

Rapport du 94ème cours FBP

(Financement Basé sur la Performance)
Du 2 au 14 Décembre 2024 à Cotonou, Benin



Les 14 participants du cours avec les facilitateurs

Version Finale 05-01-2025

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

CONTENU DU RAPPORT

ABBREVIATIONS.....	4
1. RESUME DU 94EME COURS FBP ET RECOMMANDATIONS.....	5
1.1 LE COURS FBP A COTONOU – QUELQUES IMPRESSIONS.....	5
1.2 GUINEE.....	5
1.2.1 Problèmes identifiés.....	5
1.2.2 Recommandations.....	6
1.3 MALI.....	7
1.3.1 Témoignage du Médecin-chef du district de Niono.....	7
1.3.2 Problèmes du système de santé au Mali.....	8
1.3.3 Recommandations.....	8
1.4 TCHAD.....	8
1.4.1 Analyse des problèmes des provinces ACV - FBP.....	9
1.4.2 Recommandations.....	9
1.5 BURUNDI - ÉDUCATION.....	10
1.5.1 Analyse des problèmes / défis.....	10
1.5.2 Principales recommandations.....	10
1.6 BENIN.....	10
1.6.1 Observations spécifiques dans les CS Pahou après clôture du programme FBP.....	11
1.6.2 Recommandations.....	12
2. SUMMARY OF THE 94TH PBF COURSE IN COTONOU	13
2.1 THE PBF COURSE IN COTONOU – SOME IMPRESSIONS.....	13
2.2 GUINEA	13
2.2.1 Problems identified	13
2.2.2 Recommendations	14
2.3 MALI.....	14
2.3.1 Testimony of the Chief Medical Officer of the Niono District.....	15
2.3.2 Problems of the health system in Mali.....	15
2.3.3 Recommendations	16
2.4 CHAD	16
2.4.1 Problems of the Contract Development and Verification Agencies.....	17
2.4.2 Recommendations	17
2.5 BURUNDI - EDUCATION.....	18
2.5.1 Analysis of problems/challenges.....	18
2.5.2 Main recommendations	18
2.6 BENIN.....	19
2.6.1 Specific observations in the Pahou CS after the closure of the PBF program	19
2.6.2 Recommendations	20
3. INTRODUCTION DU 94EME COURS FBP DE COTONOU.....	21
3.1 HISTOIRE DES COURS FBP.....	21
3.2 OBJECTIFS DU COURS	21
3.3 METHODOLOGIE DU COURS.....	22
3.4 LES PARTICIPANTS ET DES FACILITATEURS.....	22
3.5 PRE ET POST TEST DU COURS.....	23
4. DEROULEMENT DU 94^{EME} COURS FBP DE COTONOU	24
5. EVALUATIONS JOURNALIERES PAR LES PARTICIPANTS.....	29
6. EVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS.....	32
6.1 PREPARATION ET IMPRESSION GENERALE SUR LE COURS.....	32
6.2 ASPECTS RELATIFS A LA DUREE DE LA FORMATION	32
6.3 L'ORGANISATION DE LA FORMATION.....	33
6.4 METHODOLOGIE ET CONTENU DU COURS	34
6.5 LA CONDUITE DU COURS ET LA FACILITATION	35
6.6 APPRECIATION PAR MODULE.....	36
6.7 COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS SPECIFIQUES DES PARTICIPANTS DE COTONOU	37

7. PLANS D' ACTIONS DES GROUPES	38
7.1 GUINEE.....	38
7.1.1 Contexte général	38
7.1.2 Contexte santé.....	38
7.1.3 Contexte FBP.....	39
7.1.4 Atouts du système FBP.....	40
7.1.5 Faiblesses du système FBP	40
7.1.6 Étude de faisabilité.....	41
7.1.7 Après l'analyse du score de faisabilité – hypothèses fatales	43
7.1.8 Les activités prévues par niveau sont	43
7.1.9 Recommandations par niveau	44
7.1.10 Plan d'action	45
7.2 MALI.....	46
7.2.1 Sigles & abréviations	46
7.2.2 Contexte général	47
7.2.3 Contexte sanitaire et d'assurance maladie obligatoire.....	47
7.2.4 Le programme FBR au Mali	48
7.2.5 Analyse du problème	49
7.2.6 Approche FBR.....	50
7.2.7 Le FBP dans une zone d'insécurité : cas du district sanitaire de Niono	50
7.2.8 Score de faisabilité	52
7.2.9 Commentaires sur le score de faisabilité	54
7.2.10 Recommandations.....	54
7.2.11 Plan d'action opérationnel	55
7.2.12 Conclusion	57
7.2.13 Documents consultes	57
7.3 TCHAD.....	58
7.3.1 Contexte général	58
7.3.2 Contexte santé.....	59
7.3.3 Intervention FBP, en général.....	60
7.3.4 Intervention FBP, dans les régions.....	61
7.3.5 Atouts du système FBP.....	61
7.3.6 Analyse de problème, en général avant FBP.....	62
7.3.7 Analyse des problèmes des provinces ACV - FBP	63
7.3.8 Score de faisabilité	64
7.3.9 Commentaires	66
7.3.10 Recommandations.....	66
7.3.11 Plan d'action	67
7.4 BURUNDI ÉDUCATION	68
7.4.1 Contexte général	68
7.4.2 Contexte du secteur éducatif – en général.....	68
7.4.3 Analyse des problèmes / défis.....	69
7.4.4 Est-ce que les problèmes identifiés peuvent être résolu avec le FBP?.....	70
7.4.5 Contexte du programme FBP éducation au Burundi.....	70
7.4.6 Score de faisabilité	71
7.4.7 Commentaires sur le score de pureté du programme FBP éducation	73
7.4.8 Hypothèses fatales.....	73
7.4.9 Principales recommandations	73
7.4.10 Plan d'action	74
7.5 BENIN.....	74
7.5.1 État de santé avec quelques indicateurs général.....	74
7.5.2 Nécessité formation FBP à Institut Régional de Santé publique (IRSP).....	76
7.5.3 Score de faisabilité et hypothèses fatales.....	76
7.5.4 Au sujet de la faisabilité	78
7.5.5 Observations spécifiques dans les CS Pahou après clôture du programme FBP.....	78
7.5.6 Recommandations.....	79
7.5.7 Plan d'action détaillé « le quoi, le comment, le qui, et le quand ».....	80

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

1. RESUME du 94^{ème} COURS FBP et RECOMMANDATIONS

English version of this summary, see below page 13.

1.1 Le cours FBP à Cotonou – quelques impressions

Ce dernier 94^{ème} cours international démontre de nouveau qu'il existe une demande croissante de renforcement de compétences en réforme du Financement Basé sur la Performance. Les succès enregistrés dans le cadre de la réforme FBP dans les pays concernés, notamment aussi témoigné par les participants du Mali, ont permis d'améliorer la qualité des services et d'augmenter les principaux indicateurs d'offre de services. De plus, la motivation et la rétention du personnel, notamment en zones rurales, se sont améliorées.

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

1.2 Guinée

La République de Guinée a sollicité et obtenu de la Banque Mondiale (BM), un accord de financement pour un Projet du Renforcement des Services et Capacités Sanitaires (PRSCS) dans les régions sanitaires de Kindia et Kankan de 2018 à 2023.

La mise en œuvre de cette expérience pilote des activités FBP a commencé depuis le janvier 2021 au niveau des deux régions. Ainsi, après plus de trois années de mise en œuvre, des progrès liés aux différentes activités, de vérifications quantitatives et qualitatives trimestrielles ont été réalisées à tous les niveaux par les entités habilitées conformément aux dispositions contenues dans le manuel national de procédures FBR du ministère de la Santé.

Cependant la mise en place de la nouvelle phase planifiée pour le FBP au Guinée accuse plusieurs problèmes conceptuels et pratiques. Cela donne un score de faisabilité de seulement 36% pour le programme. Ce problème doit être résolu pour que le programme soit un succès. Le programme FBP soit conçu de manière à intégrer les meilleures pratiques et instruments FBP standards. Cela comprend une plus grande autonomie des formations sanitaires et la mise en place d'indicateurs de résultats et de qualité SMART.

1.2.1 Problèmes identifiés

Par les participants concernant la mise en place du programme FBP de Guinée.

- La CTN manque du personnel et de locaux appropriés pour son fonctionnement.
- L'ancrage institutionnel de la CTN n'est pas clair et la CTN ne possède pas de contrat de performance.
- Le cout des ACV est très élevé, ne possède pas de contrat de performance et ces ACV ont été recrutés de l'étranger au lieu d'être sous la couverture d'une organisation Guinéenne avec un statut juridique déjà existant.
- L'UGP de la Banque Mondial et la CTN exécute les mêmes activités, qui créent des conflits sur les responsabilités.

- Les FOSA doivent encore demander l'autorisation auprès des directeurs régionaux d'acheter leurs intrants auprès d'autres fournisseurs accrédités au lieu d'avoir de libre accès
- Il manque les indicateurs d'équité FBP dans la liste des indicateurs output à subventionner. Les indicateurs des PMA et PCA sont disponibles, mais il y a la nécessité de mettre à jour pour les rendre SMART. La liste des indicateurs ne contient pas l'indicateur Bonus d'Amélioration de Qualité.
- Dysfonctionnement entre les acteurs de mise en œuvre à cause d'un manuel de procédure inadapté
- Le budget disponible pour l'approche FBR ne peut pas couvrir les 4 régions (Kankan, Kindia, Labé et Faranah) pour une durée de 5 ans.
- Nécessite de plaider pour obtenir une dérogation autorisant les FOSA à fixer leurs tarifs
- Le comité de validation du district est trop chargé avec une pléthore de membres non techniques (autour de 15), qui peuvent plutôt compliquer le processus.

1.2.2 Recommandations

- Allouer un budget FBP à hauteur d'au moins 4 USD par habitant et par an pour les 5 années à venir => revoir le costing du projet ;
- Faire un plaidoyer pour l'inscription d'une ligne budgétaire pour le financement des activités du FBP dans le Budget National.
- Soutenir l'extension de la mise en place du financement basé sur les résultats dans les autres régions du pays ;
- Disposer des locaux appropriés pour CTN, meubler le cadre organique et assurer le fonctionnement de la CTN-FBP ;
- Rendre les indicateurs quantitatifs (output) et qualitatifs SMART conformément aux orientations du FBP comme ceux des pays comme le Mali et du manuel du cours FBP.
- Mettre à jour le manuel FBP et les outils de gestion conformément aux nouvelles orientations du FBP en intégrant les meilleures pratiques FBP
- Accorder des dérogations aux FOSA dans les zones FBP (achats des médicaments auprès des différents distributeurs agréés, gestion du personnel plus autonome et libre tarification du coût de recouvrement)
- Intégrer les indicateurs SMART FBP outputs améliorés et des indicateurs indigents retenus dans la nouvelle version du manuel FBP dans le DHIS2 pour la collecte, l'analyse et l'interprétation des données.
- Alléger la pléthore au niveau du comité de validation du district.

1.3 Mali

Le programme PBF du Mali a obtenu des résultats très positifs au cours des dernières années, ce qui est d'autant plus remarquable en raison des problèmes politiques et sécuritaires. L'un des participants du 94ème cours a travaillé pendant les 15 derniers mois dans un district qui appliquait toutes les meilleures pratiques et instruments du PBF, qu'il décrit dans le paragraphe suivant. Nous pensons qu'il faudrait faire davantage de plaidoyer de ce type pour que les fonds internes et externes disponibles pour la santé soient dépensés de la même manière et pour que les réformes du PBF puissent être généralisées à l'échelle nationale au Mali.

Cependant, malgré la bonne application de la plupart des meilleures pratiques et instruments du PBF, il reste encore quelques problèmes à résoudre, décrits ci-dessous au paragraphe 1.3.2.

1.3.1 Témoignage du Médecin-chef du district de Niono

Nous avons vécu, en 2022-2023, la mise en œuvre du FBR dans notre district sanitaire, qui est considéré comme « *une zone rouge* ». En 15 mois de mise en œuvre, de succès considérables ont été enregistrés parmi lesquels :

- Tous les 26 Centres de Santé Communautaires ont obtenu un contrat FBP avec l'ACV et ont pu travailler malgré l'insécurité.
- Les ACV ont recruté 8 FOSA privées, inclusivement des maternités rurales, dans les zones rouges, qui n'étaient pas accessibles par les centres de santé communautaires.
- Les DTC sont devenus signataires à part entière des chèquiers. Avant le FBR, les membres volontaires d'ASACO étaient les seules signataires, qui étaient la source de conflits.
- Les autres interventions de partenaires qui appliquent une approche input de genre parallèles n'ont plus beaucoup de popularité parmi les responsables de CS COM et les ASACO.
- Les stratégies de travail ont changé dans des zones dangereuses. Par exemple, les évaluations qualités des FOSA par les équipes cadre de districts ont été effectuées à moto sans difficultés au lieu par des véhicules. Ce dernier mode de transport posait de problèmes de sécurité pour les équipes.
- Les CSCom ont connu moins de ruptures depuis le FBR car ils pouvaient s'approvisionner auprès des grossistes agréés. À travers la concurrence entre les distributeurs de médicaments, le dépôt répartiteur était forcé de diminuer leur prix de médicaments et d'assurer une bonne disponibilité de stock de médicaments.
- Cinq CSCom ont recruté deux personnels qualifiés pour leur maternité, ou avant FBR il n'y avait aucun qualifié. Les autres CS Com ont renforcé leurs effectifs avec 1 personnel qualifié. D'autres ont recruté des comptables ou des caissiers
- Une nette amélioration de la collecte et du remplissage des supports primaires à tous les niveaux et une nette amélioration de la complétude et la promptitude des données dans le DHIS2,
- Une augmentation des indicateurs phares (taux d'accouchement effectué par personnel qualifié avant FBR 2022, 38% et avec FBR en 2023, 49% ;

- Taux d'abandon entre la première dose Penta 1 et le dernier dose VAR (enfants complètement vacciné) réduit de 9%, avant FBP et 4% pendant FBR.

1.3.2 Problèmes du système de santé au Mali

- Les Directions centrales du ministère de la Santé n'ont pas de contrat de performance avec la CTN pour assurer une bonne régulation ;
- Les contrats sont signés, d'une part, entre les ACV, présidents d'ASACO et DTC au niveau CSCom, d'autre part entre les ACV et les propriétaires des structures privées au lieu d'être signés entre les ACV et responsables des FOSA ;
- Les structures privées n'ont pas la même chance que structures publiques pour bénéficier d'un contrat principal pour la mise en œuvre de l'approche FBR à cause de certains indicateurs ;
- L'absence d'apport de contribution financière directe du gouvernement malien à la cagnotte FBR, ce qui ne permet pas au programme d'être pérenne.

1.3.3 Recommandations

- Organiser une réunion d'échanges avec le Cabinet du ministre (Secrétaire Général du MSDS) pour faciliter l'établissement de contrats de performance entre la CTN et les directions centrales (DGS, ANAES).
- Assurer une contribution financière de l'État d'au moins 20% au FBR pour assurer sa pérennisation et sa durabilité ;
- Faire un plaidoyer auprès du ministre de la Santé et des finances pour la transformation du budget de l'État alloué (crédits délégués) aux formations sanitaires et aux subventions accordées aux collectivités pour le financement des activités de santé en ligne FBR.
- Promouvoir la signature binôme entre le DTC et l'ACV pour une gestion autonome et plus efficiente ;
- Étendre la couverture du FBP au niveau national ;
- Faire un plaidoyer auprès de la commission santé du Conseil National de la Transition (CNT) pour la mobilisation des ressources en faveur du FBP ;
- Réaliser et des recherches action au niveau opérationnelle sur les thématiques FBR
- Organiser un groupe technique de travail sur les bonnes pratiques FBR avec les acteurs (ordres professionnels, FENASCOM, Association des libéraux)

1.4 Tchad

Les expériences pilotes du FBP ont débuté au Tchad entre 2011 et 2013, de 2017 et 2019 et de 2022 et décembre 2025. Après un an de mise en œuvre, du dernier projet s'est étendu à quatre autres provinces amenant ainsi à douze provinces FBP dans 12 sur 23 couvrants 55% de la population du pays.

L'évaluation a montré des résultats très encourageants, notamment dans le renforcement des piliers du système de santé, la motivation des agents de santé, la réduction des cas de ruptures en médicaments, l'amélioration de l'environnement de travail.

L'ACV du Logone Oriental et du Mandoul dans le sud du Tchad couvre une population de 2.5 millions habitants en 2024. L'ACV contractualise l'ensemble des formations sanitaires dans les 20 districts.

L'ACV de Wadi Fira et Ennedi Est couvre une population de 851 000 habitants. Les deux provinces comptent 11 districts sanitaires et 158 formations sanitaires parmi lesquelles sept hôpitaux dont deux hôpitaux provinciaux. Les provinces sont des zones d'insécurité du fait qu'elles partagent les frontières du Soudan et de la Lybie, pays en guerre ou en situation de grande instabilité politique.

Les deux ACV ont obtenu des résultats remarquables, mais tout cela a été mis en péril par certains changements dans la gestion, entraînant le non-paiement des subsides FBP et même une incertitude sur l'avenir du programme. Ceci est particulièrement dommageable compte tenu des sensibilités politiques dans les zones reculées du pays.

1.4.1 Analyse des problèmes des provinces ACV - FBP

- Retard récurrent dans le paiement des subsides ;
- Renouvellement entier de l'équipe de la CTN-FBP sans transfert de compétence entraînant un dysfonctionnement de tout le système ;
- Retard dans l'obtention de l'ANO pour les activités de la CTN entraînant ainsi le non-respect de l'agenda FPB (cycle FBP) ;
- Les Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement (PPA) sont autorisées à se ravitailler chez quelques grossistes privés. Cependant, les FOSA ne peuvent se ravitailler que dans les PPA. Ainsi le PPA est un monopoliste pour les FOSA ;
- Mouvement continu des responsables des FOSA ;
- Les COGES sont peu fonctionnels, mais ils participent dans la gestion financière des FOSA, car ils sont cosignataires des comptes. Le résultat est que l'argent de la FOSA est souvent bloqué dans le compte au lieu d'être utilisé selon la planification du plan de business et l'application de l'outil indices ;
- Un manque de rigueur dans les scores des indicateurs composites qui fait que les équipes de district donnent systématiquement un score trop élevé.

Le score de faisabilité calculé à partir des indicateurs de pureté du FBP est de 64% est très en dessous du seuil de faisabilité d'un programme de financement basé sur la performance.

1.4.2 Recommandations

- Favoriser le libre marché dans l'approvisionnement en MEG
- Encoder les FOSA privés n'ayant pas de code dans le SNIS
- Faire respecter le protocole d'accord dans le financement du PRPSS au Tchad
- Faire respecter le manuel FBP – Tchad
- Mobiliser les ressources pour la mise en échelle
- Diversifier les partenaires dans le financement du PRPSS
- Recruter d'autres comptables pour assurer le flux financier dans le paiement des subsides par l'UGP

- Limiter les mouvements du personnel local formé en FBP
- La Banque Mondiale d'accélérer le processus d'obtention de l'ANO ;
- Respecter le Manuel FBP.

1.5 Burundi - Éducation

La situation globale de l'éducation au Burundi reflète le contexte démographique avec un taux de natalité très élevé qui influe aussi sur la population scolarisable. Cela a des retombées sur les infrastructures, les enseignants, les matériels didactiques et pédagogiques etc.

Le développement et la mise en œuvre du projet FBP éducation au Burundi a démarré à Bubanza, de 2014 à 2016. De 2020-2021 à aujourd'hui, le projet est mis en œuvre en province de Muramvya au centre du pays avec l'appui financier de l'ONG Cordaid.

L'Expertise France commence un projet FBP en Mairie de Bujumbura à partir de l'année scolaire 2024-2025.

1.5.1 Analyse des problèmes / défis

- Faible financement du secteur de l'éducation, surtout en FBP
- L'école fondamentale du Burundi fait face à un faible taux de rétention (10% au niveau des cycles 1 à 3 en 2023)

1.5.2 Principales recommandations

- Augmenter le budget alloué à l'éducation en diversifiant les sources de financement (partenaires au développement, investissement, contribution par la communauté bien organisée etc) ;
- Traduire le budget inputs en outputs ;
- Mettre en place les organes de régulation de la mise à l'échelle FBP ;
- Revoir les indicateurs SMART ;
- Effectuer le costing ;
- Réviser le Manuel FBP avec l'implication de tous les acteurs et en respectant l'approche FBP ;
- Actualiser la cartographie des écoles sous à mettre sous FBP ;
- Limiter les mouvements du personnel local formé en FBP ;
- Promouvoir la qualité des enseignements à travers la revue de la qualité et à base d'une grille harmonisée.

1.6 Benin

Le Bénin a expérimenté le FBP entre 2012 et 2018. Les difficultés liées à l'intégration et à l'appropriation de l'approche au niveau du ministère de la santé, le manque d'harmonisation entre les partenaires et l'inexistence d'un environnement concurrentiel d'accès aux intrants ont conduit amener le gouvernement à y mettre fin.

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'assurance maladie, pour renforcer l'accessibilité et la qualité des soins, le projet Assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH) a été initié. Malgré le passage à l'échelle depuis 2018, certaines zones

géographiques et certains groupes vulnérables restent toujours confrontés aux problèmes d'accessibilité et de qualité des soins.

Les réformes engagées dans le secteur de la santé pour l'atteinte de la CSU ne capitalisent pas l'expérience du FBP (2012 – 2018) ainsi que les leçons tirées de ce dernier.

Par ailleurs, dans la définition du profil de professionnels du système de santé au Bénin, la démarche du Financement basé sur la performance n'est pas formellement prise en compte et aucun plaidoyer n'est fait à l'endroit des autorités et décideurs du ministère de la Santé et de l'enseignement supérieur.

