Rapport du 97e cours FBP

(Financement Basé sur la Performance)

Du 13 au 25 juillet 2026 à Cotonou, Bénin

Les 32 participants du cours avec les facilitateurs en face de l'hôtel

***Version* 06-08-2026**

Joseph Catraye
Robert Soeters
Adolphe Kpatchavi
Célestin Kimanuka
Aoudi Ibouraima

CONTENU DU RAPPORT

ABBREVIATIONS **5**

1. RÉSUMÉ DU 97E COURS FBP ET RECOMMANDATIONS **6**
1.1 LE COURS FBP A COTONOU – QUELQUES IMPRESSIONS 6
1.2 PREUVE QUE LE FBP DONNE DE BONS RESULTATS 6
1.3 POURQUOI DIFFERENTS GOUVERNEMENTS N'ADHERENT PAS PLEINEMENT AU FBP ? 7
1.4 MAURITANIE 7
1.5 MALI 7
1.6 TCHAD 8
1.7 LA REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE 8
1.8 LE NIGER 8
1.9 LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO 8

2. ENGLISH SUMMARY COURSE WITH RECOMMENDATIONS **9**
2.1 THE PBF COURSE IN COTONOU – SOME IMPRESSIONS 9
2.2 EVIDENCE THAT PBF YIELDS GOOD RESULTS 9
2.3 WHY AREN'T COUNTRIES EMBRACING PBF REFORMS MORE WIDELY? 9
2.4 MAURITANIA 10
2.5 MALI 10
2.6 CHAD 11
2.7 CENTRAL AFRICAN REPUBLIC 11
2.8 NIGER 11
2.9 DEMOCRATIC REPUBLIC OF THE CONGO 11

3. INTRODUCTION DU 97E COURS FBP DE COTONOU **12**
3.1 HISTOIRE DES COURS FBP 12
3.2 OBJECTIFS DU COURS 12
3.3 METHODOLOGIE DU COURS 13
3.4 LES PARTICIPANTS 13
3.5 L'EQUIPE DE FACILITATION 13
3.6 PRE- ET POST-TEST DU COURS 14

4. DÉROULEMENT DU 97E COURS FBP DE COTONOU **15**

5. ÉVALUATIONS JOURNALIÈRES PAR LES PARTICIPANTS **22**

6. ÉVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS **25**
6.1 PREPARATION ET IMPRESSION GENERALE SUR LE COURS 25
6.2 ASPECTS RELATIFS A LA DUREE DE LA FORMATION 25
6.3 L'ORGANISATION DE LA FORMATION 26
6.4 METHODOLOGIE ET CONTENU DU COURS 27
6.5 LA CONDUITE DU COURS ET LA FACILITATION 27
6.6 APPRECIATION PAR MODULE 28
6.7 COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS SPECIFIQUES DES PARTICIPANTS DE COTONOU 29

7. PLANS D'ACTION DES GROUPES **31**
7.1 MALI – NIVEAU CENTRAL – COMITE NATIONAL DE PILOTAGE 31
7.1.1 Contexte général 31
7.1.2 Contexte du comité national de pilotage 32
7.1.3 Problèmes identifiés par le comité national de pilotage ; 33
7.1.4 Les problèmes identifiés peuvent-ils être résolus avec le FBR ? 33
1.1.6. Score de faisabilité des 23 indicateurs 33
7.1.5 Recommandations 35
7.1.6 Plan d'action Comité National de Pilotage 35
7.2 MALI - ÉQUIPES REGIONALES DE LA SANTE (8X) 37
7.2.1 Contexte 37

7.2.2 Histoire du FBR dans les huit régions ... 38
7.2.3 Score de faisabilité ... 39
7.2.4 Recommandations communes des huit régions ... 40
7.2.5 Plan d'action général des huit régions ... 40
7.2.6 Région de Sikasso avec plan d'action ... 40
7.2.7 Région de Tombouctou avec plan d'action ... 42
7.2.8 Région de Dioïla avec plan d'action ... 44
7.2.9 La région de Bougouni avec plan d'action ... 46
7.2.10 La région de Koutiala avec plan d'action ... 48
7.2.11 La région de San avec plan d'action ... 49
7.2.12 Région de Bandiagara avec plan d'action ... 50
7.2.13 District de Bamako avec plan d'action ... 52
7.3 MALI – DISTRICTS : ARRONDISSEMENT VI BAMAKO URBAIN ET DOUENTZA ... 55
7.3.1 Résumé du groupe de district Mali ... 55
7.3.2 Contexte général ... 55
7.3.3 Profil sanitaire général ... 56
7.3.4 Contexte du système de financement au Mali avant FBR ... 56
7.3.5 Financement de la santé au Mali et Financement Basé sur les Résultats (FBR) 57
7.3.6 Indicateurs de santé spécifiques ... 58
7.3.7 Score de faisabilité des deux districts sanitaires ... 59
7.3.8 Commune VI dans la ville de Bamako ... 61
7.3.9 District de Douentza ... 63
7.3.10 Sigles & abréviations ... 64
7.3.11 Références ... 65
7.4 MAURITANIE -CENTRAL ... 65
7.4.1 Contexte ... 65
7.4.2 Analyse des problèmes ... 66
7.4.3 Recommandations générales ... 68
7.4.4 Principales recommandations au Gouvernement ... 70
7.4.5 Recommandations au ministère de la Santé ... 70
7.4.6 Recommandations à l'Unité Nationale FBP ... 71
7.4.7 Plan d'action détaillé ... 71
7.5 MAURITANIE - DIRECTIONS REGIONALES ... 72
7.5.1 Contexte ... 72
7.5.2 Histoire du PBF en Mauritanie ... 72
7.5.3 Score de faisabilité - 44% ... 73
7.5.4 Analyse du problème ... 75
7.5.5 Recommandations ... 76
7.5.6 Plan d'action DRS ... 76
7.6 MAURITANIE – ÉQUIPES REGIONALES DE VERIFICATION ... 77
7.6.1 Contexte ... 77
7.6.2 Étude de faisabilité ... 78
7.6.3 Analyse du problème ... 78
7.6.4 Plan d'action ... 78
7.7 PLAN D'ACTION DU TCHAD ... 78
7.7.1 Contexte général ... 78
7.7.2 Contexte Santé ... 79
7.7.3 Histoire du FBP au Tchad ... 79
7.7.4 Résultats obtenus du FBP au Tchad ... 80
7.7.5 Forces du FBP ... 82
7.7.6 Problèmes ... 82
7.7.7 Score de faisabilité ... 83
7.7.8 Recommandations ... 85
7.7.9 Plan d'action ... 86

7.8 PLAN D'ACTION DU NIGER 88
7.8.1 Contexte général 88
7.8.2 Contexte Santé 88
7.8.3 Histoire du FBP au Niger 89
7.8.4 Rôle de l'ACV et celui du participant au cours FBP 90
7.8.5 Problèmes identifiés par le groupe de Lomé en janvier 2025 90
7.8.6 Constats de problèmes actuels juillet 2026 91
7.8.7 Score de faisabilité 91
7.8.8 Hypothèses fatales (HF) 93
7.8.9 Recommandations 94
7.8.10 Plan d'action détaillé 94
7.9 REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE 96
7.9.1 Introduction 96
7.9.2 Contexte général 96
7.9.3 Contexte santé 97
7.9.4 Objectifs 97
7.9.5 Analyse des problèmes du système de santé 98
7.9.6 Score de faisabilité 99
7.9.7 Hypothèse fatale 100
7.9.8 Méthodologie 100
7.9.9 Recommandations 101
7.9.10 Plan d'action 101
7.9.11 Calendrier global (Chronogramme) 102
7.9.12 Responsabilités 102
7.9.13 Conclusion 102
7.10 RDC – PBF DANS LES URGENCES SANITAIRES 103
7.10.1 Contexte & Justification 103
7.10.2 Analyse des problèmes dans le contexte des urgences de santé publique 103
7.10.3 Résultats qui pourraient être achetés par le FBP 104
7.10.4 Architecture proposée du FBP appliqué aux urgences sanitaires 106
7.10.5 Plan d'action opérationnel 107

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. RÉSUMÉ du 97e COURS FBP et RECOMMANDATIONS

English version of this summary; see page 10 below.

1.1 Le cours FBP à Cotonou – quelques impressions

Ce 97e cours international comptait 32 participants issus de six pays. Les deux plus grands groupes étaient ceux de la Mauritanie (15) et du Mali (13). Il y avait aussi des participants de la RDC (1), de la RCA (1), du Tchad (1) et du Niger (1).

L'équipe de facilitation a donné des feedbacks sur les plans d'action des groupes dès le début du cours. Cela a permis aux groupes de modifier et d'améliorer leurs plans d'action jusqu'à trois ou cinq fois.

Cinquante-sept pour cent des participants ont trouvé le cours de deux semaines trop court, ainsi que le temps consacré aux discussions et au travail en groupe. Les modules de microéconomie, d'économie de la santé et de théorie étaient jugés difficiles.

Le test final avait une moyenne de 73,3 %, légèrement inférieure à celle des tests des cours francophones précédents. Il y avait sept distinctions (90 % ou plus), 25 mérites (de 53 % à 87 %) et deux participations (50 % ou moins). Le genre féminin, avec seulement quatre participants, était fortement sous-représenté dans le cours, mais son score au test final était de 79 %, soit 6 points de plus que celui du genre masculin.

1.2 Preuve que le FBP donne de bons résultats

En 2024 et 2025, trois rapports d'achèvement de projet « project completion reports » de la Banque mondiale ont démontré que le FBR a obtenu de très bons résultats, tant en quantité qu'en qualité, au Burundi, au Zimbabwe et au Mali au cours des 20 dernières années.

En outre, les résultats en matière d'appui aux personnes vulnérables ont été significativement améliorés au Mali grâce à la pleine mise en œuvre des instruments d'équité du FBP, et les formations sanitaires ont également été payées à temps. Ce dernier élément est très important, car les formations sanitaires doivent d'abord préfinancer les soins gratuits destinés aux personnes vulnérables.

En 2026, une autre étude d'intervention FBP –témoins, réalisée par l'OMS au Tchad et portant sur neuf millions de bénéficiaires, avait donné des résultats significatifs pour 19 des 27 indicateurs d'output, ainsi qu'une amélioration de la qualité comprise entre 14 et 36 %. Ce succès a été obtenu avec un score de faisabilité encore faible, d'environ 56 %, et démontre que les résultats pourraient être encore plus significatifs si l'on améliorait la conception du programme FBP du Tchad.

On peut conclure que la preuve des bons résultats du FBP est significative et croissante dans plusieurs pays, dans des conditions différentes. Pourquoi les pays n'adhèrent pas plus aux réformes FBP.

1.3 Pourquoi certains gouvernements n'adhèrent-ils pas pleinement au FBP ?

La raison principale semble être que, au niveau central des pays, les autorités préfèrent *conserver le pouvoir de gérer les intrants plutôt que de payer directement les* prestataires, les équipes cadres des districts, les associations communautaires et tous les autres acteurs du système FBP.

La raison secondaire est que, dans la littérature académique, *certains articles ont mis en doute le bien-fondé du FBP.* Cependant, cette critique, à notre avis, n'était pas justifiée, car ces études académiques reposaient sur des montages conceptuels de FBP inadéquats.

Pour cela, SINA Health a développé, depuis environ douze ans, un instrument de score de faisabilité comportant 23 critères. Si le score est plus bas, la probabilité de succès diminue et la recommandation est d'atteindre au moins 80 % pour la garantir.

1.4 Mauritanie

Le groupe de la *Mauritanie* était le plus grand, avec 15 personnes dans le cours. Le FBP est en phase de mise à l'échelle, atteignant 80 % de la population, et comprendra également une part du capital de Nouakchott.

Les participants de Mauritanie ont constaté que le score de faisabilité FBR était encore faible, à 44 %. Les principaux problèmes identifiés sont l'absence de bonus d'amélioration de la qualité (BAQ), une contribution faible de l'État (10%), 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, ainsi que la présence d'organes superflus. Le groupe a élaboré un plan de plaidoyer solide pour améliorer le montage conceptuel du FBP en Mauritanie et propose également de le mettre en œuvre à 100 % à l'échelle nationale.

1.5 Mali

Treize participants maliens ont participé à la formation, dont l'un a financé sa participation lui-même. Le groupe malien était composé de trois membres du comité de pilotage national du PBF, de représentants de huit régions et de deux districts. Cinq participants maliens ont obtenu une distinction à l'examen final. Ils ont joué un rôle important durant la formation et ont contribué à des discussions souvent passionnantes.

Leurs plans d'action ont visé à pérenniser le FBP au Mali, à planifier la recherche-action sur le FBP urbain, ainsi que sur les mécanismes et instruments du FBP d'urgence.

Le FBP urbain dans l'arrondissement VI de Bamako, qui va démarrer, nécessite une approche adaptée, différente de l'approche traditionnelle. Le FBP a testé avec succès l'approche urbaine dans les villes de Douala et de Yaoundé, principalement fondée sur le partenariat public-privé, sans discrimination dans l'attribution des contrats du FBP.

Les représentants du terrain au cours confirment que les formations sanitaires dans les *zones instables n'ont pas de difficultés à continuer de fonctionner.* Les FOSAs sont également en mesure de recruter du personnel qualifié grâce à des fonds propres issus du recouvrement des coûts et des subsides du FBP.

Cela nous semble un *constat d'une immense importance politique.* Il signifie qu'avec des financements nationaux et internationaux de seulement 4 à 7 USD par personne et par an, il est possible de fournir un appui social important dans le secteur de la santé et de générer des emplois, plutôt que de pousser les jeunes vers des activités armées ou de les voir devenir réfugiés. Le même s'applique lorsqu'on applique le FBP au secteur de l'éducation.

Cependant, cette dernière possibilité demeure largement ignorée par de nombreux centres de pouvoir disposant des moyens de mobiliser les fonds nécessaires. Les gouvernements ouest-africains privilégient l'achat d'armements, et les organisations internationales continuent de s'appuyer sur des stratégies fondées sur la distribution centralisée des ressources.

La Banque mondiale, dans plusieurs pays (Mali, Mauritanie, Tchad, Guinée, Niger), l'Ambassade des Pays-Bas au Mali et quelques ONGs sont des exceptions.

1.6 Tchad

Un membre du bureau de la Banque mondiale à N'Djamena a assisté au cours et a joué un rôle important en expliquant le FBP aux autres participants. Son plan d'action s'oriente surtout vers la pérennisation du FBP au Tchad. Il a partagé un rapport d'évaluation de l'intervention FBP-témoins, très significatif en faveur du FBP

1.7 La République centrafricaine

Le représentant de la RCA, sous autofinancement, est responsable des programmes de vaccination dans la RCA. Il a élaboré un plan d'action visant à mieux utiliser les outils du FBP afin d'améliorer le taux de vaccination et de mener une recherche-action sur ce sujet.

1.8 Le Niger

Le représentant du Niger travaille pour une ONG qui joue le rôle de l'ACV dans le pays. Il a constaté plusieurs problèmes conceptuels et organisationnels au sein du programme FBP au Niger. Il a élaboré un plan d'action de plaidoyer visant à accélérer le déploiement du FBP au Niger. Nous constatons à Niamey un intérêt croissant, notamment de la part d'une nouvelle équipe de la cellule technique nationale du FBP, pour faire avancer le FBP.

1.9 La République démocratique du Congo

Le représentant de la RDC travaille comme consultant pour la Banque mondiale.

Il a élaboré un plan d'action sur la manière dont le gouvernement de la RDC pourrait mieux intégrer les instruments du FBP d'urgence au programme national du FBP, qui couvre une large partie du pays.

2. ENGLISH SUMMARY COURSE with RECOMMENDATIONS

2.1 The PBF course in Cotonou – some impressions

This 97th international course had 32 participants from six countries. The two largest groups were from Mauritania (15) and Mali (13). There were also participants from the DRC (1), the CAR (1), Chad (1), and Niger (1).

The facilitation team provided feedback on the groups' action plans right from the start of the course. This allowed the groups to modify and improve their action plans up to three or five times.

Fifty-seven percent of participants felt the two-week course was too short, as was the time allocated for discussions and group work. Participants found the microeconomics, health economics, and theory modules difficult.

The final test average was 73.3%, slightly lower than in previous Francophone courses. There were seven distinctions (90% or higher), 25 merits (53% to 87%), and two participation-only results (50% or lower). Women were significantly underrepresented in the course, with only four participants, yet their final test score was 79%—six points higher than men's.

2.2 Evidence that PBF yields good results

In 2024 and 2025, three World Bank project completion reports showed that PBF achieved very good results—in both quantity and quality—in Burundi, Zimbabwe, and Mali over the past 20 years.

Furthermore, support outcomes for vulnerable populations improved significantly in Mali thanks to the full implementation of PBF equity mechanisms, and health facilities were paid on time. This latter point is crucial, as health facilities must initially pre-finance free care provided to vulnerable individuals.

In 2026, another PBF intervention-control study in Chad, covering nine million beneficiaries, yielded significant results for 19 of 27 output indicators and improved quality by 14% to 36%. This success was achieved despite a still-low feasibility score—around 60%—showing that results could be even more significant if Chad’s PBF program were better designed.

Evidence of PBF’s positive results is significant and growing across countries and contexts.

2.3 Why aren't countries embracing PBF reforms more widely?

The primary reason appears to be that *central authorities prefer to retain control* over managing inputs rather than paying directly for results—whether to service providers, district management teams, community associations, or other actors within the PBF system.

A secondary reason is that some *academic articles have questioned the merits of PBF.* However, in our view, this criticism was unfounded, as those academic studies were done in countries (Benin, Burkina Faso, and DRC Katanga) where the PBF program

contained several PBF conceptual design problems, such as lack of autonomy given to health facilities, input financing, or excluding the private sector from contracts

To address this, SINA Health developed a feasibility scoring tool comprising 23 criteria over a decade ago. A lower score reduces the likelihood of success; the recommendation is to achieve at least 80% to ensure success.

2.4 Mauritania

The Mauritania group was the largest, with 15 participants. The PBF program is currently being scaled up to cover 80% of the population and will also include part of the capital city, Nouakchott.

Participants from Mauritania noted that their PBF feasibility score was still low, at 44%. The main issues identified are the absence of a quality improvement bonus (BAQ), a low State contribution (10%), the monopoly on medicine distribution, the failure to factor the geographic equity bonus into the calculation of provider payments, overlapping roles (between the ERV and the Regional Council) and procedures, and the existence of redundant bodies. The group has developed a robust advocacy plan to improve the conceptual design of the PBF (Performance-Based Financing) scheme in Mauritania and proposes scaling up PBF nationwide to 100% coverage.

2.5 Mali

Thirteen participants from Mali attended the training, and one self-funded their participation. The Malian group comprised three members of the PBF national steering committee, along with representatives from eight regions and two districts. Five Malian participants achieved distinction in the final exam. They played a significant role during the training and contributed to highly engaging discussions.

Their action plans focused on ensuring the sustainability of PBF in Mali, planning action research on urban PBF, and addressing mechanisms and instruments for emergency PBF.

The urban PBF initiative about to launch in Bamako’s District VI requires an approach tailored differently from the traditional model. PBF has successfully piloted the urban approach in Douala and Yaoundé; this model relies primarily on public-private partnerships and ensures non-discrimination in allocating PBF contracts.

Field representatives confirmed that health facilities in unstable areas face no difficulties in maintaining operations. These facilities can also recruit qualified staff using their own funds, derived from cost recovery and PBF subsidies.

We consider this a finding of immense political significance. It demonstrates that, with national and international funding of just USD 4–7 per person per year, it is possible to provide substantial social support in the health sector and create jobs—thereby preventing young people from being drawn into armed conflict or becoming refugees. The same applies when PBF is implemented in the education sector.

However, many centers of power that can mobilize the necessary funds largely overlook this latter possibility. West African governments prioritize arms procurement, while

international organizations continue to rely on strategies based on centralized resource distribution. The World Bank (in several countries: Mali, Mauritania, Chad, Guinea, Niger), the Embassy of the Netherlands in Mali, and a few NGOs are exceptions.

2.6 Chad

A staff member from the World Bank office in N'Djamena attended the course and played a key role in explaining PBF to the other participants. His action plan focuses primarily on PBF's long-term sustainability in Chad. He shared an evaluation report on the PBF-control group intervention, which strongly supported the PBF approach.

2.7 Central African Republic

The representative from the CAR, who attended on a self-funded basis, is responsible for vaccination programs in the country. He developed an action plan to make better use of PBF tools to improve vaccination rates and to conduct action research on this subject.

2.8 Niger

The representative from Niger works for an NGO that acts as the Verification Agency (ACV) in the country. He identified several conceptual and organizational issues within the PBF program in Niger. He developed an advocacy action plan to accelerate PBF rollout in Niger. We are observing growing interest in Niamey—particularly from a new team within the national PBF technical unit—in advancing the PBF agenda.

2.9 Democratic Republic of the Congo

The DRC representative works as a World Bank consultant.

He developed an action plan on how the DRC government could better integrate emergency PBF instruments into the national PBF program, which covers much of the country.

3. INTRODUCTION du 97e 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 ont organisé, entre eux, au moins 20 cours de FBP. Le premier manuel du cours FBP a été publié en 2009 et mis à jour régulièrement avant chaque nouvelle édition. À ce jour, plus de 3 200 participants de nationalités diverses ont pris part aux cours, et une grande partie d'entre eux est devenue défenseure du FBP dans leur pays respectif.

Le FBP constitue une voie prometteuse pour atteindre la Couverture Sanitaire Universelle. Le FBP s'éloigne des idées traditionnelles du système de santé, ce qui suscite souvent une résistance qu'il faut surmonter afin de dissiper les inquiétudes. Pour ce faire, ce cours va au cœur des théories, des pratiques et des instruments du FBP.

Depuis quelques années, le FBP a été testé avec succès dans l'éducation dans certains pays, comme la République démocratique du Congo (RDC), la République centrafricaine (RCA) et le Burundi, ainsi que 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 distingue le FBP des paradigmes des soins de santé primaires et de l'initiative de Bamako. Les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs sociaux sont *rares,* et c'est pourquoi il est devenu impératif de les utiliser de la manière la plus efficace et efficiente possible. Cela place les défenseurs du FBP en position d'entrepreneurs sociaux plaidant en faveur de la justice sociale.

En effet, l'objectif du FBP, en général, et du cours, en particulier, est d'éclairer 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 de personnes adhérant au FBP, afin d'assurer un plaidoyer à différents niveaux pour que le financement basé sur la performance remplace les systèmes traditionnels de santé et d'éducation fondés sur les intrants.
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 en pratique.
3. Développer, pour les participants, un plan d'action individuel SMART à mettre en œuvre à leur retour sur le lieu de travail.

3.3 Méthodologie du cours

La méthodologie appliquée était mixte, à savoir : des questions-réponses, du travail de groupe, des jeux de rôle, des visites de terrain et des posters en carrousel.

3.4 Les participants

Le 97e cours FBP a compté 32 participants, dont 4 femmes et 28 hommes. Le tableau ci-dessous présente la liste des participants.

Tableau 1 : Nom des participants, profession, genre, organisation, pays, région

	Noms	Prénoms	Profession	Genre	Organisation	Pays	Region
1	DABOU	Kizito	Médecin	m	DRS Tombouctou	Mali	Tombouctou
2	DIABATE	Mamadou Lamine	Médecin	m	Point Focal DRS Bamako	Mali	Bamako
3	DIALL	Ibrahim Gagna	Médecin	m	DRS Bougouni	Mali	Bougouni
4	DIALLO	Hamed	Médecin	m	MCD Arrondiss VI BMK	Mali	Bamako
5	DIARRA	Assitan Jocelyne	Médecin	f	Assistant National FBR	Mali	Bamako
6	DIARRA	Sylvie Mafio	Médecin	f	DRS Koutiala	Mali	Koutiala
7	SANOGO	Issa	Médecin	m	DRS San	Mali	San
8	SISSOKO	Madiba	Médecin	m	Méd CS Réf Douentza FBR	Mali	Mopti - Douentza
9	SOGODOGO	Seydou	Médecin	m	Inspecteur de la Santé	Mali	Bamako
10	TEME	Abdoulaye	Médecin	m	DRS Diola	Mali	Doila
11	TRAORE	N'Tolé	Médecin	m	Point FocFBR Sikasso	Mali	Sikasso
12	TRAORE	Bouyagui	Médecin	m	Conseiller Santé Publique	Mali	Bamako
13	YOROTE	Sory Ibrahim	Médecin	m	DRS Bandiagara	Mali	Bandiagara
14	ABOUBAKRY KOLY	Thimbo	Techn Supér Santé	m	Dir Adj HygSéc San Min Santé	Mauritanie	Nouakchott
15	BA	Khassoum Amadou	Méd Santé Publ	m	DRS de Trarza	Mauritanie	Trarza
16	DIA ABASS	Fatimata	Méd Santé Publ	f	Méd Centre Hosp Nouakchott	Mauritanie	Nouakchott
17	DIALLO	Mohamed Oumar	Spéc Pass Marché	m	Assistant à l'UN-FBR	Mauritanie	Nouakchott
18	JIDOU MOUSSA	Souleymane	Médecin	m	Eq Rég Vér Hodh El Gharbi	Mauritanie	Hodh El Gharb
19	KEBE	Mariem	Médecin	f	Conseiller Ministre	Mauritanie	Nouakchott
20	KENKOU	Cheikhna	Médecin	m	DRS Hodh El Gharbi	Mauritanie	Hodh El Gharbi
21	MOHAMED	Moctar Nagi	Médecin	m	DRS Gorgol	Mauritanie	Gorgol
22	MOHAMED LEMINE	Abd Eljelil	Docteur en pharm	m	Inspecteur Min Santé	Mauritanie	Nouakchott
23	MOHAMED VALL ABEIDY	Cheikh	Médecin	m	Eq Rég Vér Tagant	Mauritanie	Tagant
24	OULD SIDI HAYBA	Itawel Oumrou	Médecin	m	DRS Hodh Elgharbi	Mauritanie	Hodg Elgharbi
25	SOUMARE	Gaye	Méd Santé Publ	m	DRS Brakna	Mauritanie	Brakna
26	SY	Mohamed Mahmoud	Méd Santé Publ	m	DRS Adrar	Mauritanie	Adrar
27	TALEB AMAR	Zekeriya	Comptable	m	Auditeur Interne BM	Mauritanie	Nouakchott
28	YEMEHLOU	Mouhamed Fadel Wenny	Méd Santé Publ	m	DRS Tagant	Mauritanie	Tagant
29	AMADOU SALIFOU	Harouna	Méd Santé Publ	m	ONG Coord Rég Zinder	Niger	Zinder
30	NGBANGAIE NGONZOU	Mermoz Thierry	Médecin	m	Chef serv. Vaccin. Min Santé	RCA	Bangui
31	KAWENDA NTAMBUE	Adolphe Désiré	Méd S Publ, Éc San	m	Ass Techn Unité Gest BM	RDC	Kikwit
32	LIPELBA	Houssinnet	Méd Santé Publ	m	GFF - BM Coord Nat	Tchad	Ndjamena

3.5 L'équipe de facilitation

Le cours était animé par le Dr Robert SOETERS, Directeur de SINA Health, et le Dr Joseph CATRAYE, Directeur du Bureau d'Appui en Santé Publique '96 (BASP'96). Le cours est organisé sous la tutelle de BASP96. Professeur Adolphe KPATCHAVI, de l'École de Santé Publique d'Ouida, et M. Célestin KIMANUKA, Directeur de l'Institut Supérieur de Statistique de Goma, en RDC.

La coordination administrative et logistique du cours a été assurée par Monsieur Ibouraïma 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 Sociales 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-deux participants ont passé, à leur arrivée, un prétest dont le score moyen était de 44 %. Le post-test affichait un score moyen de 70,7 %. Cependant, les facilitateurs ont également attribué des points bonus de 1 ou 2 pour les efforts observés chez chaque participant, tant dans le cadre de son plan d'action qu'en classe. Cela a porté le score moyen à 73,3 % et représente une progression moyenne de 33 % par rapport au score moyen du prétest.

Les sept participants suivants ont obtenu un certificat de distinction avec un score d'au moins 90 % au test final du cours.

Noms	Prénoms	Sexe	Pays	Région	Diplôme	Fonction /Titre	Score
DIARRA	Assitan Jocelyne	F	Mali	Bamako	Médecin	Assistant National FBR	**97%**
DIALLO	Hamed	M	Mali	Bamako	Médecin	MCD Arrondiss VI BMK	**93%**
TEME	Abdoulaye	M	Mali	Doila	Médecin	DRS Diola	**93%**
TRAORE	N'Tolé	M	Mali	Sikasso	Médecin	Point Foc FBR Sikasso	**93%**
KEBE	Mariem	F	Mauritanie	Nouakchott	Médecin	Conseiller Ministre	**93%**
TALEB AMAR	Zekeriya	M	Mauritanie	Nouakchott	Comptable	Auditeur Interne BM	**93%**
DABOU	Kizito	M	Mali	Tombouctou	Médecin	DRS Tombouctou	**90%**

Cinq participants avaient un score compris entre 80% et 89% et ont reçu la mention « mérite plus ». Dix-huit (56 %) ont reçu un certificat de mérite ordinaire. Deux participants ont reçu un certificat de participation.

97e cours FBP de Cotonou	N = 32	%
Distinction (90% et plus)	7	22%
Mérite plus (80%-89%)	5	16%
Mérite ordinaire (53%-79%)	18	56%
Participation (<53%)	2	6%
Total	**32**	100%

4. DÉROULEMENT du 97e COURS FBP de COTONOU

Première journée : lundi 13 juillet 2026

Les travaux ont été officiellement ouverts par un mot de bienvenue du Dr Joseph Catraye, suivi de la présentation de l'équipe des facilitateurs et des participants.

À l'issue de cette séance introductive, les participants ont adopté les règles de fonctionnement qui encadreront le bon déroulement de la formation. La journée s'est ensuite poursuivie par l'élection des autorités du « village », une activité traditionnelle du cours, destinée à promouvoir la gouvernance participative, la responsabilisation des participants et la cohésion du groupe tout au long de la formation.

À l'issue de cette élection, le Gouvernement du 97e Cours international FBP a été constitué comme suit :

- **Chef du village :** Dr SOGODOGO Seydou ;
- **Chef du village adjoint :** Dr ITAWEL Oumrou ;
- **Ministre des Finances :** Dr FATIMATA Dia ;
- **Ministre des Finances adjoint :** Dr SOUMARE Gaye ;
- **Berger 1 :** Dr DIABATE Mamadou ;
- **Berger 2 :** Dr DÉSIRÉ Kawenda ;
- **Président de l'Énergie 1 :** M. THIMBO Aboubakry ;
- **Présidente de l'Énergie 2 :** Dr SYLVIE Diarra.

Par la suite, un comité chargé de recueillir et de synthétiser les recommandations formulées tout au long de la formation a été mis en place. Ce comité avait pour mission de compiler les recommandations spécifiques, générales ou thématiques émises par les participants.

