

Rapport du 96ème cours FBP

(Financement Basé sur la Performance)

Du 30 juin au 12 juillet 2025 à Cotonou, Benin



Les 37 participants du cours avec les facilitateurs

Version Finale 30-07-2025

Joseph Catraye
Robert Soeters
Denise Tamga
Célestin Kimanuka
Aoudi Ibouraima

CONTENU DU RAPPORT

ABBREVIATIONS.....	5
1. RESUME DU 96EME COURS FBP ET RECOMMANDATIONS.....	6
1.1 LE COURS FBP A COTONOU – QUELQUES IMPRESSIONS	6
1.2 MALI DEMONTE QUE CERTAINES CRITIQUES ACADEMIQUES SUR LE FBP SONT FAUSSES	6
1.3 GUINEE BISSAU	8
1.4 MADAGASCAR	8
1.5 MALI	9
1.6 MAURITANIE	9
1.6.1 Ministère d'Économie et des Finances	10
1.6.2 Unité Nationale du Financement base sur les Résultats (UN-FBR)	10
1.6.3 Les inspecteurs du ministère de Santé et CAMEG	10
1.6.4 Comité de pilotage FBP	11
1.6.5 Équipe Régionale de la Vérification (ERV ou ACV)	11
1.7 REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DE CONGO	11
1.8 BENIN	11
2. SUMMARY OF THE 96TH PBF COURSE AND RECOMMENDATIONS	12
2.1 THE PBF COURSE IN COTONOU – SOME IMPRESSIONS	12
2.2 MALI DEMONSTRATES THAT SOME ACADEMIC CRITICISMS OF PBF WERE WRONG.....	12
2.3 GUINEA-BISSAU.....	14
2.4 MADAGASCAR	14
2.5 MALI	15
2.6 MAURITANIA.....	15
2.6.1 Ministry of Economy and Finance.....	16
2.6.2 National Results-Based Financing Unit (RBF-UN)	16
2.6.3 Ministry of Health Inspectors and CAMEG	16
2.6.4 PBF Steering Committee	16
2.6.5 Contract Development and Verification Agencies (ERV).....	17
2.7 DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO.....	17
2.8 BENIN	17
3. INTRODUCTION DU 96EME COURS FBP DE COTONOU	18
3.1 HISTOIRE DES COURS FBP	18
3.2 OBJECTIFS DU COURS	18
3.3 METHODOLOGIE DU COURS	19
3.4 LES PARTICIPANTS	19
3.5 L'EQUIPE DE FACILITATION	20
3.6 PRE ET POST TEST DU COURS	20
4. DEROULEMENT DU 96^{EME} COURS FBP DE COTONOU	22
5. EVALUATIONS JOURNALIERES PAR LES PARTICIPANTS.....	27
6. EVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS.....	30
6.1 PREPARATION ET IMPRESSION GENERALE SUR LE COURS	30
6.2 ASPECTS RELATIFS A LA DUREE DE LA FORMATION.....	30
6.3 L'ORGANISATION DE LA FORMATION.....	31
6.4 METHODOLOGIE ET CONTENU DU COURS	32
6.5 LA CONDUITE DU COURS ET LA FACILITATION	33
6.6 APPRECIATION PAR MODULE	33
6.7 COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS SPECIFIQUES DES PARTICIPANTS DE COTONOU.....	34
7. PLANS D' ACTIONS DES GROUPES	36
7.1 GUINEE-BISSAU	36
7.1.1 Contexte.....	36

7.1.2	Analyse du problème.....	37
7.1.3	Le PBF peut-il résoudre les problèmes ?.....	38
7.1.4	Score de 23 indicateurs / existence d'hypothèses fatales ?.....	38
7.1.5	Recommandations.....	41
7.1.6	Plan d'action détaillé.....	42
7.2	MADAGASCAR	43
7.2.1	Liste des abréviations.....	43
7.2.2	Introduction et contexte général de Madagascar.....	43
7.2.3	Contexte du FBP à Madagascar.....	44
7.2.4	Analyse des problèmes de santé.....	45
7.2.5	Analyse des problèmes dans la Région Ihorombe.....	46
7.2.6	Est-ce que les problèmes identifiés peuvent être résolu avec le FBP ?	46
7.2.7	Projet PARN intégrant la composante FBP – Phase II.....	46
7.2.8	Projet Pilote de Gratuité de soins ciblée couplée avec le FBP.....	48
7.2.9	Hypothèses fatales.....	51
7.2.10	Recommandations model Gratuité ciblée de soins couplée avec le FBP.....	51
7.2.11	Recommandations à l'endroit de la CCTN-FBP.....	51
7.2.12	Plan d'action détaillé	52
7.3	MALI – INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIAL	54
7.3.1	Contexte général.....	54
7.3.2	Contexte de l'organisation (INPS)	55
7.3.3	Problème de gouvernance des formations sanitaires de l'INPS.....	55
7.3.4	Score de faisabilité des 23 indicateurs du FBP.....	56
7.3.5	Problèmes sanitaires des formations sanitaires de l'INPS.....	56
7.3.6	Problème de recouvrement de coût.....	56
7.3.7	Recommandation : Introduction de l'approche FBP dans l'INPS.....	56
7.3.8	Justification d'introduire certains éléments du FBP.....	57
7.3.9	Justification du choix du CDTZ et du CMIE de Ségou.....	57
7.3.10	Plan d'action détaillé	58
7.4	MALI - CORDAID SANTE.....	59
7.4.1	Le FBR au Mali	59
7.4.2	FBR et Cordaid – FBR Éducation.....	60
7.4.3	FBR pour les jeunes leaders Santé de Reproduction des Adolescentes et Jeunes.....	60
7.4.4	Volet Épargner pour le Changement du programme JIGIYA	61
7.4.5	Problèmes au niveau du programme Jigiya	62
7.4.6	Recommandations.....	62
7.4.7	Plan d'Action	63
7.5	MALI – MEDECIN CHEF DU DISTRICT DE SANTE DE NIORO.....	63
7.5.1	Contexte du système de santé avec quelques indicateurs généraux du Mali.....	63
7.5.2	Le financement au Mali et le lien avec le FBP.....	64
7.5.3	Présentation sommaire du District Sanitaire de Nioro.....	65
7.5.4	Analyse de quelques indicateurs clés de santé en 2024.....	65
7.5.5	Analyse des problèmes du district.....	66
7.5.6	Recommandations.....	66
7.5.7	Plan d'action.....	67
7.6	MAURITANIE – MINISTERE L'ÉCONOMIE ET FINANCES - PROGRAMMATION BUDGETAIRE	68
7.6.1	Problématique de l'efficience du modèle classique d'allocation budgétaire	68
7.6.2	Réforme des finances publiques.....	68
7.6.3	Est-ce que le FBP peut renforcer la programmation budgétaire ?	68
7.6.4	Des hypothèses fatales n'existent pas pour le lancement du FBP.....	69
7.6.5	Activités.....	69
7.6.6	Recommandations.....	69
7.6.7	Plan d'Actions du groupe.....	69
7.7	MAURITANIE - UNITE NATIONAL FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE.....	70

7.7.1	Contexte.....	70
7.7.2	Analyse du problème.....	70
7.7.3	Score de faisabilité ; 52%.....	72
7.7.4	Recommandations.....	74
7.7.5	Plan d'action UN-FBR.....	74
7.8	MAURITANIE – IGS – CAMEC	74
7.8.1	Introduction.....	74
7.8.2	Problématique pour atteindre les objectifs de l'IGS.....	75
7.8.3	Problématique pour atteindre les objectifs CAMEC.....	75
7.8.4	Est-ce que le FBP peut aider à résoudre ces problèmes ?.....	75
7.8.5	Recommandations IGS	76
7.8.6	Recommandations CAMEC.....	76
7.8.7	Plan d'Action IGS.....	76
7.8.8	Plan d'Action CAMEC.....	77
7.9	MAURITANIE – COMITE DE PILOTAGE.....	77
7.9.1	Introduction.....	77
7.9.2	Analyse des problèmes.....	77
7.9.3	Recommandations.....	77
7.9.4	Plan d'Action	78
7.10	MAURITANIE – ERV	79
7.10.1	Contexte	79
7.10.2	Score de faisabilité ; 52%.....	79
7.10.3	Analyse du problème.....	79
7.10.4	Recommandations.....	81
7.10.5	Plan d'action ERV	81
7.11	RDC – ALIDOR KUAMBA	82
7.11.1	Introduction.....	82
7.11.2	Analyse des problèmes généraux.....	82
7.11.3	Plan d'Action.....	83
7.11.4	L'approche historique du FBP en RDC et innovations du Mali.....	84
7.11.5	Introduction.....	84
7.11.6	Analyse des problèmes généraux.....	84
7.11.7	Éléments du succès de programme FBP du Mali.....	84
7.11.8	Innovations clés du programme FBP du Mali à transposer en RDC.....	86
7.12	BENIN – UNIVERSITE - TOSSOU EMELINE JACQUELINE.....	87
7.12.1	Contexte	87
7.12.2	Le système de santé béninois est-il coût-efficace ?.....	87
7.12.3	Les principaux défis.....	88
7.12.4	Est-ce que les problèmes peuvent être résolus avec le FBP ?.....	88
7.12.5	Pourquoi relancer le FBP au Bénin ?.....	88
7.12.6	Une expérience réussie du FBP en contexte fragile : le cas du Mali.....	89
7.12.7	Recommandations spécifiques.....	91
7.12.8	Plan d'action.....	91
7.12.9	Références bibliographiques.....	91

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
ANO	Avis de Non-Objection
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 Agency	Contract, Development and Verification Agency
CENOU	Centre National des Œuvres Universitaires
COFIMA	Compagnie Fiduciaire de Management et d'Audit
CPN	Consultation Prénatale
CRE-UAC	Centre de Recherche en Économie de l'Université d'Abomey-Calavi (Benin)
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)
ERV	Équipe Régionale de Vérification (Mauritanie)
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
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
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 Centrafrique
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
UE	Union Européenne
UGP	Unité de Gestion de Project
UN-FBR	Unité Nationale du Financement base sur les Résultats (UN-FBR)
USD	United States Dollars

1. RESUME du 96ème COURS FBP et RECOMMANDATIONS

English version of this summary, see below page 12.

1.1 Le cours FBP à Cotonou – quelques impressions

Ce dernier 96^{ème} cours international a été un succès avec 37 participants provenant de 6 pays. Le plus grand groupe était celui de la Mauritanie (18), suivi par de la Guinée Bissau (7), de Madagascar (5), du Mali (4), du Benin (1) et de la RDC (1).

Le cours était différent par rapport aux cours précédents dans le sens où l'équipe de facilitation a donné des feedbacks très tôt sur les plans d'action des groupes dès du début du cours. Cel a permis aux groupes de modifier et d'améliorer leurs plans d'action jusqu'à quatre ou cinq fois.

La troisième formation sur le FBP, organisée en sept mois (décembre 2024, janvier 2025 et juillet) 2025, indique que les réformes du FBP suscitent à nouveau un intérêt croissant dans les dix pays africains. Cela est également dû au travail acharné de plusieurs experts et consultants africains de la Banque mondiale et de Cordaid. Soixante-quinze participants ont participé aux trois formations, et le FBP est à nouveau considéré comme une approche crédible pour atteindre la couverture sanitaire universelle. Nous estimons qu'en juillet 2025, quinze pays africains mettront en œuvre le FBP y inclut pour le secteur d'éducation.

1.2 Mali démontre que certaines critiques académiques sur le FBP sont fausses

Un autre élément spécial du cours était que les participants étaient inspirés par le succès réalisé au Mali avec une approche presque « pur » du FBP (score sur 23 critères de 92%).

Pour la première fois a été démontrée, sans aucune ambiguïté, que lorsque les six instruments d'équité FBP sont appliqués correctement, les résultats sont très significatifs pour les personnes et les zones vulnérables, inclusivement dans les zones affectées par l'insécurité. Le programme FBP a fourni des soins (y compris des consultations, des admissions, des accouchements et des interventions chirurgicales) à 460 000 patients vulnérables sur quatre ans, soit 7 à 8 fois plus que ce que le projet avait prévu. L'approche d'équité FBP est caractérisée par la gratuité ciblée des vulnérables (25% de tous les patients) et des bonus d'équité géographique des districts et des formations sanitaires (FOSA).

Les ACV régionales étaient intégrés dans la structure existante d'Assurance Maladie Obligatoire (CANAM). Le FBP a renforcé le système de santé avec un cout administratif de seulement 15% pour les Agences de Contractualisation et de Vérification. Le projet a finalement démontré un rapport coût-bénéfice nettement supérieur à celui initialement prévu.

Les bonus d'amélioration de la qualité décentralisées (BAQ), d'un montant compris entre 1 000 et 5 000 USD pour chaque BAQ, ont montré des résultats remarquables qui

permettent aux formations sanitaires et aux autorités de régulation d'investir dans la réhabilitation, l'équipement, le transport et le recrutement de personnel qualifié.

Ces succès sont démontrés dans des articles publiés (Bagayoko et al, 2025)¹, (Bagayoko et al, 2025)², et le rapport final de la Banque Mondiale du « Projet Accélérer les progrès vers la Couverture Santé Universelle (PACSU) 2019-2024 » (World Bank, 2025)³.

Deux conditions importantes du succès au Mali étaient que : a. Les paiements des subsides FBP étaient régulier, et ; b. La sélection des vulnérables était fait par les formations sanitaires avec leurs communautés au lieu d'une identification des vulnérables centralisée, complexe et coûteuse.

Ces deux conditions n'étaient pas réunies dans d'autres pays comme notamment les programme FBP du Burkina Faso (2013-2018) et du Benin (2013-2018). Au Cameroun (2012-2022), des retards importants, allant jusqu'à un an, ont été constatés dans le paiement des subsides FBP, de sorte que le personnel des formations sanitaires a cessé d'assister gratuitement les patients vulnérables en raison d'un manque de fonds.

Ainsi, selon les meilleures pratiques FBP et la non-application des instruments d'équité FBP et le paiement régulier des subsides, il était conceptuellement aussi impossible d'atteindre dans ces pays des bons résultats pour les plus pauvres.

Cependant, malgré ces défauts conceptuels, certains auteurs académiques ont utilisé ces exemples pour démontrer que le FBP n'est pas une bonne approche pour l'équité, que le FBP fragilise le système de santé et n'est pas efficient (Paul E, Ridde V, et al 2018⁴, Turcotte, Ridde, et al 2018⁵).

L'exemple du Mali démontre que presque tous leurs arguments et conclusions étaient fausses. Malheureusement, cela a conduit plusieurs décideurs à percevoir à tort le FBP comme une approche qui n'est pas efficace. Le cas de Mali, selon notre avis, corrige cette fausse impression.

Nous recommandons également aux acteurs impliqués dans le programme malien de mener une étude quantitative et qualitative de l'intervention - témoin. Cette étude vise à examiner les effets du programme FBP sur l'efficacité, l'efficience, la qualité et les résultats output, en accordant une attention particulière aux populations vulnérables.

¹ Bagayoko, M., Diabaté, M., Tamga, D., & Keita, Y. (2025). Strengthening Equity in Access to Basic Health Care for Indigents via PBF: Selected Key Results in Koulikoro Region, Mali. *SAS Journal of Medicine*, 11(05), 530-537. <https://doi.org/10.36347/sasjm.2025.v11i05.026>

² Bagayoko, M., Diabate, M., & Tamga, D. (2025). The Granting of Special Quality Improvement Bonuses is an Efficient Means of Correcting Inequities and Accelerating Health Coverage in Mali's Results-Based Financing Model. *SAS J Med*, 5, 526-529.

³ Implementation Completion Report Mali - Accelerating Progress Towards Universal Health Coverage February 2025, World Bank

⁴ Paul E, Ridde V, et al Performance-based financing in low-income and middle-income countries. Isn't it time for a rethink BMJ Global Health <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000664>

⁵ Turcotte-Tremblay, Ridde V et al. The unintended consequences of combining equity measures with performance-based financing in Burkina Faso *International Journal for Equity in Health* (2018) 17:109 <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0780-6>

1.3 Guinée Bissau

La *Guinée Bissau* est dans la phase du démarrage du FBP. Il est important d'établir la CTN FBP directement sous le Secrétaire General avec un coordonnateur fort qui connaît bien le FBP et qui est un leader assisté par 1-2 experts FBP. Une Agence de Contractualisation et de Vérification pourrait être contractée directement sous la couverture juridique d'une structure déjà existante. Cette structure peut être sociale ou administrative et pourrait aussi bénéficier d'un contrat d'accompagnement pour éviter des conflits d'intérêts. Cette approche pourrait éviter des énormes délais d'établissement de l'ACV comme c'était le cas au Nigeria et au Niger. Les exemples du Mali et aussi de la Mauritanie pourraient dans ce sens inspirer la Guinée Bissau. Le groupe a aussi produit un plan d'action qui décrit en détail les mesures à prendre pour atteindre un score de faisabilité FBP d'au moins 80% pour la phase pilote FBP. Cela nécessite des dérogations des lois et procédures existantes pour autoriser l'autonomie des FOSA, l'accès aux distributeurs des médicaments opérant en concurrence et l'appui aux investissements à travers des bonus d'améliorations de la qualité. Il faut également assurer un financement suffisant d'au moins USD 4,00 par habitant par an. Le plus important pour le pays sera de démarrer le FBP dans le plus court délai possible.

1.4 Madagascar

Madagascar a déjà eu trois expériences pilotes avec le FBP depuis 2018. Ces expériences ont produit des résultats encourageants. Cependant ces approches avaient un score de faisabilité de « pureté » de seulement 46%, ce qui a empêché une approche pérenne de qualité et efficiente. Le groupe a produit un plan avec des recommandations spécifiques avec le but de réaliser un score de pureté d'au moins 80%.

Les éléments les plus importants sont :

- Harmoniser les manuels FBP des deux approches de gratuité ciblée des vulnérables avec celui de la gratuité généralisée des enfants et les parturientes au lieu de lancer deux projets parallèles. Ces deux approches devraient le plus possible être fusionnés.
- Rattacher la CTN au Secrétariat General afin de permettre la coordination des activités avec des directions et programmes.
- Réduire les délais de paiement des factures en créant un système plus efficient de paiements des factures FBP.
- Inclure la participation des FOSA privées.
- Ajouter des indicateurs pour fournir des paquets complets du niveau primaire et secondaires au lieu de seulement certains indicateurs.
- Appliquer les instruments d'équité pour les vulnérables.
- Faire le cartographie et découpages des aires de de santé.
- Réaliser une étude de base.
- Libéraliser le marché pharmaceutique pour les formations sanitaires de manière qu'ils ont d'accès aux distributeurs de médicaments accrédités (publics et privés). Avec ce but il faut renforcer le système de l'inspection de pharmacie. Cela au lieu d'être dépendant d'une centrale d'Achat monopoliste.

Un schéma institutionnel avec les relations contractuels, hiérarchiques et financiers a été produit pendant le cours. L'exécution de ces recommandations favorisera le succès du FBP à Madagascar, en particulier face à la mauvaise situation sanitaire comme démontre dans la Région Ihorombe avec un personnel démotivé, un manque de financement dirigé vers les formations sanitaires et des équipements vétustes.

1.5 Mali

Aucun des quatre participants du groupe *du Mali* ne travaille actuellement dans des structures FBP. Les deux représentants de *l'Institut National de Prévoyance Social* ont développé un excellent plan d'action pour intégrer certains éléments du FBP dans leur organisation. Toutes les 15 formations sanitaires de l'INPS ont encore une approche centralisée basé sur les inputs et aucun médecin chef n'est ordonnateur de dépenses. Comme conséquence, les FOSAs connaissent entre 100 et 180 jours de ruptures d'intrants par an. L'équipe propose de tester l'approche dans 2 centres pilote avant de l'étendre progressivement aux autres FOSA.

Cordaid au Mali vient de commencer un pilote FBP dans le secteur de l'Éducation dans deux communes de Koulikoro avec un partenaire local. La représentante de Cordaid Dr Awa SIDIBE aussi propose d'introduire le FBP dans l'humanitaire, la paix-cohésion et la résilience. Une deuxième activité sera de plaider pour que certains éléments du programme pour les jeunes (Jigiya) soient ajoutés au programme FBP ARISE national.

Dr Safouna DIAKITE, Médecin chef du district sanitaire de Nioro de Mali est venu avec un financement d'une ONG Canadienne. Il propose de commencer d'introduire dans son district sanitaire certains éléments du FBP, comme l'outil indice et la questionnaire FBP des revues de qualité des FOSA. En plus, il propose de plaider pour que son district soit enrôlé dans le programme FBP national.

1.6 Mauritanie

Le groupe de la *Mauritanie* était le plus grand avec 18 personnes, qui ont impressionné les autres participants avec le progrès du FBP dans leur pays. En effet, le FBP est dans la phase de mise à l'échelle jusqu'à 80% de la population. Les huit coordinateurs des nouveaux Équipes Régionale de Vérification (ERV) sont venus à Cotonou pour leur formation ensemble avec trois membres de l'Unité Nationale FBR (UN FBR), deux inspecteurs du Ministère de la Santé, deux représentants du Ministère d'Économie et des Finances. Il y avait un membre du comité de pilotage FBR du ministère d'intérieur qui était aussi le chef de village du groupe 96 de Cotonou. Il y avait un participant de la Centrale d'Achat des médicaments CAMEG et un ophtalmologue de l'hôpital national.

Le groupe a constaté que le score de faisabilité FBR était encore faible avec 52%. Les principaux problèmes identifiés sont l'absence de bonus d'amélioration de qualité (BAQ), une contribution faible de l'État, le monopole de la distribution des médicaments, l'absence de prise en compte du bonus d'équité géographique dans le calcul des factures des acteurs, le chevauchement des rôles (ERV-Conseil régional) et des procédures et organes superflues.

Le groupe de la Mauritanie a produit cinq plans d'actions pour les organisations, qu'ils représentent.

1.6.1 Ministère d'Économie et des Finances

Nous sommes très encouragés par les *deux représentants du ministère d'Économie et des Finances* qui ont proposé de transformer certaines lignes budgétaires existantes mais peu efficaces en lignes FBP. Cela surtout pour l'application des bonus d'améliorations de qualité, qui permet de réaliser toute forme d'investissements décentralisés par les formations sanitaires et organes de régulation en réhabilitation, équipements, moyens de transport, recrutement du personnel qualifié et de résoudre des problèmes des déplacés le long de la frontière.

1.6.2 Unité Nationale du Financement base sur les Résultats (UN-FBR)

Le *groupe de l'UN FBR* a reçu l'analyse du groupe ERV qui a travaillé sur les critères de faisabilité FBP en Mauritanie. Les recommandations dans le plan d'action de l'UN-FBR sont les suivantes :

- Octroyer le plus rapidement les Bonus d'Améliorations de Qualité (BAQ) ;
- Instaurer le bonus d'équité géographique ;
- Fusionner le comité technique avec celui de l'UN – FBR ;
- Installer le payeur sous une institution Étatique préexistant.
- Réviser l'organigramme de l'UN-FBR pour satisfaire les besoins de INAYA Élargi
- Augmenter les nombres des indicateurs output pour le Paquet Complémentaire d'Activités ;
- Élargir le FBP vers le secteur sanitaire privé ;
- Autoriser les formations sanitaires d'acheter les intrants (médicaments essentiels) auprès des distributeurs agréés publics et privés ;
- Autoriser les formations sanitaires à déterminer leurs tarifs de recouvrements des coûts avec leurs comités de santé.
- Donner le pouvoir aux responsables des structures donc plus d'autonomie pour remettre les fonctionnaires en excès à la disposition du MS ;
- Fusionner les réunions de CRC et CR dans une seule réunion.
- Budgétiser et planifier des études recherche-action.

1.6.3 Les inspecteurs du ministère de Santé et CAMEG

Les *inspecteurs du ministère de Santé* ont proposé de renforcer leur capacité de pouvoir jouer le rôle de régulateur à travers les inspections des grossistes publiques et privées dans le pays pour permettre l'autorisation des formations sanitaires d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs accrédités au lieu d'être obligé d'acheter auprès d'une centrale d'achat monopoliste. Il propose aussi le renforcement du laboratoire national de contrôle de qualité (des médicaments).

Le *représentant de CAMEG* a proposé de renforcer la capacité de stockages des antennes régionales et de transport de son organisation.

1.6.4 Comité de pilotage FBP

Le représentant de *comité de pilotage* a constaté qu'il existe encore une faible connaissance du comité des critères de faisabilité de « pureté » FBP et les meilleures pratiques FBP. En plus, la contribution du gouvernement vers les subsides FBP sont encore faibles. Il propose de les discuter dans le comité, de former les autres membres du copil (dans un autre cours FBP) et de transformer certaines lignes du Ministère de Santé en lignes subsides FBP.

1.6.5 Équipe Régionale de la Vérification (ERV ou ACV)

Les huit coordinateurs des ERV ont joué un grand rôle pendant le cours et ont contribué d'une manière enrichissante par leurs expériences du terrain auprès des autres participants. Ils ont analysé en détail les critères de faisabilité et ont partagé leur travail avec les autres groupes Mauritaniens.

Le faible score de 52% a surpris tout le monde, et cela a contribué à la qualité des recommandations pour corriger les faiblesses dans les plans d'actions de tous les cinq groupes Mauritaniens et qui sont résumés dans les plans d'actions des groupes mentionnés ci-haut.

L'ERV a pour but d'assurer la vérification des résultats output des prestataires, de les valider et de les soumettre pour le paiement. En plus de la vérification, l'ERV est chargé de coaching et de la mise en œuvre du projet. L'ERV travaille sous la supervision du Conseil Régional (CR). Le processus de la validation des données FBP pourrait être simplifié.

1.7 République Démocratique de Congo

Le participant de la RDC, Alidor Kuamba, a autofinancé sa présence à Cotonou après avoir travaillé pour Cordaid et USAID. Il a donné une bonne impression avec une excellente analyse de comparaison entre le FBP en RDC et du Mali. Il y a plusieurs leçons à tirer qu'il propose de présenter à la Cellule Technique Nationale FBP de Kinshasa.

1.8 Benin

La participante du Bénin, Emeline Tossou a aussi autofinancé son cours FBP et a fait une analyse du FBP au Bénin, également fondée sur une comparaison avec le FBP au Mali. Elle propose d'intégrer le FBP dans le curriculum de l'Institut Régional de Santé Publique et l'Université Nationale du Bénin.

2. SUMMARY of the 96th PBF COURSE and RECOMMENDATIONS

2.1 The PBF course in Cotonou – some impressions

The 96th international course was a success, with 37 participants from six countries. The largest group was from Mauritania (18), followed by Guinea-Bissau (7), Madagascar (5), Mali (4), Benin (1), and the DRC (1).