Le centre de santé de Pahou était intégré dans le FBP entre 2012 et 2018 et des acquis de cette approche ont été évoqués par le personnel en poste, parmi ces acquis, il a été mentionné :

- Autonomie de gestion par le responsable du centre qui pouvait prendre des décisions en matière de dépenses pour faire face à certains achats et certaine réhabilitation.
- Existence de budget disponible pour le recrutement du personnel et les investissements

1.6.1 Observations spécifiques dans les CS Pahou après clôture du programme FBP

Lors de la visite du centre le 5 décembre 2024, les constats suivants ont été faits :

1. **Une infrastructure vétuste.** Un incendie en 2021 a frappé le Centre. Trois ans après cet incendie, le personnel ne dispose pas des moyens pour faire la réhabilitation. Or, avec l'approche FBP, le centre aurait pu être réhabilité sur financement propre, ou bien avec les subsides FBP, ou avec le Bonus d'amélioration de la qualité (BAQ – ou Fonds additionnels du FBP).
2. **Manque des recettes externes comme celles de subsides FBP ou autres subsides de l'état ou de partenaires.**
3. **Manque d'autonomie de gestion du responsable du centre pour prendre des initiatives et résoudre les problèmes comme le recrutement du personnel contractuel qualifié, la réhabilitation du centre et l'achat d'équipement**
4. Inexistence d'autonomie de gestion de la FOSA - le rôle d'ordonnateur des dépenses n'est pas assuré par le responsable de la FOSA mais par le Médecin chef de Ouidah dans son rôle de régulateur (hypothèse fatale critère 1) ;
5. **Le centre de santé d'arrondissement de Pahou, comme tous les centres du pays, dépendent pour les intrants des systèmes centraux « inputs » de distribution sans aucun choix ;**
6. Les gestionnaires des FOSA ne sont pas autorisés à dépenser en cash.

Au vu de ces constats, le personnel dans les échanges a exprimé son souhait pour la réintroduction des meilleures pratiques FBP dans les formations sanitaires. D'où les recommandations suivantes.

1.6.2 Recommandations

Relancer le programme FBP, en considérant les observations suivantes :

- S'inspirer des meilleures pratiques du FBP pour introduire l'autonomie de gestion de ce centre de santé à titre expérimental, permettrait de faire face aux dysfonctionnements constatés ;
- Apprendre des erreurs faites dans la première phase FBP 2012-2018 au Bénin et tirer toutes les leçons possibles ;
- Prendre en compte les innovations et améliorations qui ont eu place dans d'autres pays comme le Rwanda, le Burundi, le Mali, la RDC et la Maurétanie.

Ainsi, dans la phase préparatoire, les actions suivantes pourraient être proposées :

- Réaliser deux études sur la qualité des soins par les étudiants en formation de master à l'ISRP comparant la période de la mise en œuvre de l'approche FBP et celle actuelle dans le CSA de Pahou.
- Plaidoyers pour relancer le FBP au Bénin basé sur les bonnes pratiques connues dans d'autres pays d'Afrique avec un montage mieux intégré au ministère de Santé et avec une approche plus harmonisée selon les meilleures pratiques FBP qui inclut une meilleure autonomie des FOSA, libre accès aux distributeurs et l'implication du secteur privé surtout dans des zones (semi) urbaines.
- Développer un programme de démarrage du FBP en se basant sur les résultats des études réalisées => où, qui, quoi, quand, budget (financement à rechercher) ? ;
- Faire le plaidoyer auprès des Ministères de l'Enseignement pour l'introduction de l'enseignement du FBP dans les curricula de formation des étudiants dans les écoles et universités, notamment dans les facultés de médecine et à l'institut régional de santé publique (IRSP) ;
- Introduire dans les offres de formation de l'IRSP et les facultés de médecine, les notions de base sur le financement basé sur la performance ;
- Former les étudiants en DES/Master en FBP dans la mesure où la plupart d'entre eux sont des responsables et les autorités, les prestataires de services au niveau du Bénin et dans d'autres pays de la sous - région.

2. SUMMARY of the 94th PBF COURSE in Cotonou

2.1 The PBF course in Cotonou – some impressions

This 94th international course demonstrates that there is still a large demand for knowledge, skills and change of attitudes training in the context of the PBF reforms. This training can be done during international courses but also during follow up national courses at central and peripheral levels. The successes recorded with the PBF reform in several countries, particularly also testified by the participants from Mali, have made it possible to improve the quality of services and to improve the access to the health services. In addition, the motivation and retention of staff, particularly in rural areas, have improved.

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

2.2 Guinea

The Republic of Guinea has requested and obtained from the World Bank a financing agreement for the Strengthening of Health Services and Capacities PBF program in the health regions of Kindia and Kankan from 2018 to 2023.

The implementation of this pilot experience of FBR activities began in January 2021. Thus, after more than three years of implementation, progress related to the various activities, quarterly quantitative and qualitative verifications have been made at all levels in accordance with the provisions contained in the national PBF manual of the Ministry of Health.

However, the implementation of the new phase planned for the FBR in Guinea faces several conceptual and practical problems. This gives a feasibility score of only 36%. This needs to be resolved so that the program will become successful. It requires the design of the PBF program to integrate the standard PBF best practices and instruments. This includes more autonomy of the health facilities and making the output- and quality indicators SMART.

2.2.1 Problems identified

By participants implementing the Guinea PBF program.

- The national PBF Unit (CTN) lacks the staff and appropriate premises for its operations. The institutional set-up of the CTN is not clear and the CTN does not have a performance contract.
- The cost of Contract Development and Verification Unit is very high, due to the non-existence of a performance contract. These Contract Development and Verification Units were also recruited from abroad instead of being under the cover of a Guinean organization with an already existing legal status.
- The Project Management Unit (UGP) of the World Bank and the national PBF Unit carry out the same activities, which creates conflicts on who is responsible for what.
- The health facilities must still request authorization from the regional directors to purchase their inputs such as essential drugs from other accredited suppliers than the central medical stores system instead of having free access.

- The PBF equity indicators are missing in the list of subsidized output indicators. The primary level- and hospital level package indicators are available, but there is an urgent need to update them to make them SMART. The list of indicators does not contain the Quality Improvement Bonus indicator for starting up funds and investments in infrastructure and equipment.
- Dysfunction between the implementing actors due to an unsuitable procedure manual
- The budget available for the PBF approach cannot cover the 4 regions (Kankan, Kindia, Labé and Faranah) for a period of five years.
- There is a need for advocacy to obtain an exemption that authorizes the health facilities to set their own user fee rates. This can be settled in the national PBF manual
- The district validation committee has a plethora of non-technical members (around 15), who will complicate the process.

2.2.2 Recommendations

- Allocate a PBF budget of at least USD 4 per inhabitant per year for the next 5 years
=> *review the project costing.*
- Advocate for the inclusion of a budget line for the financing of PBF activities in the National Budget.
- Extend the implementation of results-based financing in other regions of the country.
- Create appropriate premises with furnishing for the national PBF Unit and assure the institutional for the adequate functioning of the national PBF Unit (CTN).
- Make the quantitative (output) and qualitative indicators SMART in accordance with the PBF guidelines such as those of countries such as Mali and the PBF course manual.
- Update the national PBF manual and management tools in accordance with the international PBF best practices and instruments.
- Grant exemptions to the health facilities in the PBF districts such as for : a. the free purchases of essential drugs and medical equipment from various approved distributors; b. autonomous personnel management and, c. free pricing of user fees
- Integrate the improved SMART PBF output indicators and equity indicators in the new version of the PBF manual into the DHIS2 for data collection, analysis and interpretation.
- Reduce the number of members at the district validation committee level to only technical staff (around 5-6 persons instead of 14+).

2.3 Mali

To address multiple health problems, Mali has embarked on the PBF reforms, which has undergone two pilot phases in the Koulikoro region.

The Mali PBF program has achieved very positive results during the last years, which is even more remarkable due to the political and security problems. One of the participants worked for the last 14 months in a district that applied for the first time all the PBF best practices and instruments, which he describes in the following paragraph.

We believe that more advocacy of this kind should be done so that available internal and external funds for health will be spent in the same manner and so that the PBF reforms can be scaled up nationally in Mali.

However, despite the good application of most PBF best practices and instrument there are still some issues to be resolved, described below in paragraph 2.3.2.

2.3.1 Testimony of the Chief Medical Officer of the Niono District

In 2022-2023, we experienced the implementation of PBF in our health district, which is considered a "red zone". In 15 months of implementation, considerable successes have been recorded, including:

- All 26 Community Health Centres obtained an PBF contract with the Contract and Verification Agencies and were able to work despite the insecurity.
- The Contract and Verification Agencies recruited 8 private health facilities, including rural maternity hospitals, in the red zones, which were not accessible by the community health centres.
- The Technical Director of the Centre (DTC) s have become full signatories of the check books. Before PBF, the voluntary members of ASACO were the only signatories, which were the source of conflicts.
- Other partner interventions that apply a parallel gender input approach are no longer very popular among Community Health Centres managers and ASACOs.
- Work strategies have changed in dangerous areas. For example, the quality assessments of FOSA by district management teams were carried out on motorbikes without difficulty instead of by vehicles. This latter mode of transport posed safety problems for the teams.
- The Community Health Centres (CS Com) have experienced fewer disruptions since the FBR because they could obtain supplies from approved wholesalers. Through competition between drug distributors, the distribution depot was forced to reduce their drug prices and ensure good availability of drug stocks.
- Five Community Health Centres have recruited two qualified staff for their maternity ward, or before FBR there were no qualified staff. The other Community Health Centres have strengthened their staff with 1 qualified staff. Others have recruited accountants or cashiers
- A clear improvement in the collection and filling of primary supports at all levels and a clear improvement in the completeness and promptness of data in DHIS2,
- An increase in key indicators (rate of deliveries performed by qualified personnel before PBF 2022, 38% and with FBR in 2023, 49%.
- Abandonment rate between the first Penta 1 dose and the last VAR dose (fully vaccinated children) decreased by 9%, before PBF and 4% during PBF.

2.3.2 Problems of the health system in Mali

The central directorates of the Ministry of Health do not have a performance contract with the national PBF Unit (CTN) to ensure good regulation.

The contracts are signed on the one hand between the Contract Development and Verification (CDV) Agencies, presidents of ASACOs and the Technical Directors of the community health centres, and on the other hand between the CDV agencies and the owners of private structures instead of being signed between the Contract and Verification Agencies and the Technical Directors.

Private structures do not have the same chance as public structures to benefit from a main contract for the implementation of the FBR approach because of certain indicators.

The absence of direct financial contribution from the Malian government to the PBF basket, which does not allow the program to be sustainable.

2.3.3 Recommendations

- Organize an exchange meeting with the Minister's Office (Secretary General of the ministry of Health) to facilitate the establishment of performance contracts between the National Technical PBF Unit (CTN) and the central directorates (DGS, ANAES).
- Ensure a financial contribution from the State of at least 20% to the PBF budget to ensure its sustainability and sustainability.
- Advocate to the Minister of Health and Finance for the transformation of government delegated budget lines (crédits déléguées) for hospitals, other health facilities and communities towards a PBF government budget line. This will allow the change of input financing towards performance-based financing
- Promote the “bilateral” signature between the in-charge of the health facilities with the CDV agencies. This to promote the autonomous and more efficient management.
- Extend the coverage of the PBF reforms at the national level.
- Advocate to the health commission of the National Transitional Council (CNT) for the mobilization of resources in favour of the FBR.
- Carry out action research at the operational level on FBR themes
- Organize a technical working group on PBF good practices with stakeholders (professional orders, FENASCOM, Association of liberals).

2.4 Chad

PBF pilot experiments began in Chad between 2011 and 2013, from 2017 to 2019 and from 2022 to December 2025. After one year of implementation, the latest project was extended to four other provinces, bringing the PBF to twelve provinces in 12 out of 23 covering 55% of the country's population. The evaluation showed encouraging results, particularly in strengthening the pillars of the health system, motivating health workers, reducing cases of drug shortages and improving the work environment.

The *Contract Development and Verification (CDV)* Agency of Logone Oriental and Mandoul in southern Chad covers a population of 2.5 million inhabitants in 2024. The CDV Agency contracts all health facilities in the 20 districts.

The Contract Development and Verification Agencies of Wadi Fira and Ennedi Est covers a population of 851,000 inhabitants. The two provinces have 11 health districts and 158 health facilities including 7 hospitals, including 2 provincial hospitals. The provinces are

insecure areas because they share the borders of Sudan and Libya, countries at war or in a situation of great political instability.

The two CDV Agencies have achieved remarkable results, but all this has been endangered by some changes in the management at national level, leading to the non-payment of the PBF subsidies and even unclarity about the future of the program. This is particularly damaging considering the political sensitivities in remote areas of the country.

2.4.1 Problems of the Contract Development and Verification Agencies

- Recurring delays in the payment of subsidies.
- Complete renewal of the national PBF Technical Unit team (CTN) without transfer of skills leading to a malfunction of the entire system.
- Delay in obtaining the authorization for expenditure (ANO) from the World Bank Project Implementation Unit for national PBF Unit activities, thus leading to non-compliance with the PBF payment cycle
- Provincial Pharmaceutical Agencies (PPA) are authorized to obtain supplies from a few private wholesalers. However, the health facilities can only obtain supplies from the provincial pharmaceutical agencies. Thus, the PPA is a monopolist for the health facilities leading to stock-outs and sometimes higher prices.
- Health facility managers are often transferred by the Ministry of Health so that they lack the “ownership” and commitment towards the PBF reforms.
- Health Centre Community Committees are not very functional, but they participate in the financial management of the health facilities because they are the co-signatories of the accounts. The result is that health facility money is often blocked in the account instead of being used according to the planning of the PBF business plan and the application of the PBF indices management tool.
- A lack of rigor in the scores of composite indicators during the quality reviews by the district authorities so that the scores are systematically too high.

The score calculated from the 23 indicators of the PBF feasibility analysis is 64%, which is well below the feasibility threshold for a performance-based financing program.

2.4.2 Recommendations

- Promote the free market in the supply of essential drugs so that health facilities have access to accredited pharmaceutical wholesalers.
- Encode private health facilities that do not have a code in the Health Management Information System
- Enforce the memorandum of understanding in the financing of the World Bank financed PBF program in Chad
- Enforce the PBF manual – Chad
- Mobilize resources for scaling up PBF towards national level
- Diversify partners in the financing of the World Bank financed PBF program
- Recruit other accountants to ensure the financial flow in the payment of subsidies by the Project Management Unit

- Limit the movement of local staff trained in PBF
- The World Bank to accelerate the process of obtaining the authorization for expenditure.
- Comply with the PBF Manual.

2.5 Burundi - Education

The overall situation of the schools of the Education Ministry in Burundi reflects the demographic context of the country with a very high birth rate which also influences the school-age population. This has repercussions on required budget, infrastructure, teachers, teaching and pedagogical materials, etc.

The development and implementation of the FBP education project in Burundi started in Bubanza, from 2014 to 2016. From 2020-2021 to today, the project is implemented in Muramvya province in the centre of the country with the financial support of the NGO Cordaid. Expertise France is starting an FBP project in Bujumbura City Hall from the 2024-2025 school year.

2.5.1 Analysis of problems/challenges

- Low funding of the education sector, especially in PBF
- Burundi's basic school faces a low retention rate (10% in cycles 1 to 3 in 2023)

2.5.2 Main recommendations

- Increase the budget allocated for education at primary level by diversifying funding sources (development partners, investment, contribution by the well-organized community, etc.).
- Transform existing input budget lines from the Ministry of Education into government PBF budget lines.
- Set up regulatory bodies for scaling up PBF.
- Review the existing indicators so that they become SMART.
- Carry out a new costing taking into consideration that the budget per primary school child increases by a factor 3-4.
- Revise the PBF Manual with the involvement of all stakeholders and respecting the PBF approach.
- Update the mapping of schools to be put under PBF.
- Limit the movements of local staff trained in PBF.
- Promote the quality of teaching through quality review and based on a harmonized national quality composite indicator list.

2.6 Benin

Benin experimented with PBF between 2012 and 2018 and set up a PBF program covering the whole country financed by the World Bank, Global Fund and Belgium Cooperation. The difficulties related to the integration and appropriation of the different approach at the level of the Ministry of Health, the lack of harmonization between partners and the non-existence of a competitive environment for access to inputs led to the decision for the government to end it.

As part of the implementation of health insurance, to strengthen the accessibility and quality of care, the Insurance for the Strengthening of Human Capital (ARCH) project was initiated. Despite that it started since 2018, the scaling up has been difficult and geographical areas and vulnerable groups still face problems of accessibility and quality of care.

The current reforms undertaken in the health sector in Benin to achieve UHC do not capitalize on the experience of the PBF program between 2012 and 2018 and the lessons learned from it.

Furthermore, in defining the profile of professionals in the health system in Benin, the Performance-Based Financing approach is not formally considered, and there is currently little advocacy to the authorities and decision-makers of the Ministry of Health and Higher Education.

The Pahou health centre was integrated into the PBF between 2012 and 2018, and the following achievements were mentioned by the staff:

- More financial autonomy for the health centre managers, who could make spending decisions to buy drugs, and equipment and to carry out rehabilitations.
- Increase in the money directly available (from PBF subsidies and user fees) at health facility level to recruit staff and investments.

2.6.1 Specific observations in the Pahou CS after the closure of the PBF program

During the visit to the centre on December 5, 2024, the following observations were made:

- A dilapidated infrastructure. A fire hit the Centre in 2021. Three years after this fire, the staff did not obtain any funds to carry out the rehabilitation. However, with the PBF approach, the centre could have been rehabilitated with its own user fee revenues, with PBF subsidies, with the PBF Quality Improvement Bonus (QIB or BAQ in French) – or additional government direct cash funding.
- Lack of external revenues such as PBF subsidies or other subsidies from the state or partners.
- Lack of management autonomy of the centre manager to take initiatives and resolve problems such as recruiting qualified contract staff, rehabilitating the centre and purchasing equipment

- Lack of financial management autonomy by the health facility management. The authorizing officer of expenditure is not carried out by the health facility manager but by the Direct Medical Officer of Ouidah District, who also plays the role of regulator. Besides being ineffective, this also creates a conflict of interest between the provider and the regulator.
- The Pahou district health centre, like all centres in the country, depends on the central "input" distribution systems for inputs without any choice.
- Health facility managers are not authorized to spend cash.

In view of these findings, the staff in the discussions expressed their wish for the reintroduction of best PBF practices in health facilities. Hence the following recommendations.

2.6.2 Recommendations

Relaunch the PBF program in Benin, considering the following:

- Drawing inspiration from the PBF best practices to introduce more autonomous management of this health centre on an experimental basis. This would make it possible to deal with the above observed problems.
- Learn from the mistakes made during the first PBF phase between 2012 and 2018 in Benin and draw all possible lessons.
- Consider the innovations and improvements that have taken place in other countries during the last 10 years such as in Rwanda, Burundi, Mali, the DRC and Mauritania.

Thus, in the preparatory phase, we propose the following:

- Conduct two studies on the quality of care by master's students at the ISRP comparing the period of implementation of the PBF approach and the current one in the Pahou health centre.
- Advocate to relaunch of PBF in Benin based on the PBF best practices known in other African countries with a more prominent coordinating role of the Ministry of Health and with a national approach based on the PBF best practices such as more autonomy of health facilities free access to distributors operating in competition for inputs such as essential drugs and the involvement of the private sector especially in (semi) urban areas.
- Develop a PBF project based on the results of the studies carried out => where, who, what, when, budget (financing to be sought where)?
- Advocate with the Ministries of Education for the introduction of PBF teaching in the training curricula of students in schools and universities, particularly in medical schools and at the Regional Institute of Public Health (IRSP);
- Introduce into the training curriculum of the IRSP and medical schools, the basic notions on performance-based financing.
- Train Master students in public health in PBF since most of them are managers and authorities, service providers in Benin and other countries in the sub-region.

3. INTRODUCTION du 94ème COURS FBP de Cotonou

3.1 Histoire des cours FBP

Le premier cours FBP a eu lieu en République Démocratique du Congo en 2007. Ce premier cours et quelques autres cours FBP francophones ont été rendus possibles grâce au financement régulier de Cordaid du Pays Bas et la collaboration de plusieurs organisations comme l'AAP Sud Kivu et HDP Rwanda. Depuis 2012, BEST-SD du Bénin, BASP96 du Burkina / Bénin a organisé entre eux au moins 20 cours FBP. Les cours Anglophones sont devenus possibles avec l'appui de la Banque Mondiale et notamment de Gyuri Fritsche et Godelieve van Heteren. Le premier manuel du cours FBP a été édité en 2009 et mis à jour régulièrement avant chaque nouveau cours. À ce jour, plus de 3000 participants de plusieurs nationalités ont pris part aux cours et une grande partie sont devenus des défenseurs du FBP dans leurs pays respectifs.

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

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

3.2 Objectifs du cours

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

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

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

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

1. Atteindre une masse critique des personnes qui adhèrent au FBP, ceci pour assurer le plaidoyer à différents niveaux pour que le financement basé sur la performance remplace les systèmes traditionnels de santé et d'éducation basée sur les inputs.

2. Maîtriser les théories, les meilleures pratiques et les outils du FBP à la fin du cours en vue d'assurer la mise en œuvre du financement basé sur la performance dans la pratique.

3.3 Méthodologie du cours

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

3.4 Les participants et des facilitateurs

Le 94^{ème} cours FBP a connu la participation de 14 personnes dont deux (2) de sexe féminin.

Le tableau ci-dessous présente la liste des participants.

