4. Implement the manual for mobilizing and executing financial resources in PBF mode (currently being developed) and revise certain existing texts (Ministry of Finance).
5. Establish a State PBF support fund at the national level for sustainability (Ministry of Finance).
6. Advocate to the State and Partners to apply PBF or some practical PBF tools and instruments in the regions of Sikasso, Timbuktu and the District of Bamako (Regional Health Directorates).
7. Put national ministry of health directorates under performance contract for the sustainability of the achievements of the PBF Approach (National PBF Unit)
8. Frequently transfer the district verification officers of the Contract Development and Verification (CDV) Agencies to avoid collusion (CDV Agencies and PBF Unit)
9. Reduce the number of output indicators to simplify the quantity verification process by the CDV Agencies and reduce the verification of quality elements during the quantity verification. Quality verification is a task of the district health authorities. The objective is to be realistic with how much work medical verification officers can do within a 3–4-hour visit (National PBF Unit, CANAM).
10. Set up an output indicator that can ensure the referral of patients, and in particular for vulnerable patients (National PBF Unit).

11. Sign bipartite contracts between a. The in-charge of the community health centers and the CDV Agency; b. The manager CSREF and the CDV Agency) instead of tripartite ones (National PBF Unit).
12. Sign bipartite contracts between ASACO and the in-charge of the CSCOM to ensure community involvement. ASACO can recruit the in-charge of the CSCOM, supervise the CSCOM, but should not be involved in the daily management of the CSCOM (National PBF Unit).
13. Develop service/performance contracts between the municipalities and the CSRéf Manager only after an in-depth analysis and a clear definition of the roles and responsibilities of both parties (National PBF Unit).
14. Liberalize the supply and distribution of inputs (medicines) and allow health facilities to obtain supplies from the best supplier/wholesaler operating in competition but which are accredited by the government (National PBF Unit).
15. Advocate to government and partners for the implementation of PBF in tertiary hospitals and the development of exemptions for feasibility (Tertiary Hospitals Directors)
16. Make exceptions to apply best practices and PBF instruments by tertiary national hospitals with technical support from experts of the World Bank
17. Transform state subsidies for hospitals from existing budget lines into FBP budget lines (Ministry of Finance- and Health)

2.3 The Union of the Comoros – context and recommendations

A PBF project was set up in 2011 with support from the French Development Agency (AFD). The COMPASS project took over in June 2021 with support from the World Bank. These two PBF projects have shown promising results.

However, the PBF feasibility analysis, conducted by the participants from the Comoros applying 23 criteria, found a score of 20 out of 50, or 40%. This is well below the minimum standard of 80%, necessary to correctly operate the FBP reforms.

For this, the following recommendations are proposed:

1. Map all health facilities (public and private) and rationalize the health facilities into primary level catchment areas (minimum package of activities) of between 4000 and 12.000 inhabitants and hospital level catchment areas (complementary package of activities) of at least 50.000 inhabitants.
2. Promote fair competition between accredited distributors through the liberalization of the input supplies, including medicines.
3. Grant more autonomy to health facility managers.
4. Separate the functions of the CDV Agency and the payment agency.
5. Organize the coaching of the service providers by the CDV Agencies, to better apply the PBF instruments such as the business plans and the indices management tool.
6. Offer PBF contracts to private sector health facilities that fulfill minimum standards and have the potential to provide high quality services.
7. Renew the health facility contracts each three months instead of yearly.

2.4 Central African Republic – context and recommendations

The PBF reforms have been tested in the Central African Republic since 2009 in three Health Regions implemented by Cordaid. Since 2016, this coverage has been extended with the support of the World Bank. And in 2018, the European Union provided support for the implementation of FBP in three other health regions. These projects cover more than 60% of the Central African population.

International Medical Corps (IMC), as an EU partner, has been implementing a health system strengthening program through PBF in 2 health districts since 2018 in health region 5, and plays the role of ACV. The intervention area of the international NGO IMC is characterized by a very low population density, poor road conditions, and access is mainly by plane.

The analysis of the PBF feasibility score of the project area is 64%, while the minimum score required is 80%. To increase this score the following recommendations are proposed:

1. Advocate for the establishment of a national government PBF support fund (for sustainability).
2. Initiate advocacy with the national PBF Unit and the EU on the need to increase the PBF program budget in the IMC intervention districts to at least \$8/inhabitant/year. This due to the very difficult circumstances in these two districts.
3. Advocate that the national Ministry of Health directorates are placed under performance contracts.
4. Place the Contract Development and Verification Agency (CDV) under a PBF performance contract.
5. Separate the functions of the CDV Agency and payment agency.
6. Explore the possibilities of using mobile money with telephone companies. Explore the recruitment of local “Financial Service Providers” (private commercial) in areas where there is no telephone network coverage. Create/use the (available) bank accounts of local regulators and/or service providers for the payment of subsidies.

3. INTRODUCTION du 93ème COURS FBP de Cotonou

3.1 Histoire des cours FBP

Le premier cours FBP a eu lieu en République Démocratique du Congo en 2007. Ce premier cours et quelques autres cours FBP francophones ont été rendus possibles grâce au financement régulier de Cordaid du Pays Bas et la collaboration de plusieurs organisations comme l'AAP Sud Kivu et HDP Rwanda. Depuis 2012, BEST-SD du Bénin, BASP96 du Burkina / Bénin et le FRPS du Littoral au Cameroun ont organisé entre eux au moins 30 cours FBP. Les cours Anglophones sont devenus possibles avec l'appui de la Banque Mondiale et notamment de Gyuri Fritsche et Godelieve van Heteren. Le premier manuel du cours FBP a été édité en 2009 et mis à jour régulièrement avant chaque nouveau cours. À ce jour, plus de 3000 participants de plusieurs nationalités ont pris part aux cours et la plupart sont devenus des défenseurs du FBP dans leurs pays respectifs.

Le FBP constitue une bonne voie pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable et la Couverture Sanitaire Universelle. Le FBP s'éloigne des idées traditionnelles existantes du système sanitaire, ce qui entraîne souvent de la résistance à laquelle il faut faire face pour dissiper les inquiétudes. Pour cela ce cours va dans les profondeurs des théories, des pratiques et des instruments du FBP.

Depuis quelques années, le FBP dans l'éducation a été testé avec succès dans certains pays comme la République Démocratique de Congo (RDC) et la République Centrafricaine (RCA) et dans d'autres secteurs comme l'administration.

3.2 Objectifs du cours

Le cours FBP vise à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en offrant aux participants, à travers ses différents modules des stratégies de financement des services de bonne qualité, à coûts accessibles et de la façon la plus équitable possible à travers le libre choix du patient pour les prestataires publics et privés, et l'utilisation rationnelle et efficace des ressources limitées du gouvernement et des ménages, en appliquant les mécanismes du marché.

Cette dernière partie de l'objectif, rend le FBP différent des paradigmes des Soins de Santé Primaires ou de l'Initiative de Bamako. Les ressources pour atteindre les objectifs sociaux sont *rare*s et c'est pourquoi il est devenu une obligation de les utiliser de la manière la plus efficace et la plus efficiente possible. Cela place les défenseurs du FBP en position d'entrepreneurs sociaux plaidant pour la justice sociale.

En effet, l'objectif du FBP en général, et du cours en particulier, est d'apporter la lumière sur ce que l'économie de marché peut améliorer. De ce fait, en cas de défaillances du marché, le FBP indique comment corriger les échecs en appliquant des instruments de marché tels que les subsides, les taxes, et le marketing social.

En considérant ce qui précède, le cours a donc les objectifs spécifiques suivants :

1. Atteindre une masse critique des personnes qui adhèrent au FBP, ceci pour assurer le plaidoyer à différents niveaux pour que le financement basé sur la performance remplace les systèmes traditionnels de santé et d'éducation basée sur les inputs.
2. Maîtriser les théories, les meilleures pratiques et les outils du FBP à la fin du cours en vue d'assurer la mise en œuvre du financement basé sur la performance dans la pratique.

3.3 Méthodologie du cours

La méthodologie appliquée était mixte à savoir les questions – réponses, le travail de groupe, les jeux de rôle, les visites de terrains et les posters. On a aussi pendant les dernières années mis plus d'accent sur le développement des plans d'actions de chaque participant : « Qu'est-ce que le participant ou la participante va faire à son retour dans son lieu de travail pour améliorer le système ? »

3.4 Les participants et des facilitateurs

Le 93^{ème} cours FBP a connu la participation de 42 personnes dont six (6) de sexe féminin. Sur l'ensemble des participants, une grande partie sont des fonctionnaires venant de trois (3) pays notamment le Mali et les Comores. Le participant de la RCA travaille pour une ONG Internationale IMC. Des sept (7) participants des Comores, quatre (4) étaient du ministère de Santé et trois (3) personnes du programme FBP COMPASS de la BM.

Du groupe de Mali, il y avait un (1) du Parlement, trois (3) participants du ministère de l'Économie et des Finances, un (1) du ministère d'Éducation et trois (3) du ministère des Collectivités Territoriales. Il y avait sept (7) participants des Agences de Contractualisation et de Vérification de trois (3) Régions. Du ministère de Santé il y avait sept (7) du niveau central - dont deux (2) conseillers techniques du Ministre, un (1) de la CTN PACSU, six (6) participants des centres hospitaliers universitaires, deux (2) des Centres de Santé de Reference, deux (2) des Directions Régionales de Santé et puis trois (3) des districts sanitaires.

Le tableau ci-dessous présente la liste des participants.

	Noms	Prénoms	Sexe	Pays	Région	Organisation	Qualification
1	MOUHAMADI	Abdalli Mari	m	Comores	Anjouan	COMPASS	Médecin
2	SITTI BADAANTI DIAMALIA	Boura Ahmed	f	Comores	Moheli	COMPASS	Biologiste
3	ANFANE	Oussoufa	m	Comores	Ngazidja	COMPASS	Ingénieur stat. appl Informatique
4	SAID MOILIMOU	Dahalane Mze	m	Comores	Mobeli	DRS - Modeli	Médecin Santé publique
5	FAIZLA	Abdallah Said	f	Comores	Anjouan	Ministère de la santé	Sage-Femme
6	ABDOU-SALAM	Abderemane	m	Comores	Ngazidja	Ministère de la santé	Médecin sante publique
7	KOURACHIA	Said Hassani	f	Comores	Grde Comores	Ministère de la santé	Biologiste
8	OUMAR	Ibrahim	m	Mali	Gao	ACV Gao	Infirmier d'État spécialisé
9	ALHOUSSEINI	Aliou	m	Mali	Gao	ACV Gao	Ass méd, santé publ, épidém.
10	KEITA	Djola	m	Mali	Koulikoro	ACV Koulikoro	Médecin
11	ABDOURHAMANE	Moussa	m	Mali	Gao	ACV Moptie	Médecin Santé publique
12	YOROHOUNA	Abdoulaye	m	Mali	Segou	ACV Segou	Médecin
13	SIDIBE	Adama	m	Mali	Sekou	ACV Sekou	Médecin
14	KEITA	Soumaila	m	Mali	Bamako	Centre Hosp Universitaire	Médecin
15	SANOGO	Guédiouma	m	Mali	Bamako	Centre Hosp Universitaire	Administrateur Civil
16	SANOGO	Issa	m	Mali	Bamako	Centre Hosp Universitaire	Inspecteur des finances
17	COULIBALY	Aminata	f	Mali	Bamako	Centre Hosp Universitaire	Inspecteur des finances
18	ISSA	Aly	m	Mali	Bamako	Collectivités Territoriales	Inspecteur des finances
19	TRAORE	Boubacar	m	Mali	Bamako	Collectivités Territoriales	Économiste
20	DIARRA	Koniba	m	Mali	Bamako	Section des Comptes de la Cour Suprême	Économiste financier
21	TOURE	Assaliha Beidaly	m	Mali	Gao	CS Ref Gao	Techn/ Supérieur de Santé
22	HAIDARA	Hassane	m	Mali	Mopti	CS Ref Mopti	Médecin dentiste
23	KODIO	ISAC	m	Mali	Gao	DRS	Médecin Santé publique
24	KONAKE	M'Borka Djobou M SY	f	Mali	Bamako	DRS Bamako	Médecin
25	DIARRA	Kita Karim	m	Mali	Sikasso	DRS Sikasso	Médecin
26	DIALLO	Amadou	m	Mali	Timbouctou	DRS Tombouktou	Médecin Santé Publique
27	SOUMANA	Abdourazak	m	Mali	Gao	DS Ansongo	Infirmier d'État spécialisé
28	HALIDOU	Ahmadou	m	Mali	Gao	DS Bourem	Médecin
29	AGUISSA	Mahamadoun	m	Mali	Gao	DS Gao	Médecin Santé publique
30	COULIBALY	Bagara Z.	m	Mali	Bamako	Min d'Education	Enseignant chercheur
31	CISSE	Oumar	m	Mali	Bamako	Ministere des Finances	Inspecteur service Économiques
32	KEBE	Mohamed Tata	m	Mali	Bamako	Ministere des Finances	Inspecteur des finances
33	KONE	Diakaria	m	Mali	Bamako	Ministere des Finances	Planificateur
34	DAO	Abdoulaye	m	Mali	Bamako	MSDS - central	Médecin
35	DIAWARA	Moussa	m	Mali	Bamako	MSDS - central	Économiste
36	KEITA	Kalifa	m	Mali	Bamako	MSDS - central	Médecin santé Publique
37	KAMISSOKO	Moussa	m	Mali	Bamako	MSDS - central	Médecin, économiste santé
38	DICKO	Hamadoun Aly	m	Mali	Bamako	MSDS - central	Ingénieur sanitaire
39	SISSOKO	Fadamba	m	Mali	Bamako	MSDS - central	Ingénieur Informaticien
40	GUINDO	Oumar	m	Mali	Bamako	PACSU - CTN	Informaticien Ingénieur
41	FOMBA	Aboubacar Sidick	m	Mali	Bamako	Parliament	Assistant comptable
42	FIKIRI BABISHA	Thierry	m	RCA	Bangui	ONG Internationale	Médecin

Le cours était animé par Dr Robert SOETERS, Directeur de SINA Health, Dr Joseph Catraye, Directeur du Bureau d'Appui en Santé Publique'96 (BASP'96), Dr Christophe Dossouvi consultant indépendant (directeur de l'ex-BEST-SD) et M. Célestin KIMANUKA, Directeur de l'Institut Supérieur de Statistique de Goma en RDC.

La coordination administrative du cours a été assurée par M. Ibouaïma AOUDI, Directeur de l'Hôpital Évangélique Bembèrèkè-Sinendé appuyé par mesdames Nicole ADE, Loukiatou MOUSSA et Seliatou INOUSSA.

3.5 Pré et post test du cours

Quarante-deux participants ont fait lors de leur arrivée un prétest, qui avait un score moyen de 47%. Le post-test avait un score moyen de 69%. Cependant, les facilitateurs ont aussi donné des points de bonus de zéro, un ou deux points pour les efforts observés de chaque participant. Cela a augmenté le score moyen vers 73% et signifie une progression moyenne de 26% par rapport au score moyen du pré-test. Sept participants ont obtenu un certificat de distinction avec un score de 90% ou plus au test final du cours. 12 avaient un score d'entre 80% et 89% et ont reçu une mention « mérite plus ». Deux participants ont reçu un certificat de participation et les autres 21 (50%) ont reçu un certificat de mérite ordinaire.

Les trois pays représentés pendant le cours ont obtenu au moins une (1) distinction.

93ème cours FBP de Cotonou	N = 42	%
Distinction (90% et plus)	7	17%
Mérite plus (80%-89%)	12	29%
Mérite ordinaire (53%-79%)	21	50%
Participation (<53%)	2	5%
Total	42	100%

4. DEROULEMENT du 93^{ème} COURS FBP de COTONOU

Ce chapitre présente le déroulement du 93^{ème} cours international sur le FBP qui s'est tenu à Atlantic Beach Hôtel de Cotonou du 29 avril au 11 mai 2024. En raison de l'arrivée tardive de 22 participants provenant du Mali, le programme du cours a été réaménagé comme on le décrit dans ce paragraphe.

Le lundi 29 avril 2024 : Le cours a démarré par le mot de bienvenu adressé aux participants respectivement par Mr Aoudi et Dr Robert suivi de la présentation des facilitateurs et des participants. Par la suite, après l'établissement des règles du jeu pour un bon déroulement de la formation, l'élection des autorités du village a eu lieu.

L'équipe dirigeante du 93^{ème} « village » du cours FBP a ensuite été mise en place et l'élection a conduit à l'intronisation du gouvernement constitué de la manière suivante :

Chef du village :	Mr KEITA DJOLA
Chef de village Adjoint (e) :	Mr MOUHAMADI ABDALLI
Ministre de Finances 1 :	Mme SITTI BADAANTI DIAMALIA
Ministre de Finances 2 :	Mme COULIBALY AMINATA
Berger 1 :	Mr HALIDOU AHMADOU
Président d'Energie :	Mr OUMAR IBRAHIM

Cette étape a été suivie de la mise en place d'un comité chargé de rassembler les principales recommandations spécifiques et générales par direction ou par services ou par thème.

Après cette étape, quelques minutes ont été consacrées à l'administration du prétest.

La plénière a démarré par la présentation du module 1 sur l'organisation du cours FBP. Ce module a consisté à la présentation du contenu et de la méthodologie du cours, le but et les objectifs du FBP, l'historique du cours FBP, la comparaison entre les Soins de Santé Primaire, l'Initiative de Bamako et le FBP et la formation des groupes pour l'élaboration des plans d'action. Le module 2 sur la définition du FBP et des preuves a ensuite été présenté.

Pendant la discussion, différents sujets ont été abordés notamment les plus grands changements de paradigme du FBP dans la manière de financer, la comparaison du FBP avec les Soins de Santé Primaire (SSP) et l'Initiative de Bamako ainsi que les avantages d'un programme FBP bien exécuté et le bon sens du FBP.

La journée a été clôturée par l'évaluation de la journée, l'élection du meilleur participant et la rencontre des groupes pays (en dehors de la plénière).

Les groupes de travail se sont retrouvés afin de réfléchir sur une série de quatre questions en lien avec la performance actuelle de leur système de santé.

Les questions posées étaient les suivantes : Dans quelle mesure le système de santé de leur pays / système des autres Ministères est-il coût-efficace ? Quels sont les principaux défis et pourquoi ? Quel défi est la priorité pour améliorer le système et comment ? Est-ce que le FBP est une solution ?

La **deuxième journée, mardi 30 avril 2024**, a démarré par le récapitulatif de la première journée. Le reste de la journée a été consacré à la restitution des travaux de groupe sur le plan d'action et la présentation du module 7 qui traite de l'Agence de Contractualisation et de vérification (ACV). Les participants ont discuté le rôle de l'ACV ainsi que les étapes entre la déclaration des résultats des FOSA et le paiement des subsides FBP, la contractualisation des prestataires et des Associations locales (ASLO).