The course differed from previous courses in that the facilitation team provided early feedback on the groups' action plans from the very beginning. It allowed the groups to modify and improve the quality of their action plans up to four or five times.

This was the third PBF course, held in seven months (December 2024, January 2025, and July 2025), which indicates that the PBF reforms are again attracting a growing interest in the ten African countries in attendance at the courses. This is also due to the hard work of several African experts and consultants of the World Bank and Cordaid, as well as the Dutch Embassy in Bamako. There were 75 participants in the three courses, and PBF is again seen as a credible, if not the best, approach to achieving universal health coverage. We estimate that currently fifteen countries in Africa implement PBF, including around five in the education sector.

2.2 Mali demonstrates that some academic criticisms of PBF were wrong

Another special feature of the course was that participants were inspired by the success achieved in Mali with an almost "pure" PBF approach (feasibility score of 92%). Mali demonstrated, for the first time, unambiguously, that when the six PBF equity instruments are applied correctly, the results are very significant for vulnerable people and areas, including those affected by political insecurity. The PBF program in Mali provided care (including consultations, admissions, deliveries, and surgeries) to 460,000 vulnerable patients over four years, 7 to 8 times more than the project had anticipated. The PBF equity approach includes targeted free care for vulnerable populations (25% of all patients) and geographic equity bonuses for districts and health facilities.

The regional Contracting and Verification Agencies are integrated into the already existing Mandatory Health Insurance (CANAM) structure. PBF strengthened the health system with an administrative cost of only 15% for the regional Contracting Development and Verification Agencies. The project demonstrated a significantly higher cost-benefit ratio than initially anticipated. The decentralized quality improvement bonuses of between USD 1000 and 5000 showed remarkable results that enabled health facilities and regulatory authorities to invest in rehabilitation, equipment, transportation, and the recruitment of qualified personnel.

The above findings are demonstrated in several published articles (Bagayoko et al, 2025⁶) (Bagayoko et al, 2025⁷) and the World Bank's final report on the "Accelerating Progress Towards Universal Health Coverage (PACSU) Project 2019-2024" (World Bank, 2025⁸).

Two critical conditions for success in Mali were: a. The regular payment of the PBF subsidies, and b. The selection of vulnerable groups was carried out by health facilities with their communities, rather than through a centralized, complex, and costly identification of vulnerable groups.

These two conditions were not met in other countries, notably the PBF programs in Burkina Faso (2013-2018) and Benin (2013-2018). In Cameroon (2012-2022), there were significant delays of up to a year in subsidy payments, so that the staff of health facilities stopped assisting vulnerable patients free of charge due to the lack of funds.

Thus, according to the PBF best practices and the failure to implement the PBF equity instruments and regular payments, it was conceptually also impossible to achieve good results for the poorest in these countries.

However, despite these conceptual and practical flaws, some academic authors have used these examples to demonstrate in their view that PBF is not a good approach for equity, that PBF weakens the health system, and is inefficient (Paul E, Ridde V, et al 2018⁹, Turcotte, Ridde, et al 2018¹⁰). The example of Mali now demonstrates that the above arguments and conclusions were flawed. Unfortunately, this led many decision-makers to mistakenly perceive PBF as an ineffective approach. The Mali case, in our opinion, corrects this misconception.

We also recommend that the actors involved in the Mali programme conduct a quantitative and qualitative intervention-control study. This investigation aims to further examine the effects of the PBF programme on effectiveness, efficiency, quality, and output results, with a particular focus on the vulnerable.

⁶ Bagayoko, M., Diabaté, M., Tamga, D., & Keita, Y. (2025). Strengthening Equity in Access to Basic Health Care for Indigents via PBF : Selected Key Results in Koulikoro Region, Mali. *SAS Journal of Medicine*, 11(05), 530-537. <https://doi.org/10.36347/sasjm.2025.v11i05.026>

⁷ Bagayoko, M., Diabate, M., & Tamga, D. (2025). The Granting of Special Quality Improvement Bonuses is an Efficient Means of Correcting Inequities and Accelerating Health Coverage in Mali's Results-Based Financing Model. *SAS J Med*, 5, 526-529.

⁸ Implementation Completion Report Mali - Accelerating Progress Towards Universal Health Coverage February 2025, World Bank

⁹ Paul E, Ridde V, et al Performance-based financing in low-income and middle-income countries. Isn't it time for a rethink *BMJ Global Health* <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000664>

¹⁰ Turcotte-Tremblay, Ridde V et al. The unintended consequences of combining equity measures with performance-based financing in Burkina Faso *International Journal for Equity in Health* (2018) 17:109 <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0780-6>

2.3 Guinea-Bissau

Guinea-Bissau is in the PBF start-up phase. It is essential to establish the PBF National Technical Unit (CTN) directly under the Secretary General, with a strong coordinator who is familiar with PBF, who is a leader, along with 1-2 PBF experts.

A Contracting and Verification Agency could be contracted directly under the legal umbrella of an existing structure. This structure could be social or administrative and could also benefit from a support contract to avoid conflicts of interest. This approach could avoid the enormous delays in establishing the LCA, as was the case in Nigeria and Niger.

The examples of Mali and Mauritania could inspire Guinea-Bissau in this regard. The group also produced an action plan detailing the measures to take to achieve a PBF feasibility score of at least 80% for the PBF pilot phase. It requires exemptions from the existing laws and procedures to allow the autonomy of health centers, access to competing drug distributors, and investment support through the quality improvement bonuses. It is also necessary to ensure sufficient funding of at least USD 4.00 per capita per year. The most important thing for the country will be to launch PBF as soon as possible.

2.4 Madagascar

Madagascar has already conducted three pilot projects with PBF since 2018. These projects have produced encouraging results. However, these approaches had a "PBF purity" feasibility score of only 46%, which prevented a sustainable, high-quality, and efficient approach. The group developed a plan with specific recommendations aimed at achieving a purity score of at least 80%.

The most critical elements are:

- Develop a single PBF manual that covers both targeted free health care for vulnerable populations and generalized free health care for children and women in labor, rather than launching two separate manuals and projects.
- Attach the CTN to the General Secretariat to enable coordination of activities with other departments and programs in the Ministry of Health.
- Reduce the delays in the payment of PBF subsidies by creating a more efficient payment system.
- Include the participation of private health facilities.
- Add indicators to provide comprehensive packages for primary and secondary education instead of just specific indicators.
- Apply equity instruments for vulnerable populations.
- Map and divide health care areas.
- Conduct a baseline study.
- Liberalize the pharmaceutical market for health facilities so that they have access to accredited drug distributors (public and private). To this end, the pharmacy inspection system must be strengthened, rather than being dependent on a monopolistic central purchasing agency.

An institutional framework with contractual, hierarchical, and financial relationships was also produced during the course. Implementing the above recommendations will

undoubtedly promote the success of PBF in Madagascar, particularly in the face of the poor health situation, as demonstrated in the Ihorombe Region, with demotivated staff, a lack of funding for health facilities, and outdated equipment.

2.5 Mali

None of the four participants in the Mali group currently works in PBF programs.

The *two representatives of the National Institute of Social Security (INPS)* have developed an excellent action plan to integrate some aspects of PBF into their organization. All 15 INPS health facilities have a centralized, input-based approach, and no head physician is responsible for authorizing expenditures. The health facilities experience supply shortages of between 100 and 180 days. The team proposes testing the PBF approach in two INPS pilot centers before gradually expanding it to other health facilities.

Cordaid in Mali started a PBF pilot in the education sector in two municipalities of Koulikoro with a local partner. The Cordaid representative Dr. Awa Sidibe also proposes introducing PBF into humanitarian, peace-cohesion, and resilience projects. A second activity will be to advocate for aspects of the youth program (Jigiya) to be added to the national ARISE PBF program.

Dr. Safouna DIAKITE, Chief Medical Officer of the Nioro Health District in Mali, came with funding from a Canadian NGO. He proposes to begin introducing some aspects of PBF in his health district, such as the indices health management tool and the PBF questionnaire from the health facility quality reviews. In addition, he proposes to advocate for his district to be enrolled in the national PBF program.

2.6 Mauritania

The group from Mauritania was the largest, with 18 participants, who impressed the participants from other countries with the progress of PBF. Indeed, PBF is in the scaling-up phase, reaching 80% of the population. The eight coordinators of the Regional Contracting and Verification Teams (ERV) came to Cotonou for their training, along with three members of the National PBF Unit (UN FBR), two inspectors from the Ministry of Health, and two representatives from the Ministry of Economy and Finance. There was a member of the PBF steering committee from the Ministry of the Interior who was also the village chief of Cotonou group 96. There was a participant from the Central Medicine Purchasing Agency (CAMEG) and an ophthalmologist from the national hospital.

The group noted that the PBF feasibility score was still low at 52%. The main problems identified are the lack of quality improvement bonuses (QIBs), a low state contribution, the monopoly on drug distribution, the failure to consider the geographic equity bonus in the calculation of stakeholders' invoices, the overlapping of roles (ERV-Regional Council), and unnecessary procedures and bodies.

The Mauritanian group produced five action plans for the organizations they represent.

2.6.1 Ministry of Economy and Finance

We are very encouraged by the two representatives of the Ministry of Economy and Finance who proposed transforming specific existing but inefficient budget lines into PBF lines. They suggest introducing quality improvement bonuses that enable health facilities and regulatory authorities to make decentralized investments in rehabilitation, equipment, transportation, and the recruitment of qualified personnel, as well as to address the challenges faced by displaced persons along the border.

2.6.2 Results-Based Financing – National Unit (RBF-NU)

The RBF-NU group received the analysis from the ERV group, which worked on the PBF feasibility criteria in Mauritania. The recommendations in the RBF-NU action plan are as follows:

- Grant Quality Improvement Bonuses (QIBs) as quickly as possible.
- Introduce the geographic equity bonus.
- Merge the technical committee with that of the RBF-UN.
- Establish the payer under a pre-existing state institution.
- Revise the RBF-UN organizational chart to meet the needs of the INAYA Expanded Program.
- Increase the number of output indicators for the Complementary Package of Activities.
- Expand PBF to the private health sector.
- Authorize health facilities to purchase inputs (essential medicines) from authorized public and private distributors.
- Authorize health facilities to determine their cost recovery rates with their health committees.
- Empower facility managers, thus giving them greater autonomy to reassign excess civil servants to the Ministry of Health.
- Merge CRC and CR meetings into a single meeting.
- Budget and plan action research studies.

2.6.3 Ministry of Health Inspectors and CAMEG

The Ministry of Health inspectors proposed strengthening their capacity to play a regulatory role through inspections of public and private essential drugs and equipment wholesalers across the country. Health facilities can then purchase their inputs from authorized distributors instead of being forced to buy from a single government monopoly central purchasing agency. The group also suggests strengthening the national quality control laboratory (for medicines).

The CAMEG representative proposed strengthening the storage capacity of his organization's regional branches and transportation.

2.6.4 PBF Steering Committee

The steering committee representative noted that the committee still lacks awareness of PBF "purity" feasibility criteria and PBF best practices. Furthermore, the government's

contribution to PBF subsidies is still low. He proposed discussing these issues within the committee, training other steering committee members (in a separate PBF course), and converting certain Ministry of Health budget lines into PBF subsidy lines.

2.6.5 Contract Development and Verification Agencies (ERV)

The eight regional Contract Development and Verification Agency (ERV) coordinators played a key role during the course and shared their field experiences with the other participants in a valuable way. They analyzed the feasibility criteria in detail and shared their work with the other Mauritanian groups.

The low PBF feasibility score of 52% surprised everyone, and this contributed to the quality of the recommendations in the action plans correcting the weaknesses. All five Mauritanian groups produced action plans with recommendations, which are summarized in the action plans above.

The ERV's goal is to ensure the verification of providers' output results, validate them, and submit them for payment. In addition to verification, the ERV is responsible for coaching and project implementation. The ERV works under the supervision of the Regional Council (RC). Yet, the PBF data validation process could be simplified.

2.7 Democratic Republic of Congo

The participant from the DRC, Alidor Kuamba, self-funded his presence in Cotonou after working for Cordaid and USAID. He made a good impression with an excellent comparative analysis between the PBF approaches in the Democratic Republic of Congo and Mali. There are several lessons, that he proposes to present at the Kinshasa National Technical Committee (CTN).

2.8 Benin

The participant from Benin, Emeline Tossou, also self-funded her PBF course and conducted an analysis of PBF in Benin, also based on a comparison with PBF in Mali. She proposes integrating PBF into the curriculum of the Regional Institute of Public Health and the National University of Benin.

3. INTRODUCTION du 96ème COURS FBP de COTONOU

3.1 Histoire des cours FBP

Le premier cours FBP a eu lieu en République Démocratique du Congo en 2007. Depuis 2012, BEST-SD du Bénin, et BASP96 du Burkina / Bénin a organisé entre eux au moins 20 cours FBP. 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 3100 participants de plusieurs nationalités ont pris part aux cours et une grande partie est devenue des défenseurs du FBP dans leurs pays respectifs.

Le FBP constitue une bonne voie pour l'atteinte de 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), la République Centrafricaine (RCA), et la République de Burundi 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 basés sur les inputs.
2. Maîtriser les théories, les meilleures pratiques et les outils du FBP à la fin du cours afin d'assurer la mise en œuvre du financement basé sur la performance dans la pratique.

3. Développer un plan d'action individuel SMART, à mettre en œuvre lors du retour au lieu de travail par les participants.

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 en carrousel.

3.4 Les participants

Le 96^{ème} cours FBP a connu la participation de 37 personnes dont 8 de sexe féminin et 27 de sexe masculin. Le tableau ci-dessous présente la liste des participants.

Tableau 1 : Profil des participants

NOM	PRENOM	Formation	Genre	Organisation	PAYS	Region - Ville
TOSSOU	Emeline Jacqueline	Économ / Cherch	f	Univ CRE-UAC	Benin	Cotonou
ADELINO MARTINHO	Nalessan	Infirmier	m	MS	Guinée Bissau	Oio
CARLOS PEDREIRA	Ivandro Ismail	Médecin	m	MS	Guinée Bissau	Bissau
DA SILVA BARBEIRO	Waldina	Médecin Pédiatre	f	MS	Guinée Bissau	Bissau
DJATA	Quiaqué	Infirmier	m	MS - DRS	Guinée Bissau	Bafata
DJAU	Asana	Infirmier	m	MS Aire	Guinée Bissau	Bafata
GOMES CO	Ivete	Sage-femme	f	MS - hop	Guinée Bissau	Bissau
KABORE	Mousa	Epidémiologiste	m	BM - UCP	Guinée Bissau	Bissau
UMARO CANDE	Seidina	Infirmier	m	MS Aire	Guinée Bissau	Oio
ANDRIANOTRONONIFOKO	Nivoson Zo Lalaina	Médecin	m	MS - Distr San	Madagascar	Ihorombe
RAKOTONDRAVELO	Nirina Holinarisanta	Économiste	m	MS CACSU	Madagascar	Antananarivo
RAKOTOVAO	Verohasina Léonie	Administrateur	f	MS - CTN	Madagascar	Antananarivo
RANDRIANTSARAFARA	Fenitra Mireille	Médecin	f	MS DRSP	Madagascar	Ihorombe
RAZAFIMANDRATO	Zafindralambon'i Ndriana	Économiste	m	MS CACSU	Madagascar	Antananarivo
DIAKITE	Moussa	Médecin INPS	m	INPS	Mali	Bamako
DIAKITE	Safouna	Médecin	m	MS - MCD	Mali	Kayes
DIALLO	Mamadou	Méd Écon Santé	m	INPS	Mali	Bamako
SIDIBE	Awa	Méd Santé Publ	f	Cordaid	Mali	Bamako
AHMED BABE	Mohamed Lemine	Médecin	m	MS - ERV	Mauritanie	Assaba
AHMED MISKE	Mohamed	Médecin	m	MS - ERV	Mauritanie	Trarza
AHMED SIDI BABA	Safia	Économiste	f	Min Econ Finan	Mauritanie	Nouakchott
AW	Idriss Samba	Infirmier	m	UN FBR	Mauritanie	Nouakchott
BRAHIM CHEIKH SIDIYA	Fatimetou	Médecin	f	UN FBR	Mauritanie	Nouakchott
CHERIF TAHER	Sidi Mahmoud	Administrateur	m	MS - IGS	Mauritanie	Nouakchott
DIAGANA	Mouhamedou El Hadj	Administrateur	m	Min d'Interieur	Mauritanie	Nouakchott
EL GHAZWANI	Mohamed Lemine	Médecin	m	CAMEG	Mauritanie	Nouakchott
EL MOUSTAPHA	Ahmedou	Médecin	m	MS - ERV	Mauritanie	Adrar
ELY GHALY	Mohamed	Médecin	m	MS - ERV	Mauritanie	Guidimagha
MOHAMED LEMINE	El Moctar	Médecin épidém.	m	MS - ERV	Mauritanie	Tagant
MOINE	Sidi Mohamed	Prof techn santé	m	UN FBR	Mauritanie	Nouakchott
MOUNAH	El Hassene	Ophtalmologue	m	MS - Hospital	Mauritanie	Nouakchott
SALEM	Mohamed Salem	Pharmacien	m	MS - Dir Phar	Mauritanie	Nouakchott
SELAME	Cheikh Elemine	Inspect Trésor	m	Min Econ Finan	Mauritanie	Nouakchott
SIDI YAHYA	Ely Cheikh	Médecin	m	MS - ERV	Mauritanie	HEC
TAJEDINE	Nahah	Médecin	m	MS - ERV	Mauritanie	HEG
WADE	Alassane	Médecin	m	MS - ERV	Mauritanie	Brakna
KUAMBA KUBI	Alidor	Statisticien	m	Independant	RDC	Kinshasa

Du groupe de Mauritanie, il y avait 1 administrateur du Ministère d'Intérieur qui était aussi le Chef de Village du groupe 96^e du cours FBP. En plus, il y avait 8 coordinateurs des ERV (Agence de Contractualisation et de Vérification), 3 représentants de l'UN FBR (= Cellule Technique Nationale), un économiste et une Inspecteur du trésor du ministère des Économies et des Finances, deux inspecteurs du ministère de Santé, 1 représentant du Central d'Achat des Médicaments CAMEG et un ophtalmologue de l'hôpital national.

Du groupe de Guinée Bissau, il y avait 7 participants : 2 directeurs du niveau central, 4 infirmiers / sage-femmes et un épidémiologiste de l'UGP (M. Moussa Kabore).

Du groupe de quatre participants du Mali composé ainsi qu'il suit : 2 participants d'Institut National de Prévoyance Social, une participante de Cordaid et un Médecin Chef du District de Nioro.

Du groupe de Madagascar il y avait 5 personnes : 1 directeur du CACSU et son adjoint, 1 administrateur de la CTN, ainsi que deux médecins du niveau de district et de la région respectivement.

Du Bénin, il y avait une Chercheuse au Centre de Recherche en Économie de l'Université d'Abomey-Calavi (CRE-UAC).

De la République Démocratique de Congo il y avait un statisticien indépendant.

3.5 L'équipe de facilitation

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). Le cours est organisé sous la tutelle de BASP96. Dr Denise Tamga, Consultant indépendant et, M. Célestin KIMANUKA, Directeur de l'Institut Supérieur de Statistique de Goma en RDC. En plus, nous avons invité M. Moussa Kabore, qui travaille en Guinée Bissau pour renforcer l'équipe de facilitation.

La coordination administrative et logistique du cours a été assurée par Monsieur Ibouaraïma AOUDI, ancien Directeur de l'Hôpital Évangélique Bembèrèkè-Sinendé et actuel Directeur du Bureau Exécutif et de Coordination de l'Association des œuvres Médicales privées Confessionnelles, Associatives et Sociale du Bénin (BEC/AMCES). L'équipe était appuyée par Mesdames Nicole ADE, Loukiatou MOUSSA et Seliatou INOUSSA.

3.6 Pré et post test du cours

Trente-six participants ont fait lors de leur arrivée un prétest, qui avait un score moyen de 44%. Le post-test avait un score moyen de 74%. Cependant, les facilitateurs ont aussi donné des points de bonus de zéro, un ou deux points pour les efforts observés de chaque participant pour leurs plans d'action. Cela a augmenté le score moyen vers 76% et signifie une progression moyenne de 32% par rapport au score moyen du pré-test.

Les onze participants suivants ont obtenu un certificat de distinction avec un score de 90% ou plus au test final du cours.

RAKOTONDRAVELO	Nirina Holinarisanta	m	Madagascar	Économiste
AHMED MISKE	Mohamed	m	Mauritanie	Médecin
SIDI YAHYA	Ely Cheikh	m	Mauritanie	Médecin
KUAMBA KUBI	Alidor	m	RDC	Statisticien
RAKOTOVAO	Verohasina Léonie	f	Madagascar	Administrateur
AHMED BABE	Mohamed Lemine	m	Mauritanie	Médecin
MOUNAH	El Hassene	m	Mauritanie	Ophthalmologue
DA SILVA BARBEIRO	Waldina	f	Guinée Bissau	Médecin Pédiatre
ANDRIANOTRONONIFOKO	Nivoson Zo Lalaina	m	Madagascar	Médecin
DIAKITE	Safouna	m	Mali	Médecin
SELAME	Cheikh Elemine	m	Mauritanie	Inspect Trésor

Neuf participants avaient un score d'entre 80% et 89% et ont reçu une mention « mérite plus ». Quatorze (38%) ont reçu un certificat de mérite ordinaire. Trois participants ont reçu un certificat de participation.

96ème cours FBP de Cotonou	N = 37	%
Distinction (90% et plus)	11	30%
Mérite plus (80%-89%)	9	24%
Mérite ordinaire (53%-79%)	14	38%
Participation (<53%)	3	8%
Total	37	100%

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 83%. Cela est de 3,8 points supérieurs à la moyenne des 60 cours précédents francophones et égal à la moyenne des 27 cours anglophones précédents.

L'*évaluation finale* par les participants était satisfaisante en termes de l'organisation, l'hôtel, le transport et le matériel éducatif. 35% des participants ont dit que le cours était trop court. Le contenu des modules, la méthodologie étaient bons et le cours a répondu aux attentes pour 88% des participants.

4. DEROULEMENT du 96^{ème} COURS FBP de COTONOU

Ce chapitre présente le déroulement du 96^{ème} cours international sur le FBP qui s'est tenu à l'Hôtel Atlantic Beach de Cotonou au Bénin du 30 juin au 12 juillet 2025.

Le **lundi 30 juin 2025**, le cours a débuté par un mot de bienvenue prononcé par Dr Joseph CATRAYE, suivi de la présentation des facilitateurs et des participants. Après l'établissement des règles pour assurer le bon déroulement de la formation, l'élection des autorités du "village" a eu lieu.

L'équipe dirigeante du 96^{ème} "village" du cours FBP a ainsi été constituée à la suite de l'élection, avec la formation du Gouvernement, dont la composition est la suivante :

- **Chef du village** : M. TIDIANE DIAGANA Mouhamedou El Hadj Wagui
- **Chef de village Adjoint** : Mme RAKOTOVAO Verohasina Léonie
- **Ministre des Finances** : Dr DIAKITE Moussa
- **Berger** : Dr DJAU Assana
- **Président de l'Énergie** : Dr TAJEDINE Nahah

Cette étape a été suivie par la formation d'un comité chargé de collecter les principales recommandations, qu'elles soient spécifiques ou générales, par pays ou par thème. Il s'agit de Dr AHMED MISKE, Dr Ely Cheikh SIDI YAHYA et Mme Emeline J. TOSSOU.

Pour conclure cette première étape, une session de 25 minutes a été consacrée à l'administration du prétest.

La plénière a débuté par la présentation du module 1 sur l'organisation du cours FBP. Ce module a couvert plusieurs aspects clés, dont le contenu et la méthodologie du cours, ainsi que les objectifs, l'historique et les autres noms que l'on utilise pour parler du FBP. Une comparaison a été faite entre les Soins de Santé Primaires, l'Initiative de Bamako et le FBP. De plus, huit groupes ont été formés pour l'élaboration des plans et DSME/, représentant les pays suivants : Mauritanie (3 groupes), Mali (1 groupe), Guinée Bissau (1 groupe), Madagascar (1 groupe), RDC (1 groupe) et Bénin (1 groupe).

La délégation de la Mauritanie était répartie en trois groupes : Le premier groupe comprenait les membres de l'ERV, le deuxième regroupait les représentants de l'UN FBR, du Comité de pilotage et du niveau central, le troisième groupe était constitué des participants issus des ministères de l'Intérieur et de l'Économie.

Les autres délégations étaient organisées comme suit : Les participants du Mali formaient un groupe, ceux de la Guinée-Bissau constituaient un autre groupe, les participants de Madagascar formaient également un groupe, l'unique participant de la RDC constituait un groupe à lui seul, et l'unique participante du Bénin formait le huitième groupe.

Lors des discussions, plusieurs sujets ont été abordés, notamment les grands changements de paradigme du FBP dans la manière de financer les soins. Les expériences du Mali ont été partagées, en particulier en ce qui concerne l'harmonisation des instruments du FBP. Les avantages d'un programme FBP bien exécuté ainsi que les principes fondamentaux du FBP ont été discutés en profondeur.

La journée s'est clôturée par une évaluation des activités de la journée, l'élection du meilleur participant, ainsi que la rencontre de 2 groupes pour leurs plans d'action (Bénin et RDC).

Les groupes de travail ont ensuite réfléchi sur une série de quatre questions liées à la performance actuelle de leur système de santé. Les questions posées étaient les suivantes :

1. Dans quelle mesure le système de santé de leur pays (ou le système d'autres ministères) est-il coût-efficace ?
2. Quels sont les principaux défis rencontrés et pourquoi ?
3. Quel défi devrait être priorisé pour améliorer le système et comment ?
4. Le FBP est-il une solution à ces défis ?

La deuxième journée, mardi 01 juillet 2025, a débuté par un récapitulatif de la première journée. Le reste de la journée a été consacré à la présentation des travaux de groupe sur le plan d'action, à une comparaison entre le FBP, les Soins de Santé Primaires (SSP) et l'Initiative de Bamako, ainsi qu'à la présentation du module 2 qui traite de la définition du FBP et des preuves académiques en faveur du FBP. Le module 3A, a été présenté abordant notamment l'exemple d'une FOSA sous FBP, les meilleures pratiques FBP, le montage institutionnel, les enjeux liés au changement.

Des échanges fructueux ont eu lieu sur plusieurs sujets, tels que le monopole de la Centrale Pharmaceutique d'Achat, les dérogations nécessaires pour tester les meilleures pratiques FBP, les critères de répartition des primes de performance, l'autonomie dans la gestion des ressources humaines, la motivation intrinsèque et extrinsèque.

L'après-midi, le module 3B, centré sur l'équité, a été présenté, suivi d'une introduction au module 4, dédié aux théories du FBP. Les principales discussions ont porté sur le ciblage des indigents, la méthode de calcul du bonus d'équité, ainsi que sur la théorie de l'analyse des systèmes et celle du choix public.