Noms	Prénoms	Sexe	Pays	Région	District	Organisation	Qualification
KPATCHAVI	Codjo Adolphe	m	Bénin	Cotonou / Ouidah	-	Univrsité Abomey Calavi	Sociologue– anthropol
NIMPAGARITSE	Goreth	f	Burundi	Bujunbura	Muha	CORDAID	Experte genre éducation
CHERIF	Mahamoud Sama	m	Guinée Con	Faranah	Faranah	Insp Rég Santé Faranah	Méd Santé Publ / Pédiatre
DIALLO	Amadou	m	Guinée Con	Conakry	Kaloum	CTN-FBR	Informaticien
KOUROUMA	Thierno Ibrahima	m	Guinée Con	Kankan	Kankan	Insp Rég Santé Kankan	Méd santé publ
MAGASSOUBA	Mamadou Maladho	m	Guinée Con	Kindia	Kindia	Insp Rég Santé Kindia	Médecin
SYLLA	Mangué	m	Guinée Con	Labé	Labé	Insp Rég Santé Labé	Médecin
TOURE	Mariama	f	Guinée Con	Faranah	Kissidougou	Hôpital Préfectoral	Médecin
CAMARA	Fantamady	m	Mali	Kayes	Kayes	Dir Rég Santé Kayes	Méd Santé Publ
SIDIBE	Kodjoukou Karim	m	Mali	Sikasso	Bougouni	CSCOM	Méd Econom Santé
TOURE	Youssouf Amadou	m	Mali	Ségou	Niono	District Sanit	Médecin Santé Publ
TRAORE	Seydou	m	Mali	Bamako	Bamako	Ambassade Pays-Bas	Médecin
BEOUDAL	Serge Mbaitoloum	m	Tchad	Wadi Fira - Ennedi-Est	-	ACV	Pharmacien MSP
DILLAH DODJINGA	Gustave	m	Tchad	Lozone Oriental & Mandoul	-	ACV	Médecin

Du groupe de 4 participants du Mali composé ainsi qu'il suit : 1 de l'Ambassade de Royaume des Pays Bas, 1 Médecin Chef de District, 1 Directeur Technique du CSCOM et 1 Médecin de Santé Publique.

Des six participants de Guinée composé ainsi qu'il suit : 1 Coordinateur at intérim de la CTN, 2 Inspecteurs de Santé de Région, et 3 médecins qui travaillent dans l'Inspection de Santé de Région.

Les deux participants du Tchad sont des coordinateurs des ACV de Région.

Le représentant de Burundi est un Expert Genre de Cordaid, qui travaille dans le secteur d'éducation.

Le représentant de Benin est un professeur anthropologue, sociologue dans l'Université d'Abomey – Calavi.

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

Le cours était animé par Dr Robert SOETERS, Directeur de SINA Health, Dr Joseph CATRAYE, Directeur du Bureau d'Appui en Santé Publique'96 (BASP'96) et, M. Célestin KIMANUKA, Directeur de l'Institut Supérieur de Statistique de Goma en RDC.

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

3.5 Pré et post test du cours

Quatorze participants ont fait lors de leur arrivée un prétest, qui avait un score moyen de 49%. Le post-test avait un score moyen de 78%. Cependant, les facilitateurs ont aussi donné des points de bonus de zéro, un ou deux points pour les efforts observés de chaque participant. Cela a augmenté le score moyen vers 82% et signifie une progression moyenne de 33% par rapport au score moyen du pré-test.

Sept participants ont obtenu un certificat de distinction avec un score de 90% ou plus au test final du cours. Il y a eu une « centiste » avec un score de 100%.

1. *BEODAL Serge Mbaitoloum de Tchad, Manager de l'ACV de l'Ennedi Est et Wadi Fira*
2. *DIALLO Amadou de Guinée CTN-FBR*
3. *CAMARA Fantamady de Mali, Direction Régionale Santé de Kayes*
4. *SIDIBE Kodjougou Karim de Mali, Directeur Technique du CSCOM de Sanso*
5. *CHERIF Mahamoud Sama de Guinée, Inspecteur Régional de Santé de Faranah*
6. *TOURE Youssouf Amadou de Mali, Médecin Chef de District Sanitaire de Niono*
7. *DILLAH DODJINGA Gustave de Tchad, Manager de l'ACV des Régions de l'Ozone Oriental et Mangoul*

2 avaient un score d'entre 80% et 89% et ont reçu une mention « mérite plus ». Les autres 5 (36%) ont reçu un certificat de mérite ordinaire. Aucun participant a reçu un certificat de participation.

94ème cours FBP de Cotonou	N = 14	%
Distinction (90% et plus)	7	50%
Mérite plus (80%-89%)	2	14%
Mérite ordinaire (53%-79%)	5	36%
Participation (<53%)	0	0%
Total	14	100%

Ce cours était évalué par les participants avec des scores journaliers et finaux. Les évaluations journalières de la formation ont connu un score moyen de 93%. Cela est de 12,2 points supérieurs à la moyenne des 58 cours précédents francophones et de 9 points supérieur à la moyenne des 27 cours anglophones précédents.

4. **DEROULEMENT du 94^{ème} COURS FBP de COTONOU**

Ce chapitre présente le déroulement du 94^{ème} cours international sur le FBP qui s'est tenu à Atlantic Beach Hôtel de Cotonou du 2 au 14 décembre 2024.

Le **lundi 2 décembre 2024**, le cours a débuté par un mot de bienvenue prononcé par Dr Joseph Catraye, suivi de la présentation des facilitateurs et des participants. Après l'établissement des règles pour assurer le bon déroulement de la formation, l'élection des autorités du "village" a eu lieu.

L'équipe dirigeante du 94^e "village" du cours FBP a ainsi été constituée à la suite de l'élection, avec la formation du Gouvernement, dont la composition est la suivante :

- **Chef du village** : Professeur KPATCHAVI ADOLPHE
- **Chef de village Adjointe** : Mme NIMPAGARITSE GORETH
- **Ministre des Finances** : Dr. KOUROUMA IBRAHIMA
- **Berger** : Dr. Mme TOURE MARIAMA
- **Président de l'Énergie** : Dr. CAMARA FANTAMADY

Cette étape a été suivie par la formation d'un comité chargé de collecter les principales recommandations, qu'elles soient spécifiques ou générales, par pays ou par thème. Il s'agit de Dr CHERIF MAHAMOUD SAMA et Dr CAMARA FANTAMADY

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

La plénière a débuté par la présentation du module 1 sur l'organisation du cours FBP. Ce module a couvert plusieurs aspects clés, dont le contenu et la méthodologie du cours, ainsi que les objectifs, l'historique et les autres noms du FBP. Une comparaison a été faite entre les Soins de Santé Primaires, l'Initiative de Bamako et le FBP. De plus, cinq groupes ont été formés pour l'élaboration des plans d'action, représentant les pays suivants : Guinée, Tchad, Mali, Burundi et Bénin. Le module 2 qui traite de la définition du FBP et des preuves a ensuite été présenté.

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

La journée s'est clôturée par une évaluation des activités de la journée, l'élection du meilleur participant, ainsi que la rencontre des groupes par pays (en dehors de la plénière).

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

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

La deuxième journée, mardi 3 décembre 2024, a débuté par un récapitulatif de la première journée. Le reste de la journée a été consacré à la présentation des travaux de groupe sur le plan d'action, à une comparaison entre le FBP, les Soins de Santé Primaires (SSP) et l'Initiative de Bamako, ainsi qu'à la présentation du module 3A, abordant notamment l'exemple d'une FOSA sous FBP, les meilleures pratiques FBP, le montage institutionnel et les enjeux liés au changement.

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

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

La journée s'est conclue par une évaluation, l'élection du meilleur participant et les rencontres avec les groupes du Beni et de la Guinée autour de leurs travaux de groupe sur les plans d'action.

La troisième journée, mercredi 4 décembre 2024, a débuté par un récapitulatif de la deuxième journée, suivi de la présentation de la suite du module 4A sur les théories du FBP, ainsi que du module 5A portant sur la microéconomie.

Les discussions ont permis aux participants d'approfondir leur compréhension des différents types de distribution des biens en économie, des facteurs influençant la demande et l'offre, des conséquences des interventions gouvernementales sur les prix (prix plafond et prix plancher), ainsi que de l'élasticité de la demande.

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

La quatrième journée, jeudi 5 décembre 2024, a commencé par un récapitulatif de la troisième journée, suivi de la présentation du module 5B portant sur l'économie de la santé.

Les discussions ont abordé des sujets clés tels que l'efficacité allocative, technique et administrative, l'importance d'aligner la pyramide sanitaire avec la pyramide financière, la correction des défaillances du marché de la santé, les dépenses de santé et le rôle de l'État dans le secteur de la santé.

L'après-midi, à partir de 13 h, a été consacré à une visite de terrain dans deux formations sanitaires du district sanitaire de Ouidah :

- Groupe 1 : Hôpital de zone de Ouidah
- Groupe 2 : Centre de Santé de Pahou

Objectif de la visite de terrain :

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

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

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

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

La cinquième journée, le 6 décembre 2024, a commencé par un récapitulatif de la quatrième journée, suivi du module 6A concernant la politique nationale de régulation. Les discussions ont principalement abordé le rôle de l'État dans les secteurs de la santé et de l'éducation.

La sixième journée, le 7 décembre 2024, a débuté par un récapitulatif de la cinquième journée, suivi des présentations des modules 6B : Évaluation de la qualité, et du module 9 : Scan de faisabilité – critères de pureté, hypothèses critiques et plaidoyer. Les participants ont également reçu des explications sur l'exercice de groupe pour l'évaluation du scan de faisabilité du FBP de chaque groupe et sur la préparation du jeu de rôle. Les résultats de ces activités seront présentés lundi.

Le **dimanche 8 décembre 2024** était une journée de repos pour l'ensemble des participants. Une sortie récréative a été faite à la place de l'Amazone et sur la Ville de OUIDAH. Les participants ont pris la route des pêches pour se rendre à Ouidah où ils ont visité : le temple des pythons, les fosses communes, le domaine des esclaves et la porte du non-retour.

La septième journée de formation, tenue le lundi 9 décembre 2024, a débuté par une évaluation récapitulative de la sixième journée. Par la suite, le module 10 : Résolution des conflits et négociation a été présenté.

Les activités ont continué avec la restitution des travaux de groupe portant sur l'analyse du score de faisabilité du FBP, l'identification des éventuelles hypothèses fatales, ainsi que des jeux de rôle. Ces derniers, limités à cinq minutes chacun, ont permis de tester des techniques de négociation telles que l'écoute active, la construction de solutions de

compromis, l'utilisation stratégique de slogans, des meilleures pratiques et des concepts du FBP pour argumenter, la remise de documents aux décideurs (Ministre, etc.), ainsi que la définition des prochaines étapes. Tous les groupes ont participé aux jeux de rôle et ont reçu des commentaires constructifs.

Dans l'après-midi, les travaux se sont poursuivis avec la présentation du **module 12 : Indicateur Output**. Les participants, répartis en groupes, ont réalisé un exercice pratique visant à :

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

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

La **huitième journée de formation, tenue le mardi 10 décembre 2024**, a débuté par un récapitulatif de la journée précédente, suivi de la restitution des travaux de groupe sur les indicateurs output. Cet exercice a permis aux participants de mieux distinguer les différents types d'indicateurs, notamment : les indicateurs output, payés mensuellement, les indicateurs de qualité, les indicateurs de processus et les indicateurs d'impact.

La notion de caractère **SMART** (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporel) des indicateurs a également été approfondie.

Le reste de la journée a été consacré à la présentation de deux modules : Module 7 : Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV) et Module 14 : Business Plan. Les rôles et responsabilités de l'ACV ont fait l'objet d'une discussion approfondie. Enfin, les participants ont appliqué les concepts liés au plan de business pour élaborer ou améliorer leurs plans d'action.

La **neuvième journée, mercredi 11 décembre 2024**, a débuté comme d'habitude par une évaluation et un récapitulatif de la journée précédente. Par la suite, un retour détaillé a été fourni sur les plans d'action des différents groupes. Trois modules essentiels ont ensuite été abordés :

- Module 15 : Le rôle du FBP en situation d'urgence
- Module 11 : Études de base avant le démarrage d'un programme FBP
- Module 14 : L'outil Indice

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

Les travaux de **la dixième journée, jeudi 12 décembre 2024** ont commencé par l'évaluation et le récapitulatif des activités de la veille, suivis de la présentation des résultats de l'exercice sur l'outil Indice. Le reste de la journée a été consacré au travail en groupe sur les plans d'action. Comme à l'accoutumée, la journée s'est terminée par une évaluation collective et l'élection du meilleur participant.

Les travaux de **la onzième journée, vendredi 13 décembre 2024** ont débuté par l'évaluation journalière des travaux de la veille, suivie d'une séance de récapitulatif final couvrant l'ensemble du cours. La matinée a ensuite été dédiée à la finalisation des plans d'action, ainsi qu'à la préparation et à la présentation des posters par les différents groupes. Par la technique du « Carrousel », chaque groupe a présenté son poster devant l'ensemble des participants, avant une évaluation globale du cours.

Samedi 14 décembre 2024 : l'examen final basé sur le test des connaissances des participants au 94^{ème} cours international sur le FBP a commencé à 9h00 et l'ensemble des participants a terminé le test autour de 11 heures.

Cet examen a permis d'obtenir 7 distinctions dont une personne qui a eu tous les points (« centiste » :100% des points). Pour les distinctions il y a eu y:

1. *BEODAL Serge Mbaitoloum de Tchad, Manager de l'ACV de l'Ennedi Est et Wadi Fira*
2. *DIALLO Amadou de Guinée CTN-FBR*
3. *CAMARA Fantamady de Mali, Direction Régional Santé de Kayes*
4. *SIDIBE Kodjougou Karim de Mali, Directeur Technique du CSCOM de Sanso*
5. *CHERIF Mahamoud Sama de Guinée, Inspecteur Régional de Santé de Faranah*
6. *TOURE Youssouf Amadou de Mali, Médecin Chef de District Sanitaire de Niono*
7. *DILLAH DODJINGA Gustave de Tchad, Manager de l'ACV des Régions de l'Ozone Oriental et Mangoul*

La cérémonie de clôture du cours a commencé à 16H et a connu successivement les moments forts suivants :

- La correction du test et proclamation des résultats du test.
- Lecture des recommandations du cours par les participants
- Résumé de la formation par les facilitateurs
- Mot du représentant des participants
- Remise des certificats
- Suite et fin de la démonstration artistique du groupe de jeunes acrobates béninois : tours de magie

La cérémonie de clôture s'est terminée autour d'un cocktail offert aux participants, comprenant une sélection de gâteaux et, bien sûr, l'incontournable « bouteille du chef ». La soirée s'est poursuivie dans une ambiance festive au restaurant- bar « Le Lieu Unique », où les participants ont profité des rythmes animés pour conclure cette expérience mémorable.

5. EVALUATIONS JOURNALIERES PAR LES PARTICIPANTS

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

Les évaluations journalières de la formation ont connu un score moyen de 93%. Cela est de 12,4 points supérieurs à la moyenne des 58 cours précédents francophones et de 9 points supérieur à la moyenne des 27 cours anglophones précédents. Les critères « facilitation », « participation », « organisation » et « respect du temps, étaient supérieurs aux 58 cours précédents francophones avec respectivement 11,6%, 7,1%, 9,9% et 20,8%.

Évaluations journalières pendant 10 jours par les participants	Cours Anglophones (27x)	Cours Francophones (57x)	Cotonou Décembre 2024	Comparaison Cotonou Décembre 2024 - 58 cours Francophones précédents
Méthodologie et facilitation	87,6%	85,6%	97,2%	11,6%
Participation	87,2%	84,3%	91,4%	7,1%
Organisation	86,4%	73,6%	83,5%	9,9%
Respect du temps	73,2%	77,1%	97,9%	20,8%
Score total	84%	80%	93%	12,4%

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

L’aspect de la **facilitation & méthodologie** a été évalué en moyenne à 97,2% comme étant « très satisfait ». Cela donne un score supérieur de 11,6% points par rapport aux 58 cours francophones précédents qui ont eu accusé un score moyen de 85,6%. La tendance d’évaluation de la satisfaction pour la facilitation est restée stable durant le cours.

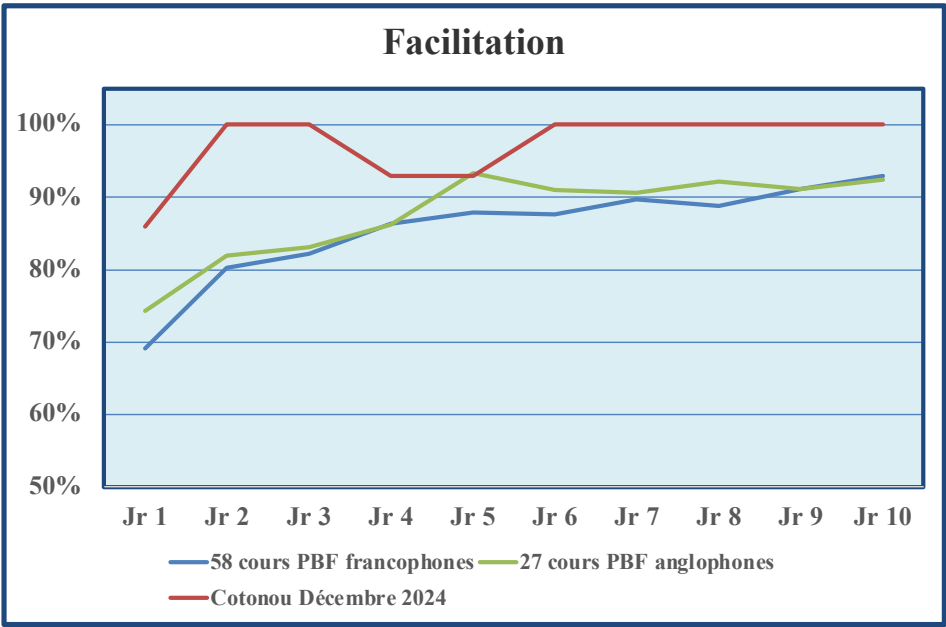


Figure 1 : Évolution de l’évaluation journalière des participants : *facilitation & méthodologie*.

La participation a été évaluée en moyenne à 91,4% pour tous les jours ; ce qui est 7,1% *supérieur* par rapport à la moyenne des 58 cours francophones précédents qui ont connu un score moyen de 84,3%. Le score de la satisfaction avec la participation est resté stable entre 86% et 100% durant le cours avec l’exception de la première journée avec 64%.

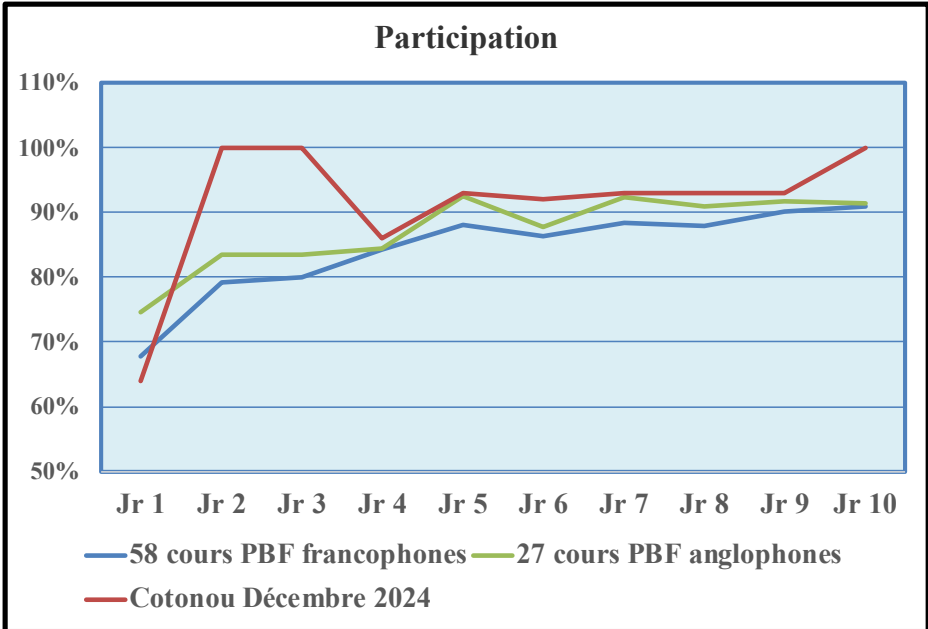


Figure 2 : Évolution de l’évaluation journalière des participants : *participation*.

L’organisation du cours était évaluée en moyenne à 83,5% « très satisfait » ce qui est de 9,9 points supérieurs aux 58 cours francophones précédents avec une moyenne de 73,6%. La satisfaction avec l’organisation est améliorée de 43% la première journée vers 100% pendant les jours 8-10.