La **troisième journée, mercredi 01 mai 2024**, les travaux ont commencé par le récapitulatif de la deuxième journée suivie de la présentation de deux modules à savoir le module 11 Étude de base avant le démarrage du programme du FBP et la présentation du module 12 portant sur Les indicateurs "Output" pour le Paquet Minimum et Complémentaire d'Activités. Les participants ont été organisés en groupe pour faire l'exercice sur les indicateurs. Le but de l'exercice était de savoir classer les différents indicateurs (output, qualité, processus ou impact), calculer la cible des indicateurs et les quantités à atteindre sous la base des réalisations antérieures ainsi que le montant des subsides attendus au cours d'un trimestre. La journée a été clôturée par l'évaluation de la journée et le choix du meilleur participant. Les participants ont continué à travailler en groupes sur leur plan d'action avec l'accompagnement des facilitateurs

La **quatrième journée, jeudi 02 mai 2024**, a débuté avec le récapitulatif de la journée précédente, puis la restitution de l'Exercice sur les travaux de groupe sur indicateurs output

L'exercice a permis aux participants de mieux comprendre la différence entre les indicateurs outputs payés mensuellement, les indicateurs qualité, les indicateurs de processus et d'impact. Aussi, la notion du caractère SMART des indicateurs a été explicitée.

Le reste de la journée (à partir de 11H00), a été consacrée à la visite de terrain dans trois formations sanitaires du district sanitaire de OUIDAH. Les formations sanitaires concernées étaient :

- Groupe 1 : Hôpital de zone de Ouidah
- Groupe 2 : Centre de santé de Tori Cada
- Groupe 3 : Centre de santé de Pahou

Objectif de la visite de terrain : La visite de terrain visait à collecter les données auprès des prestataires des structures visitées et à les analyser conformément à des termes de références, puis restituer les observations en plénière. Les participants devaient chercher à analyser les données qu'ils collectent et les comparer aux standards par exemple :

- Les ressources humaines au nombre optimal de personnel qualifié pour 1000 habitants ;
- Le montant des recettes annuelles, au montant théorique de recettes en dollars (\$US) par personne cible par an dans l'aire de santé et les recettes nécessaires pour assurer la qualité de soins.

Après la visite, les participants ont travaillé sur la synthèse des résultats de leur visite qui sera restituée en plénière le même jour dans à partir de 16h.

La **cinquième journée, 03 mai 2024** a débuté par l'accueil et installation, des nouveaux participants (deuxième groupe du Mali). Cette séance a été suivie du prétest pour les nouveaux participants. Nous avons par la suite procédé à la constitution des autres groupes pour les plans d'action. Après le récapitulatif de la journée du 02/05/2024, le module 3A Exemple Simple, meilleures pratiques du FBP, le montage institutionnel et les questions de changements.

Des discussions intéressantes et le partage d'expérience ont porté sur les dérogations à mettre en place pour tester les meilleures pratiques FBP

La journée a été clôturée par l'évaluation et le choix du meilleur participant. Dans la soirée, les facilitateurs ont rencontré des groupes pour les orientations des plans d'action.

La **sixième journée, 04 mai 2024**, a débuté par le récapitulatif de la cinquième journée, suivi de la présentation du module 3 B sur l'équité a été présenté. Il a été suivi d'une introduction au module 4 qui concerne les théories du FBP. Les principaux sujets débattus ont porté sur le ciblage des indigents, la méthode de calcul du bonus d'équité, la théorie de l'analyse du système et la théorie du choix public. Ensuite, il a été présenté le module 9 : Scan de faisabilité – critères de pureté, hypothèses fatales & plaidoyer. L'exercice en groupe d'évaluation du scan de faisabilité pour le FBP de chaque groupe et le jeu de rôle à préparer ont été expliqué aux participants et les résultats ont été présentés le lundi 6 mai.

Tout l'après-midi a été consacré à une séance de rattrapage pour le deuxième groupe du Mali, qui est arrivé en retard.

Le **dimanche 05 mai 2024** était une journée de repos pour l'ensemble des participants. Une sortie récréative a été faite dans la Ville de OUIDAH et à la place de l'Amazone. Les participants ont pris la route des pêches pour se rendre à Ouidah où ils ont visité : le temple des pythons, la forêt sacrée, le domaine des esclaves, la porte du non-retour. Une exploration de la plage a été faite par les participants.

La **septième journée, lundi 06 mai 2023** a débuté par l'évaluation de la journée suivie du récapitulatif de la sixième journée. Les travaux ont continué avec la restitution des travaux de groupe sur l'analyse du score de faisabilité du FBP, l'identification d'éventuelles hypothèses fatales et les jeux de rôle. Les jeux de rôle ont permis de tester en cinq (5) minutes des techniques de négociations impliquant notamment l'écoute active, la construction des solutions de compromis, l'utilisation dans l'argumentation des slogans, des meilleures pratiques et des théories du FBP, la remise des documents aux décideurs (Ministre etc) et la définition des prochaines étapes. Tous les groupes ont fait le jeu de rôle et ont reçu des commentaires.

L'après-midi, les modules suivants ont été respectivement présenté : d'abord la suite du module 9 sur le Plaidoyer, la suite du module 4 sur la théorie FBP et ensuite le module 6 A portant sur la politique nationale de régulation. Les discussions ont porté sur le rôle de l'État dans le secteur de la santé.

Comme d'habitude, la journée s'est terminée avec l'évaluation de la journée, le choix du meilleur participant et l'accompagnement par les facilitateurs, des groupes dans la rédaction de leurs plans d'action.

La huitième journée, mardi 07 mai 2024, a débuté avec le récapitulatif de la journée précédente, suivi de la présentation de la suite et fin du module sur la Régulation. Ce module a été suivi par la présentation du module 5 A portant sur la microéconomie.

Les discussions ont permis aux participants de mieux comprendre les types de distribution de bien en économie, les facteurs influençant la demande et l'offre d'un bien, les conséquences de l'imposition des prix par le gouvernement (prix plafond, prix plancher), l'élasticité de la demande. Il y a eu ensuite une introduction au module 5 B portant sur l'économie de la santé. Les discussions ont porté sur l'efficacité allocative, l'efficacité technique, l'efficacité administrative, l'importance d'aligner la pyramide sanitaire à la pyramide financière, la correction des défaillances du marché de la santé, les dépenses de santé et le rôle de l'État dans le secteur de la santé.

L'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant ont clôturé la journée. Les participants ont continué à travailler en groupes sur leur plan d'action avec l'accompagnement des facilitateurs.

La neuvième journée, mercredi 08 mai 2024, a commencé comme d'habitude par l'évaluation et le récapitulatif de la journée précédente. Ensuite, a suivi la présentation de la suite et fin du Module 5B sur l'Économie de la santé. Les autres modules présentés ce jour sont respectivement : Module 6B d'Évaluation qualité des services d'une Formation sanitaires, Module 8 sur le Renforcement de la voix de la population et le marketing social, le Module 15 qui traite du FBP en situation d'urgence et du module 15 : Outil indice (introduction). Les participants ont été invités à faire l'exercice outil indice en groupe. L'objectif de l'exercice était d'analyser les recettes et les dépenses du Centre de Santé IBO, de répartir la prime de performance aux personnels et d'analyser la viabilité de la structure. La journée a pris fin officiellement, comme il est de coutume, par l'évaluation de la journée et l'élection du meilleur participant.

Les travaux de **la dixième journée, jeudi 09 mai 2024** ont débuté par l'évaluation et le récapitulatif de la journée du mercredi suivi de la présentation du module 10 : Résolution des conflits, suivi du module 15 : Outil indice (suite et fin). Cette présentation a été suivie de la restitution de l'exercice d'Outil indice. Le module 14 : sur les Indicateurs Output a été repris sous forme de séance de rattrapage à l'intention des participants venus en retard. Les différents groupes ont travaillé sur leurs plans d'action. La journée a pris fin officiellement comme il est de coutume avec l'évaluation de la journée et le choix du meilleur participant.

Les travaux de **la onzième journée, vendredi 10 mai 2024**, ont débuté par l'évaluation journalière de la journée du jeudi 9 mai 2024 suivi de la séance du récapitulatif final de l'ensemble du cours. Par la suite, l'après-midi a été consacré à la finalisation des plans d'action et la préparation et présentation des posters par les groupes. Ces posters ont été présentés par chaque groupe avant l'évaluation globale du cours.

Samedi 9 décembre 2023 : l'examen final basé sur le test des connaissances des participants au 93^{ème} cours international sur le FBP a commencé à 9h00 et l'ensemble des participants a terminé le test autour de 12 heures.

Cet examen a permis d'obtenir sept (7) distinctions. Pour les distinctions il y a eu 5 du Mali 1 de la RCA et 1 des Comores.

Il s'agit de :

1. Dr FIKIRI BABISHA Thierry de l'ONG International IMC, travaillant en **RCA**
2. Dr. ABDYOU-SALAM Abderemane du ministère de Santé des **Comores**

Mali

3. CISSE Oumar Inspecteur des services Économiques au MEF
4. Mme COULIBALY comptable de l'Hôpital du Mali
5. Dr. YOROHOUNA Abdoulaye, vérificateur médical de l'ACV Segou
6. Dr. DAO Abdoulaye Inspecteur à l'Inspection de la Santé
7. Dr. HALIDOU Ahmadou. Médecin Chef du District Sanitaire de Bourem

La cérémonie de clôture de cours 93^{ème} Internationale a commencé à 16H30 et a connu successivement les articulations suivantes :

- Correction du test et proclamation des résultats
- Lecture des recommandations du cours par les participants
- Mot du représentant des participants
- Remise des certificats
- Photo de famille
- Démonstration artistique d'un groupe de jeunes acrobates béninois : tours de magie

La cérémonie de clôture a pris fin autour d'un cocktail offert aux participants par le cours incluant les gâteaux, le méchoui de mouton et l'importante « bouteille du chef » ...

5. EVALUATIONS JOURNALIERES PAR LES PARTICIPANTS

Chaque jour, les participants évaluaient le déroulement de la journée selon quatre critères à savoir : (1) la facilitation et la méthodologie ; (2) la participation ; (3) l'organisation ; (4) le respect du temps.

Les évaluations journalières de la formation ont connu un score moyen de 78%. Cela est de 2,1 points inférieurs à la moyenne des 57 cours précédents francophones et de 6 points inférieur à la moyenne des 27 cours anglophones précédents. Les critères « facilitation », « participation », étaient inférieurs aux 57 cours précédents francophones avec respectivement 3,5%, 8,1%. Les critères « organisation » et « respect du temps » étaient supérieurs aux 57 cours précédents francophones avec respectivement 1,9% et 1,2%.

Évaluations journalières pendant 10 jours par les participants	Cours Anglophones (27x)	Cours Francophones (57x)	Cotonou Avril 2024	Comparaison Cotonou Avril 2024 - 57 cours Francophones précédents
Méthodologie et facilitation	87,6%	85,7%	82,2%	-3,5%
Participation	87,2%	84,2%	76,1%	-8,1%
Organisation	86,4%	73,6%	75,5%	1,9%
Respect du temps	73,2%	77,1%	78,3%	1,2%
Score total	84%	80%	78%	-2,1%

Tableau 2 : Les scores moyens des évaluations journalières basées sur 4 critères.

L'aspect de la **facilitation & méthodologie** a été évalué en moyenne à 82,2% comme étant « très satisfait ». Cela donne un score inférieur de 3,5 points par rapport aux 57 cours francophones précédents qui ont eu accusé un score moyen de 85,7%. La tendance d'évaluation de la satisfaction pour la facilitation a vu une diminution lors de l'arrivée du deuxième groupe le vendredi 3 mai et a évolué la deuxième semaine vers 93% le dernier jour.

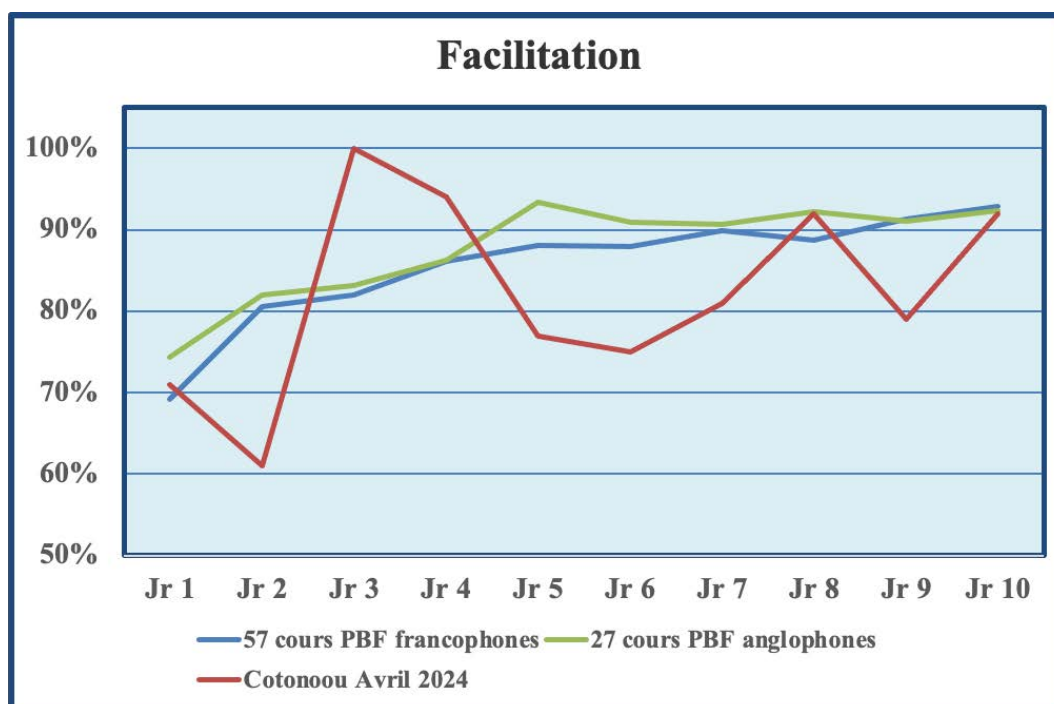


Figure 1 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *facilitation & méthodologie*.

La participation a été évaluée en moyenne à 76,1% pour tous les jours ; ce qui est 8,1% *inférieur* par rapport à la moyenne des 57 cours francophones précédents qui ont connu un score moyen de 84,2%. La satisfaction avec la participation des participants a connu une pente légèrement croissante pendant le cours, mais avec une chute lors de l'arrivée du deuxième groupe de 22 Maliens.

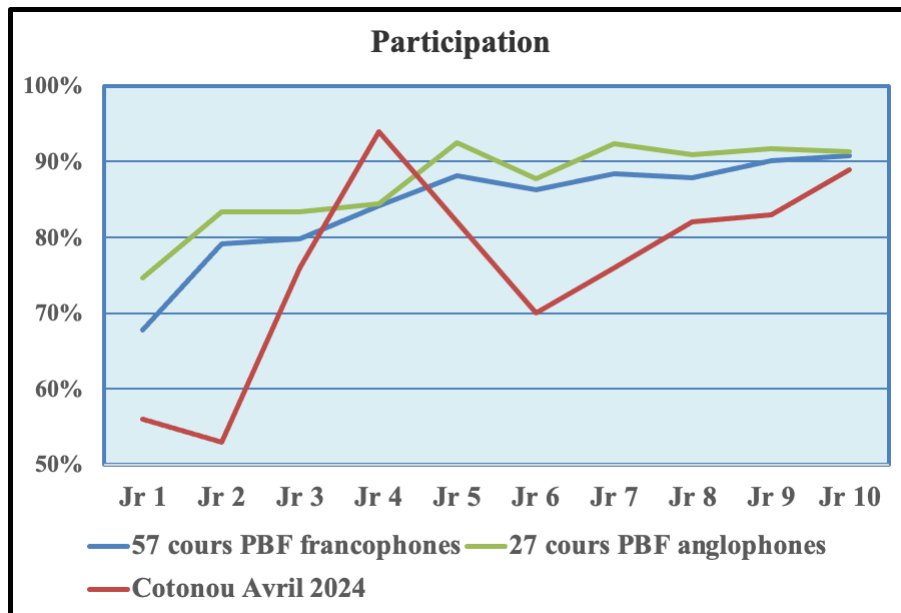


Figure 2 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *participation*.

L'organisation du cours était évaluée en moyenne à 75,5% « très satisfait » ce qui est de 1,9 points supérieurs aux 57 cours francophones précédents avec une moyenne de 73,6%. La satisfaction avec l'organisation est améliorée de 56% la première journée vers 88% pendant jour 10. Il y avait une forte chute de la satisfaction de l'organisation des jour 5-7 avec un score de 42% le samedi 4 mai. Ce jour l'hôtel a connu des multiples coupures d'électricité.

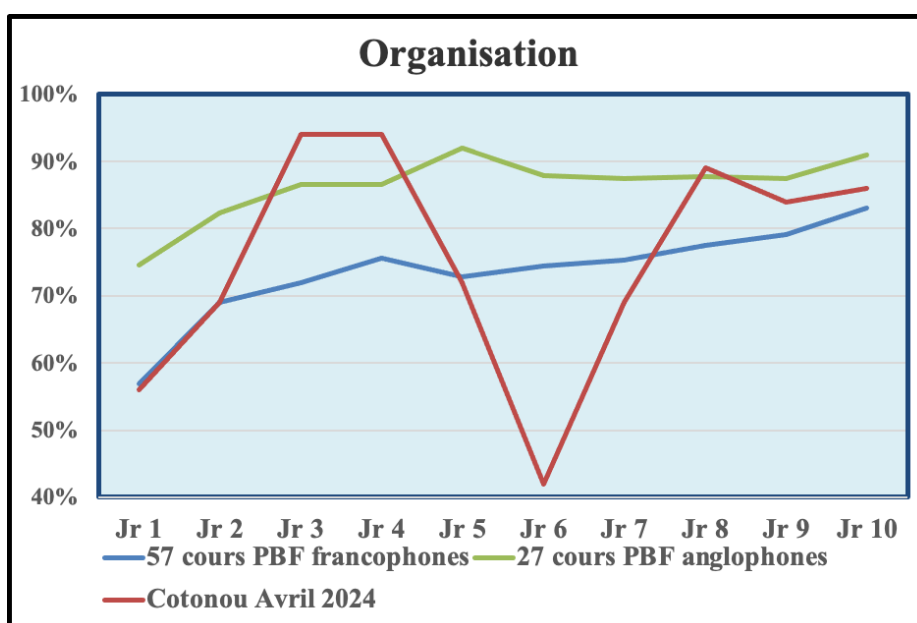


Figure 3 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *organisation*.