La journée s'est conclue par une évaluation de la journée, l'élection du meilleur participant et les rencontres avec les groupes du Mali, Benin et Niger (Niveau Central) autour de leurs travaux de groupe sur les plans d'action.

La troisième journée, mercredi 02 juillet 2025, a débuté par un récapitulatif de la deuxième journée, suivie de la présentation de la suite du module 4A sur les théories du FBP, ainsi que des module 5A portant sur la microéconomie.

Les discussions ont permis aux participants d'approfondir leur compréhension des différentes théories du FBP, des types de distribution des biens en économie, des facteurs influençant la demande et l'offre, des conséquences des interventions gouvernementales sur les prix (prix plafond et prix plancher), l'élasticité de la demande, l'efficacité allocative, technique et administrative, l'importance d'aligner la pyramide sanitaire avec 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.

La journée s'est clôturée par une évaluation, l'élection du meilleur participant, et la poursuite des travaux de groupe sur les plans d'action, avec l'accompagnement des facilitateurs.

La quatrième journée, jeudi 03 juillet 2025, a commencé par un récapitulatif de la troisième journée, suivi de la présentation du Module 5B sur l'économie de la santé, et la visite de terrain. Les discussions ont permis aux participants d'approfondir leur compréhension sur la différence entre les différents types d'efficience allocative, technique et administrative, le coût marginal, l'économie d'échelle et de portée, la correction des défaillances du marché de la santé, les différents types d'achat des services de santé (les recouvrements des coûts, l'assurance maladie obligatoire ou volontaire).

L'après-midi, à partir de 13 h, a été consacré à une visite de terrain dans cinq formations sanitaires notamment :

- Groupe 1 : Hôpital de Zone de Ouidah
- Groupe 2 : Centre de santé Adolphe Kolping (Agbanto)
- Groupe 3 : Centre de santé de PAHOU
- Groupe 4 : Centre de santé de Houenonko
- Groupe 5 : Centre de santé de Tori Cada

Objectif de la visite de terrain : Cette visite visait à collecter des données auprès des prestataires des structures visitées, à les analyser selon des termes de référence, puis à restituer les observations en plénière. Les participants devaient analyser les données collectées et les comparer aux standards, tels que :

- Le nombre optimal de personnel qualifié pour 1 000 habitants ;
- Le montant des recettes annuelles comparé au montant théorique des recettes par personne cible par an dans l'aire de santé et aux recettes nécessaires pour garantir la qualité des soins.

Après la visite, les participants ont travaillé sur la synthèse des résultats de leur observation, qui a été présentée en plénière le jour suivant.

Comme à l'accoutumée, la journée s'est conclue par une évaluation, l'élection du meilleur participant et la poursuite des travaux de groupe sur les plans d'action, avec l'accompagnement des facilitateurs.

La cinquième journée, le vendredi 04 juillet 2025, a commencé par un récapitulatif de la quatrième journée, suivi de la restitution de la visite du terrain et la présentation du module 6A concernant la politique nationale de régulation. Les discussions ont abordé des sujets clés tels que la logique commune à tous les acteurs en FBP, la politique socio-économique nationale, les objectifs de la politique de santé de l'État, le Rôle du Comité de Pilotage du FBP.

La sixième journée, le samedi 05 juillet 2025, a débuté par un récapitulatif de la cinquième journée, suivi des présentations du module 6A sur la régulation (autorités des districts), le module 6B sur l'Évaluation de la qualité des services dans les formations sanitaires et le module 9 sur le développement du projet, scan de faisabilité et plaidoyer.

Les discussions ont principalement abordé le rôle des régulateurs à chaque niveau, les indicateurs composites utilisés pour l'évaluation de la qualité et les 23 critères de pureté du programme FBP.

Le **dimanche 06 juillet 2025** était une journée de repos pour l'ensemble des participants. Une sortie récréative a été faite dans la ville pour visiter le monument de l'amazone, le temple des pythons et la forêt sacrée de Ouidah, et la balade s'est achevée par un déjeuner dans un restaurant de l'Hôtel DJEGBA OUIDAH

La septième journée de formation, le lundi 07 juillet 2025, a débuté par une évaluation récapitulative de la sixième journée. Par la suite, le module 10 sur la résolution des conflits et négociations a été présenté suivi de la restitution des travaux de groupe portant sur l'analyse du score de faisabilité du FBP, l'identification des éventuelles hypothèses fatales, ainsi que des jeux de rôle. Ces derniers, limités à cinq minutes chacun, ont permis de tester des techniques de négociation telles que l'écoute active, la construction de solutions de compromis, l'utilisation stratégique de slogans, des meilleures pratiques et des concepts du FBP pour argumenter, la remise de documents aux décideurs (Ministre, etc.), ainsi que la définition des prochaines étapes. Tous les groupes ont participé aux jeux de rôle et ont reçu des commentaires constructifs.

Dans l'après-midi, les travaux se sont poursuivis avec la présentation du **module 7 : ACV**.

La journée s'est conclue par une nouvelle évaluation et la désignation du meilleur participant.

La huitième journée de formation, tenue le mardi 08 juillet 2025, a débuté par un récapitulatif de la journée précédente, suivi des présentations sur le **module 7 ACV (fin)**, le **module 8** sur le **marketing social** et le **module 12 : Indicateur Output**. Les discussions se sont focalisées sur les rôles de l'ACV, l'approche alternative avec la séparation des rôles communautaires proposée par le FBP à savoir : D'un côté le marketing social effectué par les FOSA avec leurs comités de santé et de l'autre côté le recrutement des ASLO qui réalisent des entretiens réguliers avec les clients, pour renforcer la voix de la communauté, le caractère SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporel) des indicateurs ainsi que les critères de sélection des indicateurs et d'allocation des subsides.

Les participants ont été répartis en groupes pour réaliser deux exercices pratiques visant à :

- Classer les indicateurs (output, qualité, processus ou impact),
- Calculer les cibles des indicateurs,
- Estimer les quantités à atteindre en se basant sur les réalisations antérieures, et
- Évaluer le montant des subsides attendus pour un trimestre donné.

La neuvième journée, mercredi 09 juillet 2025, a débuté comme d'habitude par une évaluation et un récapitulatif de la journée précédente suivi de la restitution de l'exercice sur les indicateurs. Cet exercice a permis aux participants de mieux distinguer les différents types d'indicateurs, notamment : les indicateurs output, payés mensuellement,

les indicateurs de qualité, les indicateurs de processus et les indicateurs d'impact. Le reste de la journée a été consacré à la présentation du module 15 : Outil indice. Les participants ont été invités à réaliser en groupe un exercice pratique sur l'outil Indice. L'objectif principal était d'analyser les recettes et les dépenses du Centre de Santé IBO, de répartir la prime de performance parmi le personnel et d'évaluer la viabilité de la structure. Comme à l'accoutumée, la journée s'est conclue par une évaluation générale et l'élection du meilleur participant.

Les travaux de **la dixième journée, jeudi 10 juillet 2025** ont commencé par l'évaluation et le récapitulatif des activités de la veille, suivis de la présentation des résultats de l'exercice sur l'outil Indice, le Module 11 : Études de base avant le démarrage d'un programme FBP, le Module 15 : Le rôle du FBP en situation d'urgence et le Module 14 : Business Plan

Le reste de la journée a été consacré au travail en groupe sur les plans d'action. Par la suite, un retour détaillé a été fourni sur les plans d'action des différents groupes.

Les travaux de **la onzième journée, vendredi 11 juillet 2025** ont débuté par l'évaluation journalière des travaux de la veille, suivie d'une séance de récapitulatif final couvrant l'ensemble du cours. La matinée a ensuite été dédiée à la finalisation des plans d'action et à la préparation des posters, ainsi qu'à une évaluation globale du cours. La présentation des posters par les 12 différents groupes formés a été faite l'après-midi. Par la technique du « Carrousel », chaque groupe a présenté son poster devant l'ensemble des participants, avant.

Samedi 12 juillet 2025 : l'examen final basé sur le test des connaissances des participants au 96^{ème} cours international sur le FBP a commencé à 9h00 et l'ensemble des participants a terminé le test autour de 11 heures.

Le test a produit 11 distinctions avec des scores de 90% ou plus et 9 participants avec un score d'entre 80% et 89%. Une cérémonie de clôture a terminé le cours avec des discours mémorables de plusieurs personnes comme le chef de village, les représentants de tous les pays présents, et Dr Joseph Catraye, directeur de BASP'96. Le groupe des recommandations a présenté son rapport.

Les facilitateurs ont été émus par le cadeau très spécial «un Certificat de Reconnaissance» du groupe de Mauritanie. Les acrobates et un magicien et des mimes ont enrichi la cérémonie.

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 84%. Cela est de 3,8 points supérieurs à la moyenne des 60 cours précédents francophones et égal à la moyenne des 27 cours anglophones précédents. Les critères « facilitation », « participation », « organisation » et « respect du temps, étaient supérieurs aux 60 cours précédents francophones avec respectivement 1,7%, 3,2%, 5,2% et 5,0%.

Évaluations journalières pendant 10 jours par les participants	Cours Anglophones (27x)	Cours Francophones (60x)	Cotonou Juillet 2025	Comparaison Cotonou Juillet 2025 - 60 cours Francophones précédents
Méthodologie et facilitation	87,6%	85,8%	87,5%	1,7%
Participation	87,2%	84,3%	87,5%	3,2%
Organisation	86,4%	73,8%	79,0%	5,2%
Respect du temps	73,2%	77,5%	82,5%	5,0%
Score total	84%	80%	84%	3,8%

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

L'aspect de **la facilitation & méthodologie** a été évalué en moyenne à 87,5% comme étant « très satisfait ». Cela donne un score supérieur de 1,7% points par rapport aux 60cours francophones précédents qui ont eu accusé un score moyen de 85,6%. La tendance d'évaluation de la satisfaction pour la facilitation est restée stable durant le cours.

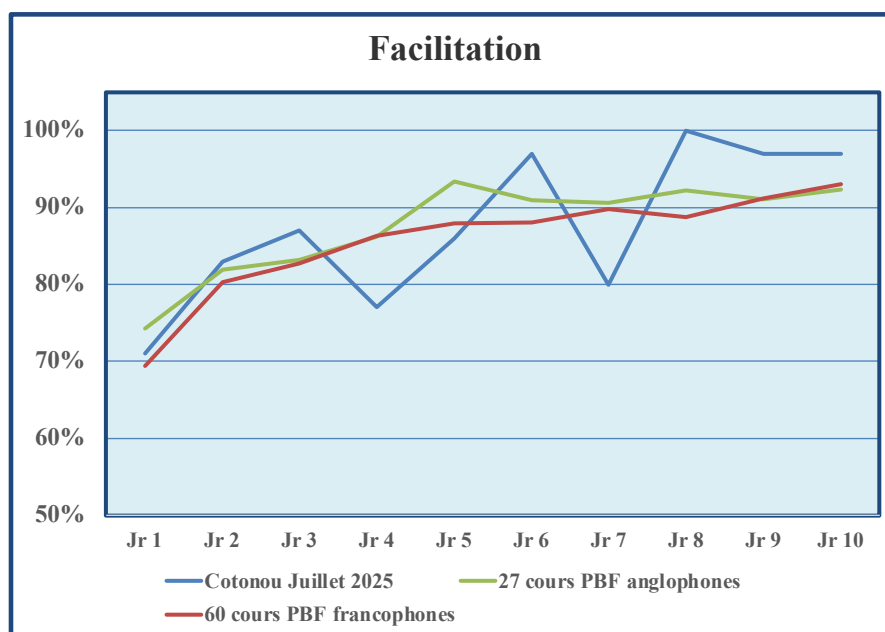


Figure 1 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *facilitation & méthodologie*.

La participation a été évaluée en moyenne à 87,5% pour tous les jours ; ce qui est 3,2% *supérieur* par rapport à la moyenne des 60 cours francophones précédents qui ont connu un score moyen de 84,3%. Le score de la satisfaction avec la participation a connu un courbe ascendant de 71% la première journée jusqu'à 97% la dernière journée.

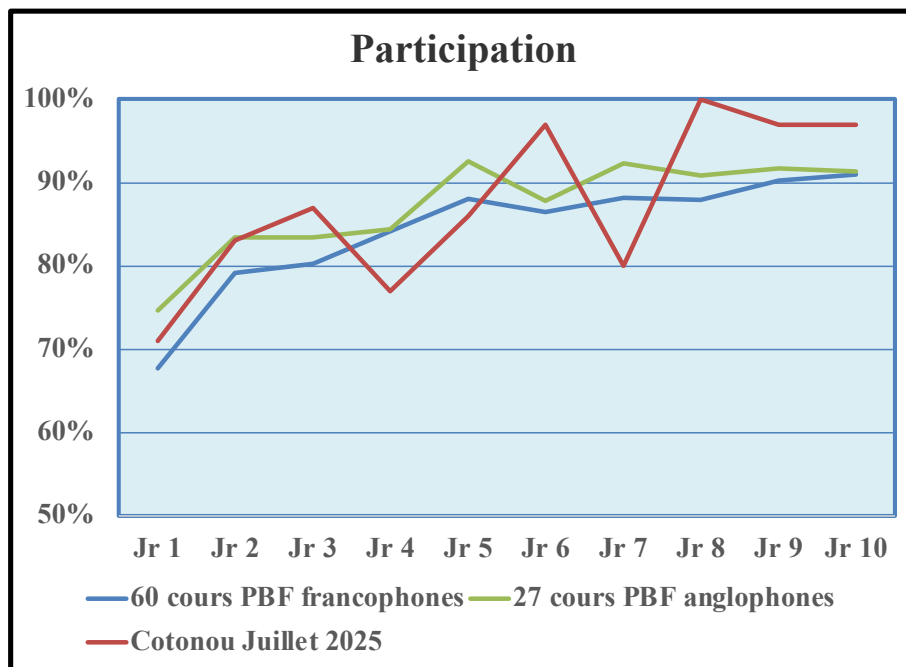


Figure 2 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *participation*.

L'organisation du cours était évaluée en moyenne à 78,8% « très satisfait » ce qui est de 5,2 points supérieurs aux 60 cours francophones précédents avec une moyenne de 73,6%. La satisfaction avec l'organisation est améliorée de 42% la première journée vers 93% pendant la dernière journée.

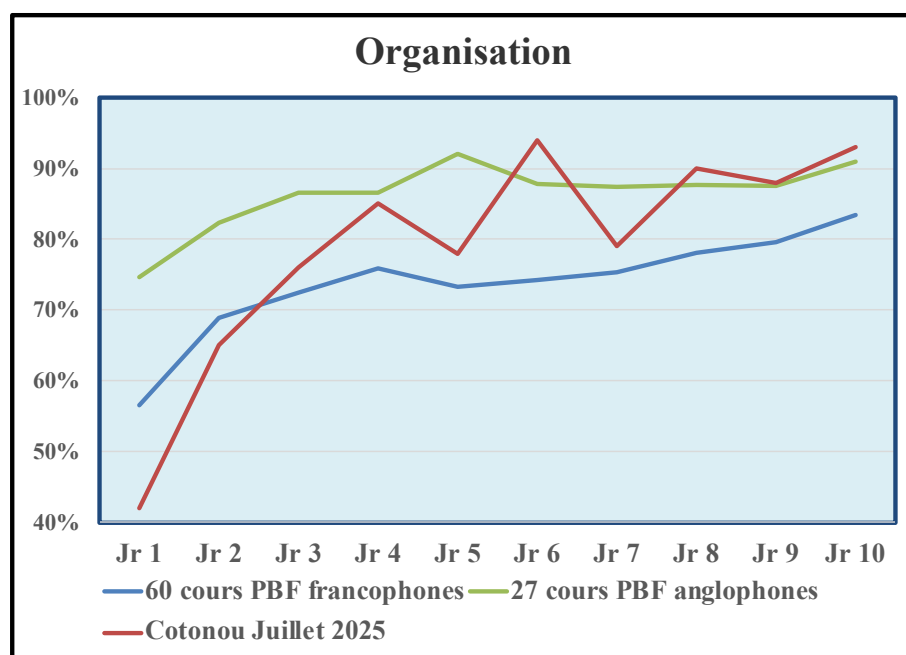


Figure 3 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *organisation*.

Le respect du temps a été évalué en moyenne à 82,5% « très satisfait » ce qui est un score supérieur de 5% points par rapport à la moyenne des autres cours francophones, qui avaient un score moyen de 77,5%. Le courbe du score du respect du temps était ascendant avec des chutes vers 66% le mardi 1 juillet, 73% le lundi 7 juillet et 75% le mercredi 9 juillet.

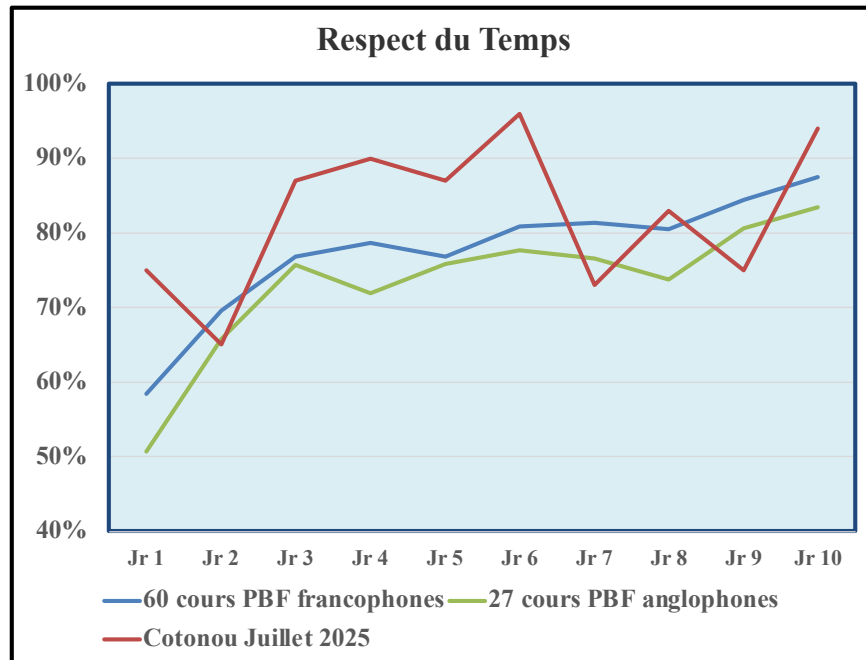


Figure 4 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *Respect du temps*.

6. EVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS

Le vendredi 11 juillet 2025, 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 88%. Cela est inférieur de 1 point par rapport à la moyenne des autres cours FBP francophones et 12 points supérieurs par rapport aux cours anglophones.
- La question « *Le programme a répondu à mes attentes* » a été évaluée à 88% (3 et 2 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 88% (c'est-à-dire 1 point inférieur à la moyenne des autres cours FBP francophones et anglophones précédents).

Préparation et impression générale du cours	Les 56 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Juillet 25	Comparaison Cotonou Juillet 25 / 57 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Juillet 25 / 27 cours FBP anglophones précédents
Q1: J'ai été suffisamment informé des objectifs du cours	89%	76%	88%	-1%	12%
Q2. Le programme a répondu à mes attentes	86%	85%	88%	2%	3%
Q3. Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles	89%	89%	88%	-1%	-1%
Ensemble	87,8%	83,4%	88,0%	0,2%	4,6%

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

6.2 Aspects relatifs à la durée de la formation

35% des participants trouvent que la durée de la formation était trop courte, et 59% ont dit que la durée du cours était bonne. Deux participants ont dit que la durée du cours était trop longue.

Duration du cours	Les 57 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Juillet 25	Comparaison Cotonou Juillet 25 / 57 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Juillet 25 / 27 cours FBP anglophones précédents
Trop court	36%	25%	35%	-1%	10%
Bon	57%	64%	59%	2%	-5%
Trop longue	7%	11%	6%	-1%	-5%

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 88% en moyenne ce qui est de dix-sept (17) points supérieurs aux cours francophones précédents (72%) et de dix (10) points supérieurs aux cours anglophones précédents (78%).
2. La *distribution du matériel pédagogique* a été évaluée à 97% ; ce qui est de 14 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 85%. Ce score est de 29 points supérieurs par rapport aux autres cours francophones.
4. Le milieu du centre de conférence de *Bénin Atlantic Beach Hôtel* où s'est déroulé le cours a été évalué à 88%. Ce score est de 29 points supérieurs aux cours précédents francophones et 11 points supérieurs au l'hôtel du cours FBP à Mombasa, Kenya.
5. Les participants ont évalué *l'accueil par les facilitateurs et l'Hôtel* à 100%. Cela était de douze points supérieurs par rapport aux autres cours francophones et 8 points supérieur par rapport aux cours anglophones.
6. La *restauration* a obtenu un score de 82% qui est 20 points supérieurs aux autres cours FBP francophones qui ont eu une moyenne de 62%.
7. La qualité du *transport* a été évaluée à 77% ce qui est de 10 points supérieurs à la moyenne des autres cours francophones de 67%.

Comment évaluez-vous l'organisation de la formation ?	Les 57 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Juillet 2025	Comparaison Cotonou Juillet 25 / 57 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Juillet 25 / 27 cours FBP anglophones précédents
Qualité et distribution matériel éducatif	83%	87%	97%	14%	10%
La salle de formation	71%	71%	85%	14%	14%
Centre d'accueil	59%	77%	88%	29%	11%
Comment avez-vous été reçu et convivialité des facilitateurs	88%	92%	100%	12%	8%
Aliments et boissons, y compris pauses café	62%	64%	82%	20%	18%
Transport	67%	78%	77%	10%	-1%
Moyenne	72%	78%	88%	17%	10%
Sorti de dimanche a aidé dans apprentissage ?			85%		

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 88,2%. Cela est de 5 points supérieurs aux cours francophones précédents.
- La question « *Le contenu des modules FBP m'a aidé à atteindre mes objectifs* » a été évaluée à 97% (14 points supérieurs à la moyenne des autres cours FBP francophones).
- La question « *Est ce que la méthodologie du cours était bonne* » a été évaluée à 74% ce qui est de onze points inférieurs par rapport aux 57 cours francophones précédents.
- La question « *Est-ce que l'équilibre entre les cours et les exercices était bonne* » a été évaluée à 94% (25 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 91% (ce qui est 2 points supérieur 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 85% (ce qui est 2 points inférieur à la moyenne des autres cours FBP francophones).

Méthodologie et contenu du cours	Les 57 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Juillet 2025	Comparaison Cotonou Juillet 25 / 57 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Juillet 25 / 27 cours FBP anglophones précédents
Le contenu des modules PBF m'a aidé à atteindre mes objectifs	83%	91%	97%	14%	6%
La méthodologie du cours	85%	88%	74%	-11%	-14%
L'équilibre entre les cours et les exercices	69%	78%	94%	25%	16%
Interaction et les échanges dans les groupes de travail	89%	91%	91%	2%	0%
Les méthodes de travail adoptées au cours ont stimulé ma participation active	87%	90%	85%	-2%	-5%
Moyenne	82,7%	87,8%	88,2%	5,5%	0%

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, 94% des participants ont donné le score très satisfait pour *l'esprit ouvert des facilitateurs* ; ce qui est 10% supérieur aux scores des autres cours francophones et 19% supérieur aux cours anglophones.
- 85% des participants ont pensé que le temps pour les *travaux des groupes* était suffisant ce qui est de vingt-trois points supérieurs aux autres cours FBP francophones et de 7 points supérieurs aux autres cours FBP anglophones.
- Une proportion de 85% des participants a dit qu'ils étaient très satisfaits du *temps imparti pour les discussions* ; ce qui est de 9 points supérieurs aux autres cours francophones.

Les aspects liés à l'exécution du programme et la facilitation	Les 57 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Juillet 2025	Comparaison Cotonou Juillet 25 / 57 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Juillet 25 / 27 cours FBP anglophones précédents
Les animateurs avaient l'esprit ouvert à des contributions et critiques	84%	75%	94%	10%	19%
Le temps alloué au travail de groupe était adéquat	62%	78%	85%	23%	7%
Le temps des discussions est adéquat	76%	84%	85%	9%	1%
Moyenne	74%	79%	88%	14%	9%

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 89% qui était de 6 points supérieurs par rapport aux cours francophones précédents (82,1%). Aucun module n'a été mal évalué.

Appréciation des Modules	Les 57 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Juillet 2025	Comparaison Cotonou Juillet 25 / 57 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Juillet 25 / 27 cours FBP anglophones précédents
Pourquoi le FBP & Qu'est-ce qu'est le FBP? Mod 1 & 2	93%	93%	91%	-2%	-2%
Les notions de micro-économie et l'économie de la santé	63%	82%	76%	13%	-6%
Théories FBP, meilleures pratiques, bonne gouvernance et décentralisation	86%	93%	91%	5%	-2%
Enquête de recherche de base - évaluation, le processus d'analyse	76%	77%	91%	15%	14%

Les indicateurs des outputs dans une intervention FBP	86%	88%	88%	2%	0%
Agence de Contractualisation & Vérification (ACV), la collecte des données	84%	89%	94%	10%	5%
Régulateur - assurance de la qualité	81%	92%	91%	10%	-1%
Techniques de négociation et de résolution des conflits	87%	91%	88%	1%	-3%
Boîte noire : Plan de Business	85%	89%	88%	3%	-1%
Boîte noire : Outil Indices : recettes - dépenses - les primes de performance	78%	80%	88%	10%	8%
Renforcer la Voix de la Population et le marketing social	80%	88%	91%	11%	3%
Faisabilité program FBP, les hypothèses fatales et le plaidoyer	85%	91%	85%	0%	-6%
Élaboration d'un projet FBP - costing	64%	66%	NA	PA	PA
Moyenne pour 13 modules	82,1%	87,8%	89%	6%	1%

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

- Très bonne méthodologie avec des mises en train formidables (2x)
- Étendre la durée de la formation de 3 semaines afin de permettre aux participants d'acquérir une maîtrise complète du cours avec des jours de repos (2x).
- Adapter l'emploi du temps quotidien pour le rendre moins chargé car en effet, les travaux de groupe en fin de journée ne permettent pas aux participants de faire la révision / lecture du cours la nuit (1x).
- La charge du travail est trop élevée et le temps de repos est insuffisant pour dormir (1x)
- Le temps accordé à l'éducation est trop court (1x)
- Organiser les exercices entre 8h30 et 17h30 (1x)
- Les facilitateurs sont des mentors exemplaires, véritables garants de la qualité de notre apprentissage. (1x)
- Revoir l'heure de la fin à 16h30 pour permettre de bien mener les travaux de groupe
- Lier l'attestation à la participation et non à un examen.