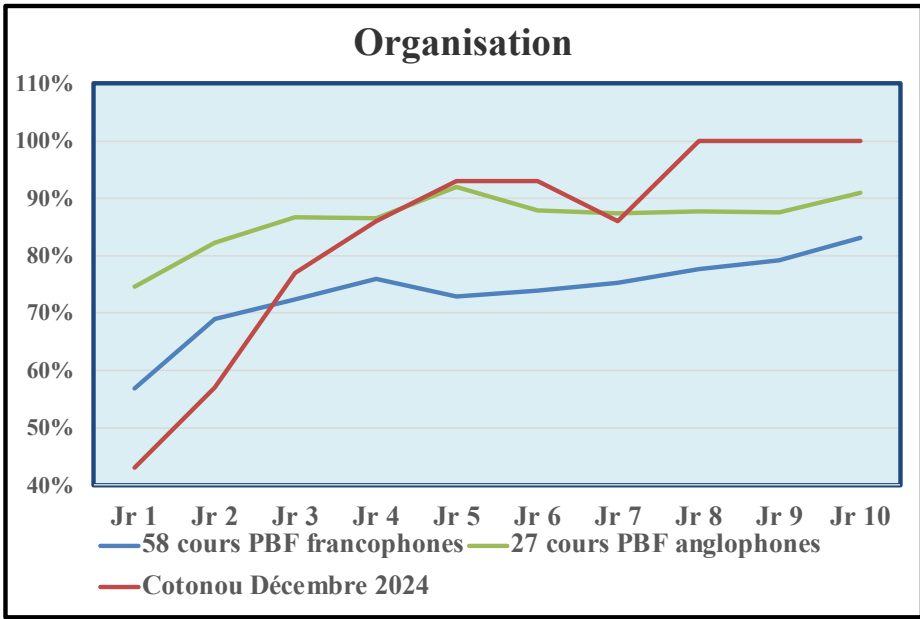


Figure 3 : Évolution de l’évaluation journalière des participants : *organisation*.

Le respect du temps a été évalué en moyenne à 97,9% « très satisfait » ce qui est un score supérieur de 20,8% points par rapport à la moyenne des autres cours francophones, qui avaient un score moyen de 77,1%. Le score du respect du temps était presque parfait pendant toute la durée du cours.

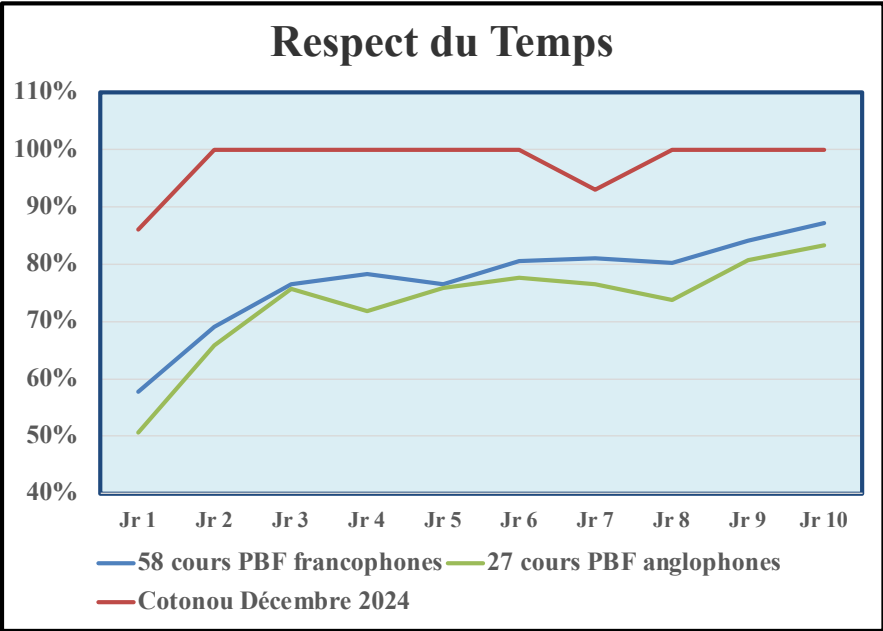


Figure 4 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *Respect du temps*.

6. EVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS

Le vendredi 13 décembre 2024, les participants au cours ont réalisé l'évaluation finale du cours à l'aide d'un questionnaire qui a permis d'obtenir les impressions et suggestions d'amélioration.

6.1 Préparation et impression générale sur le cours

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

- La question « *J'ai été suffisamment informé des objectifs du séminaire* » a été évaluée à 100%. Cela est supérieur de 11 points par rapport à la moyenne des autres cours FBP francophones et 24 points supérieurs par rapport aux cours anglophones.
- La question « *Le programme a répondu à mes attentes* » a été évaluée à 100% (15 points supérieurs par rapport à la moyenne des autres cours FBP francophones et anglophones).
- La question « *Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles* » a été évaluée à 100% (c'est-à-dire 11 point supérieur à la moyenne des autres cours FBP francophones et anglophones précédents).

Préparation et impression générale du cours	Les 55 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Décembre 2024	Comparaison Cotonou Déc 24 / 55 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Déc. 24 / 27 cours FBP anglophones précédents
Q1: J'ai été suffisamment informé des objectifs du cours	89%	76%	100%	11%	24%
Q2. Le programme a répondu à mes attentes	85%	85%	100%	15%	15%
Q3. Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles	89%	89%	100%	11%	11%
Ensemble	87,5%	83,4%	100,0%	12,5%	16,6%

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

6.2 Aspects relatifs à la durée de la formation

21% des participants trouvent que la durée de la formation était trop courte, et 79% ont dit que la durée du cours était bonne. Aucun participant a dit que la durée du cours était trop longue.

	Les 55 cours FBP francophone s précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Décembre 2024	Comparaison Cotonou Déc 24 / 55 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Déc 24 / 27 cours FBP anglophones précédents
Trop court	36%	25%	21%	-15%	-4%
Bon	57%	64%	79%	22%	15%
Trop longue	7%	11%	0%	-7%	-11%

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

6.3 L'organisation de la formation

1. Sur l'ensemble de six (6) questions concernant l'organisation, le score était de 82% en moyenne ce qui est d'onze points supérieurs aux cours francophones précédents (71%) et de quatre (4) points supérieurs aux cours anglophones précédents (78%).
2. La *distribution du matériel pédagogique* a été évaluée à 93% ; ce qui est de 10 points supérieurs à la moyenne des cours francophones précédents avec un score moyen de 83%.
3. La *salle de formation* a obtenu un score de 70%. Ce score est de 1 point supérieur par rapport aux autres cours francophones.
4. Le milieu du centre de conférence de *Bénin Atlantic Beach Hôtel* où s'est déroulé le cours a été évalué à 77%. Ce score est de 12 points supérieurs aux cours précédents francophones et 6 points inférieurs au l'hôtel du cours FBP à Mombasa, Kenya.
5. Les participants ont évalué *l'accueil par les facilitateurs et l'Hôtel* à 100%. Cela était de douze points supérieurs par rapport aux autres cours francophones et 8 points supérieur par rapport aux cours anglophones.
6. La *restauration* a obtenu un score de 64% qui est 1 point supérieur aux autres cours FBP francophones qui ont eu une moyenne de 63%.
7. La qualité du *transport* a été évaluée à 93% ce qui est de 27 points supérieurs à la moyenne des autres cours francophones de 66%.

Comment évaluez-vous l'organisation de la formation?	Les 57 cours FBP francophones précédents	Les 28 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Décembre 2024	Comparaison Cotonou Déc 24 / 55 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Déc. 24 / 27 cours FBP anglophones précédents
Qualité et distribution matériel éducatif	83%	87%	93%	10%	6%
La salle de conférence	70%	71%	71%	1%	0%
Centre d'accueil	59%	77%	71%	12%	-6%
Comment avez-vous été reçu et convivialité des facilitateurs	88%	92%	100%	12%	8%
Aliments et boissons, y compris pauses café	63%	64%	64%	1%	0%
Transport	66%	78%	93%	27%	15%
Moyenne	71%	78%	82%	11%	4%

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

6.4 Méthodologie et contenu du cours

- La méthodologie et le contenu du cours étaient évalués sur 5 indicateurs avec un score moyen de 97,2%. Cela est de 15 points supérieurs aux cours francophones précédents.
- La question « *Le contenu des modules FBP m'a aidé à atteindre mes objectifs* » a été évaluée à 93% (10 points supérieurs à la moyenne des autres cours FBP francophones).
- La question « *Est ce que la méthodologie du cours était bonne* » a été évaluée à 100% ce qui est de quinze points supérieurs par rapport aux 56 cours francophones précédents.
- La question « *Est-ce que l'équilibre entre les cours et les exercices était bonne* » a été évaluée à 93% (24 points supérieurs à la moyenne des autres cours FBP francophones).
- La question « *Est ce que l'interaction et les échanges dans les groupes de travail était bonne* » a été évaluée à 100% (ce qui est 11 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 100% (ce qui est 14 points supérieur à la moyenne des autres cours FBP francophones).

Méthodologie et contenu du cours	Les 57 cours FBP francophones précédents	Les 28 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Décembre 2024	Comparaison Cotonou Déc 24 / 55 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Déc. 24 / 27 cours FBP anglophones précédents
Le contenu des modules FBP m'a aidé à atteindre mes objectifs	83%	91%	93%	10%	2%
La méthodologie du cours	85%	88%	100%	15%	12%
L'équilibre entre les cours et les exercices	69%	78%	93%	24%	15%
Interaction et les échanges dans les groupes de travail	89%	91%	100%	11%	9%
Les méthodes de travail adoptées au cours ont stimulé ma participation active	86%	90%	100%	14%	10%
Moyenne	82,3%	87,8%	97,2%	14,9%	9%

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

6.5 La conduite du cours et la facilitation

- Concernant la facilitation, 100% des participants ont donné le score très satisfait pour *l'esprit ouvert des facilitateurs* ; ce qui est 17% supérieur aux scores des autres cours francophones et 25% supérieur aux cours anglophones.
- 79% des participants ont pensé que le temps pour les *travaux des groupes* était suffisant ce qui est de dix-sept points supérieurs aux autres cours FBP francophones et de 1 point supérieur aux autres cours FBP anglophones.
- Une proportion de 100% des participants a dit qu'ils étaient très satisfaits du *temps imparti pour les discussions* ; ce qui est de 25 points supérieurs aux autres cours francophones.

Les aspects liés à l'exécution du programme et la facilitation	Les 57 cours FBP francophones précédents	Les 28 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Décembre 2024	Comparaison Cotonou Déc 24 / 55 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Déc. 24 / 27 cours FBP anglophones précédents
Les animateurs avaient l'esprit ouvert à des contributions et critiques	83%	75%	100%	17%	25%
Le temps alloué au travail de groupe était adéquat	62%	78%	79%	17%	1%
Le temps des discussions est adéquat	75%	84%	100%	25%	16%
Moyenne	73%	79%	93%	20%	14%

Tableau 7 : Exécution du programme et facilitation.

6.6 Appréciation par module

Concernant la satisfaction par module, le tableau suivant montre qu'il y avait un score moyen de 95,3% qui était de 13,7 points supérieurs par rapport aux cours francophones précédents (81,7%). Aucun module était évalué mal.

Appréciation des Modules	Les 57 cours FBP francophones précédents	Les 28 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Décembre 2024	Comparaison Cotonou Déc. 2024 / 58 cours FBP francophones précédents	Comparaison Cotonou Déc. 2024 / 28 cours FBP anglophones précédents
Pourquoi le PBF & Qu'est-ce que est le PBF? Mod 1 & 2	93%	93%	100%	7%	7%
Les notions de micro-économie et l'économie de la santé	63%	82%	79%	16%	-3%
Théories PBF, meilleures pratiques, bonne gouvernance et décentralisation	85%	93%	100%	15%	7%
Enquête de recherche de base - évaluation, le processus d'analyse	75%	77%	100%	25%	23%
Les indicateurs des outputs dans une intervention PBF	86%	88%	100%	14%	12%
Agence de Contractualisation & Vérification (ACV), la collecte des données	83%	89%	100%	17%	11%
Régulateur - assurance de la qualité	80%	92%	100%	20%	8%
Techniques de négociation et de résolution des conflits	87%	91%	93%	6%	2%
Boîte noire : Plan de Business	84%	89%	86%	2%	-3%
Boîte noire : Outil Indices : recettes - dépenses - les primes de performance	78%	80%	93%	15%	13%
Renforcer la Voix de la Population et le marketing social	80%	88%	100%	20%	12%
Faisabilité program PBF, les hypothèses fatales et le plaidoyer	85%	91%	93%	8%	2%
Élaboration d'un projet PBF - costing	64%	66%	PA	PA	PA
Moyenne pour 13 modules	81,7%	87,8%	95,3%	13,7%	7,5%

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

6.7 Commentaires et suggestions spécifiques des participants de Cotonou

Nouveaux sujets proposés par les participants

- Rien n'a été signalé

Suggestions pour améliorer le cours

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

Suggestions pour améliorer le livre

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

Autres suggestions, remarques et commentaires

- Améliorer les variétés des repas pour éviter la monotonie des menus (3x)
- La climatisation est faible après-midi et surtout la nuit. (2x)
- L'hôtel Atlantic Beach a des soucis dans l'organisation des chambres. Ceux qui s'en chargent doivent s'assurer qu'il n'y a pas de manquement (savons, papier hygiénique, etc.)
- Améliorer le confort des chambres de l'Hôtel (1x)
- La cohorte du 94ème cours international a été très bien formée. Nos plans d'action seront bien suivis (1x)
- Les chaises sont trop dures (1x)
- Je suis satisfait de l'organisation (la qualité du service est à la hauteur, le personnel est courtois et dynamique) (1x)
- L'environnement est favorable à la formation et à l'apprentissage (1x)
- Le cadre de formation est agréable (1x)
- Comment pouvons-nous avoir accès à la technologie du Turning point pour bien organiser nos formations ? (1x)

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

7. PLANS D' ACTIONS DES GROUPE

7.1 Guinée

1. *KOUROUMA Thierno Ibrahima Médecin Inspecteur Régional de la Santé de Kankan (IRS Kankan)*
2. *SYLLA Mangué Médecin Chef Section Prévention et de Lutte contre la Maladie à l'Inspection Régionale de la Santé de Labe (IRS Labe)*
3. *MAGASSOUBA Mamadou Maladho Médecin Chef Section Prévention et de Lutte contre la Maladie à l'Inspection Régionale de la Santé de Kindia (IRS Kindia)*
4. *CHERIF Mahamoud Sama Médecin Santé Publique / Pédiatre Inspecteur Régional de la Santé de Faranah (IRS Faranah)*
5. *TOURE Mariama Médecin à la maternité de l'hôpital préfectoral de Kissidougou*
6. *DIALLO Amadou Informaticien Coordonnateur FBR par Intérim Région Kaloum*

7.1.1 Contexte général

La République de Guinée est un pays côtier qui est situé dans la partie occidentale du continent africain, à mi-chemin entre l'équateur et le tropique du cancer. Sa superficie totale est de 245 857 km² avec une population estimée en 2023 à 13,6 millions d'habitants (Perspectives démographiques, INS, 2014). Elle est limitée :

- ✓ À l'ouest par l'océan Atlantique et la Guinée Bissau,
- ✓ Au nord par le Sénégal et le Mali,
- ✓ À l'est par la Côte d'ivoire,
- ✓ Au sud par le Liberia et la Sierra Leone.

Sur le plan administrative, la Guinée est composée de 4 régions administratives assez bien distinctes et intérieurement homogènes. Son climat est de type tropical alternant une saison pluvieuse et une saison sèche d'environ six mois chacune. Le pays se caractérise par des contrastes climatiques, des barrières montagneuses et l'orientation des reliefs qui se combinent pour donner à chaque région des particularités du point de vue du climat, des sols, de la végétation et du mode de vie des populations.

Dans le domaine économique, la Guinée se trouve dans une situation de fragilité élevée. Ce qui voudrait signifier que le pays, jusqu'en 2021, n'a toujours pas la capacité nécessaire pour : (i) gérer efficacement ses potentialités naturelles ; (ii) procéder à une allocation judicieuse des ressources productives et organiser l'activité économique ; (iii) promouvoir le secteur privé ; et (iv) créer des emplois.

7.1.2 Contexte santé

Selon l'EDS 2018, le taux de mortalité Infanto-Juvénile est de 111 pour mille et le taux de mortalité maternelle est de 550 pour 100 mille naissances vivantes. L'espérance de vie à la naissance s'est accrue, passant de 58,9 ans en 2014 à 61,4 ans en 2021. La mortalité néonatale est estimée à 32 pour 1000 (EDS 2018). Par ailleurs, 22% des enfants n'ont reçu aucun vaccin. Aussi, selon les estimations OMS/Unicef (WUENIC), la couverture vaccinale en DTC-HepB-Hib3 évolue en dent de scie depuis 1982 avec un pic de 64% en 2010, alors que celle-ci est restée stationnaire à 45% de 2015 à 2018. Ces couvertures vaccinales sont largement au-dessous de la cible de 90% de couverture

d'enfants complètement vaccinés et pourraient expliquer la survenue de flambées de certaines épidémies de maladies évitables par la vaccination.

Ces indicateurs ci-dessus montrent que la performance du système de santé de la Guinée présente des insuffisances. Pour corriger ces insuffisances le Ministère de la sante avec l'appui de ses PTF a entrepris des réformes structurelles visant à l'atteinte des objectifs de PNDS et des ODD en 2030. Parmi ces réformes, la mise en œuvre de la stratégie du Financement Basé sur les Résultats (FBR) pour atteindre la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

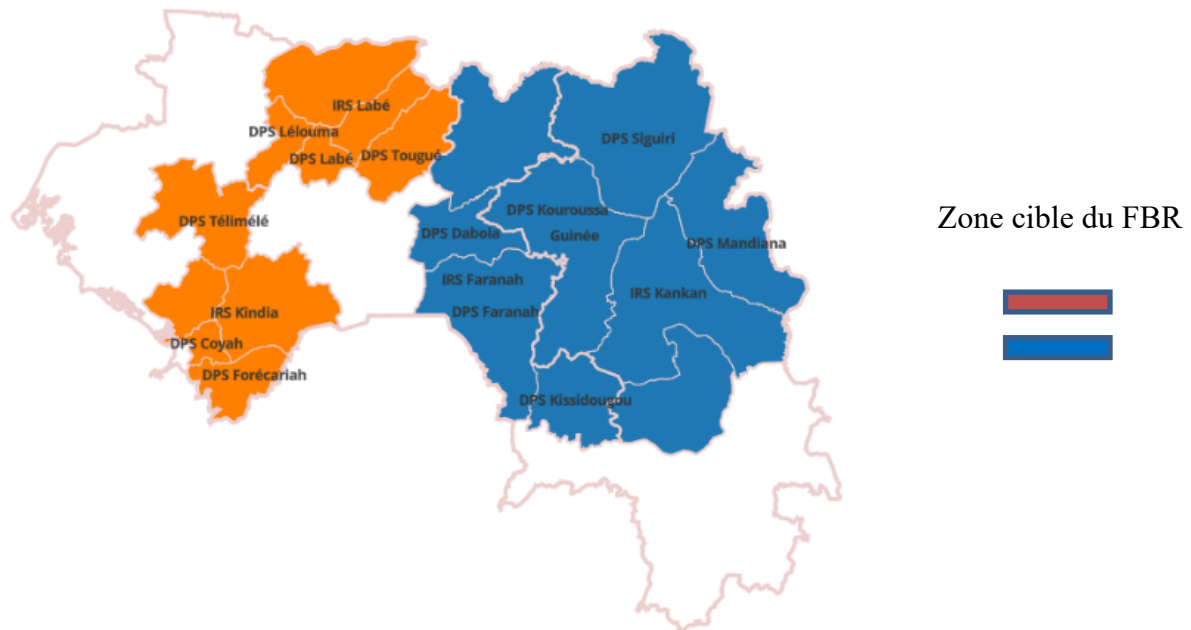


Figure 1 : Carte de la Guinée

7.1.3 Contexte FBP

La République de Guinée a sollicité et obtenu de la Banque Mondiale (BM), un accord de financement pour le Renforcement des Services et Capacités Sanitaires (PRSCS) dans les régions sanitaires de Kindia et Kankan de 2018 à 2023.

Les bénéficiaires immédiats du projet (de l'Accord) sont les femmes et les enfants qui dépendent des services de santé primaires pour leurs besoins, en particulier les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

L'objectif de développement du Projet est d'améliorer l'utilisation des services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile aux niveaux primaire et communautaire dans les régions cibles. La mise en œuvre de cette expérience pilote des *activités FBR* a commencé depuis le 1er janvier 2021 au niveau des régions de KANKAN et de KINDIA (IRS, DPS, hôpitaux et les centre de santé/Région). Ainsi, après plus de trois années de mise en œuvre, des progrès liés aux différentes activités, de vérifications quantitatives et qualitatives trimestrielles ont été réalisées à tous les niveaux par les entités habilitées conformément aux dispositions contenues dans le manuel national de procédures FBR du ministère de la Santé.

7.1.4 Atouts du système FBP

- Une coordination a été mise en place avec les outils de gestion.
- Une amélioration significative du score de qualité au niveau des centres de santé de 2021 (50,5%) à 2023 (74,4%). Il en est de même au niveau des hôpitaux avec une baisse en 2022. Cette amélioration serait due à l'utilisation des subsides pour améliorer de la qualité mais aussi à la motivation des agents.
- Au niveau des centres santé, ce sont 5581 indigents qui ont été pris en charge pendant la période soit 0,35% des prestations subsidiées.
- Au niveau des hôpitaux, ce sont 496 indigents qui ont été pris en charge pendant la période. Ce qui représente 0,25% des prestations subsidiées.
- Les résultats montrent une bonne évolution des indicateurs traceurs de la vérification communautaire. L'existence des patients enregistrés dans la formation sanitaire et retrouvés au sein des ménages est passée de 91% en 2021, à 95% en 2022 et 99% en 2023 soit une moyenne de 95%.
- Volonté politique avec inscription comme intervention prioritaire du PNDS 2025-2034
- Initiative de développement d'une approche unique du FBR sous le leadership du ministère de la Santé ;
- Résultats encourageants de la phase pilote à Mamou, Boké, Kankan et Kindia ;
- Intérêt manifeste des partenaires (BM et GAVI) ;
- Suivi et évaluation conjointe (MS et BM) du projet avec un atelier de capitalisation des acquis de la phase pilote à Kankan et Kindia ;
- La formation certifiant en FBR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- A l'extension de 4 à 19 districts sanitaires couvrant plus de 7 000 000 hbts ;
- Disponibilité des médicaments dans les régions pilotes de Kankan et Kindia
- Un Manuel de procédures FBR a été actualisé en prélude de l'intégration des 19 Districts sanitaires des Régions de Kankan, Kindia, Labé et Faranah) dans l'approche FBR.