La phase introductive s'est achevée par l'administration d'un prétest de 25 minutes, destiné à évaluer le niveau initial de connaissances des participants.

La première séance plénière a ensuite porté sur les **Modules 1 et 2**, consacrés à l'organisation générale du cours ainsi qu'aux fondements du Financement Basé sur la Performance. Ces modules ont permis de présenter les objectifs de la formation, l'approche pédagogique, le contenu des différents enseignements, ainsi que l'évolution historique du FBP, sa définition et les différentes terminologies utilisées selon les contextes nationaux et institutionnels.

Les facilitateurs ont également présenté une analyse comparative entre les **Soins de Santé Primaires (SSP)**, l'**Initiative de Bamako (IB)** et le **Financement Basé sur la Performance (FBP)**, mettant en évidence les similitudes et les différences, ainsi que l'évolution des approches de financement et d'organisation des systèmes de santé.

Dans le cadre de l'élaboration des plans d'action, les participants ont ensuite été répartis en dix groupes de travail correspondant à leurs pays ou niveaux d'intervention :

- Groupe 1 : Mauritanie – Niveau central ;
- Groupe 2 : Mauritanie – Niveau régional et régulateur ;
- Groupe 3 : Mauritanie – Équipe de Régulation et de Vérification (ERV) ;
- Groupe 4 : Mali – Niveau central ;
- Groupe 5 : Mali – Niveau régional ;
- Groupe 6 : Mali – Niveau district ;

- Groupe 7 : République centrafricaine ;
- Groupe 8 : République démocratique du Congo ;
- Groupe 9 : Tchad ;
- Groupe 10 : Niger.

Les échanges ont porté sur plusieurs thématiques majeures, notamment les changements de paradigme induits par le FBP dans le financement des soins de santé, la complémentarité entre les différentes sources de financement, les avantages d'un programme FBP correctement mis en œuvre ainsi que les principes fondamentaux qui sous-tendent cette approche.

Les participants ont ensuite poursuivi les travaux en groupes autour d'une réflexion sur la performance de leurs systèmes de santé respectifs. Les discussions étaient guidées par les quatre questions suivantes :

1. Dans quelle mesure le système de santé de votre pays (ou celui d'un autre ministère) est-il efficient et coût-efficace ?
2. Quels sont les principaux défis auxquels ce système est confronté et quelles en sont les causes ?
3. Quel défi devrait être traité en priorité pour améliorer les performances du système, et par quels mécanismes ?
4. Le Financement Basé sur la Performance constitue-t-il une réponse appropriée à ces défis ?

La journée s'est achevée par l'évaluation des activités quotidiennes et la désignation du meilleur participant.

Deuxième journée : mardi 14 juillet 2026

Les travaux de la deuxième journée ont débuté par un récapitulatif des principaux enseignements de la veille.

La matinée a été consacrée à la présentation du **Module 3A**, portant notamment sur le fonctionnement d'une formation sanitaire (FOSA) dans un contexte de Financement Basé sur la Performance, les meilleures pratiques du FBP, le montage institutionnel ainsi que la conduite du changement. Cette séance a été suivie du **Module 3B**, consacré aux mécanismes d'équité dans les programmes FBP.

Les présentations ont donné lieu à des échanges particulièrement riches sur plusieurs aspects de la mise en œuvre du FBP, notamment les dérogations nécessaires à l'application des meilleures pratiques, les modalités de répartition des primes de performance, l'autonomie de gestion des ressources humaines au sein des formations sanitaires ainsi que les mécanismes permettant de renforcer l'équité dans l'accès aux soins.

Les discussions se sont principalement concentrées sur les méthodes d'identification et de ciblage des personnes indigentes, ainsi que sur les modalités de calcul du bonus d'équité.

L'après-midi a été consacrée à la poursuite des travaux de groupe relatifs à l'élaboration des plans d'action, sous l'encadrement des facilitateurs.

Comme à l'accoutumée, la journée s'est clôturée par l'évaluation des activités réalisées et la désignation du meilleur participant.

Troisième journée : mercredi 15 juillet 2026

Les travaux de la troisième journée ont débuté par un récapitulatif des principaux enseignements de la veille, puis par la poursuite du **Module 4A**, consacré aux théories qui fondent le Financement Basé sur la Performance (FBP), ainsi que par la présentation du **Module 5A,** consacré aux notions fondamentales de microéconomie.

Les échanges ont permis aux participants d'approfondir leur compréhension des principaux fondements théoriques du FBP, notamment les contributions de l'analyse des systèmes et de la théorie du choix public à sa conception et à sa mise en œuvre. Les facilitateurs ont également abordé plusieurs concepts clés de microéconomie, notamment les différents modes de distribution des biens, les déterminants de l'offre et de la demande, les effets des interventions publiques sur les mécanismes de marché à travers les prix plafond et les prix plancher, ainsi que la notion d'élasticité de la demande.

L'après-midi a été consacré à la poursuite des travaux de groupe sur l'élaboration des plans d'action, sous l'encadrement des facilitateurs.

La journée s'est achevée par l'évaluation des activités quotidiennes et la désignation du meilleur participant.

Quatrième journée : jeudi 16 juillet 2026

La quatrième journée a débuté par un récapitulatif des principaux enseignements de la veille. Les travaux se sont ensuite poursuivis par la présentation du **Module 5B**, consacré à l'économie de la santé.

Au cours de ce module, les facilitateurs ont développé plusieurs concepts essentiels, notamment les notions d'efficience allocative, technique et administrative, l'importance d'assurer la cohérence entre la pyramide sanitaire et la pyramide financière, les mécanismes de correction des défaillances du marché de la santé, l'analyse des dépenses de santé, ainsi que le rôle de l'État dans le financement, la régulation et la gouvernance du secteur de la santé.

À partir de 13 h 30, les participants ont effectué une visite de terrain dans quatre formations sanitaires afin de mettre en pratique les connaissances acquises.

Les groupes ont été répartis comme suit :

- **Groupe 1 :** Hôpital de Zone d’Ouidah ;
- **Groupe 2 :** Centre de Santé de Kpassè (Ouidah) ;
- **Groupe 3 :** Centre de Santé de Pahou ;
- **Groupe 4 :** Centre de Santé de Kpovié.

Objectifs de la visite de terrain

Cette visite avait pour objectif de permettre aux participants de recueillir des données auprès des prestataires des structures visitées, de les analyser conformément aux termes de référence établis, puis de présenter leurs observations en séance plénière.

Les analyses portaient notamment sur :

- L'adéquation entre les effectifs de personnel qualifié et les normes recommandées (nombre de professionnels de santé pour 1 000 habitants) ;
- La comparaison entre les recettes annuelles effectivement générées par les formations sanitaires, les recettes théoriques attendues par habitant dans l'aire de santé et le niveau de recettes nécessaire pour assurer une offre de soins de qualité.

À l'issue de la visite, chaque groupe a procédé à la synthèse des observations recueillies en vue de leur restitution en séance plénière prévue le lendemain.

Comme les jours précédents, la journée s'est conclue par l'évaluation des activités quotidiennes et la désignation du meilleur participant.

Cinquième journée : vendredi 17 juillet 2026

Les activités de la cinquième journée ont débuté par un récapitulatif des enseignements de la veille, puis par la restitution des résultats des visites de terrain menées dans les différentes formations sanitaires.

Les travaux se sont poursuivis par la présentation du **Module 6A**, consacré à la politique nationale de régulation. Les échanges ont principalement porté sur les fonctions, les responsabilités et les rôles des différents acteurs de la régulation aux niveaux central, intermédiaire et périphérique du système de santé.

L'après-midi a été consacré au **Module 6B**, portant sur l'évaluation de la qualité des services dans les formations sanitaires. Les discussions ont permis d'approfondir les principes de l'évaluation de la qualité ainsi que l'utilisation des indicateurs composites destinés à mesurer la performance qualitative des prestations de soins.

La journée s'est clôturée par l'évaluation des activités et la désignation du meilleur participant.

Sixième journée : samedi 18 juillet 2026

Les travaux de la sixième journée ont commencé par un récapitulatif des principaux enseignements de la cinquième journée.

Les participants ont ensuite suivi les présentations du **Module 9**, consacré au **scan de faisabilité du FBP**, qui abordait notamment les critères de pureté, les hypothèses fatales et les stratégies de plaidoyer, ainsi que celles du **Module 10**, consacré aux techniques de gestion des conflits et de négociation.

Au cours de cette journée, les facilitateurs ont également présenté les modalités de l'exercice de groupe relatif à l'évaluation du scan de faisabilité du FBP pour chaque pays représenté, ainsi que les consignes de préparation des jeux de rôle consacrés aux

techniques de négociation et de plaidoyer. Les restitutions de ces différents exercices étaient prévues pour la séance plénière du lundi suivant.

Comme à l'accoutumée, la journée s'est achevée par l'évaluation des activités quotidiennes et la désignation du meilleur participant.

Septième journée de formation – lundi 20 juillet 2026

La septième journée de formation, tenue le lundi 20 juillet 2026, a débuté par une évaluation récapitulative des acquis de la sixième journée. Les travaux se sont poursuivis par la restitution des exercices de groupe portant sur l'analyse du score de faisabilité du Financement Basé sur la Performance (FBP), l'identification d'éventuelles hypothèses fatales susceptibles de compromettre la mise en œuvre du programme, ainsi que la réalisation de jeux de rôle de plaidoyer.

Ces jeux de rôle, d'une durée maximale de cinq minutes par groupe, visaient à mettre les participants en situation réelle de plaidoyer et de négociation auprès des décideurs. Ils ont permis d'expérimenter plusieurs techniques, notamment l'écoute active, la recherche de solutions consensuelles, l'utilisation stratégique de slogans, la mobilisation des concepts et bonnes pratiques du FBP pour soutenir une argumentation, la transmission de documents aux décideurs (ministre, autorités sanitaires, etc.), ainsi que la définition des prochaines étapes d'engagement. L'ensemble des groupes a participé à cet exercice et a bénéficié de commentaires constructifs pour renforcer leurs capacités de communication et de négociation.

Dans l'après-midi, les participants ont abordé le **Module 7 : Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV)**. Les échanges ont principalement porté sur les différentes étapes du cycle de paiement dans le cadre du FBP, les fonctions essentielles de l'ACV, ainsi que le rôle du Comité de validation dans le processus de contractualisation et de contrôle.

La journée s'est clôturée par une évaluation des connaissances acquises et la désignation du meilleur participant du jour.

Huitième journée de formation – mardi 21 juillet 2026

La huitième journée de formation, tenue le mardi 21 juillet 2026, a débuté par le traditionnel récapitulatif des enseignements de la journée précédente. Les travaux ont ensuite porté sur le **Module 8 : Marketing social et voix de la communauté**.

Les discussions ont été centrées sur l'approche alternative proposée par le FBP, visant à renforcer l'implication communautaire grâce à une séparation claire des rôles. D'une part, le marketing social est assuré par les Formations Sanitaires (FOSA) en collaboration avec leurs comités de santé ; d'autre part, les Associations locales (ASLO) sont recrutées pour mener des entretiens réguliers auprès des clients afin de recueillir leurs perceptions, leurs préoccupations et leurs suggestions, contribuant ainsi au renforcement de la voix de la communauté dans la gouvernance sanitaire.

La suite de la journée a été consacrée aux **Modules 14 : Business Plan** et **12 : Indicateurs Output**. Les participants, répartis en groupes de travail, ont réalisé un exercice pratique visant à :

- Catégoriser les indicateurs selon leur nature (output, qualité, processus ou impact) ;
- Déterminer les cibles associées aux différents indicateurs ;
- Estimer les volumes d'activités attendus sur la base des performances antérieures.

Cet exercice a permis de renforcer la compréhension des différents types d'indicateurs utilisés dans le cadre du FBP, notamment les indicateurs outputs rémunérés mensuellement, les indicateurs de qualité, les indicateurs de processus et les indicateurs d'impact. La notion d'indicateur SMART (**Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et Temporellement défini**) a également fait l'objet d'approfondissements.

Enfin, les participants ont appliqué les principes du **Business Plan** afin d'élaborer ou d'améliorer leurs plans d'action en intégrant une approche orientée vers les résultats.

Neuvième journée de formation – mercredi 22 juillet 2026

La neuvième journée de formation, tenue le mercredi 22 juillet 2026, a commencé par un rappel des principaux points abordés lors de la journée précédente. Les participants ont ensuite présenté les travaux de groupe relatifs à l'exercice portant sur les indicateurs d'output.

Deux modules ont ensuite été développés :

- **Module 15 : Le rôle du FBP en situation d'urgence** ;
- **Module 14 : L'outil Indice**.

Dans le cadre du module consacré à l'outil Indice, les participants ont réalisé un exercice pratique en groupe portant sur l'analyse financière du Centre de Santé IBO. Cet exercice consistait à examiner les recettes et les dépenses de la structure, à proposer une répartition de la prime de performance entre les membres du personnel, ainsi qu'à calculer et interpréter les principaux indicateurs de viabilité financière et opérationnelle.

La journée s'est achevée par une évaluation générale des acquis et la désignation du meilleur participant.

Dixième journée de formation – jeudi 23 juillet 2026

Les travaux de la dixième journée, tenue le jeudi 23 juillet 2026, ont débuté par le récapitulatif des activités de la veille, puis par la restitution des exercices portant sur l'outil Indice.

Un jeu de rôle illustrant les erreurs fréquentes d'un enquêteur lors d'une collecte de données a ensuite permis d'introduire le **Module 11 : Études de base avant le démarrage d'un programme FBP**. Les échanges ont porté sur l'importance des études initiales pour établir une situation de référence, orienter la conception des interventions et mesurer les progrès réalisés.

L'après-midi a été consacré aux travaux de groupe visant à l'élaboration et à l'amélioration des plans d'action des participants. Comme lors des journées

précédentes, la session s'est terminée par une évaluation journalière et la désignation du meilleur participant.

Onzième journée de formation – vendredi 24 juillet 2026

La onzième journée de formation, tenue le vendredi 24 juillet 2026, a débuté par l'évaluation quotidienne des activités de la veille, suivie d'une synthèse générale des principaux enseignements tirés de l'ensemble du cours.

La matinée a été consacrée à l'évaluation globale de la formation, à la lecture et à l'analyse des recommandations formulées dans le cadre du cours, ainsi qu'à la finalisation des plans d'action élaborés par les participants.

Les groupes de travail ont ensuite préparé et présenté leurs posters de synthèse. À travers la technique du **« Carrousel »**, chaque groupe a présenté son travail aux autres participants, favorisant ainsi le partage d'expériences, la discussion entre pairs et l'enrichissement mutuel grâce aux commentaires et aux suggestions formulés.

Examen final et cérémonie de clôture – samedi 25 juillet 2026

L'examen final d'évaluation des connaissances des participants au cours FBP de Cotonou a débuté à 10h00 et s'est achevé vers 12h30. Cette évaluation a permis de mesurer le niveau d'appropriation des concepts et des outils développés au cours de la formation.

Les résultats obtenus se présentent comme suit :

- Sept (7) distinctions **;**
- Vingt-trois (23) mérites **;**
- Deux (2) attestations de participation**.**

La cérémonie officielle de clôture du cours a débuté à 17h30 et a été marquée par plusieurs temps forts :

- Le mot du représentant du village ;
- L'allocution du Coordonnateur du BAPS'96 ;
- Le discours du facilitateur principal du cours ;
- La présentation du résumé général de la formation ;
- La présentation des résultats de l'examen final ;
- La remise des attestations aux participants ;
- Le discours officiel de clôture ;
- La traditionnelle photo de famille
- **Le cocktail servi à tous les participants et facilitateurs**

Cette cérémonie a permis de clôturer officiellement la formation dans une ambiance conviviale, tout en soulignant l'engagement des participants et leur volonté de mettre en pratique les connaissances acquises dans leurs contextes respectifs.

5. ÉVALUATIONS JOURNALIÈRES 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 affiché un score moyen de 74 %. Cela est inférieur de 5,9 points à la moyenne des 61 cours francophones précédents, et de 10 points inférieurs à la moyenne des 27 cours anglophones précédents. Les critères « facilitation », « participation » et « organisation » étaient inférieurs à ceux des 61 cours francophones précédents, avec respectivement 6,5 %, 7,0 % et 11,6 %. Le critère « respect du temps » était 1,4 % supérieur à celui des cours précédents.

Évaluations journalières pendant 10 jours par les participants	**Cours Anglophones (27x)**	**Cours Francophones (61x)**	**Cotonou Juillet 2026**	**Comparaison Cotonou Juillet 2026 - 61 cours Francophones précédents**
Méthodologie et facilitation	87,6%	85,8%	79,3%	-6,5%
Participation	87,2%	84,3%	77,3%	-7,0%
Organisation	86,4%	73,3%	61,7%	-11,6%
Respect du temps	73,2%	77,5%	78,9%	1,4%
Score total	**84%**	**80%**	**74%**	**-5,9%**

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

L'aspect de **la facilitation et de la méthodologie** a été évalué en moyenne à 79,3 % de « très satisfait ». Cela donne un score inférieur de 6,5 points par rapport aux 61 cours francophones précédents, qui affichaient un score moyen de 85,8 %. La tendance de l'évaluation de la satisfaction liée à la facilitation a connu une courbe descendante pendant la deuxième semaine avec une hausse vers 90% la dernière journée.

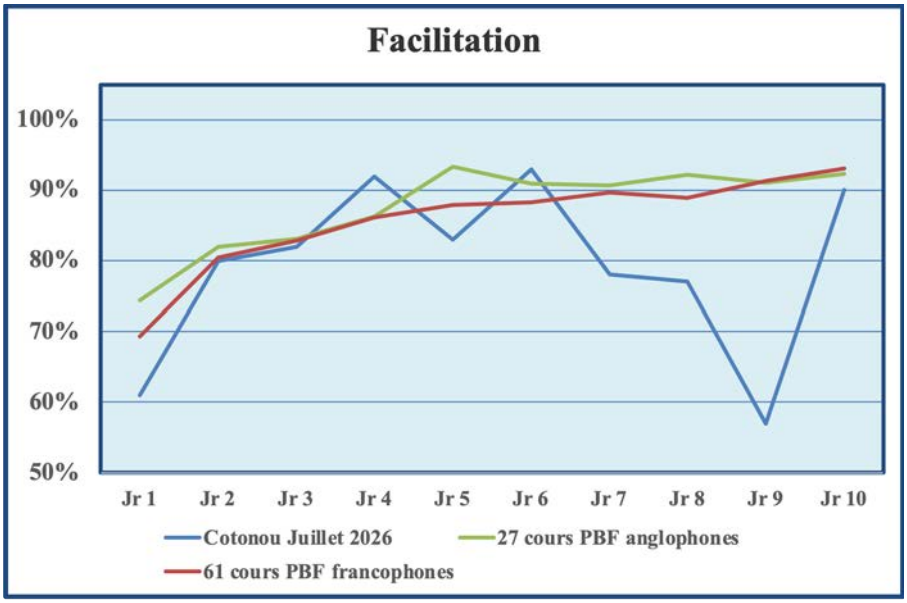


Figure 1 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *facilitation & méthodologie.*

La participation a été évaluée en moyenne à 77,3 % pour tous les jours, soit 7 % *inférieure* à la moyenne des 61 cours francophones précédents, qui ont enregistré un score moyen de 84,3 %. Le score de satisfaction avec la participation a connu une courbe ascendante jusqu'au lundi, à 87 %, puis une chute la deuxième semaine, vers 68 % le mercredi 22 juillet.

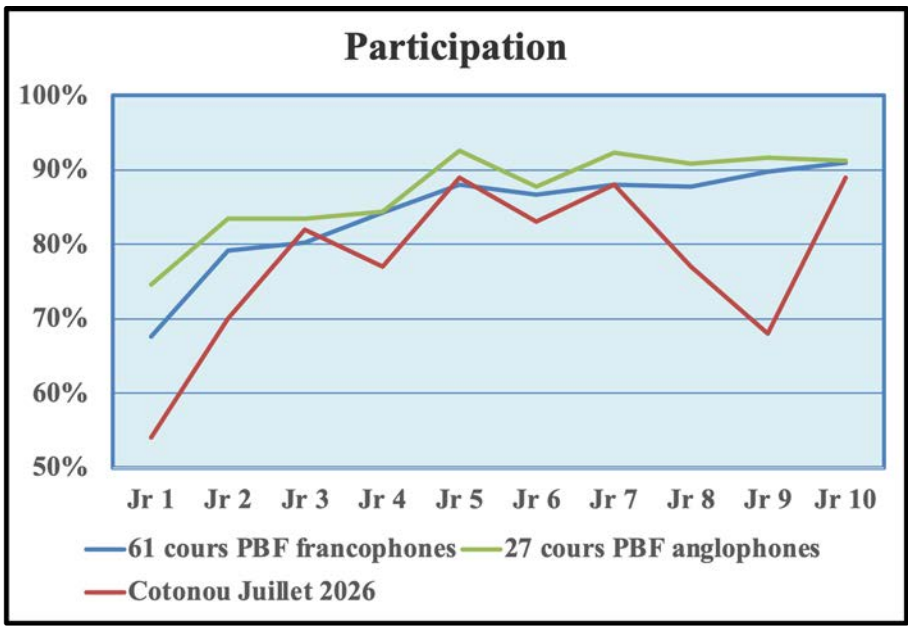


Figure 2 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *participation.*

L'organisation du cours était évaluée en moyenne à 61,7 % « très satisfait », soit 11,6 points de moins que les 61 cours francophones précédents, dont la moyenne était de 73,3 %. La satisfaction envers l'organisation est passée de 50% la première journée à 78% la dernière journée.

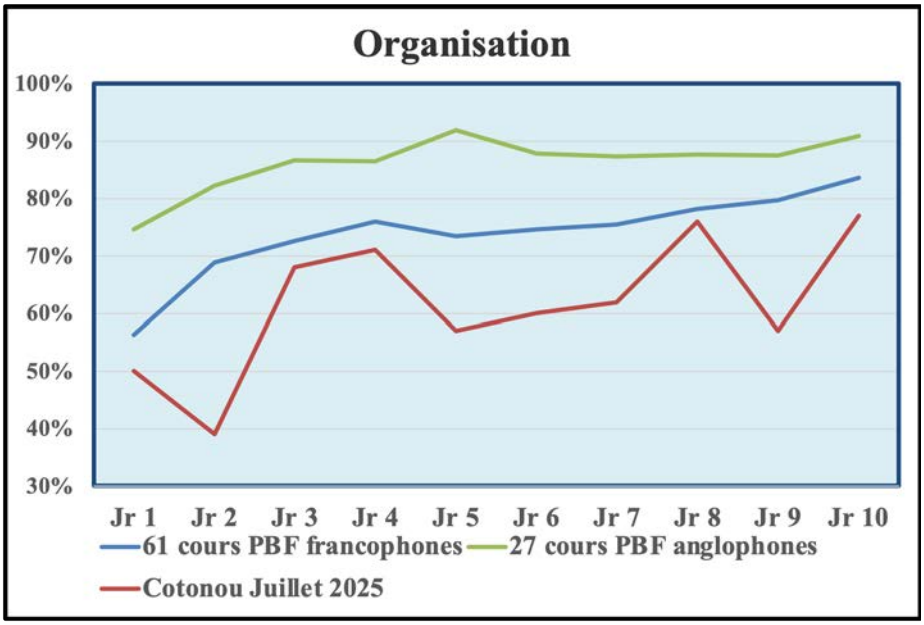


Figure 3 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *organisation.*

Le respect du temps a été évalué en moyenne à 78,9 % « très satisfait », soit un score supérieur de 1,4 points par rapport à la moyenne des autres cours francophones, qui s'établissait à 77,5 %. La courbe du score de respect du temps était raisonnable la première semaine, mais a chuté la deuxième semaine jusqu'à 55% le mercredi 22 juillet.

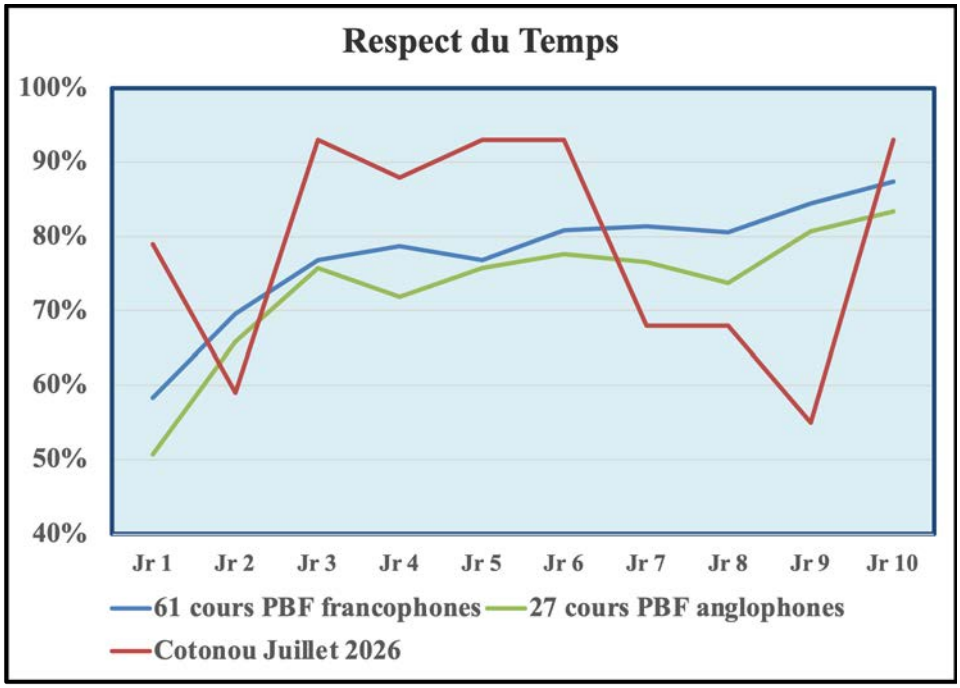


Figure 4 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *Respect du temps*.

6. ÉVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS

Le vendredi 24 juillet 2026, les participants au cours ont passé l'évaluation finale à l'aide d'un questionnaire, ce qui a permis d'obtenir des retours et des suggestions d'amélioration.

6.1 Préparation et impression générale sur le cours

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

- La question *« J'ai été suffisamment informé des objectifs du séminaire* » a été évaluée à 93%. Cela est supérieur de 4 points à la moyenne des autres cours FBP francophones et de 17 points à celle des cours anglophones.
- La question *« Le programme a répondu à mes attentes »* a été évaluée à 79 %, soit 7 et 6 points inférieurs à la moyenne des autres cours FBP francophones et anglophones.
- La question *« Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles » a* été évaluée à 90% (c'est-à-dire 1 point supérieur à la moyenne des autres cours FBP francophones et anglophones précédents).

Préparation et impression générale du cours	Les 58 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Juillet 2026	Comparaison Cotonou Juillet 26 / 58 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Juillet 26 / 27 cours FBP anglophones précédents
Q1 : J'ai été suffisamment informé des objectifs du cours	89%	76%	93%	4%	17%
Q2 : Le programme a répondu à mes attentes	86%	85%	79%	-7%	-6%
Q3 : Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles	89%	89%	90%	1%	1%
Ensemble	**87,9%**	**83,4%**	**87,3%**	**-0,5%**	**3,9%**

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

6.2 Aspects relatifs à la durée de la formation

Une proportion élevée de 57% des participants a estimé que la durée de la formation est trop courte, tandis que seulement 36% estiment que la durée du cours est bonne. Deux participants ont dit que la durée du cours était trop longue.

Duration du cours	Les 58 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Juillet 2026	Comparaison Cotonou Juillet 26 / 58 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Juillet 26 / 27 cours FBP anglophones précédents
Trop court	36%	25%	57%	21%	32%
Bon	57%	64%	36%	-21%	-28%
Trop longue	7%	11%	7%	0%	-4%

Tableau 4 : Appréciation des participants quant à 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 moyen était de 76 %, soit quatre points de plus que pour les cours francophones précédents (72 %) et trois points inférieurs à celui des cours anglophones précédents (78 %).
2. La *distribution du matériel pédagogique* a été évaluée à 97 %, soit 14 points au-dessus de la moyenne des cours francophones précédents, qui est de 83 %.
3. La *salle de formation* a obtenu un score de 82 %. Ce score est 11 points supérieur à celui des cours francophones.
4. Le milieu du centre de conférence de l'hôtel *Bénin Atlantic Beach,* où s'est tenu le cours, a été évalué à 46 %. Ce score est inférieur de 14 points aux cours francophones précédents et inférieur de 31 points à l'hôtel du cours FBP à Mombasa, au Kenya.
5. Les participants ont évalué *l'accueil des facilitateurs et de l'Hôtel* à 93 %. Cela faisait 26 points de plus que les autres cours francophones et 15 points de plus que les cours anglophones.
6. La *restauration* a obtenu un score de 43 %, inférieur de 19 points à celui des autres cours FBP francophones, qui ont eu une moyenne de 62 %.
7. La qualité du *transport* a été évaluée à 93 %, soit 26 points de plus que la moyenne des autres cours francophones (67 %).

Comment évaluez-vous l'organisation de la formation ?	**Les 58 cours FBP francophones précédents**	**Les 27 cours FBP anglophones précédents**	**Cotonou Juillet 2026**	**Comparaison Cotonou Juillet 26 / 58 cours FBP francophones précédents**	**Comparaison Cotonou Juillet 26 / 27 cours FBP anglophones précédents**
Qualité et distribution matériel éducatif	83%	87%	97%	14%	10%
La salle de conférence	71%	71%	82%	11%	11%
Centre d'accueil	60%	77%	46%	-14%	-31%
Comment avez-vous été reçu et convivialité des facilitateurs	88%	92%	93%	5%	1%
Aliments et boissons, y compris pauses café	62%	64%	43%	-19%	-21%
Transport	67%	78%	93%	26%	15%
Moyenne	**72%**	**78%**	**76%**	**4%**	**-3%**
Sorti de dimanche a aidé dans apprentissage	85%		79%	-6%	

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

6.4 Méthodologie et contenu du cours

- La méthodologie et le contenu du cours étaient évalués selon 5 indicateurs, avec un score moyen de 78,6 %. Cela est de 9 points inférieurs aux cours francophones précédents.
- La question *« Le contenu des modules FBP m'a aidé à atteindre mes objectifs »* a été évaluée à 79 % (5 points inférieurs à la moyenne des autres cours FBP francophones).
- La question *« Est-ce que la méthodologie du cours était bonne ? »* a été évaluée à 74 %, ce qui représente onze points de moins que pour les 57 cours francophones précédents.
- La question *« Est-ce que l'équilibre entre les cours et les exercices était bon ? »* a été évaluée à 61% (9 points inférieurs à la moyenne des autres cours FBP francophones).
- La question *« Est-ce que l'interaction et les échanges dans les groupes de travail étaient bons ? »* a été évaluée à 97% (ce qui est 8 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 88% (ce qui est 1 point supérieur à la moyenne des autres cours FBP francophones).