Le respect du temps a été évalué en moyenne à 78,3% « très satisfait » ce qui est un score supérieur de 1,2 points par rapport à la moyenne des autres cours francophones, qui avaient un score moyen de 77,1%. Le score du respect du temps a oscillé pendant tout le cours d'entre 70% et 97%.

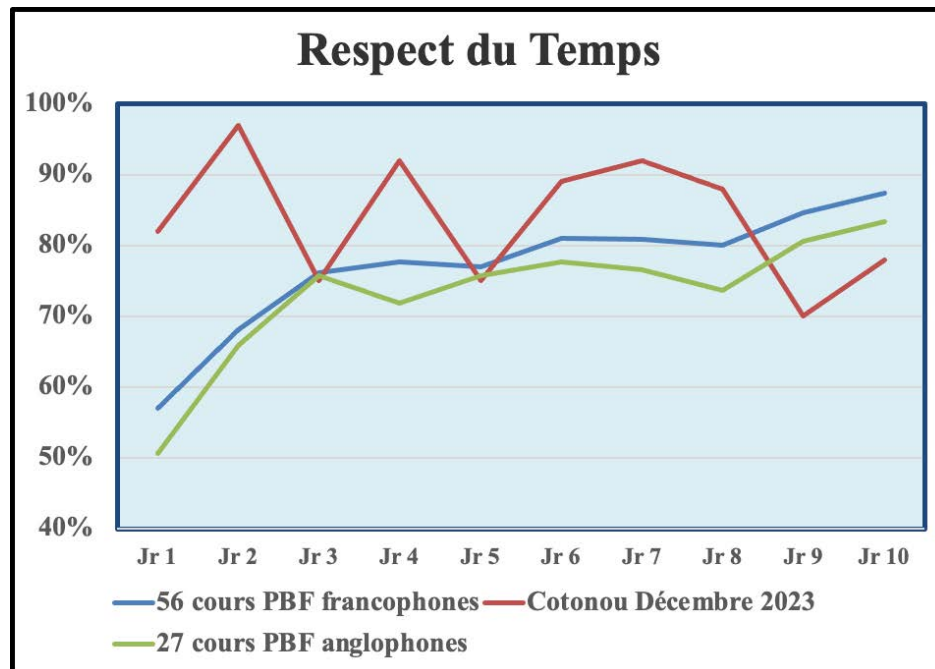


Figure 4 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *Respect du temps*.

6. EVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS

Le vendredi 10 mai 2024, les participants au cours ont réalisé l'évaluation finale du cours à l'aide d'un questionnaire qui a permis d'obtenir les impressions et suggestions d'amélioration.

6.1 Préparation et impression générale sur le cours

Les impressions sur la préparation au cours par les participants étaient les suivantes :

- La question « *J'ai été suffisamment informé des objectifs du séminaire* » a été évaluée à 93%. Cela est supérieur de 5 points par rapport à la moyenne des autres cours FBP francophones et 17 points supérieurs par rapport aux cours anglophones.
- La question « *Le programme a répondu à mes attentes* » a été évaluée à 90% (5 points supérieurs par rapport à la moyenne des autres cours FBP francophones et anglophones).
- La question « *Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles* » a été évaluée à 90% (c'est-à-dire 1 point supérieur à la moyenne des autres cours FBP francophones et anglophones précédents).

Préparation et impression générale du cours	Les 54 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Avril 24	Comparaison Cotonou Décembre 23 / 54 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Déc. 23 / 27 cours FBP anglophones précédents
Q1 : J'ai été suffisamment informé des objectifs du cours	88%	76%	93%	5%	17%
Q2. Le programme a répondu à mes attentes	85%	85%	90%	5%	5%
Q3. Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles	89%	89%	90%	1%	1%
Ensemble	87,4%	83,4%	91,0%	3,6%	7,6%

Tableau 3 : Impression des participants sur la préparation du cours FBP.

6.2 Aspects relatifs à la durée de la formation

49% des participants trouvent que la durée de la formation était trop courte, et 44% ont dit que la durée du cours était bonne. 3 participants (= 7%) ont dit que la durée du cours était trop longue.

	Les 54 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Avril 24	Comparaison Cotonou Avril 24 / 54 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Avril 24 / 27 cours FBP anglophones précédents
Trop court	36%	25%	49%	13%	24%
Bon	57%	64%	44%	-13%	-20%
Trop longue	7%	11%	7%	0%	-4%

Tableau 4 : Appréciation des participants sur la durée du cours FBP.

6.3 L'organisation de la formation

1. Sur l'ensemble de six (6) questions concernant l'organisation, le score était de 74% en moyenne ce qui est de deux (2) points supérieurs aux cours francophones précédents (71%) et de quatre (4) points inférieurs aux cours anglophones précédents (78%).
2. La *distribution du matériel pédagogique* a été évaluée à 93% ; ce qui est de 10 points supérieurs à la moyenne des cours francophones précédents avec un score moyen de 83%.
3. La *salle de formation* a obtenu un score de 44%. Ce score est de 27 points inférieurs par rapport aux autres cours francophones. Les problèmes de la salle étaient les coupures fréquentes de l'électricité, la non-fonctionnalité du stabilisateur (onduleur), et le système de climatisation qui ne fonctionnait pas bien.
4. Le milieu du centre de conférence de *Bénin Atlantic Beach Hôtel* où s'est déroulé le cours a été évalué à 55%. Ce score est de quatre (4) points inférieurs aux cours précédents francophones et 22 points inférieurs au l'hôtel du cours FBP à Mombasa, Kenya.
5. Les participants ont évalué *l'accueil par les facilitateurs et l'Hôtel* à 93%. Cela était de cinq (5) points supérieurs par rapport aux autres cours francophones et 1 point supérieur par rapport aux cours anglophones.
6. La *restauration* a obtenu un score de 63% qui est égal aux autres cours FBP francophones qui ont aussi eu une moyenne de 63%.
7. La qualité du *transport* a été évaluée à 95% ce qui est de 30 points supérieurs à la moyenne des autres cours francophones de 65%.

Comment évaluez-vous l'organisation de la formation ?	Les 56 cours FBP francophones précédents	Les 28 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Avril 24	Comparaison Cotonou Avril 2024 / 56 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Avril 24 / 27 cours FBP anglophones précédents
Qualité et distribution matériel éducatif	83%	87%	93%	10%	6%
La salle de conférence	71%	71%	44%	-27%	-27%
Centre d'accueil	59%	77%	55%	-4%	-22%
Comment avez-vous été reçu et convivialité des facilitateurs	88%	92%	93%	5%	1%
Aliments et boissons, y compris pauses café	63%	64%	63%	0%	-1%
Transport	65%	78%	95%	30%	17%
Moyenne	71%	78%	74%	2%	-4%
Sorti de dimanche a aidé dans apprentissage				97%	

Tableau 5 : Appréciation des participants sur l'organisation de la formation.

6.4 Méthodologie et contenu du cours

- La méthodologie et le contenu du cours étaient évalués sur 5 indicateurs avec un score moyen de 82,2%. Cela est de 0,1 point supérieur aux cours francophones précédents.
- La question « *Le contenu des modules FBP m'a aidé à atteindre mes objectifs* » a été évaluée à 80% (3 points inférieurs à la moyenne des autres cours FBP francophones).
- La question « *Est ce que la méthodologie du cours était bonne* » a été évaluée à 83% ce qui est de deux (2) points inférieurs par rapport aux 56 cours francophones précédents.
- La question « *Est-ce que l'équilibre entre les cours et les exercices était bonne* » a été évaluée à 70% (2 points supérieurs à la moyenne des autres cours FBP francophones).
- La question « *Est ce que l'interaction et les échanges dans les groupes de travail était bonne* » a été évaluée à 85% (ce qui est 4 points inférieur à la moyenne des autres cours FBP francophones).
- La question « *Est ce que les méthodes de travail adoptées au cours ont stimulé ma participation active* » a été évaluée à 93% (ce qui est 7 points supérieur à la moyenne des autres cours FBP francophones).

Méthodologie et contenu du cours	Les 56 cours FBP francophones précédents	Les 28 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Avril 24	Comparaison Cotonou Avril 2024 / 56 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Avril 24 / 27 cours FBP anglophones précédents
Le contenu des modules FBP m'a aidé à atteindre mes objectifs	83%	91%	80%	-3%	-11%
La méthodologie du cours	85%	88%	83%	-2%	-5%
L'équilibre entre les cours et les exercices	68%	78%	70%	2%	-8%
Interaction et les échanges dans les groupes de travail	89%	91%	85%	-4%	-6%
Les méthodes de travail adoptées au cours ont stimulé ma participation active	86%	90%	93%	7%	3%
Moyenne	82,1%	87,8%	82,2%	0,1%	-6%

Tableau 6 : Appréciation des participants sur la méthodologie et le contenu du cours.

6.5 La conduite du cours et la facilitation

- Concernant la facilitation, 83% des participants ont donné le score très satisfait pour *l'esprit ouvert des facilitateurs* ; ce qui est égal aux scores des autres cours francophones et 8% supérieur aux cours anglophones.
- 57% des participants ont pensé que le temps pour les *travaux des groupes* était suffisant ce qui est de cinq (5) points inférieurs aux autres cours FBP francophones et de 21 points inférieurs aux autres cours FBP anglophones.
- Une proportion de 74% des participants a dit qu'ils étaient très satisfaits du *temps imparti pour les discussions* ; ce qui est de 2 points inférieurs aux autres cours francophones.

Les aspects liés à l'exécution du programme et la facilitation	Les 56 cours FBP francophones précédents	Les 28 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Avril 24	Comparaison Cotonou Avril 2024 / 56 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Avril 24 / 27 cours FBP anglophones précédents
Les animateurs avaient l'esprit ouvert à des contributions et critiques	83%	75%	83%	0%	8%
Le temps alloué au travail de groupe était adéquat	62%	78%	57%	-5%	-21%
Le temps des discussions est adéquat	76%	84%	74%	-2%	-10%
Moyenne	73%	79%	71%	-2%	-7%

Tableau 7 : Exécution du programme et facilitation.

6.6 Appréciation par module

Concernant la satisfaction par module, le tableau suivant montre qu'il y avait un score moyen de 77,8% qui était de 3,9 points inférieurs par rapport aux cours francophones précédents (81,6%). Le module micro-économie et l'économie de la santé était relativement mal évalué avec 59%.

Appréciation des Modules	Les 57 cours FBP franco-phones précédents	Les 28 cours FBP anglo-phones précédents	Cotonou Avril 2024	Comparaison Cotonou Avril 2024 / 57 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Avril 2024 / 27 cours FBP anglophones précédents
Pourquoi le FBP & Qu'est-ce qu'est le FBP ? Mod 1 & 2	93%	93%	100%	7%	7%
Les notions de micro-économie et l'économie de la santé	63%	82%	59%	-4%	-23%
Théories FBP, meilleures pratiques, bonne gouvernance et décentralisation	85%	93%	85%	0%	-8%
Enquête de recherche de base - évaluation, le processus d'analyse	76%	77%	65%	-11%	-12%
Les indicateurs des outputs dans une intervention FBP	86%	88%	88%	2%	0%
Agence de Contractualisation & Vérification (ACV), la collecte des données	84%	89%	68%	-16%	-21%
Régulateur - assurance de la qualité	80%	92%	74%	-6%	-18%
Techniques de négociation et de résolution des conflits	87%	91%	90%	3%	-1%
Boîte noire : Plan de Business	84%	89%	76%	-8%	-13%
Boîte noire : Outil Indices : recettes - dépenses - les primes de performance	78%	80%	73%	-5%	-7%
Renforcer la Voix de la Population et le marketing social	80%	88%	74%	-6%	-14%
Faisabilité program FBP, les hypothèses fatales et le plaidoyer	85%	91%	82%	-3%	-9%
Élaboration d'un projet FBP - costing	64%	66%	N/A		
Moyenne pour 13 modules	81,7%	87,8%	77,8%	-3,9%	-10,0%

Tableau 8 : Appréciation des participants concernant les modules du cours FBP.

6.7 Commentaires et suggestions spécifiques des participants de Cotonou

Suggestions pour améliorer le cours

- Étendre la durée de la formation de 3 à 4 semaines afin de permettre aux participants d'acquérir une maîtrise complète du cours (13x).
- Accorder plus de temps aux participants pour leurs révisions personnelles, en tenant compte de la difficulté de travailler de façon intensive de 8h30 à 20h tous les jours (6x).
- Le cours étant très condensé, il faudra prévoir un temps de relaxation (5x)
- Pour les participants ayant rejoint la formation en retard, le temps n'était pas suffisant (2x).
- Renforcer le module sur le FBP en situation d'urgence en développant ses aspects spécifiques (2x).
- Le bouleversement de l'agenda, causé par le retard du deuxième groupe de 22 participants, n'a pas aidé les participants (2x)
- Élargir les indicateurs du système éducatif, couvrant l'éducation préscolaire, fondamentale, secondaire et supérieur, pour une mise en œuvre complète du FBP (1x).
- Étendre les outils développés pour qu'ils puissent être appliqués à d'autres secteurs (1x).
- Accroître la durée allouée aux travaux de groupe (1x).
- Approfondir le module sur la microéconomie, considérée comme la pierre angulaire du FBP (1x).
- Optimiser l'organisation de la salle de formation en veillant à ce que les tables soient bien disposées par rapport au projecteur (1x).

Suggestions pour améliorer le livre

- Harmoniser les données présentées dans le manuel avec celles des diapositives PowerPoint (2x).
- Préparer des fascicules regroupant les exercices et leurs solutions, à distribuer aux participants à la clôture de la formation (1x).
- Effectuer une relecture minutieuse du livre sur le FBP afin de corriger les nombreuses coquilles présentes (1x).

Nouveaux sujets proposés par les participants

- Proposer un module suivi-évaluation du système FBP différent de ce que font les ACV (1x)
- Évaluation qualité dans les FBP appliqué au secteur d'éducation
- Revoir le mode d'évaluation question réponse choix multiple à préciser dès le départ

Autres suggestions, remarques et commentaires

- Améliorer le système de climatisation de la salle de formation pour un meilleur confort des participants (7x).
- Nous sommes extrêmement satisfaits de la pertinence et de l'importance du cours (3x).
- Éviter les multiples reports du cours (2x).

- Diversifier davantage les plats proposés au restaurant (2x).
- Résoudre les problèmes liés aux coupures d'électricité pour assurer le bon déroulement de la formation (2x).
- Envisager d'organiser la même formation au Mali afin de permettre à un plus grand nombre de cadres supérieurs et d'agents d'y participer (1x).
- Réexaminer le coût de la formation (1x).
- Réorganiser l'agencement des chaises dans la salle de formation pour plus de confort (1x).
- Assurer une connexion WIFI stable (1x).
- Augmenter la période entre deux sessions de cours internationaux pour permettre une meilleure préparation (1x).
- Établir un réseau regroupant les personnes formées en FBP pour favoriser les échanges et la collaboration (1x).
- Continuer la sensibilisation et la formation d'autres acteurs concernés (1x).
- Installer des réfrigérateurs dans toutes les chambres pour plus de commodité (1x).
- Mettre en place un programme de certification pour les formateurs en FBP (1x).
- Envisager d'organiser des recherches-actions sur le FBP dans les zones touchées par des catastrophes naturelles, des épidémies et des déplacements de population, afin de mettre en œuvre des stratégies adaptées à chaque type et niveau d'urgence (1x).
- Félicitation aux facilitateurs (1x)
- Monsieur Robert donne beaucoup d'Énergie et de passion dans la promotion du FBP (1x)
- Tout était au-dessus de mes attentes (1x)
- Merci pour votre patience, vos orientations et votre méthodologie (1x)

7. PLANS D' ACTIONS DES GROUPES

7.1 MSDS groupe centrale : Pérennisation du FBP au Mali

Membres :

<i>Moussa DIAWARA :</i>	<i>Conseiller Technique ;</i>
<i>Hamadoun Aly DICKO :</i>	<i>Conseiller Technique ;</i>
<i>Moussa KAMISSOKO :</i>	<i>Directeur de la Cellule de Planification et de Statistique ;</i>
<i>Kalifa KEITA :</i>	<i>Directeur Gén Adj Direction Gén Santé et 'Hygiène Publique ;</i>
<i>Oumar GUINDO :</i>	<i>Assistant Administrateur Portail CTN FBP.</i>

7.1.1 Contexte

Dans son classement basé sur l'IDH (Indice de Développement Humain), la Banque Mondiale a classé le Mali 182ème rang sur 185 pays en 2018. La proportion de la population malienne considérée comme pauvre est estimée à 44,9% au niveau national en 2017 sur la base d'un seuil de pauvreté en termes réels de 175 000 F CFA en 2016 à 178 000 F CFA en 2017. Selon la même source l'incidence de la pauvreté monétaire au cours de la dernière décennie a été plus favorable au secteur rural (de 65% à 51%). Malgré cette baisse, l'extrême pauvreté (incapacité de satisfaire aux besoins nutritionnels de base) touche encore 22% de la population.

L'incidence de la pauvreté est estimée à 4,7% à Bamako contre respectivement 32,9% et 53,6% dans les autres villes et en milieu rural. D'après les résultats de l'Enquête EMOP 2018, l'ampleur de la pauvreté est plus élevée à Sikasso, Mopti et Koulikoro avec des incidences respectives de 67,8%, 59,5% et 52,2%. (DI).

Le Système National de Santé est organisé de façon pyramidale. Il comprend un niveau périphérique ou niveau opérationnel, un niveau intermédiaire ou régional et un niveau central ou national.

Les collectivités territoriales participent à l'administration de la santé dans les conditions définies par la Loi n°2023-004 du 13 mars 2023 portant Code des Collectivités territoriales. Ainsi le conseil communal et le Conseil Régional délibèrent sur la politique de création et de gestion des dispensaires, des maternités, des centres de santé communautaires et des EPH au niveau régional.

Le secteur public est complété par le secteur privé, les services de santé de l'Armée et les établissements de santé confessionnels. Les établissements du secteur privé sont de plusieurs catégories, notamment médicale, paramédicale, pharmaceutique et traditionnelle.

A côté du système moderne de santé, il existe au Mali une médecine traditionnelle riche et variée qui constitue un des recours aux soins pour la majorité de la population.

7.1.2 Le FBP au Mali

Le FBP s'inscrit dans une vision de contribution à la réalisation des objectifs nationaux et internationaux dans les domaines de la santé, de la nutrition et de la réduction de la pauvreté.

Il est en cohérence avec les instruments nationaux et les engagements internationaux et constitue un outil de mise en œuvre des stratégies et politiques.