Suggestions pour améliorer le livre

- Veuillez enrichir d'avantage le manuel par des cas spécifiques d'application du FBP dans l'éducation et dans d'autres secteurs. L'essentiel est déjà dans le livre.

Autres suggestions, remarques et commentaires

- Améliorer les variétés des repas pour éviter la monotonie des menus (3x)

- La climatisation est faible après-midi et surtout la nuit. (2x)
- L'hôtel Atlantic Beach a des soucis dans l'organisation des chambres. Ceux qui s'en chargent doivent s'assurer qu'il n'y a pas de manquement (savons, papier hygiénique, etc.)
- Améliorer le confort des chambres de l'Hôtel (1x)
- La cohorte du 96ème cours international a été très bien formée. Nos plans d'action seront bien suivis (1x)
- Les chaises sont trop dures (1x)
- Je suis satisfait de l'organisation (la qualité du service est à la hauteur, le personnel est courtois et dynamique) (1x)
- L'environnement est favorable à la formation et à l'apprentissage (1x)
- Le cadre de formation est agréable (1x)
- Comment pouvons-nous avoir accès à la technologie du Turning point pour bien organiser nos formations ? (1x)

Nous saluons les efforts de l'Hôtel à régler tous les petits problèmes que nous avons rencontrés pendant notre séjour.

7. PLANS D' ACTIONS DES GROUPES

7.1 Guinée-Bissau

Nom complet

Ivandro Ismail Carlos Pedreira,
Waldina Da Silva Barbeiro,
Ivete Gomes Co.
Nalessan Adelino Martinho,
Seidina Umaro Candé,
Assana Djau,
Quiaqué Djata,

Fonction

Directeur général des établissements de santé
Directrice générale de la santé maternelle et infantile
Sage-femme à l'Hôpital National Simão Mendes
Responsable de l'aire de santé de Mansaba
Responsable de l'aire de santé de Gã-Mamudo
Responsable de l'aire de santé de Tchumoele
Point focal du système d'information san de la région de Bafata

7.1.1 Contexte

La Guinée-Bissau est un pays situé sur la côte ouest de l'Afrique, d'une superficie de 36 125 km², bordé au nord par le Sénégal, au sud par la République de Guinée-Conakry et à l'ouest par l'océan Atlantique. Le pays compte 88 îles, dont la plupart se trouvent dans l'archipel des Bijagós, et représente 22 % du territoire national. Il a accédé à l'indépendance le 24 septembre 1974, après avoir été sous domination coloniale portugaise.

Selon les dernières estimations des Nations Unies pour 2022, la population s'élevait à 2 105 566 habitants, avec un taux de croissance annuel de 2,2 %. Sur le plan démographique, la Guinée-Bissau présente une pyramide des âges large : 62 % de ses habitants sont âgés de 0 à 24 ans, la tranche d'âge des 15-49 ans représentant le 49^e centile. Les femmes dominent la population, représentant 51,1 %.

L'espérance de vie du pays était de 59,4 ans en 2019, avec un taux de mortalité estimé à 9,4 pour 1 000 habitants. Il est indéniable que l'indicateur de santé le plus préoccupant du pays est le taux de mortalité maternelle, qui s'élevait à 548 pour 100 000 habitants (annuaire statistique INASA - 2022). L'indice de développement humain s'est amélioré, passant de 0,483 à 0,514, selon le rapport 2025 du PNUD. Le PIB de la Guinée-Bissau est estimé à 2 120 milliards de dollars américains, avec un taux de croissance annuel de 5,3 %, et le PIB par habitant est d'environ 786,21 dollars américains.

Administrativement, la Guinée-Bissau est divisée en 8 régions, mais, compte tenu des diverses complexités géographiques, le territoire national a été segmenté en 11 régions sanitaires supervisées par le niveau central de gouvernance, qui est le Ministère de la Santé Publique (MINSAP).

La région sanitaire d'Oio, située au Centre-Nord de la Guinée-Bissau, est limitrophe au sud avec les régions de Biombo, Quinara et SAB ; à l'est avec la région de Bafatá, à l'ouest avec Cacheu et au nord avec la région sanitaire de Farim, a une population de 261 320 habitants et une superficie de 543 km², habitée par différents groupes ethniques, les Balantas et les Mandingas constituent la majorité parmi les autres groupes ethniques.

La région sanitaire est composée de 805 tabancas, réparties sur 4 secteurs administratifs, respectivement, Bassora, Mansaba, Mansoa et Nhacra.

Il comprend également dix zones de santé et treize structures, dont : Binar, Bissorá, Encheia, Gã-Mamudo, Mansaba, CMI/Mansoa (hôpital régional), Mores, Nhacra (Nhacra Teda, Nhoma), Olossato et Porto-gole. Parmi ces structures, une est un hôpital régional, trois sont de type « B » et les neuf autres sont de type « C ».

La région sanitaire de Bafatá est située à l'est du pays, à la frontière des régions sanitaires de Gabu, Quinara, Tombali, Oio et Farim. Elle compte une population estimée à 343 341 habitants, six secteurs administratifs, 14 aires de santé et 16 structures. Elle est habitée par différents groupes ethniques, les plus prédominants étant les Peuls et les Mandingues.

Ces deux régions sanitaires pilotes pour la mise en œuvre du projet comptent au total 604 661 habitants.

Dans le pays, une prestation de service gratuite a été approuvée en 2013 par l'arrêté ministériel n° 24/GMSP/2013.

7.1.2 Analyse du problème

Les principaux problèmes du système de santé de la Guinée-Bissau sont les suivants :

- Déficit de ressources humaines en quantité et en qualité ;
- Insuffisance et dégradation des infrastructures sanitaires ;
- Outils de diagnostic et autres équipements médicaux insuffisants ;
- L'instabilité politique qui entraîne la non-disponibilité d'au moins 15% du Budget Général de l'État (OGE) pour le système de Santé ;
- Mauvaise gouvernance du système de santé avec de graves lacunes dans des fonctions telles que la supervision, l'inspection et la réglementation ;
- Une faible coordination intersectorielle qui limite la prise en compte de la santé dans toutes les politiques publiques ;
- Faible capacité de gestion à tous les niveaux du système de santé
- Financement insuffisant du secteur de la santé et faiblesse du système de protection sociale ;
- Carte sanitaire obsolète ;
- Manque d'autonomie dans la gestion financière des structures de santé ;
- Faible couverture des services de soins de santé primaires
- Mauvaise qualité des soins offerts aux usagers et manque de standardisation des protocoles de soins cliniques
- Pénuries constantes de médicaments essentiels dues au monopole la centrale d'achat des médicaments (centrale CECOME) ;
- Absence de règlement intérieur, de statuts et de termes de référence au niveau des structures du système de santé
- Forte démotivation des professionnels de santé en raison des mauvaises conditions de travail et des bas salaires.

7.1.3 Le PBF peut-il résoudre les problèmes ?

Oui, les problèmes identifiés peuvent être résolus via FBP.

7.1.4 Score de 23 indicateurs / existence d'hypothèses fatales ?

L'échelle actuelle de pureté du PBF en Guinée-Bissau est de 16 %. Elle présente plusieurs hypothèses fatales, par exemple :

- Faible séparation des fonctions ;
- Budget insuffisant pour couvrir le projet pendant quatre ans de façon efficace ;
- Manque d'autonomie dans la gestion financière des structures de santé ;
- Pénuries constantes de médicaments essentiels dues au monopole des distributeurs (CECOME central) ;

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Poi nts act uels	Analyse des problèmes / de la situation	Recommandations	Points après change ments
1. Le budget du programme PBF n'est pas inférieur à 4,00 USD par habitant et par an, dont au moins 70 % sont utilisés pour les subventions PMA, les PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	0	Les deux régions sanitaires sélectionnées pour le projet pilote comptent 604 661 habitants, et le montant alloué par la Banque mondiale s'élève à 2 700 000 \$, soit 1,1 \$ par personne et par an. Le projet pilote s'étendra sur quatre ans.	Négocier avec la Banque mondiale et d'autres partenaires pour porter le budget du PBF à 4,4 \$ par an et par habitant. Par ailleurs, élargir la zone pilote afin de couvrir au moins 50 % de la population pour une plus grande efficacité.	4
2. Au moins 20% du budget du PBF provient du gouvernement et le programme PBF dispose d'un plan visant à réduire la dépendance vis-à-vis des donateurs.	2	0	Selon la recommandation de l'OMS, les États membres doivent allouer 15 % de leur budget au secteur de la santé. Malheureusement, le pays ne s'est pas encore conformé à cette recommandation. Le budget alloué au secteur de la santé doit se traduire par une réforme avec le PBF	Appel au gouvernement pour injecter de l'argent dans le PBF.	1
3. L'Unité Technique Nationale PBF est intégrée au Ministère de la Santé à un niveau qui lui permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et les Programmes.	2	0	Initialement, le manuel de procédure du PBF ne prévoyait pas la création d'un CTN dans le pays, mais au cours de la formation, il a été compris qu'il est important de créer un CTN pour assurer une bonne stratégie de sortie du projet.	Recommander la création de l'Unité Technique Nationale dans le Manuel PBF, pour assurer la durabilité du programme	2
4. Les Directions centrales et Programmes du MINSAP sont placés sous contrats de performance avec des indicateurs standards de production et de qualité.	2	0	L'absence de contrat avec les régulateurs peut faire échouer la mise en œuvre du PBF	Prévoir dans le manuel du PBF des contrats de performance avec les directions centrales du MINSAP	2

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Poi nts act uels	Analyse des problèmes / de la situation	Recommandations	Points après change ments
5. Le PAM et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs de production, y compris pour la PF moderne, pour lesquels FOSA reçoit des subventions.	2	2			2
6. Le programme PBF contient l'indicateur « deux visites à domicile par an, suivant un protocole d'entretien », qui est utilisé par tous les entrepreneurs principaux de premier niveau.	2	2			2
7. Les autorités de régulation des districts effectuent des évaluations de la qualité à l'aide d'au moins 125 indicateurs composites pour les établissements de santé publics et privés. Chaque année, elles cartographient et divisent également les zones de santé en unités de population comprises entre 6 000 et 14 000 habitants.	2	0	Selon le PNDS, une supervision trimestrielle est réalisée au niveau régional, ce qui a contribué à améliorer les indicateurs, même s'ils ne cartographient pas et ne divisent pas les structures de santé annuellement.	Réaliser la cartographie et le découpage des structures de santé selon les recommandations pour se conformer aux pratiques PBF	2
8. Le programme PBF dispose d'un comité de validation de district qui réunit le régulateur de district, l'ACV et un ou plusieurs représentants de la FOSA	2	2			2
9. Le programme comprend une base de référence de qualité et une enquête auprès des ménages, qui aident à définir les priorités et à mesurer les progrès.	2	0	Chaque fois que vous envisagez de lancer un programme, vous devez réaliser une étude de recherche basée sur la population pour prouver l'hypothèse en question.	Plaider en faveur d'une étude de référence pour le PBF	2
10. Les recettes de collecte des FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA disposent d'un compte bancaire dont les gestionnaires quotidiens des FOSA sont signataires.	2	0	Les centres de santé sont depuis longtemps sans comptes bancaires, le problème est que 100% des revenus sont partagés entre les établissements et les niveaux régional et central.	Plaider auprès des décideurs pour obtenir une dérogation à l'autonomie de gestion des centres de santé	2
11. Les gestionnaires d'installations (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès de distributeurs opérant en concurrence et accrédités par le régulateur.	4	0	Il est impératif que les établissements achètent leurs médicaments exclusivement auprès du CECOME. À moins que ce dernier ne dispose pas d'un médicament, ils peuvent se tourner vers d'autres fournisseurs agréés. Le projet de loi qui transformera le CECOME, qui sera placé sous la tutelle directe du Premier	Plaidoyer auprès des décideurs pour l'abrogation de la loi sur le monopole des centrales d'achats pharmaceutiques au CECOME Central	4

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Poi nts act uels	Analyse des problèmes / de la situation	Recommandations	Points après change ments
			ministre, est actuellement en discussion.		
12. FOSA utilise l'outil de gestion « business plan » qui inclut la demande BAQ	2	0	Depuis longtemps, les structures établissent un plan budgétaire trimestriel.	Il est recommandé de rendre le BMQ disponible dès le début du projet pilote.	2
13. FOSA utilise l'outil de gestion de structure « Indices Tool », qui analyse et dépense toutes les recettes, pas seulement les subventions PBF.	2	0		C'est prévu dans le Manuel PBF	2
14. L'ACV signe des contrats directement avec les responsables des structures au quotidien et non avec des propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	0		C'est prévu dans le Manuel PBF	2
15. Les structures sont autorisées à déterminer leurs taux de recouvrement des coûts.	2	0		Demander une dérogation pour les centres de santé, fixant librement les prix	2
16. Les dirigeants de structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à disposition du service public) leurs salariés.	2	0		Demander une dérogation pour que les centres de santé puissent gérer librement le personnel de santé	0
17. Il existe un ACV, indépendant des autorités sanitaires locales, doté d'un personnel suffisant pour effectuer des tâches de vérification médicale et communautaire.	2	0		Il est recommander d'avoir une ACV autonome	2
18. Il existe une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et de vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	0		C'est prévu dans le Manuel PBF	2
19. Les ACV s'engagent à promouvoir des PMA et des PCA complets définis par le gouvernement (ce qui, en Afrique, suscite souvent des discussions sur la PF moderne).	2	0		C'est prévu dans le Manuel PBF	1
20. Les ACV disposent d'unités d'investissement pour améliorer l'infrastructure et l'équipement des structures.	2	0		C'est prévu dans le Manuel PBF	2
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont les mêmes chances d'obtenir un contrat.	2	2		C'est prévu dans le Manuel PBF	2

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Poi nts act uels	Analyse des problèmes / de la situation	Recommandations	Points après change ments
22. Il existe des bonus qui tiennent compte des vulnérabilités régionales et du niveau des structures.	2	0	Actuellement, il n'existe pas de bonus de vulnérabilité régionale dans le pays, mais il y a des bonus d'équité dans le manuel	Il est recommandé d'appliquer un bonus qui prend en compte la vulnérabilité régionale pour augmenter la couverture universelle des soins.	2
23. Le programme fournit des fonds d'investissement aux personnes vulnérables.	2	0		Le projet de capital humain de la Banque mondiale comprend l'identification des personnes vulnérables par le biais de la protection sociale ; il est prévu de recommander que l'identification de ces personnes soit effectuée au niveau communautaire et que la vérification	2
TOTAL:	50 = 100%	8 = 16%			46= 92%

7.1.5 Recommandations

1. Plaider auprès de la Banque mondiale et d'autres partenaires pour une augmentation du budget du PBF à 4,40 USD par habitant et par an et pour étendre la zone pilote afin de couvrir au moins 1 million de personnes afin d'améliorer l'efficacité et les économies d'échelle.
2. Plaidoyer auprès du gouvernement pour le cofinancement du PBF. Un appel au Gouvernement à injecter des ressources supplémentaires dans le PBF, assurant ainsi le cofinancement et la durabilité financière du programme à moyen et long terme.
3. Inclure dans le Manuel du PBF la création d'une Unité Technique Nationale chargée de coordonner, de suivre et de mettre à jour en permanence le programme, afin de garantir sa durabilité institutionnelle.
4. Assurer l'autonomie de l'ACV. Revoir l'ancrage institutionnel de l'ACV pour lui assurer une bonne autonomie et assurer la bonne mise en œuvre du PBF.
5. Prévoir dans le Manuel des contrats avec les directions centrales pour améliorer les performances du MINSAP.
6. Réaliser une cartographie des structures de santé pour optimiser le PBF,
7. Réaliser une étude de base avant le début du projet pilote afin de mesurer les niveaux des indicateurs clés et de disposer de références comparatives pour évaluer l'impact au fil du temps.
8. Plaider pour une gestion et un approvisionnement autonome des centres de santé => Plaidoyer auprès des décideurs pour :

- a. Accorder une autonomie aux centres de santé dans la gestion du personnel et la fixation libre des tarifs (par le biais d'une dérogation spécifique).
 - b. Éviter le monopole des achats centraux afin de permettre des approvisionnements plus réactifs et adaptés aux besoins locaux.
9. Octroyer les bonus d'amélioration de la qualité (BAQ) dès le début du PBF.
10. Identifier les populations vulnérables au niveau communautaire.

7.1.6 Plan d'action détaillé

Activités	Responsable	Maturité
1. Plaidoyer pour un financement supplémentaire et l'extension de la zone pilote du PBF	- MINSAP	Déc. 2025
2. Plaidoyer auprès du gouvernement pour le cofinancement du PBF	- MINSAP	Déc. 2025
3. Création d'une Unité Technique Nationale dans le Manuel PBF	- Techniciens formés au 96e cours FBP - MINSAP	Juillet 2025
4. Assurer l'autonomie de l'ACV	- Techniciens formés au 96e cours FBP - MINSAP	Juillet 2025
5. Contrat avec les directions centrales du MINSAP	- Techniciens formés au 96e cours FBP - MINSAP	Juillet 2025
6. Cartographie des unités de santé	- UTN-PBF/UCP	Déc. 2025
7. Étude de référence/ base	- UTN-PBF/UCP	Octobre 2025
8. Défendre l'autonomie de gestion et d'acquisition des centres de santé. Plaider auprès des décideurs pour : - Accorder une autonomie aux centres de santé dans la gestion du personnel et la fixation des tarifs (par le biais d'une dérogation spécifique). - Éviter le monopole des centrales d'achat de médicaments afin de permettre des approvisionnements plus réactifs et adaptés aux besoins locaux	- MINSAP	Déc. 2025
9. Disponibilité rapide de BAQ	- UTN-PBF/UCP	Déc. 2025
10. Identification communautaire des populations vulnérables	- UTN-PBF/UCP	Sept 2025

7.2 Madagascar

- Monsieur RAZAFIMANDRATO Zafindralambon'i Ndriana, Directeur de la CA-CSU au sein du Ministère de la Santé Publique
- Monsieur RAKOTONDRAVELO Nirina Holinarisanta, Chef du Service de Protection Sociale en Santé, de Promotion et de Développement de la CSU
- Madame RAKOTOVAO Verohasina Léonie, Administrateur Civil, Responsable d'achat de la performance et Capitalisation de l'approche FBP auprès de la Cellule de Coordination Technique Nationale du FBP
- Docteur RANDRIANTSARAFARA Fenitra Mireille, Chef du Service Médico-Sanitaire de la Direction Régionale de la Santé Publique d'Ihorombe
- Docteur ANDRIANOTRONONIFOKO Nivoson Zo Lalaina, Médecin Inspecteur du Service de District de la Santé Publique d'Ihosy

7.2.1 Liste des abréviations

CACSU	Cellule d'Appui à la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle
CNS	Comptes Nationaux de Santé
CSB	Centres de Santé de Base
CNS	Comptes Nationaux de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FBP	Financement Basé sur la Performance
IDH	Indice de Développement Humain
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MEV	Maladies Evitables par la Vaccination
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MSANP	Ministère de la Santé Publique
ODD	Objectifs de Développement Durable
PARN	Projet d'Amélioration des Résultats Nutritionnels
PASSOBA	Programme d'Appui aux Services Sociaux de Base
PEV	Programme Elargi de Vaccination
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat

7.2.2 Introduction et contexte général de Madagascar

Avec sa superficie de 587 041 km², Madagascar est la plus grande île de l'océan Indien. Suivant la projection démographique des résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) en 2018, sa population est estimée à 31 369 335 en 2025, avec un taux d'accroissement annuel à 3,1%.

La majorité de cette population (80,5%) vit en milieu rural, contre 19,5% en milieu urbain. La densité moyenne de la population est de 43,7 habitants au km² à Madagascar en 2018. L'indice synthétique de fécondité (ISF) au niveau national demeure élevé avec 5,0 enfants en moyenne par femme et la fécondité est précoce avec 36,9% des adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà commencé leur vie féconde.

Madagascar est classé dans la catégorie des pays pauvre à « développement humain faible » avec un indice de développement humain de 0,486 en 2022. Il a été relevé que 75,2 % de la population vit avec moins de 0,89 dollars par jour (IDH, PNUD 2023-2024).

7.2.3 Contexte du FBP à Madagascar

Madagascar a connu sa première expérience de FBP de 2013 à 2017 : (i) au niveau de la Région Atsimo Andrefana avec une population de 506.346, dans le cadre du Programme d'Appui aux Services Sociaux de Base PASSOBA/UNICEF, (ii) dans la Région Bongolava avec l'appui de la Banque Mondiale et, (iii) dans la Région Vakinankaratra avec l'appui de l'AFD.

Cette expérience pilote, clôturée par le « *Rapport de l'Evaluation finale du Projet pilote sur le FBP dans le District de Tsiroanomandidy* » (décembre 2016), et le « *Rapport Final de la Revue de l'approche de Financement Basé sur la Performance (FBP) du Programme PASSOBA dans la Région d'Atsimo-Andrefana* » (Juin 2017), aux termes desquels le déploiement de l'Approche FBP, a retenu six axes stratégiques du Plan National de Développement et a également contribué à l'avancée vers la Couverture Santé Universelle.

Il a été fait mention que : « *les activités des Centres de Santé de Base (CSB) sous FBP ont considérablement augmenté (...) Le projet pilote FBP a eu un effet/impact sur la fréquentation des CSB. Dans l'ensemble des CSB des districts sous FBP, l'on a observé les tendances plus ou moins soutenues dans l'augmentation du volume d'utilisation des services par la population.* »

A l'issue de ces évaluations, la première Phase FBP a été lancée dans le Projet d'Amélioration des Résultats Nutritionnels (PARN) **phase 1** (D2570-MG et TFA6102), financé par la Banque Mondiale. Le FBP a été mis en œuvre de 2019 à 2023 au niveau de trois régions notamment : Vatovavy Fitovinany (Districts d'Ikongo et de Vohipeno), Bongolava (Districts de Tsiroamandidy et de Fenoarivobe) et Vakinankaratra (Districts d'Ambatolampy et de Betafo), qui couvre une population totale de 1.735.276 habitants.

Le « *rapport d'évaluation de la Première Phase de l'Approche FBP dans 3 Régions* » (Juillet 2023) a fait mention de son efficacité en précisant que : « *L'amélioration de la qualité de service est mentionnée à l'unanimité par toutes les structures du FBP : mise aux normes des prestations, changement de comportement (motivation) du personnel, amélioration des méthodes et organisation de travail. Le fonds destiné à l'investissement a amélioré significativement les infrastructures ainsi que la disponibilité des matériels et des équipements nécessaires.* »

Par la suite, le Ministère de la Santé Publique (MSANP) s'est engagé à poursuivre sur la base d'un modèle institutionnel harmonisé, la mise en œuvre de l'approche FBP dans le cadre du projet **PARN phase 2** (P175110), avec une population de 2 737 758 habitants. Le FBP y est mis en œuvre au niveau de 4 régions : Vakinankaratra (Districts d'Antanifotsy et de Betafo), Itasy (District de Soavinandriana), Amoron'i Mania (Districts de Fandriana et de Manandriana) et Haute Matsiatra (Districts d'Ambohimahasoa et de Vohibato). La période de mise en œuvre est de 2024 à 2026.

Par ailleurs, faisant suite à la revue à mi-parcours du projet de Préparation aux pandémies et soutien aux services de santé de base-PPSB (P174903), il a été convenu de tester un modèle que le gouvernement a nommé « *Financement Basé sur la Performance (FBP)* »

couplé à la gratuité ciblée des soins ». Contrairement au modèle classique de FBP, il s'agit d'une gratuité généralisée pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Il sera mis en œuvre pour une année dans la région d'Ihorombe, couvrant une population de 553.757 habitants, à partir du mois de juillet 2025.

7.2.4 Analyse des problèmes de santé

A Madagascar, en 2022, l'espérance de vie à la naissance est de 65,23 ans. La majorité des communes disposent d'au moins un centre de santé de base (CSB), mais il a été constaté que 54,8% de la population se trouvent à plus de 5 km des CSB, rendant difficile l'accès aux soins surtout pour les plus éloignés.

Selon l'enquête MICS (Multiple Indicator Cluster Survey) 2018, le ratio de mortalité maternelle est de 426 pour 100 000 Naissances Vivantes. Il reste encore très élevé par rapport à celui préconisé par les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui est fixé à 70 pour 100 000 naissances vivantes en 2030. Le taux de mortalité néonatale reste aussi alarmant 26 décès pour 1000 naissances vivantes d'après la 5^{ème} Enquête Démographique et de Santé (EDS V, 2021).

Une faible utilisation des services est également constatée, selon l'EDS V en 2021 : (i) Taux de couverture en CPN4 et plus : 59,9%, (ii) Taux d'accouchement dans un établissement de santé : 39 %, (iii) 34 % des enfants âgés de 12 à 23 mois n'ont reçu aucune dose de vaccin.

Par ailleurs système de santé malgache est confronté à des défis majeurs qui limitent sa coût-efficacité, malgré les efforts et les ambitions affichées dans ses plans stratégiques, dont notamment :

- Un financement du système de santé trop faible : Dépenses Totales de Santé estimées à 20,47 USD/personne/an en 2021 (Comptes Nationaux de Santé ou CNS, 2021) au regard des besoins (86 USD par an et par personne) préconisées pour atteindre une couverture sanitaire universelle ;
- Un faible financement étatique : stagne autour de 8% du budget général de l'État (Politique Nationale de Santé ou PNS, 2025)
- Une dépendance accrue aux Partenaires Techniques et Financiers : 30,4% des Dépenses courantes de santé en 2022 (CNS, 2022) ;
- Une lourde participation par les ménages : 38,3% des Dépenses courantes de santé en 2022 (CNS, 2022) ;
- Une centralisation budgétaire : depuis l'année 2019, le budget alloué aux niveaux déconcentrés est de moins de 30% et 17,3% seulement parviennent aux centres de santé de base ;
- Une faible exécution budgétaire : taux d'engagement de 63%, le plus bas de toutes les fonctions étatiques en raison du faible taux de régularisation au niveau des financements externes où les taux d'engagements sont de 22% pour les emprunts et 36,9% pour les subventions.

7.2.5 Analyse des problèmes dans la Région Ihorombe

- Insuffisance de financement du système de santé communautaire : le système de santé communautaire, fonctionne avec le bénévolat, ce qui ne motive pas ses acteurs. Pourtant ils sont en charge de la sensibilisation au niveau communautaire, de la recherche de pertes de vue dans tous les programmes (PEV, planning familial, maladies à surveillance MEV, de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans...) malgré la mise en place d'un dispositif de financement par les PTF.
- Forte prévalence du paludisme dans la Région : l'incidence du Paludisme dans la région est estimée à 253 pour 1000 habitants en 2024. Cette situation est due au manque de sensibilisation à l'utilisation des mesures de prévention, vu que les agents communautaires ne sont pas suffisamment formés/motivés. Par ailleurs les infrastructures d'accueil et de prise en charge ne répondent pas aux normes.
- Faible taux d'accouchement au centre de santé : 28% en 2024 comparé à l'objectif national de 60%. Cette situation est due à la vétusté des matériels et à l'inexistence d'un système de motivation pérenne des agents communautaires, qui se trouvent de ce fait démotivés.