Méthodologie et contenu du cours	**Les 58 cours FBP francophones précédents**	**Les 27 cours FBP anglophones précédents**	**Cotonou Juillet 2026**	**Comparaison Cotonou Juillet 26 / 58 cours FBP francophones précédents**	**Comparaison Cotonou Juillet 26 / 27 cours FBP anglophones précédents**
Le contenu des modules PBF m'a aidé à atteindre mes objectifs	84%	91%	79%	-5%	-12%
La méthodologie du cours	85%	88%	68%	-17%	-20%
L'équilibre entre les cours et les exercices	70%	78%	61%	-9%	-17%
Interaction et les échanges dans les groupes de travail	89%	91%	97%	8%	6%
Les méthodes de travail adoptées au cours ont stimulé ma participation active	87%	90%	88%	1%	-2%
Moyenne	**82,8%**	**87,8%**	**78,6%**	**-4,2%**	**-9%**

Tableau 6 : Appréciation des participants quant à la méthodologie et au contenu du cours.

6.5 La conduite du cours et la facilitation

- Concernant la facilitation, 64% des participants ont attribué le score « très satisfait » à *l'esprit ouvert des facilitateurs,* ce qui est 20% inférieur aux scores des autres cours francophones et 29% inférieur à ceux des cours anglophones.
- 36 % des participants ont estimé que le temps consacré aux *travaux de groupe* était suffisant, ce qui représente 27 points de moins que dans les autres cours FBP francophones et 42 points de moins que dans les autres cours FBP anglophones.

- Une proportion de 48 % des participants a indiqué être très satisfaite du *temps imparti aux discussions,* ce qui est 28 points de pourcentage inférieur à celui des autres cours francophones et 36 points de pourcentage inférieur à celui des cours anglophones.

Les aspects liés à l'exécution du programme et la facilitation	Les 58 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Juillet 2026	Comparaison Cotonou Juillet 26 / 58 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Juillet 26 / 27 cours FBP anglophones précédents
Les animateurs avaient l'esprit ouvert à des contributions et critiques	84%	75%	64%	-20%	-11%
Le temps alloué au travail de groupe était adéquat	63%	78%	36%	-27%	-42%
Le temps des discussions est adéquat	76%	84%	48%	-28%	-36%
Moyenne	**74%**	**79%**	**49%**	**-25%**	**-29%**

Tableau 7 : Exécution du programme et facilitation.

6.6 Appréciation par module

Concernant la satisfaction par module, le tableau suivant montre un score moyen de 72,6 %, soit *9,5 points de moins* que celui des cours francophones précédents (82,1 %) et 15,2 points de moins que celui des cours anglophones précédents (87,8 %). Les modules économie (50%), recherche de base (56%), régulateur – assurance qualité (65%) et analyse de faisabilité du programme FBP (62%) étaient relativement mal évalués.

Appréciation des Modules	Les 58 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Juillet 2026	Comparaison Cotonou Juillet 26 / 58 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Juillet 26 / 27 cours FBP anglophones précédents
Pourquoi le PBF & Qu'est-ce qu'est le FBP ? Mod 1 & 2	93%	93%	100%	7%	7%
Les notions de micro-économie et l'économie de la santé	63%	82%	50%	-13%	-32%
Théories PBF, meilleures pratiques, bonne gouvernance et décentralisation	86%	93%	69%	-17%	-24%
Enquête de recherche de base - évaluation, le processus d'analyse	76%	77%	56%	-20%	-21%
Les indicateurs des outputs dans une intervention PBF	86%	88%	89%	3%	1%
Agence de Contractualisation & Vérification (ACV), la collecte des données	84%	89%	78%	-6%	-11%
Régulateur - assurance de la qualité	81%	92%	65%	-16%	-27%
Techniques de négociation et de résolution des conflits	87%	91%	74%	-13%	-17%

Boîte noire : Plan de Business	85%	89%	81%	-4%	-8%
Boîte noire : Outil Indices : recettes - dépenses - les primes de performance	78%	80%	70%	-8%	-10%
Renforcer la Voix de la Population et le marketing social	80%	88%	77%	-3%	-11%
Faisabilité program PBF, les hypothèses fatales et le plaidoyer	85%	91%	62%	-23%	-29%
Élaboration d'un programme FBP - costing	64%	66%		**PA**	**PA**
Moyenne pour 13 modules	**82,1%**	**87,8%**	**72,6%**	**-9,5%**	**-15,2%**

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

6.7 Commentaires et suggestions spécifiques des participants de Cotonou

Nouveaux thèmes proposés

- Management des services de santé ;
- Communication en santé.

Suggestions à la qualité pédagogique et de l'organisation et au contenu du cours :

- Porter la durée de la formation à 20 jours afin de favoriser une meilleure assimilation des différents modules (4x)
- Mieux encadrer et limiter la durée des discussions afin d'optimiser la gestion du temps (3x)
- Alléger le contenu des enseignements, jugé particulièrement dense par certains participants (2x)
- Réduire la durée quotidienne des sessions, notamment pour les participants plus âgés, en privilégiant un créneau horaire de 8 h 30 à 16 h 30 (2x)
- Augmenter le temps consacré aux exercices pratiques afin de consolider les acquis des participants (2x)
- Améliorer la qualité du français utilisé dans les supports de présentation (2x).
- Réorganiser le déroulement du cours en consacrant la première semaine aux modules théoriques et la deuxième aux exercices pratiques, aux études de cas et aux séances de révision (1x).
- Reformuler certaines questions des présentations afin d'en améliorer la clarté et de faciliter leur compréhension (1x).
- Harmoniser la terminologie entre le manuel de formation et les présentations PowerPoint (1x).
- Prévoir davantage d'exercices pratiques en économie de la santé (1x).
- Revoir le temps alloué aux exercices, jugé insuffisant par certains participants (1x).
- Organiser une évaluation intermédiaire à la fin de la première semaine afin de réduire la charge de l'examen final (1x).
- Prévoir que les questions d'évaluation relatives à un module soient administrées immédiatement après sa présentation (1x).

- Donner à chaque pays représenté l'opportunité de présenter son système de santé afin de favoriser les échanges d'expériences et la compréhension comparative (1x).
- Offrir à certains participants la possibilité d'animer ou de présenter des modules, afin de renforcer les échanges et le partage d'expériences (1x).

Appréciations positives du cours

- La méthodologie pédagogique a été très appréciée et les facilitateurs ont été félicités pour la qualité de leur animation du cours (2 fois).
- Le cours a été jugé particulièrement intéressant (1 fois).
- Un participant a indiqué qu'il s'agissait de la meilleure formation qu'il ait suivie au cours de sa carrière professionnelle (1x).

Suggestions relatives au manuel de formation

- Actualiser le manuel et assurer une meilleure harmonisation entre son contenu et les présentations, notamment concernant certaines données chiffrées et des pourcentages (1x).
- Corriger les incohérences ou contradictions relevées dans certaines sections du manuel, malgré son utilité reconnue (1x).

Suggestions concernant les conditions d'hébergement

- Veiller à améliorer globalement la qualité de l'alimentation lors des prochaines sessions de formation (2x).
- Améliorer la qualité et la diversité de la restauration, notamment en proposant davantage de salades et d'options de viande halal (1x).
- Renforcer la qualité de la connexion Internet, en particulier dans les chambres (1x).
- Prévoir le dîner pour les participants lors des prochaines éditions de la formation (1x).

Autres observations

- Le séjour a été jugé très agréable et s'est déroulé dans une excellente ambiance professionnelle (1x).
- Permettre aux anciens participants de reprendre la formation afin d'approfondir et de consolider leurs connaissances en FBP (1x).

7. PLANS D'ACTION DES GROUPES

7.1 Mali – niveau central – comité national de pilotage

Dr Bouyagui TRAORE,
Dr Seydou SOGODOGO,
Dr Assitan Jocelyne DIARRA

7.1.1 Contexte général

Au cours des deux dernières décennies, le Mali a enregistré d'importants progrès en matière de santé, notamment pour les femmes et les enfants. Toutefois, les principaux indicateurs de santé demeurent en deçà des objectifs fixés. Malgré les efforts consentis, la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile demeure insuffisante.

La mise en œuvre du PDDSS 2014-2023 a permis d'atteindre les résultats suivants :

- Réduction de la mortalité maternelle de **464** en 2013 **à 325** décès pour 100 000 NV en 2023 ;
- Réduction de la mortalité néonatale de **46 ‰** en 2013 à **16 ‰** en 2023 ;
- Réduction de la mortalité infantile de **96 ‰** en 2013 à **50 ‰** en 2023 ;

Pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité, surtout chez les femmes en âge de procréer et les enfants, et renforcer de manière globale le fonctionnement du système de santé, le gouvernement a progressivement mis en œuvre *l'approche de financement basée sur les résultats en 2020, après les expériences pilotes menées en 2012-2013 et 2017.*

Ainsi, notre pays, avec l'appui de la Banque mondiale, de l'Ambassade du Royaume des Pays-Bas et du GFF, a mis en œuvre, de 2020 à 2024, le Projet Accélérer les Progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle (PACSU) dans trente (30) districts sanitaires des régions de Koulikoro (10), Ségou (8), Mopti (8) et Gao (4), pour une population cible représentant 35 % de la population générale.

Ce nouveau programme a pour cible les femmes, les adolescentes et les enfants dans les régions de Gao, Mopti, Douentza, Bandiagara, San, Ségou, Koulikoro, Dioila et Nara. La priorisation de ces districts de santé a été faite selon des critères suivants : (i) une expérience précédente dans le FBR, (ii) l'incidence de la pauvreté et (iii) la recherche de synergie avec les projets appuyant la décentralisation au Mali, notamment le programme supporté par les Pays Bas (Programme de Gouvernance Locale Redevable).

En outre, le projet couvrira les hôpitaux de 2^{e} référence dans les régions de Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao, ainsi que les infirmeries scolaires de la zone d'intervention du projet.

Selon l'annuaire statistique national santé 2023, ces zones ciblées représentent 16,6 millions d'habitants sur 22,4 millions, soit 74 % de la population générale, dont 3,6 millions de femmes en âge de procréer âgées de 15 à 49 ans et 3,3 millions d'enfants de moins de 5 ans.

7.1.2 Contexte du comité national de pilotage

Pour assurer la gouvernance stratégique du programme FBR, le Ministère s'appuie sur le Comité National de Pilotage (CNP). Cette instance constitue le cadre national de concertation, de suivi et d'orientation des interventions.

Elle est notamment chargée de :

- Valider les Plans de Travail et Budgets Annuels (PTBA) ;
- Apprécier le taux d'exécution des activités programmées ;
- Apprécier le taux d'exécution budgétaire des activités ;
- Assurer la coordination générale de tous les acteurs du programme du FBR ;
- Valider les budgets et assurer que le budget arrive autour de USD 4 par personne et par an ;
- S'assurer qu'au moins 70 % du budget FBR est alloué aux structures de santé et aux communautés ;
- Gérer les conflits ;
- Formuler des recommandations ;
- Appuyer la Cellule Technique dans ses démarches de plaidoyer en faveur du FBR.

Le Comité National de Pilotage est composé de plusieurs structures nationales dont :

1. Le Secrétariat général du ministère de la Santé et du Développement Social, qui assure la présidence du comité national de pilotage, est chargé de la coordination administrative et technique du ministère. Sous l'autorité du ministre, il veille à la mise en œuvre des politiques et des programmes, coordonne le fonctionnement des services et joue un rôle clé dans la conduite des réformes et l'amélioration de la gouvernance du secteur de la santé.
2. L'Inspection Générale de la Santé constitue l'organe supérieur de contrôle, d'audit et de régulation du système de santé. Elle est chargée d'effectuer des inspections administratives, financières, sanitaires et pharmaceutiques, d'évaluer la gestion des établissements de santé et de veiller au respect des normes et directives en vigueur, y compris celles du FBR, afin de garantir la qualité des prestations offertes aux populations.
3. La Cellule Technique Nationale FBR est rattachée au secrétariat général du Ministère chargé de la santé. En collaboration avec les autres directions du Ministère en charge de la Santé, elle assure le développement et la coordination de la mise en œuvre du FBR au Mali. L'objectif général de la Cellule Technique Nationale (CTN) du FBR est de promouvoir, pérenniser et mettre en œuvre le FBR à tous les niveaux du système de santé.

Cette complémentarité entre les différentes structures membres du CNP est indispensable pour assurer une gouvernance efficace du FBR et en favoriser l'institutionnalisation.

7.1.3 Problèmes identifiés par le comité national de pilotage ;

- Retard dans la mise à disposition de la contribution de l'État au financement du FBR ;
- Absence d'un groupe de réflexion chargé de préparer l'institutionnalisation du FBR (sous la responsabilité du Comité de Pilotage) ;
- Disparités entre les données du DHIS2 et celles du portail FBR ;
- Multiplicité des mécanismes de financement des formations sanitaires (recouvrement des coûts, FBR et Assurance Maladie) ;
- Absence d'interopérabilité entre les deux systèmes d'information ;
- Survenue récurrente de flambées épidémiques (diphtérie, dengue, etc.) dans les zones d'intervention ;
- Persistance de l'insécurité dans certaines zones d'intervention, ayant entraîné le saccage de plusieurs formations sanitaires et perturbant la continuité de l'offre de soins ainsi que la mise en œuvre des activités du FBR ;
- Retard dans la rationalisation des FOSA du 6e arrondissement, entraînant des difficultés d'organisation des services de santé.

7.1.4 Les problèmes identifiés peuvent-ils être résolus avec le FBR ?

Oui, le FBR peut résoudre les problèmes

Le FBR constitue un levier pour améliorer la qualité des soins, la redevabilité, la gouvernance, la disponibilité des données et la performance des structures sanitaires. Les contraintes institutionnelles peuvent être levées dans le cadre du FBR grâce à des actions de plaidoyer auprès des autorités compétentes, afin d'obtenir leur engagement et leur soutien à la mise en œuvre des réformes nécessaires.

1.1.6. Score de faisabilité des 23 indicateurs

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points Dispo	Points donnés	Observations
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 budget par population et par an est de 1,25 USD par an et par habitant
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	Retard dans la mise à disposition de la contribution de l'État au financement du FBR ;
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	
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité	2	0	Les Directions centrales n'ont pas encore de contrat avec la CTN
5. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	2	
6. Le programme PBF contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole	2	2	

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points Dispo	Points donnés	Observations
d'entretien", qui est utilisé par 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	
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	
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	2	
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	2	La signature des contrats est conditionnée à la disposition d'un compte bancaire
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	4	
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2	
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides PBF.	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	
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	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	
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	
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	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	
20. Les ACV ont des unités d'investissement (BAQ) pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	2	2	

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points Dispo	Points donnés	Observations
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	2	
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	2	
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2	
TOTAL:	**50**	**42**	**84%**

7.1.5 Recommandations

Le Comité National de Pilotage recommande de :

- Mettre en place un groupe de réflexion chargé de faire des plaidoyers auprès du ministère de l'Économie et des Finances pour l'institutionnalisation du FBR ;
- Faire un plaidoyer auprès du ministre de l'Économie et des Finances pour l'exécution d'un engagement déjà prévu dans les accords de financement, à savoir la contribution progressive de l'État au Financement Basé sur les Résultats ;
- Harmoniser les données entre le DHIS2 et le portail FBR ;
- Assurer l'interopérabilité entre le DHIS2 et le portail FBR ;
- Effectuer des recherches-actions sur l'effet du triple paiement des formations sanitaires (recouvrement des coûts, FBR, assurance maladie, découpage des aires de santé de la commune VI et intégration du FBR en urgence lors de la prochaine révision) ;
- Réaliser une recherche-action pour concevoir un mécanisme de mise en œuvre du FBR en situation d'urgence, avec des outils et des procédures adaptés aux crises sanitaires et sécuritaires ;
- Faire le découpage sanitaire du 6e arrondissement du District de Bamako et en assurer la mise en œuvre afin d'améliorer l'organisation des services de santé et la mise en œuvre du FBR.

7.1.6 Plan d'action Comité National de Pilotage

Problèmes identifiés	Activités (QUOI)	COMMENT ?	QUI	QUAND
Absence d'un groupe de réflexion chargé de préparer l'institutionnalisation du FBR	Mettre en place un groupe de réflexion sous la responsabilité du Comité de Pilotage chargé de conduire des actions de plaidoyer auprès du ministère de l'Économie et des Finances pour l'institutionnalisation du FBR	Élaborer les termes de référence, désigner les membres et organiser des séances de plaidoyer auprès des autorités compétentes	CNP	Déc 2026
Retard dans la mise à disposition de la contribution de	Faire un plaidoyer auprès du ministre de l'Économie et des finances pour l'exécution d'un	Élaborer les termes de référence et organiser des séances de plaidoyer auprès des autorités compétentes	CNP	Août 2026

l'État au financement du FBR	engagement déjà prévu dans les accords de financement, à savoir la contribution progressive de l'État au Financement Basé sur les Résultats ;			
Disparités entre les données du DHIS2 et celles du portail FBR	Harmoniser les données entre le DHIS2 et le portail FBR	Organiser des revues conjointes des données et mettre en place un mécanisme permanent d'harmoniser les données	CTN / DGSHP	Août 2026
Absence d'interopérabilité entre le DHIS2 et le portail FBR	Assurer l'interopérabilité entre le DHIS2 et le portail FBR	Concevoir et déployer une interface d'échange des données	DGSHP / CTN	Déc 2026
Multiplicité des mécanismes de financement des formations sanitaires (recouvrement des coûts, FBR et Assurance Maladie)	Effectuer des recherches action sur l'effet du triple paiement des formations sanitaires (recouvrement de coût, FBR, assurance maladie)	Organiser des recherches actions pour faire l'analyse au niveau des FOSA pour connaître l'effet du triple paiement des FOSA	CNP	Sept 2026
Survenue récurrente de flambées épidémiques et Persistance de l'insécurité dans certaines zones d'intervention perturbant la continuité de l'offre de soins ainsi que la mise en œuvre des activités du FBR	Réaliser une recherche-action pour concevoir un mécanisme de mise en œuvre du FBR en *situation d'urgence, en* adaptant les outils et le manuel	Élaborer les termes de référence, conduire la recherche-action, tester et valider des outils et procédures adaptés aux contextes de crise	CTN	Sept 2026
Retard dans la rationalisation des FOSA dans le 6e arrondissement, entraînant des difficultés dans l'organisation des services de santé.	Faire le découpage sanitaire du 6e arrondissement du District de Bamako et assurer leur mise en application afin d'améliorer l'organisation des services de santé et la mise en œuvre du FBR.	Tenir une réunion entre la CTN et les différents acteurs du 6ème arrondissement (DRS, district, contractant principal et sous-contrat) sur la faisabilité du découpage sanitaire des FOSA	CTN	Sept 2026

7.2 Mali - Équipes régionales de la santé (8x)

Équipe d'élaboration :

- DABOU Kizito	Directeur régional de la santé de Tombouctou
- DIALL Ibrahim Gagna	Directeur régional de la santé de Bougouni
- SANOGO Issa	Directeur régional de la santé de San
- TEME Abdoulaye	Directeur régional de la santé de Dioïla
- YOROTE Sory Ibrahim	Directeur régional de la santé de Bandiagara
- DIABATE Mamadou Lamine	Point Focal DRS Bamako
- DIARRA Mafio Sylvie	Point Focal FBR Koutiala
- TRAORE N'Tolé	Point Focal FBR Sikasso

7.2.1 Contexte

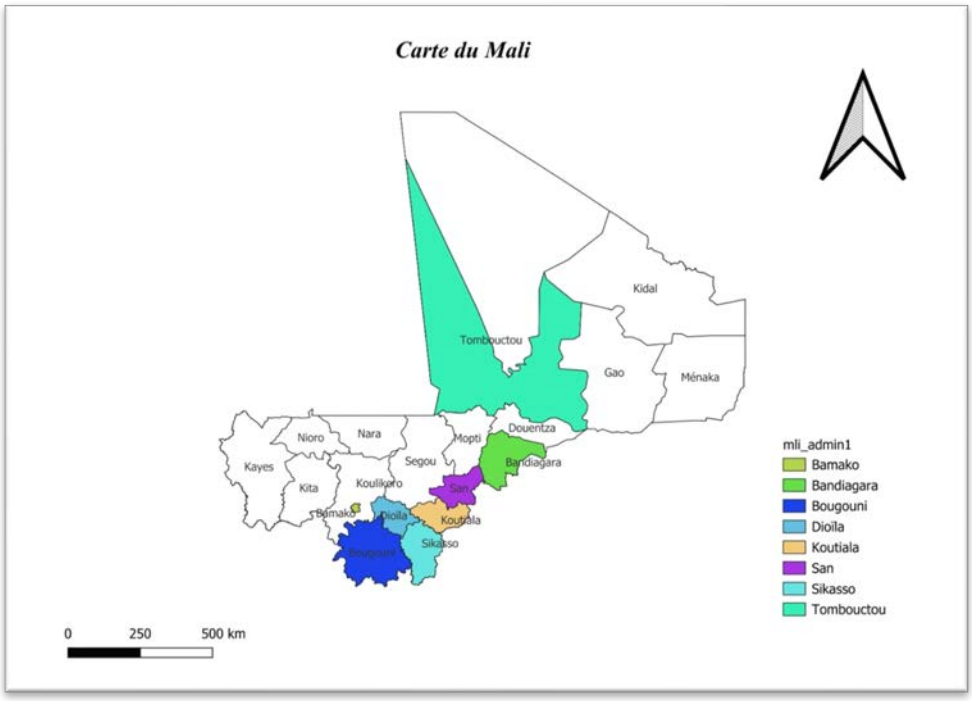


Figure 5 : Carte du Mali identifiant les huit régions décrites dans ce plan

D'une superficie de 621 383 km², les régions de Sikasso, Tombouctou, Dioïla, Bougouni, Koutiala, San, Bandiagara et le district de Bamako couvrent 50% du territoire national du Mali et comptent 12 437 362 habitants en 2026, soit un peu plus de la moitié de la population malienne (51,8%). Les distances qui séparent les chefs-lieux de ces régions de la capitale malienne vont de 160 km (pour les régions de Bougouni et de Dioïla) à plus de 1 000 km pour la région de Tombouctou. Ces régions se caractérisent par des indicateurs de santé inférieurs aux objectifs fixés.

Le taux d'utilisation des services de consultation curative en 2025 est de 0,47 nouvelles consultations par habitant et par an, avec les plus faibles taux à Koutiala et à San (0,33) et le plus élevé à Bamako (0,69).

Le taux de CPN4 est de 40% avec les régions de Koutiala et de San qui enregistrent les taux les plus faibles, soit respectivement 24% et 25%.

Le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié est de 56% avec le plus faible taux (34,8%) dans la région de Tombouctou. Le taux de couverture vaccinale en VAR2 est de 75,1 %, ce qui signifie que près de 25 % des enfants sont incomplètement vaccinés.

7.2.2 Histoire du FBR dans les huit régions

Afin d'accélérer l'atteinte de la couverture sanitaire universelle, certains districts sanitaires de ces régions avaient déjà expérimenté le financement basé sur les résultats dans le cadre du projet PACSU, qui couvrait les régions de Koulikoro, Ségou, Mopti et Gao.

À cet effet, au cours des quatre années de mise en œuvre, 2 257 formations sanitaires ont été engagées dans des contrats de performance pour offrir des soins de qualité à nos concitoyens, y compris dans les zones d'insécurité, et précisément grâce à l'approche FBR. Ces formations sanitaires comprennent des CS Com, des cliniques privées, des sites ASC, des maternités et des CS Réf. Outre les 697 nouveaux bâtiments construits et les 265 bâtiments rénovés ou réhabilités, le PACSU a permis d'équiper 104 CS Com de laboratoires d'analyse et de recruter 337 personnels qualifiés, dont des médecins, des sages-femmes, des infirmières obstétriciennes, des techniciens de laboratoire, etc. Le PACSU a également permis de sauver des milliers de vies d'enfants grâce à la prise en charge de 16 866 enfants de moins de 5 ans avec la farine nutritionnelle dans 281 aires de santé et à la promotion des bonnes pratiques de lutte contre la malnutrition.

À la lumière des résultats tangibles enregistrés dans ce cadre et face à une forte demande des autorités sanitaires ainsi que des bénéficiaires, le Gouvernement du Mali, à travers le Ministère de l'Économie et des Finances, a obtenu l'approbation des partenaires pour le financement d'un nouveau programme intitulé « Projet Promouvoir la Résilience du Système de Santé Inclusif pour Tous au Mali » (ARISE keneya yiriwale). C'est ainsi que le FBR est mis en œuvre dans chacune de ces huit régions du nouveau découpage (Sikasso, Tombouctou, Dioïla, Bougouni, Koutiala, San, Bandiagara et le district de Bamako) et couvre 17 des 30 districts sanitaires existants.

Les régions concernées par le présent plan présentent des caractéristiques diverses et sont confrontées à des défis aussi spécifiques qu'individuels.

Tableau : État d'avancement de la mise en œuvre du FBR par région.

Régions	Nombre de district	District avec CS Ref et ECD en place	Population totale	Nombre de district dans le FBR	Population dans le FBR	Non de district non FBR	Population de district non FBR
Bougouni	10	5	1 766 425	6	1 111 954	4	654 471
Koutiala	8	2	1 316 502	6	962 582	2	353 920
Sikasso	8	4	1 635 613	5	1 019 747	3	615 866
Bamako	7	7	3 434 044	1	786 909	6	2 647 135
Bandiagara	9	3	1 403 350	9	1 403 350		
Dioila	6	2	817 768	6	817 768		
San	7	2	928 366	7	928 366		
Tombouctou	13	5	1 135 294	7	749 095	6	386 199
Total	**68**	**30**	**12 437 362**	**47**	**7 779 771**	**21**	**4 657 591**

Dans les régions concernées, il existe présentement 68 districts sanitaires, dont 47 sont dans l'approche FBR, avec une couverture de 62,5 % de la population (7,8 sur 12,4 millions). Nous pouvons tout de même signaler que 30 des 68 districts sanitaires ne disposent ni d'une équipe cadre ni d'un centre de santé de référence. L'un des défis consisterait à réadapter la mise en œuvre du FBR à la nouvelle configuration, dès que ces nouveaux districts sanitaires auront mis en place leurs équipes cadres, ce qui pourrait arriver d'ici la fin de l'année en cours.

7.2.3 Score de faisabilité

Les 23 critères de pureté d'un programme FBP Points

Les 23 critères de pureté d'un programme FBP	Points Dispo	Points obtenu
1. Le budget du programme FBP n'est pas inférieur à 4,00 $US par habitant et par an, dont au moins70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	0
2. Au moins 20% du budget FBP vient du gouvernement et le programme FBP a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	2
3. La Cellule Technique Nationale FBP est intégrée dans le ministère de Santé à un niveau suffisamment élevé qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes.	2	2
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	2	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	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	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
8. Le programme FBP a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des districts, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA pour la validation des factures	2	2
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	0
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	2
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	0
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides FBP.	2	2
14. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	2
15. Les structures sont autorisées à déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	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
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
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	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
20. Le programme a des bonus d'amélioration de qualité (BAQ) ou des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure, des équipements des structures et du personnel qualifié	2	2

21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	2
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	2
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2
Total	**50**	**38**
Score		**76%**

7.2.4 Recommandations communes des huit régions

- Faire la restitution de la formation au reste des équipes cadres des régions ;
- Faire un plaidoyer auprès de la CTN pour l'extension de l'approche FBP dans les districts sanitaires non couverts des régions de Sikasso, Tombouctou, Bougouni, Koutiala et Bamako ;
- Contractualiser avec les nouvelles équipes cadres des Directions Régionales de la Santé (DRS) de Dioïla, Bougouni, Koutiala, San, Douentza et Bandiagara.
- Former les cadres des nouvelles DRS sur les outils de mise en œuvre du FBR

Pour suivre la mise en œuvre de ces recommandations, nous proposons :

7.2.5 Plan d'action général des huit régions

Problème	Recommandations	QUI	QUAND
Non formation des autres cadres sur les modules FBR	Faire la restitution de la formation au reste des équipes cadre des régions ;	Participants	Août 2026
Non couverture de certains districts sanitaires dans les régions de mise en œuvre du FBR	Faire un plaidoyer auprès de la CTN pour l'extension de l'approche FBP dans les districts sanitaires non couverts des régions de Sikasso, Tombouctou, Bougouni, Koutiala et Bamako ;	Directeurs Régionaux de la santé des huit régions	Août 2026
Non contractualisation avec les DRS de certaines nouvelles régions de mise en œuvre du FBR	Contractualiser avec les nouvelles équipes cadres des Directions Régionales de la Santé (DRS) de Dioïla, Bougouni, Koutiala, San, Douentza et Bandiagara.	CTN	Janvier 2027
Non formation des cadres des DRS de certaines nouvelles régions de mise en œuvre du FBR	Former les cadres des nouvelles DRS sur les outils de mise en œuvre du FBR	Directeurs Régionaux de la santé des huit régions	Janvier 2027

7.2.6 Région de Sikasso avec plan d'action

Sikasso, troisième région administrative du Mali, est située au sud du pays. Elle est limitée au nord par les régions de Dioïla et de Koutiala, au sud par la République de Côte d'Ivoire, à l'Ouest par la région de Bougouni et à l'Est par le Burkina Faso.

Elle a une superficie de 28 721 km², soit 2,31 % du territoire national, et compte 8 cercles; 52 communes et 772 villages.

Sur le plan sanitaire, la région dispose d'établissements de santé publics et privés. Il existe un (1) hôpital de deuxième référence, quatre (4) centres de santé de première référence, cent quatorze (114) centres de santé communautaires fonctionnels, ainsi que de nombreux cabinets médicaux ou de soins, dont le nombre évolue en permanence. L'accessibilité aux CS Com est de 61 % dans un rayon de 5 km et de 92 % dans un rayon de 15 km.

Le découpage sanitaire devrait connaître une évolution considérable avec l'opérationnalisation de nouveaux districts sanitaires, conformément au nouveau découpage administratif. Cela pourrait aboutir à la création de 8 districts sanitaires fonctionnels pour les 8 cercles de la région, contre 4 aujourd'hui.

Le système sanitaire souffre de plusieurs maux :

- L'insuffisance du personnel sanitaire : la proportion de CS Com disposant d'un médecin est de 27% ;
- L'insuffisance de la logistique ;
- L'insuffisance des infrastructures ;
- L'insécurité entrave l'accès à certaines structures par les moyens classiques.

La région est en première expérience de mise en œuvre du FBR à partir du 2e trimestre de 2025, avec 2 districts sanitaires sur les 4 fonctionnels. À l'opérationnalisation des nouveaux cercles dans le district, le nombre de districts au sein du FBR sera de 5 sur les 8 existants.