Dans sa volonté de conduire le pays vers l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD), le Gouvernement du Mali à travers le ministère en charge de la santé s'est engagé dans la mise en œuvre de l'approche FBP. A cet effet, le Gouvernement malien a reçu un don de l'Association Internationale de Développement (IDA), du Fonds Global pour le Financement (GFF) et des Pays Bas pour financer le projet « Accélérer les Progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle » (PACSU). Le PACSU trente (30) districts sanitaires des quatre (4) régions de Koulikoro, Ségou, Mopti et Gao.

Pour son appropriation le Ministère en charge de la santé a créé une Cellule Technique Nationale-FBP (CTN-FBP) rattachée au Cabinet du Secrétaire Général. Cette cellule est un organe consultatif de promotion, de l'appropriation de l'approche FBP en vue de sa pérennisation comme mécanisme de gestion des structures de santé.

Il entend ainsi relever le niveau des résultats de santé du pays, plus particulièrement en ce qui concerne la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent en faisant de la problématique de la SRMNEA+N, une priorité nationale.

Le FBP a permis aux FOSA d'améliorer leur plateau technique, la disponibilité de personnel qualifié, l'hygiène hospitalière, l'accueil des patients et de réhabiliter leurs infrastructures. Sa mise en œuvre a aussi permis d'augmenter les recettes des FOSA, d'améliorer la motivation du personnel et l'esprit d'initiative, la collecte de données, la supervision et de prendre en compte la satisfaction des usagers.

Aussi, le FBP a contribué au développement de la contractualisation avec le secteur privé et avec les acteurs locaux comme les maternités rurales, les dispensaires et les sites ASC.

Le FBP a également amélioré la gouvernance locale de la santé, les conditions et l'environnement de travail du personnel grâce à la gestion des subsides reçus.

Plusieurs préalables doivent être pris en compte pour anticiper la pérennisation d'une telle stratégie dans le contexte actuel de défis multiples et multiforme.

Le présent plan d'action s'inscrit dans ce cadre.

7.1.3 Analyse Scan et score de faisabilité.

L'analyse du score faisabilité des 23 indicateurs donne un score de 76% avec les problèmes identifiés suivants :

- Absence de ligne budgétaire dédiée au FBP ;
- Ouverture non systématique du marché d'approvisionnement en intrants ;
- Signature tripartite des contrats.

Aussi, l'absence de contractualisation avec les services centraux, rattachés et organismes personnalisés constitue une difficulté pour le développement du FBP.

7.1.4 Recommandations.

- Mettre en place au niveau national un fonds d'appui au FBP (pour la pérennisation) ;
- Instaurer un contrat de prestation entre l'ASACO et le DTC pour mettre fin au contrat tripartite ;
- Développer des contrats de prestation/performance entre la mairie et le Manager du CSRéf sur la base d'une analyse approfondie et d'une définition claire des rôles et responsabilités des deux parties ;
- Réduire le nombre d'indicateurs output acheté au niveau des FOSA et séparer la vérifications output (ACV) avec des revues de qualité des régulateurs (DRS) ;
- Libéraliser le schéma d'approvisionnement et de distribution des intrants (médicaments) pour permettre aux FOSA de s'approvisionner chez le meilleur fournisseur/grossiste ;
- Contractualiser avec les services centraux, rattachés et organismes personnalisés.

7.1.5 Plan d'action

Problèmes identifiés	Action à réaliser	Responsable	Délai
1. Absence de ligne budgétaire dédiée au FBP ;	- Élaboration de documents de plaidoyer pour la création d'une ligne budgétaire dédiée au FBP ;	MSDS	2025
	- Organisation de sessions de plaidoyer en faveur de la création de ligne FBP (CNT, MEF, MATD, Patronat, OSC etc).	MSDS	2026
2. Ouverture non systématique du marché d'approvisionnement en intrants ;	- Révision des procédures d'approvisionnement en intrants	MSDS	2025
3. Signature tripartite des contrats.	- Instauration de contrat de prestation entre l'ASACO et le DTC pour mettre fin au contrat tripartite ;	ACV	2025
	- Développement des contrats de prestation/performance entre la mairie et le Manager du CSRéf sur la base d'une analyse approfondie et d'une définition claire des rôles et responsabilités des deux parties ;	CTN	2025
4. Contractualiser avec les services centraux, rattachés et organismes personnalisés	- Réalisation de l'évaluation de base des structures centrales ;	CTN	2025
	- Élaboration et négociation de plan de business	CTN	2025

7.2 MEF - opérationnalisation du FBP sur le Budget d'État

- **Monsieur Diakaria KONE**, Planificateur, Chef Section Suivi évaluation des Investissements à la Direction Nationale de la Planification et du Développement (DNPD) ;
- **Monsieur Oumar CISSE**, Inspecteur des Services Économiques, Chargé de dossiers à la Direction Générale de la Dette Publique (DGDP) ;
- **Monsieur Mohamed Tata KEBE**, Inspecteur des Finances, Chargé d'Études Économique et Financière à la Direction Générale du Budget (DGB).

7.2.1 Contexte

Le ministère de l'Économie et des Finances (MEF) est chargé de préparer et de mettre en œuvre la politique économique, financière et monétaire de l'État. L'économie malienne, basée sur l'agriculture, l'élevage, la pêche et les activités extractives, dépend fortement des fluctuations des prix des matières premières et la pluviométrie qui reste très aléatoire et insuffisante. L'or et le coton et le bétail sont les principaux produits d'exportation et représentent en moyenne 82,5% de recettes d'exportation sur la période 2012-2022.

Le Produit intérieur Brut (PIB) est estimé à 13 978,6 milliards de FCFA en 2024, environs 22,7 milliards de dollars US pour une population de 22 395 489 habitants avec une densité moyenne de 18 habitants/km² en 2022.

Les ressources budgétaires allouées au secteur de la santé sont passées de 152,710 milliards de FCFA en 2022 à 171,867 milliards de FCFA en 2023, représentant respectivement 5,77% et 5,15% du Budget d'État. En 2024, les projections de ressources sont estimées à 158 milliards FCFA, soit 5,15% du budget d'État. La croissance économique, nonobstant les effets combinés de la crise à Covid-19, les crises politiques, sécuritaire et institutionnelle ainsi que les sanctions économiques et financières prises par les institutions régionales (CEDEAO et UEMOA) est demeurée résilience en passant de -1,2% en 2020, à 3,1% en 2021, à 3,7% en 2022, à 5% en 2023 et estimée à 5,1% en 2024.

Cette croissance est soutenue par le secteur primaire (agriculture d'exportation, activités extractives et agriculture vivrière) représentant 37,1% du PIB, le secteur secondaire (Électricité, Eau, Textiles et la Construction) représentant 18,5% du PIB et le secteur tertiaire (transports et communications, commerce et les administrations publiques) représentant 36,5% du PIB. Le taux d'inflation est passé de 9,7% en 2022 à 2,8% en 2023. Il est estimé à 2,5% en 2024.

Enfin, le ratio du solde budgétaire global, dons inclus en % PIB est ressorti à -4,9% en 2023 et à - 4,4% en 2024, au-dessus du seuil communautaire UEMOA fixé à - 3%.

La politique sectorielle de santé et de population, adoptée en 1990, a lancé **l'approche programme** pour la préparation et la mise en œuvre des politiques, plans et programmes de santé et de développement social. Le gouvernement du Mali a adopté le deuxième Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) qui couvre la période 2014-2023.

La première tranche quinquennale couvrant la période 2014-2018 a pris fin et la deuxième devant porter sur la période 2019-2023, a été validée.

La quatrième génération du Programme de Développement Sanitaire et Social, intitulée PRODESS IV (2019-2023), prend en compte des objectifs de programmation budgétaire dans le cadre de la gestion des finances publiques en mode budget-programmes.

7.2.2 Introduction FBP

L'introduction du Financement Basé sur la Performance (FBP) a été expérimentée à travers le Projet d'Appui à la Couverture Sanitaire Universelle (PACSU), dont l'évaluation a mis par cours a permis de constater les résultats suivants :

- La hausse des indicateurs sur les utilisations des services ;
- La tendance à la hausse des indicateurs qualité technique, outils indice et communautaire des FOSA depuis le démarrage avec respectivement 81%, 77% et 88% ;
- Les bons scores qualité des DRS avec 92% au dernier Trimestre de 2023 ;
- La très bonne dynamique des FOSA privées dans le FBP ;
- Le taux de mobilisation des subsides à plus de 91% du montant prévu pour la composante 1 ;
- Les vérifications se font sur sites dans 96% des cas (sauf quelques au centre et nord);
- La proportion de patients retrouvés à 97% ;
- La bonne dynamique de la prise en charge des indigents/ vulnérables ;
- Le renforcement du partenariat public-privée et ;
- Le renforcement du système information sanitaire.

7.2.3 Score de faisabilité

A l'issue de la revue, le score de faisabilité est de 76% au Mali. Selon le scan de faisabilité, 100% du financement du FBP est assuré par les PTF au lieu qu'au moins 20% du budget FBP devrait venir du gouvernement avec le but pour diminuer la dépendance des bailleurs.

Le problème central est l'inadaptation des textes en vigueur régissant les finances publiques avec les principes du FBP sur le financement du budget d'État.

7.2.4 Atouts

- L'allocation de subvention d'État aux établissements de santé ;
- L'expérience réussie du PACSU dans les régions de Koulikoro, Segou, Gao et Mopti ;
- L'existence d'un comité interministériel pour l'élaboration d'une stratégie nationale de pérennisation du FBP.

7.2.5 Recommandations

- Appliquer les conclusions et recommandations qui seront issues des travaux du Comité Technique d'Experts des Ministères de l'Économie et des Finances et du ministère de la Santé et du Développement Social chargé d'examiner les modalités d'opérationnalisation du Financement Basé sur la Performance (FBP) sur le Budget d'État ;
- Insérer une ligne budgétaire FBP dans le budget du ministère de la Santé et du Développement ;

- Diligenter le transfert des ressources vers les niveaux opérationnels (Équipe cadre du District, FOSA primaire (CSCOM) et Secondaire (Hospitaliers) sur la base des factures vérifiées, validées et confirmées par le ministère de la Santé et du Développement Social à travers la Cellule Technique Nationale du FBP (CTN-FBP) ;
- Renforcer les capacités des cadres et agents sur les outils FBP.

7.2.6 Plan d'action détaillé

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	Oui	Quand
1. Dépendance à 100% du financement du FBP aux ressources extérieures (PTF)	- Insérer une ligne budgétaire FBP dans le budget du ministère de la Santé et du Développement	Ministère de l'Économie et des Finances / Ministère de la Santé et du Développement Social	2025
2. Inadaptation des textes en vigueur régissant les finances publiques avec les principes du FBP sur le financement du budget d'État.	Dérogation : - Mise en vigueur du manuel de mobilisation et d'exécution des ressources financières en mode FBP (en cours d'élaboration) - Réviser certains textes actuels	Ministère de l'Économie et des Finances /	Après validation du manuel
3. Faible niveau de maîtrise des outils FBP	- Élaboration et exécution d'un plan de formation des cadres et agents	Ministère de la Santé et du Développement Social / FENASCOM	Permanent

7.3 Parlement, Cour des Comptes de la Cour Suprême, Inspection de la Santé

Réformes pour intégrer le FBP

Membres du groupe

- *M. Aboubacar Sidick FOMBA, Président de la Commission santé / Conseil National de Transition*
- *M. Koniba DIARRA, Conseiller, Section des comptes / Cour Suprême*
- *Dr. Abdoulaye DAO, Inspecteur, Inspection de la Santé*

7.3.1 Contexte

La double crise sécuritaire et institutionnelle que connaît le Mali depuis mars 2012 a sérieusement perturbé la mise en œuvre des programmes de santé dont certains effets persistent de nos jours.

Dans le cadre de leurs missions régaliennes, les services et institutions de contrôle procèdent périodiquement à des vérifications de conformité (le respect des dispositions réglementaires et législatives) et à l'audit financier des formations sanitaires. Ces missions permettent d'une part de déceler certains manquements en rapport avec l'application des textes réglementaires et d'autre part de minimiser les risques et de corriger les erreurs de gestion dans les structures vérifiées. Ces services et institutions de

contrôle sont les inspections sectorielles, le Contrôle général des services publics, l'Office de Contrôle et de Lutte contre l'Enrichissement Illicite, le bureau du vérificateur général, le Parlement et la Section des comptes de la Cour suprême.

Par ailleurs, il est important de noter que le secteur de la santé au Mali souffre d'un certain nombre d'insuffisances dont entre autres :

- La faible allocation des ressources et l'inefficacité de leur utilisation ;
- Le taux de mises en œuvre des recommandations suivies par l'Inspection de la santé est moins de 15% ;
- Le pourcentage d'établissements de santé publics, privés et confessionnels contrôlés est négligeable ;
- Le taux des établissements privés de santé conformes est faible (inférieur à 20%).

Pour remédier à ces insuffisances, il s'avère opportun d'explorer d'autres formes d'approches d'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle et des Objectifs du Développement Durable dont le Financement Basé sur la Performance (FBP).

7.3.2 Analyse des problèmes lié à la santé

Le système de santé du Mali peut être considéré comme moyennement performant. Toutefois, il est confronté à des difficultés et contraintes parmi lesquelles :

- L'inadéquation des réformes législatives et réglementaires avec l'approche FBP ;
- Le faible nombre de missions de contrôle effectuées par l'Inspection de la Santé ;
- L'insuffisance de formations des inspecteurs de la santé en FBP.

Le faible nombre des missions de contrôle effectués par l'Inspection de la Santé est dû à une insuffisance du financement et de la non-intégration de l'Inspection de la santé dans l'approche FBP.

Par ailleurs il est impératif d'impliquer le législatif en vue de faciliter le processus d'ancrage institutionnel de l'approche FBP dans le système de santé et autres secteurs.

7.3.3 Score de faisabilité :

Le score de faisabilité du FBP au Mali est de 76% qui est inférieur à la norme d'au moins 80%.

7.3.4 Analyse des problèmes parlement, cours des comptes et l'inspection santé

Au titre du parlement

- L'inadéquation des textes législatifs et réglementaires en vigueur avec l'approche FBP ;
- L'État ne contribue pas au financement du FBP.

Au titre de la Cour des comptes

- L'insuffisance des ressources humaines pour la réalisation des missions de contrôle et de jugement des opérations financières

Au titre de l'Inspection de la Santé

- L'absence de contrat de performance CTN/FBP-Inspection de la santé ;
- L'insuffisance de formation des inspecteurs de la santé en FBP.

7.3.5 Recommandations**Au titre du parlement**

- Adopter des réformes institutionnelles pour intégrer l'approche FBP dans le secteur de la santé et autres ;
- Veiller à l'application des nouveaux textes législatifs et réglementaires prenant en compte l'approche FBP

Au titre de la Cour des comptes

- Doter la Cour des comptes en ressources humaines suffisantes ;
- Renforcer les capacités des juges financiers sur l'approche FBP ;

Au titre de l'Inspection de la Santé :

- Intégrer l'Inspection de la Santé dans l'approche FBP ;
- Renforcer les capacités des inspecteurs sur l'approche FBP ;

7.3.6 Plan d'action détaillé

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	QUI	QUAND
Parlement			
L'inadéquation des textes législatifs et réglementaires avec le FBP	Restituer la formation au Président du Conseil National de Transition et aux membres de la Commission santé du Conseil National de Transition	Président de la Commission santé	Juin-24
	Organiser des visites dans les zones FBP du pays	Président de la Commission santé	Juil-24
	Organiser une séance d'immersion à l'endroit des membres du CNT sur l'approche FBP	Président de la Commission santé	Sept-24
	Faire des propositions de lois portant loi d'intégration de l'approche FBP dans l'ancrage institutionnel	Président de la Commission santé	2025
Cour des comptes			
L'insuffisance des ressources humaines pour la réalisation des missions de contrôle et de jugement des opérations financières	Procéder au recrutement de conseillers et d'auditeurs de justice pour la Cour des comptes	Le Président de la Cour des comptes	Octobre 2024
	Organiser des ateliers d'initiation des membres de la Cour des comptes au concept FBP	Le Président de la Cour des comptes	2025
Inspection de la santé			
L'absence de contrat de performance CTN/FBP-Inspection de la santé	Développer un plan d'action pour l'Inspection de la Santé dans le cadre du FBP	L'Inspecteur en Chef de la santé	2025
	Signer un contrat de performance CTN/FBP-Inspection de la santé	L'Inspecteur en Chef de la santé	2025
	Réaliser des missions de contre-vérifications dans les établissements de santé	L'Inspecteur en Chef de la santé	2025

	Réaliser des missions spécifiques de l'Inspection de la santé (Vérification de conformité, vérification financière et gestion de la performance et des faits signalés)	L'Inspecteur en Chef de la santé	2025
L'insuffisance de formation des inspecteurs de la santé en FBP	Organiser une session de formation des inspecteurs de la santé sur le FBP	L'Inspecteur en Chef de la santé	2025

7.4 **ACV Mali – pérennisation et mise à l'échelle du FBP**

7.4.1 Contexte et justification

Le Mali est un pays semi-aride, enclavé, à faible revenu et à forte croissance démographique. Avec un revenu annuel par habitant d'environ 750 USD (soit 375.000 FCFA) en 2016, le Mali appartient au groupe des 25 pays les plus pauvres du monde.

Le système de santé du Mali a des sérieux problèmes sur l'amélioration des indicateurs clés en matière de santé ces dernières années, les tendances au progrès restent lentes et insuffisantes par rapport aux investissements et aux objectifs attendus. Selon l'EDSM VI (2017-2018), le taux de mortalité maternelle est passé de 1 010 pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 325 pour 100 000 naissances vivantes en 2018 [IC ; 245-405] (avec un objectif de développement durable de 70 pour 100 000 naissances en 2030), tandis que le taux de mortalité des moins de cinq ans est passé de 247 pour 1 000 naissances vivantes en 1987 à 101 pour 1 000 naissances vivantes en 2018. Selon les enquêtes SMART, les indicateurs de résultats nutritionnels n'ont pas connu une grande amélioration depuis 2014. Ainsi le taux de malnutrition aiguë globale est passé de 13.3% en 2014 à 10% en 2018 chez les enfants de moins de 5 ans.

Après l'expérience du projet pilote FBP de Koulikoro, le gouvernement a défini le FBP comme une stratégie clé pour améliorer l'efficacité de l'allocation et de l'utilisation des ressources, améliorer la performance du personnel de santé en les motivant et en laissant une plus grande autonomie de décision dans la prestation de services. L'amélioration de la qualité des services de santé et la réduction des dépenses directes à travers le FBP incite la population à augmenter l'utilisation des services de santé.