7.1.5 Faiblesses du système FBP

- Le faible leadership de la CTN-FBR dans la mise en œuvre du FBR ; Le coordonnateur de la CTN n'est pas encore recruté, il manque l'autonomie de gestion d'un compte bancaire qui engendre bcp d'administration pour des fonds de fonctionnement, etc. Il n'y a pas encore un bureau approprié avec des équipements.
- La Cellule Technique Nationale du Financement Basé sur Résultats (CTN-FBR) est mise en place mais l'ancrage institutionnel n'a pas été bien définis. Ce qui pose un problème de leadership et coordination des activités.
- Le coût élevé de fonctionnement des ACV et des vérifications (constat : $\geq 30\%$ pour une norme $\leq 10\%$). Cela est causé par le constat que les contrats sont fixes au lieu des contrats ACV de performance. De préférence on devrait intégrer les ACV dans des structures déjà existantes qui ont un statut juridique établi comme le Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale (CNPS) au lieu de recruter des organisations de l'extérieur.

Ces ACV de l'extérieur ont un cout très élevé et engendre bcp de retards dans le recrutement et ainsi la mise en place du programme FBR.

- La non mise en œuvre des stratégies de pérennisation du FBR (absence de financement par le budget de l'État)
- L'UGP joue souvent le rôle de la CTN, ce qui a créé des problèmes des responsabilités doubles pour les mêmes activités par deux organisations. Cependant, l'UGP devrait renforcer la CTN.
- Monopole de l'achat des intrants par l'État (priorité accordée à la PCG au détriment des autres fournisseurs) ; Chercher d'améliorer le manuel qui inclut les meilleures pratiques, inclusivement pour le libre approvisionnement de médicaments des FOSA auprès des distributeurs agréés
- Recrutement centralisé du personnel des FOSA publiques ;
- Absence d'appui de l'État aux FOSA privées et confessionnelles.
- Absence de gratuité ciblée. Il manque les indicateurs d'équité FBP dans la liste des indicateurs output à subventionner.
- La cartographie et le découpage des aires de santé ne sont pas encore réalisés ;
- La plupart du personnel n'est pas formé sur le FBR ;
- Dysfonctionnement entre les acteurs de mise en œuvre à cause d'un manuel des procédures inadapté
- Les structures de santé privées sont pas encore intégrées dans le FBR et / ou dans la plateforme DHIS2 et ne reçoivent pas le même soutien que les structures de santé publique ;

7.1.6 Étude de faisabilité

Les 23 critères de pureté d'un programme FBP	Points	Score	Remarques
1. Le budget du programme FBP n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	0	Le budget disponible pour l'approche FBR ne peut pas couvrir les 4 régions (Kankan, Kindia, Labé et Faranah) pour une durée de 5 ans.
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	Pour le démarrage du processus ; la part de l'État en dehors des salaires, des infrastructures existantes est inférieur a 20%. Cela nécessite de plaider a tous les niveaux pour augmenter la part de l'État
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	0	Nécessité de mise à jour de l'encrage institutionnelle de la CTN conformément aux nouvelles directives du FBP.
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	2	0	Nécessité d'intégrer toutes les directions et programmes du niveau central dans le processus FBP.
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	Les indicateurs des PMA et PCA sont disponibles, mais nécessite de mettre à jour et pour les rendre SMART.

Les 23 critères de pureté d'un programme FBP	Points	Score	Remarques
6. Le programme FBP contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	0	
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	Une mise à jour de la cartographie et le découpage des aires de santé est nécessaire
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	Cependant ce comité est trop chargé avec une pléthore de membres non techniques (autour de 15), qui peuvent plutôt compliquer le processus
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	Collecte des données dans le DHSI2, mais ne pas une étude spécifique du démarrage de programme FBP.
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	Les FOSA doivent encore demander l'autorisation auprès des directeurs régionaux d'acheter leurs intrants auprès d'autres fournisseurs accrédités au lieu d'un libre accès Cela signifie par exemple, aussi quand le dépôt du PCG a les médicaments, mais qui sont plus cher, que la FOSA n'a pas le droit d'acheter auprès le distributeur moins cher
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	0	Nécessite de plaider pour obtenir une dérogation autorisant les FOSA à fixer leurs tarifs => Régler cela dans le Manuel FBP amélioré
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	Nécessite de plaider pour obtenir une dérogation autorisant les gestionnaires des FOSA de recruter et

Les 23 critères de pureté d'un programme FBP	Points	Score	Remarques
			leur personnel ou de les mettre à la disposition de la fonction publique => Régler dans le Manuel FBP amélioré
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	Cependant, leur recrutement de l'extérieur est coûteux et retarde le processus de mise en place des ACV
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.	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	0	La phase pilote n'a pas bénéficié de BAQ.
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	2	Oui, si les structures religieuses et privées ont eu des contrats pendant la phase pilote, mais il existe encore des problèmes pratiques de les intégrer dans le FBP et le DHIS2
22. Il y existe des bonus qui prennent 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	0	
TOTAL :	50	18	36%

Les problèmes ci-dessus ont conduit à une analyse du score de faisabilité du FBR de 36% ou 18 points sur 50.

7.1.7 Après l'analyse du score de faisabilité – hypothèses fatales

- Le budget disponible pour l'approche FBR ne peut pas couvrir les 4 régions (Kankan, Kindia, Labé et Faranah) pour une durée de 5 ans ;
- Dépendance du système centralisé de distributions des inputs (médicaments et autres intrants)

7.1.8 Les activités prévues par niveau sont

- La restitution de la formation aux autorités, administratives et PTF ;
- Plaidoyers à tous les niveaux pour améliorer le budget afin de couvrir les populations cibles des quatre régions (National, Régional et District) ;
- Plaidoyer pour obtenir des dérogations pour l'approvisionnement efficient et régulier et pour obtenir l'autonomie de gestion des FOSA en mettant en place un manuel de gestion rationnelle des ressources ;
- Formation des équipes des régions et des districts sur le FBR

7.1.9 Recommandations par niveau

a. Niveau Partenaires Techniques et Financiers

- Allouer un budget FBR à hauteur d'au moins 4 USD par habitant et par an pour les 5 années à venir (revoir le costing du projet) ;
- Favoriser la pratique des subventions basées sur les inputs par celle basée sur les résultats ;
- Soutenir l'extension de la mise en place du financement basé sur les résultats dans les autres régions du pays ;

b. Niveau central (comité de pilotage)

- Faciliter l'intégration de toutes les structures du secteur privé lucratif et non lucratif, qui ont la perspective de rendre des PMA et PCA de qualité à la population dans le système d'information sanitaire et le suivi de la qualité des prestations ;
- Rendre les indicateurs quantitatifs (output) et qualitatifs SMART conformément aux orientations du FBR comme ceux des pays comme le Mali et du manuel du cours FBP
- Signer les contrats avec toutes les directions, les services centraux et programmes du MSHP ;
- Faire un plaidoyer pour l'inscription d'une ligne budgétaire pour le financement des activités du FBR dans le Budget National.
- Accorder des dérogations aux FOSA dans les zones FBR (achats des médicaments auprès des différents distributeurs agréés, gestion du personnel plus autonome et libre tarification du coût de recouvrement)

c. CTN-FBR

- Mettre à jour le manuel FBP et les outils de gestion conformément aux nouvelles orientations du FBR en intégrant les meilleures pratiques FBP
- Intégrer toutes les structures centrales dans la mise en œuvre du FBR (SNIEM, DNSFN, DNSCMT, DNPM, DNEHPP, BSD/SNIS, PEV, DNHP, PNLP, PNLSH etc...) ;
- Disposer des locaux appropriés pour CTN, meubler le cadre organique et assurer le fonctionnement de la CTN-FBR ;

d. Système d'information Sanitaire (SNIS)

- Intégrer les indicateurs SMART FBR outputs améliorés et des indicateurs indigents retenus dans la nouvelle version du manuel FBR dans le DHIS2 pour la collecte, l'analyse et l'interprétation des données ;

e. Grossistes répartiteurs

- Sensibiliser en organisant des échanges avec les autres grossistes répartiteurs pour le FBR ;
- Proposer une équipe technique pour l'élaboration des outils FBR grossistes répartiteurs ;
- Élaborer un plan de business FBR grossistes répartiteurs

- Faire un plaidoyer de financement auprès des PTFs pour l'intégration du système FBR dans les activités des grossistes répartiteurs et des autorités de la régulation du marché pharmaceutique.

f. Le niveau régional (Gouvernorats, DRS et Préfectures, DPS, DRAT, DMR et Collectivités Locales)

- Organiser la restitution Plaidoyer pour l'intégration des activités du FBR dans les PAO des régions et district sanitaires des 4 régions Faranah Labé, Kankan et Kindia
- Commencer dès le retour à préparer les responsables administratifs, élus locaux, société civile, prestataires de santé à la mise en place du FBR.
- Faire la cartographie de toutes les structures publiques et privées ;
- Faire le plaidoyer en faveur du FBR au niveau des autorités gouvernorats / communales / organisations communautaires et organisations de la société civile pour leur participation effective ;
- Identifier et former les associations locales dans les zones au FBR pour la vérification communautaire (Rôle ACV)
- Appuyer les districts sanitaires dans le processus de mise en place du FBR (Formation des équipes Cadres des districts et du personnel des FOSA).
- Planifier la mise en place d'un cadre de concertation avec le secteur privé ;
- Planifier l'intégration des structures du secteur privé lucratif et non lucratif dans le système d'information et le suivi de la qualité des prestations ;

g. Au niveau des participants

- Faire le compte rendu de la formation du 94ème cours FBR tenue à Cotonou, Benin, du 02 au 14/12/2024 aux autorités sanitaires (SG, BSD, PReSeS-AOC/BM) ;
- Restituer la formation du 94ème Cours FBR aux personnels de nos structures / organisations respectives ;
- Promouvoir le FBR en Guinée.

7.1.10 Plan d'action

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	QUI	QUAND
	Faire le compte rendu de la formation du 94ème cours FBR tenue à Cotonou, Benin, du 02 au 14/12/2024 aux autorités sanitaires (SG, BSD, PReSeS-AOC/BM) ;	Participants	18/12/2024
Insuffisance d'information sur le FBR	Restituer de la formation du 94ème Cours FBR aux personnels de nos structures / organisations respectives ;	Participants	24/12/2024
Dépendance de 100% des financements extérieurs de l'approche FBR	Faire un plaidoyer pour l'inscription d'une ligne budgétaire pour le financement des activités du FBR dans le BND	Comité de pilotage	T1 2025

Insuffisance de leadership et de coordination des activités FB	Doter la CTN des locaux appropriés, Meubler le cadre organique ; Assurer son fonctionnement	Cabinet du Ministre	T1 2025
Insuffisance de formation des acteurs sur le FBR	Renforcer la capacité des acteurs à tous les niveaux sur le FBR	CTN	T1 2025
Manuel de procédure de la mise en œuvre du FBR ne prend en compte toutes les nouvelles orientations du FBR	Mettre à jour le manuel de procédure et les outils de gestion conformément aux nouvelles orientations du FBR (indicateurs)	CTN	T1 2025
Dépendance du système centralisé de distributions des inputs (médicaments et autres intrants) ;	Accorder des dérogations aux FOSA dans les zones FBR (achats des médicaments auprès des différents distributeurs, gestion du personnel plus autonome et libre tarification du cout de recouvrement)	Cabinet du Ministre	T1 2025
Insuffisance de sensibilisation autorités au niveau région et district sanitaire sur le FBR	Commencer dès le retour à préparer les responsables administratifs, élus locaux, société civile, prestataires de santé à la mise en place du FBR.	IRS/DPS	T1 2025
Carte sanitaire non à jour dans les FOSA (publiques, privées et confessionnelles)	Faire la cartographie de toutes les structures publiques et privées ;	IRS/DPS	T1 2025

7.2 Mali

1. Dr Abdoul Karim SIDIBE, Directeur Technique Centre de Santé Communautaire de Sanso, District Sanitaire de Bougouni, Région Sanitaire de Sikasso.
2. Dr Amadou Youssouf TOURE, Médecin Chef de District Sanitaire de Niono, Région Sanitaire de Ségou.
3. Dr Fantamady CAMARA, Médecin d'appui PEV et surveillance épidémiologique, Direction Régionale de la Santé de Kayes
4. Dr Seydou TRAORE, Conseiller Principal Santé, Ambassade du Royaume des Pays Bas au Mali.

7.2.1 Sigles & abréviations

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation des Structures Sanitaires

ANAM : Agence Nationale d'Assistance Médicale

CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CTN : Cellule Technique Nationale

DGSHP : Direction générale de la Santé et de l'Hygiène publique

DRS : Direction Régionale de la Santé

DS : District Sanitaire

EDSM VI : Enquête démographique de santé Mali, édition VI

EMOP : Enquête Modulaire et Permanente auprès des Ménages

FOSA : Formation Sanitaire

MSDS : Ministère de la Santé et du Développement Social

PIB : Produit Intérieur Brut

RAMU : Régime Assurance Maladie Universelle

SG : Secrétariat Général

7.2.2 Contexte général

Le Mali est un pays semi-aride enclavé, à faible revenu et à forte croissance démographique. Sa population est estimée en 2024 à 24,8 millions d'habitants (RGPH 5). Plus de trois quarts de la population malienne (76,2%) résident en milieu rural. La densité¹ de la population est de 17,4 habitants / km².

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

Le revenu annuel par habitant est d'environ 870 USD (soit 570,683 FCFA) en 2023. Le Mali est classé parmi les 25 pays les plus pauvres du monde avec un taux de pauvreté de 45,4% en 2022 et un PIB estimé à 1,8 en 2023.

7.2.3 Contexte sanitaire et d'assurance maladie obligatoire

Les indicateurs d'impact restent faibles : Malgré l'amélioration des indicateurs de résultats clés en matière de santé ces dernières années, les tendances au progrès restent lentes et insuffisantes par rapport aux investissements et aux objectifs attendus. Selon l'EDSM VI (2017-2018), le taux de mortalité maternelle est passé de 1 010 pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 325 pour 100 000 naissances vivantes en 2018 [IC ; 245-405] (avec un objectif de développement durable de 70 pour 100 000 naissances en 2030), tandis que le taux de mortalité des moins de cinq ans est passé de 247 pour 1 000 naissances vivantes en 1987 à 101 pour 1 000 naissances vivantes en 2018.

Les services de soins sont également 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, vu le coût trop onéreux. 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, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) en charge de la gestion du régime d'assurance contributif (Assurance Maladie Obligatoire, AMO). Les populations indigentes sont couvertes par le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) qui est un régime non contributif administré par l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM). Quant au secteur informel, les dépenses en santé peuvent se faire dans le cadre des mutuelles. À terme tous les régimes d'assurances seront regroupés dans une seule structure appelée RAMU (régime d'assistance maladie universel). Les textes d'orientation et de gestion de cette structure sont déjà adoptés. Enfin, en plus de ces systèmes de prépaiement, le gouvernement soutient des régimes de soins gratuits (gratuité) en subventionnant des services spécifiques (par exemple, césarienne, traitement du paludisme chez les enfants de moins

¹ Atlas mondial des données –Mali-Données démographiques

de cinq ans et les femmes enceintes, la prise en charge des cas de tuberculose et VIH-sida).

Par ailleurs plusieurs évaluations et revues conjointes ont montré que le niveau des indicateurs faibles, malgré les efforts appréciables de plusieurs décennies des gouvernements et des partenaires.

7.2.4 Le programme FBR au Mali

Pour faire face à ces problèmes suscités, le Mali s'est engagé dans la reforme FBR qui a connu deux phases pilotes dans la région de Koulikoro.

Les principales sources de financement institutionnel de la santé, au Mali, sont l'État, les communautés, les Collectivités décentralisées et les partenaires techniques et financiers. Dans le cadre du FBR seuls les PTF interviennent. Le budget prévu pour le financement basé sur la performance est de 66.4 millions USD : IDA 34 millions USD et 3 millions USD du GFF et 29.4 millions de dollars US des Pays-Bas.

Pour accélérer la réalisation des objectifs de développement durable, et à mettre le pays sur la voie de la couverture sanitaire universelle, le Mali s'est engagé dans la réforme du financement basé sur les résultats (FBR) qui a connu deux phases pilotes dans la région de Koulikoro, Vue les succès enregistrés dans le domaine de l'amélioration de la qualité des services et les principaux indicateurs d'offre de services par le projet PACSU. Le PACSU dans sa mise en œuvre, a fait preuve d'efficacité des innovations portées par ses différentes composantes, notamment en éliminant dans les établissements de santé de première ligne, les obstacles critiques à la prestation des services de soins de qualité comme la rupture de médicaments essentiels, la faiblesse des plateaux techniques, le déficit de ressources humaines qualifiées, la précarité et la démotivation des personnels de santé etc.

A cet effet, au cours des quatre dernières années, ce sont 2 257 formations sanitaires qui sont 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 incluent des CSCom, des cliniques privées, des sites ASC, des Maternités et des CSRéf. Outre les 697 nouveaux bâtiments construits et 265 autres bâtiments rénovés ou réhabilités, le PACSU a permis d'équiper 104 CSCom en laboratoire d'analyse et de recruter 337 personnels qualifiés dont des médecins, des sage-femmes, des infirmières obstétriciennes, des techniciens de labos etc. Le PACSU a permis également 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.

Au regard de ces acquis et à la forte demande des autorités sanitaires ainsi que des bénéficiaires, le Gouvernement du Mali à travers le Ministère en charge de la Santé a demandé aux partenaires (Banque Mondiale, Pays Bas et GFF) le financement d'un nouveau Projet intitulé Projet « Promouvoir la Résilience du Système de Santé Inclusif pour Tous au Mali/Advancing Resilience and Inclusive Health Systems for Everyone In Mali - ARISE (P503776) ». Le Projet ARISE axé sur la santé reproductive, maternelle,

néonatale, infantile et adolescente et nutritionnelle est une initiative transformatrice qui permettra de capitaliser les résultats et les acquis des interventions basées sur le FBR dans l'optique non seulement de les consolider mais aussi dans une perspective de mise à l'échelle afin d'améliorer la performance et la résilience du système de santé au Mali.

Le FBR couvre les régions de Koulikoro, Dioïla, Nara, Bougouni, Koutiala, Sikasso, San, Ségou, Gao, Mopti, Douentza, Bandiagara, Tombouctou et la Commune VI du District de Bamako. En fonction de l'évolution du contexte national, le projet pourrait être étendu à d'autres régions, en particulier celles où le gouvernement est en train de rétablir les services sociaux de base

Malgré la volonté politique de l'État, la planification en mode budget-programme, les besoins en ressources ne sont pas satisfaits pour l'atteinte des résultats : ce qui rend le système de santé du Mali inefficent.

7.2.5 Analyse du problème

Les principaux défis auxquels le secteur de la santé a été confronté ces dernières années, sont connus :

- ***Il existe une insuffisance du personnel de santé et une inadéquation dans la répartition des ressources humaines*** : Selon l'annuaire statistique national de 2018, le Mali ne compte en moyenne que six (6) personnels qualifiés pour 10 000 habitants.
- ***Le financement de la santé est faible et a des répercussions négatives sur la qualité des soins et la couverture des services de santé de base*** : Les dépenses nationales de santé publique (7 dollars par habitant, soit 3500 FCFA) représentent moins de 1% du PIB, 4,5% des dépenses publiques totales et 16% des dépenses de santé courantes.
- ***La performance du système national d'approvisionnement public en produits pharmaceutiques*** est sous-optimale. La disponibilité des médicaments de base et des réactifs au niveau de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) et des fournisseurs privés reste insuffisante. Le coût d'accès des populations aux médicaments est élevé ;
- ***Les services de soins sont également 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, vu le coût trop onéreux. La sous-utilisation est aussi liée à la faible qualité de soins et le cout de recouvrement. Pour diminuer le cout et augmenter la qualité une approche FBR pourrait être plus efficiente (cout d'opportunité).
- ***Dans le cadre de la décentralisation, le transfert des compétences et des ressources en matière de santé*** du niveau central aux collectivités locales a eu des résultats mitigés : le transfert de ressources fiscales aux collectivités locales reste insuffisant alors que le gouvernement s'est engagé à transférer 30% de ses recettes fiscales aux autorités locales et régionales, le financement public de la santé reste faible, les collectivités locales représentant moins de 0,2% du total des dépenses courantes ;
- ***Sur le plan de la gouvernance du système***, d'une part il existe un problème de leadership à tous les niveaux et de coordination des acteurs de la santé notamment les PTF, et d'autre part le niveau communautaire est caractérisé par la mauvaise gestion

des CSCom qui engendre le plus souvent des conflits empiétant sur le bon fonctionnement desdits centres et privent, par ailleurs, les populations de services de qualité.

- ***Dans les formations sanitaires à tous les niveaux***, non FBR, il y'a une insuffisance de qualité, liée à l'insuffisance en ressources humaines et peu motivées, l'insuffisance d'infrastructure d'équipement, la rupture fréquente de médicaments et intrants.

Ces problèmes sont aggravés par la **crise politico-sécuritaire** avec une insécurité persistante rendant l'accès aux services difficile dans certaines régions du pays (nord et centre surtout) avec son corolaire de personnes déplacées et de fermeture de structures de santé.