Tableau : Situation de la mise en œuvre du FBR dans la région

Districts sanitaires	Applique le FBR	Population 2026	Nombre d'hôpital	Nombre de CSCom/PMA	Nombre de CSRef PCA	Nombre d'ECD	Observation
Sikasso	Oui	565 875	1	33	1	1	District fonctionnel
Danderesso	Oui	79 758	0	5	0	0	District **non** fonctionnel
Klela	Oui	97 423	0	5	0	0	District **non** fonctionnel
Lobougoula	Oui	70 760	0	6	0	0	District **non** fonctionnel
Niena	Oui	205 931	0	25	1	1	District fonctionnel
Kadiolo	Non	307 959	0	20	1	1	District fonctionnel
Loulouni	Non	106 976	0	6	0	0	District **non** encore fonctionnel
Kignan	Non	200 931	0	14	1	1	District fonctionnel
TOTAL REGION	**-**	**1 635 613**	**1**	**114**	**4**	**4**	**-**

Les 4 districts sanitaires non encore fonctionnels pourraient l'être d'ici la fin de l'année, et le défi consisterait à réadapter la mise en œuvre du FBR à la nouvelle configuration. En effet, conformément au découpage en cours, quatre (4) nouveaux districts sont déjà identifiés, mais leurs équipes cadres ne sont pas encore mises en place, d'où la notion de district non fonctionnel. Ces équipes pourront être mises en place d'ici la fin de l'année, ce qui aura un impact sur le dispositif du FBR en cours de mise en œuvre.

Plan d'action détaillé région de Sikasso :

Problème	Proposition de solution	Responsable d'exécution (qui)	Délai de mise en œuvre (quand)
Insuffisance de personnel qualifié	Proposer à l'ACV de coacher les FOSA sur l'obtention des BAQ pour recruter du personnel supplémentaire	Point focal FBR de la DRS	Avant le 31 juillet 2026
Faible maitrise du processus de mise en œuvre du FBR par certains acteurs	Faire une séance de mise à niveau chaque trimestre lors des réunions de coordination avec les acteurs clés	Point focal FBR de la DRS	Une fois par trimestre

7.2.7 Région de Tombouctou avec plan d'action

Contexte

La Région de Tombouctou est la sixième (6e) région administrative du Mali avec une superficie de 497 926 km². Elle est comprise entre le 15e et le 25e degré de latitude nord, le 2e et le 4e degré de longitude ouest, et est en grande partie désertique. Sa population est estimée à 1 157 730 habitants en 2026. Elle fait frontière avec : au nord, la République démocratique de l'Algérie sur 620 km ; à l'Est, la région de Gao et la République du Burkina Faso ; à l'Ouest, la République islamique de Mauritanie sur 1 240 km et la région de Ségou ; et au sud, la région de Mopti. Elle est à 1100 km de la capitale du pays. La population est inégalement répartie et essentiellement concentrée le long du fleuve Niger et au nord de son delta intérieur, autour du lac Faguibine. La région compte 53 communes dont 51 rurales et 2 urbaines. Les personnes déplacées en raison de l'insécurité ou de conflits armés depuis 2009 représentent 0,6 % de la population résidente de la région de Tombouctou.

Sur le plan sanitaire, la région de Tombouctou compte 13 Districts Sanitaires dont 5 fonctionnels (Tombouctou, Diré, Goundam, Gourma Rharous et Niafunké), 113 CSCom fonctionnels, 5 CS Réf, 1 hôpital de 2ème référence, 49 structures SONUB, 06 structures SONUC, 47 aires de santé non fonctionnelles, 256 sites ASC fonctionnels, 5 services de santé des armées, 1 structure de santé confessionnelle/associative, 21 dispensaires et autres établissements de santé privés dont 6 disposent de licence d'exploitation, 9 officine/pharmacie privée et 2 maternités rurales. Le ratio de professionnels de santé est de 3 pour 10 000 habitants.

Le *Financement Basé sur les Résultats a démarré en avril 2025* à travers le Projet ARISE/KENEYA YIRIWALI « promouvoir la résilience du système de santé inclusif pour tous au Mali », qui couvre trois districts sanitaires (Tombouctou, Diré et Niafunké) et une population de 673 593 habitants, soit 58 % de la population.

La mise en œuvre de cette approche se justifie par la faiblesse des indicateurs de santé de la région en général, ainsi que par des contraintes extérieures telles que l'éloignement de la région, son immensité, sa faible densité populationnelle, la faiblesse du système de santé et l'insécurité, avec la présence de nombreuses populations vulnérables, notamment les personnes déplacées internes (PDI).

Les indicateurs clés de santé du 1er trimestre 2026 comparés à ceux de la même période de l'année dernière (avant la mise en œuvre du FBR) sont présentés dans le tableau ci-après :

Tableau : niveau d'atteinte des principaux indicateurs dans les districts FBR

	T1 2025			T1 2026		
INDICATEURS	Tomb	Diré	Niafunké	Tomb	Diré	Niafunké
1. Le taux de consultation curative	44.65	81.79	57.45	51.37	75.48	72.51
2. Le taux de CPN effective	17.68	34.18	15.41	31.72	59.76	51.02
3. Taux de prévalence contraceptive méthode moderne	17.72	18.64	2.85	18.42	44.35	2.01
4. La proportion d'accouchement assistée par un personnel qualifié	89.05	78.72	81.54	89.3	94.47	91.83
5. Le taux de couverture vaccinale BCG 0-11 mois aire	74	73.39	62.77	88.14	110.28	107.14
6. Le taux de couverture vaccinale VRR 2 15-23 mois district	17.1	28.2	55.2	56.7	61.9	66.1
7. Taux de guérison MAS 6-59 mois	99.61	98.07	94.24	100	96.33	94.84

Problèmes dans la région de Tombouctou

L'analyse de la situation sanitaire, en plus des problèmes communs aux régions, fait ressortir des contraintes et difficultés spécifiques qui sont :

- Insuffisance dans l'approvisionnement de certains produits (acide tranexamique, diazépam et chlorhexidine 7,1% pommade…) ;
- Insuffisance dans le remplissage de l'outil indice ;
- Insuffisance de laboratoire dans les CSCOM ;
- Difficultés d'acheminement des copies dures des documents FBR entre les DS, la région et la CTN (Bamako)
- Rupture de certains intrants pour la prise en charge des cas de malnutrition ;
- Retard des dépôts des contrats de performance à l'ACV pour signature ;
- Retard dans l'enrôlement des infirmeries scolaires et garnisons (TBT) ;
- L'insuffisance de communication transparente sur les montants des primes et les critères de répartition.

Plan d'action de Toboucktou

Problèmes	Proposition de solution	QUI	QUAND	Moyen de vérification
1. Insuffisance dans l'approvisionnement de certains produits (acide tranexamique, Diazépam et Chlorhexidine 7,1% pommade…)	Rendre disponible au magasin régional, dans les DRC et les grossistes agrées l'acide tranexamique, Diazépam et Chlorhexidine 7,1%	DRS, MCD et Gérant de dépôt	3 mois	Fiches de stock et Compte Rendu de Gestion de Stock

2. Insuffisance dans le remplissage de l'outil indice	Formation les acteurs clés sur l'outil indice	DRS	3 mois	Rapport de formation, Plan de résultats
3. Insuffisance de laboratoire dans les CSCOM	Construire / équiper 5 laboratoires	MCD	1 an	PV de réception d'ouvrage
4. Difficultés d'acheminement des copies dures des documents FBR entre les DS, la région et la CTN (Bamako)	Accepter et valider les copies scannées à tous les niveaux	CTN, DRS, MCD	Trimestriel	Notes de service
5. Rupture de certains intrants pour la prise en charge des cas de Malnutrition ;	Assurer des commandes groupées d'intrants de prise en charge de la MAM sur la base de la consommation moyenne semestrielle des FOSA	UGP	Semestriel	PV de réception

7.2.8 Région de Dioïla avec plan d'action

La région de Dioïla, située au sud-ouest du Mali, couvre une superficie de 12 350 km² (0,99 % du territoire national) et compte 817 768 habitants en 2026.

En 2026, la région compte 6 districts sanitaires, 2 centres de santé de référence fonctionnels (Fana et Dioïla), 74 CSCom, dont 3 Postes Avancés de Chirurgie Obstétricale (PACO), et 208 maternités rurales. La région bénéficie de l'appui du projet « Promouvoir la résilience du système de santé inclusif pour tous au Mali » (ARISE/KENEYA YIRIWALI), qui couvre 71 aires de santé et 2 CS Réf.

Sur une population totale de 817 768 habitants en 2026, le FBR couvre 811 005 habitants, soit 99%.

Tableau : Niveau d'évolution des indicateurs clés en T2 2025 et T1 2026

Indicateur	T2 2025	T1 2026	Variation	Tendance
Consultation curative	28,27%	35,72%	**+7,45 pts**	✅↗️
CPN4	42,65%	57,40%	**+14,75 pts**	✅↗️
Accouchements assistés	62,74%	68,42%	**+5,68 pts**	✅↗️
Prévalence contraceptive	27,38%	30,84%	**+3,46 pts**	✅↗️
Taux de guérison MAS	69,47%	100%	**+30,53 pts**	✅↗️

Analyse détaillée par indicateur Région de Dioila

Consultation curative :

Augmentation significative de la consultation curative se traduisant par une meilleure fréquentation des structures de santé par la population pour les soins curatifs. Cette augmentation en un an témoigne d'un effet incitatif du FBR sur l'utilisation des services de premier recours curatifs.

L'écart reste toutefois important par rapport à la cible idéale de 100 %.

CPN4 :

Augmentation relative par rapport au niveau initial. La CPN4 est un indicateur clé de la continuité des soins maternels : elle reflète la capacité du système à fidéliser les femmes enceintes tout au long de leur suivi prénatal.

Accouchements assistés :

L'augmentation des accouchements assistés par du personnel qualifié constitue un indicateur crucial de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Analyse des problèmes

Problème prioritaire	Causes
1. L'insuffisance de ressource humaines ;	▪ Malgré le recrutement local par les CS Com, le ratio professionnel de santé (4/10 000 hbts) reste toujours insuffisant pour répondre aux besoins de la population
2. La sous fréquentation des services de santé ;	▪ Faible couverture géographique des population vivants dans un rayon de 5 km (56,8% en 2026)
3. Non affiliation de certains personnels à l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS);	▪ Lenteurs dans les procédures d'affiliation, absence de suivi par les autorités locales (ASACO, mairie…)
4. Absence de laboratoire dans la majorité des CSCom	▪ Dans la région de Dioïla, la quasi-totalité des CSCOM ne dispose d'aucun équipement de laboratoire pouvant entraver la qualité de certaines prestations.
5. Faible couverture vaccinale ;	▪ Insécurité dans certaines zones empêchant les stratégies alternatives (Certaines zones de la région sont régulièrement le théâtre d'incursions de groupes armés),

Plan d'action détaillé région de Dioila

Problèmes prioritaires	Actions	Qui	Quand	Commentaires
1. Insuffisance de ressources humaines	Recruter du personnel supplémentaire (contractuels, vacataires) sur les recettes FBP	ASACO, Mairie, CS Com	Trimestre 1-2	Atteindre un ratio de 6 professionnels de santé pour 10 000 habitants à l'horizon 2028
2. Sous-fréquentation des services de santé	Organiser des **stratégies avancées** (cliniques mobiles) dans les villages éloignés	CS Com, ASACO	Mensuel	Augmenter le taux de consultation curative de 35,7% à 45% d'ici 2028
3. Qualité de l'accueil non satisfaisant dans certaines FOSA	Améliorer l'accueil et réduire les temps d'attente dans les CS Com	CS Com, ASACO	Trimestre 1-2	Augmenter le taux de consultation curative de 35,72% à 45% d'ici 2028
4. Non-affiliation de certains personnel recruté localement à l'INPS	Allouer une partie des recettes FBP à l'affiliation et aux cotisations sociales	ASACO, CS Com	Trimestre 2	Affilier 100% du personnel des CS Com recruté localement à l'INPS d'ici fin 2028

5. Absence de laboratoire dans la plupart des laboratoires	Acquérir des équipements de base (microscopes, tests rapides, centrifugeuses) sur fonds FBR pour ouvrir un laboratoire	CS Com, ASACO, Partenaires	Année 1-2	Ouvrir un laboratoire dans 50% des CS Com
6. Faible couverture vaccinale	Organiser des séances de vaccination avancées et fixes intensifiées	CS Com, ASACO	Mensuel	Atteindre 90% de couverture vaccinale (BCG, PENTA3, RR) d'ici 2028
7. Faible couverture vaccinale	Mettre en place un système de rattrapage des enfants perdus de vue	CS Com, Relais communautaires	Trimestriel	Atteindre 90% de couverture vaccinale (BCG, PENTA3, RR) d'ici 2028
8. Faible couverture vaccinale	Mener des campagnes de communication sociale pour lutter contre les rumeurs	ASACO, Relais, Leaders communautaires	Continu	Atteindre 90% de couverture vaccinale (BCG, PENTA3, RR) d'ici 2028

7.2.9 La région de Bougouni avec plan d'action

Située au sud du territoire national, la région de Bougouni est la quinzième région administrative du Mali. Elle est limitée au nord par la région de Dioïla, au sud par la République de Côte d'Ivoire, à l'Ouest par la région de Koulikoro et à l'Est par la région de Sikasso.

Elle a une superficie de 36 670 km², soit 2,95% du territoire national, et compte 10 cercles.

Sur le plan sanitaire, la région dispose d'établissements de santé publics et privés. Il existe cinq (5) centres de santé de première référence, cent vingt-huit (128) centres de santé communautaires fonctionnels, ainsi que de nombreux cabinets médicaux ou de soins, dont le nombre évolue en permanence. L'accessibilité aux CSCom est de 43 % à 5 km et de 85 % à 15 km.

Le découpage sanitaire devrait connaître une évolution considérable avec l'opérationnalisation de nouveaux districts sanitaires, conformément au nouveau découpage administratif. Cela pourrait aboutir à la mise en place de 8 districts sanitaires fonctionnels pour les 8 cercles de la région, contre 4 aujourd'hui.

Le système sanitaire souffre de plusieurs maux :

- L'insuffisance du personnel sanitaire, la proportion de CSCom disposant d'un médecin est de 21,88%. Il existe même deux districts sanitaires (Dogo et Fakola) qui n'ont aucun médecin
- L'insuffisance de la logistique,
- L'insuffisance des infrastructures,
- L'insécurité entrave l'accès à certaines structures par les moyens classiques.

La région est en première expérience de mise en œuvre du FBR à partir du 2e trimestre de 2025, avec 3 des 5 districts sanitaires opérationnels. Cependant, le district sanitaire d'Ouelessebougou, nouvellement rattaché à la région de Bougouni selon le nouveau découpage, était déjà engagé dans l'approche FBR en 2020 avec le PACSU. À

l'opérationnalisation des nouveaux cercles dans le district, le nombre de districts au sein du FBR sera de 5 sur les 10 existants.

Tableau : Situation de la mise en œuvre du FBR dans la région

Districts\ sanitaires	Applique le FBR	Population 2026	Nombre d'hôpital	Nombre de CSCom/PMA	Nombre CSRef PCA	Nombre d'ECD	Observation
Bougouni	Oui	366 685	0	21	1	1	District fonctionnel
Dogo	Oui	89 750	0	7	0	0	District **non** fonctionnel
Garalo	Oui	143 602	0	11	0	0	District **non** fonctionnel
Koumantou	Oui	171 296	0	10	0	0	District **non** fonctionnel
Kolondieba	Non	185 280	0	13	1	1	District fonctionnel
Kadiana	Non	69 308	0	4	0	0	District **non** fonctionnel
Fakola	Non	68 409	0	6	0	0	District **non** fonctionnel
Ouelessebougou	Oui	331 474	0	21	1	1	District fonctionnel
Selingue	Non	127 405	0	15	1	1	District fonctionnel
Yanfolila	Oui	213 216	0	21	1	1	District fonctionnel
TOTAL REGION	**-**	**1 766 425**	**0**	**129**	**5**	**5**	**-**

Les 5 districts sanitaires non encore fonctionnels pourraient être intégrés d'ici la fin de l'année, et le défi consisterait à réadapter la mise en œuvre du FBR à la nouvelle configuration.

Plan d'action détaillé région de Bougouni

Problème	Proposition de solution	Responsable d'exécution	Délai de mise en œuvre	Moyen de vérification
1. Absence de contrat avec la nouvelle DRS	Signer le contrat avec la nouvelle DRS	CTN	Janvier 2027	Existence de contrat et plan de résultat signé avec la CTN
2. Non formation des cadres de la nouvelle DRS sur la FBR	Former les cadres de la nouvelle DRS sur le FBR	DRS Bougouni	Décembre 2026	Nombre de personnel formé
3. Insuffisance de personnel qualifié	Négocier avec l'ACV l'obtention de plus de BAQ pour recruter du personnel supplémentaire	DRS Bougouni	Décembre 2026	Nombre de personnel supplémentaire recruter par les FOSA
4. Faible maitrise du processus de mise en œuvre du FBR par certains acteurs	Faire une séance de mise à niveau chaque trimestre lors des réunions de coordination avec les acteurs clés	Point focal FBR de la DRS	Une fois par trimestre	Nombre de séance de mise à niveau tenu

7.2.10 La région de Koutiala avec plan d'action

Seizième région administrative du Mali, Koutiala est située au sud du pays. Elle est limitée au nord par les régions de Ségou et de San, au sud par la région de Sikasso, à l'Ouest par la région de Dioïla et à l'Est par le Burkina Faso.

Elle a une superficie de 14 600 km², soit 1,17% du territoire national, et compte 8 cercles, à savoir : Konseguela, Kouniana, Zangasso, Koutiala, M'Pessoba, Molobala, Yorosso et Koury.

Sur le plan sanitaire, la Région dispose d'établissements sanitaires publics et privés. Il existe deux (2) centres de santé de première référence, soixante-huit (68) centres de santé communautaires fonctionnels, ainsi que de nombreux cabinets médicaux ou de soins, dont le nombre évolue en permanence. L'accessibilité aux CS Com est de 58,6 % dans un rayon de 5 km.

Le découpage sanitaire devrait connaître une évolution considérable avec l'opérationnalisation de nouveaux districts sanitaires, conformément au nouveau découpage administratif. Cela pourrait aboutir à la création de 8 districts sanitaires fonctionnels pour les 8 cercles de la région, contre 2 existants à ce jour.

Le système sanitaire souffre de plusieurs maux :

- L'insuffisance du personnel sanitaire, la proportion de CS Com disposant d'un médecin est de 16% avec 3 districts sanitaires n'ayant aucun médecin
- L'insuffisance de la logistique,
- L'insuffisance des infrastructures,
- L'insécurité entrave l'accès à certaines structures par les moyens classiques.

La région est en première expérience de mise en œuvre du FBR à partir du 2e trimestre de 2025, avec 1 seul district sanitaire sur les 2 fonctionnels. À l'opérationnalisation des nouveaux cercles dans le district, le nombre de districts au sein du FBR sera de 6 sur les 8 existants.

Tableau : Situation de la mise en œuvre du FBR dans la région

Districts sanitaires	Applique le FBR	Population 2026	Nombre d'hôpital	Nombre de CSCom/PMA	Nombre de CSRef PCA	Nombre d'ECD	Observation
Konseguela	Oui	81 490	0	3	0	0	District **non** fonctionnel
Kouniana	Oui	88 364	0	6	0	0	District **non** fonctionnel
Zangasso	Oui	66 102	0	5	0	0	District **non** fonctionnel
Koutiala	Oui	447 303	0	20	1	1	District fonctionnel
M'Pessoba	Oui	180 811	0	10	0	0	District **non** fonctionnel
Molobala	Oui	98 512	0	5	0	0	District **non** fonctionnel
Yorosso	Non	217 960	0	12	1	1	District fonctionnel

Koury	Non	135 960	0	7	0	0	District **non** fonctionnel
TOTAL REGION	**-**	**1 316 502**	**0**	**68**	**2**	**2**	**-**

Les 6 districts sanitaires non encore fonctionnels pourraient l'être d'ici la fin de l'année, et le défi consisterait à réadapter la mise en œuvre du FBR à la nouvelle configuration.

Plan d'action détaillé région de Koutiala

Problème	Proposition de solution	Responsable d'exécution	Délai de mise en œuvre	Moyen de vérification
1. Absence de contrat avec la nouvelle DRS	Signer le contrat avec la nouvelle DRS	CTN	Janvier 2027	Existence de contrat et plan de résultat signé avec la CTN
2. Non formation des cadres de la nouvelle DRS sur le FBR	Former les cadres de la nouvelle DRS sur le FBR	DRS Koutiala	Décembre 2026	Nombre de personnel formé
3. Insuffisance de personnel qualifié	Négocier avec l'ACV l'obtention de plus de BAQ pour recruter du personnel supplémentaire	DRS Koutiala	Décembre 2026	Nombre de personnel supplémentaire recruter par les FOSA
4. Faible maitrise du processus de mise en œuvre du FBR par certains acteurs	Faire une séance de mise à niveau chaque trimestre lors des réunions de coordination avec les acteurs clés	Point focal FBR de la DRS	Une fois par trimestre	Nombre de séance de mise à niveau tenu

7.2.11 La région de San avec plan d'action

D'une superficie de 14 200 km^2, soit 1,14 % du territoire national du Mali, la région de San, 17e région administrative du Mali, compte 1 003 107 habitants en 2026. Elle est située à environ 487 km de Bamako. La région se caractérise par des indicateurs de santé inférieurs aux objectifs fixés.

Les niveaux d'atteinte des principaux indicateurs de l'année 2025 pour la région de San sont :

- Le nombre de CSCom fonctionnels : 67 vs 67 ;
- Le pourcentage de CS Réf ayant organisé la référence/évacuation est de 100% ;
- La proportion de CSCom médicalisé est de 21%,
- Le taux de couverture BCG des enfants de moins d'un an : 86 % ;
- Le taux de couverture PENTA3 des enfants de moins d'un an : 80 % ;
- Le taux de couverture VAR1 des enfants de moins d'un an : 76% ;
- Le taux de couverture vaccinale en VAR2 est de 68 %, ce qui implique l'existence de près de 32 % d'enfants incomplètement vaccinés
- Le taux d'utilisation des services de CPN (taux de CPN1) : 65,1 % ;
- Le taux de CPN4 est de 26% contre un objectif de 60% ;
- Le taux de couverture en accouchement assisté : 44 % ;
- Le taux de couverture en accouchement assisté par personnel qualifié : 40,4 % ;

- L'utilisation de la consultation curative : 0,33 NC/an/Hbt (pour un objectif national de 0,50) ;
- La prévalence contraceptive (méthode moderne) : 30,4%.

Plan d'action de la région de San

Problème	Proposition de solution	QUI	QUAND
1. Faible couverture vaccinale	Organiser des séances de vaccination avancées et fixes intensifiées	CS Com, ASACO	Mensuel
2. Faible couverture vaccinale	Mettre en place un mécanisme de rattrapage des enfants perdus de vue	CS Com, Relais communautaires	Trimestriel
3. Faible taux de couverture en CPN4 et Accouchement assisté par le personnel qualifié	Réaliser des activités de sensibilisation sur l'utilisation des services dans la communauté à travers les ASLO	Relais communautaires, ASACO	Mensuel
4. Faible taux de couverture en CPN4 et Accouchement assisté par le personnel qualifié	Organiser les supervisions des prestataires sur la mise en œuvre des activités de SR et de vaccination sur le terrain à tous les niveaux	DRS, MCD	Trimestriel
5. Insuffisance de ressources humaines	Recruter le personnel supplémentaire des FOSA sur l'obtention des BAQ	Point focal FBR de la DRS	Décembre 2026
6. Insuffisance de ressources humaines	Faire un redéploiement du personnel existant dans les districts sanitaires	MCD	Janvier 2027
7. Absence de contrat avec la nouvelle DRS	Signer le contrat avec la nouvelle DRS	CTN	Décembre 2026
8. Non formation des cadres de la nouvelle DRS sur la FBR	Former les cadres de la nouvelle DRS sur le FBR	DRS San	Décembre 2026
9. L'insuffisance de fonctionnalité du système de référence/évacuation	Tenir des réunions de monitorage et de suivi de la caisse de solidarité	MCD	Décembre 2026

7.2.12 Région de Bandiagara avec plan d'action

La région sanitaire de Bandiagara a une superficie de 28 141 km². La population générale de la région (DNP) est de 1 526 163 habitants, répartis entre 9 districts sanitaires : Bandiagara, Bankass, Koro, Sangha, Kani-Gogouna, Kendié, Ningari, Dialassagou et Socoura.

Elle est la dix-neuvième (19e) région administrative du pays. Le nombre de communes est de 49, dont 48 rurales et 1 urbaine. La région compte 3 districts fonctionnels : Bandiagara, Bankass et Koro.

La mise en œuvre du PBR dans la phase actuelle, avec le Projet ARISE, a débuté en 2021. Le FBR couvre 2 PCA (CS Réf de Bandiagara et Sangha), 33 PMA (CS Com), 12 maternités rurales, 2 cabinets médicaux, 2 cabinets de soins, 2 infirmeries scolaires et 66 sites ASC.

Le district sanitaire de Koro a déjà expérimenté le financement basé sur les résultats dans le cadre du projet PACSU depuis 2022. Pendant cette phase, 22 CS Com, 1 CS Réf, 2 centres confessionnels,1 maternité rurale, 1 cabinet médical et 60 sites ASC ont bénéficié du FBR. Avec le projet ARISE, lancé en avril 2025, la couverture a été étendue à d'autres structures de santé. Actuellement, le nombre de CS Com couverts est de 27 centres de santé communautaires, 2 centres de santé confessionnels, 80 sites ASC, 1 maternité rurale, 1 cabinet médical et 1 infirmerie scolaire.

Dans le district sanitaire de Bankass, l'appui du FBR a commencé avec le programme PACSU et a couvert 1 CS Réf, 8 CS Coms et 1 cabinet médical privé. En 2025, avec l'arrivée d'ARISE, la totalité des CS Com est couverte : 22 CS Réf et 290 sites ASC. Le cabinet médical privé n'est plus couvert à raison de la non-détention de certains documents réglementaires ;

Tableau : Niveau d'atteinte des indicateurs en 2025 dans la région

Indicateurs	Réalisation	Prévision
Taux d'utilisation de la CPN 4	24,72	35
Taux d'accouchements assistés	42,50	45
Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	40,94	45
Taux de prévalence contraceptive	27,68	25
Taux de césarienne	1,21	1
Taux de décès maternels après césarienne	0	1
Penta 3	79,8	95
VRR 1	75	95
VRR 2	61,04	95

Problèmes identifiés

- Faible utilisation des services de CPN4, et de vaccination ;
- Destruction des infrastructures sanitaires par les groupes armés terroristes ;
- Faible mobilisation des quotes-parts communautaires pour la référence/évacuation ;
- Retard dans le paiement des salaires de certains agents payés par l'ASACO et la Mairie (matrones et aides-soignantes) et leur non-affiliation à l'INPS ;
- Pénurie de carburant dans la région de Bandiagara ;
- Faible financement des activités du plan opérationnel annuel ;
- Insuffisance de personnel au niveau du secteur ;
- Arrêt d'offre de soins dans le CSCOM de Diallaye (Bankass) durant 5 mois
- Réduction notoire de la couverture en réseau de communication GSM ;
- Arrêt brutal de l'appui de plusieurs PTF depuis le 1er trimestre 2025 ;

- Arrivée massive des réfugiés dans la région (Bankass et Koro) ;
- Insuffisance/instabilité du personnel qualifié du district ;
- Irrégularité dans la tenue des réunions statutaires des ASACO ;
- Insuffisance de véhicules de supervision.

Plan d'Action Région de Bandiagara

Problème	Proposition de solution	QUI	QUAND	Moyen de vérification
Absence de contrat avec la nouvelle DRS	Signer le contrat avec la nouvelle DRS	CTN	Janvier 2027	Existence de contrat et plan de résultat signé avec la CTN
Insuffisance de personnel qualifié	Recruter du personnel qualifié	MCD	Décembre 2026	Existence de Contrat signé avec le personnel recruté
Destruction de certaines infrastructures sanitaires	Réhabiliter les infrastructures sanitaires détruits	MCD	Aout 2026	PV de réception
Faible taux de CPN4	Offrir des services de CPN en SA et EM	MCD	Aout 2026	Rapports des activités
Faible couverture vaccinale	Offrir les services de vaccination en SA et EM	MCD	Septembre 2026	Rapports des activités
Présence massive des refugiés	Organiser des sorties d'EM polyvalentes pour offrir des soins et services de santé	MCD	Aout 2026	Rapports des activités

7.2.13 District de Bamako avec plan d'action

Le District de Bamako s'étend sur 30 km d'Ouest en est et sur 20 km du nord au sud, et est entouré par le cercle de Kati (Région de Koulikoro). Il est limité à l'Ouest par la commune du Mandé, au sud par la commune de Kalaban Coro, au sud-est par la commune de Baguineda, à l'Est par la commune de Moribabougou et au nord par la commune de Kati.

Le District de Bamako compte 77 quartiers et couvre une superficie de 267 km², avec une population totale estimée à 3 millions d'habitants (12,5 % de la population totale du Mali) en 2026, dont 50,2 % d'hommes et 49,8 % de femmes. La densité de population est de 10 976 habitants par km². Le District de Bamako a un statut particulier qui en fait une région sanitaire à part entière, avec ses six communes, qui sont en train d'être réparties en arrondissements équivalents aux districts sanitaires de l'OMS.

Le District de Bamako compte six arrondissements. Ce sont : Chacune des six communes compte une forte proportion de population urbaine.

La couverture sanitaire de l'année 2026 d'une manière générale a été assurée par :

- Le secteur public : 12 structures de santé (5 Centres de Santé de Référence, 1 Hôpital de district et 6 CHU), 1 FERACOM, 1 DRDS-ES, 1 DRPFEF et 14 services locaux (6 SLDSES, 6 SLPFEF et deux Maisons de la Femme ;
- Le secteur communautaire : 65 Centres de Santé Communautaire (CS Com) ;
- Le secteur privé : 557 cabinets médicaux, 552 cliniques médicales, 338 officines pharmaceutiques ;
- Le secteur parapublic, confessionnel et de santé des forces armées : 6 structures

militaires, 6 structures confessionnelles, 7 structures INPS, 1 structure Trans Rail (chemin de fer) et 6 structures associatives.

Problèmes dans la ville (district) de Bamako

Aux infrastructures

- État défectueux du bâtiment de la DRS ;
- Exiguïté des locaux du CS Réf ;
- Insuffisance de latrines dans certaines formations sanitaires ;
- Manque d'espace de transition des déchets biomédicaux au niveau de certaines formations sanitaires ;
- Prolifération des structures privées non conformes à la régulation ;
- Insuffisance de salles pour certaines unités (PF, dépistage du cancer du col de l'utérus, SAA) dans certaines FOSA.