Après la phase pilote le projet s'est étendu sur trois régions : la région de Ségou, la région de Mopti et Gao, ainsi dans le cadre de la mise du projet deux agences de contractualisation et vérification (ACV) ont été créés sous la couverture juridique de la CANAM et couvre une population de 10 663 829 d'habitants. Le rôle de ces ACV est de négocier et signer les contrats par les FOSAs, le recrutement et suivi des Associations Locales (ASLO) pour les enquêtes ménage, faire les coachings, participer aux réunions de validation, et produire des rapports trimestriels.

7.4.2 Analyse du problème

Après les résultats satisfaisants obtenus à travers le projet PACSU qui était l'un des meilleurs projets financés par la Banque Mondiale et ses partenaires, une nouvelle phase a été obtenue pour élargir le projet à d'autres régions, notamment la région de Sikasso, la région de Tombouctou et la commune 6 du district du district de Bamako.

Après l'évaluation du score de scan de faisabilité, nous avons obtenus un score 84% avec un certain nombre de problèmes identifiés :

- Retard dans la libéralisation des distributeurs agréés des médicaments
- Absence d'apport financier de l'état dans le FBP
- Absence de contrat de performance de certaines directions centrales
- Nombre élevé de formations sanitaires par vérificateur
- Insuffisance dans les critères de validation de l'indicateur Visite à domicile
- Prise en compte du coût indirect dans le coût moyen de traitement du malade
- La triple signature des contrats (ACV- CSCOM et ASACO)
- Lenteur dans l'exécution des suggestions d'amélioration faites par les patients

7.4.3 Recommandations

- Libéraliser le marché des intrants et médicaments auprès des grossistes accrédités ;
- Faire un plaidoyer au ministre de la Santé et du développement social pour la contribution du gouvernement : Constituer l'équipe de plaidoyer ;
- Élaborer le document de plaidoyer et plus spécifiquement définir les slogans ;
- Réaffecter les fonds de crédits délégués (fonds césariens, épidémies et catastrophes naturelles, vaccinations, fonctionnement) au lignes et financement FBP ;
- Identifier les directions et programme à mettre sous contrats (DGSHP, DRH, DPM, PNLP, PNLT, ONASER, INSP, ANAES) définir les indicateurs output et qualité des directions et programmes

7.4.4 Plan d'Action

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	QUI	QUAND
1. Absence d'apport financier de l'état dans le FBP :	- Faire un plaidoyer au ministre de la Santé et du développement social pour la contribution du gouvernement - Constituer l'équipe de plaidoyer - Élaborer le document de plaidoyer - Définir les slogans - Réaffectation les fonds de crédits délégués (fonds césariens, épidémies et catastrophes naturelles, et autre bailleurs) vaccinations, fonctionnement) au FBP	ACV	D'ici la fin du 4ème trimestre 2024
2. Absence de contrat de performance de certaines directions centrales	- Identifier les directions et programme à mettre sous contrats (DGSHP, DRH, DPM, PNLP, PNLT, ONASER, INSP) - Définir les indicateurs output et qualité des directions et programmes - Élaborer les critères d'évaluation de performance de qualité et de quantité	ACV	D'ici la fin du 4ème trimestre 2024
3. Retard dans la libéralisation des distributeurs agréés des médicaments	- Faire un plaidoyer pour l'opérationnalisation des fournisseurs agréés d'intrants	ACV	D'ici la fin du 4ème trimestre 2024

7.5 Centres Hospitaliers Universitaires - Appliquer la reforme FBP aux

Présenté par les équipes des formations sanitaires du CHU du Point G, Gabriel Touré, Hôpital du Mali et de l'hôpital du district de Mopti

Pr Soumaïla KEITA ; M. Guédiouma SANOGO ; Mme Aminata COULIBALY ; M. Issa SANOGO ; M. Hassane HAIDARA

« L'approche FBP bien appliqué facilite l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle voire des Objectifs de Développement Durable de 2030 »

7.5.1 Contexte général

Le Mali est un pays semi-aride enclavé, à faible revenu et à forte croissance démographique. Sa population est estimée en 2023 à 22,4 millions habitants (RGPH 5).

Plus de trois quarts de la population malienne (76,2%) résident en milieu rural. La densité de la population est de 17,4 habitants / km².

Depuis 2012, le pays vit une crise socio - politico-sécuritaire sans précédent caractérisée par l'insécurité grandissante et l'instabilité politique avec leurs corollaires de déplacement massif des populations, l'inaccessibilité aux soins de santé de qualité, la rareté des ressources financières.

Le revenu annuel par habitant est d'environ 870 USD (soit 571.000 FCFA) en 2023. Le Mali est classé parmi les 25 pays les plus pauvres du monde avec un taux de pauvreté de 45,4% en 2022 et un PIB estimé à 1,8 en 2023. Sa population indigène est estimée à 2.2 millions personnes.

7.5.2 Problèmes du système de santé au Mali

Il y a une insuffisance du personnel de santé et une inadéquation dans la répartition géographique des ressources humaines. La contribution du secteur privé à l'amélioration des résultats en matière de santé reste limitée par suite de la préférence du gouvernement d'aider le secteur public. La performance du système national d'approvisionnement public en produits pharmaceutiques est sous-optimale. Les dépenses nationales de santé publique (7 dollars par habitant) représentent moins de 1% du PIB.

Les systèmes de prépaiement sont encore fragmentés et ne couvrent qu'environ 13% de la population. Cette situation est aggravée par la crise politico-sécuritaire avec une insécurité persistante rendant l'accès aux services de santé difficile dans certaines régions du pays (Centre et Nord).

7.5.3 Analyse des problèmes

Les principaux défis auxquels le secteur de la santé a été confronté ces dernières années, sont connus. Il existe une insuffisance du personnel de santé et une inadéquation dans la répartition des ressources humaines. Selon l'annuaire statistique national de 2018, le Mali ne compte en moyenne que six (6) personnels qualifiés pour 10 000 habitants.

Le financement de la santé est faible et entraîne des répercussions négatives sur la qualité des soins et la couverture des services de santé de base : Les dépenses nationales de santé publique (7 dollars par habitant, soit 3500 FCFA) représentent moins de 1% du PIB, 4,5%

des dépenses publiques totales et 16% des dépenses de santé courantes. La performance du système national d'approvisionnement public en produits pharmaceutiques est sous-optimale. La disponibilité des médicaments de base et des réactifs au niveau de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) reste insuffisante. Ce monopole du marché est la cause du coût élevé d'accès des populations aux médicaments. Par ailleurs plusieurs grossistes sont présents sur le marché et pourraient favoriser la concurrence et assurer l'approvisionnement.

La baisse progressive de la subvention de l'état d'année en année reste problématique avec l'accroissement de la population urbaine.

Quelques défis liés aux structures hospitaliers incluent :

- L'inefficience de l'utilisation des fonds de l'état et la lourdeur des procédures administratives et financières, la mercuration des prix, l'utilisation d'un service tiers pour l'approvisionnement en intrants ;
⇒ **Transformation des subventions de l'État en cash virées sur les comptes bancaires des hôpitaux.**
- Le manque d'autonomie pour la recherche de solutions locales et adaptées aux problèmes que rencontrent les prestataires de soins : gérer les ressources nécessaires à l'achat de médicaments, d'équipements, des intrants de fonctionnement, à attirer et motiver des ressources humaines qualifiées ;
- L'insuffisance de focalisation sur les résultats ;
- L'insuffisance de responsabilisation des acteurs ;
- La fuite des recettes à travers les activités informelles du personnel ;
- La problématique de l'octroi des ristournes (30% des recettes brutes trimestrielles) à la suite d'actions syndicalistes. Cela provoque un manque de ressources financières pour les autres dépenses de fonctionnement des structures hospitalières (équipements, médicament, réhabilitation, fournitures...) ;

7.5.4 Est-ce que le FBP peut résoudre les problèmes

Le FBP est une piste de solution pour résoudre les problèmes existants. Les succès enregistrés de la réforme FBP étant l'amélioration de la qualité des services et une augmentation des principaux indicateurs d'offre de services. En plus, du personnel est améliorée et leur maintien aux postes ruraux effectif.

Il est à souligner aujourd'hui que la mise en œuvre du FBP dans les districts d'intervention a apporté de manière significative une valeur ajoutée à l'amélioration de la qualité des services offerts. En outre la motivation du personnel a été une des meilleures pratiques dans le cadre de leur maintien aux postes.

En effet dans le cadre de cette mise en œuvre l'accès serait mis sur les 11 bonnes pratiques du FBP pour optimiser les résultats afin de mieux contribuer à la réduction de la mortalité et des évacuations sanitaires.

Le FBP est une réforme qui vise à renforcer le système de santé. Il a été introduit dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, dans des contextes de fragilité, conflit et violence (FCV).

L'approche FBP repose sur la relation contractuelle entre les différents acteurs du système de santé. La mise en œuvre du FBP permettra d'éliminer les obstacles critiques à la prestation de services de soins dans les formations sanitaires.

A cet effet, le FBP est une approche appropriée pour résoudre le problème de financement que connaît le secteur et apportera une solution aux problèmes d'accessibilité, de qualité, de motivation du personnel à travers la mise à disposition de ressources en fonction de leur performance.

7.5.5 Le score de faisabilité selon les 23 critères de pureté

L'analyse du score de faisabilité du programme FBP du pays a permis de mettre en évidence que le Mali contexte malien est favorable à l'approche FBP avec un score de 76%.

Cependant quelques problèmes avec leurs solutions doivent être apportées ; il s'agit de :

- Les Directions centrales du ministère de la Santé n'ont pas de contrat de performance avec la CTN pour assurer une bonne régulation ;
- Les contrats sont signés, d'une part entre les ACV, présidents d'ASACO et DTC au niveau CScCom, d'autre part entre les ACV et les propriétaires des structures privées au lieu d'être signés entre les ACV et responsables des FOSA ;
- L'absence d'apport de contribution financière du gouvernement malien au financement de la cagnotte FBP, ce qui ne permet pas au programme d'être pérenne.

A ces hypothèses fatales s'ajoutent quelques difficultés identifiées dans la mise en œuvre du FBP, à savoir la monopolisation du circuit pharmaceutique et le sous financement de certains indicateurs dans les zones d'insécurité.

7.5.6 Recommandations

- Plaidoyer auprès du gouvernement et des partenaires pour la mise en œuvre du FBP dans les hôpitaux tertiaires et l'élaboration de dérogations pour la faisabilité ;
- Sensibiliser les différentes composantes des structures pour adhérer au principe.
- Établir des contrats de performance avec les différentes directions du ministère de la Santé et du Développement Social impliquées dans l'amélioration de la qualité des soins.
- Étendre le plutôt possible le FBP aux formations hospitalières ;
- Diligenter le processus au niveau stratégique ;
- Former des acteurs au niveau des structures hospitalières.

7.5.7 Plan d'action détaillé

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	QUI	QUAND
1. Manque de motivation du personnel hospitalier	- Étendre le plutôt possible le FBP aux formations hospitalières	Le ministre de la Santé / Les directeurs d'hôpitaux / les partenaires	Dès le prochain contrat
2. Insuffisance de ressources financières	- Implication financière de l'État dans le Financement du FBP	Les Directeurs d'hôpitaux	Dès le retour de la délégation
3. Déficit d'information et peur du changement	- Formation des acteurs au niveau des structures hospitalières	Directeurs d'hôpitaux/partenaires	Dès le retour des délégations
4. La contrainte du système classique avec ces corollaires notamment la centrale d'achat	- Dérogation pour appliquer les meilleures pratiques et instruments FBP par les hôpitaux avec appui technique des experts (banque mondiale)	Ministère de la santé	Dès l'approbation des hôpitaux dans le processus FBP
5. La problématique de la taille des structures hospitalières	- Départementaliser les contrats avec les chefs de département dans les hôpitaux de grande envergure avec contrat de performance avec autonomie	Les Directeurs des hôpitaux	Dès l'approbation des hôpitaux dans le FBP
6. Difficulté de mobilisation des subventions de l'état	- Transformation des subventions de l'état pour les hôpitaux en Contribution FBP	Ministre des finances/Ministre de la santé	Dès l'approbation du FBP
7. Difficulté dans la mise en œuvre du FBP	- Appliquer en pilote le FBP et faire une visite de partage d'expérience au Burundi, Rwanda, Cameroun	Ministre de la santé/Directeurs d'hôpitaux	Dès le retour de la délégation

7.6 DRS régions Sikasso, Tombouctou et District Bamako – Enrôlement au FBP

Composé de :

- *Dr Mama SY KONATE, Directrice Régionale du District de Bamako ;*
- *Dr Kita Karim DIARRA, Chargé de Planification DRS Sikasso ;*
- *Dr Amadou DIALLO, Chargé de Planification DRS Tombouctou.*

7.6.1 Contexte

Au Mali, depuis l'adoption de la politique sectorielle de santé en 1990, le système de santé a connu plusieurs évolutions, telles que les soins de santé primaire, l'initiative de Bamako et Financement Basé sur la Performance (FBP) dans certaines régions. Malgré la mise en œuvre de tous ces systèmes, quelques indicateurs indispensables restent encore en souffrance :

- L'accessibilité géographique dans un rayon de 5 km est de 58,6% au niveau national, 53,7% dans la région de Sikasso, 44,6% dans la région de Tombouctou et 100% dans le District de Bamako en 2022 ; (source SNIS 2022)
- Le ratio de professionnel de santé qui est recruté (fonction publique et contractuels) est de 6/10 000 habitants en 2023 au niveau national, 4,45/10 000 habitants à Sikasso, 3/10 000 habitants à Tombouctou et 13/10.000 habitants à Bamako en 2022 contre la norme de l'OMS (23/10 000 habitants) ; (source SNIS 2023)
- Le taux d'accouchement par le personnel qualifié est de 59% au niveau national, 62,69% à Sikasso, 25,7% à Tombouctou et 78% à Bamako en 2022 ; SNIS 2022
- Nouveau contact/habitant/an est de 0,47 au niveau national, 0,42 à Sikasso, 0,49 à Tombouctou et 0,52 à Bamako en 2022. (Source SNIS 2022)

7.6.2 Analyse du problème (général mais aussi pour votre thème)

Le niveau d'atteinte de ces indicateurs varie d'une région à une autre. Cela s'explique par l'insuffisance de financement des Plans Opérationnels, l'insuffisance des plateaux techniques pour offrir des services de santé de qualité, l'insuffisance dans la maintenance des équipements. Cependant, la région de Tombouctou évolue depuis 2013 dans un système de gratuité partielle et totale des soins avec l'appui des Partenaires techniques et financiers et humanitaires. Les difficultés identifiées sont entre autres, l'insuffisance de financement des PO, la faible motivation du personnel soignant à servir dans les zones éloignées et difficiles d'accès et l'insécurité, etc.

7.6.3 Analyse du score faisabilité

L'analyse du score faisabilité des 23 indicateurs de pureté FBP actuellement dans les zones sans FBP est de zéro. Par ce que, les régions de Sikasso, Tombouctou et le District de Bamako se préparent pour rentrer dans le FBP dans le cadre du nouveau Projet "ARISE". Néanmoins, certains problèmes prioritaires identifiés sont entre autres :

- Difficultés d'approvisionnement en médicaments ;
- Insuffisance des ressources humaines qualifiées et mal réparties sur le territoire ;
- Insuffisance du plateau technique dans les structures de santé ;
- Faible motivation du personnel dans les structures de santé ;

- Insuffisance dans la gouvernance des structures de santé ;
- Faible accès de la population aux services de santé de qualité ;
- Les partenaires appuient nos structures sous forme d'inputs qui ne couvrent toutes les dépenses ce qui ne permettent pas aux gestionnaires de gérer financièrement les besoins des structures, tels que ; la prise en charge nutritionnelle des enfants, le VIH/Sida, Tuberculose, paludisme, etc. ;
- Accès difficile des populations aux services de santé de qualité y compris les sites des déplacés ;
- Gratuité de la prise en charge de certaines maladies (paludisme, la prise en charge nutritionnelle des enfants, VIH/sida, Tuberculose, etc), qui n'est pas remboursée ;
- Existence de monopoles et des inputs qui empêchent sur le recouvrement des coûts et le libre marché.

Oui, ces problèmes prioritaires identifiés peuvent être résolu par le Financement Basé sur la Performance (FBP). Parce que l'approche FBP permet d'offrir des services qualifiés basés sur l'efficacité et l'équité.

7.6.4 Recommandations

- Faire un plaidoyer auprès de l'État et les Partenaires pour appliquer le FBP ou quelques outils et instruments pratiques FBP dans les régions de Sikasso, Tombouctou et le District de Bamako ;
- Supprimer le monopole et les inputs et développer des approches FBP (en associant des grossistes accrédités qui sont dans les normes) pour pallier les difficultés d'approvisionnement en médicaments et renforcer le contrôle de qualité ;
- Recruter des ressources humaines qualifiées selon les besoins spécifiques de chaque structure en appliquant le concept du FBP pour assurer le maintien du personnel ;
- Permettre aux structures de santé d'acheter des matérielles et équipements sur fonds propre en appliquant le concept du FBP qui va permettre d'avoir les fonds de garantie pour l'amortissement et l'entretien ;
- Intégrer les régions de Sikasso, Tombouctou et le District de Bamako dans le FBP qui va permettre de développer les mécanismes de motivation du personnel ;
- Appliquer l'approche FBP pour assurer une bonne gouvernance et la transparence dans la gestion des FOSA ;
- Pratiquer le FBP et développer des stratégies pour rendre disponible le PMA y compris les sites des déplacés ;
- Amener tous les partenaires intervenants dans les régions de Sikasso, Tombouctou et le District de Bamako d'appliquer le FBP ;
- Que l'ÉTAT adhère au concept du FBP ;
- Que l'ÉTAT supprime les inputs et le monopole.