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

Oui, le FBP se présente comme une solution pertinente pour Madagascar, en vue d'une meilleure transparence, une amélioration de la qualité de service, et une incitation à l'efficacité.

7.2.7 Projet PARN intégrant la composante FBP – Phase II

Critères de pureté d'un programme FBP	Points dispo	Points obten	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	Budget du projet 3ans : 4 500 000 USD Budget du programme FBP = 1,2 \$US par habitant 70% utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO
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	Aucune participation financière de l'État Financement Banque Mondiale à 100%
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	Cellule Technique Nationale FBP mise en place et opérationnelle, rattachement à une Direction Générale.
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	2	0	Aucune direction centrale sous contrat
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	0	16 indicateurs quantité pour le PMA et le PCA CSB
6. Le programme FBP contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par	2	0	

tous les contractants principaux du niveau primaire.			
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	Des grilles d'appréciation de la qualité sont utilisées par les régulateurs de district. Les grilles d'évaluation de la qualité des CSB, et les grilles de performance de structures d'encadrement font l'objet d'une éventuelle révision annuelle sur base de priorités ministérielles (les critères et les poids par domaine) Une cartographie des aires de santé est réalisée annuellement.
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	Oui. A la suite des vérifications et évaluations, un Comité de validation des factures composé du Chef de District, des Vérificateurs et des représentants des formations sanitaires est mis en place. Procès-verbaux de validation de l'OCV et signé par le président de l'OCV ou son représentant avec la fiche de présence des participants signée par le président de l'OCV ou son représentant.
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	0	Étude de base officielle non disponible
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
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	Approvisionnement exclusif auprès du Distributeur officiel préconisé par l'État
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	0	Plan d'affaires trimestriel – BAQ non prévu dans l'approche PARN.
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	Outils d'indices disponible dans le Manuel
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	2	Oui
15. Les structures sont autorisées à déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0	Tarifs prédéterminés par l'État
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	Non. Les Ressources humaines sont recrutées et affectées par les Ministères (Ministère de la Santé Publique-Ministère de la Fonction Publique-Ministère de l'Économie et des Finances).

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	Le Chef du District joue le rôle d'Agence de Contractualisation et de Validation
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	Oui
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	0	Non
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	2	Oui. Obligation de contractualisation de toutes les formations sanitaires publiques et privées.
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	2	Le bonus inter formations sanitaires, tient compte des critères suivants : - La distance du CSB par rapport au chef-lieu du District ou Bureau du SDSP ; - la distance totale séparant la formation sanitaire de l'ensemble des fokontany couverts (distance aller simple) ; - le coefficient d'accessibilité (enclavement / éloignement) de la formation sanitaire.
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	0	
TOTAL :	50	20	(40%)

7.2.8 Projet Pilote de Gratuité de soins ciblée couplée avec le FBP

Le projet est prévu débiter au mois de juillet 2025 au niveau de 03 Districts de la Région Ihorombe

Critères de pureté d'un programme FBP	Points dispo	Points obtenus	Commentaires	Points après amélioration
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	Population totale 2025 de la région (source DHIS2 : 553.760) Budget du projet 1an : 2 109 390 USD Budget du programme FBP = 3,8\$US par habitant et par an 95% utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO La BM a donné son avis de ne pas être d'accord pour les BAQ, mais ce dispositif est retenu dans le manuel de procédure, en attente d'ANO.	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	Participation financière de l'État limitée aux salaires des fonctionnaires	0
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 fonction de la CCTN pour ce nouveau modèle a été dévolue à la CACSU, rattachée au Secrétariat Général	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	Aucune direction centrale sous contrat	2
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	0	18 indicateurs quantité pour le PMA CSB/CHRD1, 22 indicateurs quantité pour le PCA CHRD2/CHRR	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 inclus dans le manuel	2
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	0	Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec 132 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. La cartographie et le découpage des aires de santé ne sont pas prévus dans le manuel	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	0	Il y a un comité de validation mais l'ACV n'est pas prévu dans le programme FBP	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	0	L'étude de base des ménages et de la qualité n'est pas prévue dans le manuel de procédure du programme	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		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	Les gestionnaires des structures ne peuvent s'approvisionner qu'auprès de la Pharmacie de Gros de District/centrale d'achat SALAMA En cas de non-disponibilité d'intrants auprès de la Pharmacie de Gros de	4

			District/centrale d'achat SALAMA, possibilité d'achat auprès de grossiste pharmaceutique et sans autorisation préalable de la direction centrale en charge de la DPLMT	
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	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	Utiliser le même modèle « Outil indices » prévu pour le DRSP et BSD	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	Le programme n'a pas prévu d'ACV. Cette fonction a été confiée au régulateur de district pour le CSB, le CHRD1 et le CHRD2 et au régulateur de la région pour le CHRR	0
15. Les structures sont autorisées à déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0	Les tarifs sont fixés par l'Etat	2
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	Prévue par les dispositions du manuel de procédure	2
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	Le programme n'a pas prévu d'ACV.	2
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	0	Le programme n'a pas prévu d'ACV. La fonction de contractualisation et vérification a été confiée au régulateur de district pour le CSB, le CHRD1 et le CHRD2 et au régulateur de la région pour le CHRR. Le paiement est assuré par l'UCP	2
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	Le programme n'a pas prévu d'ACV. Promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement est prévu dans le manuel	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	Prévu dans le manuel de procédure Reste à convaincre la banque mondiale pour l'application	2
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	0	Les structures religieuses et privées ne sont pas encore prévues dans le manuel de procédures	2

22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	2	Bonus d'équité	2
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2	Les indigents sont inclus dans la gratuité ciblée	2
TOTAL :	50	18 (36%)		46 (92%)

7.2.9 Hypothèses fatales

- Dépendance aux systèmes centraux de distribution des intrants
- Absence de séparation de fonction de vérification et de régulation
- Budget du programme FBP PARN est inférieur à 4USD/habitant par an.

7.2.10 Recommandations model Gratuité ciblée de soins couplée avec le FBP

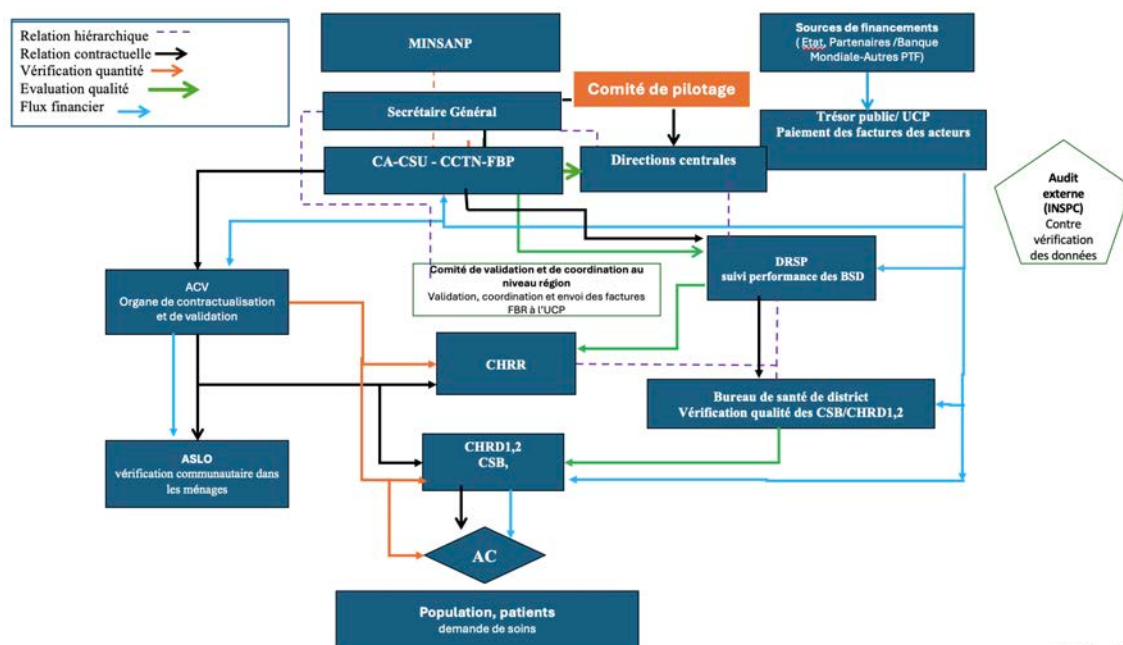
- Procéder à l'évaluation du Manuel en cours en incluant les nouvelles dispositions relatives à l'amélioration des critères de pureté du FBP, dont notamment :
 - La contractualisation des directions centrales concernées par le Programme
 - L'ajout de nouveaux indicateurs output à inclure dans le Programme
 - La cartographie et le découpage des aires de santé
 - La réalisation de l'étude de base des ménages et de la qualité
 - La modification des dispositions relatives à la libéralisation du circuit d'approvisionnement en intrants de santé pour les zones sous FBP.
 - La prise en compte des structures religieuses et privées dans le programme
 - L'inclusion des vulnérables dans le programme, en utilisant la méthode d'identification communautaire
- Plaidoyer pour la Participation financière de l'État à travers la modification des crédits délégués /dotation CSB en dotation en espèce directement aux CSB
- Réaliser des réunions d'informations auprès des prestataires de soins concernant l'existence et les modalités de mise en œuvre les dérogations
- Réalisation des visites d'échanges dans d'autres pays ayant intégré avec efficience l'approche FBP dans leur système, en incluant la participation du Secrétaire Général et le Cabinet du Ministre.

7.2.11 Recommandations à l'endroit de la CCTN-FBP

- Changement de rattachement de la CCTN au Secrétariat Général en vue d'une mise conformité aux critères de pureté préconisés par le FBP
- Plaidoyer en vue d'une révision à la hausse du plafond de trésorerie accordé à l'UCP par le Ministère en charge des finances
- Plaidoyer en vue de la mise en place d'une « unité spécialisée FBP » au sein de l'UCP, en vue d'une fluidification du circuit de paiement FBP,
- Réalisation des réunions d'informations auprès des prestataires de soins concernant l'éventualité/ la nécessité de la mise en place de mesures dérogatoires dans le Manuel

actuel, en vue de garantir la libéralisation du secteur d'approvisionnement en intrants de santé

- Réalisation des visites d'échanges dans d'autres pays ayant intégré avec efficience l'approche FBP dans leur système, en incluant la participation du Secrétaire Général et le Cabinet du Ministre.



7.2.12 Plan d'action détaillé

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	Qui	Quand
1. Faible score de pureté du Manuel Gratuité de soins ciblée couplée avec le FBP	- Mettre à jour le manuel de procédure modèle de Gratuité ciblée de soins couplée avec le FBP ; - La participation des structures religieuses et privées dans le programme ; - La contractualisation des directions centrales concernées ; - L'ajout d'autres indicateurs input à inclure dans le programme ; - L'inclusion des vulnérables dans le programme et en utilisant la méthode d'identification communautaire ; - La cartographie et le découpage des aires de santé et, corolairement en prévoyant l'indicateur y afférent dans le contrat de performance des BSD ; - L'étude de base des ménages et de la qualité - Réaliser l'étude de base des ménages et de la qualité - La libéralisation du marché pour l'achat des intrants - Mener des plaidoyers sur ces rajouts.	Cellule d'Appui à la Mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle (CACSU) Organisations Spécialisées	Juillet 2025 Juillet 2025
2. Participation financière de l'État limitée	- Élaborer des documents de plaidoyer - Réaliser des réunions de plaidoyer en vue du changement des dotations input des CSB en dotation en espèce	SG, CACSU	Août 2025

3. Absence de concurrence	- Réaliser des réunions de plaidoyer en vue de la libéralisation du marché pour l'achat d'intrants	SG, CACSU, CCTN	Août 2025
4. Rattachement de la CCTN non suffisamment élevé	- Réaliser des réunions de plaidoyer en vue du changement de rattachement de la CCTN au Secrétariat Général afin de lui permettre de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes	Cellule de Coordination Technique Nationale du FBP (CCTN/FBP)	Aout 2025
5. Retard des paiements relatifs au FBP	- Réaliser des réunions de plaidoyer en vue de la révision à la hausse du plafond de trésorerie accordé à l'UCP par le Ministère en charge des finances - Mettre à jour le manuel de procédure en mettant en place un organe payeur spécifique pour le FBP	CCTN/FBP, CACSU, SG	Aout 2025
6. Appréhension des acteurs périphériques sur la mise en œuvre des mesures dérogatoires	- Réalisation des réunions d'informations auprès des prestataires de soins concernant les dérogations prévues dans le Manuel de procédure	CACSU	Aout 2025
7. Appropriation de l'approche FBP par les décideurs	- Réalisation des visites d'échanges dans d'autres pays en incluant la participation du Secrétaire Général et le Cabinet du Ministre en vue de capitalisation des acquis	CACSU, CCTN, Cabinet du Ministre, Secrétaire Général	Octobre 2025
8. Coexistence de 2 manuels FBP	- Élaborer un manuel FBP unique	CACSU, CCTN	Décembre 2025
9. Absence de séparation de fonction	- Mettre en place une ACV sous la couverture juridique d'une structure nationale (administrative, caisse de prévoyance social, autre)	CACSU, CCTN	Après l'adoption d'un manuel unique de FBP

7.3 Mali – Institut National de Prévoyance Social

Dr Mamadou DIALLO, chef de service santé, sécurité au travail

Dr Moussa DIAKITE, médecin du travail au CDTZ

7.3.1 Contexte général

« Dans les pays en développement, les gens tombent malades parce qu'ils sont pauvres, ils s'appauvrissent davantage parce qu'ils sont malades et voient leur état de santé empirer du fait de la misère accrue » dicit Sir Ewing, Médecin et économiste.

C'est fort de cette assertion que, le Mali, à l'instar de plusieurs autres pays d'Afrique, a toujours adopté des politiques en matière de santé. En effet, des indépendances à nos jours, les politiques de santé et leurs stratégies ont connu une évolution compte tenu de l'accroissement de la population et des besoins en matière de santé dans un contexte de rareté des ressources. De la gratuité des soins, aux Soins de Santé Primaire (Alma Ata, 1978) en passant par l'Initiative de Bamako (1987), aujourd'hui le Mali est orienté vers la Couverture Maladie Universelle à travers le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) institué par la Loi N° 18-074 du 31 décembre 2018 avec l'accompagnement de l'approche financement basé sur la performance (FBP). Actuellement, le FBP couvre 40% de la population malienne avec la perspective d'aller à l'échelle nationale dans les prochaines années. Telle est l'ambition du ministère de la Santé et du développement social en partenariat avec la Banque mondiale.

Malheureusement, l'opérationnalisation du RAMU reste poussive à cause des difficultés de son financement, surtout en ce qui concerne le financement de la prise en charge des personnes démunies et des gratuités ciblées.

Nonobstant des résultats significatifs enregistrés, plusieurs évaluations et revues conjointes ont montré que le Mali présente l'un des profils sanitaires parmi les plus défavorables dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest. Cela est illustré essentiellement par les indicateurs liés à la santé maternelle et infantile.

En effet, selon l'EDSM VI :

- La mortalité infantile est de 101 décès pour 1000 naissances vivantes dont 35% concerne la mortalité néonatale ;
- Le taux d'accouchement assisté est de 67% ;
- La mortalité maternelle est de 325 décès pour 100 000 naissances vivantes ;
- Le taux de prévalence contraceptive est de 16% ;
- La prévalence nationale pour le VIH/Sida est de 1,1% ;
- Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est estimé à 2,26% et la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est de 2,9%.

Au regard de tout ce qui précède et dans le souci d'améliorer la qualité des soins dans nos différentes formations sanitaires, nous devons trouver d'autres stratégies de financement de la santé afin de renforcer l'existant qui a montré ses limites surtout pour la population qui travaille dans l'économie informelle et les plus pauvres. Parmi ces stratégies, le financement basé sur la performance (FBP) être un meilleur choix plus efficient selon les expériences des dernières années au Mali.

7.3.2 Contexte de l'organisation (INPS)

L'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) du Mali, créé par la loi N°61-59/AN-RM du 15 mai 1961, modifiée par la loi N°96-004 du 26 janvier 1996, est un Établissement Public à caractère Administratif (EPA) doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière avec un Conseil d'administration. Sous la tutelle du ministère de la Santé et du développement social, il assure la protection sociale des travailleurs salariés, des travailleurs indépendants ainsi que les membres non-salariés des professions libérales, artisanales commerciales et industrielles contre certains risques. L'INPS est chargé de gérer quatre (04) régimes de prévoyance sociale, à savoir :

- Les prestations familiales ;
- Les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- L'assurance vieillesse, invalidité, décès
- La protection contre la maladie.
- Une action sanitaire et sociale complète les quatre régimes précités.

Ces régimes de prévoyance sociale et l'action sanitaire et sociale servent, aux travailleurs et à leurs familles, diverses prestations dont le financement est assuré par les cotisations assises sur les rémunérations des salariés relevant du secteur privé ou sur les revenus des travailleurs non-salariés.

En outre, l'INPS gère, par délégation, les activités techniques de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour le compte de la CANAM au profit de ses assurés, à savoir : l'enrôlement biométrique des assurés AMO ; le recouvrement des cotisations AMO auprès des employeurs et le paiement des factures des prestataires de soins.

Dans le cadre de sa politique de l'action sanitaire et sociale, l'INPS a créé et gère des centres médicaux interentreprises (CMIE), des centres de protection maternelle et infantile (PMI) et un centre dentaire infantile (CDI). Il dispose de 16 formations sanitaires sur toute l'étendue du territoire national réparties comme suit : 12 CMIE dont 03 à Bamako et 09 dans les régions ; 02 PMI à Bamako et 01 PMI en région et 01 CDI à Bamako. Ces structures réalisent pratiquement toutes les activités du PMA excepté l'accouchement. Aussi, les CMIE disposent d'un laboratoire biomédical et d'une unité d'imagerie médicale composée de radiographie standard, d'échographie, de scanner (Bamako et Kayes), d'IRM (Bamako et Ségou). Elles sont toutes dotées en personnel qualifié (médecins généralistes et spécialistes, assistants médicaux, pharmaciens, techniciens supérieurs, sages-femmes, laborantins...).

7.3.3 Problème de gouvernance des formations sanitaires de l'INPS

Toutes les formations sanitaires de l'INPS sont gérées de façon centralisée par la Direction générale. Les médecins chefs ne font qu'administrer leurs centres respectifs. Tous les inputs (médicaments, matériels, équipements, consommables...) sont fournis par la Direction Générale.

Aucune formation sanitaire ne dispose de compte bancaire propre. Aucun médecin chef n'est ordonnateur de dépenses. Les dotations ne tiennent pas compte généralement des besoins des formations sanitaires. Les FOSA connaissent entre 100 et 180 jours de ruptures en intrants (réactifs, films de radio ou de scanner et autres consommables). Leur

approvisionnement en intrants est soumis à la commande publique avec tout son corollaire de lourdeur administrative. Tout cela a comme conséquence l'absence de transparence dans la gestion des ressources financières des FOSA.

7.3.4 Score de faisabilité des 23 indicateurs du FBP

L'examen des 23 critères du FBP selon le contexte de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) a permis d'attribuer un score de faisabilité du FBP de 16%. Ce score se justifie par le fait qu'aucune FOSA de l'INPS n'est gérée de façon autonome et ne dispose de compte bancaire. Un faible score de faisabilité FBP signifie que les FOSA auront de grandes difficultés de fonctionnement en termes de mauvaise qualité des services de santé et un manque d'efficacité dans l'utilisation des ressources humaines et financières.

7.3.5 Problèmes sanitaires des formations sanitaires de l'INPS

Malgré un bon niveau de plateau technique, les formations sanitaires de l'INPS demeurent moins performantes comme en témoignent des données statistiques de l'année 2024 :

- Taux de réalisation des visites médicales préventives : 26% ;
- Taux de réalisation des consultations médicales curatives : 93% ;
- Taux de réalisation des CPN : 71% ;
- Taux de réalisation de la vaccination des enfants : 28%.

7.3.6 Problème de recouvrement de coût

En 2024, les recettes des FOSA de l'INPS étaient de 272 949 902 FCFA sur une prévision de 350 000 000 FCFA, soit un taux de réalisation 78%.

- La part du laboratoire dans les recettes globales était de 11% ;
- La part de l'imagerie dans les recettes globales était de 5% ;
- La part des consultations médicales curatives dans les recettes globales était de 43%.

7.3.7 Recommandation : Introduction de l'approche FBP dans l'INPS

Ces chiffres montrent que les FOSA de l'INPS sont moins performantes. Ce qui s'explique en grande partie par l'absence d'autonomie de gestion. En effet, aucune de ces formations sanitaires ne dispose d'un compte bancaire, ne peut acheter directement ses inputs.

Au regard de la situation des FOSA de l'INPS, nous estimons qu'il serait utile et nécessaire, pour améliorer leur performance, d'introduire la stratégie de financement basé sur la performance (FBP).

C'est pourquoi, l'équipe de l'INPS à cette session de formation des 14 jours à Cotonou envisage, à son retour, d'entreprendre un plaidoyer auprès de la Direction générale de l'INPS à l'effet d'accepter l'introduction de certains éléments du FBP à l'INPS. Pour ce faire, il serait pertinent de commencer par deux centres pilotes avant de l'étendre à d'autres FOSA. Notre choix porte sur le Centre de Diagnostic et de Traitement de la zone industrielle (CDTZ) de Bamako et le Centre Médical Inter-entreprises (CMIE) de Ségou.

7.3.8 Justification d'introduire certains éléments du FBP

Au regard de la situation particulière de l'INPS, il sera difficile de respecter tous les 23 critères de faisabilité du FBP dans ses formations sanitaires. C'est pourquoi, pour améliorer la qualité des prestations et la performance financière de ses formations sanitaires, il serait nécessaire d'y introduire certains éléments du FBP. Pour ce faire, deux formations sanitaires de l'INPS ont été proposées pour servir de phase pilote. Il s'agit du Centre de Diagnostic et de Traitement de la zone industrielle (CDTZ) à Bamako et du Centre médical Inter-entreprises (CMIE) de Ségou.

En effet, le FBP semble être une stratégie pouvant permettre à l'INPS d'améliorer la performance de ses formations sanitaires en raison des succès qu'il a enregistrés dans notre pays depuis le démarrage de sa mise en œuvre.

Au Mali, selon le rapport annuel 2023 du PACSU, le FBR a permis d'améliorer l'hygiène hospitalière, l'accueil des patients, l'esprit d'initiative, la collecte de données et la supervision, la gouvernance ; d'augmenter les recettes des formations sanitaires (FOSA) et de prendre en compte la satisfaction des usagers. Il a aussi entraîné un changement positif dans le comportement du personnel de santé à l'égard de leurs clients, comme l'illustrent les enquêtes de satisfaction des patients. En plus, le FBP a développé une stratégie cout-efficace de servir la population vulnérable à moindre coût par rapport à la stratégie d'Assurance Maladie Obligatoire.

Ce rapport fait ressortir également que le fait de ramener les ressources financières au niveau des FOSA permet d'obtenir des résultats concrets pour la population et d'améliorer les indicateurs. Il a démontré aussi que l'autonomie de gestion des établissements renforce l'esprit d'entreprise et le travail d'équipe au niveau des établissements de santé.

Le FBR permet une intégration plus rapide des FOSA privées dans le système de santé ainsi que l'amélioration de la redevabilité et de la gestion des FOSA.

7.3.9 Justification du choix du CDTZ et du CMIE de Ségou

Le CDTZ est la plus grande FOSA de l'INPS avec le meilleur plateau technique et le plus grand nombre de personnel qualifié.

Plateau technique : le CDTZ dispose de Scanner, de radiologie, d'échographie, de laboratoire,

Personnel :

- Spécialistes : cardiologue, neurologue, traumatologue, rhumatologue, urologue, dermatologue, ophtalmologue, ORL, radiologue, spécialistes santé, sécurité au travail
- Autres : Médecins généralistes, assistants médicaux, sage-femmes, infirmiers (1er et 2cd cycle).

Les éléments ayant prévalu au choix du CMIE de Ségou sont, entre autres :

- Sa proximité avec Bamako facilitant les activités de suivi-évaluation ;
- La qualité des infrastructures et du plateau technique (bâtiments adéquats, laboratoire, Radiographie, IRM...) ;
- Existence de personnel qualifié.

Nonobstant ces atouts, les résultats du centre montrent qu'il n'est pas performant et connaît des difficultés liées à son mode de gestion (gestion centralisée)

7.3.10 Plan d'action détaillé

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	QUI	QUAND
	1. Restitution de la formation	Dr Mamadou DIALLO Dr Moussa DIAKITE	Fin août 2025
	2. Préparation du plaidoyer	Dr Mamadou DIALLO Dr Moussa DIAKITE	Fin septembre 2025
Absence d'autonomie de gestion des FOSA de l'INPS	3. Plaidoyer auprès du Directeur général (DG) de l'INPS pour introduction de certains éléments (plan de business, outil indices, questionnaires de la revue de qualité) du FBP dans les FOSA de l'INPS	Directeur de la prévention, de l'action sanitaire et sociale Chef de service santé, sécurité du travail	Fin décembre 2025
	4. Choix des éléments du FBP à introduire dans les centres pilotes de l'INPS	DG de l'INPS Agent comptable DFC DPASS et chef de service SST	Fin 1er trimestre 2026
	5. Validation des choix des éléments du FBP	Tous les médecins chefs de centre	
	6. Création d'une commission de mise place du FBP à l'INPS	DG	Fin 3ème trimestre 2026
	7. Mise en place des acteurs	Commission de mise en place du FBP	
	8. Formation des acteurs		
	9. Élaboration des outils de gestion		
	10. Création de compte bancaire pour les FOSA pilotes	DG Agent comptable	Fin octobre 2026
	11. Nomination de comptables au sein des FOSA pilotes	DG	
	12. Délégation de signature d'ordonnateur et de payeur aux responsables des centres pilotes et aux comptables	DG Agent comptable	Fin novembre 2026
	13. Nomination du coordinateur de l'unité de gestion du projet	DG	Fin janvier 2027
	14. Démarrage des activités	Commission de mise en place du FBP	Fin mars 2027

7.4 Mali - Cordaid Santé

Dr Awa SIDIBE – Chef projet JIGIYA

Des résultats significatifs ont été enregistrés par le Mali depuis l'adoption de sa politique sectorielle de santé et de population notamment en matière de réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile.