Aux ressources humaines et financières

- Faible disponibilité des ressources de l'État et des partenaires ;
- Faible inscription du personnel des CS Com à l'INPS ;
- Insuffisance de paiement des quotes-parts par les ASACO et la mairie ;
- Insuffisance de financement des activités de routine par le CS Réf (supervisions, les réunions des comités PCI, SDMPR, SEC, logistique ...) ;
- Insuffisance d'approche communautaire et d'activité des relais ;
- Insuffisance d'activités de santé communautaire (VAD, séance de sensibilisation communautaire sur les maladies à potentiel épidémique, l'hygiène, la planification familiale ……) ;
- Faible capacité de prise en charge gratuite des déplacés internes par les ASACO ;
- Faible capacité de prise en charge des indigents par le CS Réf ;
- Faible capacité des ASACO et des collectivités pour financer les activités de santé (salaire du personnel, organisation des activités en stratégie avancée, référence/évacuation, tenue des séances enfant sain, entretien et la maintenance des moyens logistiques …) ;

Aux logistiques

- Faibles couvertures téléphoniques et réseau internet ;
- Insuffisance de matériel informatique (photocopieuses, ordinateurs portables et imprimantes) ;
- Insuffisance de kits de gratuité palu ;
- Ruptures de kits de césarienne et de certains antigènes.

Au SIS

- Insuffisance dans la tenue des supports et de la qualité des données collectées ;
- Insuffisance dans l'analyse des données au niveau des CSCom ;
- Faible collecte des données des structures privées ;
- Faible qualité des données des programmes (PEV, SR, PALU, TB/VIH…) ;

- Faible qualité des données logistiques.

À l'organisation, au fonctionnement et à la gouvernance

- La gestion efficace de l'affluence dans les formations sanitaires ;
- Faible remboursement de la césarienne ;
- Faible capacité de prise en charge de l'énergie et de l'eau (solaire, forage non fonctionnel dans certaines formations sanitaires) ;
- Faible fonctionnalité des comités PCI, SDMPR, SEC, logistique… ;
- Faible utilisation des relais dans les activités communautaires par les FOSA ;
- Faible activité de sensibilisation et de dépistage au niveau scolaire par le CS Réf et les FOSA ;
- Insuffisance dans la tenue des réunions mensuelles dans certaines FOSA ;
- Absence de PV des réunions techniques de certaines FOSA ;
- Faible fonctionnalité des comités paritaires pour le suivi de la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) ;
- Absence de contrat de certains agents (vaccinateurs, matrones et manœuvres) ;
- Irrégularité dans le paiement des salaires de certains agents des CS Com (vaccinateurs, matrones et manœuvres) ;
- Faible remboursement de l'ANAM ;
- Faible taux de couverture maladie par les mutuelles ;

Le FBR dans la ville de Bamako

Le District de Bamako est en première expérience de mise en œuvre du FBR, qui a débuté au 2e trimestre 2025, avec uniquement le 6e arrondissement. Cependant, selon le nouveau découpage, Bamako doit passer de 6 à 7 arrondissements. Il faut noter que le 7e arrondissement est un ancien district sanitaire de la région de Koulikoro qui a bénéficié du projet PACSU et poursuit avec le nouveau projet ARISE.

Tableau : Situation de la mise en œuvre du FBR dans le District de Bamako

Districts sanitaires	Applique le FBR	Population 2026	Nombre d'hôpital	Nombre de CSCom/PMA	Nombre de CSRéf PCA	Nombre d'ECD	Observation
1er Arrondis	Non	556 647	0	12	1	1	District fonctionnel
2em Arrondis	Non	264 888	0	8	1	1	District fonctionnel
3em Arrondis	Non	213 868	4	8	1	1	District fonctionnel
4em Arrondis	Non	506 182	1	11	1	1	District fonctionnel
5em Arrondis	Non	686 930	0	14	1	1	District fonctionnel
6em Arrondis	Oui	780 671	1	12	1	1	District fonctionnel
TOTAL REGION	-	3 033 234	6	65	6	6	**Seul District du 6em Arrondis est FBR**

Plan d'action District de Bamako

Problèmes	Proposition de solution	QUI	QUAND	Moyen de vérification
Faible inscription du personnel de certaines CSCom à l'INPS	Recenser les agents non-inscrits et transmettre la situation consolidée aux responsables concernés pour régularisation	PF FBR DRS	3 mois	Liste nominative ; situation INPS ; rapport de suivi
Faible capacité de prise en charge des déplacés internes (indigents) par le CS Réf /PCA	Développer des stratégies tel que l'organisation des consultations gratuites sur les sites des déplacés à partir des subsides	PF FBR DRS /ECD/ Manager du CSRéf	Mensuel	Registre des indigents ; rapport du CSRéf ;
Insuffisance de structures privées enrôlées dans le FBR	Identifier les structures privées potentiellement éligibles, les informer sur les critères d'enrôlement et transmettre une proposition d'intégration aux instances compétentes	PF FBR DRS/ ACV/ ECD	3 à 6 mois	Liste des structures ; fiches de sensibilisation ; dossiers d'enrôlement
Faible connaissance des procédures et critères du FBR par certains acteurs	Organiser des séances courtes de rappel/sensibilisation lors des réunions de coordinations régionales	PF FBR DRS	Trimestriel	Listes de présence et compte rendu

7.3 Mali – Districts : Arrondissement VI Bamako Urbain et Douentza

- **Dr Hamed DIALLO,** Médecin Chef District Sanitaire du 6ème arrondissement de Bamako
- **Dr Madiba SISSOKO,** Manager PCA Hôpital de District Douentza, Région de Douentza

7.3.1 Résumé du groupe de district Mali

Malgré le contexte de crise socio-politico-sécuritaire en cours au Mali, la mise en œuvre de l'approche FBP a permis d'améliorer les indicateurs, la prise en charge des indigents, le ratio de personnel qualifié par habitant, la gouvernance et la mobilisation des ressources, le renforcement de la voix de la population, les investissements et la rationalisation des ressources, grâce à un changement de paradigme.

Elle a également permis d'améliorer l'efficience de la gestion des ressources allouées aux formations sanitaires.

La mise en œuvre des recommandations formulées permettra d'améliorer la performance de nos districts sanitaires et de fournir des services de qualité.

7.3.2 Contexte général

Le Mali est un vaste pays d'une superficie de **1 241 238 km²**, situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Il partage 7 000 km de frontières avec sept pays limitrophes : l'Algérie au nord, la Mauritanie au nord-ouest, le Niger et le Burkina Faso à l'est, le Sénégal à l'ouest, ainsi que la Guinée-Conakry et la Côte d'Ivoire au sud.

Le pays est désormais subdivisé en 19 régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal, Taoudenit, Ménaka, Nioro, Kita, Nara, Dioïla, San, Bougouni,

Koutiala, Bandiagara et Douentza), le District de Bamako, 156 cercles et 817 communes.

Démographie

La population totale du Mali en 2026 est estimée à **25 568 964 habitants**, dont 49,76 % de femmes et 50,24 % d'hommes. *(Direction Nationale de la Population, projections RGPH5, 2022)*

Contexte sécuritaire

Depuis 2012, le Mali est confronté à une **crise socio-politico-sécuritaire** d'une intensité sans précédent. Celle-ci a entraîné:

- Le déplacement forcé et massif des populations
- L'**effondrement partiel du système de santé publique**, caractérisé par la destruction des infrastructures sanitaires, l'exode du personnel médical et l'inaccessibilité croissante aux soins de qualité, en particulier pour les populations les plus vulnérables

7.3.3 Profil sanitaire général

Le profil sanitaire du Mali se caractérise par la **prédominance des maladies transmissibles et endémo-épidémiques** (notamment le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques), combinée à une **forte charge de morbidité maternelle et infantile**. Parallèlement, le pays fait face à une **transition épidémiologique** marquée par une augmentation progressive des **maladies non transmissibles** (diabète, hypertension). *(OMS, Profil de pays-Mali, 2024 ; ministère de la Santé et du Développement Social, Plan de Développement Sanitaire et Social 2024-2028).*

7.3.4 Contexte du système de financement au Mali avant FBR

- Les services de soins sont sous-utilisés, car les systèmes de prépaiement sont encore fragmentés et ne couvrent qu'environ 13% de la population.
- Selon l'enquête auprès des ménages (EMOP) de 2017, 46 % de la population ayant besoin de soins de santé a déclaré ne pas utiliser les services de santé en raison d'un coût trop élevé. Ces barrières financières conduisent souvent à l'automédication.
- Les employés et les fonctionnaires du secteur formel sont couverts par un régime d'assurance maladie obligatoire administré par une agence publique d'assurance semi-autonome (Caisse Nationale d'Assurance Maladie, CANAM), chargée de la gestion du régime d'assurance contributif (Assurance Maladie Obligatoire, AMO).
- Les populations indigentes sont couvertes par le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), un régime non contributif administré par l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM).
- Quant au secteur informel, les dépenses de santé peuvent être prises en charge par les mutuelles.
- En plus de ces systèmes de prépaiement, le gouvernement soutient des régimes de soins gratuits (gratuité) en subventionnant des services spécifiques (par exemple, les

césariennes, le traitement du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, la prise en charge des cas de tuberculose et de VIH-sida …).

Par ailleurs, plusieurs évaluations et revues conjointes ont montré que le Mali présente l'un des profils sanitaires parmi les plus défavorables de la sous-région, malgré les efforts appréciables déployés au cours de plusieurs décennies par les gouvernements et les partenaires.

Le système de santé malien se caractérise par un sous-financement chronique qui compromet l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Selon la Banque mondiale (2021), le Mali ne consacrait que 5 à 7 % de son budget national à la santé entre 2015 et 2020, un niveau très en deçà des 15 % recommandés par la Déclaration d'Abuja (2001). Par ailleurs, les dépenses de santé par habitant s'élèvent à environ 30 à 40 USD par an (OMS, 2022), soit moins de la moitié des 80 USD estimés nécessaires par l'Organisation mondiale de la Santé pour garantir un panier de soins de santé essentiels. Cette contrainte budgétaire explique la forte dépendance du pays à l'aide extérieure et la nécessité de rechercher des mécanismes de financement plus efficaces.

7.3.5 Financement de la santé au Mali et Financement Basé sur les Résultats (FBR)

Face à ces défis, le Financement Basé sur les Résultats (FBR) a été introduit comme une réponse stratégique pour améliorer l'efficacité des dépenses de santé et renforcer la redevabilité au sein du système de santé. Contrairement aux approches de financement traditionnelles basées sur les intrants, le FBR lie les décaissements à l'atteinte d'indicateurs de performance mesurables, tels que le nombre de consultations, de vaccinations ou d'accouchements assistés. Ce mécanisme vise à instaurer une culture de résultats, à améliorer la qualité des soins et à optimiser l'utilisation des ressources disponibles.

Expérimenté au Mali de 2013 à 2014 avec le soutien de partenaires techniques et financiers tels que la Banque mondiale, l'Union européenne et le Fonds mondial, le FBR a progressivement démontré son efficacité par des résultats tangibles sur le terrain. C'est dans cette dynamique que, depuis juillet 2020, le ministère de la Santé et du Développement Social a formalisé cette stratégie dans le cadre du Projet Accélérer les Progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle (PACSU), en élaborant un manuel des procédures FBR.

Le FBR étant un processus dynamique, le manuel des procédures et ses outils de mise en œuvre sont régulièrement adaptés en fonction des forces et des faiblesses constatées sur le terrain. Ainsi, en octobre 2022, une première révision de la version originale a été réalisée et a guidé la mise en œuvre jusqu'à la clôture du PACSU en juin 2024.

Les résultats probants enregistrés dans le cadre du PACSU, conjugués à la forte demande des autorités sanitaires et des bénéficiaires, ont conduit le Gouvernement du Mali à obtenir l'approbation des partenaires pour un nouveau projet intitulé « Promouvoir la résilience du système de santé inclusif pour tous au Mali » (ARISE/KENEYA YIRIWALI). Ce projet vise à améliorer l'accessibilité et l'utilisation de services essentiels de qualité en santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, ainsi qu'en nutrition, tout en renforçant la préparation aux situations d'urgence sanitaire dans

les zones ciblées. Il couvre les régions de Sikasso, Koulikoro, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao, ainsi que la Commune VI du District de Bamako, pour un total de 7 032 FOSA potentielles, soit 69% de l'ensemble de la population malienne.
Ainsi, le FBR s'impose aujourd'hui comme un levier stratégique incontournable pour améliorer la performance du système de santé malien, en faisant le lien entre le financement disponible, les résultats sanitaires attendus et la responsabilisation des acteurs à tous les niveaux.

7.3.6 Indicateurs de santé spécifiques

La *santé maternelle* au Mali enregistre des avancées notables, bien qu'inégales. En 2024, 51 % des femmes avaient effectué au moins une consultation prénatale, contre seulement 36 % en 2006, soit une progression de 15 points en près de deux décennies, selon l'EDSM-VII (2023-2024). Parallèlement, 81 % des accouchements se déroulent dans un établissement de santé, contre 79 % en 2018, ce qui traduit un recours croissant aux structures sanitaires.
Le ratio de *mortalité maternelle*, estimé à 325 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2018 (EDSM-VI), demeure préoccupant, même si les données les plus récentes pourraient indiquer une amélioration.
La comparaison entre l'Enquête Démographique et de Santé Mali (EDSM-VI) 2018a et l'EDSM-VII (2023-2024) met en évidence une baisse significative de la mortalité à tous les niveaux. Le *taux de mortalité néonatale* est passé de 33 ‰ à 29 ‰, soit une réduction de 12,1 %. La *mortalité infantile*, quant à elle, a diminué de 54 ‰ à 52 ‰, soit une baisse plus modeste de 2 %. Enfin, la *mortalité infanto-juvénile* a connu la réduction la plus marquée, chutant de 101 ‰ à 87 ‰, soit une amélioration de 13,9 %. Ces tendances, bien qu'encourageantes, appellent à des efforts soutenus pour accélérer la réduction.
La *couverture vaccinale des jeunes* enfants enregistre des progrès, mais demeure insuffisante pour garantir une protection universelle. Selon EDSM-VII 2024, 52 % des enfants ont reçu tous les vaccins de base, contre 45 % en 2018, tandis que 13 % n'en ont reçu aucun, un chiffre quasi stable par rapport à 2018 (14 %). Parmi les vaccins spécifiques, le BCG affiche la couverture la plus élevée, à 84 %, suivi du vaccin antirougeoleux (1 dose) à 69 % et des trois doses du vaccin contenant le DTC-HepB-Hib à 73 %. En revanche, la couverture vaccinale pour les trois doses du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) n'est que de 63 %, ce qui met en évidence des lacunes dans l'administration du schéma vaccinal complet.
Les indicateurs de *planification familiale,* issus de l'EDSM-VII, dressent le portrait d'une fécondité encore très élevée et de besoins non satisfaits considérables. Le taux de prévalence contraceptive s'établit à 22,2 %, tandis que l'indice synthétique de fécondité atteint 6 enfants par femme, l'un des plus élevés au monde. Parmi les femmes en union, 25 % expriment des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, et seulement 22 % voient leurs besoins satisfaits.
En 2024, la situation *épidémiologique du VIH* au Mali se caractérise par une prévalence nationale relativement faible de 0,76 %, avec un taux d'incidence de 0,17 ‰ par 1 000 adultes non infectés.

En 2024, 8 632 cas de *tuberculose* ont été notifiés, soit un taux de notification de 37 cas pour 100 000 habitants, en hausse par rapport aux 8 206 cas notifiés en 2023. On a enregistré 491 décès, soit un taux de létalité de 6 % (contre 499 en 2023), et un taux de succès thérapeutique de 84 %. (EDSM-VII)

Nutrition. Selon les résultats de l'enquête SMART de septembre 2024, 24,8 % des enfants de moins de 5 ans présentent un retard de croissance. Par ailleurs, d'après l'EDS VII (Enquête Démographique et de Santé), plus de huit femmes sur dix (85 %) ont déclaré avoir pris des suppléments de fer pendant leur grossesse.

7.3.7 Score de faisabilité des deux districts sanitaires

L'analyse du score de faisabilité, à travers les vingt-trois critères de pureté du programme FBR du pays, a mis en évidence que le contexte malien est favorable à l'approche FBR, avec un score de 88 %.

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Problèmes identifié	Solutions
24. 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	Budget insuffisant $ 1.25	RAS
25. Au moins 20% du budget PBF vient du gouvernement et le programme PBF a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	0	Le gouvernement ne contribue pas au financement de la cagnotte FBR, ce qui ne permet pas au d'être pérenne	Faire un plaidoyer auprès du ministre de la Santé pour la transformation du budget de l'État alloué aux FOSA en Financement FBR
26. 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	RAS	RAS
27. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité	2	2		
28. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	2	RAS	RAS
29. 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	RAS	RAS
30. 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	RAS	RAS
31. Le programme PBF a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des district,	2	2	RAS	RAS

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Problèmes identifié	Solutions
l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA				
32. 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	RAS	RAS
33. 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	RAS	RAS
34. 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	4	RAS	RAS
35. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2		
36. 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		
37. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	0	Les DTC gestionnaires de FOSA ne sont pas autorisés à dépenser avec un Contrat tripartite au niveau CSCom, de même qu'avec les propriétaires au niveau des privés	Plaidoyer auprès du Maire pour la signature de contrats entre un principal et l'ACV (privée)
38. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	2		
39. 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		
40. 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		
41. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2		
42. 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		
43. Les ACV ont des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	2	2		
44. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	0	Quel qu'en soit la performance d'une structure privée elle n'a pas la même chance que	Plaidoyer auprès de la DGS pour la prise en compte des structures privées performantes

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Problèmes identifié	Solutions
			le public qui demeure en toutes circonstances le contractant principal	comme contractant principal
45. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	2		
46. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2		
TOTAL :	**50**	**40**	**= 80%**	

7.3.8 Commune VI dans la ville de Bamako

Le district sanitaire de la commune VI a bénéficié de ce programme dans le district de Bamako, avec une superficie de 98 km², une population de 760 299 habitants et une densité de 8 106 habitants/km².
Douze CSCOM répartis sur 12 aires de santé, 292 établissements privés (dont 68 sous contrat) et le CSRéf du district sanitaire de la commune VI participent à la mise en œuvre du programme.

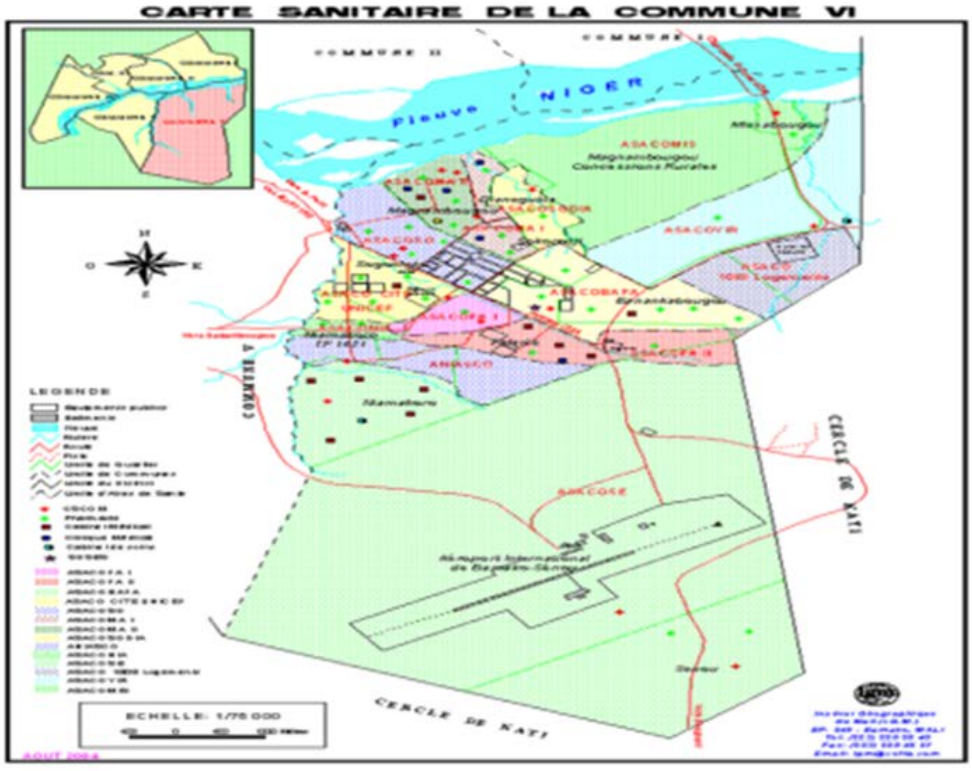


Tableau : Répartition des structures privées par aire de santé

Aires de santé	N°
CSCSOM ANIASCO	15
CSCom ASACO-SODIA	7
CSCom ASACOBAFA	25

CSCom ASACOCY	10
CSCom ASACOFA	24
CSCom ASACOMA	27
CSCom ASACOMISS	13
CSCom ASACONIA	27
CSCOM ASACOSE	55
CSCOM ASACOSO	12
CSCOM ASACOYICI	7
CSCOM ASACOYIR	57
TOTAL	**292**

Dans les mêmes dispositions, une séparation est faite entre :

- Le CS Réf qui a une fonction de prestation de soins et
- L'ECD qui a une fonction de régulation.

L'analyse des problèmes d'arrondissement VI - Bamako

- Communication insuffisante avec les sous-traitants
- Prestataires non formés sur l'utilisation du portail FBR
- Multitudes de cliniques et de cabinets médicaux exerçant dans l'inégalité ;
- Insuffisance de l'hygiène au niveau des FOSA
- Difficulté d'évaluation des officines privées
- Insuffisance dans l'élaboration et l'analyse du plan de résultat et l'outil indice

Recommandations arrondissement VI

📌 **Axe 1: Faible contractualisation des structures privées**

Objectif : *Intégrer les établissements de santé privés à la carte sanitaire afin d'améliorer le maillage territorial et de garantir des soins de qualité conformes aux normes du FBR.*

Actions à mener :

- **Mener un recensement et un audit :** cartographier l'ensemble des structures privées (formelles et informelles) de la zone.
- **Simplifier et standardiser les plans de Business :** élaborer des contrats clairs décrivant les droits, devoirs et tarifs homologués afin d'inciter le privé à contractualiser.
- **Offrir des subsides attractifs :** Proposer un accès facilité aux intrants subventionnés (vaccins, tests de dépistage, médicaments essentiels) et aux formations continues du secteur public en échange de la signature.
- **Coaching conjoint :** Mettre en place des visites régulières et assurer l'accompagnement de la qualité des soins.

Indicateur de succès : Pourcentage de structures privées identifiées ayant signé contrat avec l'ACV

📌 **Axe 2: Rationaliser la population par aire de santé**

Objectif : *Rééquilibrer les découpages administratifs et sanitaires afin de garantir une charge de travail équitable pour les structures et un accès équitable pour les usagers.*

Actions à mener :

- **Réviser la carte sanitaire locale :** ajuster le découpage des aires de santé selon les normes nationales (ex. : 1 centre de santé communautaire pour 8 à 15 000 habitants), conformément au FBR.
- **Redéfinir les frontières des aires de santé :** en rattachant certains villages ou quartiers surpeuplés ou trop éloignés à de nouvelles aires de santé ou à des structures sous-utilisées.

Plan d'action opérationnel commune VI du district de Bamako

Voici le **calendrier d'exécution,** structuré sous forme de tableau, regroupant, par problème identifié, les activités associées, les parties prenantes/acteurs clés ("avec qui") et la période d'exécution ("quand").

Calendrier d'Exécution Indicatif

Problèmes identifiés	Activités à mener	QUI ?	QUAND ?
1. Faible contractualisation des structures privées	- Réactualisation de la liste et audit des structures privées (formelles et informelles) - Élaboration de conventions-cadres simplifiées et attractives - Séances de concertation et signature des contrats - Supervisions conjointes et suivi de la qualité des soins	- Équipe d'encadrement du district et de la région - Promoteurs & responsables des structures privées - ACV	1er trimestre 2027 2ème trimestre 2027
2. Inadéquation du découpage / Rationalisation par aire de santé	- Révision du découpage territorial et analyse des ratios démographiques Concertation locale pour le redécoupage des limites d'aires de santé	- Comité de pilotage, Direction régionale de la Santé - Chefs de villages, maires et leaders locaux	2ème trimestre 2027

Conseil de mise en œuvre : Pour garantir la réussite de ce plan, nous sollicitons la mise en place d'un **Comité de suivi restreint** qui se réunira à la fin de chaque mois pour évaluer l'avancement des activités et ajuster le calendrier si nécessaire.

7.3.9 District de Douentza

Le district a une superficie de 24 531 km² et une population de 492 937 habitants en 2026. Il compte 15 communes (1 urbaine et 14 rurales), 1 CSRef, 23 CSComs fonctionnels, 3 cabinets médicaux privés, 52 sites ASC, 2 officines-pharmacies privées, tous couverts par FBR.

Personnel du CSREF

CATEGORIE	Nombre	SEXE	SOURCE DE FINANCEMENT

Médecins	5	M	Etat (2), Collectivité (2), PBF (1)
TSS	4	M	Etat (3), PBF (1)
TS	4	M	Etat (4)
Sage-femme	1	F	Etat
IO	1	F	Etat
Hygienistes	2	M/F	PBF
Gardien	1	M	Collectivité
Total	18		

Le CSRef évolue au sein du FBR depuis 2023. Des résultats significatifs ont été obtenus. Des activités de supervision, d'évaluation et de contre-évaluation sont menées à la fin de chaque trimestre. Cela a permis d'améliorer certains indicateurs par rapport à la période précédant FBR.

Capacité d'accueil : 91 lits d'hospitalisation (Maternité :18 ; Hospitalisation :20 ; Pediatrie :35 ; Urgences : 5 ; URENI : 13)

Référence-évacuation : Le CSRef dispose de deux ambulances qui assurent l'évacuation des patients vers le niveau supérieur (au moins 15 évacuations par mois).

Évaluation des pairs : avec l'arrivée d'ARISE, le CSRef a participé à 3 évaluations des pairs qui se déroulent tous les 3 mois.

Plan détaillé district sanitaire de Douentza

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	QUI	QUAND
Instabilité du personnel	Encourager le recrutement locale	État et Collectivité	2ème Trimestre 2027
Insuffisance de PEC des indigents	Former le personnel sur les critères de PEC des indigents	ECD	3ème Trimestre 2026

7.3.10 Sigles & abréviations

AMO : Assurance Maladie Obligatoire
ASC : Agent de santé communautaire
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation des Structures Sanitaires
ANAM : Agence Nationale d'Assistance Médicale
DGSHP : Direction générale de la Santé et de l'Hygiène publique
EDSM VII : Enquête démographique de santé Mali, édition VI
CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CS Ref : Centre de santé de référence
CS COM : Centre de santé communautaire
CTN : Cellule Technique Nationale
DS : District Sanitaire
FOSA : Formation Sanitaire
MSDS : Ministère de la Santé et du Développement Social
PCA : Paquet Complémentaire d'Activités – niveau hospitalier

PIB : Produit Intérieur Brut
SG : Secrétariat Général

7.3.11 Références

- Guide du 97ème cours FBP de juillet 2026 au Bénin /8/8
- Banque mondiale. (2020). *Projet de Renforcement du Système de Santé et d'Appui aux Réformes (PRSSAR)*. Document de projet, Washington, D.C.
- Bertone, M. P., et al. (2018). « Performance-based financing in the context of selective free health care: a complex mix ». *Health Policy and Planning*, 33(5), 601-611.
- Eichler, R. (2006). « Can performance-based financing help reach the poor? ». *Bethesda, MD: Abt Associates*.
- Fritsche, G., et al. (2014). *Performance-Based Financing Toolkit*. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- Meessen, B., et al. (2017). « Performance-based financing: a new way to finance health systems? ». *Health Policy and Planning*, 32(2), 153-155.
- Paul, E., et al. (2018). « Performance-based financing in low-income and middle-income countries: a systematic review ». *BMJ Global Health*, 3(5), e000825.
- Ridde, V. (2019). « Une analyse critique du financement basé sur les résultats ». *Revue de la régulation*, 25(1), 1-18.
- Soeters, R., & Griffiths, F. (2003). « Improving government health services through performance-based financing ». *International Journal of Health Planning and Management*, 18(1), 3-17.
- Touré, L., et al. (2020). « Évaluation d'impact du FBR au Mali ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 68(4), 213-221.

7.4 Mauritanie -Central

Prof Mariame Kebe : Chargée de Mission
Dr Mohamed Lemine Abdeljelil : Inspecteur du ministère de la santé
Mr. Aboubakry Thimbo : Directeur adjoint Hygiène et sécurité sanitaire
Dr Fatimata Abass Dia : Coordinatrice adjointe, Unité nationale PBF
Mr. Zakaria Taleb Amar : Auditeur interne / Banque mondiale
Mr. Mohamed Oumar Diallo : Assistant, Unité Nationale PBF

7.4.1 Contexte

La République islamique de Mauritanie a instauré le système PBF en 2018 dans le cadre d'un projet financé par la Banque mondiale. Actuellement, la deuxième phase du projet INAYA est lancée. Approuvé en mars 2024, le projet d'appui au système de santé en Mauritanie (INAYA ELARGI), bénéficiant d'un financement de la Banque mondiale, constitue la première phase de l'approche programmatique multi-phase du programme d'avancement de la couverture sanitaire universelle pour le capital humain en Mauritanie 2024-2029.

Selon le document d'évaluation de projet « Project Appraisal Document » du nouveau projet, les progrès en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, ainsi que de nutrition en Mauritanie sont toujours à la traîne des Objectifs de

développement durable (ODD) liés à la santé, malgré une augmentation des dépenses de santé par habitant passant de 47,6 dollars US en 2016 à 57,9 dollars US en 2019.

L'objectif de développement du projet INAYA ELARGI est d'améliorer la qualité, l'équité et l'utilisation des services de santé et de nutrition maternelle, néonatale, infantile et adolescente dans les régions sélectionnées. Il finance le passage à l'échelle de la stratégie de financement basée sur la performance (PBF) dans 9 régions (Wilaya) : GUIDIMAKHA, HODH EL GHARBI, HODH ECHARGUI, ASSABA, GORGOL, BRAKNA, TRARZA, ADRAR et TAGANT.

Au moins 2,9 millions de personnes dans neuf régions seront bénéficiaires du projet. Cela représente 58 % de la population mauritanienne prévue pour 2024. Le projet ciblera l'ensemble de la population des régions sélectionnées. Le nombre de bénéficiaires directs atteindra environ 2,3 millions de femmes et d'enfants. Le grand public bénéficiera de la communication sur les changements sociaux et comportementaux, ainsi que de l'amélioration des services de santé et de nutrition. Enfin, les institutions, y compris les entités gouvernementales aux niveaux central, régional (Wilaya) et départemental (Moughata'a), ainsi que les autorités locales au niveau des communautés, bénéficieront d'un renforcement de leurs capacités institutionnelles. Les interventions ciblent les relais communautaires, les structures de santé publique (postes de santé, centres de santé et hôpitaux régionaux), les ménages pauvres, les ONG locales et les institutions concernées - principalement le ministère de la santé, mais aussi la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), la Caisse nationale de solidarité sanitaire (CNASS), le ministère des affaires sociales, de l'enfance et de la famille et le ministère de la culture, de la jeunesse et des sports - afin d'améliorer à la fois l'offre et la demande dans le système de santé.