7.6.5 Plan d'action détaillé

Problèmes identifiés	Action à réaliser	QUI	QUAND
Absence de FBP	Appliquer le concept de FBP dans les régions de Sikasso, Tombouctou et le District de Bamako	État et Partenaires	2025
Difficultés d'approvisionnement en médicaments	Supprimer le monopole et les inputs et développer des approches FBP (en associant des grossistes qui sont dans les normes) pour pallier les difficultés d'approvisionnement en médicaments	Etat et Partenaires	2025
Insuffisance des ressources humaines qualifiées	Recruter des ressources humaines qualifiées selon les besoins spécifiques de chaque structure en appliquant le concept du FBP pour assurer le maintien du personnel	Etat PTF, FOSA	2025
Insuffisance du plateau technique	Permettre aux structures de santé d'acheter des matérielles et équipements sur fonds propre en appliquant le concept du FBP qui va permettre d'avoir les fonds de garantie pour l'amortissement et l'entretien	FOSA	2025
Faible motivation du personnel	Intégrer les régions de Sikasso, Tombouctou et le District de Bamako dans le FBP qui va permettre de développer les mécanismes de motivation du personnel	FOSA	2025
Insuffisance dans la gouvernance au niveau des structures de santé	Appliquer l'approche FBP pour assurer une bonne gouvernance et la transparence dans la gestion des FOSA	FOSA	2025
Accès difficile des populations aux services de santé de qualité y compris les sites des déplacés	Pratiquer les stratégies du FBP pour rendre disponible le PMA en centre fixe (CSCOM), stratégie avancée (villages se trouvant au-delà de 5 km) et en équipe mobile (population se trouvant à 15 Km) y compris les sites des déplacés	FOSA	2025
Les partenaires appuient nos structures sous forme d'inputs qui ne couvrent pas toutes les dépenses ce qui ne permettent pas aux gestionnaires de gérer financièrement les besoins des structures, telsque ; la prise en charge nutritionnelle des enfants, le VIH/Sida, Tuberculose, paludisme	Amener tous les partenaires intervenants dans les régions de Sikasso, Tombouctou et le District de Bamako d'appliquer le FBP	ETAT, Partenaires	2025
Gratuité de la prise en charge de certaines maladies (Paludisme, la prise en charge nutritionnelle des enfants, VIH/sida, Tuberculose, etc) non remboursée	Intégrer la gratuité dans le concept FBP, exemple : au Mali dans les zones FBP la prise en charge des déplacés, indigents sont remboursés	ETAT, Partenaires	2025
Existence de monopoles et des inputs qui empêchent le recouvrement des coûts et le libre marché	Éliminer les inputs et le monopole	ETAT	2025

Le FBP (ou toute autre système de santé) peut seulement avoir du succès si les lois économiques sont appliquées.

7.7 Région Gao Équipe Régulateurs – pérennisation et réforme

Dr. Isac KODIO, Charge Planification DRS GAO

Dr. Ahmadou HALIDOU, MCD BOUREM/GAO

Dr. Mahamadoun AGUISSA, Chargé VIH District GAO

Mr. Abdourazack SOUMANA, Chargé SIS District ANSONGO

Mr. Assaliha B TOURE, Chargé SIS District GAO

7.7.1 Contexte

La crise sécuritaire de 2012 a négativement affecté le Mali et plus particulièrement les régions comme celle de Gao.

La crise a causé la perte d'autonomie des structures de santé et le déplacement massif du personnel soignant vers les régions les plus calmes tout en mettant les services socio-sanitaires en situation d'insuffisance de ressources qualifiées et de plateau technique. Malgré les efforts de l'État et de ses partenaires les besoins accrus sur le terrain surtout en matière de santé maternelle, néonatale et infantile.

Parmi les indicateurs en souffrance dans la région, nous pouvons citer entre autres : i) l'insuffisance en ressources humaines qualifié avec 0,5 professionnel de santé pour 1000 habitants ; ii) la mortalité maternelle était de 325 cas pour 100000 naissances vivantes. La région connaît une survenu sporadique d'épidémies de rougeole ; iii) la prévalence contraceptive varie entre 2 à 4% d'année en année loin de la prévalence nationale qui était 16% ; iv) la prévalence de la malnutrition aiguë était de 16,1 % en 2022 et de 15,3 en 2023 classant la région parmi celles qui sont les plus affectées par ce fléau ; v) Le nombre des déplacés internes est estimé à 36 354 personnes selon le DTM (matrice de suivi des déplacés). La proportion des populations ayant accès à un centre de santé dans un rayon de 5 km était de 54 % en fin 2023.

Le Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) souffre de la non-disponibilité des supports primaires, la faible couverture des FOSA en réseau GSM, de l'instabilité voire absence de connexion internet pour la saisie et la transmission des données.

Au niveau des FOSA, on a assisté à un dysfonctionnement du système de recouvrement des couts au profit d'une gratuité totale et ciblée soutenue par les partenaires (ONGI). La référence évacuation a subi le même sort avec inexistence de ressource logistique et financière pour sa fonctionnalité.

La région de Gao est située au Nord Est du Mali avec une population de 768 964 hbts en 2024. Elle compte 4 districts sanitaires avec 1 hôpital régional, 4 hôpitaux de District, 117 Centres de santé, 21 structures privées, 14 officines, 3 grossistes, 125 sites Agent de Santé Communautaire (ASC). Le ratio personnel qualifié était de 0,7/1000 hbts en fin 2024 selon SLIS ; les recettes de la région pour la santé étaient de 13,25 \$ US par personne/an.

La région a bénéficié de l'approche FBP au 3ème trimestre 2020 sur financement intégral de la Banque Mondiale à travers le MSDS dans le cadre du projet « accélérer la couverture sanitaire universelle » - PACSU.

7.7.2 Analyse du problème

Avant l'arrivée du PACSU, les FOSA n'avaient pas plus d'autonomie de gestion, le personnel était insuffisant en nombre et en qualité associé à une démotivation notoire ; le plateau technique et le paquet d'activités étaient limités avec la survenue de rupture intempestive et une sous-fréquentation des structures de santé ; des difficultés dans la gouvernance des FOSA entièrement dépendante de l'aide extérieure.

L'arrivée du programme a permis d'améliorer un certain nombre de problème parmi lesquels on peut citer : la qualité des soins, le plateau technique, le recrutement des ressources humaines qualifiées par les FOSA, la transparence dans la gestion financière. Elle a aussi amélioré la gouvernance à travers l'implication des autorités locales et du personnel dans la prise de décision, motivation et maintien des agents à leurs postes via l'octroi des primes de performance.

Malgré ces améliorations, les principaux défis qui persistent sont entre autres : i) le financement pour la pérennisation de l'approche FBP, ii) la pérennisation des acquis de la gouvernance et iii) la prise en charge des indigents (PDI, autres victimes de conflits, indigents de circonstance) ; l'existence de monopole dans l'approvisionnement en intrants en médicaments ; les conditions d'hygiène en milieu de soins et dans les ménages.

7.7.3 FBP une solution et score de faisabilité ?

Aux vues de tout ce qui précèdent (contexte) nous estimons que l'approche FBP bien appliquée pourrait être une solution pour la région.

Le score de faisabilité se résume selon le tableau ci-après :

Critères	Pts dispo	Pts obtenu	Commentaires
1. Le budget du programme FBP n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	0	Montant total du Programme :67,4 millions USD pour 3 ans dont 52 millions pour les subsides (77%) et 15,4 millions USD pour appui à la mise en œuvre et supervision Population couverte 8 036 240 en 2022 ce qui donne 3 USD par hbts /an
2. Au moins 20% du budget FBP vient du gouvernement et le programme FBP a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	0	Le programme est entièrement financé par la banque mondiale
3. La Cellule Technique Nationale FBP est intégrée dans le ministère de Santé à un niveau suffisamment élevé qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes.	2	2	La CTN est directement lié au Secrétariat général du ministère de la Santé
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	2	2	Tous les acteurs sont mis sous contrat de performance y compris le payeur
5. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	2	Le nombre d'indicateur a évolué 5à à 52 indicateurs achetés au niveau des FOSA PMA

6. Le programme FBP contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	2	Oui : 2 visites mensuelles par FOSA
7. Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants.	2	2	Le nombre dépasse 125
8. Le programme FBP a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des districts, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA pour la validation des factures	2	2	Le comité de validation existe dans tous les districts
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	2	L'enquête de base (enquête ménage) a été réalisé par l'INSP en 2020 Une enquête de mi-parcours a été réalisée était en cours fin 2023
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	2	Oui toutes les FOSA (CSCCom et CSRéf, Privées) ont des comptes bancaires
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	0	Les FOSA ont une liberté limitée pour le choix de la centrale d'achat des médicaments. Le monopole existe en partie.
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2	
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides FBP.	2	2	
14. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	0	Contrat tripartite dans les CSCCom et CSRéf impliquant la signature l'ASACO au niveau CSCCom et l'autorités locale au niveau PCA
15. Les structures sont autorisées à déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	2	Oui
16. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	2	2	Oui
17. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.	2	2	Oui
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2	Oui
19. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le	2	2	

gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne).			
20. Le programme a des bonus d'amélioration de qualité (BAQ) ou des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure, des équipements des structures et du personnel qualifié	2	2	Oui
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat	2	2	Oui
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	2	Oui : Existe, un bonus d'équité par FOSA et régulateur, existence d'un plafond adaptable selon le contexte et sur validation du comité de district
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables	2	2	oui
Total	50	38	76%

Selon notre analyse le score de faisabilité est de de 76%.

7.7.4 Analyse des problèmes identifiés

- *Le budget alloué au programme FBP insuffisant* : il ressort de l'analyse que le programme a un budget qui correspond à 3 USD par habitant par an. Cela est inférieur à la norme FBP qui prévoit au moins 4 USD par habitant par an ;
- *Le financement entièrement externe* : le programme est entièrement financé par la Banque Mondiale à hauteur de 67,4 millions USD ;
- *L'existence de monopôle d'approvisionnement en médicaments* : les formations sanitaires notamment les CSCom (PMA) et les centres de santé de référence (PCA) n'ont pas le droit de s'approvisionner dans d'autres centrales pharmaceutiques agréées qu'en cas de rupture de la centrale étatique. Cependant, les autres structures (privées et confessionnelles) ne sont pas soumises à cette règle ;
- *L'existence de contrat tripartites au niveau CSCom et CSRéf* : les contrats à ces niveaux sont signés par le Directeur Technique du CSCom, le président de l'ASACO et l'ACV tandis qu'au niveau du CSRéf c'est le Manager, le maire et l'ACV ;
- *Rareté des grossistes agréés dans la région* : à part les DRC ou s'approvisionnement les CSCOM nous avons l'officine témoin de la PPM qui est grossiste étatique et un autre grossiste privé ;
- *Nombre élevé d'indicateurs output PMA* : nous utilisons 52 indicateurs output loin de norme FBP qui est entre 25 à 40 indicateurs.
- *Absence des études* : aucune étude réalisée dans la région Gao pour mesurer l'impact de la mise en œuvre de l'approche FBP.

7.7.5 Recommandations

- Plaider auprès des autorités nationales pour la pérennisation de l'approche et la mise en place d'un fonds d'appui au FBP ;
- Réaliser un plaidoyer auprès des autorités centrales pour la continuité de l'approche FBP, avec l'implication de l'État pour du programme

- Négocier la signature de contrat bipartite DTC-ACV et Manager CS Réf-ACV selon le manuel FBP ;
- Veiller à l'opérationnalisation des dispositions du manuel concernant l'achat des inputs (médicaments, matériels et équipement) qui doit se faire en toute liberté ;
- Plaider auprès de la CTN pour la révision du nombre d'indicateurs output au niveau PMA tout en séparant les fonctions de l'évaluation qualité (rôle régulateur) et la vérification quantité (rôle ACV) ;
- Faciliter l'installation et l'accréditation des nouveaux grossistes au niveau de la région pour remédier aux difficultés de rupture et d'accessibilité géographique ;
- Réaliser des études de recherche pour documenter les acquis de l'approche FBP dans la région.

7.7.6 Plan d'action

Quoi	Comment	Qui	Quand
Insuffisance des fonds	Plaider auprès des autorités nationales pour la pérennisation de l'approche et la mise en place d'un fonds d'appui au FBP ;	DRS / FERASCOM / Collectivités	Troisième trimestre 2024
La signature tripartite	Négocier la signature de contrat bipartite DTC-ACV et Manager CS Réf-ACV selon le manuel FBP	DRS/ACV	Troisième trimestre 2024
Monopoles	Veiller à l'opérationnalisation des dispositions du manuel concernant l'achat des inputs (médicaments, matériels et équipement) qui doit se faire en toute liberté.	DRS	Troisième trimestre 2024
Le nombre élevé d'indicateurs au niveau PMA	Plaider auprès de la CTN pour la révision du nombre d'indicateurs output au niveau PMA tout en séparant les fonctions de l'évaluation qualité (rôle régulateur) et la vérification quantité (rôle ACV)	DRS	Troisième trimestre 2024
Rareté des grossistes dans la région	Faciliter l'installation et l'accréditation des nouveaux grossistes au niveau de la région pour remédier aux difficultés de rupture et d'accessibilité géographique	DRS	6 mois
Absence d'études	Réaliser une étude de recherche pour documenter les acquis de l'approche FBP dans la région.	ECD/ACV/DRS	6 mois

7.8 Collectivités Territoriales – Pérennisation du FBP

Membres du groupe

1. *Aly Issa, Direction Générale des Collectivités Territoriales*
2. *Dr Bagara Z COULIBALY, Direction Nationale de la Pédagogie/Éducation ;*
3. *Fadamba SISSOKO, Cellule d'Appui à la Décentralisation et Déconcentration du secteur de la santé ;*
4. *Boubacar TRAORE, Association des Municipalités du Mali.*

7.8.1 Contexte et justification

Avec l'avènement de la démocratie, le Mali a opté pour une décentralisation intégrale. Cette décentralisation vise deux objectifs majeurs à savoir la gestion démocratique et le développement au niveau local. Ainsi à la faveur de la réorganisation territoriale qui s'est achevée en mars 2023, on dénombre 815 Communes 19 Régions et le District de Bamako qui a un statut particulier soit un total de 835 Collectivités territoriales. Un des piliers de cette réforme de gouvernance étant le transfert concomitant de certaines compétences et des ressources de l'État aux Collectivités territoriales (21 domaines transférés dont entre autres Santé, Éducation, Hydraulique...). Cet ainsi que, l'identification, la planification et la mise en œuvre des actions de développement sont désormais du ressort des Collectivités territoriales.

La Loi n°2023-003 du 13 mars 2023 portant modification de la Loi n°2017-052 du 2 octobre 2017 déterminant les conditions de la libre administration des Collectivités territoriales, et la Loi n°2023-004 du 13 mars 2023 portant codes des Collectivités territoriales constituent les textes de base de la décentralisation. Ainsi, les décrets de transferts des départements ministériels matérialisent l'application de ces deux textes de base de la décentralisation.

A cet effet, sa mise en œuvre requiert une synergie d'actions entre plusieurs structures en raison de son caractère transversal.

Le groupe Collectivités territoriales est composé des structures ci-après :

- La Direction Générale des Collectivités territoriales dont la mission principale est d'élaborer les éléments de la politique nationale de décentralisation, de participer à sa mise en œuvre et de faire le suivi évaluation de la dite politique ;
- La Direction Nationale de la Pédagogie est chargée d'assurer la qualité des apprentissages scolaires à travers l'élaboration des programmes de formation des différents ordres et types d'enseignement ; l'élaboration de la politique du manuel scolaire et matériel didactique et en fin la recherche et l'évaluation des apprentissages scolaires en coordination avec les autres structures du ministère de l'Éducation nationale
- La Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration du secteur de la santé a mission principale d'identifier les compétences et les ressources de l'Etat à transférer aux Collectivités territoriales en matière santé et du développement social, le renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la décentralisation de faire le suivi

- L'Association des Municipalités du Mali a pour mission de participer à l'élaboration des éléments de politique de la décentralisation à travers le plaidoyer, le renforcement des capacités des Collectivité territoriales des niveaux Communes et la promotion du partenariat public privé.

7.8.2 Analyse des problèmes

Dans le cadre de la mise en œuvre de nos missions, nous sommes confrontés à trois problèmes majeures que sont :

- Le faible niveau de mobilisation des ressources ;
- L'insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité ;
- L'insuffisance dans la coordination et le pilotage dans le cadre de la mise en œuvre des activités de développement à la base.

En ce qui concerne le faible niveau de mobilisation des ressources, il se caractérise par le non-respect des engagements financiers par les acteurs (État, Collectivités, Partenaires techniques et autres) ; faible niveau de transfert des ressources financières ; difficultés de mobilisation des ressources au niveau des Collectivités territoriales.

S'agissant de l'insuffisance des ressources humaines en quantité et qualité, on peut noter entre-autres l'irrégularité dans le recrutement, l'insuffisances des ressources humaines qualifiées, la mauvaise répartition des ressources humaines.

Enfin, l'insuffisance dans la coordination et le pilotage dans le cadre de la mise en œuvre des actions de développement au niveau régional et local se traduit par le déficit de communication, la faible connaissance des textes par certains acteurs et partenaires ainsi que la mauvaise application des textes.

L'approche FBP étant une réforme du système de santé qui peut aussi être élargi aux autres secteurs de développement comme l'éducation, constitue pour nous une opportunité qui permettra de remédier aux problèmes susmentionnés et d'améliorer la performance au niveau de l'offre de services aux populations.

7.8.3 Score de faisabilité

Critères	Pts dispo	Pts obtenu	Commentaires
1. Le budget du programme FBP n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	0	Montant total du Programme :67,4 millions USD pour 3 ans dont 52 millions pour les subsides (77%) et 15,4 millions USD pour appui à la mise en œuvre et supervision Population couverte 8 036 240 en 2022 ce qui donne 3 USD par hbts /an
2. Au moins 20% du budget FBP vient du gouvernement et le programme FBP a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	0	Le programme est entièrement financé par la banque mondiale
3. La Cellule Technique Nationale FBP est intégrée dans le ministère de Santé à un niveau suffisamment élevé qui le permet	2	2	La CTN est directement lié au Secrétariat général du ministère de la Santé

de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes.			
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	2	2	Tous les acteurs sont mis sous contrat de performance y compris le payeur
5. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	2	Le nombre d'indicateur a évolué 5 à 52 indicateurs achetés au niveau des FOSA PMA
6. Le programme FBP contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	2	Oui : 2 visites mensuelles par FOSA
7. Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants.	2	2	Le nombre dépasse 125
8. Le programme FBP a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des districts, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA pour la validation des factures	2	2	Le comité de validation existe dans tous les districts
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	2	L'enquête de base (enquête ménage) a été réalisée par l'INSP en 2020 Une enquête de mi-parcours a été réalisée était en cours fin 2023
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	2	Oui toutes les FOSA (CSCoM et CSRéf, Privées) ont des comptes bancaires
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	0	Les FOSA ont une liberté limitée pour le choix de la centrale d'achat des médicaments. Le monopole existe en partie.
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2	
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides FBP.	2	2	Oui
14. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	0	Contrat tripartite dans les CSCoM et CSRéf impliquant la signature l'ASACO au niveau CSCoM et l'autorités locale au niveau PCA

15. Les structures sont autorisées à déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	2	Oui
16. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	2	2	Oui
17. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.	2	2	Oui
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2	Oui
19. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne).	2	2	
20. Le programme a des bonus d'amélioration de qualité (BAQ) ou des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure, des équipements des structures et du personnel qualifié	2	2	Oui
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat	2	2	Oui
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	2	Oui : Existe, ce d'un bonus qu'équipé par FOSA et régulateur, existence d'un plafond adaptable selon le contexte et sur validation du comité de district
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables	2	2	Oui
Total	50	38	76%

Le Score de faisabilité est de 76% au Mali. Après appréciations du scan de faisabilité, les hypothèses fatales identifiées à savoir, le critère 1 (Le budget du programme FBP est inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an), 2 (Le budget FBP vient entièrement des bailleurs), 11 (Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) n'ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.) et 14 (la signature des contrats de performance est tripartites) et sont en adéquations avec les problèmes rencontrés par les structures concernées dans le cadre de la réalisation de leurs missions. Cependant, les activités des structures concernées seront définies en fonction des hypothèses fatales relatives aux critères 2, 11 et 14

Les activités à réaliser sont :

- Le plaidoyer pour l'augmentation de la contribution de l'État aux secteurs de la santé et de l'éducation en matière d'accès et d'amélioration de la qualité des services ; l'allègement des procédures de mobilisation des ressources dans le cadre de mise en œuvre du FBP ;
- L'adaptation des textes, des outils de contrôle, de suivi et de coordination en matière de décentralisation à l'approche FBP ;
- Le renforcement des capacités des acteurs du niveau décentralisé et déconcentré à l'approche FBP

7.8.4 Les recommandations

- Sensibiliser les différentes structures pour permettre leur adhésion à l'approche FBP ;
- Mettre en place un comité technique de validation dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'actions ;
- Mettre en place un mécanisme de coordination pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan d'action.