Cependant, plusieurs évaluations et revues conjointes ont montré que le Mali présente un des profils sanitaires parmi les plus défavorables dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest, malgré les efforts appréciables de plusieurs décennies du Gouvernement et de ses partenaires au développement. La situation est plus alarmante en ce qui concerne les indicateurs liés à la Santé Maternelle et Infantile : La mortalité infantile a augmenté, passant de 95 à 101 décès pour mille naissances vivantes (l'EDSM VI) 35% de cette mortalité concerne la mortalité néonatale. Le taux d'accouchement assisté est de 67% (l'EDSM VI). La mortalité maternelle reste l'une des plus élevée en Afrique avec 325 décès pour 100.000 naissances vivantes. (L'EDSM VI). Le taux de prévalence contraceptive est de 16%, (L'EDSM VI). La prévalence nationale pour le VIH/Sida est de 1,1%. (L'EDSM VI). Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est estimé à 2,26% et la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est de 2,9%. (L'EDSM VI)

7.4.1 Le FBR au Mali

Par ailleurs, en application de la loi N° 2013- 028 du 11 Juillet 2013, modifiée, relative aux lois des finances, le Mali a basculé en mode *budget- programmes* à travers la Loi n°2017 - 073 du 26 décembre 2017 portant loi de finance pour l'exercice 2018. Le budget-programmes est un outil de gestion des finances publiques basé sur la Gestion Axée sur les Résultats (GAR).

Dans le cadre de la pérennisation de l'approche FBR, les réflexions sont en cours sur les conditions d'intégration directe de la modalité du FBR dans le budget de l'État. Les différentes actions de réforme examinées permettraient d'aligner plus étroitement le système de gestion des finances publiques du secteur de la santé sur les principes du FBR. Les données internationales suggèrent que cela devrait être bénéfique pour les résultats du secteur. La question est de savoir dans quelle mesure le gouvernement adopte directement la modalité du FBR dans son budget. Manifestement, cela impliquerait un alignement encore plus étroit du système sur les principes FBR.

L'un des principaux défis du système de Gestion des Finances Publiques (GFP) avec la modalité du FBR est que les allocations de financement doivent être basées sur des projections de résultats qui peuvent être différentes dans la pratique. En règle générale, les paiements sont effectués au cours d'un trimestre donné sur la base des résultats obtenus au cours du trimestre précédent. Les subsides FBP sont flexibles dans le sens qu'ils peuvent être augmenté ou diminué en fonction de la disponibilité des fonds. Cela évite que le plafond du budget FBP sera ultra passé. Chaque région doit connaître son budget alloué par le niveau central. Une sous-utilisation des fonds peut être corrigé par une augmentation des BAQ.

7.4.2 FBR et Cordaid – FBR Éducation

Cordaid a l'expérience de la mise en œuvre d'un certain nombre de projets pilotes FBR axé sur la santé et l'éducation en République Centrafricaine, au Burundi, en Ouganda et en Éthiopie.

Cordaid au Mali vient de commencer un pilote FBR sur l'éducation au niveau primaire dans 40 écoles dans 2 communes de Koulikoro avec un budget de 1 000 000 d'euros pour 4 ans de 2025 à 2028 et planifie avec son partenaire CAEB sur le programme Jigiya d'introduire le FBR dans l'humanitaire, la paix- cohésion sociale et la migration. CAEB (Conseil et Appui pour l'Éducation à la Base) est une ONG Nationale malienne de plus de 20 ans expérience dans le domaine de l'éducation, la santé de la reproduction et l'agriculture. CAEB assure le lead du projet Jigiya.

7.4.3 FBR pour les jeunes leaders Santé de Reproduction des Adoléscentes et Jeunes

Le Mali fait face à un besoin en marketing social particulièrement dans le domaine de la Santé Droits Sexuel et Reproductif.

Le programme Jeunes Leaders Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes « JL/SRAJ-JIGIYA » est initié par l'Alliance CAEB-CORDAID avec l'appui financier de l'Ambassade du royaume des Pays-Bas en faveur de la promotion de la santé reproductive des adolescents et jeunes dans les régions de Mopti, Ségou, Kayes et Koulikoro. Il se révèle un appui fort aux actions gouvernementales pour répondre efficacement à la problématique de la santé de la reproduction concernant les adolescents et jeunes se manifestant par les maternités précoces, les mariages d'enfants, l'excision, les IST/VIH-SIDA, les avortements clandestins, la délinquance sexuelle, la consommation d'alcool, l'infanticide, le viol, etc.

En effet, ce programme se propose de contribuer à l'amélioration des indicateurs de santé en général et ceux de la SSRAJ en particulier par une meilleure information et une plus grande liberté de choix concernant leur santé reproductive et sexuelle.

Initialement prévue pour cinq (5) ans à partir d'octobre 2019, la durée de mise en œuvre du programme a été prolongée jusqu'en septembre 2027 matérialisée par la signature d'un avenant entre l'Alliance CAEB-Cordaid et l'Ambassade du Royaume de Pays-Bas. Cette nouvelle dynamique partenariale a été motivée et impulsée par la qualité des résultats issus de la phase pilote réalisée en septembre 2021 ayant démontré la pertinence de l'intervention du programme et la nécessité d'entendre sa durée de mise en œuvre au regard de l'immensité des défis à relever dans les différentes régions d'intervention en matière de santé de la reproduction des adolescents et des jeunes. En effet, il a été procédé à la revue du document programme en prenant en compte les différentes recommandations issues de l'évaluation de la phase pilote et en réajustant les indicateurs et résultats conformément à la durée actuelle.

Ainsi le programme vise désormais, les objectifs et résultats ci-dessous :

- OS1 : Impulser une dynamique organisationnelle destinée à renforcer le leadership et l'autonomisation de 56 000 adolescents et jeunes (40% de filles) en matière de santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels d'ici fin septembre 2027 et toucher au moins 1 500 000 jeunes et adolescents (filles et garçons) par les informations saines et appropriées en matière de santé de la reproduction d'ici fin septembre 2027 dans les régions de Mopti, Ségou, Kayes et Koulikoro.
 - R1 : Au moins 61.000 adolescents et jeunes (filles et garçons) sont organisés en 3055 groupes SR/EPC et reçoivent des formations sur la SR/PF et les autres thématiques ciblées par le programme notamment le plaidoyer et les Compétences de Vie Courante (CVC) pour en faire des acteurs de changement social
 - R2 : Au moins 1.500.000 d'adolescents et jeunes (filles et garçons), disposent d'informations correctes sur la SR/PF (droits sexuels, VIH/Sida, grossesses et mariages précoces, MGF, planning familial, VBG, CVC, l'extrémisme violent etc.)
 - R3 : Au moins 14.000 jeunes (filles et garçons) avec l'accompagnement du programme mènent des activités génératrices de revenus (AGR) qui les rendent plus autonomes.
-
- OS2 : Soutenir et amener au moins 40% des jeunes filles et garçons (soient 560 000 jeunes) touchés par le programme à adopter des attitudes et comportements responsables dans les zones d'intervention d'ici fin septembre 2027 y compris leur aptitude de faire des choix responsables par rapport à l'accès aux services adaptés à leurs besoins.
 - R1 : Au moins 50% des jeunes touchés soient 750 000 font des choix éclairés et adoptent des attitudes responsables en matière de SR/PF y compris l'utilisation des mesures préventives contre le VIH/Sida et les IST
 - R2 : Au moins 280.000 jeunes filles utilisent les méthodes modernes de contraception ;
-
- OS3 : Contribuer à rendre l'environnement favorable à la promotion de la SRAJ à travers des actions et initiatives impactant les normes sociales en faveur de l'exercice des droits sexuels des adolescents et des jeunes.
 - R1 : Au moins 7.000 jeunes leaders formés influencent et participent activement aux espaces ou organes de prises de décisions concernant les droits sexuels et reproductifs au niveau village, commune, cercles, régions et national ;
 - R2 : Au moins 1.000 communautés ont abandonné les MGF et les mariages précoces ;
 - R3 : Les actions de plaidoyer à différents niveaux, permettent de changer les normes sociales négatives, d'inscrire la problématique de santé de la reproduction des adolescents et des jeunes (accès aux produits et aux services de santé de la reproduction et leur participation au développement local) dans l'agenda des priorités nationales.
 - R4 : Au moins 1000 personnes vulnérables des zones conflits intercommunautaires et armés bénéficient de l'aide financier pour l'achat de vivres et autres besoins

7.4.4 Volet Épargner pour le Changement du programme JIGIYA

La stratégie globale du programme conciliant l'Épargner Pour le Changement (EPC) et la santé de la reproduction demeure intacte ainsi que la vision de l'émergence de jeunes leaders comme véritables acteurs de changement à la base pour impulser la création d'un environnement favorable à la promotion des droits des jeunes en matière de santé de la reproduction.

De même l'approche faire-faire à travers les partenaires de mise en œuvre demeure adoptée à travers huit (8) ONG nationales à savoir : YAGTU, AMID et IWENE (région de Mopti) ; AMSS et Walé (région de Ségou) ; G-FORCE et GRAT (région de Koulikoro) et Consortium ASMADEVI / AFRICOD (région de Kayes). Elles ont pour responsabilité d'assurer la mise en œuvre opérationnelle du programme dans les différentes régions d'intervention à travers des équipes terrain composées des coordinateurs et des ADC. Celles-ci travaillent sous la coordination, supervision et appui/assistance des Unités Régionales de Coordination (URC) composées des coordinateurs régionaux et des Conseillers en Gestion de Programme appuyées par le staff de l'Unité Nationale de Coordination.

Parallèlement aux équipes programmatiques, il existe dans chaque région un comité de pilotage placé sous la responsabilité des Présidents des Conseils Régionaux et composé des structures étatiques, collectivités, organisations de la société civile, Alliance CAEB-CORDAID et l'Ambassade. En tant qu'instance régionale de gestion du programme, les membres du comité de pilotage ont pour mandat de suivre et d'appuyer les équipes régionales dans la mise en œuvre du programme en vue de faciliter l'atteinte des résultats escomptés

7.4.5 Problèmes au niveau du programme Jigiya

Au niveau du programme Jigiya mis en œuvre par CAEB-Cordaid, les problèmes majeurs sont :

1. Comment ajouter certains aspects du programme Jigiya au projet ARISE Keneya Yiriwali.
2. Réaliser un FBP sur la paix et cohésion sociale dans les zones d'intervention du programme Jigiya.

Par rapport aux problèmes identifiés ci-dessus, le FBR peut être une solution.

Les jeunes du programme Jigiya sont déjà organisés en groupes et certains de ces groupes ont développé une solidarité pour la prise en charge de leurs besoins de santé de façon informelle, les inclure dans le projet FBR santé en cours pourrait les aider à bénéficier d'un système de prise en charge de santé formel.

Par rapport à la paix et cohésion sociale le programme Jigiya a contribué au niveau communautaire à la restauration de la paix et cohésion sociale entre les communautés. Cela pourrait avoir plus d'envergure surtout dans les zones de fortes insécurités.

7.4.6 Recommandations

A l'endroit de l'équipe du projet Jigiya :

1. Initier le FBR dans l'humanitaire ou le domaine de la paix et cohésion sociale.
2. Réaliser des études recherches action sur l'épargne-santé,
3. Former l'équipe du projet Jigiya sur le FBR.

7.4.7 Plan d'Action

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	QUI	QUAND
Comment ajouter certains aspects du programme Jigiya au projet ARISE Keneya Yiriwali.	- Atelier de restitution de la formation FBR de Cotonou auprès du staff de l'équipe du projet Jigiya. - Réunion CAEB-Cordaid sur les aspects du programme Jigiya et le projet ARISE - Réunion avec le projet ARISE Keneya Yiriwali.	Awa CAEB-Cordaid Coordinatrice projet Jigiya CAEB	Août 2025 Octobre 2025 Décembre 2025
Les questions de paix et cohésion sociale dans les zones d'intervention du programme Jigiya	- Formation des équipes Jigiya - Étude de faisabilité d'un FBR paix-cohésion sociale et migration - Rencontres avec les autorités régionales et nationales - Rencontres avec les associations locales, communautaires et religieuses. - Réunion avec les différents acteurs (ONG, PTF...) - Atelier de concertation de l'équipe Jigiya - Elaboration plan de business - Définition des indicateurs output	CordaidCAEB-Cordaid Partenaires de mise en œuvre Cordaid et CAEB	Décembre 2025 Janvier 2026 Janvier 2026 Février 2026 Jan-Fév 2026 Fév-Mars 2026 Fév-Mars 2026

7.5 Mali – Médecin Chef du District de Santé de Nioro

Dr Safouna DIAKITE, Médecin chef du district sanitaire de Nioro

7.5.1 Contexte du système de santé avec quelques indicateurs généraux du Mali

Des résultats significatifs ont été enregistrés par le Mali depuis l'adoption de sa politique sectorielle de santé et de population notamment en matière de réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile.

Cependant, plusieurs évaluations et revues conjointes ont montré que le Mali présente un des profils sanitaires parmi les plus défavorables dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest, malgré les efforts appréciables de plusieurs décennies du Gouvernement et de ses partenaires au développement.

La situation est plus alarmante en ce qui concerne les indicateurs liés à la Santé Maternelle et Infantile :

- La mortalité infantile a diminué, passant de 101(ESDM-VI) à 51 décès pour mille naissances vivantes (l'EDSM VII), 29 pour 1000 de cette mortalité concerne la mortalité néonatale
- Le taux d'accouchement assisté est de 81% (l'EDSM-VII)
- La mortalité maternelle reste l'une des plus élevée en Afrique avec 325 décès pour 100.000 naissances vivantes. (L'EDSM VI)
- Le taux de prévalence contraceptive est de 22,2%, (L'EDSM VII)
- La prévalence nationale pour le VIH/Sida est de 1,1%. (L'EDSM VI)

- Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est estimé à 2,26% et la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est de 2,9%. (L'EDSM VI)

Le système de soins est organisé en pyramide sanitaire à trois niveaux :

- Le premier niveau de district sanitaire avec 2 échelons : (i) le premier échelon qui est la base de la pyramide ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Centres de Santé Communautaires (CSCoM). La gestion de ces CSCOM a été confiée à des Associations de Santé Communautaire (ASACO). (ii) Le deuxième échelon qui offre la première référence y compris la prise en charge des urgences médico-chirurgicales, est constitué par les Centres de Santé de Référence (CSRéf).
- Le deuxième niveau de référence regroupe les Établissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant la 2ème référence à vocation générale et situés dans les chefs-lieux des différentes régions.
- Le troisième niveau de référence comprend les Établissements Publics Hospitaliers (EPH) à vocation générale ou CHU qui prennent en charge la 3ème référence et constituent le sommet de la pyramide.

7.5.2 Le financement au Mali et le lien avec le FBP

Le financement de la santé est un aspect primordial de l'accès aux soins puisque la barrière financière est la plus importante pour les populations lorsqu'elles cherchent à se soigner.

Le Financement Basé sur la Performance (FBP), mis en œuvre au Mali depuis 2016 dans plusieurs régions pilotes (Kayes, Koulikoro, Ségou, Sikasso), a permis de réformer le mode de financement de la santé en mettant l'accent sur les résultats, la qualité des services, la transparence et la redevabilité.

L'objectif majeur de cette approche était d'améliorer l'offre de soins de santé aux populations vulnérables, tout en veillant à une amélioration de la qualité et à une réduction des inégalités entre les structures de santé concurrentes. L'une des méthodes choisies a été l'attribution de primes spéciales pour l'amélioration de la qualité.

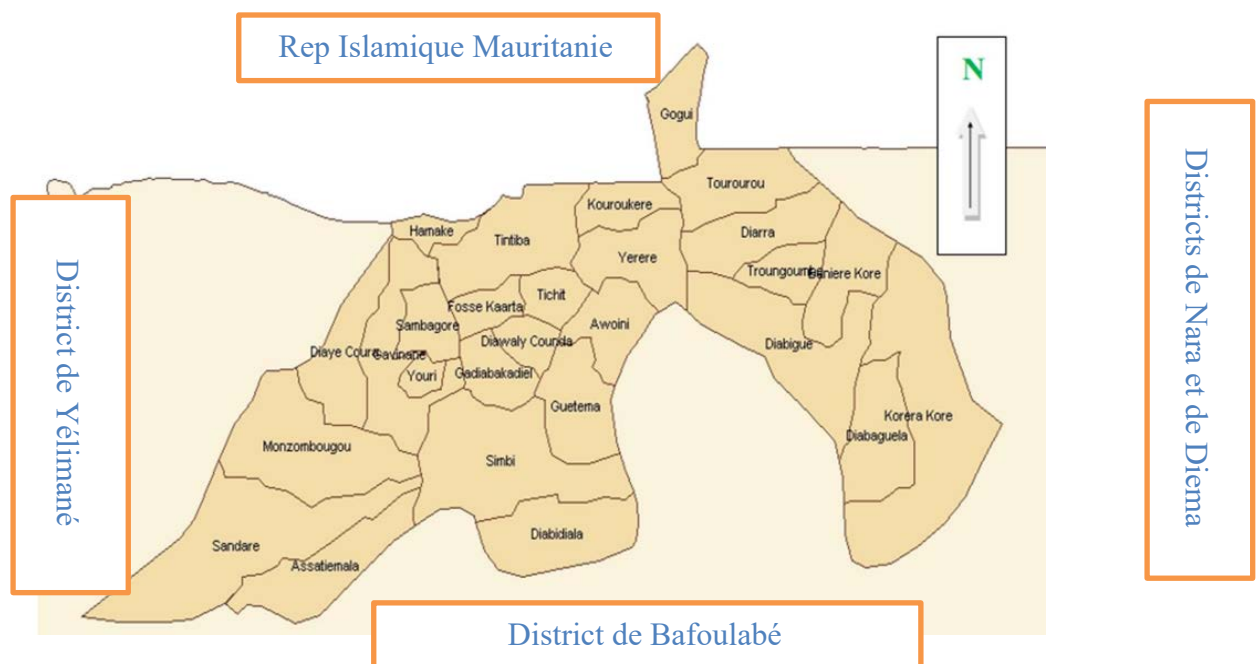
Voici les principaux acquis :

1. Amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de santé : Le FBP a permis une hausse significative de la fréquentation des services prioritaires. Le taux de couverture vaccinale de Penta3 est passé de 71% à 89% entre 2019 et 2023. Le taux d'accouchements assistés est passé de 48% à plus de 72%, et les consultations prénatales (CPN1) ont atteint 85%. L'utilisation de la planification familiale est passée de 8% à 16%.
2. Amélioration de la qualité des soins : Les scores moyens d'évaluation qualité sont passés de 40% à 80%. Les centres ont amélioré l'hygiène, le respect des protocoles et l'accueil. Les ressources issues du FBP ont permis d'acheter des équipements, de réhabiliter des salles et de mieux gérer les intrants.

3. Motivation du personnel de santé : Les primes de performance ont augmenté la motivation. Le taux de présence du personnel est passé de 70% à plus de 90%, avec une nette amélioration de la ponctualité et de la qualité des services rendus.
4. Renforcement de la gouvernance locale : Le FBP favorise une gestion participative et transparente : plus de 85 % des ASACO et collectivités locales participent à la gestion des ressources, avec affichage public des performances et implication dans les décisions.
5. Fiabilité des données sanitaires : Les vérifications trimestrielles ont permis une amélioration notable de la qualité des données. Le taux de concordance entre les données collectées et celles rapportées dépasse 95%, renforçant ainsi l'analyse locale et la prise de décision fondée sur l'évidence.

Le FBP a ainsi démontré qu'un financement axé sur les résultats est un levier stratégique pour améliorer l'efficacité du système de santé, renforcer la gouvernance locale, motiver les acteurs et garantir l'accès équitable à des soins de qualité.

7.5.3 Présentation sommaire du District Sanitaire de Nioro



Le District Sanitaire de Nioro est situé dans la région du même nom. Il comprend un Centre de Sante de Reference (CSRef) et plusieurs Centres de Sante Communautaires (CSCoM), 29 au total. Le district dessert une population majoritairement rurale, avec un accès limité aux infrastructures sanitaires pendant la saison des pluies. Le personnel de santé est constitué de médecins, de techniciens de santé, de sage-femmes et d'agents communautaires.

7.5.4 Analyse de quelques indicateurs clés de santé en 2024

- **CPN1 : 81%** Le taux de CPN1 est satisfaisant, une bonne entrée dans le système de soins prénataux.

- **CPN4 : 35%** Forte chute entre la première et la quatrième consultation, qui révèle un suivi incomplet de la grossesse.
- **Accouchements assistés : 65%** Indique que plus d'un tiers des accouchements se déroulent hors structure sanitaire, souvent à domicile ou avec des matrones non formées.
- **Prévalence contraceptive : 11%** Très faible, traduisant un besoin non satisfait en planification familiale et une faible sensibilisation.
- **Mortalité néonatale : élevée** Provoquée par des accouchements non assistés, des soins néonataux inadéquats, et un plateau technique limité.
- **Le taux de nouveau contact par habitant et par an varie de 0,25% à 0,40% selon les CScom**
- **L'absence de motivation du personnel** : Absence de rémunération sur les recettes des CScom

Les données du District Sanitaire de Nioro mettent en évidence des défis importants en matière de santé maternelle et néonatale. Une réponse stratégique basée sur le renforcement de l'offre de soins, la mobilisation communautaire, l'amélioration de la qualité des services et la bonne gouvernance est indispensable pour améliorer les indicateurs et sauver des vies. Le plaidoyer pour l'intégration du district dans le FBP constitue une opportunité majeure pour impulser un changement structurel durable.

7.5.5 Analyse des problèmes du district

-District non intégré au FBP

-Problèmes de gouvernance : faible capacité de gestion des ASACO, dont les membres sont majoritairement illettrés.

-Gestion de l'accueil et de la relation patient

- Mauvais accueil des patients (attente longue, absence d'orientation des patients).

-Documentation et données

- Registres incomplets ou mal tenus ;
- Absence de données fiables pour la planification ;
- Faible utilisation des données pour la prise de décision ;

-Gestion des Ressources humaines

- Retards fréquents du personnel ;
- Absence de fiches de poste ou de supervision du personnel ;
- Mauvaise répartition des tâches ;
- Pas de plan de formation continue ;
- Démotivation du personnel.

-Sécurité et environnement

- Absence de tri des déchets médicaux.
- Manque d'hygiène dans les locaux (toilettes sales, déchets mal gérés) ;
- Mauvaise organisation des services (absence de signalisation, locaux désorganisés).

7.5.6 Recommandations

- Faire la restitution de la formation sur le FBR au niveau du district à tous les acteurs ;
- Mise en place de l'outil qualité au niveau du district ;
- Mise en place de l'outil indice dans les structures de santé.

7.5.7 Plan d'action

Recommandation	Comment	Qui	Quand
1. Restitution de la formation sur le FBR au niveau du district	- Organiser la restitution de la formation sur le FBP au personnel, aux autorités administratives et sanitaires. - Restituer aussi la formation au Coordinateur du projet YELLEN. - Réaliser un plaidoyer en faveur de l'approche FBP pour l'adhésion des autorités locales et des autres acteurs de la santé.	Médecin Chef	D'ici le 31 Août 2025
2. Mettre en place l'outil qualité au niveau du district	- Orienter l'Équipe Cadre du District sur l'outil qualité. - Orienter les Directeurs Techniques des CScom sur l'outil qualité - Utiliser l'outil qualité pendant les supervisions, les revues de la qualité des données.	Médecin Chef	D'ici le 31 octobre 2025
3. Mettre en place l'outil indice dans les structures de santé	- Partager l'outil indice avec l'ensemble des acteurs (ASACO, Directeurs Techniques des CScom et l'ensemble du personnel) pour une parfaite adhésion - Adaptation de l'outil indice à notre contexte - Introduire l'outil indice au niveau de l'hôpital de district et les deux CScom centraux (phase pilote) jusqu'en décembre 2025 - Mise à l'échelle à l'ensemble du district à partir de janvier 2026	Médecin Chef	D'ici fin décembre 2025 Janvier 2026

7.6 Mauritanie – Ministère l'Économie et Finances - Programmation Budgétaire

- *Cheikh Elemine Mohamed Selame : Chef du service chargé des secteurs de souveraineté à la Direction Générale du Budget/MEF*
- *Safia Ahmed Sidi Baba : A préciser*

7.6.1 Problématique de l'efficacité du modèle classique d'allocation budgétaire

- Les services publics (santé, éducation, sécurité, infrastructures, etc.) absorbent une part très importante du budget de l'État ;
- Les résultats sur le terrain (qualité des soins, scolarisation, accès à l'eau, etc.) restent souvent faibles ;
- Les financements extérieurs diminuent, ou sont conditionnés à des résultats concrets ;
- Le modèle classique d'allocation budgétaire (basé sur les intrants) ne permet pas de maximiser l'impact des dépenses.

7.6.2 Réforme des finances publiques

Depuis l'adoption en 2018 de la loi organique relative aux lois de finances, le Gouvernement Mauritanien s'est engagé dans une réforme profonde de la gestion des finances publiques. L'objectif de cette réforme est de faire des résultats escomptés la base de la *programmation budgétaire*, basée actuellement sur les moyens (besoins exprimés par les entités dépensières), c'est-à-dire d'un budget de moyens traditionnel (centré sur les ressources disponibles) à un budget-programme orienté vers les résultats, avec évaluation de l'impact des dépenses.

Cette approche vise à traduire la politique de développement en programmes budgétaires avec des objectifs bien définis ayant des indicateurs de performance. Après l'expérimentation en 2025 de quatre départements ministériels, l'exercice 2026 verra le basculement au budget programme.

7.6.3 Est-ce que le FBP peut renforcer la programmation budgétaire ?

Oui, le Financement Basé sur la Performance (FBP) peut apporter des solutions concrètes aux problèmes identifiés à condition qu'il soit bien conçu et bien mis en œuvre.

Le FBP :

- Oriente les financements vers les résultats à atteindre, et non simplement vers les intrants (salaires, équipements, etc.) ;
- Incite les structures publiques à améliorer leur cout-efficacité, car elles ne reçoivent des financements qu'en atteignant des objectifs clairs. Ces objectifs sont précisés à travers des indicateurs output (p.e. un enfant vacciné, une consultation réalisée, etc) et indicateurs de qualité (p.e. système de chaine de froid en bon état) avec plusieurs éléments de qualité achevés ;
- Attire plus facilement des financements extérieurs ;
- Améliore l'efficacité, et permet donc de faire plus de résultats avec moins de moyens, permettant au ministère de L'Économie et des Finances de réaliser des économies ;

- Renforce la transparence, la redevabilité et la confiance des parties prenantes (État, population, bailleurs).

7.6.4 Des hypothèses fatales n'existent pas pour le lancement du FBP

Étant donnée l'homogénéité du FBP avec le Budget Programme, une hypothèse fatale est exclue. En effet, les deux systèmes opèrent en complémentarité.