Le projet INAYA ELARGI comprend quatre composantes qui concourent toutes à améliorer l'utilisation de services de qualité dans les régions sélectionnées, à accroître l'efficience et l'efficacité des systèmes de santé.

La composante 2 est conçue pour renforcer les éléments fondamentaux du système de santé, en assurant leur robustesse, leur résilience et leur réactivité. En collaboration avec diverses parties prenantes, il soutiendra également les réformes sectorielles afin de relever les défis systémiques. Elle aidera le ministère de la santé à établir des réglementations afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé.

En octobre 2025, le gouvernement mauritanien a promulgué un *décret instituant officiellement le PBF dans le secteur de la santé*. Cette action du gouvernement visant à adopter l'approche PBF constitue un pas important vers la mise en œuvre des bonnes pratiques en la matière.

En plus, la Mauritanie dispose d'un manuel FBP depuis la mise en place de la première approche en 2018, qui a été mis à jour au cours de la phase actuelle du projet. Cependant, dans le souci d'une amélioration continue du PBF, des révisions périodiques s'avèrent nécessaires.

7.4.2 Analyse des problèmes

Une analyse du score de pureté du PBF en Mauritanie fait ressortir un score de 48%.

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Commentaires
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	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	
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	
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité	2	0	
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	Excès d'indicateurs PMA (37) Déficit d'indicateurs PCA (19)
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	
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	
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	
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	2	
10.Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	2	
11.Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	0	
12.Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	0	Pas de BAQ
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	0	
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	Contrats signés par le conseil régional au lieu de l'ERV
15.Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	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	
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	Tâche réalisée par le conseil régional et l'ERV
18.Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	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	
20.Les ACV ont des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	2	0	
21.Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	0	
22.Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	0	
23.Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2	
TOTAL:	**50**	**22**	
Score		**44%**	

À partir de cette grille d'évaluation nous avons identifié des insuffisances qui touchent à la qualité de mise en place de cette approche, entre autres on peut citer :

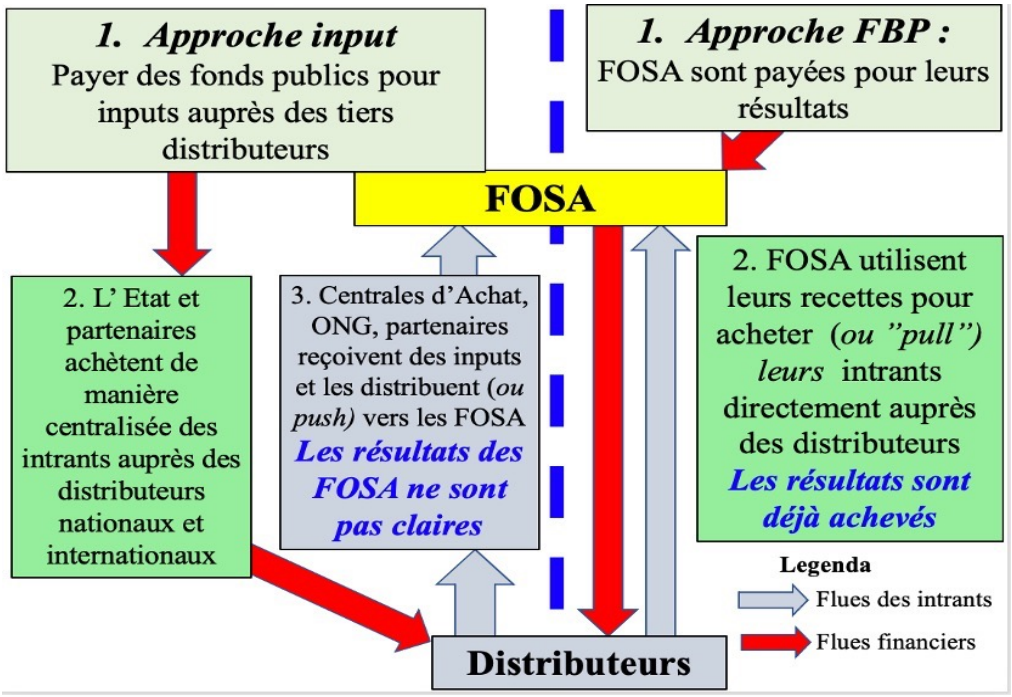
1. La contribution de l'État n'atteint pas le minimum de 20% pour assurer une dépendance par rapport aux partenaires ;
2. Absence de contrats de performance avec les directions et programmes du ministère de la santé ;
3. Absence de contractualisation avec le secteur privé et religieux ;
4. Absence d'un bonus d'équité géographique ;
5. Les gestionnaires n'ont pas le droit de recruter ou de licencier le personnel de la FOSA ;
6. Absence d'un manuel de procédure PBF complet.

7.4.3 Recommandations générales

Ces problèmes peuvent être soulevés par l'application des principes et des bonnes pratiques du PBF, qui ont montré leur efficacité :

A- Au moins 20 % du budget du PBF provient du gouvernement, et le programme prévoit de réduire la dépendance aux bailleurs de fonds.

La part actuelle du budget de l'État est de 10%. Pour une meilleure efficience des fonds alloués par l'État au secteur de la santé, il serait plus efficace de répartir les moyens selon la logique de l'efficience allocative. Le respect des bonnes pratiques du PBF permettrait d'améliorer l'efficacité des structures de santé, qui seraient autonomes, avec une gestion basée sur les résultats, la redevabilité et une utilisation efficiente des ressources publiques.



B- Les Directions et Programmes du MS ne sont pas tous mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité

Actuellement les contrats de performance au sein du Ministère de la Santé concernent :

- Le Secrétariat Général,
- L'Inspection Générale de la Santé,
- La Direction des Établissements de Santé,
- L'Unité Nationale FBP.

Les autres directions et programmes ne sont pas impliqués dans la mise en œuvre du PBF. Il s'agit de :

- Directions des ressources humaines,
- Direction de l'Hygiène et de la Qualité des Soins,
- Direction du matériel et des infrastructures,
- Direction de la Santé Maternelle, Néonatale et infantile,
- Direction de la prévention et de la lutte contre la maladie
- Direction de la santé communautaire,
- Direction de l'approvisionnement en médicaments et produits de santé,
- Programmes et Projets du Ministère…

Au regard de la multisectorialité de la santé, toutes les directions, programmes et projets ont un rôle complémentaire à jouer dans la régulation des structures périphériques et devraient être impliqués dans la mise en œuvre du PBF par la signature de contrats de performance.

C- L'intégration du secteur privé au PBF en Mauritanie constitue un levier stratégique pour améliorer l'accès, la qualité et l'efficience des services de santé. Grâce à une contractualisation fondée sur les résultats, les prestataires privés peuvent contribuer à l'atteinte des objectifs de la couverture sanitaire universelle, tout en étant soumis aux

mêmes exigences de qualité, de redevabilité et de vérification que les structures publiques.

D- Le Bonus d'Équité Géographique (BEG) dans le cadre du PBF (Financement Basé sur la Performance) en Mauritanie est un mécanisme financier visant à réduire les inégalités d'accès aux soins entre les zones favorisées et les zones défavorisées.

E- Le manuel de procédure actuel de PBF n'est pas complet.

F- Faible Autonomie de contractualisation avec le personnel des FOSA

Les structures de santé en Mauritanie disposent de deux catégories de personnel : permanent et contractuel. Le personnel permanent est mis à disposition par le ministère de la Santé, par l'intermédiaire de la DRS ou du médecin-chef de Moughataa. Le gestionnaire de la structure ne peut ni recruter ni révoquer ce type de personnel. La seule démarche consiste à adresser une demande à l'autorité hiérarchique en vue de la prise de décision finale.

Quant au personnel contractuel, la structure est libre de contractualiser avec le personnel dont elle a besoin, sans autorisation préalable.

Le nouveau décret, à l'article 8, parle d'une autonomie des structures de santé dans la gestion des ressources, sans préciser ce qu'on entend par « ressources ». Une lecture approfondie est de nature à intégrer le personnel à ces ressources. Les textes d'application du décret peuvent nuancer cette ambiguïté.

7.4.4 Principales recommandations au Gouvernement

- Augmenter la part du budget de l'état pour obtenir un montant de 20% du budget global du FBP afin d'étendre le projet à d'autres régions jusqu'à atteindre tout le territoire national ;
- Jumeler les sources de financements inputs (Budget état, Propep, Taazour, PTF…) et utiliser une partie en subsides PBF ;
- Échelonner l'apport de l'État pour une pérennité à long terme ;
- Mettre en place des contrats de performance avec les walis (gouverneurs) pour accélérer le transfert de fonds vers les comptes bancaires des structures de santé.

7.4.5 Recommandations au ministère de la Santé

- Mettre en place des contrats de performance pour toutes les directions et programmes du ministère de la Santé pour avoir une bonne complémentarité des actions ;
- Réviser le manuel de procédures du FBP afin de :
  1. Intégrer le secteur privé dans le PBF pour une complétude des données du système d'information sanitaire au niveau national ainsi que l'accélération vers l'atteinte de la couverture sanitaire universelle ;
  2. Permettre aux FOSA de recruter/licencier leur personnel ;
  3. Intégrer le Bonus Amélioration Qualité (BAQ) : de démarrage, normal et d'urgence ;

4. Mettre en place un bonus d'équité géographique : le score de répartition du coût doit être proportionnel à la distance et à l'enclavement.
5. Étendre le FBP aux 3 régions de Nouakchott et aux 3 autres régions pour intégrer toute la population mauritanienne ;
6. Actualiser la cartographie sanitaire en y intégrant le secteur privé dans les zones FPB.

7.4.6 Recommandations à l'Unité Nationale FBP

- Appliquer rigoureusement les bonnes pratiques du FBP dans les FOSA FBP pour évaluer la qualité des soins ;
- Former les DRS, les ERV et les associations locales au manuel FBP.

7.4.7 Plan d'action détaillé

Problèmes identifiés	**Activités à réaliser**	**Qui**	**Quand**	**Comment**
Insuffisance de la contribution de l'État au financement PBF	- Plaidoyer auprès des autorités, de haut niveau, pour mobiliser un financement additionnel pour éviter une dépendance envers les bailleurs, - Transformer les crédits délégués en subsides PBF : efficience allocative ; - Instaurer un contrat de performance avec le Wali de la région pour assurer la stabilité du personnel et la mobilisation du cash dans les comptes des FOSA ;	Comité de pilotage PBF UN-PBF	Septembre 2026	Rencontre avec le Premier Ministre lors de la réunion bimensuelle avec le comité de la réforme hospitalière
Contrats de performance avec les Directions et les programmes du ministère de la santé	- Plaidoyer auprès du ministre de la Santé pour signer des contrats avec les différents directions et programmes ; - Réviser le manuel des procédures PBF pour intégrer ces contrats.	Comité de pilotage du Projet Inaya Elargi UN-PBF	La revue mi-parcours au mois de septembre 2026	Présentation et table ronde avec les différents PTFs
Absence de contractualisation avec le secteur privé et caritatif	- Plaidoyer auprès du ministre de la Santé pour signer des contrats avec le secteur privé et caritatif ; - Réviser le manuel des procédures PBF pour intégrer ces acteurs.	Comité de pilotage du Projet Inaya Elargi UN-PBF	La revue mi-parcours au mois de septembre 2026	Présentation et table ronde avec les différents PTFs
Absence d'un bonus d'équité géographique	- Plaidoyer auprès du ministre de la Santé pour intégrer l'équité géographique. - Réviser le manuel des procédures PBF pour intégrer un bonus d'équité géographique.	Comité de pilotage du Projet Inaya Elargi UN-PBF	La revue mi-parcours au mois de septembre 2026	Présentation et table ronde avec les différents PTFs
Absence d'autonomie de contractualisation avec le personnel	- Plaidoyer pour permettre une liberté totale recruter et révoquer leur personnel dans le manuel de procédure.	Ministère de la santé UN-PBF	Lors de la finalisation des textes d'application du décret 2025	Révision du manuel de procédure

7.5 Mauritanie - Directions régionales

WILAYA	Nom et prénom	Fonction
Hodh Chargui	Cheikhne Kenkou	DRS
Hodh Gharbi	Itawel Oumrou Sidi Hayba	DRS
Gorgol	Med Moktar Naji	DRS
Brakna	Gaye Soumaré	DRS
Trarza	Khassoum Amadou Ba	DRS
Adrar	Mohamed Mahmoud Sy	DRS
Tagan	Had Weny Yemhlou	DRS

7.5.1 Contexte

La Mauritanie est un pays situé en Afrique du Nord-Ouest, à la charnière du Maghreb et de l'Afrique subsaharienne. Elle couvre une superficie de 1 030 700 km², ce qui en fait l'un des plus vastes pays d'Afrique. Elle est limitée : au nord par le Maroc (via le territoire du Sahara occidental) et l'Algérie ; à l'est et au sud-est par le Mali ; au sud-ouest par le Sénégal, séparé par le fleuve Sénégal ; à l'ouest par l'océan Atlantique, avec un littoral d'environ 750 km.

Le territoire est majoritairement désertique : le désert du Sahara en couvre près de 90 % de la superficie. La population est principalement concentrée dans le sud, le long du fleuve Sénégal, ainsi que dans les grandes villes comme Nouakchott, la capitale, et Nouadhibou. Cette position géographique fait de la Mauritanie un carrefour stratégique entre l'Afrique du Nord, l'Afrique de l'Ouest et l'océan Atlantique.

7.5.2 Histoire du PBF en Mauritanie

L'approche PBF a été instaurée en 2018 dans deux régions (Hodh Gharbi et Guidimagha). Au vu des résultats positifs de cette approche, une première extension a eu lieu en 2020 dans la région de Hodh Chargui. En 2024, avec une deuxième extension à six régions, soit un total de neuf régions sur les 15 que compte le pays, et une couverture PBF de 60 %, le projet est entré dans une phase de consolidation visant à améliorer la qualité des services, l'efficacité de la gestion et l'autonomie des structures sanitaires.

L'extension du PBF vise à :

- Améliorer l'accès aux services de santé essentiels et leur qualité ;
- Renforcer l'autonomie des formations sanitaires dans la gestion de leurs ressources ;
- Améliorer la disponibilité des médicaments, des équipements et des ressources humaines ;
- Renforcer la gouvernance, la transparence et la redevabilité à tous les niveaux du système de santé.

Régions	**Superficie / km²**	**Populations**	**Nbre Moughataa**	**Nbre de FOSA**	**Hôpitaux**
Hodh Echargui	182 700	687 230	8	242	2
Hodh Elgharbi	53 400	441 752	5	122	1

Gorgol	13 600	457 173	5	86	1
Brakna	33 800	428 842	6	110	2
Trarza	67 800	333 997	7	126	2
Tagan	983 40	114 760	3	42	1
Adrar	235 000	77 500	4	31	3
Guidimagha	10 300	363 075	4	45	1
Assaba	36 600	451 804	5	135	1
Total	**731 540**	**3 356 132**	**47**	**939**	**14**

Les Directions régionales assurent la régulation du système de santé au niveau des Moughataa. Dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche PBF, les Directions régionales de la santé ont pour tâches de :

- Assurer le suivi-évaluation de la mise en œuvre du PBF à la Wilaya.
- Négocier et valider les plans business
- Assurer la régularité des réunions mensuelles de validation (CRC et CR) et transmission du rapport CRC et CR au niveau central (UN-PBF) et rapport contre évaluation chaque trimestre
- Élaborer un plan d'action opérationnel annuel pour les DRS
- Évaluer, chaque trimestre, du 12e au 15e jour calendaire du mois suivant, la contre-évaluation de la qualité technique des FOSA.

Valider, dans les délais impartis, les données des formations sanitaires dans la base de données du système d'information sanitaire.

7.5.3 Score de faisabilité - 44%

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points Dispo	Points donnés	Commentaires
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	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	12% pour le moment et le pays envisage aller vers 42% d'ici la fin de cette année 2026
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	
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité	2	0	Nécessité d'élargir les contrats avec d'autres directions centrales
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	15 indicateurs pour le PCA 27 pour le PMA
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	
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	2	0	Promouvoir la contractualisation avec le secteur privé. Seulement la sectaire publique est sous contrat

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points Dispo	Points donnés	Commentaires
découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants.			
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	0	
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	2	
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	2	
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	0	
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	0	
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	
14. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	0	Les ERV ne signent pas les contrats avec les prestataires mais avec le conseil régional
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	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	
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	
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	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	
20. Les ACV ont des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	2	0	
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	0	
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	0	
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2	
TOTAL :	**50**	22	
Score moyen 22 sur 50 = 44%			

7.5.4 Analyse du problème

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

- Pour améliorer le plateau technique des structures de santé (construction, réhabilitation, achat de petit matériel…). Il est nécessaire d'attribuer un bonus d'amélioration de qualité aux FOSA
- Plusieurs études ont montré que le BAQ constitue une alternative efficace pour répondre aux besoins d'investissement, car le financement sous forme d'input présente des insuffisances.
- Pour améliorer l'offre de soins de qualité, nous suggérons la mise en œuvre des BAQ au sein du FBP.

B. Le monopole de marché des médicaments :

- Le monopole de distribution des médicaments constitue un sérieux problème et entrave la politique du libre marché, principe fondamental de l'approche PBF, ce qui ralentit l'atteinte des objectifs visés.
- L'existence d'un seuil fournisseur qui assure l'approvisionnement et la distribution des médicaments constitue un obstacle en ce qui concerne la durabilité et l'efficacité dans l'approche PBF
- Pour se procurer librement les médicaments, il est nécessaire de lever le monopole exercé par la CAMEC, ce qui implique de créer de la concurrence entre les grossistes.
- Cette concurrence entre les grossistes va favoriser une baisse des coûts et, ainsi, une amélioration de la qualité des soins, et facilitera aux régulateurs le contrôle de la qualité des produits dans l'ensemble du marché pharmaceutique, public et privé, urbain et rural.
- La distribution des médicaments au dernier kilomètre correspond à la phase finale de la chaîne d'approvisionnement, qui consiste à acheminer les médicaments des dépôts vers les établissements de santé afin d'assurer leur disponibilité auprès des populations. En Mauritanie, cette étape demeure confrontée à des défis logistiques, notamment l'éloignement de certaines localités, l'insuffisance des moyens de transport et les ruptures de stock. Son renforcement est essentiel pour garantir un accès équitable, continu et sécurisé aux médicaments essentiels sur l'ensemble du territoire national.

C. Bonus d'équité géographique absent :

- L'équité géographique est très importante dans l'approche PBF et constitue une forme d'efficience allocative afin de garantir que les FOSA reçoivent un appui de l'État fondé sur des critères d'éloignement, de pauvreté, etc. Cela assure que les FOSA peuvent recruter suffisamment de personnel et ont un budget de fonctionnement qui modère les facteurs défavorables ;
- Vu la superficie vaste comme la Mauritanie, beaucoup de formations sanitaires se situent dans des zones géographiques à accès difficile avec une faible densité (Adrar et Tagan) ;
- Pour améliorer le plateau technique et assurer la qualité des soins, il est important de doter ces formations sanitaires de ressources supplémentaires.

D. L'absence de la recherche-action

- Avec les nombreuses théories du PBF et après plusieurs années de mise en œuvre en Mauritanie, on constate toujours l'absence d'une étude permettant d'évaluer notre expérience du PBF et d'en tirer des leçons.
- D'où la nécessité d'études sur l'approche PBF et son impact sur le système de santé, afin d'en tirer les enseignements et de retenir les meilleures pratiques.

E. Absence de l'Approche communautaire

- Vu le nombre important de pertes de vue et de décès maternels au niveau communautaire, il est nécessaire d'intégrer les ASC à l'approche PBF, sous forme de contractualisation, afin d'améliorer la qualité des soins au niveau communautaire.

7.5.5 Recommandations

- Appliquer le bonus de BAQ au sein des structures sanitaires afin d'améliorer la qualité des soins.
- Allouer une partie du budget d'état dans l'investissements en BAQ et chercher d'autres PTF
- Améliorer le nombre d'indicateurs PCA.
- Encourager la contractualisation avec le secteur privé.
- Accréditation des distributeurs de médicaments et d'autres intrants.
- Instaurer l'équité géographique.
- Contractualisation avec les ASC au niveau communautaire.
- Les réunions du comité régional de coordination (CRC) et du conseil régional (CR) doivent être fusionnées en une seule réunion.

7.5.6 Plan d'action DRS

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	QUI	QUAND
Bonus d'équité géographique absent	Plaidoyer auprès des autorités sur l'importance d'attribution du bonus d'équité géographique	MS/UT-PBF	T3 2026
Restitution de la formation de 97^{éme} formation du FBP	Organiser une journée de restitution au niveau régional pendant la revue de mois de septembre prochain.	DRS	T3
Insuffisance dans la Contractualisation au niveau communautaire pour le marketing social	Accélérer le processus de contractualisation au niveau communautaire au niveau de six nouvelles régions	DRS	T3 2026
Insuffisance de personnel qualifié (médecin, sage-femme) pour certains contrats principaux	Promouvoir la contractualisation avec du personnel au niveau des FOSA	DRS	T3 2026
Gestion financière défectueuse	Former les responsables des structures sur la gestion financière (Outil d'indice et BP etc)	DRS	T4 2026
	Contractualiser avec des gestionnaires au niveau des centres de santé	DRS	T4 2026
Pénurie des médicaments essentiels	Faire un plaidoyer au niveau de la hiérarchie (MS) pour l'approvisionnement en médicaments essentiels à partir des pharmacies privées accréditées par l'état	DRS	T4 2026

7.6 Mauritanie – Équipes Régionales de Vérification

Dr Souleymane Jiddou Moussa Médecin Coordinateur ERV HEG
Dr Cheikh Mohamed vall Abeidy Médecin Coordinateur ERV Tagant

7.6.1 Contexte

L'équipe régionale de vérification (ERV) a été constituée pour une mission principale : vérifier et coacher les prestataires dans le cadre de FBR.

L'équipe régionale de vérification est un groupe constitué d'agents de la fonction publique en charge des tâches de vérification des prestations des structures sanitaires et de renforcement des capacités dans leur région (wilaya)

L'équipe régionale de vérification travaille sous la supervision du Conseil Régional, à qui elle rend compte lors des séances mensuelles ou trimestrielles de validation. L'Équipe Régionale de Vérification planifie ses activités mensuelles avant de se rendre sur le terrain. La vérification des prestations des formations sanitaires s'effectue à un rythme mensuel.

Les vérificateurs de l'Équipe Régionale de Vérification continuent de percevoir leurs salaires de fonctionnaires et bénéficient, en plus, de primes trimestrielles de performance, attribuées après évaluation de leurs performances par l'Unité Technique FBR.

L'Équipe Régionale de Vérification assure les tâches suivantes :

- Encadrer et accompagner les prestataires pour la finalisation et la mise à jour des outils PBF (contrat, BP et outils d'indice)
- Vérifier chaque mois du 1er au 7e jour les prestations quantitatives PBF du mois précédent déclarées par les formations sanitaires, en présence du responsable de la formation sanitaire ou de son délégué ;
- Évaluer le rendement des COSA chaque trimestre
- Élaborer les rapports des enquêtes communautaires
- Élaborer un procès-verbal de vérification et une facture mensuelle à l'issue de la vérification, pour chaque formation sanitaire.

Cosigner, avec le responsable de la formation sanitaire ou son délégué, tous les documents à l'issue de la vérification de chaque mois ;

- Saisir au niveau de la base de données FBR (Excel et Portail) toutes les données mensuelles quantitatives et trimestrielles pour les données qualitatives de toutes les FOSA ;
- Saisir dans le portail PBF les résultats des enquêtes communautaires trimestrielles
- Enregistrer, archiver et sécuriser toutes les factures originales reçues des formations sanitaires ainsi que les rapports d'évaluation de la qualité et d'enquête communautaire ;
- Présenter chaque mois/trimestre, lors de la réunion du Conseil régional, le déroulement du processus de vérification ainsi que la synthèse régionale des factures de chaque formation sanitaire, relatives aux prestations quantitatives et qualitatives.

7.6.2 Étude de faisabilité

Le score est de 48 %, ce qui signifie qu'il reste plusieurs améliorations à apporter pour atteindre au moins 80 %, ce qui augmenterait les chances de succès du programme FBP. Voyez le tableau du score de faisabilité du groupe DRS Mauritanie.

7.6.3 Analyse du problème

- L'absence du bonus d'équité géographique et des FOSA. Cela rend difficile de bien gérer les FOSA isolées ou associées à d'autres facteurs défavorables.
- Surnombre des vérificateurs au niveau de l'ERV
- Manque de formation de personnels
- Absence de suivi de recommandations formulées lors de réunion de validation des résultats

7.6.4 Plan d'action

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	QUI	QUAND
1. Sureffectifs des vérificateurs	- Plaidoyer auprès de l'UN FBP, pour respecter le nombre exiger des vérificateurs	UN-FBP	Sept 2026
2. Le BAQ n'a pas été accordés pour les FOSA	- Accorder le BAQ pour les FOSA éligibles	Comité de pilotage UN-FBP	Sept 2026
3. Le Bonus d'équité géographique n'a pas été accordé	- Activer le bonus d'équité géographique	Comité de pilotage UN-FBP	Sept 2026
4. Nécessité de formation continue à tous les niveaux	- Organiser une série de formation	UN-FBP	T4 2026

7.7 Plan d'Action du Tchad

Houssinnet LIPELBA, médecin, épidémiologiste et économiste de la santé, coordonnateur du mécanisme de financement mondial (GFF) au sein de la Banque mondiale du Tchad, à l'échelle nationale.

7.7.1 Contexte général

Le Tchad est un pays d'Afrique centrale, enclavé, d'une superficie de **1 284 000 km²**. Il partage ses frontières avec la Libye, le Soudan, la République centrafricaine, le Cameroun, le Nigeria et le Niger. Sa population est estimée à plus de **20 millions d'habitants en 2025 et se** caractérise par une forte croissance démographique, une population très jeune (près de 68 % ont moins de 25 ans), une prédominance rurale et la présence d'environ 3,4 % de la population nomade (INSEED, 2009). Ces caractéristiques constituent des défis majeurs pour l'accès universel aux soins.

Depuis 2023, la crise soudanaise a aggravé considérablement la situation humanitaire du pays. Le Tchad accueille plus d'un million de réfugiés et de retournés, principalement dans les provinces de l'Est, ce qui exerce une pression considérable sur un système de santé déjà fragile. Les risques sécuritaires persistent également dans les zones frontalières avec la Libye, le Soudan et le bassin du lac Tchad.

Sur le plan économique, le Tchad demeure parmi les pays à faible revenu, avec plus de 42 % de la population vivant sous le seuil de pauvreté. Malgré ses ressources pétrolières, les investissements publics demeurent insuffisants pour répondre aux besoins sanitaires croissants.

7.7.2 Contexte Santé

Le système de santé tchadien reste confronté à des défis structurels majeurs :

- Faible accessibilité géographique aux services de santé ;
- Déficit important en ressources humaines qualifiées (*Ex* : *0,09 médecin pour 1 000 habitants)*, mais on note une répartition inadéquate entre le milieu rural et le milieu urbain (Revue mi-parcours du dossier d'investissement, 2025) ;
- Insuffisance des infrastructures et des équipements ;
- Disponibilité limitée des médicaments essentiels, liée souvent au monopole ;
- Forte dépendance aux financements extérieurs (faible mobilisation des ressources intérieures, forte dépendance aux recettes pétrolières, faible part du budget national consacrée à la santé, contraintes de gouvernance et d'efficacité des dépenses, etc.).

Les maladies transmissibles, maternelles et infantiles représentent près de 73 % de la **morbidité nationale** tandis que l'utilisation des services curatifs demeure faible (environ 25 % en 2023). Bien que la **mortalité maternelle** ait diminué de 1 450 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 748 en 2023, elle demeure parmi les plus élevées au monde.

Le pays est organisé autour de :

- 23 délégations sanitaires provinciales ;
- 179 districts sanitaires ;
- Plus de 2 300 centres de santé fonctionnels ;
- 89 hôpitaux publics ;
- Le secteur privé contribue encore faiblement à l'offre de soins et son implication dans la gouvernance du système de santé demeure limitée (PNDS 2022-2030).

La part **de la santé** dans le budget général de l'état a connu une évolution progressive, bien qu'elle reste insuffisante pour atteindre l'engagement de la Déclaration d'Abuja (15 %). Elle est passée à 7,6 % en 2020 (92 milliards de FCFA), puis à près de 8 % en 2024 (190–200 milliards de FCFA) et à environ 9 % en 2025 (**225 milliards de FCFA**). Malgré cette progression, le financement public de la santé demeure inférieur au seuil de 15 % recommandé par la déclaration d'Abuja, ce qui limite la capacité du pays à financer durablement la couverture sanitaire universelle.

7.7.3 Histoire du FBP au Tchad

Le développement du FBP s'est effectué en quatre grandes phases :

2011–2013	Projets pilotes dans 8 districts sanitaires
2017–2019	Projet PRSSMI financé par la Banque mondiale
2022–2026	Projet PRPSS dans 8 provinces
2024–2026	Extension à 12 provinces couvrant environ 55 % de la population

Le PRPSS, financé par la Banque mondiale à hauteur de 256,5 millions USD dont 16,5 millions USD de GFF, constitue aujourd'hui la principale intervention nationale de FBP visant à améliorer l'accès, l'utilisation et la qualité des services de santé maternelle, néonatale et infantile.

Architecture institutionnelle du FBP

L'approche institutionnelle tchadienne repose sur les principes internationaux du FBP :

- Séparation des fonctions ;
- Contractualisation des acteurs ;
- Paiement selon les résultats ;
- Vérification indépendante ;
- Contre-vérification communautaire ;
- Autonomie des formations sanitaires.

Les principaux acteurs sont : MSPP, UCP-PRPSS, CTN-FBP, ACV, les régulateurs provinciaux, les districts sanitaires, les FOSA publiques et privées, et les communautés (COGES et vérification communautaire).

7.7.4 Résultats obtenus du FBP au Tchad

L'évaluation nationale de l'OMS–Banque mondiale de 2025 montre que le FBP a produit des résultats significatifs.

Couverture

- 1 377 formations sanitaires sous contrat
- 12 provinces
- Plus de 9 millions de bénéficiaires
- 967 465 accouchements assistés
- 885 000 enfants vaccinés
- 1 805 agents contractuels recrutés.