7.8.5 Plan d'actions du Groupe

Actions	Périodes	Responsables	Indicateurs
Objectif : augmentation de la contribution de l'État au financement de la santé et de l'éducation			
Activités 1 : Faire des plaidoyers auprès des départements sectoriels en collaboration avec le ministère de l'Économie et des Finances pour l'augmentation des ressources transférées et l'allègement des procédures de mobilisation dans le cadre de la mise en œuvre du FBP	2025	Associations des Pouvoirs Locaux (APL) / Société Civile avec l'appui des services techniques	Niveau de transfert des ressources dans le délai indiqué
Activités 2 : adapter les textes de la décentralisation pour prendre en compte l'approche FBP	D'ici fin 2025	Ministère de l'Administration Territoriales et de la Décentralisation	Le nombre des textes relus
Activités 3 : Disséminer les textes adaptés auprès des Collectivités territoriales, services techniques déconcentrés, sociétés civiles et organisation non gouvernementales	2026	Direction Générale des Collectivités/ Cellules d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration des départements ministériels, Association des Municipalités du Mali, Direction Générale du Budget	Le nombre d'acteurs sensibilisés et formés sur les textes relus
Activité 4 : organiser des missions de supervision et de suivi de l'application des textes auprès des Collectivités territoriales conformément à l'approche FBP	2027	Direction Générale des Collectivités/ Cellules d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration des départements ministériels/Association des Municipalités du Mali, Direction Générale du Budget	Nombre de supervision réalisés

Axe stratégique 2 : Gestion des ressources humaines en quantité et en qualité			
Activité 1 : faire le plaidoyer pour permettre aux structures de recruter au besoin leurs personnels	2025	APL (AMM, Association des Régions du Mali) / Société civile	Les dispositions prises pour permettre
Activité 2 : mettre en place une base des données du personnels des structures concernées pour maîtriser la mauvaise répartition	2027	MATD	Le nombre des personnels identifiés
Axe stratégique 3 : La coordination et le pilotage dans le cadre de la mise en œuvre des actions de développement au niveau régional et local			
Activité 1 : adapter le guide de contrôle de légalité des Collectivités territoriales pour prendre en compte l'approche du FBP	2027	Direction Générale des Collectivités	Le guide est disponible
Activité 2 : adapter la convention d'assistance mutuelle et le cahier de charge du comité de gestion scolaire entre la Collectivité territoriale et les structures concernées	2027	Cellules d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration/	Nombre de contrat de performance signé
Activité 3 : disséminer le guide de contrôle de légalité et la CAM adaptés au FBP auprès des préfets, services techniques déconcentrés Collectivités territoriales et les organes de gestion	2028	Direction Générale des Collectivités/AMM	Le guide est disséminé
Activité 4 : organiser des missions pour superviser la signature du contrat de performance entre les Collectivités et les organes de gestion	2029	Préfet	Nombre de signature de contrat de performance supervisé

7.9 L'Union des Comores - rendre plus pure le FBP

- Mr ANFANE OUSSOUFA *Responsable Suivi et Evaluation du CTN- FBP.*
- Dr MOUHAMADI ABDALLI MARI *Représentant Insulaire Compass Anjouan.*
- Dr ABDOU-SALAM ABDEREMANE *Représentante Insulaire Compass Ngazidja.*
- Dr SAID MOILIMOU DAHALANE *Responsable FBP DRS Mwali*
- Mme SITI BADAANTI DJAMALIA *Représentant Insulaire Compass Mwali.*
- Mme FAIZLA ABDALLAH SAID *Chargée des données et du FBP à la DRS-Anjouan.*
- Mme KOURACHIA SAID HASSANI *Chargée des données et du FBP à la DRS-Ngazidja.*

7.9.1 Contexte

L'Union des Comores se situe dans l'océan Indien, à l'entrée septentrionale du canal de Mozambique, entre le Nord-ouest de Madagascar et la côte sud-est du continent africain. Il est constitué de quatre îles qui s'étendent sur une superficie de 2 236 km² en l'occurrence Mwali (Mohéli, 290 km²), Ndzuwani (Anjouan, 424 km²), Ngazidja (Grande Comores, 1 148 km²), et Maoré (Mayotte, 374 km²), cette dernière étant restée sous administration française depuis l'indépendance du pays en 1975.

La carte ci-dessous montre la disposition des îles de Comores :



La population était estimée à 837.242 habitants en 2022 avec un taux d'accroissement annuel de 2%. Elle est répartie comme suit : 418.852 habitants à Ngazidja, 361.456 habitants à Ndzuwani, et 56.934 habitants à Mwali. Le pays connaît une forte pression démographique : la densité moyenne est de 372 habitants et varie d'une île à l'autre.

Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont respectivement de 36 et de 50 pour 1000 naissances vivantes. Au cours des dix dernières

années, le pays a enregistré une baisse significative du taux de mortalité maternelle (172 pour 100 000 NV contre 380 décès pour 100 000 naissances vivantes) en 2003.

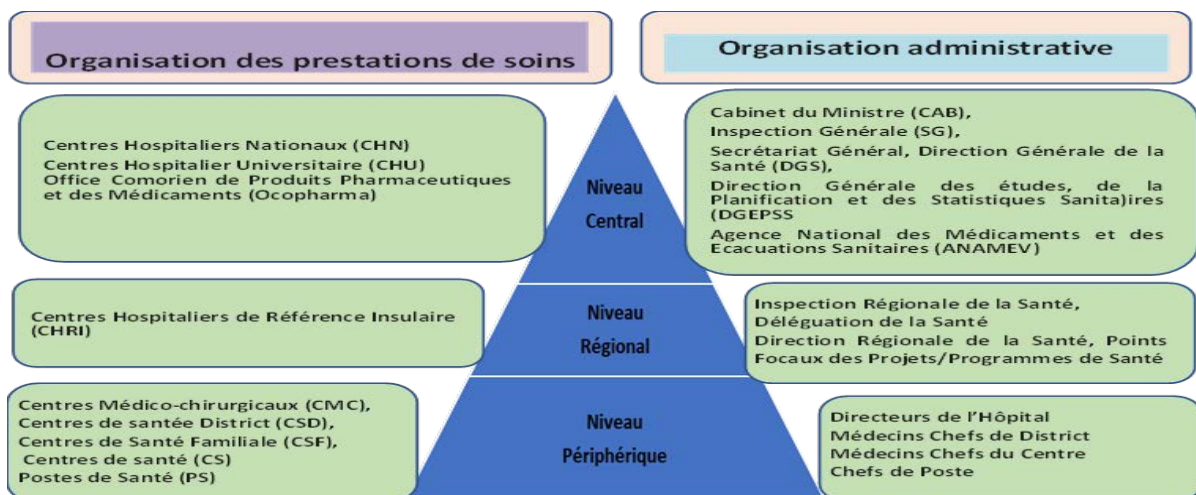
Les données des maladies non transmissibles montrent que la prévalence est de 4,8% pour le diabète, 24% pour l'HTA et 36% pour l'obésité. Bien qu'il n'existe pas des données probantes sur les cancers, ce phénomène existe et constitue le premier motif d'évacuation sanitaire.

Un projet FBP a été mis en place en 2011 en Union des Comores avec l'appui de l'Agence Française de Développement (AFD) dans le cadre du projet PASCO (Projet d'Appui au Secteur de la Santé aux Comores) pour stimuler la performance des formations sanitaires et le relais a été pris par le projet COMPASS en juin 2021 avec l'appui de la Banque Mondiale pour un montant de 8.9 Millions de dollars.

Une révision du manuel a été faite pour prendre en compte les leçons apprises au cours de la mise en œuvre du projet PASCO I et II, notamment, l'évolution des indicateurs, la dimension qualité dans le paiement des subsides aux prestataires et 90% l'extension des structures sanitaires public. Le système a montré des résultats prometteurs ainsi les remboursements du Projet COMPASS est estimé à 20 et 30 % du total des revenus des FOSA.

Le système de santé de Comores est de **type pyramidal avec trois niveaux** :

- **Le niveau Central** : le cabinet du Ministre, l'Inspection Générale de la Santé, le Secrétariat Général, la Direction Générale de la santé, la Direction Générale des Études, de la Planification et des Statistiques Sanitaires, Cellule Technique National FBP, Office Comorien des Produits Pharmaceutiques (OCOPHARMA), l'Agence Nationale des Médicaments et des évacuations sanitaires (ANAMEV) et les 2 Centres Hospitaliers Nationaux (CHN El-Maarouf, CHN HACC de Bambao-Mtsanga)
- **Le niveau Régional** : les 3 Directions régionales de santé (DRS), les 3 Centres Hospitaliers de Référence Insulaire (CHRI) pour chaque île (Gde Comores, Anjouan et Mohéli)
- **Le niveau périphérique** : constitués de : 1 Centre Médico-chirurgical, 3 Hôpitaux de Pôles, les 25 Centres de santé de (District, Urbains (CMU) et Familial) ainsi que les 61 postes des soins de santé primaires (SSP).



Figures : Schéma du Système de référence par niveau de la pyramide sanitaire.

7.9.2 Analyse des problèmes

- Retard des évaluations qualités trimestrielles dans les FOSA dû à une démotivation des évaluateurs car le subside attribué à cet indicateur est insuffisant.
- Insuffisance de transparence sur la gestion des comptes des structures sanitaires par suite de la non-utilisation de l'outil indice.
- Non appropriation du plan de business par les entités de mise en œuvre.
- Les structures sanitaires privées ne sont pas encore intégrées dans l'approche FBP.
- Faible performance du système de santé dû : Recettes et personnels qualifiés insuffisants, Aires de santé non rationalisées **avec des FOSA avec une très petite population**, PMA incomplets **avec seulement 12 indicateurs output au lieu de 25-35**.

- Non Séparation des fonctions : l'ACV est en même temps vérificateur et payeur ; par ailleurs au niveau des structures l'équipe technique des FOSA joue en même temps le rôle de régulateurs (évaluations des postes de santé) et prestataires.
- Insuffisance budgétaire annuelle pour les FOSA avec 6 dollars/habitants/an
- Connaissances et compétences limitées des gestionnaires financières des structures.
- Non utilisation des outils appropriés (plans de business et outil indice) dans la gestion financière dans des FOSA.
- La CTN est constituée que de deux personnes, alors qu'elle devait avoir au moins six.
- Non application des instruments FBP pour mettre à l'aise le personnel des FOSA.
- Non application des meilleurs pratiques du manuel de FBP, à savoir, une mauvaise répartition du personnel qualifié au niveau des FOSA.
- Absence de contrôle communautaire (enquête de vérification et de satisfaction) due à la non-contractualisation des ASLO. Le processus de recrutement des ASLO n'est pas effectif depuis la création de la CTN en octobre 2021 en raison de problèmes liés aux procédures de passation de marché.

Est-ce que les problèmes identifiés peuvent être résolu avec le FBP ?

=> Oui, en renforçant la mise en œuvre de 11 meilleures pratiques de l'approche FBP ;

7.9.3 Score de faisabilité

Les 23 critères de pureté d'un programme FBP	Points Max	Points Obtenu	Commentaires
1. Le budget du programme FBP n'est pas inférieur à 4,00 \$ US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	4	
2. Au moins 20% du budget FBP vient du gouvernement et le programme FBP a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	0	Le Gouvernement ne verse pas les subventions prévues dans la loi de finance
3. La Cellule Technique Nationale FBP est intégrée dans le ministère de Santé à un niveau suffisamment élevé qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes.	2	2	
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	2	0	Pas de contrat de performance signé par les directions du MS
5. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	2	
6. Le programme FBP contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	0	Cet indicateur n'est pas pris en charge par le FBP
7. Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants.	2	2	
8. Le programme FBP a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des districts, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA pour la validation des factures	2	2	
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	2	

10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	2	
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	0	La politique nationale a instauré un schéma directeur pour l'approvisionnement en intrants
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	0	Les plans business sont élaborés mais non appliqués
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides FBP.	2	0	L'outil indice est mal connu et non appliqué par les FOSA
14. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	0	Les structures privées et religieux ne sont pas intégrées dans le FBP
15. Les structures sont autorisées à déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0	Les tarifs sont fixés au MS
16. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	2	0	Les recrutements sont faits par le gouvernement
17. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.	2	0	L'identification des ASLO n'est pas réalisée
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	0	L'ACV joue le rôle de vérificateur et de payeur
19. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne).	2	2	
20. Le programme a des bonus d'amélioration de qualité (BAQ) ou des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure, des équipements des structures et du personnel qualifié	2	2	
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	0	Les structures privées ne sont totalement régulées
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	0	Il manque de versement de BAQ
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	0	Aucun fond n'est disponible pour financer l'équité
	50	20	

Lors de l'analyse de faisabilité selon les 23 critères de pureté, un score de 20 sur 50 a été obtenu soit 40%. Ce qui est largement en dessous du standard (80%) pour le bon fonctionnement du système FBP.

Les 14 critères présentant des déficiences sont les suivants :
2,4,6,11,12,13,14,15,16,17,18,21,22 et 23.

7.9.4 Recommandations

- Rationnaliser les FOSA pour créer une économie d'échelle.
- Cartographier toutes les formations sanitaires (publiques et privées) et rationaliser les FOSA en aires sanitaires de 4000-12000 niveau primaire (paquets minimums d'activités) et aires hospitalières d'au moins 50.000 (paquets complémentaires de santé). Cela avec comme objectif de créer des meilleures économies d'échelle qui doit

garantir le cout de production le plus bas possible et de garantir que les contractants principaux (avec sous contractants) fournissent tous les éléments du PMA et PCA (économies de portée)

- Promouvoir la concurrence loyale par la libéralisation des approvisionnements d'intrants auprès des distributeurs accrédités.
- Accorder l'autonomie aux gestionnaires des structures.
- Séparer les fonctions des ACV et de payeurs.
- Organiser le coaching des prestataires par les ACV, pour appliquer les instruments FBP (plan de business et outil indices).
- Élargir FBP vers les structures privées.
- Renouveler les contrats des FOSA trimestriellement au lieu d'une fois par an.

7.9.5 Plan d'actions

Problèmes identifiés	Actions	Responsable	Période
Non cartographie et non rationalisation des aires de santé	- Plaider pour cartographier les aires sanitaires - Cartographier les aires sanitaires - Rationaliser les FOSA	- CTN - Ministère de la Santé	Juillet 2024
Faibles performances du système FBP	- Faire une évaluation à mi-parcours pour le système FBP	- CTN	Juillet-Sept 2024
Absence de séparation des fonctions	- Faire une dérogation sur la séparation des 5 fonctions de la FBP (prestataires, voix de la population, ACV, régulateur et payeur)	- Ministère de la santé - CTN	Juillet 2024
Absence d'autonomie de gestion des FOSA (Intrants)	- Plaidoyer pour autonomiser les FOSA pour la libéralisation de l'approvisionnement auprès des distributeurs agréés opérant en concurrence	- Ministère de la santé - CTN	
Absence d'autonomie de gestion des FOS (Recrutement)	- Plaider pour une dérogation d'autonomie dans les structures sous FBP pour le recrutement du personnel.	- CTN	T3 de 2024

7.10 RCA – ACV DS Haute Kotto & Vakaga dans la RS 5 – renforcer le FBP

7.10.1 Analyse du contexte général en RCA

La République centrafricaine (RCA) est un pays enclavé d'Afrique centrale, à faible revenu et avec une population estimée à 6,1 millions d'habitants. La RCA est l'un des pays les moins avancés du monde et figure aux derniers rangs de l'Indice de développement humain (188e/189 pays) et l'indice ajusté aux inégalités (IDHI) n'est que de 0,222 (dernier rang sur 151 pays). Le taux de pauvreté atteint 79,4%, avec 54,7% de la population dans une pauvreté extrême¹.

A l'issue du diagnostic préliminaire de la situation, réalisée de façon consensuelle avec les acteurs et parties prenantes du système de santé, durant le processus de préparation du plan de développement sanitaire de 3ème génération ; les problèmes prioritaires ci-après ont été identifiés :

1. Problèmes liés à la faiblesse dans la gouvernance du système de la santé : Faible coordination des interventions dans le secteur ; Insuffisance de transparence dans la gestion des ressources et faible prise en compte de l'équité et de la redevabilité ; Faiblesse du système d'information sanitaire; Faiblesses dans la production, le recrutement et la fidélisation des ressources humaines (Selon les résultats de l'enquête SARA/HeRAMS 2019 d'une façon générale, il y a 5,5 professionnels de santé de base pour 10 000 habitants, considérablement inférieure à l'objectif de l'OMS qui est de 23) ; Forte dépendance du financement du système de santé des ressources extérieures.
2. Problèmes liés à la faible résilience du système de santé : Vétusté et non-conformité aux normes des infrastructures et des équipements, faible couverture géographique de l'offre de soins et services de santé, inadéquation entre l'offre et la demande de soins et services de santé ; Absence d'un système intégré d'approvisionnement et de distribution modernisé de médicaments et de produits de santé de qualité avec des démembrements au niveau de la pyramide sanitaire, Faible capacité de riposte aux événements de santé publique.
3. Problèmes liés aux forts taux de morbidité et de la mortalité dans le pays qui restent parmi les plus élevés du monde (une mortalité maternelle de 882 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (OMS, 2015), une mortalité des enfants de moins de 5 ans de 1892 pour 1.000 nouveau-nés vivants (Interagency group for child mortality estimation (IGME), 2019) ; Faible qualité de l'offre de soins ; Faible participation des populations et d'intégration de la santé communautaire; Insuffisance dans la mise en œuvre de dispositifs de lutte contre les maladies (prévention, promotion, traitement et réadaptation); Insuffisance de ressources humaines en quantité, en qualité et motivées ; Faible gestion des médicaments, des vaccins et autres produits de santé ;

¹ EU (2021), Document d'action Programme de renforcement du système de santé en République centrafricaine

² dn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/child/levels-and-trends-in-child-mortality-igme-english_2020_.pdf?sfvrsn=ad8e0376_1&download=true

Insuffisance d'opérationnalisation de la politique de la sécurité alimentaire ; Faible niveau de couverture sanitaire universelle.