7.2.6 Approche FBR

Le FBR est une réforme qui vise à renforcer le système de santé. Il a été introduit dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, dans des contextes de fragilité, conflit et violence (FCV). Le principe du FBR repose sur la relation contractuelle entre les différents acteurs du système de santé. La mise en œuvre du FBR permettra d'éliminer les obstacles critiques à la prestation de services de soins dans les formations sanitaires.

Ces défis incluent (i) l'insuffisance de fonds pour faire face aux dépenses de fonctionnement, (ii) l'insuffisance d'autonomie pour trouver les solutions locales et adaptées aux problèmes que rencontrent les prestataires de soins et gérer les ressources nécessaires à l'achat de médicaments et à attirer et motiver des ressources humaines qualifiées dans les différents niveaux de soins; (iii) l'insuffisance de focalisation sur les résultats et l'utilisation limitée des données de performance à tous les niveaux.(iv) l'insuffisance de responsabilisation des acteurs et de transparence dans la gestion du système de santé; v) la faible capacité de gestion à tous les niveaux et (vi) l'insuffisance de ressources au niveau opérationnel.

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

7.2.7 Le FBP dans une zone d'insécurité : cas du district sanitaire de Niono

Médecin chef du district sanitaire de Niono – population 575.500.

Depuis 2018, nous avons vécu en 2022-2023, la mise en œuvre du FBP dans notre district sanitaire, qui est considéré comme « *une zone rouge* ». En 15 mois de mise en œuvre, de succès considérables ont été enregistrés parmi lesquels :

- Tous les 26 Centres de Santé Communautaires dans le district ont obtenu un contrat FBP avec l'ACV et ont pu travailler avec le déroulement de toutes les activités malgré l'insécurité.
- Augmentation de l'accès géographique et assurance qualité. Les ACV ont recruté 8 FOSA privées inclusivement des maternités rurales, dans les zones rouges, qui

n'étaient pas accessibles par les centres de santé communautaires. Par suite de ces contrats l'Équipe cadre de district pourrait aussi faire des revues de qualité.

- Les DTC sont devenus signataires à part entière des chèquiers. Avant le FBP, les membres volontaires d'ASSACO étaient les seules signataires, qui étaient la source de beaucoup de conflits.
- On constate aussi que dans le district Niono, avec l'introduction du FBP, qui finance l'ensemble du PMA, les autres interventions de partenaires qui appliquent une approche input de genre parallèles n'ont plus beaucoup de popularité parmi les responsables de CS COM et les ASSACO. Avec les changements politiques, les autres partenaires n'ont plus la confiance d'embraser l'autonomie financières des institutions Maliennes, inclusivement les FOSA et les organes de régulation au niveau de district et de région. L'approche FBP peut résoudre ce manque de confiance à travers des virements directs aux FOSA et communautés (ASLO).
- Les stratégies de travail ont changé dans des zones dangereuses. Par exemple les évaluations qualités des FOSA par les équipes cadre de districts ont été effectuées à moto sans difficultés au lieu par des véhicules. Ce dernier mode de transport posait de problèmes de sécurité pour les équipes.
- Les CSCom ont connu moins de ruptures depuis le FBR car ils pouvaient s'approvisionner auprès des grossistes agréés et les CS Com connaissent mieux leurs besoins. A travers la concurrence entre les distributeurs de médicaments, le dépôt répartiteur était forcé de diminuer leur prix de médicaments et d'assurer une bonne disponibilité de stock de médicaments.
- Cinq CSCom, qui ont recruté deux personnels qualifiés pour leur maternité, ou avant FBP il y avait aucun qualifié. Les autres CS Com ont renforcé leurs effectifs avec 1 personnel qualifié. D'autres ont recruté des comptables ou des caissiers
- Une nette amélioration de la collecte et du remplissage des supports primaires à tous les niveaux,
- Une nette amélioration de la complétude et la promptitude des données dans le DHIS2
- Une augmentation des indicateurs phares (taux d'accouchement effectué par personnel qualifié avant FBR 2022, 38% et avec FBR en 2023, 49% ;
- Taux d'abandon entre la première dose Penta 1 et le dernier dose VAR (enfants complètement vacciné) diminué de 9%, avant FBP et 4% pendant FBP
- Le taux d'abandon et perdu de vue des enfants pour la vaccination, malnutris, consultation prénatale a beaucoup diminué avec l'indicateur FBP « suivi des abandons »

En termes de réalisation :

Désignation	Nombre	Coût en FCFA
Moto achetées	3	1 600 000
Nombre de personnel qualifié recruté (BAQ ou avec recettes propres)	16	20 365 296
Nouvelles constructions (latrines, clôtures, laboratoire, hangars vaccination, PEC malnutrition)	14	14 688 557

Nombre de bâtiments rénovés (agrandissement de la salle d'attente, salle de vaccination, assurer la confidentialité, transformer l'infrastructure en bloc opératoire, etc)	16	22 694 197
Matériels techniques (tables d'accouchement ou de consultation, appareils de labo, microscope, équipement du bloc opératoire, tensiomètre, lits, matelas,	29	26 854 521
Matériels bureautiques (ordinateurs, imprimantes, registres, fiches de suivi de la PF, fiche de stock des médicaments, etc)	168	14 137 300
Électrification solaire	2	

A côté de ces succès, les principales difficultés ont été surtout :

- L'insuffisance dans l'élaboration des contrats des structures de santé
- Le retard de versement des factures.

7.2.8 Score de faisabilité

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Problèmes identifié	Solutions
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	RAS	RAS
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	Le gouvernement ne contribue pas directement au financement de la cagnotte FBR.	Faire un plaidoyer auprès du ministre de la Santé pour la transformation du budget de l'Etat alloué aux FOSA en Financement 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	RAS	RAS
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	2	0	La DGSHP, l'ONASR et l'ANAES n'ont pas de contrat de performance avec la CTN	Faire un plaidoyer auprès du ministre de la santé pour la signature de contrat entre la DGS, L'ONASR, l'ANAES et 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	RAS	RAS
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	RAS	RAS
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	RAS	RAS

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Problèmes identifié	Solutions
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	RAS	RAS
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	RAS	RAS
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	RAS	RAS
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	RAS	RAS
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2	RAS	RAS
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	RAS	RAS
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 ASACO signent toujours les contrats en plus du DTC avec les ACV.	Plaidoyer auprès de la FENASCOM (en mettant le MSDS comme allié) pour la signature de contrats entre le DTC et l'ACV
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	2	RAS	RAS
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	RAS	RAS
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	RAS	RAS
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2	RAS	RAS
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	RAS	RAS
20. Les ACV ont des unités d'investissement, pour l'amélioration de	2	2	RAS	RAS

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Problèmes identifié	Solutions
l'infrastructure et des équipements des structures.				
21. 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 le public qui demeure en toutes circonstances le contractant principal	Organiser une rencontre d'échange entre la DRS / ECD et les ACV pour la prise en compte des structures privées comme contractant principal.
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	2	RAS	RAS
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2	RAS	RAS
TOTAL :	50	42	= 84%	

7.2.9 Commentaires sur le score de faisabilité

L'analyse du score de faisabilité à travers les vingt-trois critères de pureté du programme FBR du pays a permis de mettre en évidence que le contexte malien est favorable à l'approche FBR avec un score de 84%.

Cependant quelques problèmes demeurent et des solutions doivent être apportées ; il s'agit de :

- Les Directions centrales du ministère de la Santé n'ont pas de contrat de performance avec la CTN pour assurer une bonne régulation ;
- Les Contrats sont signés, d'une part entre les ACV, présidents d'ASACO et DTC au niveau CSCOM, d'autre part entre les ACV et les propriétaires des structures privées au lieu d'être signés entre les ACV et responsables des FOSA ;
- Les structures privées n'ont pas la même chance que structures publiques pour bénéficier d'un contrat principal pour la mise en œuvre de l'approche FBR à cause de certains indicateurs ;
- L'absence d'apport de contribution financière directe du gouvernement malien à la cagnotte FBR, ce qui ne permet pas au programme d'être pérenne.

A ces problèmes s'ajoutent quelques difficultés identifiées dans la mise en œuvre du FBR, à savoir :

- Le sous financement des indicateurs des structures en zone d'insécurité.

7.2.10 Recommandations

Afin de contribuer positivement à la mise en œuvre de l'approche FBR dans notre pays, nous formulons les recommandations suivantes.

Au ministère de la Santé et du Développement Social

- Assurer une contribution financière de l'État d'au moins 20% au FBR pour assurer sa pérennisation et sa durabilité ;
- Faire un plaidoyer auprès du ministre de la Santé et des finances pour la transformation du budget de l'État alloué (crédits délégués) aux formations sanitaires et aux subventions accordées aux collectivités pour le financement des activités de santé en ligne FBR.
- Étendre la couverture du FBP au niveau national ;
- Faire un plaidoyer auprès de la commission santé du Conseil National de la Transition (CNT) pour la mobilisation des ressources en faveur du FBP ;

A la CTN FBR

- Établir des contrats de performance entre la CTN et les directions centrales (DGSH, ANAES, ONASR) ;
- Réviser la liste des indicateurs du PMA/FBR afin de se conformer aux normes FBR ;
- Renforcer les capacités des acteurs sur l'approche FBR ;

ACV

- Promouvoir la mise en place des comités de gestion dans les structures privées pour une transparence dans la gestion ;
- Impliquer les services des domaines et ou la CEPRIS du MSDS dans les projets d'investissement en infrastructures et gros équipements ;
- Stimuler la concurrence entre les structures publiques et privées.

A la FENASCOM

- Promouvoir la signature binôme entre le DTC et l'ACV pour une gestion autonome et plus efficiente ;
- Rendre effective la séparation des fonctions au niveau des CSCOM pour conférer l'autonomie de gestion au DTC ;

Aux participants du 94^{ème} Cours International

- Faire la restitution des conclusions du 94^{ème} Cours International FBR aux autorités politiques et la remise du plan d'action opérationnelle ;
- Initier des activités de plaidoyer ;
- Promouvoir les bonnes pratiques du FBR dans nos milieux de travail.

7.2.11 Plan d'action opérationnel

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	QUI	QUAND
La DGSH, ONASR et l'ANAE n'ont pas de contrat de performance avec la CTN pour assurer une bonne régulation des directions régionales	Organiser une réunion d'échanges avec le Cabinet du ministre (Secrétaire Général du MSDS) pour faciliter l'établissement de contrats de performance entre la CTN et les directions centrales (DGS, ANAE).	SG/MSDS	D'ici fin janvier 2025

À cause de certains indicateurs les structures privées n'ont pas la même chance que les structures publiques dans l'offre de contrat principal	Faire un Plaidoyer auprès de la Direction Régionale pour la prise en compte des structures privées performantes comme contractant principal pour stimuler la concurrence entre le public et privé (revoir les indicateurs de performances)	DRS	D'ici fin février 2025
Les ASACO continuent de signer les contrats (contrat tripartite ce qui n'est pas une bonne pratique),	Faire un plaidoyer auprès de la FENASCOM pour la responsabilisation des DTC comme agent contractant avec l'ACV	SG/MSDS	D'ici fin février 2025
Les contrats sont signés entre les ACV et les propriétaires des structures privées au lieu d'être signés entre les ACV et les responsables des FOSA privées ;	Organiser un atelier d'échanges et d'informations sur les bonnes pratiques du FBR à l'endroit des promoteurs des structures privées en vue de promouvoir la séparation des fonctions	ACV	2 ^{er} Trimestre 2025
Le gouvernement ne contribue directement par au financement de la cagnotte FBR, ce qui ne permet pas au programme d'être pérenne (MSDS)	Faire un plaidoyer auprès du ministre de l'Économie et du ministère de la Santé pour la transformation du budget de l'État alloué aux FOSA en ligne FBR.	Le MSDS	2 ^{er} Trimestre 2025
	Faire un plaidoyer auprès du ministre de la Commission finances du Conseil National de Transition pour la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du FBR	Le MSDS	1 ^{er} Trimestre 2025
	Organisation d'un cadre d'échanges sur la problématique du financement de l'approche FBR entre les acteurs (Ministères Santé, Éducation, Finances, Administration territoriale, FELASCOM, CANAM, Ordres professionnelles, PTF, Université etc.)	CTN	1 ^{er} Trimestre 2025
	Organiser une réunion de plaidoyer pour la participation financière du gouvernement au programme FBR	Participants du 94 ^{ème} cours international	Mars 2025
	Réaliser et des recherches action au niveau opérationnelle sur les thématiques FBR	Participants du 94 ^{ème} cours international	2 ^{ème} Trimestre 2025
	Organiser un groupe technique de travail sur les bonnes pratiques FBR avec les acteurs (ordres professionnels, FENASCOM, Association des libéraux)	Participants du 94 ^{ème} cours international	3 ^{ème} Trimestre 2025

7.2.12 Conclusion

Malgré le contexte de crise socio - politico - sécuritaire du Mali, l'implémentation de l'approche FBP a permis d'améliorer les indicateurs, la prise en charge des indigents, le ratio 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 avec le changement de paradigme.

Elle a aussi permis l'efficience dans la gestion des ressources allouées aux formations sanitaires.

La prise en charge des recommandations formulées (contribution du gouvernement à 20%, le binôme par rapport à la signature des contrats, le changement de paradigme, le passage à l'échelle, les reformes de la législation, l'égalité entre les structures publiques et privées dans l'octroi des contrats de performance, l'octroi de contrat de performance à la DGSH, l'ONASR et L'ANAES ...) constituera une base solide pour le projet ARISE.

7.2.13 Documents consultes

- Guide du 94ème cours FBP au Benin
- Rapport de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS 6, 2018)
- Document de politique sectorielle de santé du Mali
- Rapport sur le Développement Humain Durable du PNUD, 2021-2022
- Rapport du Recensement Général des Populations et de l'Habitat (RGPH 2023)
- Rapport d'Enquête Modulaire Permanente auprès des ménages (EMOP) 2023
- Manuel FBR révisé du Mali 2024
- Atlas mondial des données –Mali-Données démographiques
- Manuel de procédures de gestion de la main d'œuvre (PGMO) du projet « Promouvoir la résilience du système de sante inclusif pour tous au mali / advancing resilience and inclusive health systems for everyone in mali (p503776) ».

7.3 Tchad

Dr DILLAH DODJINGA Gustave

Dr BEDOUAL Serge MBAITLOUM

7.3.1 Contexte général

Le Tchad est un pays situé en Afrique centrale, sans littoral, et il est entouré par la Libye au nord, le Soudan à l'est, la République Centrafricaine au sud, le Cameroun et le Nigeria à l'ouest. Il couvre une superficie de 1 284 000 km². La population du Tchad est passée d'une estimation en 2017 de 15.8 millions d'habitants à 17.3 millions en 2021. La population du Tchad est très jeune : les moins de 25 ans représentent 68% du total de la population, tandis que les plus de 60 ans représentent 4,5%. Selon le milieu de résidence, 78,1% en milieu rural. Les nomades représentent 3,4%. La densité moyenne de la population est relativement faible (10,65 hab./km²).



Figure1. Carte administrative du Tchad.

Le pays a traversé plusieurs périodes de violences et de guerres civiles, alimentées par des tensions ethniques, politiques et régionales. Les élections de 2024 au Tchad ont clôturé une période de transition politique liée à la mort du président Idriss Déby en 2021. Le Tchad est aussi confronté à des problèmes de sécurité liés à des conflits régionaux, notamment avec des groupes armés venant des pays voisins et des tensions persistantes avec la Libye et le Soudan. Le Tchad déploie aussi beaucoup d'efforts pour lutter contre les groupes terroristes comme Boko Haram et les factions islamistes.

Sur le plan économique, le Tchad reste un des pays les moins développés du monde (IDH 156e sur 189) avec plus de 40% de la population en dessous du seuil de pauvreté. Le produit intérieur brut est d'environ 13,2 milliards de dollars USD. L'économie est

principalement basée sur l'agriculture et l'élevage à 80% et l'exploitation des ressources naturelles, notamment le pétrole.

La *population de réfugiés* dans l'Est est estimée à 1 026 864 dont 599 840 nouveaux réfugiés à la suite des violences au Soudan et 173 124 retournés. OCHA estime à 1 336 574 le nombre de personnes en insécurité alimentaire grave et à 605 187 le nombre de malnutris aigus sévères. Le suivi épidémiologique indique 74 221 cas de paludisme, 1756 cas d'Hépatite E, 1578 cas de rougeole et 227 cas de fièvre jaune.

7.3.2 Contexte santé

Le Tchad souffre d'un accès limité aux infrastructures de santé, particulièrement dans les zones rurales. La répartition des structures de santé est inégale, avec une concentration dans les grandes villes comme la capitale N'Djamena. Le ratio de médecins pour la population est très faible, avec environ *0,1 médecin pour 1 000 habitants*, ce qui est bien en dessous des normes internationales. Le pays est confronté à un fardeau élevé de maladies infectieuses, notamment le paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës, qui sont parmi les principales causes de morbidité et de mortalité. Le paludisme est responsable pour environ 40% des consultations médicales et la moitié des hospitalisations. Il demeure l'une des principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans. Le taux de mortalité maternelle de 860 pour 100000 NV (SDT 2014), un taux de mortalité néonatal de à 33‰ NV en 2019 (MICS 2019), un taux de mortalité infantile de 78 pour 1.000 NV (MICS 2019) et un taux de mortalité infanto juvénile de 122 pour 1000 NV. L'accès aux services de santé pour les femmes enceintes, notamment les soins prénatals et les accouchements assistés par des professionnels de santé, est limité, notamment dans les zones rurales. Le financement de la santé reste insuffisant, moins de 10% du budget général de l'État.

L'infrastructure sanitaire est insuffisante et souvent en mauvais état, avec un manque d'équipements médicaux, de médicaments essentiels et de personnel qualifié. Il ressort de la situation humanitaire que 3.4 millions de personnes ont besoin d'assistance dans les provinces du Ouaddaï, de l'Ennedi Est, du Wadi Fira et du Sila.

Les dépenses santé

La part de la santé dans le Budget Général de l'État (BGE) a évolué en dents de cis 4,6% (2018, 62 milliards), 7,6% (2020, 92 milliards) et 7,5% (2021, 90,4 milliards). Dans ces crédits, sont pris en compte les financements extérieurs à hauteur de 29% (2018), 16% (2019), 28% (2020) et 24% (2021). A cela s'ajoutent les dépenses des ménages mobilisées à travers le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires. Elles sont estimées à plus de 50% des dépenses courantes de santé selon les comptes nationaux de santé de 2018. On note une progression moyenne annuelle de l'engagement de l'État qui représente environ 6% du Budget de l'État. Durant la même période, l'aide extérieure est passée de 18 milliards de francs CFA à 21 milliards francs CFA entre 2018 et 2021, soit 29% et 24% du budget du MSPP. En termes de pourcentage, cela représente une baisse de 5% en 4 ans.

Le Tchad n'a toujours pas atteint la proportion de 15% du BGE alloué à la santé ce qui compromet son objectif de couverture santé universelle (CSU).

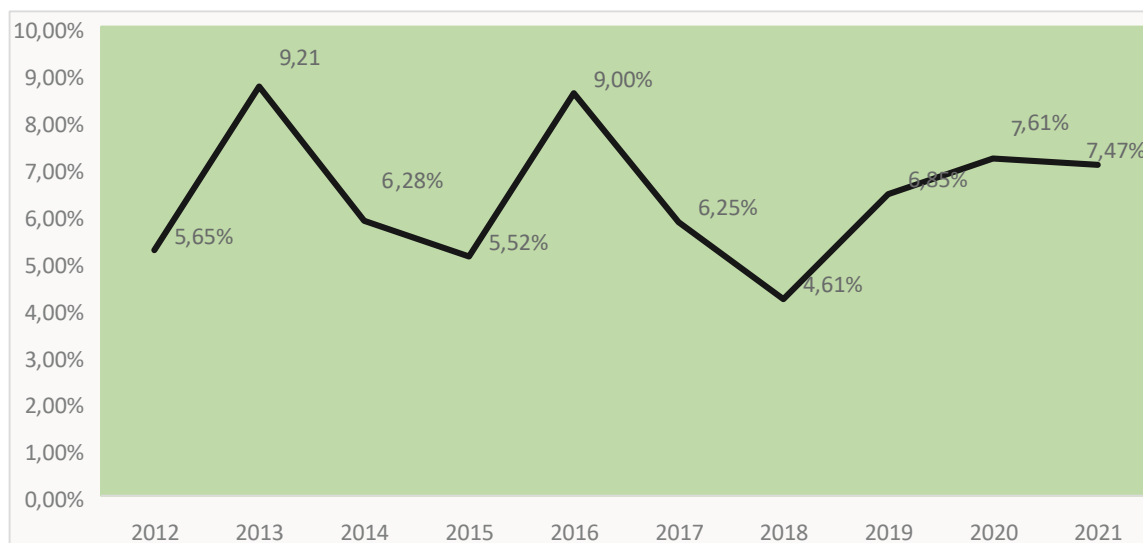


Figure 2 : Évolution de la part du budget de la santé dans le budget de l'État (BGE) de 2012 à 2021 en milliards de FCFA (Source : MFB/DGSB/MSPP/DGRIE)

7.3.3 Intervention FBP, en général

Les expériences pilotes du FBP ont débuté au Tchad entre 2011 et 2013 au niveau de huit districts sanitaires de quatre délégations sanitaires. Après l'évaluation qui a montré des résultats encourageants, notamment dans le renforcement des piliers du système de santé, la motivation des agents de santé, la réduction des cas de ruptures en médicaments, l'amélioration de l'environnement de travail, etc. Cette expérience du FBP et les résultats qu'elle a produits ont été à la base du « Projet de Renforcement des Services de Santé Maternelle et Infantile (PRSSMI) » financé par la Banque Mondiale entre 2017 et 2019.