Qualité

Comparativement aux provinces témoins :

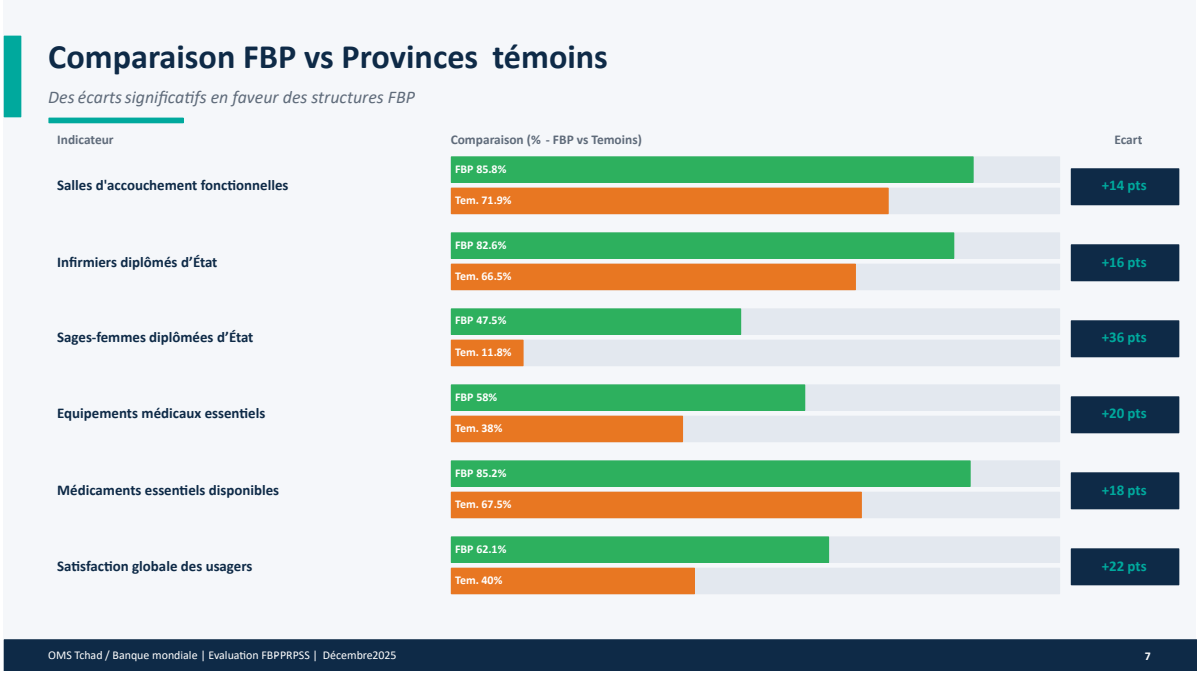


Figure 1: comparaison des provinces FBP et des provinces non FBP

Performance

L'évaluation montre que **19 indicateurs sur 27 présentent une amélioration statistiquement significative**, notamment dans les domaines suivants :

- Santé maternelle - Première consultation prénatale (CPN1) ; Quatrième consultation prénatale (CPN4) ; Accouchements assistés par un personnel qualifié ; Consultation postnatale (CPON)
- Planification familiale (nouvelles utilisatrices de méthodes modernes ; utilisatrices actives de méthodes modernes)
- Santé de l'enfant (consultation curative des enfants de moins de 5 ans ; prise en charge de la diarrhée ; traitement du paludisme simple ; référence des cas compliqués)
- Vaccination (vaccination Penta3 ; vaccination contre la rougeole ; enfants complètement vaccinés)
- Nutrition (dépistage de la malnutrition aiguë ; prise en charge des cas de malnutrition aiguë)
- Activités communautaires (visites à domicile des agents communautaires ; références communautaires vers les FOSA)
- Qualité/Gestion (Score composite de qualité des formations sanitaires ; Satisfaction des usagers)

7.7.5 Forces du FBP

Le FBP au Tchad a permis :

- D’améliorer la qualité des soins ;
- D’accroître l'autonomie financière des FOSA ;
- De renforcer la gouvernance locale ;
- D’améliorer la disponibilité des médicaments essentiels ;
- De recruter du personnel qualifié grâce aux subsides ;
- D’introduire une véritable culture de la performance et de la redevabilité ;
- De digitaliser progressivement les processus de vérification et d'archivage.

7.7.6 Problèmes

Malgré quelques années de mise en œuvre de FBP, nous notons des problèmes et contraintes :

- Qualité des données insuffisante et existence de deux portails (DHIS 2 et portail FBP).
- Dépendance quasi exclusive au financement de la Banque mondiale
- Insuffisance des laboratoires fonctionnels (28%) et de la maintenance des équipements (45%) au niveau du centre de santé, tandis qu’au niveau hospitalier l’on note un fonctionnement limité des services de banque de sang (24%), de néonatologie (7%), de post-opératoire (37%) et d’imagerie (24%) ;
- La faible planification et l'insuffisance des capacités locales constituent un goulot d'étranglement majeur pour la pérennisation du Financement Basé sur la Performance (FBP) : les cadres de district et les gestionnaires de structures manquent souvent de formation continue pour maîtriser ces outils de gestion complexes (business plans, indices de qualité, grilles d'évaluation). La forte rotation (turnover) des agents de santé formés au FBP vers d'autres régions ou vers le secteur privé efface continuellement les compétences acquises au niveau local. Certains acteurs locaux planifient passivement. Ils attendent les directives et les financements des bailleurs ou du niveau central, au lieu de piloter leur structure de manière autonome.
- Faible institutionnalisation budgétaire du FBP : l'État n’arrive pas encore à intégrer ce mécanisme de financement (FBP) dans ses outils budgétaires ordinaires, formels et permanents (par exemple, un décret ou une loi de finances pérennisant le FBP en tant que mode de financement officiel et obligatoire du système de santé). Il reste confiné au statut d'expérimentation ou de stratégie "parallèle".
- Faible développement du partenariat public-privé : Le secteur privé de la santé n’est pas étroitement associé aux mécanismes de contractualisation et d'achat de services. Le secteur privé de la santé est peu organisé et, surtout, perçu comme une concurrence plutôt que comme une complémentarité. La Centrale Pharmaceutique d’Approvisionnement (CPA) éprouve parfois des difficultés à rendre disponibles les médicaments essentiels génériques (MEG). Les Pharmacies Provinciales d’Approvisionnement (PPA) sont autorisées à se ravitailler auprès de certains grossistes privés. Cependant, les FOSA ne peuvent se ravitailler que dans les PPA.

Le coût des médicaments et des équipements médicaux constitue un facteur important de la faible efficacité du système de santé. Le manque de production locale et la dépendance aux importations entraînent des coûts élevés pour les patients et le gouvernement.

- Faible capacité financière de la formation sanitaire à maintenir durablement les acquis du PRPSS après la fin des subsides : Le FBP a permis de recruter du personnel de santé supplémentaire pour améliorer la qualité des services. La continuité de la prise en charge du personnel recruté sur les subsides pendant plusieurs mois pose problème en cas de cessation de ces subsides à la fin du projet.

7.7.7 Score de faisabilité

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Observation
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	Par problème budgétaire le financement n'assure plus les paiements réguliers des FOSA ainsi que le fonctionnement des ACV et des régulateurs
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	BM 100%
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	
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité	2	0	Pas toutes
5. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	2	
6. Le programme 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	
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	

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Observation
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	
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	2	
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	0	Les COGES sont cosignataires, ce qui provoque des problèmes
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	Le libre accès aux distributeurs pharmaceutiques accrédités n'est pas encore bien compris sur le terrain de la manière que les FOSA sont encore obligé par les autorités d'acheter leurs intrants auprès des pharmacies provinciales d'approvisionnement
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2	
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides PBF.	2	2	
14. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	0	
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0	MSP par arrêté du système ancien. Cependant, le manuel FBP propose la liberté de déterminer les tarifs. Ainsi, il y a plutôt un problème d'application du manuel FBP.
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	Ne peuvent pas révoquer
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	
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2	

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Observation
19. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne).	2	2	
20. Les ACV ont des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	2	2	
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	0	Fosa sans code sont exclus
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	2	
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2	
TOTAL :	**50**	**28**	**28 / 50 = 56%**

Avec un score de faisabilité estimé à **68 %**, le FBP dispose de bases solides mais nécessite des réformes institutionnelles pour atteindre sa pleine maturité. Cependant, le FBP est une solution potentielle, par l'achat de résultats, pour améliorer quantitativement et qualitativement l'offre de soins. Avec 55 % de la population couverte, le FBP s'inscrit dans la politique nationale de la CSU. Il est possible d'avoir au moins une province supplémentaire dans le FBP pour le prochain projet.

L'enjeu n'est désormais plus de démontrer son efficacité, mais d'assurer :

- Son institutionnalisation ;
- Son financement domestique progressif ;
- Son extension nationale.

7.7.8 Recommandations

Voici quelques recommandations autour de cinq priorités :

1. **Institutionnaliser le FBP** en élaborant une feuille de route vers un financement national durable et en réduisant les délais de décaissement.
2. **Renforcer la gouvernance financière**, notamment par des mécanismes d'alerte en cas de retards de paiement et par un pilotage fondé sur les données.
3. **Investir dans les plateaux techniques**, en priorité les laboratoires, les banques de sang, les services de néonatologie et la maintenance biomédicale.
4. **Stabiliser les ressources humaines**, par l'intégration progressive des agents recrutés sur subsides, des incitations à l'exercice en zones rurales et un plan national de formation continue.

5. **Consolider la qualité des soins et la participation communautaire**, en diffusant les bonnes pratiques du FBP, en renforçant les COGES et en faisant de la qualité un axe prioritaire de la politique nationale.

7.7.9 Plan d'action

Ce tableau résume un plan d'action dans lequel je peux agir, de manière directe ou indirecte, et qui semble réalisable.

Problèmes identifiés	Activités réalisées	Qui	Quand
1. Qualité des données insuffisantes et existence de 2 portails : Le DHIS2 et le portail FBP	- Mobiliser les fonds pour le renforcement de capacité sur le DHIS2 et le FASTR intégrant l'intelligence artificielle - Participer à la formation des formateurs à tous les niveaux sur le FASTR et Suivi post-formation - Faciliter l'intégration des données et l'interopérabilités entre le DHIS2 et le portal FBP en renforçant la qualité des données DHIS2	- Coordonnateur National GFF/Banque mondiale + Gouvernement - Coordonnateur National Banque mondiale/GFF + DPSIS/MSPP	- Continue - Novembre 2026 et juin 2027 - T3/T4 2027 - T4-T1 2027
2. Mouvement continu des responsables des FOSA réaffectés	- Faire le plaidoyer auprès de MSPP pour limiter la réaffections du personnel	- Coordonnateur National GFF/BM + MSPP	- Immédiat et continu
3. Insuffisance des données probantes sur le financement de FBP et l'atteinte de CSU et difficulté de financement durables	- Mener une recherche de thèse de doctorant sur le financement basé sur les résultats et gouvernance de la couverture sanitaire universelle au Tchad : identifier des voies de financement durables pour l'équité, l'efficience et la protection financière	- Coordonnateur National GFF/BM	- Octobre 2026-Septembre 2030
4. Faible développement du partenariat public-privé	- Réaliser une étude sur le secteur de santé privé au Tchad - Cartographier les intervenants dans le secteur privé au Tchad pour une meilleure implication dans le développement de la santé et faciliter la complémentarité entre le secteur privé en santé et le secteur public	- Coordonnateur National GFF/BM	- Septembre-Décembre 2026
5. Les FOSA privés sans code ne sont pas contractualisés	- Plaidoyer pour impliquer les FOSA privés - Régulariser les FOSA privés les en encodant	- Coordonnateur National GFF/BM - MSPP/DPS/ECD	- Immédiat
6. Insuffisance de de plateaux techniques (Soins néonatals, banque de sang, laboratoire etc)	- Renforcer le fonctionnement de services néonatals dans les hôpitaux grâce au SBBC Safer Births Bundle of Care (Ensemble de soins pour des naissances plus sûres) - Rendre disponibles quelques matériels et équipements tel que banque de sang solaire, laboratoires matériels opératoires et appliquer	- Coordonnateur National GFF/BM à travers SBB+ MSSP/DSP - GFF/BM + les autres PTFs MSSP/DSR	- Immédiat

	les BAQ pour le renforcement du plateau technique etc - Plaidoyer au près du MSSP pour renforcer par la maintenance préventive des matériels et équipement disponibles dotés par le PRPSS	- GFF/BM + les autres PTFs MSSP/DSR + DPS/ECD	
7. Faible institutionnalisation budgétaire du FBP	- Faire le suivi des recommandations en lien avec la mobilisation de ressources nationale et l'augmentation de la part du budget de la santé dans le budget national - Faire le plaidoyer pour le décret ou loi de finances pérennisant le FBP comme mode de financement officiel et obligatoire du système de santé - Faire un plaidoyer pour la création d'une ligne budgétaire dédiée au FBP.	- Banque mondiale/GFF + MSPP + MEF -	- T3 2026 et continue - T4 2026 et continue
8. Faible capacité de FOSA à maintenir les acquis du PRPSS après la fin des subsides	- Contribuer au renforcement de l'autonomie financière des FOSA et sensibiliser à l'utilisation efficiente des fonds de réserves, - Appuyer la mobilisation de ressources domestiques et le cofinancement avec les autres PTFs	- Coordonnateur National GFF/BM	- T3 2026/T1 2027 -

7.8 Plan d'Action du Niger

Dr AMADOU SALIFOU Harouna
Coordonnateur Régional de l'Agence de Vérification Zinder

7.8.1 Contexte général

Bien qu'entre 2000 et 2015, le Niger ait été l'un des pays ayant le plus amélioré son indice de couverture de service (ICS) de la couverture sanitaire universelle (CSU) parmi les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre (+6,11 % par an), il reste parmi les cinq pays ayant l'indice de couverture de service de la CSU le plus faible de la région (53,7 %). Au Niger, cette amélioration de l'indice de couverture des services de la CSU est principalement due aux progrès réalisés dans la lutte contre les maladies infectieuses ainsi que dans les domaines de la santé reproductive, maternelle et infantile ; tandis que la capacité, l'accès aux services et les maladies non transmissibles n'ont pas connu d'amélioration au cours de la période. Dans l'ensemble, la couverture et l'utilisation des services de santé maternelle et infantile les plus importants demeurent faibles en raison de problèmes d'offre et de demande.

Du côté de l'offre, la pénurie de professionnels de santé qualifiés au Niger a un impact très négatif sur l'ensemble du système de santé publique, avec à peine 0,17 professionnel de santé pour 1 000 habitants, soit environ 1/5 de la moyenne des pays à faible revenu.

Toujours du côté de l'offre, le manque de ressources financières constitue une autre contrainte majeure. Le Niger figure parmi les 10 pays au monde où le financement de la santé est le plus faible, avec des paiements directs représentant 48 % des dépenses totales de santé, ce qui crée d'importantes barrières financières pour les personnes vulnérables.

Compte tenu des expériences tirées, le ministère de la Santé et de l'hygiène publique, en collaboration avec ses partenaires nationaux et internationaux, a entrepris une réforme du système de santé actuel.

7.8.2 Contexte Santé

L'un des défis majeurs auxquels le système de santé du Niger est confronté consiste à offrir à la population des prestations de qualité dans un esprit d'équité, de justice sociale et d'efficience. Ce défi ne pourrait être relevé sans la mise en place d'un système de santé capable de répondre, de manière de plus en plus efficace, aux besoins croissants de la population. C'est pourquoi le Niger s'est engagé dans une série de réformes pour plus d'équité et d'efficience, dont l'une est le Financement Basé sur les Résultats, une approche de réforme du système de santé axée sur les résultats (outputs, performances), qui contribue à l'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins par le biais d'un mécanisme contractuel.

Ainsi, pour mieux conduire cette approche, il incombe au gouvernement et aux partenaires techniques et financiers de mobiliser des ressources suffisantes afin d'assurer une prestation de qualité.

7.8.3 Histoire du FBP au Niger

Dans ce contexte, l'approche de Financement Basé sur la Performance (FBP) a été proposée comme une solution appropriée pour réformer le système de santé au Niger. Cela, car le FBP permet d'améliorer durablement la qualité et la quantité des prestations de soins au bénéfice des populations, en particulier les plus vulnérables.

Dans le cadre de l'atteinte des objectifs de l'État en matière de réforme du système de santé au Niger, plusieurs tests pilotes de la nouvelle approche de financement basée sur les résultats (FBR) ont été menés dans les régions de Dosso et de Tillabéri. Ces essais ont donné des résultats concrets et convaincants, en collaboration avec l'Agence belge de développement **(Enabel)** et la **KFW**.

En effet, cette approche FBP a déjà été mise en œuvre à titre pilote avec **Enabel** dans le district sanitaire de Boboye. Les résultats de l'évaluation de ce test pilote ont montré que le FBR a amélioré : i) l'offre de soins (quantité, qualité, satisfaction des usagers), ii) la génération des ressources (humaines, matérielles/infrastructures et financières), iii) le renforcement de l'administration et de la gouvernance du système (participation communautaire, partenariat public-privé, système d'information sanitaire…).

La particularité, par rapport à celle de la **KFW, est que** le projet se situait dans la région de Tillabéri, où l'insécurité sévit, avec de nombreuses difficultés : terrain hostile, déplacements des agents et des communautés difficiles, et plusieurs autres risques majeurs. Cela n'a pas empêché la mise en œuvre, mais a plutôt constitué une bonne réforme dans ce contexte par ce que les stratégies de mise en œuvre des activités peuvent être adaptées et ils ont une autonomie de gestion pour tout ce qui est finance et aussi le recrutement des agents d'appui au niveau local, facilitant l'atteinte des objectifs et produisant de bons résultats dans la zone. À travers ce projet, nous pouvons citer les résultats suivants : l'équipement des FOSA, la production de services de soins et de données de qualité, la motivation du personnel, la non-rupture des médicaments et d'autres intrants, l'autonomie des FOSA, la satisfaction des patients consultés.

Au vu de ces résultats, le MSP a mis en œuvre cette approche dans les régions de Zinder et de Maradi, avec l'appui financier de la **Banque mondiale,** à travers le Projet **LAFIA IYALI (BM-NIGER),** un programme visant principalement à améliorer l'accès des populations aux soins de santé. À cet effet, la mise en œuvre du FBR permettra sans nul doute de renforcer la qualité de l'offre de soins et de services, de motiver les prestataires de soins, d'assurer la meilleure gestion des ressources, y compris la transparence financière, et de crédibiliser le système de santé. Cette initiative contribue au renforcement des réformes entreprises par l'État du Niger ces dernières années afin d'accroître l'efficacité et la qualité des services publics dans les domaines de compétence de la gestion administrative et financière, et ce, pour une meilleure productivité.

7.8.4 Rôle de l'ACV et celui du participant au cours FBP

Le participant du Niger, au cours du FBP de Cotonou, est le coordinateur de l'ACV dans la région de Zinder et est venu pour améliorer ses connaissances et ses compétences en matière d'application du FBP.

L'objectif général de sa mission est d'aider à la mise en œuvre du FBR dans la région concernée, conformément au manuel national du FBR. Il s'agit donc, pour le consultant, d'assumer les fonctions d'Agence de Vérification (AV) afin d'assurer la vérification, le coaching et le renforcement des capacités, en lien avec les tâches requises par l'approche de FBR.

Plus spécifiquement :

- Effectuer la vérification mensuelle des résultats quantitatifs des prestataires sous contrat par les vérificateurs médicaux ; cette vérification s'effectuera conformément au protocole défini dans le manuel.
- Organiser trimestriellement la vérification communautaire, couplée à l'enquête de satisfaction auprès des populations. Cette vérification sera effectuée par les OBC, sous la supervision des vérificateurs communautaires. À la fin de l'enquête, les vérificateurs saisissent les informations collectées par les ONG et calculent le score de satisfaction de chaque FOSA ;
- Saisir les données d'utilisation des services de santé sur le portail FBR-DHIS-2 et contribuer ainsi au renforcement du Système National d'Information Sanitaire SNIS ;
- Participer mensuellement au comité de validation des factures ;
- Participer à la signature des contrats de performance annuels organisés par le district.

7.8.5 Problèmes identifiés par le groupe de Lomé en janvier 2025

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet FBR Lafia Iyali, le 95e cours FBP a été organisé à Lomé en janvier 2025 à l'intention de 20 participants du Niger. C'est pendant cette formation qu'une analyse des problèmes internes et externes a été réalisée, pour lesquels il fallait trouver des solutions.

Mais un an après cette formation, de nombreux problèmes demeurent sans solution, ce qui freine l'avancement de la mise en œuvre du projet.

Deux types de problèmes sont identifiés à Lomé :

Sur le plan sanitaire:

- Le faible taux de couverture sanitaire ;
- Une insuffisance en ressources humaines ;
- Le faible taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié ;
- Un fort taux de mortalité néonatale ;
- Un taux de mortalité maternelle élevé.

Sur le plan institutionnel et organisationnel du FBR :

- L'ancrage de la CTN à un niveau trop bas en dessous de la Direction des études et de la Programmation (DEP) au lieu du niveau du Secrétaire Général ;
- L'insuffisance dans les connaissances, les aptitudes et la motivation auprès des acteurs
- Des insuffisances dans le manuel FBP. Ce manuel contient plusieurs points corrects, mais présente aussi des insuffisances, notamment un manque de séparation entre les fonctions, les principes régissant le contrat et les modalités de paiement des avances.

7.8.6 Constats de problèmes actuels juillet 2026

- Non-paiement des subsides pendant 23 mois,
- Paiement des subsides de (3) trois mois seulement durant le projet, mais qui sont bloqués au niveau des deux régions sans utilisation ;
- FOSA démotivé
- AV paralysé avec aussi une interruption de (6) six mois, accusant un retard dans les vérifications de quantité, le suivi des vérifications de qualité, la performance et l'enquête communautaire,
- Portail non fonctionnel,
- Les cadres de la cellule technique de la FBR ne sont pas formés, avec des connaissances et des aptitudes insuffisantes en matière de procédures de la FBR, ce qui entrave leur rôle de régulateurs.
- L'ancrage de la CTN à un niveau trop bas en dessous de la Direction des études et de la Programmation (DEP) au lieu du niveau du Secrétaire Général ;

7.8.7 Score de faisabilité

Dans ce paragraphe, le participant du Niger, avec l'appui des facilitateurs, a comparé le programme FBP du Niger aux 23 critères des meilleures pratiques et des principes identifiés dans le livre du cours FBP.

Le résultat était le suivant :

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points Dispo	Points donnés	Commentaires
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	USD 0,59 USD au lieu de USD 4 par habitant pas an. Cela signifie que le gap à combler est de 27 milliards FCFA. La contribution actuelle de l'État pour la gratuité est de 5.4 milliards FCFA => Transformer ce budget en FBP ?
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	Aucun budget de l'État est réservé actuellement pour le FBP
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	0	Ce n'est pas le cas. C'est l'UGP qui gère le Projet

4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité.	2	2	Contrats de performance signées en 2026
5. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	2	On a 33 indicateurs, mais qui ne sont pas tous SMART (voyez manuel FBP)
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	
7. Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants	2	2	
8. Le programme 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	Les membres du comité sont décrits dans le manuel FBP
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	Enquête de base est réalisé en 2022, mais plusieurs données manquent comme les dépenses santé des ménages formelles et informelles
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	Cependant les recettes sont très minimes pour couvrir les besoins
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	Nécessité d'accorder une dérogation spéciale pour les structures de santé au niveau des districts sanitaires qui participent à l'intervention FBP
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2	
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides PBF.	2	0	Les FOSA ne distribuent pas encore des primes.
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	Plus de deux signataires
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts	2	0	Les tarifs sont fixes et il y a la gratuite pour les médicaments => Régler par un décret
16. Les gestionnaires/responsables (MCD) des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	2	0	Ce n'est pas le cas actuellement.
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	Une agence de vérification a été recruté qui est autonome et qui assure, les vérifications quantité et communautaire.

18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2	
19. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complets définies par le gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne).	2	2	
20. Les ACV ont des unités d'investissement (BAQ), pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	2	0	Pas le cas actuellement, L'ACV étant recruté, il existe la possibilité de rendre opérationnelle les BAQ le plus rapide possible
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	0	Seules les structures publiques ont des contrats => mais voir à l'avenir la nécessité de prendre en compte les structures privées et confessionnelles conformément aux meilleures pratiques du FBP
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	2	
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2	
TOTAL :	**50**	**24**	**48%**

Le score de 48 % démontre qu'il existe de sérieux problèmes, malgré le recrutement de l'AV, l'interruption de 6 mois du processus, le montage institutionnel et les meilleures pratiques du FBP au Niger. De sérieux efforts doivent être déployés pour porter ce score à 80%.

7.8.8 Hypothèses fatales (HF)

Une hypothèse fatale est une situation où il faut douter de la fiabilité du programme FBP et où il doit donc continuer à être exécuté.

Il existe également au moins 3 hypothèses fatales.

- Le budget FBP est très insuffisant, à seulement 0,59 USD par personne et par an, alors qu'il devrait être de 4 USD. La solution consiste à sélectionner uniquement quelques districts sanitaires dans chaque région afin d'atteindre un budget de 4,00 USD par personne de la population cible et par an.
- Les FOSA dépendent de systèmes de distribution centralisés pour leur approvisionnement en intrants. Les FOSA ne sont pas autorisées à vendre des médicaments qui, dans d'autres pays africains, constituent la principale source de recettes. Ces recettes facilitent le recrutement du personnel, l'achat de médicaments et d'équipements, les opérations de réhabilitation et la constitution d'une réserve de fonctionnement. Le bénéfice restant est versé au personnel sous forme de primes de performance.
- L'interruption du contrat de l'AV pendant six mois, pour des raisons non élucidées, freine la mise en œuvre du projet.

7.8.9 Recommandations

- Combler le déficit budgétaire pour assurer USD 4,00 par personne par an ;
- Accorder des dérogations spéciales pour assurer, dans les districts sanitaires FBP :
  a. L'autonomie de gestion des FOSA, avec le droit d'acheter des médicaments auprès des grossistes accrédités par le gouvernement, opérant en concurrence ;
  b. La libéralisation du marché pour autoriser les FOSA à vendre des médicaments après consultation avec leurs communautés ;
  c. La signature binôme entre l'ACV et les FOSA ;
  d. Le principe de la non-discrimination contre les FOSA privées, et confessionnelles. Toutes les structures publiques et privées doivent avoir le droit de signer des contrats avec l'ACV ;
- Éviter l'interruption du contrat de l'AV ;
- Intégrer les CHR, les CSME, les structures privées et confessionnelles dans le FBP
- Réviser le manuel national FBP ;
- Clarifier des liens fonctionnels entre l'INAM, l'ACV et la CTN ;
- Former les acteurs clés du niveau central, y compris les autorités du ministère ;
- **Organiser une visite d'étude au Mali pour un partage d'expériences entre les acteurs (Ministère, UGP, CTN, AV, OBC), car le Mali est dans sa deuxième phase, avec un niveau très avancé dans le FBR, et a obtenu de bons résultats.**

7.8.10 Plan d'action détaillé

Problèmes	Activité	Qui	Quand
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	Réduire le nombre de districts bénéficiaires, soit augmenter considérablement le budget PBF avec la contribution de l'État ou de la Banque Mondial.	BM et MS/HP	Avant le début de la deuxième phase en 2027
2. Au moins 20% du budget PBF vient du gouvernement et le programme PBF a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	Prévoir la contribution de l'État d'au moins 20%	MS/HP	Planification Deuxième phase 2027
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.	Faire une réunion de plaidoyer pour un transfert de responsabilité auprès du SG l'UGP qui gère le Projet	MS/UGP/ CTN	Août 2026
4. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès	Enquête de base est réalisé en 2022, mais plusieurs données manquent comme les dépenses santé des ménages formelles et informelles qui nécessite une reprise en début de deuxième phase	MS/UGP/ CTN	Planification Deuxième phase 2027
5. 13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent	Les FOSA ne distribuent pas encore des primes.	DRSP/AV/ UGP	AOUT 2026

et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides PBF.			
6. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	il ramener la signature des contrats entres l'av et les FOSA cela permettra a l'av d'assurer pleinement son rôle de control et tenir rigueurs sur les FOSA comme dans le manuel.	ACV/ CTN-FBR	Deuxième phase du projet en 2027
7. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts	Les tarifs sont fixes et il y a la gratuite pour les médicaments	CTN-FBR	AOUT 22026
8. Les gestionnaires/responsables (MCD) des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	Régler par un décret Ce n'est pas le cas actuellement.	DRSP	AOUT 2026
9. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complets définies par le gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne).	Échange lors de revue du manuel ACV et Partenaire		AOUT 2026
10. Les ACV ont des unités d'investissement (BAQ), pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	Offrir a la seconde phase des BAQ de démarrage au structure sanitaire comme prévu dans le manuel FBR	MS/DRSP /P/AS	2027
11. Non prise en compte des formations sanitaires privées et confessionnelles dans l'approche FBP	Révision du manuel FBP Instruire les DS à travers une correspondance administrative pour la prise en compte des formations sanitaires privées et confessionnelles		2eme phase 2027

7.9 République centrafricaine

7.9.1 Introduction

La République centrafricaine (RCA) fait face à une fragilité institutionnelle et sécuritaire persistante qui entrave l'efficience de son système de santé. Le Financement Basé sur la Performance (FBP) y est déployé comme une approche d'achat stratégique visant à améliorer simultanément la qualité des soins, la motivation du personnel et la redevabilité locale. L'intégration des programmes prioritaires (vaccination, santé maternelle, nutrition, VIH, paludisme) dans un guichet unique FBP, soutenu par le projet SENI Plus avec l'appui de la Banque mondiale, de l'Union européenne, du Fonds mondial et de GAVI, vise à rompre avec les approches en silos afin de renforcer la cohérence, l'efficience et l'équité du système. Selon l'historique du FBP en RCA :

- 2009–2010 : Phase pilote – introduction dans quelques districts avec l'appui de la Banque mondiale et Cordaid ;
- 2010–2014 : Extension par un financement de l'Union européenne et exécutée par Cordaid dans cinq préfectures du pays – malgré la crise, maintien dans certains districts avec focus sur la santé maternelle et infantile ;
- 2015–2017 : Relance via SENI – intégration progressive des programmes prioritaires ;
- 2018–2022 : Guichet unique FBP – financements conjoints (Banque mondiale, UE, GAVI, Fonds mondial) ;
- 2023–2026 : Consolidation et **recherche-action,** le FBP est désormais utilisé comme outil de réforme systémique, avec des enquêtes communautaires, des bonus d'équité et des études d'impact comparant les districts urbains et ruraux.

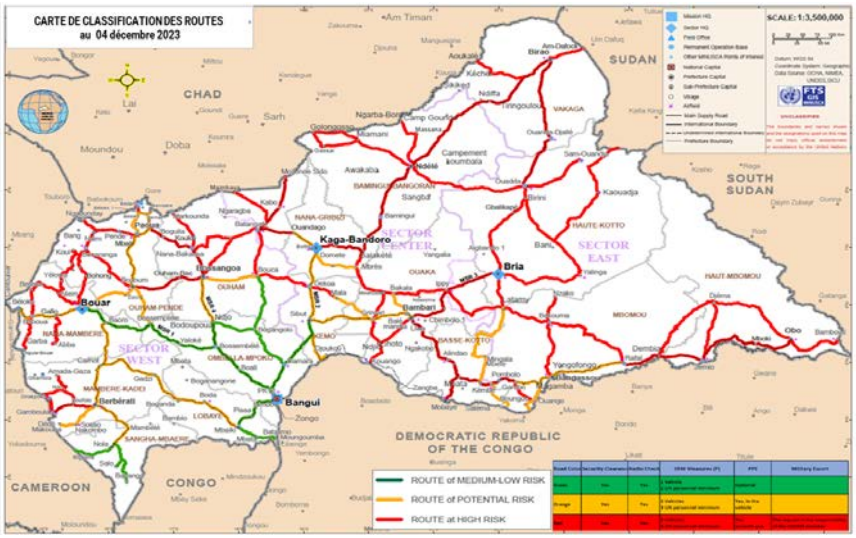
Ce plan d'action opérationnalise une recherche-action conçue pour évaluer l'impact systémique de cette stratégie de financement de la santé. L'objectif principal est de mesurer les progrès réels générés par le FBP sur les indicateurs de performance nationaux, en comparant rigoureusement les dynamiques des districts sanitaires urbains et ruraux.