7.10.2 Analyse du contexte de la région sanitaire N°5

La région sanitaire n°5 présente de nombreuses spécificités dont les principales sont :

- Une forte dispersion de la population (sur les 76 FOSA existantes dans la RS5, 25 sont situées entre 0-60 km de la base du district et 51 sont au-delà de 60 km de la base du district)
- L'insécurité touchant principalement les aires de santé frontalières avec le Tchad et le Soudan : activisme de groupes armés, attaques sur les FOSA, conflits liés à la transhumance, conflits intercommunautaires, etc.
- Les effets climatiques : inondations durant la saison pluvieuse entravant l'accès physique : dégradation de routes.
- Défis d'approvisionnement des biens de première nécessité et des intrants médicaux dans la province à cause de son enclavement (par rapport à la capitale Bangui) liée à l'impraticabilité de routes et l'insécurité et les facteurs climatique.
- L'approvisionnement ses médicaments coute très cher car se fait préférentiellement par voie aérienne que par route. Et lorsque cela se fait par route, les transporteurs peuvent faire 1 à 2 mois, voire plus pour atteindre Birao et autres zones reculées.
- Crise économique et inflation accrue : rareté des produits manufacturés, céréales importées avec augmentation de prix sont observés depuis l'éruption du conflit armé au Soudan.
- L'insuffisance qualitative et quantitative en ressources humaines ;
- Le cadre infrastructurel des FOSA est aussi un défi majeur. Il existe un délabrement avancé de certaines FOSA et d'autres ont été pillés et vandalisés.
- L'afflux continue des réfugiés en provenance du Soudan (estimés à plus de 11,000 personnes) depuis avril 2023 constitue une préoccupation économique majeure car entraine une pression supplémentaire sur les ressources locales déjà rares avec risque de tension potentielle entre les communautés d'accueil et les réfugiées si l'assistance d'urgence à ces derniers manque ou est insuffisante.

7.10.3 Réformes FBP du système de santé en cours

Depuis plus de 5 ans, un progrès est enregistré dans le renforcement du système de santé de la RCA au décours d'une série de réformes du système de santé engagé par le ministère de la Santé et de la Population. En 2022, un nouveau Plan National de Développement Sanitaire de troisième génération de 2022-2026 (PNDS III) a été mis en place par le MSP comme instrument de mise en œuvre de la politique nationale de santé. Ce PNDS III met en évidence le FBP comme stratégie de politique nationale.

Bref aperçu de l'évolution du système FBP en RCA et dans la région sanitaires #5.

Le Gouvernement centrafricain, à travers le ministère de la Santé, a décidé d'utiliser le FBP comme charpente du système de santé pour contribuer à l'atteinte des objectifs de développement durable en vue de relancer et renforcer le système sanitaire qui a été détruit par les différentes crises militaro-politiques et sociales qui ont affecté le pays

depuis 2012. Le FBP a été expérimenté en RCA depuis 2009 dans les Régions Sanitaires 1, 2 et 6 mis en œuvre par Cordaid. Depuis 2016, cette couverture a été étendue avec l'appui du Projet d'Appui au Système de Santé (PASS), financé par la Banque Mondiale. Et en 2018, l'Union Européenne a apporté son appui pour la mise en place de FBP dans les régions sanitaires 5, 3 et 7. Ces projets couvrent l'équivalent de plus de 60% de la population centrafricaine dans les régions 1, 2, 3, 4, 5 et 6. Le FBP va en tandem avec la gratuité des soins (partielle ou totale selon la sévérité de la fragilité dans le district).

C'est ce contexte qui a guidé le choix de la stratégie FBP et commandé la mission des Agences de Contractualisation et de Vérification (ACV) qui doivent tenir compte des réalités centrafricaines.

Implication de International Medical Corps comme ACV dans le FBP dans la région sanitaires #5.

Suivant les directives du MSP, le fonds Békou / UE a choisi d'orienter sa stratégie de renforcement global du SS vers la modalité FBP. International Medical Corps (IMC) en tant que partenaire du Fonds Békou / UE met en œuvre un programme de renforcement du système de santé à travers le FBP dans 2 districts sanitaires (Vakaga et Haute-Kotto) depuis 2018. IMC joue le rôle de ACV. En raison du contexte, le FBP a évolué de la gratuité totale (2015-2021) à la gratuité ciblée à partir de 2022 dans la région sanitaire 5. Grâce au système FBP, les FOSA recouvrent progressivement une autonomie de gestion. En effet, l'allocation de BAQ a permis aux DS de construire 2 dépôts pharmaceutiques et aux FOSA de construire plusieurs bâtiments de maternité, zones et recruter. BAQ + apports financiers et en intrants des acteurs humanitaires ont permis de répondre efficacement aux besoins de santé de base, d'exempter de paiement les communautés vulnérables (hôte, IDPs et réfugiée) affectées par la crise humanitaire dans la RS5.

7.10.4 Commentaires sur le score de faisabilité FBP

A l'issue de l'analyse des critères de pureté du FBP le score de faisabilité dans la zone du projet est de 64% (càd 32 points obtenus sur 50). Les principaux défis relevés concernent les critères ci-dessous :

- Le budget du programme FBP n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an. En effet, dans la zone du projet, le cout par habitant par an est estimé à € 5,4. Quoique supérieure à la valeur de référence fixée 4\$ / habitant / an pour la PMA, la valeur obtenue ne permet pas de fournir de soins de qualité dans la RS 5 au contexte de vulnérabilité complexe pour assurer la résilience des FOSA et la pérennisation.
- Dans la zone du projet, 100% du financement du programme FBP est assuré par de bailleurs de fonds extérieurs (90% par l'UE et 10% de co-financement par l'ACV).
- Les Directions et Programmes centraux du MSP ne sont mis sous contrats de performance.
- L'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire n'est pas appliqué dans notre programme FBP.

- Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, aucune FOSA (Primaire, secondaire) a un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires dans la zone du projet.
- Il n'existe pas d'institutions bancaires décentralisées dans la RS5. Les bureaux de banques n'existent que dans la capitale Bangui.
- Monopole dans la distribution/ acquisition des médicaments et produits de santé au niveau national. La centrale d'achat nationale est en cours de restructuration (construction d'une nouvelle centrale d'achat, construction/réhabilitation des dépôts pharmaceutiques régionaux et de districts) en cours. Il existe quelques distributeurs privés agréés mais ne sont pas mis en concurrence avec le secteur public.
- Manque de séparation de fonction de contractualisation et vérification et d'agent payeur de l'ACV.
- Problème de viabilité et d'économie d'échelle de FOSA à petite population (parfois jusqu'à 300 hab. pour quelques FOSA) dont le cout marginal est très élevé.
- Portail FBP non encore utilisé par l'ACV.
- Non appropriation de l'outils indice dans les FOSA
- Ressources humaines rares en qualité et en quantité. Concentration de RH disponible dans la capitale au détriment de l'intérieur du pays à cause de conditions de vie difficile.
- Vulnérabilités de populations exacerbées dans la RS5 à contexte complexe décrites au point 7.5.2.

7.10.5 Recommandations

- Initier un plaidoyer avec la CTN et l'UE sur la nécessité de réviser le costing dans le but d'augmenter le budget programme FBP à au moins **8\$/habitant/an** pour assurer la qualité de services et absorber les vulnérabilités structurelles et circonstancielle dans la RS#5 au contexte particulier et complexe, à travers :
 - i. Augmenter le plafond de subsides de prestataires pour absorber les besoins des vulnérable circonstanciels (IDPs, réfugiés soudanais et retournés centrafricains)
 - ii. Donner /augmenter un BAQ aux FOSA concernées.
 - iii. Capitaliser les appuis financiers apportées aux FOSA et aux régulateurs par d'autres PTFs tel que Global Funds, acteurs humanitaires et/ou de développement, etc.)
- Plaider pour mettre en place un fonds d'appui au FBP (pour la pérennisation) au niveau national.
- Plaider pour que les directions et programmes centraux du MSP soit mises sous contrat de performance.
- Mettre l'ACV sous contrat de performance FBP.
- Séparer les fonctions de l'ACV et agent payeur à travers : Explorer le mobile money avec les compagnies téléphoniques. Explorer le recrutement d'un Financial Service Provider local dans les zones où il n'existe pas de couverture de réseau téléphoniques et effectuer un risk assessment. Créer/utiliser les comptes bancaires (disponibles) des régulateurs et/ou prestataires locaux pour le paiement des subsides.

- Plaider pour l'ajout de l'indicateur « deux visites de ménage annuellement suivant un protocole d'entretien » sur la liste des indicateurs PMA pour renforcer le marketing social.
- Plaider pour libéraliser le marché pharmaceutique dans le pays : mettre en concurrence les distributeurs privés et privés agréés. Plaider pour la création de succursales régionales de distributeurs privés et publique distributeurs publics et privés agréés.
- Refaire la cartographie et la rationalisation de FOSA dans la zone du projet. Regrouper les FOSA à petite population sous un contrat secondaire sous la supervision d'une FOSA avec contrat principal.
- Payer les subsides dans le délai : Demander une dérogation du délai de paiement à de 15-30 jours après la validation de données, compte tenu des défis d'accès géographique et sécuritaire. Payer les avances sur subsides en attendant la validation.
- Demander l'accès de l'ACV au portail FBP du DHIS-2 : Former les équipes ACV sur l'encodage des données vérifiées/validées et les données de factures dans le portail FBP du DHIS-2. Faire l'encodage rétroactif des données de factures déjà payées. Publication de score qualité globaux dans le portail FBP
- Recycler les ACV et prestataire, régulateurs locaux sur l'outils d'indice et les accompagner dans le développement de cet outil simplifié pour les FOSA primaires. Introduire et appliquer (3 mois après le recyclage) des incitations positives et négatives sur l'utilisation systématique de l'outils indices et sa mise à jour par les FOSA.
- **Recommandation au facilitateur FBP (Robert)** : Réviser et réadapter le module sur le FBP en situation d'urgence. Clarifier la taille, le type de situations d'urgence que les FOSA primaire et/ou secondaire sont à même de contenir. Faire de recherche action des intervention FBP en urgence dans de contextes diversifiés pour en déduire des meilleurs pratiques.

7.10.6 Plan d'actions détaillé : ACV

Quoi : Problèmes identifiés	Comment : Activité & Recommandations	Qui	Quand
1. Budget insuffisant. Montant alloués aux subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*) < 70%.	• Initier de discussion avec la CTN et le bailleur de fonds (Union Européenne) sur la nécessité de réviser le costing et d'augmenter le budget du programme FBP « cout/habitant/an » à d'au moins 8\$/habitant/an pour assurer la qualité de services et absorber les vulnérabilités structurelles et circonstancielles dans la région RS#5 au contexte particulier et complexe.	ACV et CTN	Juin-Aout 2024
	• Plaider pour la mise en place d'un fonds d'appui au FBP (pour la pérennisation) au niveau national.	CTN, MSP, ACV	Juin-Déc. 2024
	• Capitaliser les appuis financiers apportées aux FOSA et aux régulateurs par d'autres partenaires techniques et financiers (Global Funds, acteurs humanitaires, acteurs de développement, etc.) en 2025.	ECD, ECR, FOSA	Juin-Déc. 2024

2. Vulnérabilités accrues dans la région induites par la coexistence de défis structurels et ponctuels (sécuritaires, économiques/inflation des prix de biens de 1 ^{ère} nécessité, climatiques/ inondations, mouvement de population : IDP et afflux de réfugiés soudanais, etc.) qui impactent la mise en œuvre des activités FBP.	- Engager un plaidoyer pour l'augmentation du budget programme pour assurer la gratuité et la qualité de services de santé des vulnérables y compris circonstanciels à travers : - Augmenter le plafond de subsides de prestataires pour absorber les besoins des vulnérables circonstanciels (IDPs, réfugiés soudanais et retournés centrafricains). - Et/ou Donner /augmenter un BAQ aux FOSA concernées. - Capitaliser les apports financiers des acteurs humanitaires d'urgence.	ECD, ACV ACV, CTN, ECD, ECR, FOSA ECD, ACV, CTN, ECD, ECR, FOSA ECD, FOSA, ACV	Juin-Aout 2024 A partir de mai 2024 A partir de mai 2024 Immédiat
3. Au moins 20% du budget FBP vient du gouvernement et le programme FBP a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	Plaider pour la mise en place d'un fonds d'appui au FBP (pour la pérennisation) au niveau national.	CTN, MSP	Open
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	Mettre les directions du MSP sous achat de performance (à vérifier si cela est déjà effectif au niveau du MSP avec l'appui du projet SENI+ financé par World Bank)	MSP, CTN	Vérifier en mai 2024.
5. Séparation de fonctions de ACV et la fonction de paiement	- Mettre l'ACV/ONG sous contrat de performance FBP. - Séparer les fonctions de ACV et agent payeur à travers : - Explorer le mobile money avec les compagnies téléphoniques - Explorer le recrutement d'un Financial Service Provider local dans les zones où il n'existe pas de couverture de réseau téléphoniques et effectuer un risk assessment. - Créer/utiliser les comptes bancaires (disponibles) des régulateurs et/ou prestataires locaux pour le paiement des subsides. - Plaider pour le retrait de l'inclusion de l'autorité administrative dans le comité validation :	CTN, ACV ACV, ECDR, ECD, CTN, EU ACV, ECDR, ECD, CTN, EU ACV, CTN, ECR, ECD, Prestataires ACV, ECD, ECR, CTN	Juin-Aout 2024 Juin-Aout 2024 Juin-Dec. 2024 Juin-Dec. 2024 Juin-Aout 2024
6. Le programme FBP contient l'indicateur "deux visites à ménage annuelles suivant un protocole d'entretien" n'existe pas sur la liste des indicateurs utilisés par les contractants principaux du niveau primaire.	Plaider pour l'ajout de l'indicateur « deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien » (utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire) sur la liste des indicateurs du programme.	CTN, ACV, EU	Juin-Aout 2024
7. Monopole dans la distribution/ acquisition des médicaments et produits de santé au niveau national. La centrale d'achat nationale en faillite totale est en cours de redynamisation (construction d'une nouvelle centrale d'achat, construction / réhabilitation des dépôts pharmaceutiques de districts) qui prendra un peu plus de temps. Il existe quelques distributeurs privés agréés mais ne sont pas mis en concurrence avec le secteur	- Plaider auprès du MSP et ses services techniques pour libéraliser le marché pharmaceutique dans le pays pour éviter le monopole et favoriser la concurrence. - Plaider au MSP pour la mise en concurrence des distributeurs privés et publiques de médicaments en RCA : - Faire un mapping et une analyse de capacités des distributeurs publiques et privés agréés disponibles à travers le pays. - Contractualiser aussi bien les distributeurs publics et privés agréés. - Matérialiser le début de construction de la nouvelle centrale d'achat nationale des produits de santé, déjà planifiée par le MSP avec une équipe dirigeante remaniée.	ACV, CTN et MSP CTN et MSP, BM CTN et MSP MSP, M de finances MSP, M de finances	Juin-Déc 2024 Juin-Déc 2024 Juin-Déc 2024 Juin-Déc 2024 Déc 2024

public. Accès difficile de FOSA aux distributeurs privés et/ou public à cause de la distance. Risque de recours à des marchés noirs : distributeurs privés non sécurisés et non accrédités : achat de médicaments venant du soudan.	Plaider pour la création de succursales régionales de distributeurs privés et publique distributeurs publics et privés agréés.	CTN, MSP	Déc 2024
8. Problème de viabilité et d'économie d'échelle de FOSA à petite population (parfois jusqu'à 300 hab. pour quelques FOSA) dont le cout marginal est très élevé.	- Refaire la cartographie et la rationalisation de FOSA dans la zone du projet. - Regrouper les FOSA à petite population sous un contrat secondaire sous la supervision d'une FOSA avec contrat principal.	ACV, ECD, ECR et CTN ACV, ECD, ECR et CTN	Juin-Aout 2024 Idem
9. Retard dans la validation de données entraînant un Retard de paiement de subsides aux prestataires sup à 7 jours (parfois 2 mois) : Indisponibilité des ECD /ECR pour les évaluations qualité et validation des données et factures.	- Planifier avec les ECD et ECR pour assurer leur disponibilité à la base du DS pendant les dates prévues pour la validation de données et périodes de vérification qualité projetées. - Payer les subsides dans le délai : - Demander une dérogation du délai de paiement à de 15-30 jours après la validation de données, compte tenu des défis d'accès géographique et sécuritaire. - Continuer à explorer les options de séparation de fonctions ACV/agent payeur décrites au point 9) a et 9) b ci-dessus.	ACV, ECD, ECR ACV, ECD, ECR, CTN ACV, ECD, ECR, CTN	Juin-Aout 2024 Idem Juin-Déc. 2024 Juin-Déc. 2024
10. Encodage des données dans le portail FBP : Portail FBP non encore utilisée par l'ACV.	- Demander l'accès de l'ACV au portail FBP du DHIS-2 - Former les équipes ACV sur l'encode des données vérifiées/validées et les données de factures dans le portail FBP du DHIS-2. - Faire l'encodage rétroactif des données de factures déjà payées - Publication de score qualité globaux dans le portail FBP	ACV, CTN CTN, ACV ACV, CTN ACV, CTN	Mai-Juin. 2024 Juin – juillet 2024 Juillet– Dec 2024 Juillet – Dec 2024
11. Non appropriation de l'outils indice par les FOSA : niveau intellectuel/de formation des gestionnaires de FOSA mise en cause, résistance à la transparence	- Recyclage des ACV et prestataire et régulateurs locaux sur l'outils d'indice. - Accompagnement technique de prestataires dans le développement de l'outils indice de FOSA. - Introduire et appliquer (3 mois après le recyclage) des incitations positives et négatives sur l'utilisation systématique de l'outils indices et sa mise à jour par les FOSA	CTN, ACV ACV, ECD CTN, ECR, ECD, ACV	Aout 2024 Aout 2024