7.6.5 Activités

Faire le plaidoyer auprès du ministre de l'Économie et des Finances pour encourager l'élargissement de l'approche FBP au sein du Ministère de la Santé et l'introduire aux autres secteurs.

A cette fin, des lignes budgétaires pourrait être transformé en lignes FBP. Ces lignes peuvent correspondre à celles ayant une faible performance, en particulier, au budget d'investissement. Ces allocations budgétaires pourraient alors être utilisé en subsides donnés à travers l'instrument du Bonus d'Amélioration de Qualité (BAQ), qui varient selon le niveau de la structure bénéficiaire. A titre d'exemple 1000 USD pour un Centre de Santé (CS) et 5000 USD pour un hôpital. La transformation de ces lignes budgétaires va, à travers les différents types d'incitations PBF, aider à l'amélioration de leur performance.

Dans cette perspectives, tous les acteurs publics (prestataires, régulateurs, centraux ou périphériques) peuvent bénéficier de plusieurs BAQ sur base de leurs plans de business trimestriel. Cette décision d'allocation des BAQ est faites par les Comités de Validation Régionaux, qui connaissent le nombre des BAQ disponibles et doivent assurer que leur budget ne sera pas dépassé.

7.6.6 Recommandations

- Généraliser le FBP à toutes les structures sanitaires du pays ;
- Introduire progressivement le FBP aux autres secteurs ;
- Renforcer la coordination entre le ministère de l'Économie et des Finances et le ministère de la Santé ;
- Transformer les lignes existantes de la Loi de Finances en lignes FBP ;
- Introduire le système de Bonus d'Amélioration de Qualité.

7.6.7 Plan d'Actions du groupe

Quoi	Comment	Qui	Quand
1. Plaidoyer auprès du Ministre de l'Économie et des Finances pour la prise en compte dans la programmation budgétaire des années prochaines les recommandations liées à l'élargissement et la généralisation de l'utilisation du FBR.	Voie hiérarchique	Participants MEF	Juillet 2025
2. Tenir des réunions de sensibilisation avec les ministères susceptibles d'introduire le PBF	Invitation	MEF	T3 2025 T4 2025
3. Envoyer de nouveaux cadres pour suivre la formation FBP	Désignation	MEF	
4. Déterminer les lignes budgétaires à transformer BAQ	Analyse Budget	MEF	2026

7.7 Mauritanie - Unité National Financement basé sur la Performance

- *Fatimetou Brahim Cheikh*
- *Sidi Mohamed Moine*
- *Idriss Samba Aw*

7.7.1 Contexte

Afin d'améliorer l'état de santé de la population et de trouver des solutions pratiques aux principaux problèmes du système de santé, le Gouvernement en Mauritanie compte mettre en œuvre progressivement, l'approche du financement basé sur la performance (dont une stratégie nationale a été validée le 29 septembre 2016 par le conseil des Ministres). Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2022-2030 avait fixé comme objectif la généralisation de l'approche PBF dans toutes les formations sanitaires du pays et l'ensemble de régulateurs en 2030. Cette approche de réforme du système de santé qui vise tout d'abord la qualité et l'efficacité est en parfaite harmonie avec les efforts du pays visant l'achèvement de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et la protection des populations vulnérables. Le PBF est une approche permettant d'améliorer les mécanismes d'allocation des ressources qui sont toujours rares, de mettre en place une contractualisation stratégique à tous les niveaux et de faire des réformes nécessaires pour le développement du secteur de la santé. L'inefficacité et l'inefficience d'une approche longtemps basée sur les inputs (intrants) n'a pas permis au pays de tirer profits des importantes ressources dépensées pendant les dernières années.

L'approche PBF a été introduite fin 2018 dans deux régions pilotes (Guidimagha et le Hod El Garbi). En 2020 une troisième région (Hod El Chargui) a été inclus dans la phase pilote afin de soutenir l'effort du gouvernement dans l'amélioration d'accès des réfugiés et des population hôte du l'Est du pays. En partir de 2024 INAYA élargi, à la suite des résultats positifs du PBF dans la zone pilote, le gouvernement a décidé du passage à l'échelle de cette stratégie qui couvre désormais 9 régions du pays représentant plus de 80% de la population.

7.7.2 Analyse du problème

L'Absence du bonus d'amélioration de qualité (BAQ) :

- Dans le cadre du FBP, le volet investissement est indispensable. Il permet aux FOSA d'améliorer leur plateau technique par la construction ou la réhabilitation des infrastructures, l'achat de matériel médical nécessaire, ou encore l'investissement dans les ressources humaines.
- Cependant, le financement sous forme d'inputs a monté ses limites. Les études ont montré que le BAQ constitue une solution efficace pour répondre à ces besoins d'investissement avec beaucoup plus d'efficacité (1\$ BAQ vaut 10 \$ input).
- Nous recommandons donc fortement la mise à disposition de ce volet du FBP, afin de renforcer durablement la performance des FOSA et d'assurer une offre de soins de meilleure qualité.

Budget faible

- Le budget actuel est de 4.4 dollars par personne par an, en tenant compte le nouveau recensement des habitants, qui part à la hausse, le budget semble insuffisant.
- Nous recommandons donc fortement la transformation des certains lignes budgétaires sous forme des outputs

Le monopole de la distribution des médicaments

- La politique de libre marché a toujours été un principe fondamental dans l'approche FBP. Toute forme de monopole constitue un risque sérieux, susceptible de ralentir voir de compromettre l'atteinte des objectifs visés.
- La centralisation exclusive de la distribution des médicaments par un seul fournisseur, notamment la CAMEC représente une hypothèse fatale qui remet en question la durabilité et l'efficacité même de l'approche FBP. Cette situation peut engendrer des retards ou des ruptures d'approvisionnements qui impactent directement la performance des FOSA.
- Il devient urgent de lever le monopole actuel exercé par la CAMEC et d'instaurer un climat de concurrence entre les différents grossistes et d'autoriser les FOSA à se procurer librement les médicaments auprès de fournisseurs agréés de leurs choix.
- Cette ouverture de marché permettra au secteur pharmaceutique de répondre aux lois de l'offre et de la demande, favorisant une meilleure accessibilité, une baisse du cout et une amélioration de la qualité de soins et la possibilité pour le régulateur de mieux contrôler la qualité des produits dans ensemble du marché pharmaceutique public et privé, urbain et rural.

L'absence du bonus d'équité géographique

- Le bonus d'équité géographique est un volet important dans l'approche PBF et constitue une forme d'efficience allocative.
- Les Formations sanitaires situées dans les zones géographiquement défavorisées (faible densité, accès difficile) sont confrontées aux problèmes liés à l'accessibilité, desservent une population peu nombreuse et génèrent des recettes très limitées (Adrar et Tagant par exemple). Cette situation peut être perçu comme une forme d'injustice car elle compromet l'accès équitable à des soins de qualité pour les populations vulnérables
- Il est donc urgent d'attribuer de fonds supplémentaires à ces formations sanitaires pour qu'elles puissent améliorer leur plateau technique et assurer des soins de qualité. Un bonus d'équité géographique des régions, district et FOSA sont calculés sur base de cinq critères de vulnérabilité (densité de la population, présence du personnel qualifié, pauvreté de la population, heures de voyage du partir du capital, population spéciales / déplacés

Chevauchement des rôles et procédures inutiles

- Il semble qu'il y'a un chevauchement des rôles entre l'UN-FBR et le comité technique, ce qui augmente les procédures et la charge de cout administratif
- Payement assuré par l'unité de gestion de projet (UGP)

- Le paiement est assuré par l'UGP, ce qui diminue la chance de diversifier les sources de financement.
- L'absence de la recherche – action
- Le PBF ne cesse pas à tester ses théories. En Mauritanie et après quelques années de mise en œuvre du projet, nous n'avons pas des études pour lesquelles on peut se baser pour évaluer l'expérience avec le PBF et en tirer des leçons
- Il est donc important de réaliser des études sur l'approche PBF et de son impact sur le système sanitaire afin de tirer les leçons et de retenir les meilleures pratiques

7.7.3 Score de faisabilité ; 52%

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Commentaires	Points après corrections
1. Le budget du programme PBF 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	Le BAQ n'est pas instauré Budget par personne/an = 4.4 \$	4
2. Au moins 20% du budget PBF vient du gouvernement et le programme PBF a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	0	La subvention de l'État est essentiellement sous forme de salaires	2
3. La Cellule Technique Nationale PBF est intégrée dans le ministère de Santé à un niveau qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes.	2	2		2
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité	2	2		2
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	0	PMA : 27 indicateurs. PCA : 16 indicateurs seulement	2
6. Le programme PBF 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		2
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	0	Pas de contrat avec les FOSA privées	2
8. Le programme PBF a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des district, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA	2	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		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		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	Monopole des médicaments (CAMEC)	0
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2	Les structures financent eux même leurs plans d'investissement	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 PBF.	2	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	2	L'ACV prépare les contrats techniquement pour les CR, Les contrats signés avec les responsables de structures	2
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0	Prix des médicaments fixes	0
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	La gestion des ressources humaines est centralisée, cependant en cas de besoin, les FOSA peuvent recruter du personnel	0
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		2
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2		2
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		2
20. Les ACV ont des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	2	0	Le BAQ n'est pas instauré	2
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	0	Structures publiques seulement	2
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	0	Pas encore	2
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2		2
TOTAL :	50	26	52%	84%

7.7.4 Recommandations

- Instaurer les BAQ aux FOSA afin d'améliorer la qualité de soins
- Augmenter la subvention de l'état
- Instaurer le bonus d'équité géographique
- Fusionner l'UN-FBR avec le Comité Technique
- Insérer un indicateur de recherche action dans le contrat de l'UN-FBR
- Installer le payeur sous une institution Étatique préexistant (par exemple DAF/MS)

7.7.5 Plan d'action UN-FBR

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	Responsable	Délais
Non prise en compte de le BAQ	Instaurer le BAQ pour les FOSA éligibles	BM/ Ministre de la santé (MS)	A partir de T3 2025
La subvention de l'état est essentiellement sous forme de salaire	Transférer une partie du budget d'investissement (compte d'affectation spéciale) en BAQ et chercher d'autres source de financement	Ministre de finance/MS	2026
Non prise en compte du bonus d'équité géographique	Instaurer le Bonus d'équité géographique	UN-FBR /BM	T3 2025
Faible maîtrise des normes et des standards	Organiser une série de formation continue à tous les nouveaux	MT-UT	T4-2025
Chevauchement des rôles entre le comité technique et l'UN-FBR Procédures inutiles	Fusionner le comité technique et l'UN-FBR	MS/MB	T1-2026
Le paiement est assuré par l'UGP	Installer le payeur sous une institution Étatique préexistant	UN-FBR/MS	T1-2026
Problème organisationnel	Réviser l'organigramme de l'UN-FBR pour satisfaire les besoins de INAYA Elargi	MS/BM	T1-2026

7.8 Mauritanie – IGS – CAMEC

- Cherif Taher Sidi Mahmoud / Inspecteur Administratif et financier / IGS
- Mohamed Salem Abdelbarka Salem / Inspecteur pharmaceutique / IGS
- Mohamed Lemine El Ghazwanie / Conseiller du directeur de la CAMEC

7.8.1 Introduction

Les organes représentés dans ce groupe sont : l'IGS et la CAMEC

- L'inspection générale de la sante (IGS) est chargée, sous l'autorité du ministre de la sante des missions de l'inspection interne, de vérifications, évaluer, et de veiller au respect des texte législatives et réglementaires dans l'exercice de la médecine et la pharmacie ainsi que les texte législatives et réglementaires relative à la gestions financières et administrative et pédagogiques. L'IGS compte 26 inspecteurs repartis en 4 pôles et dirigée par un inspecteur général.

- La centrale d'achat des médicaments essentiels et de consommables médicaux (CAMEC) à l'exclusivité de l'approvisionnement des formations sanitaires publique en médicaments essentiels et consommables médicaux

Les objectifs principaux IGS sont :

- Renforcer les capacités des structures de contrôle et de formation.
- Garantir la sécurité sanitaire à travers le contrôle qualité des médicaments.
- Améliorer la régulation et la concurrence dans le secteur de la distribution pharmaceutique.

Les objectifs principaux CAMEC sont :

- Réduire les ruptures de stocks de médicaments et consommables essentiels.

7.8.2 Problématique pour atteindre les objectifs de l'IGS

Plusieurs obstacles freinent l'atteinte des objectifs :

- **Manque d'équipements et de réactifs** pour assurer un contrôle efficace de la qualité des médicaments.
- **Activités d'inspection insuffisantes**, compromettant la régulation du système.
- **Suivi pédagogique irrégulier** des écoles de formation en santé.
- En **2025**, la contre-vérification a révélé un **taux de faisabilité inférieur au seuil acceptable**, avec plus de **10 % d'écart** entre les résultats des vérifications et des contre-vérifications pour certaines structures.

Ces faiblesses sont en partie dues à :

- La persistance du système Input,
- Une formation de base insuffisante du personnel paramédical,
- Une instabilité de ce personnel,
- Les effets liés au monopole de la CAMEC qui limite la compétition entre distributeurs grossistes.

7.8.3 Problématique pour atteindre les objectifs CAMEC

Plusieurs obstacles freinent l'atteinte des objectifs :

- **Ruptures fréquentes** de médicaments et de consommables dans les établissements de santé.
- En **2025**, la contre-vérification a révélé aussi un **taux de faisabilité inférieur au seuil acceptable**, avec plus de **10 % d'écart** entre les résultats des vérifications et des contre-vérifications pour les antennes régionales de la CAMEC.

Ces faiblesses sont en partie dues à :

- Une mauvaise régulation de l'approvisionnement surtout au niveau régional.
- La persistance du système Input,

7.8.4 Est-ce que le FBP peut aider à résoudre ces problèmes ?

Oui, le FBP peut contribuer significativement à l'amélioration du système :

- En introduisant des incitatifs financiers liés aux résultats, il favorise une meilleure performance des structures de contrôle, d'approvisionnement et de formation. Le bonus d'équité géographique motive le personnel de travailler dans des zones pauvres ou isolées.
- Il permet de renforcer la responsabilisation des différents acteurs laboratoire nationale de contrôle de qualité (LNCQ) la centrale d'achat (CAMEC), l'inspection (IGS), etc. à travers des contrats de performance.
- Il encourage la transparence et la redevabilité à travers des indicateurs clairs et mesurables et la séparation des fonctions entre 1. La régulation, 2. La prestation, 3. La contractualisation et la vérification, 4. Le paiement des subsides et 5. Le renforcement de la voix de la population.
- Il favorise une diversification des fournisseurs, en finançant la mise à niveau de grossistes selon les normes **BPD** (Bonnes Pratiques de Distribution).

7.8.5 Recommandations IGS

1. Mettre en œuvre un **contrat de performance** avec le LNCQ pour garantir la disponibilité des équipements de contrôle.
2. **Diversifier l'approvisionnement** en introduisant plus de concurrence entre les distributeurs.
3. **Améliorer les inspections régulières** et la formation continue des inspecteurs.
4. Instaurer un **système de suivi-évaluation performant** pour suivre les résultats.
5. Renforcer les **missions pédagogiques** dans les écoles de santé.

7.8.6 Recommandations CAMEC

- Renforcer les capacités logistiques des antennes de la CAMEC, notamment en stockage et distribution.

7.8.7 Plan d'Action IGS

Pour l'Amélioration de l'Efficacité du Système de Vérification et d'Approvisionnement

Activités à réaliser IGS	Comment	QUI	Quand
- Acquisition des équipements de contrôle qualité - Renforcement du LNCQ pour assurer les tests qualité	- Contrat de performance	Le LNCQ et UT	3 mois
- Renforcement logistique de l'IGS - Formation des inspecteurs en contrôle qualité et régulation - Déploiement d'un système de suivi-évaluation	- Achat Véhicules (+unités informatique) - Voyage d'études-MS/FBR - Cours international FBP Cotonou	BAQ /MS/FBR/GA VI	12 mois
- Missions de suivi pédagogique renforcées - Contre évaluation régulière des compétences	- Missions des formations	MS/FBR	4 mois
- Sélection de 5 grossistes sur 46 pour mise aux normes BPD	- Applications de l'arrêté relatif au Bonnes Pratiques de Distribution (BPD)	IGS	4 mois

7.8.8 Plan d'Action CAMEC

Activités à réaliser CAMEC	Comment	QUI	Quand
- Augmenter la capacité de stockage des antennes régionales de la CAMEC (réhabilitations entrepôts, logistique de transport des médicaments)	- Contrat BAQ	CAMEC	2 ans
- Appui logistique pour la distribution, transport des médicaments	- Logistique de transport des médicaments	CAMEC	

7.9 Mauritanie – Comité de pilotage

7.9.1 Introduction

En Mauritanie, le Comité de Pilotage du Programme INAYA ELARGI a pour mission d'assurer l'orientation stratégique de la mise en œuvre du PBF. Le Comité de Pilotage se réunit une fois par trimestre en session ordinaire et autant de fois que de besoin en sessions extraordinaires.

Le Comité de pilotage a pour tâches de :

- Valider les documents stratégiques et outils de mise en œuvre du PBF ;
- Examiner et valider le PTBA dans le délai règlementaire.
- Examiner et valider les bilans trimestriels et annuels du projet.

Le Comité de pilotage est composé des membres suivants :

Président : Secrétaire Général du Ministère de la Santé

Membres :

- Le coordinateur du projet INAYA élargi ;
- Le conseiller juridique au ministère de la Santé ;
- L'Inspecteur Général au ministère de la Santé ;
- Directeurs généraux au ministère de la Santé ;
- Directeurs centraux au ministère de la Santé ;
- Un représentant du Ministère de l'Intérieure et de la décentralisation ;
- Un représentant du Ministère chargé de l'économie ;
- Un représentant du ministère des Finances ;
- Un représentant de la CNAM.

7.9.2 Analyse des problèmes

- Faible connaissance des critères de faisabilité / meilleures pratiques FBP
- Une faible contribution du gouvernement vers les subsides FBP.

7.9.3 Recommandations

- Discuter dans le comité de pilotage les recommandations liés à l'analyse du score de faisabilité

- Former les autres membres du copil en FBP
- Transformer certaines lignes de la Loi des Finances en lignes subsides FBP (notamment les lignes d'investissement en subsides FBP – bonus d'amélioration de qualité)

7.9.4 Plan d'Action

Recommandations	Comment	Responsable	Délais
Discuter dans le comité de pilotage les recommandations liés à l'analyse du score de faisabilité	Insérer la recommandation dans l'ordre du jour de la prochaine réunion du comité avec un plan de suivi	Ministère de la Santé (MS)	T3 2025
Former les autres membres du copil en FBP	Élaborer et budgétiser un plan de formation des membres du COPIL	MS / Banque Mondiale	T3 2025
Transformer certaines lignes de la Loi des Finances en lignes subsides FBP (notamment les lignes d'investissement en subsides FBP – bonus d'amélioration de qualité)	Faire le plaidoyer au niveau du ministère de finance	MS	T1 2026

7.10 Mauritanie – ERV

Nom et prénom

Dr Mohamed Ahmed Miske
Dr Ely Cheikh Ahmed
Dr Mohamed Lemine Ahmed Baba
Dr Alassane Wade
Dr Mohamed Ely Ghaly
Dr El Moctar Mohamed Lemine
Dr Nahah Tajedine
Dr Ahmedou El Moustapha Mohamedou
Dr El Hassene Mohamedou Mounah

Fonction

Coordinateur ERV Trarza
Coordinateur ERV Hodh Echargui
Coordinateur ERV Assaba
Coordinateur ERV Brakna
Coordinateur ERV Guidimagha
Coordinateur ERV Tagant
Coordinateur ERV Hodh Elgharbi
Coordinateur
Ophtalmologue – Hôpital d'amitié

7.10.1 Contexte

En Mauritanie, l'approche PBF a été introduite en décembre 2018 dans une zone pilote constituée de deux régions dans le but de tester cette réforme avant une éventuelle mise à l'échelle progressive. En 2020 et à la suite des résultats positifs de l'approche une troisième région a été couverte. A partir de 2024 l'approche couvre désormais neuf régions du pays représentant plus de 80% des formations sanitaires.

L'équipe régionale de la vérification (ERV) a pour but d'assurer la vérification des résultats output des prestataires, validées et soumis pour le paiement. En plus de la vérification, l'ERV est chargé de coaching et de la mise en œuvre du projet en collaboration avec les autres entités.

L'ERV travaille sous la supervision du Conseil Régional (CR). Son coordinateur est membre des comités de validation comité régional de coordination (CRC) présidé par le DRS, et le comité de validation finale présidé par le président du CR.

Dans le cadre du renforcement de la capacité des acteurs du secteur de la santé sur l'approche financement basé sur la performance, le ministère de la santé a envoyé une forte délégation au Bénin. Cette délégation est composée des coordinateurs ERV, des représentants de l'IGS, un représentant des structures hospitalières, un représentant du ministère de l'intérieur ainsi que des représentants du ministère de finance. Elle est arrivée au Bénin pour participer au 96e cours sur le FBP qui a eu lieu du 30 juin au 12 juillet 2025.

7.10.2 Score de faisabilité ; 52%

Voyez-en haut sous le paragraphe UN FBR

7.10.3 Analyse du problème

L'absence du bonus d'amélioration de qualité (BAQ) :

- Dans le cadre du FBP, le volet investissement est indispensable. Il permet aux FOSA d'améliorer leur plateau technique par la construction ou la réhabilitation des infrastructures, l'achat de matériel médical nécessaire, ou encore l'investissement dans les ressources humaines.

- Cependant, le financement sous forme d'inputs a montré ses limites. Les études ont montré que le BAQ constitue une solution efficace pour répondre à ces besoins d'investissement avec beaucoup plus d'efficacité (1\$ BAQ vaut 10 \$ input).
- Nous recommandons donc fortement la mise à disposition de ce volet du FBP, afin de renforcer durablement la performance des FOSA et d'assurer une offre de soins de meilleure qualité.

Le monopole de la distribution des médicaments :

- La politique de libre marché a toujours été un principe fondamental dans l'approche FBP. Toute forme de monopole constitue un risque sérieux, susceptible de ralentir voire de compromettre l'atteinte des objectifs visés.
- La centralisation exclusive de la distribution des médicaments par un seul fournisseur, notamment la CAMEC représente une hypothèse fatale qui remet en question la durabilité et l'efficacité même de l'approche FBP. Cette situation peut engendrer des retards ou des ruptures d'approvisionnements qui impactent directement la performance des FOSA.
- Il devient urgent de lever le monopole actuel exercé par la CAMEC et d'instaurer un climat de concurrence entre les différents grossistes et d'autoriser les FOSA à se procurer librement les médicaments auprès de fournisseurs agréés de leurs choix.
- Cette ouverture de marché permettra au secteur pharmaceutique de répondre aux lois de l'offre et de la demande, favorisant une meilleure accessibilité, une baisse du coût et une amélioration de la qualité de soins et la possibilité pour les régulateurs de mieux contrôler la qualité des produits dans l'ensemble du marché pharmaceutique public et privé, urbain et rural.

L'absence du bonus d'équité géographique :

- L'équité géographique est un volet important dans l'approche PBF et constitue une forme d'efficacité allocative.
- Les Formations sanitaires situées dans les zones géographiquement défavorisées (faible densité, accès difficile) sont confrontées aux problèmes liés à l'accessibilité, desservent une population peu nombreuse et génèrent des recettes très limitées (Adrar et Tagant par exemple). Cette situation peut être perçue comme une forme d'injustice car elle compromet l'accès équitable à des soins de qualité pour les populations vulnérables.
- Il est donc urgent d'attribuer de fonds supplémentaires à ces formations sanitaires pour qu'elles puissent améliorer leur plateau technique et assurer des soins de qualité. Un bonus d'équité géographique des régions, district et FOSA sont calculés sur base de cinq critères de vulnérabilité (densité de la population, présence du personnel qualifié, pauvreté de la population, heures de voyage à partir de la capitale, population spéciale / déplacée).

L'absence de la recherche – action

- Le PBF ne cesse pas de tester ses théories. En Mauritanie et après quelques années de mise en œuvre du projet, nous n'avons pas des études pour lesquelles on peut se baser pour évaluer l'expérience avec le PBF et en tirer des leçons.
- Il est donc important de réaliser des études sur l'approche PBF et de son impact sur le système sanitaire afin de tirer les leçons et de retenir les meilleures pratiques.

7.10.4 Recommandations

- Instaurer les BAQ aux FOSA afin d'améliorer la qualité de soins.
- Transférer une partie du budget d'investissement (compte d'affectation spéciale) en BAQ et chercher d'autres source de financement
- Augmenter le nombre des indicateurs PCA.
- Contractualiser aussi avec le secteur privé.
- Libérer le marché des médicaments afin d'éviter le monopole et d'assurer la qualité des produits et l'accréditation des distributeurs en gros des médicaments et d'autres intrants pour la santé
- Instaurer l'équité géographique.
- Digitaliser la vérification communautaire.
- Fusionner les réunions du comité régional de coordination (CRC) et la réunion du conseil régional (CR) dans une seule réunion.
- Fusionner la UN-FBR avec le Comité Technique.
- Budgétiser et planifier des études recherche-action.

7.10.5 Plan d'action ERV

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	Responsable	Délais
Le BAQ n'a pas été appliqué pour les FOSA	Instaurer le BAQ pour les FOSA éligibles	BM/ Ministère de la santé (MS)	A partir de T3 2025
La subvention de l'état est essentiellement sous forme de salaire	Transférer une partie du budget d'investissement (compte d'affectation spéciale) en BAQ	Ministère de finance/MS	2026
Les indicateurs PCA sont inférieurs à 25 indicateurs (14 IND)	Augmenter les nombres des indicateurs output pour les PCA	UN-FBR /BM	T3-2025
Le PBF est limité au secteur sanitaire publique	Faire un plaidoyer pour élargir le PBF vers le secteur sanitaire privé	Ministère de la santé	A partir de T3 2025
Les intrants sont monopolisés (Médicaments)	Autoriser les FOSA d'acheter les intrants (Médicaments) auprès des distributeurs agréés	Ministère de la santé	Immédiatement
Le bonus d'équité géographique n'a pas été appliqué	Instaurer le bonus d'équité géographique	UN-FBR /BM	T3 2025
Les prix des médicaments sont fixés par le niveau central	Autoriser les FOSA à déterminer leurs tarifs des médicaments en collaboration avec les comités de santé	Ministère de la santé	Immédiatement

La gestion des RH (les fonctionnaires de l'état) n'est pas autonome au niveau des structures	Donner le pouvoir au responsable des structures plus d'autonomie pour remettre les fonctionnaires à la disposition du MS	MS	T1-2026
Faible maîtrise des normes et des standards	Organiser une série de formation continue à tous les nouveaux	UN-FBR/MS	T4-2025
Vérification communautaire inefficace	Digitaliser la vérification communautaire	ERV/UN-PBF	Immédiatement
Chevauchement de rôle et procédures inutiles (CRC/CR et UN-FBR/comité technique)	Fusionner les réunions de CRC et CR dans une seule réunion. Fusionner l'UN-FBR avec le Comité Technique	UN-PBF/MS/BM	T1-2026
Absence des études sur l'impact du PBF sur le système sanitaire	Budgétiser et planifier des études recherche-action	UN-FBR/BM	T1-2026

7.11 **RDC – Alidor Kuamba**

7.11.1 Introduction

Depuis 2004, Alidor a travaillé avec l'ONG CORDAID (organisation internationale de droit Hollandais) en République démocratique du Congo qui appuyait quelques zones de santé. L'appui consistait à la contractualisation avec une approche hybride qui utilisait les intrants et subsides. Notons que cette expérience contractuelle fut la genèse de l'approche FBP en RDC. En vue de renforcer les capacités de son personnel sur la nouvelle approche FBP, CORDAID avait financé la participation de Alidor respectivement aux cours internationaux sur le PBF en 2006 avec CIF à Cyangugu (Rwanda) et en 2007 avec SINA Health à Katana Province du Sud Kivu en RDC. Les théories reçues de ces cours ont été mis en pratique dans la mise en échelle de PBF avec le Projet de Santé 9ème Fond Européen pour le Développement (9ème FED) la création des Établissements d'Utilité Publique en sigle EUP qui fonctionnent à ce jour comme ACV en RDC.