7.9.2 Contexte général

La RCA est confrontée à une crise humanitaire et sécuritaire chronique, caractérisée par l'activisme de groupes armés non étatiques dans l'arrière-pays.

Cette instabilité structurelle affaiblit l'économie nationale, accentue la précarité des ménages et limite le déploiement pérenne des services publics réguliers. En synthèse, le pays fait face à :

- Une situation de fragilité institutionnelle et d'insécurité volatile ;
- Une dépendance critique aux financements externes pour la mise en œuvre des programmes de santé ;
- Un besoin impérieux de mécanismes d'incitation financière pour stabiliser et optimiser l'offre de soins.



7.9.3 Contexte santé

Le système de santé centrafricain souffre d'une pénurie critique de ressources humaines qualifiées, d'infrastructures dégradées et de ruptures fréquentes d'intrants essentiels à la santé. Le financement sectoriel dépend largement de l'aide internationale, tandis que l'accessibilité géographique et financière demeure un défi pour les populations. Les principaux goulots d'étranglement sont :

- Une faible couverture vaccinale et curative des soins de santé primaires ;
- De profondes inégalités d'accès aux services essentiels entre zones urbaines et territoires ruraux enclavés ;
- Un système d'information sanitaire (SNIS) fragmenté, produisant des données souvent incomplètes et peu fiables.

7.9.4 Objectifs

Objectif général : Mesurer l'impact du FBP sur la performance du système de santé en RCA.

Objectifs spécifiques du plan de recherche-action

- Mesurer l'impact du FBP sur les indicateurs du PEV
- Identifier comment les indicateurs PEV peuvent s'améliorer en utilisant les instruments du PBF, tels que la visite à domicile, l'identification des abandons, la revue trimestrielle de la qualité par les équipes cadres des districts et le feedback de la population.
- Évaluer l'effet des incitations FBP sur les indicateurs PEV ;
- Analyser l'efficacité des mécanismes FBP dans la prévention ;
- Déterminer le niveau d'optimisation de la rétention et de la continuité des soins de santé primaires ;
- Quantifier la réduction de la morbidité et de la mortalité évitables liée au changement de comportement des prestataires ;
- Documenter le rôle du FBP dans la participation communautaire et le renforcement de la redevabilité locale.

7.9.5 Analyse des problèmes du système de santé

L'approche de recherche-action repose sur un protocole quasi-expérimental qui mesure des indicateurs comparant les zones FBP aux zones témoins afin d'évaluer la faisabilité, l'efficacité et l'équité du dispositif.

a) Programme Élargi de Vaccination (PEV)

- *Problème principal :* faible performance du système de vaccination de routine et latence critique dans la surveillance des manifestations indésirables post-immunisation (MAPI).
- *Causes racines :* motivation limitée des prestataires de première ligne, retards de paiement des primes de performance, insuffisance de supervision formative, pannes récurrentes des réfrigérateurs solaires et ruptures de stock de carburant en zone rurale.
- *Conséquences :* couverture vaccinale globale insuffisante, taux d'abandon élevé entre les doses du vaccin BCG et du vaccin Pentavalent 3, données peu fiables, notifications hors délai des cas suspects de maladies évitables par la vaccination (MEV) : paralysie flasque aiguë, rougeole, fièvre jaune, et érosion de la confiance communautaire.

b) Santé Maternelle, Néonatale et Infantile (SMNI)

- *Problème principal :* persistance de taux élevés de mortalité maternelle et néonatale évitables au niveau périphérique.
- *Causes racines :* D'une part, l'absentéisme ou l'indisponibilité du personnel qualifié pendant les gardes de nuit, et d'autre part, des ruptures récurrentes de stock des kits d'urgence. Mais aussi moins d'efforts pour l'élimination du tétanos maternel et néonatal
- *Conséquences :* faible taux de couverture vaccinale Td, non-complétude des 4 visites de CPN réglementaires et retards dans la prise en charge ou le transfert des urgences obstétricales.

e) Lutte contre les maladies évitables par la vaccination (poliomyélite, rougeole, paludisme, méningite, tuberculose, Mpox, etc.)

- *Problème principal :* Rupture de la continuité des soins et faiblesses logistiques dans la gestion du dernier kilomètre pour les vaccins et autres intrants.
- *Causes racines :* Faible incitation des agents aux stratégies avancées et à la vaccination au quotidien dans les FOSA, gestion défaillante des stocks en pharmacie locale et taux élevé de perdus de vue.
- *Conséquences :* recours à des thérapies non conformes pour les maladies évitables par la vaccination, hausse du taux de transmission et plusieurs épidémies de maladies évitables par la vaccination (rougeole, polio, méningite, etc.).

f) Santé communautaire

- *Problème principal :* Faible opérationnalisation de la participation communautaire et léthargie des Comités de Gestion (COGES).
- *Causes racines :* Absence de mécanismes réguliers de motivation financière pour les acteurs communautaires et insuffisance d'encadrement par les équipes cadres de

district.

- *Conséquences :* Rupture du lien FOSA-communauté, non-recherche des perdus de vue et faible acceptabilité socioculturelle des interventions de santé publique.

7.9.6 Score de faisabilité

- Score global: estimé à 84%

Justification de la viabilité : La RCA dispose d'un ancrage historique et technique solide en matière de FBP, capitalisé au fil des cycles de financement précédents de la Banque mondiale et de l'Union européenne. L'existence des Agences de Contractualisation et de Vérification (ACV) opérationnelles garantit un circuit de contre-vérification indépendant des données déjà structurées. De plus, la forte implication politique du ministère de la Santé et de la Population (MSP), à travers la Cellule Technique Nationale FBP (CTN-FBP), assure un cadre institutionnel propice à l'exploitation des résultats de cette recherche-action, en vue de l'aide à la décision et de l'élaboration des politiques de santé dans un contexte de fragilité.

Les 23 critères de pureté d'un programme FBP	Points dispo	Points optenus
1. Le budget du programme FBP n'est pas inférieur à 4,00 $US par habitant et par an, dont au moins70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	4
2. Au moins 20% du budget FBP vient du gouvernement et le programme FBP a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	0
3. La Cellule Technique Nationale FBP est intégrée dans le ministère de Santé à un niveau suffisamment élevé qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes.	2	2
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	2	0
5. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	2
6. Le programme FBP contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	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	2
8. Le programme FBP a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des districts, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA pour la validation des factures	2	2
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	2
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	2
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	4
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2

13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides FBP.	2	2
14. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	0
15. Les structures sont autorisées à déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	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
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
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	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	0
20. Le programme a des bonus d'amélioration de qualité (BAQ) ou des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure, des équipements des structures et du personnel qualifié	2	2
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	2
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	2
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2
TOTAL :	50 (100%)	42 (84%)

7.9.7 Hypothèse fatale

Le succès du plan d'action de la recherche-action FBP dépend de la capacité de la **Direction du PEV à garantir en continu la disponibilité des intrants de vaccination** (vaccins, chaîne du froid, logistique), à assurer la motivation et la supervision régulières des agents, et à produire des données fiables et rapides. Si l'une de ces conditions essentielles n'est pas remplie, l'impact attendu du FBP sur la couverture vaccinale, la surveillance des MAPI et la confiance communautaire ne pourra ni être démontré ni généralisé.

7.9.8 Méthodologie

a) Type d'étude

- Recherche-action mixte (quantitative et qualitative).

b) Échantillonnage

- 4 districts pilotes : Bangui 1, Bimbo (urbain) ; Bouar-Baoro, Sangha-Mbaeré (ruraux).
- Sélection basée sur l'accessibilité, la sécurité et la représentativité.

c) Collecte de données

- Quantitatif : extraction de données depuis DHIS2, des registres et des rapports PBF.

- Qualitatif : entretiens semi-structurés et focus groups avec des prestataires et des relais communautaires.

d) Analyse
- Mesure de la faisabilité, de l'efficacité et de l'équité.

7.9.9 Recommandations

- Améliorer formellement des critères de promptitude de la surveillance dans les contrats FBP ;
- Ajouter de nouveaux indicateurs pertinents (Exemples : Nombre de vaccins disponibles aux niveaux de la FOSA) ;
- Augmenter un bonus d'éloignement pour les districts ruraux afin de compenser les difficultés d'accès ;
- Financer les agents de l'engagement communautaire via le PBF pour la recherche des perdus de vue ;
- Renforcer la supervision et le suivi-évaluation en intégrant les gestionnaires des programmes ;
- Documenter les résultats pour un éventuel passage à l'échelle nationale ;
- Institutionnaliser le FBP multisectoriel dans la politique nationale ;
- Aligner les financements des bailleurs (Banque mondiale, Gavi, Fonds mondial).

7.9.10 Plan d'action

- Phase diagnostique : collecte des données de base pour le PEV par PBF au niveau SNIS ;
- Phase conception : harmonisation de la méthodologie de recherche-action ;
- Phase de mise en œuvre pilote : Missions d'évaluation dans les districts choisis, avec suivi multisectoriel ;
- Phase de suivi et d'ajustements : feedback participatif avec les prestataires et les communautés sur l'ensemble des programmes ;
- Phase d'évaluation finale : mesurer l'impact du PBF sur la vaccination, la santé maternelle, et les maladies transmissibles évitables par la vaccination.

7.9.11 Calendrier global (Chronogramme)

- Mois 1: Diagnostic initial

Programme de santé	Objectif spécifique	Indicateurs SMART	Source de vérification	QUI
Vaccination	Améliorer la couverture vaccinale	-Couverture Penta3 ≥ 90% -Promptitude des rapports ≥ 90%	DHIS2, registres, enquêtes	Districts, PEV national
Surveillance	Améliorer la surveillance des maladies y compris le Manifestations post-vaccinales indésirables	-Alerte précoce et notification des maladies évitables par la vaccination ≥ 90% -Promptitude des rapports ≥ 90%	DHIS2, registres, enquêtes	Districts, Surveillance National
SMNI	Réduire la mortalité maternelle	-Taux≥80%des accouchements assistés -Taux ≥ 90% des femmes avec ≥ 4 CPN	Registres maternité, DHIS2	Districts, DSF (Direction de la santé familiale)
Maladies évitables par la vaccination	Réduire la morbidité mortalité due aux maladies évitables par la vaccination	-≥ 80% Couverture vaccinale en Td2+ -≥ 90% de Perdus de vue rattrapés	Registres maladies transmissibles, DHIS2	CPN, PEV , Districts
Santé communau-taire	Renforcer l'engagement communautaire	- ≥ 80% des relais communautaires actifs - ≥ 70% des perdus de vue retrouvés	Rapports RECO, supervisions	Districts, COGES

- Mois 2 : Préparation
- Mois 3-4 : Missions d'évaluation intermédiaire et ajustements
- Mois 5: Évaluation finale
- Mois 6: Restitution et plaidoyer

7.9.12 Responsabilités

Programmes nationaux : Coordination, supervision, analyse globale
Districts sanitaires : Collecte et transmission des données
Partenaires techniques : OMS, Gavi, Banque mondiale, Union européenne)
Chercheurs : Conception des méthodologies, analyse, documentation

7.9.13 Conclusion

Ce plan amélioré constitue une feuille de route opérationnelle pour mesurer l'impact du FBP dans le cadre de la RCA. En intégrant les programmes prioritaires via le projet SENI Plus, il offre une approche multisectorielle, équitable et durable, capable de transformer la performance du système de santé et de renforcer la confiance au sein des communautés.

7.10 RDC – PBF dans les urgences sanitaires

Par Dr Désiré Ado KAWENDA

7.10.1 Contexte & Justification

La Division Provinciale de la Santé (DPS) du Kwilu en RDC évolue dans un contexte marqué par la recrudescence des urgences de santé publique, notamment les flambées de choléra, de Mpox, de rougeole, d'Ébola et d'autres maladies à potentiel épidémique, auxquelles s'ajoutent les catastrophes naturelles et les crises humanitaires. Ces événements mettent en évidence des insuffisances persistantes dans la préparation, la surveillance épidémiologique, la détection précoce des signaux d'alerte, l'investigation rapide des cas, la disponibilité des intrants essentiels, la prévention et le contrôle des infections, la coordination des acteurs, ainsi que la continuité des services de santé essentiels.

Dans ce contexte, l'intégration du Financement Basé sur la Performance (FBP) constitue une approche stratégique d'achat des résultats permettant de renforcer la performance des structures sanitaires, d'inciter les prestataires, d'améliorer la qualité des données, de financer des indicateurs clés de préparation, de surveillance et de riposte, tout en garantissant la vérification indépendante des performances et une meilleure utilisation des ressources.

Pour la DPS Kwilu, cette approche offrirait un mécanisme durable pour améliorer la rapidité de détection des alertes, la qualité de la réponse aux urgences sanitaires, veiller aux personnes vulnérables, payer le bonus qualité spéciale aux FOSA, améliorer la coordination entre les différents niveaux du système de santé et les PTF, ainsi que renforcer la résilience du système provincial face aux futures crises. Son intégration s'inscrit en cohérence avec le Règlement Sanitaire International (RSI 2005), le manuel des procédures PBF et les objectifs de la CSU, faisant du Kwilu une province pilote potentielle pour la mise en œuvre d'un modèle innovant de FBP appliqué aux urgences sanitaires.

7.10.2 Analyse des problèmes dans le contexte des urgences de santé publique

Problèmes observés	Conséquences sur la riposte	Apport possible du FBP
1. Préparation insuffisante aux urgences sanitaires	Faible planification, insuffisance des plans de contingence opérationnels, exercices de simulation peu fréquents et faible disponibilité des équipes de réponse rapide.	Financer des indicateurs de préparation, contractualiser les plans de contingence et récompenser les structures respectant les normes de préparation.
2. Faiblesse de la surveillance épidémiologique	Détection tardive des alertes, sous-notification des cas, faible surveillance communautaire et qualité insuffisante des données.	Acheter les résultats liés à la notification rapide, à l'exhaustivité et à la qualité des données, avec vérification indépendante des performances.
3. Riposte lente aux alertes	Délais dans les investigations, la confirmation des cas et le déploiement des équipes d'intervention en raison des contraintes organisationnelles et financières.	Introduire des primes de performance liées au respect des délais de notification, d'investigation et de riposte.

4. Insuffisance des ressources financières	Dépendance vis-à-vis des financements extérieurs, financement souvent tardif et faible flexibilité pour répondre rapidement aux urgences.	Mettre en place un financement basé sur les résultats permettant une allocation plus rapide, transparente et efficiente des ressources.
5. Faible coordination des acteurs	Collaboration limitée entre la DPS, les ZS, les PTF et les autres secteurs impliqués dans les urgences.	Intégrer des indicateurs de coordination multisectorielle et de tenue régulière des réunions de coordination dans les contrats de performance.
6. Capacités limitées des ressources humaines	Insuffisance de personnel formé en gestion des urgences, investigation, PCI, laboratoire et gestion des données.	Financer le renforcement des capacités, le coaching et l'évaluation régulière des compétences des équipes.
7. Faible disponibilité des intrants essentiels	Ruptures fréquentes des médicaments, équipements de protection individuelle (EPI), consommables de laboratoire et autres intrants indispensables.	Récompenser les structures maintenant une disponibilité continue des intrants stratégiques et une bonne gestion logistique.
8. Faiblesse de la Prévention et Contrôle des Infections (PCI)	Application incomplète des normes PCI dans plusieurs formations sanitaires, augmentant le risque de transmission nosocomiale.	Contractualiser des indicateurs de conformité aux normes PCI et financer les améliorations constatées lors des évaluations qualité.
9. Participation communautaire insuffisante	Faible implication des communautés dans la surveillance, l'alerte précoce, la sensibilisation et le suivi des interventions.	Valoriser la surveillance communautaire, la mobilisation sociale et la vérification communautaire à travers des paiements basés sur les résultats.
10. Faible culture de redevabilité et de suivi des performances	Les résultats des interventions sont peu mesurés, peu analysés et rarement utilisés pour orienter les décisions de gestion.	Renforcer la culture de performance grâce aux contrats de résultats, aux vérifications indépendantes, aux audits et à l'utilisation systématique des indicateurs pour la prise de décision.

Commentaire : L'analyse met en évidence que les principaux défis des urgences sanitaires dans la province du Kwilu relèvent autant des aspects organisationnels, techniques que financiers. Le FBP constitue une opportunité stratégique de transformer ces défis en résultats mesurables, en orientant les ressources vers les performances effectivement réalisées. Son intégration permettra de renforcer la préparation, d'améliorer la rapidité de la riposte, d'accroître la qualité des interventions, de veiller aux personnes vulnérables, de doter les FOSA atteintes d'une urgence sanitaire des bonus d'amélioration spéciale, de consolider la gouvernance et la redevabilité, tout en contribuant à la résilience du système de santé provincial face aux futures urgences sanitaires. Ces défis constituent ainsi le fondement de l'architecture opérationnelle du FBP appliqué aux urgences sanitaires pour d'autres DPS sous PBF exposées aux urgences de santé publique.

7.10.3 Résultats qui pourraient être achetés par le FBP

Résultat stratégique acheté par le FBP	Indicateur SMART	Source de vérification	Fréquence de vérification
1. Détection précoce des alertes sanitaires	Nbre d'alertes communautaires investiguées dans les 24 heures suivant leur notification	Registre des alertes, DHIS2, rapports de surveillance	Mensuelle
2. Notification rapide des événements de santé publique	Nbre des événements prioritaires notifiés à la DPS dans les 24 heures	Fiches de notification, DHIS2	Mensuelle

3. Investigation rapide des cas suspects	Nbre de cas suspects investigués conformément aux protocoles nationaux dans les 48 heures	Rapports d'investigation	Mensuelle
4. Confirmation biologique des cas	Nbre d'échantillons acheminés au laboratoire de référence dans les délais prescrits	Registre laboratoire, fiches de transport	Mensuelle
5. Activation rapide de la riposte	Délai moyen entre la confirmation d'un événement et le déploiement de l'équipe de riposte	Rapports de mission	Après chaque événement
6. Fonctionnalité des équipes provinciales et des ZS de riposte	Nbre des équipes d'intervention rapide fonctionnelles selon les normes nationales	Rapports d'évaluation des équipes	Trimestrielle
7. Disponibilité des intrants stratégiques	Nbre de formations sanitaires disposant en permanence des médicaments, EPI, tests et consommables essentiels	Fiches de stock, supervision	Mensuelle
8. Fonctionnalité des sites d'isolement ou centres de traitement	Nbre des sites répondant aux normes minimales de prise en charge	Grilles qualité	Trimestrielle
9. Qualité de la prise en charge des cas	Nbre de dossiers conformes aux protocoles nationaux de prise en charge	Audit clinique	Trimestrielle
10. Recherche active des contacts	Nbre des contacts identifiés suivis quotidiennement pendant toute la période recommandée	Registre de suivi des contacts	Hebdomadaire
11. Vaccination de riposte (si applicable)	Taux de couverture vaccinale des populations ciblées dans les zones affectées	Rapports PEV	Après campagne
12. Communication des risques et engagement communautaire	Nbre AS ayant organisé au moins une activité de communication communautaire durant le mois	Rapports communautaires	Mensuelle
13. Investigation des décès communautaires	Nbre des décès suspects investigués dans les 48 heures	Registre décès, rapports d'investigation	Mensuelle
14. Continuité des services de santé essentiels pendant l'urgence	Nbre des FOSA maintenant les services essentiels (CPN, vaccination, accouchements, consultations curatives)	DHIS2, rapports de supervision	Mensuelle
15. Qualité des données de surveillance	Taux de concordance entre les données des registres, DHIS2 et rapports de surveillance	Audit de qualité des données	Trimestrielle
16. Vérification des performances	Nbre des structures vérifiées dans les délais prévus	Rapports de vérification	Trimestrielle
17. Paiement basé sur les performances	Nbre des paiements effectués dans les 30 jours après validation des résultats	Rapports financiers	Trimestrielle
18. Réunions de coordination des urgences	Nbre des réunions provinciales et des ZS tenues selon le calendrier établi	Procès-verbaux	Mensuelle
19. Supervision intégrée des interventions	Nbre des supervisions réalisées conformément au plan annuel	Rapports de supervision	Trimestrielle
20. Renforcement des capacités	Nbre du personnel impliqué dans les urgences ayant bénéficié d'une formation ou d'un coaching annuel	Rapports de formation	Annuelle
21. Disponibilité d'un plan de préparation et de riposte actualisé	Nbre des ZS disposant d'un plan de préparation et de riposte validé et actualisé	Plans validés	Annuelle

22. Amélioration de la performance globale de la DPS	Score moyen de performance de la DPS sur les indicateurs FBP-Urgences	Tableau de bord provincial	Trimestrielle

Proposition de classification des résultats achetés

Pour faciliter la contractualisation et le paiement, ces résultats peuvent être regroupés en cinq composantes :

Composante	Résultats achetés
Préparation	Plan de préparation, formation des équipes, disponibilité des intrants, fonctionnalité des équipes d'intervention rapide
Détection et surveillance	Détection des alertes, notification, investigation des cas, confirmation biologique, qualité des données
Riposte	Déploiement rapide des équipes, recherche des contacts, vaccination de riposte, prise en charge des cas, investigation des décès
Coordination et gouvernance	Réunions de coordination, supervision intégrée, vérification des performances, paiements dans les délais
Résilience du système de santé	Continuité des services essentiels, communication des risques, amélioration de la performance globale de la DPS

Ce tableau constitue une base solide pour élaborer la **grille d'achat des performances (Business Plan FBP-Urgences ou l'intégrer dans le PM global de la structure)**, à laquelle pourront ensuite être associés les **prix unitaires**, les **coefficients de qualité**, les **modalités de vérification** et la **formule de calcul des paiements**, conformément aux standards du FBP appliqués par l'UG-PDSS avec la Banque mondiale.

7.10.4 Architecture proposée du FBP appliqué aux urgences sanitaires

L'intégration du FBP dans la gestion des urgences sanitaires de la Province du Kwilu repose sur un principe fondamental : **capitaliser sur les mécanismes provinciaux existants du FBP plutôt que de créer un système de gestion des urgences parallèle**.

Niveau 1 : Gouvernance provinciale	La DPS demeure l'organe de coordination technique de l'ensemble du dispositif.	Elle assure notamment : ▪ la planification provinciale des interventions ; ▪ la coordination multisectorielle ; ▪ la mobilisation des partenaires ; ▪ le suivi de la mise en œuvre ; ▪ la validation des résultats ; ▪ la supervision générale.	Le Comité Provincial de Gestion des Urgences Sanitaires constitue l'organe stratégique chargé d'orienter les décisions durant les situations d'urgence.
Niveau 2 : Coordination opérationnelle	Les ECZS constituent le niveau opérationnel de coordination.	Leurs principales responsabilités consistent à : ▪ coordonner les interventions dans leurs ZS ; ▪ assurer le suivi des FOSA; ▪ analyser les données de performance ; ▪ organiser les supervisions intégrées ; ▪ suivre les plans de management ; ▪ produire les rapports techniques.	
Niveau 3 : Prestataires de services	Les CS, HGR et autres ESS restent les principaux	Ils assurent notamment : ▪ le maintien de la continuité des soins essentiels ; ▪ la PEC des urgences sanitaires ;	Les prestations continueront à être rémunérées selon

	prestataires de soins.	▪ la surveillance des événements de santé publique ; ▪ la prévention et le contrôle des infections (PCI) ; ▪ la gestion des intrants traceurs ; ▪ la notification des alertes.	les principes du manuel FBP tout en intégrant des indicateurs spécifiques aux urgences sanitaires.
Niveau 4 : Vérification des performances	Le dispositif de vérification existant sera maintenu et renforcé.	Il comprendra : ▪ la vérification quantitative ; ▪ la vérification qualitative ; ▪ la contre-vérification communautaire ; ▪ les audits techniques ; ▪ les audits financiers.	Les résultats obtenus serviront de base aux paiements liés à la performance.
Niveau 5 : Participation communautaire	Les communautés représentent un maillon essentiel de la préparation et de la réponse aux urgences sanitaires.	Les RECO, les CODESA, les leaders communautaires, les organisations de la société civile et les autorités locales contribueront notamment à : ▪ la détection précoce des événements inhabituels ; ▪ la sensibilisation des populations ; ▪ la communication sur les risques ; ▪ le suivi communautaire ; .	Le maintien de la confiance entre les communautés et les services de santé
Niveau 6 : Partenaires techniques et financiers		Les PTF continueront à appuyer la Province dans : ▪ le financement des interventions ; ▪ le renforcement des capacités ; ▪ l'assistance technique ; ▪ les évaluations indépendantes ; ▪ la mobilisation des ressources ; ▪ le partage des expériences.	La coordination provinciale veillera à l'alignement de leurs interventions sur les priorités de la DPS.

7.10.5 Plan d'action opérationnel

Le présent plan d'action vise à opérationnaliser l'intégration du FBP dans la gestion des urgences sanitaires en province du Kwilu, par une mise en œuvre progressive, coordonnée et orientée vers les résultats. Il précise les activités prioritaires, les responsabilités de l'Assistant Technique, les partenaires impliqués, les résultats attendus, les indicateurs de performance, les échéances et les moyens de vérification.

Activités (Quoi ?)	QUI	QUAND	COMMENT	Résultats attendus	Indicateurs de performance
1. Réaliser une analyse situationnelle de la préparation et de la réponse aux urgences sanitaires	DPS Kwilu, ATSP, DPS/Surveillance, OMS, ACV	T3 2026	Revue documentaire, collecte des données, visites de terrain, entretiens avec les acteurs	Rapport d'analyse validé	Rapport disponible et validé
2. Mettre en place un Comité technique provincial FBP-Urgences	Ministre Provincial de la Santé, CDPS	T3 2026	Arrêté provincial, désignation des membres, adoption des TDR	Comité opérationnel	Comité officiellement installé
3. Actualiser le manuel opérationnel FBP	DPS, INSP CTAS, ACV, ATSP	T3–T4 2026	Ateliers techniques, harmonisation avec les	Manuel validé	Manuel adopté par la DPS

appliqué aux urgences sanitaires			directives nationales et internationales		
4. Définir le paquet d'indicateurs FBP pour les urgences sanitaires	CTAS, INSP DPS, ACV, ATSP	T4 2026	Ateliers de consensus et validation technique	Liste officielle des indicateurs	Nombre d'indicateurs validés
5. Élaborer les contrats de performance de la DPS, ECZS et FOSA	DPS, ECZS, ATSP	T4 2026	Adaptation des contrats FBP existants aux interventions d'urgence	Contrats signés	Pourcentage de structures contractualisées
6. Renforcer les capacités des ECP, des ECZS et des FOSA et ACV	DPS, CTAS, INSP, ATSP	T4 2026 – T1 2027	Sessions de formation, simulations, coaching et mentorat	Personnel formé	Nombre de personnes formées
7. Adapter les outils de collecte et d'intégration des données dans le DHIS2	DPS/SNIS, , CTAS, Data, ATSP	T1 2027	Révision des outils, intégration des indicateurs, tests pilotes	Outils harmonisés	Pourcentage d'outils mis à jour
8. Mettre en place le système de vérification quantitative et qualitative	ATSP, ACV, DPS	T1–T2 2027	Élaboration des check-lists, supervision, audits de données	Système de vérification fonctionnel	Taux de vérification réalisé
9. Organiser les premières contractualisations pilotes dans les zones prioritaires	DPS, ECZS, IT	T2 2027	Signature des contrats et lancement officiel	Contrats opérationnels	Nombre de ZS pilotes engagées
10. Assurer le financement des performances des interventions d'urgence	Banque mondiale, Gouvernement, UG-PDSS	À partir de T2 2027	Mise en place du mécanisme de paiement selon les résultats vérifiés	Paiements effectués	Délai moyen de paiement
11. Réaliser des supervisions intégrées trimestrielles	DPS, ECZS, ACV, ATSP	Chaque trimestre	Missions conjointes avec outils harmonisés	Rapports de supervision	Nombre de supervisions réalisées
12. Organiser les revues trimestrielles des performances	DPS, ATSP	Chaque trimestre	Présentation des résultats, analyse des écarts et planification des actions correctives	Rapports de revue	Nombre de revues organisées
13. Réaliser les évaluations semestrielles de la qualité des services	DPS, Équipe qualité, PTF	Tous les six mois	Utilisation des grilles nationales d'évaluation de la qualité	Rapports d'évaluation	Score moyen de qualité
14. Assurer le suivi des recommandations issues des supervisions et revues	DPS, ATSP	En continu	Plan de suivi, coaching ciblé, vérification de la mise en œuvre	Tableau de suivi actualisé	Taux de recommandations mises en œuvre
15. Élaborer le plan provincial de pérennisation du FBP-Urgences	DPS, Ministère Provincial, PTF, ATSP	T4 2027	Atelier de planification stratégique	Plan de pérennisation validé	Plan adopté

16. Documenter les bonnes pratiques et les leçons apprises	ATSP, DPS, PTF	2027–2028	Capitalisation, études de cas, publications et ateliers de partage	Recueil de bonnes pratiques	Nombre de documents produits
17. Étendre progressivement le modèle FBP-Urgences à toutes les ZS du Kwilu pour un meilleur contrôle des épidémies	DPS, PTF, ATSP	2028	Mise à l'échelle progressive selon les résultats du pilote	Extension provinciale	Nbre de ZS couvertes
18. Réaliser une évaluation finale de l'intégration du FBP dans les urgences sanitaires	Évaluateurs indépendants, Banque mondiale, DPS	Fin 2028	Évaluation externe, analyse des impacts et formulation de recommandations	Rapport final d'évaluation	Rapport validé et diffusé

En tant qu'assistant technique, je suis le **chef d'orchestre** de la démarche technique.
Les responsabilités principales comprennent :

- Appuyer la coordination de la planification opérationnelle de l'intégration du FBP dans les urgences de santé publique ;
- Appuyer la DPS dans l'élaboration des outils, manuels et contrats de performance ;
- Renforcer les capacités des équipes provinciales, des ECZS et des FOSA ;
- Assurer le suivi de la qualité des données et de la vérification des performances ;
- Coordonner les missions de supervision intégrée et les revues trimestrielles ;
- Préparer les tableaux de bord de performance et les rapports de suivi ;
- Assurer le plaidoyer auprès des PTF pour la mobilisation des ressources ;
- Documenter les innovations, les succès et les leçons apprises afin de soutenir la mise à l'échelle du modèle.