Après la clôture du PRSSMI en mars 2019, le Gouvernement du Tchad et la Banque Mondiale ont encore convenu d'un troisième projet dénommé « Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS) entre 2022 et décembre 2025 », avec la mise en œuvre effective des activités FBP dans l'ensemble des huit provinces du projet qui compte désormais 65 districts, 769 CS et 51 hôpitaux. Ces provinces sont : le Batha, le Guéra, l'Ennedi Est, le Wadi Fira, le Logone Oriental, le Mandoul, le Mayo Kebbi Est et la Tandjilé.

Ce dernier projet permettra de capitaliser les résultats et acquis des interventions basées sur le FBP et de passer à la mise à échelle afin de toucher le maximum de bénéficiaires possible. A travers le FBP, l'État entend créer des conditions d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile en réduisant les barrières financières au niveau des services et en renforçant la qualité des prestations. Après un an de mise en œuvre, le projet s'est étendu à quatre (04) autres provinces amenant ainsi à douze provinces FBP dans 12 sur 23 couvrant 55% de la population du pays.

Dans le montage institutionnel de ce nouveau projet et conformément à la nécessité de la séparation des fonctions promues par l'approche FBP, une Cellule Technique nationale

du FBP est créée au sein du Secrétariat général du Ministère de la Santé Publique et de la Prévention. En collaboration avec les autres directions générales techniques du MSPP, la CTN FBP assurera le développement et la coordination de la mise en œuvre du FBP au Tchad. Aussi, un protocole d'accord est signé entre le MSPP et l'Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED) pour la mise en place de l'ACV et au respect de son autonomie. INSEED a recruté les 6 coordinateurs, les adjoints et les comptables et un expert national ACV. Les ACV ont recruté les vérificateurs. Dans le futur on pense de loger l'ACV sous la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAS). Cependant le pays ne semble pas encore d'être prêt pour que le CNAS joue le rôle pour un assurance maladie social pour la population. Ainsi, il semble opportun de collaborer avec le CNAS qui pourrait donner le montage institutionnel des ACV régional ainsi que l'application du FBP au Tchad. : assurance maladie pour les fonctionnaires, opérateurs économiques et la population

7.3.4 Intervention FBP, dans les régions

L'ACV du Logone Oriental et du Mandoul dans le sud du Tchad couvre une superficie de 45.762 km² avec une population de 2.5 millions habitants en 2024. L'ACV contractualise l'ensemble des formations sanitaires dans les 20 districts. Les 20 équipes de régulation des district sanitaires ont des contrats avec leurs délégations provinciales respectives. On enregistre 257 FOSA (237 PMA, 18 PCA) qui sont engagées sous contrat FBP avec l'ACV. Dans les deux provinces, une franche de la population est constituée des réfugiés centrafricains (RCA) installés déjà plus de 20 ans et pris en charge du point de vue sanitaire par le HCR (Haut-Commissariat aux Réfugiés).

L'ACV de Wadi Fira et Ennedi Est couvre une superficie de 139 801 km² avec une population de 850 632 habitants. Les deux provinces comptent 11 districts sanitaires et 158 formations sanitaires parmi lesquelles 7 hôpitaux dont 2 hôpitaux provinciaux. Les provinces de Wadi Fira et de Ennedi Est sont des zones d'insécurité du fait qu'elles partagent les frontières du Soudan et de la Lybie, pays en guerre ou en situation de grande instabilité politique.

7.3.5 Atouts du système FBP

Le FBP a permis dans 12 provinces la contractualisation de 1367 formations (taux de contractualisation 98%), même dans les régions les plus reculées et à fort risque sécuritaire. Ainsi toutes les formations sanitaires de Wadi Fira frontalières avec le Soudan sont contractualisées de même que les formations sanitaires de l'Ennedi Est de Bahaï et de Mourdi. Dans le sud du Tchad dans les zones frontalières avec la République Centrafricaine, telles que les départements de la Nya-Pendé et le Mont de Lame, toutes les formations sanitaires sont contractualisées.

Dans les zones du projet nous notons une nette amélioration des indicateurs. Ainsi le taux de CPN4 est passé de 24,3% (T1 2022) à 40,4% (T1 2024), le taux d'accouchement assisté est passé de 12,8% (T3 2022) à 52,27% (T1 2024) et le taux de CPON de 12,8% (T3 2022) à 21,4% (T1 2024). (Source : CTN, *Rapport d'Analyse des indicateurs T1 2024*)

Le FBP entraîne une gestion plus efficiente des ressources dans les formations sanitaires :

- Les FOSAs connaissent mieux leurs besoins : achats plus ciblés et limités. En effet grâce aux BAQ et aux subsides FBP les FOSA ont augmenté leurs budgets pour l'achat des médicaments et en améliorer la disponibilité.
- Plus besoins de grands processus d'achat : économie dans le processus ; en effet le coût de la bureaucratie est limité et l'approvisionnement est plus fluide. Le responsable de la formation sanitaire se déplace et paie directement les produits nécessaires.
- Ressources humaines mieux maîtrisées : les FOSAs recrutent le personnel nécessaire et ne paient que le personnel effectivement présent. Ainsi grâce aux BAQ de démarrage 30 agents qualifiés (16 IDE, 4 SFDE, 8 ATS et 1 médecin) ont été recrutés dans les provinces de Wadi Fira et Ennedi Est à la fin du premier contrat (décembre 2022). Dans les provinces du Logone Oriental et du Mandoul, respectivement 24% et 18% des agents de santé qualifiés sont des contractuels payés par les subsides FBP (au niveau PMA).

Dans les atouts du FBP nous pouvons ajouter l'archivage numérique des documents au niveau des ACV et progressivement au niveau des régulateurs ainsi que la digitalisation de l'enquête communautaire.

7.3.6 Analyse de problème, en général avant FBP

Le système de santé du Tchad présente plusieurs défis en termes de coût-efficacité, mais aussi quelques opportunités pour améliorer son efficacité dans l'utilisation des ressources. Voici quelques aspects clés à considérer :

- **Accès aux soins** Inégalités géographiques et sociales : zones urbaines et rurales. Une grande partie de la population n'a pas accès à des soins de qualité proches de chez elle, ce qui peut rendre coûteux l'accès aux services de santé, notamment pour les groupes les plus vulnérables.
- **Ressources limitées** : Les infrastructures de santé sont insuffisantes et mal équipées, et il y a un manque de personnel médical qualifié, ce qui affecte directement l'efficacité des soins fournis.
- **Financement du système de santé.** Dépendance à l'aide internationale : Le financement du système de santé dépend largement de l'aide extérieure et des subventions internationales, ce qui peut limiter l'autonomie et la durabilité du système.
- **Faible budget** : Le budget par capita est au tour de USD 10 (salaires fonctionnaires exclut), ce qui est une proportion relativement faible de son budget à la santé (7%),
- **Inefficience dans son allocation.** L'utilisation surtout dans les inputs infrastructure et la gratuité non ciblé pour césariennes, les enfants de moins de 5 ans et les urgences chirurgicales)
- Les **assurance maladies** se trouvent surtout dans le secteur privé.
- **Soins primaires sous-financés** : Bien que les soins primaires soient cruciaux pour la prévention et la gestion des maladies, ils restent sous-financés au Tchad. Cela pousse de nombreuses personnes à recourir aux soins secondaires ou à des consultations

coûteuses dans des structures privées, augmentant ainsi le coût total des soins pour les patients.

- Manque de personnel qualifié dans les FOSA (IDE, SFDE, ATS)

7.3.7 Analyse des problèmes des provinces ACV - FBP

- Retard récurrent dans le paiement des subsides ; des paiements de 2023 toujours non effectués pour certaines FOSA, pour certains régulateurs et les paiements des ACV de 2024 sont en souffrance. Ces retards de paiement ont entraîné la perte du capital de certaines FOSA, la démission des agents qualifiés recrutés, le non-paiement des salaires à l'ACV, le non-paiement des ABC, la méfiance de la communauté et la conviction générale que le FBP est finie.
- Renouvellement entier de l'équipe de la CTN-FBP sans transfert de compétence entraînant un dysfonctionnement de tout le système ;
- Retard dans l'obtention de l'ANO pour les activités de la CTN entraînant ainsi le non-respect de l'agenda FBP (cycle FBP) ;
- **Le partenariat public – privé est très peu développé et manque de concurrence pour les intrants.** La Centrale Pharmaceutique d'Approvisionnement (CPA) éprouve en ce moment difficultés à rendre disponible les médicaments essentiels génériques (MEG). Les Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement (PPA) sont autorisées à se ravitailler chez quelques grossistes privés. Cependant, les FOSA ne peuvent se ravitailler que dans les PPA. Le coût des médicaments et des équipements médicaux est un facteur important dans la faiblesse de l'efficacité du système de santé. Le manque de production locale et la dépendance vis-à-vis des importations entraînent des coûts élevés pour les patients et pour le gouvernement.
- Insuffisance dans la formation des acteurs dans l'approche FBP à tous les niveaux (central, CTN-FBP, les régulateurs des provinces et districts, les prestataires) ;
- Mouvement continu des responsables des FOSA : réaffectation des RCS dans la province ou en dehors de la province. Cela cause une perte de personnel FBP formé et coaché, et une absence de sentiment d'appartenance ;
- Les COGES sont peu fonctionnels, mais ils participent dans la gestion financière des FOSA car ils sont cosignataires des comptes. Le résultat est que l'argent de la FOSA est souvent bloqué dans le compte au lieu d'être utilisé selon la planification du plan de business et l'application de l'outil indices
- Le refus des COGES de mettre en commun les recettes de recouvrement de coûts car dans le système précédent c'était les COGES qui avaient créé les centres de santé communautaires en absence de l'appui extérieur de l'État ou autres sources de financement. Ce refus est aggravé par les retards de paiement des subsides FBP.
- Insuffisance dans la revue qualité par les districts sanitaires. Un manque de rigueur dans les scores des indicateurs composites qui fait que les équipes de district donnent systématiquement un score trop élevé. Cela est confirmé par les contrevérifications par les équipes de provinces, de la CTN et par la revue externe. Une autre raison est le manque de rigueur dans l'évaluation trimestrielle des districts par les autorités provinciales.

- Insuffisance dans l'élaboration du costing ; les ACV ne sont pas impliquées dans le costing et le budget donne une grande part aux interventions classiques de types inputs.
- Provinces de Wadi-Fira et l'Ennedi Est abritent une forte population des réfugiés venus du Soudan cependant le FBP en situation d'urgence est mis en œuvre de façon centralisée ce qui ne permet de renforcer les FOSA.

7.3.8 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	
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

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Observation
			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	2	
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. Cela peut être résolu avec un document de dérogation signé par les autorités de santé
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	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	
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	32	64%

Le score de faisabilité calculé à partir des indicateurs de pureté du FBP est de 64% est très en dessous du seuil de faisabilité d'un programme de financement basé sur la performance.

Cependant le FBP est une solution potentielle à travers l'achat des résultats permettant une amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soin. Avec 55% de la population couverte, le FBP est inscrit dans la politique nationale pour aller vers la CSU.

7.3.9 Commentaires

Le Tchad ne participe pas au fonds de financement du FBP. Nuance les salaires de beaucoup d'agents de santé dans les régions couvertes sont payés par l'État tchadien.

La part de la santé dans le budget général de l'État (BGE) en 2021 était approximativement de 180 millions de dollars. Le financement de la santé est important même s'il reste en dessous de 10% du BGE et pourrait suffire avec la participation des autres bailleurs à un passage à l'échelle du FBP. Pourquoi ne pas utiliser cet argent à travers le FBP ou du moins transformer le crédit état en subsides FBP ?

7.3.10 Recommandations

❖ **Au Ministère de la Santé Publique et de la Prévention**

1. Favoriser le libre marché dans l'approvisionnement en MEG
2. Encoder les FOSA privés n'ayant pas de code dans le SNIS
3. Faire respecter le protocole d'accord dans le financement du PRPSS au Tchad
4. Faire respecter le manuel FBP – Tchad
5. Mobiliser les ressources pour la mise en échelle
6. Diversifier les partenaires dans le financement du PRPSS

❖ **A la coordination du PRPSS (UCP)**

1. Recruter d'autres comptables pour assurer le flux financier dans le paiement des subsides
2. Respecter le manuel FBP - Tchad
3. Impliquer les ACV dans l'élaboration du costing annuel
4. Assurer le paiement des subsides FBP

❖ **A la CTN-FBP**

1. Former tous les acteurs (MSPP, CTN-FBP, régulateurs DPS et DS, les prestataires) dans l'approche FBP
2. Respecter les délais prévus de paiement de toutes les entités
3. Éponger les arriérés de toutes les entités
4. Réviser le Manuel FBP avec l'implication de tous les acteurs et en respectant l'approche FBP

❖ **Aux régulateurs**

1. Limiter les mouvements du personnel local formé en FBP
2. Promouvoir la qualité des soins à travers la revue de la qualité
3. Redynamiser les organes de participation communautaire (COSAN)
4. Faire le plaidoyer pour le libre marché dans le domaine des MEG

❖ **Aux ACV**

1. Former les nouveaux prestataires
2. Coacher les prestataires dans le FBP communautaire

❖ **Aux partenaires**

1. La Banque Mondiale d'accélérer le processus d'obtention de l'ANO ;
2. Respecter le Manuel FBP
3. Favoriser la mise à l'échelle du FBP

7.3.11 Plan d'action

Problèmes identifiés	Activités réalisées	Qui	Quand
1. Retard récurrent dans le paiement des subsides des acteurs	- Paiement des subsides des acteurs du FBP : 1 Faire la situation des impayées et faire le suivi des paiements. 2 Continuer le plaidoyer pour le paiement des acteurs dans le délai FBP	- Unité de Coordination du Projet. - Cellule Technique Nationale - ACV	- Immédiat, envoyer les OV aux ACV et DSP - Deux semaines. Envoyer la situation des impayées aux ACV et DSP. - Immédiat. Écrire aux coordonnateurs de la CTN et de l'UCP
2. Mouvement continu des responsables des fosas réaffectés	Limité la réaffectations du personnel	- DSP/ DS - ACV	
3. Insuffisance dans la revue qualité	- Réviser la grille qualité des régulateurs	- CTN-FBP - Régulateurs - ACV	- T1-2025
4. Insuffisance dans l'élaboration du costing	- Impliquer les ACV dans l'élaboration du costing annuel	- UCP - CTN - ACV	- T1-2025
5. Faible capacité managériale de la CTN-FBP	- Renforcer la capacité managériale de la CTN-FBP en la dotant d'une autonomie de gestion financière	- UCP	- Immédiat
6. Utilisation des fonds FBP dans les urgences sanitaires	- Mobiliser les fonds de gestion des urgences sanitaires en dehors du Fonds FBP	- MSPP - UCP	- Immédiat
7. Introduction des activités dites « essentielles »	- Plaidoyer pour annuler la directive du Secrétariat Général du MSP pour limiter les activités prévues dans le manuel FBP des ACV et des régulateurs (introduction des inputs)	- MSPP - UCP - CTN-FBP	- Immédiat
8. Insuffisance dans formation des comités de santé	- Redynamiser les COSA - Former les COSAN en FBP communautaire	- Régulateurs - ACV	- T1-2025
9. Les FOSA privés sans code ne sont pas contractualisés	- Plaidoyer pour impliquer les FOSA privés - Régulariser les FOSA privés les en encodant	- MSPP - DPS	- Immédiat
10. Retard dans l'obtention de l'ANO pour les activités de la CTN	- Accélérer le processus d'obtention de l'ANO	- BM	- Immédiat
11. Insuffisance dans la formation FBP des acteurs	- Former tous les acteurs en FBP	- UCP - CTN-FBP	- T1-2025

7.4 Burundi Éducation

7.4.1 Contexte général

Situé dans la région des Grands Lacs, le Burundi, est un pays d'Afrique de l'Est avec une superficie de 27.834 km² et une population estimée à 13,2 millions d'habitants en 2023. Il est bordé à l'ouest par la République Démocratique du Congo, au nord par le Rwanda et à l'est et au sud par la Tanzanie.

Le territoire est administrativement composé de 18 provinces subdivisées en 119 communes découpées en plus de 2 000 collines. En 2025, une réforme administrative redécoupera le pays en 5 provinces, 42 communes et 3044 collines ou quartiers².

Du point de vue économique, le Burundi est un pays enclavé à faible revenu, dont 80% de la population est employée dans le secteur agricole. La pauvreté touche près des deux tiers de la population avec une forte dominance en milieu rural (RESEN, 2021). 87% de la population vivaient avec moins de 1,9 USD/jour selon la Banque mondiale et un PIB par habitant de 245,8 USD en 2023 selon le FMI (BAD, 2024)³. La population en situation d'insécurité alimentaire est passée de près de 3 000 000 en 2014 à 5 396 556 en 2023, soit près du double⁴. L'insécurité alimentaire la plus élevée a été observée dans les provinces de Kirundo (74,1 %), Muramvya (65,2%), Ruyigi (54,3%) et Bururi (51,1%).

La pauvreté recule faiblement en raison du taux de croissance démographique qui reste élevé (3,1% par an), avec un taux de fécondité de 5,2 enfants par femme (4,6 pour l'ASS) qui fait que 58% de la population burundaise est de moins de 25 ans. Estimée à 5,1 millions en 2010, la population scolarisable du pays a augmenté à un rythme moyen annuel de 2,1% et pourrait atteindre 7,3 millions en 2030, soit 55,8% de la population totale burundaise pour cette année.

En effet, les changements structurels de l'économie restent tributaires du faible niveau de technologie. Selon l'indice mondial de l'innovation, le Burundi était classé 128e sur les 129 pays en 2019 et 131e sur 131 en 2023⁵.

7.4.2 Contexte du secteur éducatif – en général

Le Gouvernement du Burundi a entrepris d'importantes réformes à travers notamment l'instauration de l'enseignement fondamental depuis 2013, portant notamment organisation de l'enseignement de base et secondaire, comprenant les trois premiers cycles et le 4ème cycle (7ème, 8ème, 9ème). L'administration du système éducatif est calquée sur celle du territoire, avec une direction provinciale et communale avec un bureau d'inspection à chaque niveau.

² Voir loi organique n°1/05 du 16 mars 2023 portant détermination et délimitation des provinces, des communes, des zones, des collines et/ou quartiers de la république du Burundi.

³ BAD (2024) PERSPECTIVES ÉCONOMIQUES EN AFRIQUE 2024 : Impulser la transformation de l'Afrique par la réforme de l'architecture financière mondiale, Notes pays.

⁴ Groupe de la Banque africaine de développement, Rapport pays 2024, impulser la transformation du Burundi par l'architecture financière mondiale

La situation globale de l'éducation reflète le contexte démographique, le taux de natalité très élevé influe sur la population scolarisable avec des retombées sur les infrastructures, enseignants, matériels didactiques et pédagogiques etc.

Le contexte économique n'est pas non plus très favorable à une éducation de qualité en raison de l'extrême pauvreté de la population. La majorité des élèves sont scolarisés dans des conditions peu optimales, caractérisées par un déficit en infrastructures de base et à une dotation incomplète en manuels scolaires, notamment dans le public.

Il en résulte une faible rétention de l'école fondamentale du Burundi expliqué par (i) le niveau élevé du taux d'abandons (10% au niveau des cycles 1 à 3 en 2023, soit 260 000 ont quitté l'école, d'après le rapport Situation des enfants au Burundi-Unicef et le niveau élevé du taux de redoublement (29,5% au fondamental, d'après l'annuaire statistique du MENRS 2021-2022).

7.4.3 Analyse des problèmes / défis

➤ **Faible financement du secteur de l'éducation, surtout en FBP**

La part des allocations budgétaires pour l'éducation par rapport au PIB reste au-dessus de 4% pour la période 2016-2023/2024. Environ 75% des ressources publiques allouées à l'éducation ont été utilisées pour couvrir les salaires du personnel, 13% pour les transferts et subsides, et 2% pour les biens et services alors que les investissements n'ont représenté que 9%.

La part du budget pour le fondamental projeté de 2022-2023 à 2025-2026 est estimé à près de 82,3% du budget total⁶.

➤ **Des indicateurs à améliorer**

L'école fondamentale du Burundi fait face à un faible taux de rétention au fondamental, expliqué par (i) le niveau élevé du taux d'abandons (10% au niveau des cycles 1 à 3 en 2023, soit 260 000 ont quitté l'école, d'après le rapport de Situation des enfants au Burundi-Unicef) et le niveau élevé du taux de redoublement (29,5% au fondamental, d'après l'annuaire statistique du MENRS 2021-2022). Ainsi, l'achèvement du fondamental reste un problème épineux pour le système éducatif burundais avec en 2020 un peu moins de la moitié (48,2%) des élèves qui ont achevé les trois premiers cycles et seuls 3 élèves sur 10 (27,4%) ont achevé le quatrième cycle du fondamental. L'une des causes majeures identifiées à cette faible efficacité interne est la dégradation importante du niveau des acquis des apprentissages des élèves tout au long du fondamental.

Les chances de scolarisation apparaissent défavorables pour les filles, les ruraux et les 20% les plus pauvres. Des disparités de genre en défaveur des filles apparaissent à la fin du cycle fondamental et se maintiennent tout au long du cycle éducatif. À l'entrée du post-fondamental, 30% des filles contre 37% des garçons sont effectivement enrôlés. Les

⁶ Plan Sectoriel de l'Éducation, 2022-2030 du Burundi, janvier 2022, page 64.

écarts se maintiennent du début à la fin du cycle post-fondamental : la probabilité de finir le cycle est ainsi de 15% pour les filles contre 21 % pour les garçons.⁷

De même, le milieu de résidence reste une variable de disparité majeure en matière de scolarisation. Les ruraux comptent pour près de 81% des 6-24 ans, ils représentent 90% des jeunes jamais scolarisés. Les enfants ruraux scolarisés accèdent moins que les urbains au cycle post-fondamental, 11 % seulement pour les ruraux, trois fois plus faible que pour les urbains (33 %).