Cependant, depuis 2009, Alidor travaillait dans les projets de l'USAID qui n'a pas utilisé FBP comme seul et unique mode de financement mais un des mécanismes de financement à côté d'autres mécanismes comme approche des inputs.

7.11.2 Analyse des problèmes généraux

La suspension brutale de l'appui accordé par le gouvernement américain à travers son agence en développement aux États par l'entremise de son agence en développement USAID constitue un problème majeur car ayant entraîné nombreuses personnes en chômage. Car le marché d'emploi est quasi inexistant, et les chances de nouvel emploi sont minimales. D'où, il faut explorer toutes les opportunités possibles.

La dernière formation reçue depuis 2007 et à ce jour il y a des changements majeurs dans l'approche FBP qui nécessitent des mis à jour pour partager notre expérience.

Le FBP représente à ce jour des opportunités d'emploi, ainsi la non-connexion à la communauté FBP restreint mes chances du nouvel emploi.

Saisissant de l'opportunité du cours international organisé par SINA Health et BASP96 au Cotonou, Alidor a financé seul sa participation afin d'actualiser ses connaissances avec la mise à jour des certaines notions afin de parfaire et actualiser les connaissances sur l'approche FBP qui est en vogue et désirée par nombreux pays car cette approche est basée sur le fondement des théories classiques prouvées par des bonnes pratiques présente actuellement plus d'avantages dans le financement de système de santé au détriment du financement par inputs appliqué à ce jour par certains pays.

7.11.3 Plan d'Action

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	Qui ?	Quand ?
1. Connaissances en FBP datant de 2007 non alignées sur les réformes systémiques actuelles	- Suivre le cours international de FBP - Viser l'obtention du certificat at avec 'au moins la mention mérite du cours International de FBP - Produire, à l'issue du cours, une note d'analyse personnelle comparant l'approche "historique" du FBP connue en RDC avec les innovations systémiques du Mali pour identifier les gaps de connaissances et les opportunités d'adaptation.	Alidor Sous appui de SINA Health	Immédia- tement
2. Difficulté à traduire la théorie en appui technique pertinent pour appuyer des programmes FBP (Santé, Éducation) en cours ou des nouveaux programmes à venir à travers le monde	- Identifier et postuler à des postes de d'assistance technique de FBP - Devenir un formateur et un consultant de référence pour animer des sessions dans les cours FBP nationaux et internationaux - Proposer un appui technique même à coût réduit à une ONG / pays, pour tester les connaissances acquises	Alidor SINA Health et BASP	Continu
3. Accès limité au réseau professionnel FBP et faible visibilité en tant qu'expert potentiel	- S'engager dans les réseaux internationaux en participant activement à la Communauté de pratique FBP. - Assister à des conférences internationales sur le financement de la santé. - Suivre les publications et les évaluations d'impact récentes sur le FBP. - Contribuer à des recherches sur le FBP	Alidor SINA Health et BASP	Après la formation (1 mois)

7.11.4 L'approche historique du FBP en RDC et innovations du Mali

7.11.5 Introduction

Depuis plusieurs années, la RDC s'est lancée comme d'autres pays sur la politique de CSU dont les modalités de la mise en œuvre utilise plusieurs mécanismes de financement (gratuité totale des accouchements, tarification forfaitaire, achat stratégique, ...) visant à résoudre les goulots d'étranglement qui empêchent la population d'accéder aux soins de santé de qualité. La vision politique en matière de santé est bonne mais les décisions stratégiques sont à revoir car il y a eu au pays des menaces de suspendre la gratuité des accouchements par certaines structures de santé.

7.11.6 Analyse des problèmes généraux

L'expérience de la RDC en matière de FBP, bien que présente à travers des programmes antérieurs (ex. CORDAID, FED9, Banque Mondiale), nécessite aujourd'hui une modernisation appuyée par les dernières avancées observées dans le programme FBP du Mali. Le FBP représente une réponse structurelle à la fragmentation du financement de la santé, à la faible qualité des soins, et à la faible motivation des prestataires.

L'analyse croisée du manuel FBP, des rapports d'évaluation et certains articles publiés révèle une forte cohérence entre la théorie et la pratique, ce qui explique en grande partie le succès du programme FBP au Mali.

Les points de convergence :

- Ciblage des populations vulnérables : Le manuel prévoit des mécanismes d'équité pour améliorer l'accès des populations vulnérables. L'évaluation finale montre que ces mesures ont permis une couverture accrue chez les indigents (hausse de 248 à 6 882 bénéficiaires entre 2020 et 2023).
- Intégration du secteur privé : Comme prévu dans le manuel, les FOSA privées ont été contractées. L'évaluation montre qu'elles ont fourni jusqu'à 42 % des consultations médicales de base dans certaines régions.
- Utilisation de bonus qualitatifs (BAQ) : Les BAQ spéciaux ont bien été appliqués dans les zones fragiles, et ont amélioré les infrastructures, équipements et effectifs.

Les points à améliorer :

- Durabilité financière : Le manuel propose un ancrage institutionnel fort, mais l'évaluation indique une dépendance persistante au financement externe (BM, GFF, Pays-Bas), avec une faible mobilisation de ressources domestiques.
- Problèmes logistiques et retards : Malgré la clarté du manuel sur les cycles de paiement, les rapports d'évaluation relèvent des retards dans les versements, affectant la motivation des FOSA.

7.11.7 Éléments du succès de programme FBP du Mali

- Paiement de subsides plus élevés pour les indigents : Le nombre de bénéficiaires indigents a explosé, passant de 30 000 à 459 855 dépassants l'objectif révisé de plus de 400%. L'article sur Koulikoro confirme cette tendance avec une augmentation de

2745% entre 2020 à 2023. => L'incitation financière directe (subside 4x plus élevé) a été un levier puissant et a transformé l'accès aux soins pour les plus pauvres, bien au-delà des attentes. Vue de la profondeur de la pauvreté, l'insécurité et d'autres facteurs défavorables, le Mali a proposé que 25% des patients qui fréquentent une FOSA peuvent être exclus de paiement des tarifs à travers de la gratuité ciblée. L'identification des vulnérables est totalement décentralisée vers les centres de santé et leurs communautés.

- BAQ (spéciaux) : N'gabacoro, une FOSA isolée qui a pu, grâce à ce bonus, rénover ses infrastructures, acquérir des équipements, recruter du personnel qualifié (infirmière, sage-femme) et offrir le paquet minimum complet d'activités (PMA). => Ce mécanisme flexible corrige rapidement les inégalités structurelles entre FOSA, permettant aux plus vulnérables de rattraper leur retard et de devenir des acteurs performants du système. C'est un outil de mise à niveau accélérée.
- Intégration du secteur privé à but lucratif : L'implication des FOSA privées est passée de 29% à 77% des structures éligibles. Elles ont réalisé 42% de consultations et 18% démontrant une contribution significative notamment sur des activités qu'elles ne menaient pas auparavant. => Le FBP a réussi à aligner les intérêts du secteur privé sur les objectifs de santé publique, augmentant considérablement l'offre de soins globale et la couverture géographique, en particulier en milieu urbain.
- Autonomie de gestion des formations sanitaires (FOSA) : Les évaluations de la Banque Mondiale soulignent que l'autonomie a permis aux FOSA d'investir selon leurs besoins : construction de maternités, laboratoires, recrutement de 337 personnels qualifiés et achat de 329 motos pour les activités de proximité. => L'autonomie responsabilise les acteurs locaux et leur donne la flexibilité nécessaire pour répondre de manière contextuelle et efficace aux défis, ce qui est crucial en contexte fragile. => Même les zones contrôlées par les Jihadistes ont bénéficié du programme FBP sans problèmes car les FOSA ont le droit de recruter du personnel qui sont connus dans la communauté.
- Primes d'équité inter et intra-districts : L'évaluation de la BM confirme que ce bonus a permis d'allouer une part proportionnellement plus élevée des ressources aux zones reculées et vulnérables, atteignant les prestataires qui en avaient le plus besoin. => Cette prime a permis de corriger les disparités géographiques et structurelles, assurant que le financement ne favorise pas uniquement les zones les plus faciles d'accès.
- Vérification et contractualisation par des agences (ACV): L'établissement d'une agence de vérification nationale (CANAM) a été efficace, avec des coûts de vérification maintenue à 15% du budget FBP, ce qui est conforme aux standards internationaux, et a renforcé le rôle de l'État comme acheteur stratégique. => Ancrer au sein d'une institution nationale (CANAM) la vérification a été un facteur de succès, garantissant la pérennité et l'appropriation nationale de la fonction d'achat stratégique.

7.11.8 Innovations clés du programme FBP du Mali à transposer en RDC

Le contexte de la R.D. Congo, avec ses défis sécuritaires, sa vaste étendue géographique et un système de santé fragmenté, présente des similitudes avec celui du Mali. Une adaptation intelligente du modèle malien est donc non seulement possible, mais souhaitable. Ainsi,

- Prime d'équité personnelle pour les indigents : Le paiement de subsides 4x plus élevés pour les soins gratuits aux indigents est une innovation sociale majeure. Pour la RDC, cela permettrait de cibler les millions de déplacés internes et les populations les plus pauvres sans recourir à des systèmes de ciblage complexes et coûteux. La FOSA, avec l'appui de la communauté, identifie l'indigent et est fortement incitée à le soigner.
- Bonus d'Amélioration de la Qualité (BAQ) Spéciaux : C'est l'outil parfait pour les zones de santé enclavées du Kasai, de l'Ituri, du Maniema ou de l'Équateur. Un BAQ spécial pourrait permettre à un centre de santé délabré de construire une maternité, d'acheter un microscope ou de recruter une sage-femme, le transformant en un point de service viable en moins d'un court terme.
- Intégration structurée du secteur privé : Le modèle de sous-traitance où un CSCOM (public ou communautaire) signe des contrats de performance avec des cabinets privés ou des postes de santé de son aire de responsabilité est une excellente façon de formaliser et de réguler le secteur privé en RDC, tout en élargissant la couverture des services.
- L'Outil Indice pour la gestion : Cet outil, qui évalue la performance managériale des FOSA (cohérence recettes/dépenses, efficacité du personnel, etc.), est essentiel pour renforcer la gouvernance locale. Il pousse les gestionnaires de FOSA à devenir de véritables entrepreneurs sociaux.

En conclusion, l'implémentation réussie du FBP au Mali, dans un contexte de fragilité marqué par l'insécurité et l'instabilité politique, offre des enseignements précieux qui peuvent être capitalisés par la RDC.

7.12 Benin – Université - Tossou Emeline Jacqueline

7.12.1 Contexte

Le système de santé béninois est structuré autour d'un réseau d'infrastructures publiques, privées et confessionnelles. En 2014, le pays comptait plusieurs hôpitaux nationaux de référence, le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM), l'Hôpital Psychiatrique de Jacquot, l'hôpital Mère Enfant la Lagune, 42 hôpitaux dont 27 hôpitaux de zone, 571 centres de santé complets, et 2 197 structures privées recensées en 2012 (PND, 2018). Cette offre permettait une couverture géographique des infrastructures sanitaires estimée à 88,3 % (PND, 2018).

Toutefois, cette couverture ne se traduit pas nécessairement par un accès effectif aux soins. Le taux de fréquentation des formations sanitaires était de seulement 45,2% en 2016 (PND, 2018). Cette faible utilisation résulte notamment du faible niveau de revenu des populations, de la qualité insuffisante des plateaux techniques, ainsi que de l'organisation peu efficace des services. Malgré une amélioration de l'indice de capacité opérationnelle des structures sanitaires (passé de 59% en 2013 à 63% en 2015, la disponibilité des médicaments essentiels et produits vitaux restait limitée (43% en 2015) (PND, 2018).

Le pays dispose de ressources humaines qualifiées mais celles-ci ne sont pas suffisamment intégrées dans les formations sanitaires du pays. Ce qui limite la capacité du système de santé à répondre aux besoins de la population. En 2016, on dénombrait en moyenne 1,6 médecins pour 10 000 habitants et 3,2 infirmières ou sage-femmes pour 5 000 habitants, des ratios en dessous des normes internationales. À cela s'ajoutent une répartition inéquitable du personnel et une gestion encore peu performante de ces ressources (PND, 2018).

7.12.2 Le système de santé béninois est-il coût-efficace ?

Globalement, le système de santé du Bénin peut être qualifié de peu coût-efficace. Des efforts notables ont été réalisés grâce à des réformes telles que le Financement Basé sur la Performance (FBP), qui lie l'allocation des ressources aux résultats obtenus par les prestataires de soins. Ce mécanisme a permis des progrès mesurables sur plusieurs indicateurs, en particulier dans le domaine de la santé maternelle et infantile. L'Enquête Démographique et de Santé (EDSB 2017-2018) confirme cette tendance, en montrant une hausse du taux de consultations prénatales et de la proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié (INSAE & ICF International, 2019).

Cependant, ces progrès restent partiels et inégalement répartis, en particulier entre les zones urbaines et rurales. La fragmentation des prestations, les difficultés d'approvisionnement en médicaments, la faiblesse des ressources humaines et les barrières financières freinent l'optimisation des investissements. Cela limite la performance globale du système et affecte son efficience.

7.12.3 Les principaux défis

Le système de santé béninois est confronté à plusieurs problèmes structurels et organisationnels majeurs qui freinent son développement et son efficacité (PNDS, 2018), tels que :

- L'insuffisance de la gouvernance et du leadership ;
- La faible qualité des prestations de services et soins de santé ;
- L'insuffisance des ressources humaines ;
- L'insuffisance dans la gestion des ressources humaines ;
- L'insuffisance de l'information sanitaire et de la recherche en santé ;
- L'insuffisance du financement de la santé ;
- La faible gestion du médicament, des vaccins et des produits sanguins ;
- La faible gestion des infrastructures, des équipements et de la maintenance.

7.12.4 Est-ce que les problèmes peuvent être résolus avec le FBP ?

Dans ce contexte, le Financement Basé sur la Performance (FBP) constitue une approche prometteuse de réforme. Il repose sur une logique de résultats, définis comme la quantité et la qualité des services effectivement fournis, tout en ciblant les populations et les zones vulnérables (SINA HEALTH, 2025).

Le FBP peut contribuer à résoudre plusieurs problèmes structurels et organisationnels du système de santé béninois, à condition :

- de respecter les principes de pureté de l'approche, notamment l'autonomie des formations sanitaires, la vérification rigoureuse des résultats et l'octroi d'incitations liées à la performance ;
- et d'être pleinement intégré dans une stratégie nationale cohérente, soutenue par une volonté politique forte et une coordination intersectorielle efficace.

7.12.5 Pourquoi relancer le FBP au Bénin ?

Le Bénin a expérimenté le FBP pendant plusieurs années, dans le cadre de projets pilotes et d'initiatives soutenues par des partenaires techniques et financiers. Cette approche a permis d'enregistrer des résultats encourageants, notamment une meilleure motivation du personnel de santé, la réhabilitation de plusieurs infrastructures sanitaires et l'acquisition d'équipements médicaux. Toutefois, cette initiative n'a pas produit tous les résultats escomptés, principalement en raison des insuffisances techniques et institutionnelles majeures. L'un des facteurs clés de cet échec réside dans l'absence d'une Cellule Technique Nationale FBP pleinement opérationnelle, intégrée au sein du ministère de la Santé à un niveau stratégique, apte à assurer la coordination efficace entre les directions centrales, les programmes verticaux et les structures de prestation.

L'expérience internationale a permis de dégager 23 critères de pureté qui conditionnent la réussite d'un projet FBP. Parmi eux, l'ancrage institutionnel fort et l'autonomie de la cellule technique sont essentiels. En ne respectant pas ces principes fondamentaux, le Bénin n'a pas réellement testé un modèle de FBP "pur", tel qu'appliqué avec succès dans d'autres pays africains comme le Rwanda, le Burundi et le Mali.

Pourtant, les données disponibles révèlent un potentiel de réussite encore perfectible. Selon le rapport du 80^e cours FBP tenu en juin 2019 au Bénin, le score de faisabilité du FBP dans le pays était estimé à 48% (SINA HEALTH, 2019). Bien que ce score reste en dessous du seuil optimal, il demeure supérieur à celui de plusieurs pays ayant pourtant mis en œuvre le FBP avec succès. Ce résultat reflète à la fois les avancées déjà enregistrées et la maturité relative du système, ce qui laisse entrevoir des conditions favorables pour relancer une version améliorée du FBP, à condition de lever les obstacles institutionnels identifiés.

Il est donc impératif de repenser et de relancer le FBP au Bénin, en commençant par mettre en place une Cellule Technique Nationale FBP rattachée à un niveau stratégique du ministère de la Santé, afin d'assurer une gouvernance efficace, une coordination cohérente et une appropriation nationale de la réforme. La relance du FBP au Bénin serait particulièrement pertinente si elle s'intégrait pleinement à la mise en œuvre du projet ARCH, notamment dans son volet de couverture sanitaire universelle. Le rapport de la Banque mondiale intitulé « Mali - Accelerating Progress Towards Universal Health Coverage » illustre comment la combinaison du FBP avec la couverture sanitaire universelle peut contribuer à améliorer la qualité des soins, l'efficacité du système et l'équité, en conditionnant les financements à la performance des prestataires (The World Bank, 2025). Cette expérience malienne constitue un cadre d'inspiration précieux pour renforcer l'efficacité du système de santé béninois.

Cela ne pourra se faire que dans un autre contexte institutionnel, car le gouvernement actuel s'est déjà engagé dans d'autres accords avec la Banque mondiale, notamment à travers le Programme de Renforcement des Filets Sociaux au Bénin (PforR).

7.12.6 Une expérience réussie du FBP en contexte fragile : le cas du Mali

Les expériences réussies dans des pays confrontés à des défis encore plus complexes que ceux du Bénin démontrent que le FBP peut être un outil de transformation efficace lorsqu'il est correctement mis en œuvre. L'exemple du Mali, en particulier, constitue une source d'inspiration précieuse, tant par sa capacité à adapter le FBP à un environnement fragile que par les résultats concrets obtenus.

En effet, le Mali, l'un des pays les plus pauvres au monde, faisait face à des niveaux élevés de morbidité et de mortalité, les maladies transmissibles, maternelles, néonatales et nutritionnelles représentant 73 % de la charge de morbidité (The World Bank, 2025). Entre 2009 et 2015 des progrès ont été réalisés dans l'expansion des services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente et de nutrition (The World Bank, 2025). Cependant, ces avancées n'ont pas suffi à atteindre les objectifs de couverture sanitaire universelle (CSU). Plusieurs défis persistaient, notamment la fréquence des grossesses précoces, l'inachèvement des consultations prénatales, l'insuffisante diversification alimentaire des enfants, ainsi que la prise en charge encore limitée de la fièvre ou du paludisme. En outre, d'importantes disparités subsistaient entre les groupes socio-économiques et les zones géographiques en matière d'accès aux services de santé. Dans ce contexte, le projet « Mali - Accélération des progrès vers la couverture sanitaire universelle » a permis d'étendre le Financement Basé sur la

Performance (FBP), déjà mis en œuvre avec succès dans la région de Koulikoro, à plusieurs autres régions du pays. En tant que véritable changement de paradigme, le FBP permet aux structures de santé de bénéficier de ressources supplémentaires proportionnelles à leurs performances, mesurées en fonction de la quantité et de la qualité des services fournis, tout en renforçant leur autonomie de gestion. Ce mécanisme a notamment permis d'améliorer la qualité des soins et l'accès aux services pour les populations à faibles revenus. Le projet a eu un impact considérable, générant des résultats concrets qui ont largement dépassé les objectifs initiaux. Par exemple, la proportion de femmes ayant bénéficié d'au moins quatre consultations prénatales est passée de 13,3 % à 38 %, et le score moyen de qualité des soins est passé de 37 % à 84 %. Près de 460 000 personnes indigentes ont accédé aux soins (soit 1 433 % de l'objectif initial), et 571 883 accouchements ont été assistés par du personnel qualifié (soit 254 % de la cible) (The World Bank, 2025).

Ces résultats sont appuyés par plusieurs études empiriques menées sur le terrain notamment dans la région de Koulikoro. Par exemple, Bagayoko et al. (2025) montrent qu'un centre de santé a pu, grâce aux bonus d'amélioration de la qualité (BAQ), rénover ses infrastructures, s'équiper (électricité solaire, forage, mobilier), recruter du personnel et élargir son offre de soins, passant des soins prénataux de base à un paquet complet de services préventifs, curatifs et de santé reproductive. Le score de qualité y est passé de 67 à 89 entre 2022 et 2024. Une deuxième étude, menée également par Bagayoko et al. (2025) s'est intéressée au renforcement de l'équité dans l'accès aux soins de santé par les populations indigentes dans la région de Koulikoro, au Mali. Les résultats ont montré que l'introduction du FBP, avec l'adoption d'instruments d'équité tels que la prime personnelle et les primes d'équité inter- et intra-district a permis d'améliorer significativement la prise en charge des personnes indigentes et vulnérables, par rapport au système d'assistance médicale antérieur.

Enfin, une troisième étude, réalisée par Bagayoko, Diabaté et Tamga (2025) porte sur l'intégration des FOSA privées dans le programme FBP dans la même région. Elle montre que l'intégration des FOSA privées dans le programme FBP dans la région de Koulikoro a permis d'améliorer plusieurs indicateurs de performance. En effet, en 2023, ces structures privées ont réalisé jusqu'à 42% des consultations effectuées par des médecins au niveau des centres de santé de premier échelon (PMA), ainsi que 19% des quatrièmes visites prénatales avant l'accouchement. De plus, la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié dans les FOSA privées est passée de 0 % à 18 % en quatre ans.

Les résultats obtenus au Mali montrent que le FBP peut bien fonctionner même dans un contexte difficile. Cette expérience peut inspirer d'autres pays comme le Bénin pour améliorer leur système de santé dans le cadre de leur progression vers la couverture sanitaire universelle.

7.12.7 Recommandations spécifiques

- Elaborer un plaidoyer en faveur de la relance du PBF au Bénin avec l'appui des différents partenaires techniques et financiers (Banque mondiale, Fonds mondial, Programme Paludisme/VIH etc) ;
- Intégrer le FBP dans les programmes de formation universitaire et professionnelle.

Pour garantir la pérennité de la réforme, il est essentiel d'introduire le FBP dans les curricula académiques des universités et des instituts de formation en santé, notamment à l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP) de Ouidah. Il convient également de collaborer avec les universités publiques et privées (UAC, UPI-B, ESGIS, etc.) ainsi qu'avec les écoles paramédicales, afin d'intégrer ces contenus dans les parcours diplômants en santé publique, gestion des services de santé, et économie de la santé.

7.12.8 Plan d'action

Action	Comment y arriver	Cible	Echéance / période
Contacteur le Directeur de l'IRSP	- Demander un rendez-vous pour discuter de l'enseignement d'un module FBP dans les modules d'Économie de la sante et Santé publique	- Directeur de l'IRSP	- Août 2025
Rédiger une note conceptuelle	- Faire un suivi de la rencontre et envisager l'élaboration de module FBP dans les cursus de formations en santé	- IRSP, UAC, ministère de la Santé	- Sept 2025
Élaborer un module de formation FBP	- Constituer une petite équipe d'experts pour rédiger le contenu avec l'appui financier de l'IRSP	- Professionnels FBP - Enseignants	- Octobre - Nov 2025
Intégrer le module dans les programmes de formation	- Proposer l'ajout du module aux responsables pédagogiques	- IRSP, UAC	- Janvier 2026
Former quelques enseignants sur le contenu	- Organiser un atelier court de formation de formateurs	- Enseignants	- Février 2026

7.12.9 Références bibliographiques

- Bagayoko, M., Diabaté, M., & Tamga, D. (2025). Performance-Based Financing, a Successful Approach to Improve the Involvement of Private Health Structures in Primary Health Care Delivery, Case of the Koulikoro Region in Mali. *SAS Journal of Medicine*, 11(05), 425-434. <https://doi.org/10.36347/sasjm.2025.v11i05.009>
- Bagayoko, M., Diabate, M., & Tamga, D. (2025). The Granting of Special Quality Improvement Bonuses is an Efficient Means of Correcting Inequities and Accelerating Health Coverage in Mali's Results-Based Financing Model. *SAS J Med*, 5, 526-529.
- Bagayoko, M., Diabaté, M., Tamga, D., & Keita, Y. (2025). Strengthening Equity in Access to Basic Health Care for Indigents via PBF : Selected Key Results in Koulikoro Region, Mali. *SAS Journal of Medicine*, 11(05), 530-537. <https://doi.org/10.36347/sasjm.2025.v11i05.026>

- INSAE, & ICF International. (2019). *Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-IV) 2017-2018*. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE), Cotonou, Bénin et Rockville, Maryland, USA.
- PND. (2018). *Plan National de Développement 2018-2025*.
- PNDS. (2018). *Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022*.
- SINA HEALTH. (2019). *Rapport du 80ème cours PBF de Cotonou*.
- SINA HEALTH. (2025). *Financement basé sur la performance en action. Théorie et Instruments. Guide de cours avec 17 modules*. https://www.sina-health.com/?page_id=585&lang=fr
- The World Bank. (2025). *Mali - Accelerating Progress Towards Universal Health Coverage (P165534)*. Implementation completion and results report. Report No: ICR00038