➤ **Les structures de régulation de la mise à l'échelle de l'approche FBP non encore mises en place**

Dans la perspective d'atteindre les Objectifs du Développement Durable (ODD4), le MENRS vient de lancer le processus de mise à l'échelle nationale progressive de la stratégie du Financement basé sur la performance à partir de l'année scolaire 2024-2025 ; les partenaires techniques et financiers du secteur de l'Éducation étant invités à s'aligner sur cette approche où 4 184 écoles fondamentales et 2 736 093 élèves sont visés par le FBP.

Le manuel des procédures révisé et adapté à la mise à l'échelle de l'approche FBP au mois de septembre 2024 prévoit la mise en place de la Cellule Technique Nationale et le Comité de Pilotage, mais ces structures ne sont pas encore mises en place.

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

Oui.

L'approche FBP appuie la politique nationale dans les domaines d'intervention liés à l'accès et équité, la qualité des enseignements, la gouvernance et le pilotage du système éducatif.

L'approche FBP est l'une des solutions à ces problèmes car, favorise la qualité, l'allocation budgétaire efficiente et renforce aussi la politique de décentralisation. 1 dollar USD investi en outputs équivaut à 4 USD investi en input.

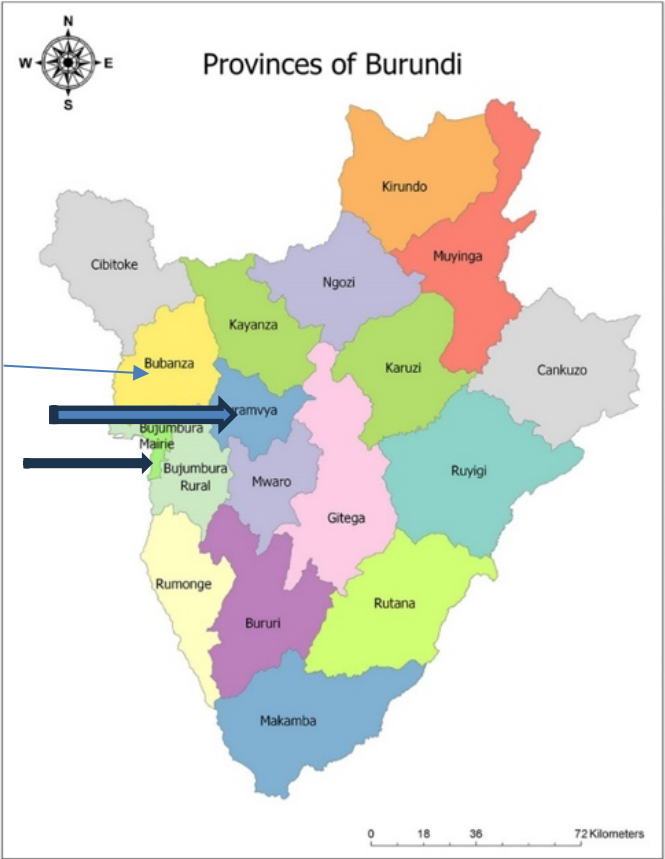
De ce fait, le FBP permet l'amélioration des conditions d'apprentissage : motivation du personnel, la culture de la redevabilité et de transparence dans la gestion des ressources rares

7.4.5 Contexte du programme FBP éducation au Burundi

Le développement et la mise en œuvre du projet FBP éducation au Burundi a démarré en province de Bubanza, de 2014 à 2016 après la visite d'échange au Sud Kivu, RDC en 2013 entre les délégués de l'ONG Cordaid et ceux du ministère de l'Éducation nationale.

De 2020-2021 à aujourd'hui, le projet est mis en œuvre en province de Muramvya au centre du pays dans 125 Écoles Fondamentales et Expertise France en Mairie de Bujumbura à partir de l'année scolaire 2024-2025 dans 70 Écoles Fondamentales.

⁷ Plan Sectoriel de l'Éducation, 2022-2030 du Burundi, op cit, page 15



Légende :

-  : Province projet FBP en cours (Muramvya et Bujumbura Mairie)
-  : Province projet FBP clôturé (Bubanza)

7.4.6 Score de faisabilité

Les 22 critères de pureté d'un programme FBP	Points dispo	Points obtns	
1. Le budget du programme FBP n'est pas inférieur à 20 \$US par élève bénéficiaire et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides des écoles, 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	0	
3. La Cellule Technique Nationale FBP est intégrée dans le ministère de l'éducation à un niveau suffisamment élevé qui le permet de coordonner toutes les activités du MENRS avec les Directions et Programmes.	2	0	Il existe une cellule de 7 personnes de suivi du projet pilote mise en place par le MENRS qui proviennent des différents départements/services. Le processus de mise à l'échelle prévoit la mise en place d'une cellule élargie, la Cellule Technique Nationale et le Comité de Pilotage (COPIL) dont le processus de leur mise en place est en cours
4. Les Directions et Programmes du MENRS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	2	0	Pas encore fait, car le montage institutionnel de la mise à l'échelle vient d'être élaboré au mois de septembre 2024

5. Le programme FBP contient l'indicateur "visites à domicile suivant un guide d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants	2	2	
6. Les régulateurs du MENRS réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 10 indicateurs composites auprès des écoles publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des écoles	2	2	La cartographie des écoles est régulièrement mise à jour
7. Le programme FBP a un comité de validation qui réunit le régulateur, l'ACV et un ou plusieurs représentants des écoles pour la validation des factures	2	2	
8. Le programme inclut une étude de base et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	0	
9. Les recettes du recouvrement des structures sont utilisées au point de collecte, et les structures (écoles, régulateurs) ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens sont les signataires.	2	2	
10. Les gestionnaires des structures (régulateurs, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	4	
11. Les écoles utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	0	
12. Les écoles utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides FBP.	2	0	
13. 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	
14. Les structures sont autorisées à déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0	
15. 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	N'ont pas le droit de licencier le personnel, mais ont le droit de mettre à la disposition de leurs autorités hiérarchiques un fonctionnaire qui ne remplit pas correctement sa mission
16. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification technique et communautaire.	2	2	
17. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2	
18. Les ACV acceptent de promouvoir les normes définies par le gouvernement	2	2	
19. Le programme a des bonus d'amélioration de qualité (BAQ) ou des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure, des équipements des structures et du personnel qualifié	2	0	
20. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	0	
21. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	2	
22. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2	
TOTAL :	48	26	
TOTAL		42%	

7.4.7 Commentaires sur le score de pureté du programme FBP éducation

Avant de démarrer le projet FBP en province de Muramvya, une étude de faisabilité a été réalisée en 2020 et a montré que le programme FBP dans le secteur de l'éducation est réalisable.

La mise en œuvre de ce projet FBP éducation a produit des résultats satisfaisants au niveau de l'amélioration de l'accès, de la qualité et de la gouvernance.

Cependant, comme le montre ce tableau de pureté du programme ci- haut, il existe des points forts sur lesquels est bâti le programme FBP, mais aussi des points à améliorer afin de rendre la mise à l'échelle de l'approche FBP effective.

7.4.8 Hypothèses fatales

- Budget insuffisant pour opérer la réforme
- Insuffisances des ressources humaines compétentes en FBP

7.4.9 Principales recommandations

- ❖ Au ministère de l'Éducation Nationale et de la Recherche Scientifique (MENRS)
 - Augmenter le budget alloué à l'éducation en diversifiant les sources de financement (partenaires au développement, investissement, contribution par la communauté bien organisée etc)
 - Traduire le budget inputs en outputs s afin de permettre la pérennisation et la durabilité du programme
 - Mettre en place les organes de régulation de la mise à l'échelle FBP : COPIL et CTN
 - Rendre fonctionnels les organes de régulation de la mise à l'échelle FBP : COPIL et CTN.

❖ A la CTN

Une fois mise en place,

- Revoir les indicateurs SMART
- Effectuer le costing
- Former beaucoup d'acteurs en éducation (régulateurs, les prestataires) sur l'approche FBP
- Réviser le Manuel FBP avec l'implication de tous les acteurs et en respectant l'approche FBP
- Actualiser la cartographie des écoles sous à mettre sous FBP

❖ Aux régulateurs

- Limiter les mouvements du personnel local formé en FBP
- Promouvoir la qualité des enseignements à travers la revue de la qualité et à base d'une grille harmonisée
- Redynamiser les CGE et les mettre sous contrat FBP

❖ Aux ACV

- Former les nouveaux prestataires
- Réaliser la recherche-action
- Coacher les prestataires dans le FBP communautaire

❖ Aux partenaires au Développement

- Appuyer financièrement et techniquement la mise à l'échelle FBP

7.4.10 Plan d'action

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	QUI	QUAND
Budget alloué au secteur de l'éducation, surtout en FBP insuffisant	Mener le plaidoyer en vue de : - Mobiliser les ressources nécessaires pour financer le secteur de l'éducation - Allouer les fonds inputs en outputs	Cordaid et autres Partenaires au Développement	Janvier- juin 2025
Les indicateurs à améliorer	Assurer le renforcement des capacités des acteurs en FBP : - Revue de certains outils de mise en œuvre de l'approche FBP (outils d'indice, indicateurs SMART outputs et de qualité/ BAQ - Contrats des régulateurs au niveau central, indicateurs comité de gestion de l'école GE - Costing etc.	Cordaid et autres Partenaires au Développement	Janvier- juin 2025
Les structures de coordination FBP au niveau central ne sont pas encore mises en place (Cellule Technique Nationale, Comité de pilotage)	Mettre en place les structures de régulation : cellule Technique Nationale, Comité de pilotage et les rendre fonctionnelles	MENRS	Janvier – juin 2025

7.5 Bénin**Thème : Plaidoyer pour la réintroduction du FBP amélioré dans la santé au Bénin et son enseignement à la FSS et à l'IRPS**

Située sur le Golfe de Guinée, la République du Bénin est un pays de l'Afrique de l'Ouest. Elle est limitée au Nord par le Niger, au Nord-Ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigéria et au Sud par l'Océan Atlantique. Elle couvre une superficie de 114,763 km² et s'étend sur une longueur de 700 km et une largeur variant de 125 à 325 km.

7.5.1 État de santé avec quelques indicateurs général

L'état de santé de la population béninoise est caractérisé par des niveaux encore élevés des taux de morbidité et de mortalité avec l'espérance de vie à la naissance estimée à 63,8 ans pour l'ensemble de la population en 2013 selon le RGPH4. Le taux brut de mortalité est de 8,5 pour 1000. Ce taux résulte essentiellement des taux élevés de mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto juvénile.

En effet, de 1996 à 2014, les différents ratios de mortalité maternelle publiés sont successivement de 498 (EDSI 1996), 474,4 (RGPH, 2002) 397 (EDSIII, 2006) et 335,5 (RGPH4 2013) pour 100 000 naissances vivantes. Malgré cette amorce de baisse du taux de mortalité maternelle, il reste cependant encore élevé et sa tendance d'évolution reste encore au-delà de celle préconisée par les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui est fixé à 125 pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030. Les complications obstétricales directes les plus fréquentes sont les dystocies dans 18,3% des cas, les prééclampsies et éclampsies dans 16,5% et les hémorragies dans 15,7% des cas et l'infection du post partum dans 1% des cas (E-R SONU Bénin 2016).

La tendance au niveau de la mortalité néonatale est stagnante autour de 38 décès pour 1000 naissances vivantes depuis plusieurs décennies : 38,2‰ en 1996 (EDS1) et 37,8‰ en 2014 (MICS). Quant à la mortalité infanto juvénile, elle est passée de 167‰ en 1992 à 106,3‰ (96,6‰ en milieu urbain et 112,1‰ en milieu rural) en 2013 (RGPH). Selon le MICS de 2014, ce taux est de 115,2 pour 1000 naissances vivantes.

Les principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans, selon ASS 2016 sont : le paludisme (incidence : 33% et létalité : 1,6‰), les IRA (incidence : 9,8% et létalité : 0,0 ‰) ; la diarrhée (incidence : 2,5‰ et létalité : 9,1‰) et l'anémie (incidence : 5,2% et létalité : 7,4‰). Les niveaux de ces indicateurs pourraient aussi s'expliquer entre autres par les mauvaises conditions d'hygiène et l'augmentation des températures liée aux changements climatiques.

Par ailleurs, l'enquête SARA 2015 révèle que la disponibilité des médicaments essentiels dans les établissements de soins est faible (41%) de même que la capacité de diagnostic (51%). Les capacités opérationnelles à offrir les services de vaccination sont évaluées à 78% et la capacité de diagnostic en matière de soins prénataux et de soins de l'enfant à 64%. En moyenne la capacité opérationnelle des formations sanitaires à dispenser des SONUB est de 63%. Les services de conseil et dépistage du VIH/SIDA, la PTME, le traitement et le suivi des PVVIH sous ARV sont offerts dans respectivement 72%, 46% et 43% des structures sanitaires.

La santé des adolescents et des jeunes est caractérisée par une insuffisance d'offre de services de santé de la reproduction, avec pour conséquence des rapports sexuels précoces et non protégés, des grossesses précoces et non désirées, des avortements provoqués clandestins, un nombre élevé de cas d'infections à VIH, et de violences diverses. Cette situation est aggravée par la consommation d'alcool, de drogues, de tabacs et de substances hautement nuisibles pour la santé. La situation des personnes adultes et âgées, quant à elle, est marquée par l'inexistence de dispositifs appropriés de prise en charge. Elles sont de plus en plus menacées par les affections liées au vieillissement ainsi que les maladies non transmissibles.

Les ressources allouées au secteur de la santé en 2025 s'élèvent à 150 milliards Fcfa contre 136 milliards Fcfa en 2023 soit une augmentation substantielle de 10%. Ce budget se répartit par programme budgétaire comme suit :

- Programme pilotage et soutien aux services : 82,5 milliards de francs CFA, soit 55%,

- Programme prévention et sécurité sanitaire 21,7 milliards de francs CFA, soit 14,5% ;
- Programme offre et accès aux soins : 45,9 milliards de francs CFA, soit 30,6%.

Message

La qualité des soins constitue une priorité pour le Gouvernement. Les soins de mauvaise qualité font plus de dégâts dans la population et compromettent l'équité. Avec les réformes opérées dans le secteur, plusieurs instruments facilitant la régulation, la gouvernance, l'accès aux intrants sont mis en place, cependant les indicateurs ne s'améliorent pas et la qualité des soins n'est pas assurée dans les formations sanitaires, notamment dans le centre de santé de Pahou (commune de Ouidah).

7.5.2 Nécessité formation FBP à Institut Régional de Santé publique (IRSP)

Le Bénin a expérimenté le FBP entre 2012 et 2018. Les difficultés liées à l'intégration et à l'appropriation de l'approche au niveau du ministère de la santé, le manque d'harmonisation entre les partenaires et l'inexistence d'un environnement concurrentiel d'accès aux intrants ont conduit amener le gouvernement à y mettre fin.

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'assurance maladie, pour renforcer l'accessibilité et la qualité des soins, le projet Assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH) a été initié. Malgré le passage à l'échelle en 2018, certaines zones géographiques et certains groupes vulnérables restent toujours confrontés aux problèmes d'accessibilité et de qualité des soins.

Les réformes engagées dans le secteur de la santé pour l'atteinte de la CSU ne capitalisent l'expérience du FBP (2012 – 2018) ainsi que les leçons tirées de ce dernier.

Par ailleurs, dans la définition du profil de professionnels du système de santé au Bénin, la démarche du Financement basé sur la performance n'est pas formellement prise en compte et aucun plaidoyer n'est fait à l'endroit des autorités et décideurs du ministère de la Santé et de l'enseignement supérieur.

7.5.3 Score de faisabilité et hypothèses fatales

Lors de la formation FBP, le centre de santé de Pahou a été visité et à partir des constats faits, une évaluation du FBP selon les 23 critères du score de faisabilité a été effectué.

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	
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	0	
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 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Commentaires
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	
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	0	
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	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	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	0	C'est le Méd. Chef qui est ordonnateur du Compte
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	Se référer à la hiérarchie
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	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	
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	0	
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	0	
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. 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	6	= 12%

Seulement 3 critères sur les 23 ont eu des scores positifs, donnant ainsi 6 points, soit 12%, avec quelques observations importantes lors de la visite du centre :

- Pas d'étude de base actualisée des ménages et de la qualité pour établir les priorités et définir les progrès (critère 9) ;
- Le CSA visité a de compte bancaire, mais le signataire et l'ordonnateur est le Médecin chef du centre de santé de la commune de Ouidah et non le médecin responsable du centre de Pahou (critère 10) ;
- Le responsable n'a pas le droit d'acheter directement les intrants, l'achat se fait par la hiérarchie qui est le médecin chef (critère 11 hypothèse fatale) ;
- Le plan d'affaire et le BAQ n'existent pas (critère 12) ;
- Il n'existe pas un outil indice pour analyse dépense et recette (critère 13) ;

7.5.4 Au sujet de la faisabilité

Une simulation de la faisabilité du FBP à partir de ce CSA montre qu'avec 4\$/hbt par an pour une population de 27 245 habitants, on pouvait disposer d'un montant de 108 980 \$. Si 70% soit 76 286 de ce montant est consacré aux subsides dans ce Centre de santé et que le Gouvernement contribue au budget du centre à hauteur de 20% soit 21 796 (critères 1 et 2), - et l'autonomie de gestion est donnée au responsable du Centre de santé, il peut assurer les soins de qualité en générant suffisamment de revenus pour motiver le personnel et acheter ses intrants (les locaux endommagés par l'incendie depuis 2021 seraient déjà réhabilités).

Les conditions de ce principe de faisabilité n'étant pas remplies, le CSA de Pahou se retrouve dans une « *hypothèse fatale* » avec les caractéristiques ci-dessous décrites.

7.5.5 Observations spécifiques dans les CS Pahou après clôture du programme FBP

Le centre de santé d'arrondissement de Pahou (commune de Ouidah – 16,6 km de Cotonou) est sis sur l'ancien Centre de Recherche pour le Développement de la santé (CREDESA), érigé depuis 1987, un centre de référence en Afrique pour la recherche – action sur l'Initiative de Bamako. Il relève de la Zone sanitaire de Ouidah, Kpomassè, Tori Bossito et couvre une population de 27.245 habitants.

Observations

Le centre était intégré dans le FBP entre 2012 et 2018 et des acquis de cette approche ont été évoqués par le personnel en poste, parmi ces acquis, il a été mentionné :

- Autonomie de gestion par le responsable du centre qui pouvait prendre des décisions en matière de dépenses pour faire face à certains achats et certaine réhabilitation.
- Existence de budget disponible pour le recrutement du personnel et les investissements

Lors de la visite du centre le 5 novembre 2024, les constats suivants ont été faits :

7. **Une infrastructure vétuste.** Un incendie (le 5 décembre 2021) a frappé le Centre endommageant le bâtiment principal abritant, le dispensaire, la maternité, le laboratoire. Trois ans après cet incendie, le personnel ne dispose pas des moyens pour faire la réhabilitation. Or, avec l'approche FBP, le centre aurait pu être réhabilité sur financement propre, ou bien avec les subsides FBP, ou avec le Bonus d'amélioration de la qualité (BAQ – ou Fonds additionnels du FBP.

8. **Manque des recettes externes comme celles de subsides FBP ou autres subsides de l'état ou de partenaires.**
9. **Manque d'autonomie de gestion du responsable du centre pour prendre des initiatives et résoudre les problèmes comme le recrutement du personnel contractuel qualifié, la réhabilitation du centre et l'achat d'équipement**
10. Inexistence d'autonomie de gestion de la FOSA - le rôle d'ordonnateur des dépenses n'est pas assuré par le responsable de la FOSA mais par le Médecin chef de Ouidah dans son rôle de régulateur (hypothèse fatale critère 1) ;
11. **Le centre de santé d'arrondissement de Pahou, comme tous les centres du pays, dépendent pour les intrants des systèmes centraux « inputs » de distribution sans aucun choix ;**
12. Les gestionnaires des FOSA ne sont pas autorisés à dépenser en cash.

Au vu de ces constats, le personnel dans les échanges a exprimé son souhait pour la réintroduction des meilleures pratiques FBP dans les formations sanitaires. D'où les recommandations suivantes.

7.5.6 Recommandations

Relancer le programme FBP, en considérant les observations suivantes :

S'inspirer des meilleures pratiques du FBP pour introduire l'autonomie de gestion de ce centre de santé à titre expérimental, permettrait de faire face aux dysfonctionnements constatés ;

Apprendre des erreurs faites dans la première phase FBP 2012-2018 au Bénin et tirer toutes les leçons possibles ;

Prendre en compte les innovations et améliorations qui ont eu place dans d'autres pays comme le Rwanda, le Burundi, le Mali, la RDC et le Maurétanie.

Ainsi, dans la phase préparatoire, les actions suivantes pourraient être proposées :

- Réaliser deux études sur la qualité des soins par les étudiants en formation master à l'ISRP comparant la période de la mise en œuvre de l'approche FBP et celle actuelle dans le CSA de Pahou.
- Faire le plaidoyer auprès des autorités du ministère de la Santé pour la réintroduction du PBF dans le secteur de la santé au Bénin ;
- Développer un programme de démarrage du FBP en se basant sur les résultats des études réalisées => où, qui, quoi, quand, budget (financement à rechercher) ? ;
- Faire le plaidoyer auprès des ministères de l'enseignement pour l'introduction de l'enseignement du FBP dans les curricula de formation des étudiants dans les écoles et universités, notamment dans les facultés de médecine et à l'institut régional de santé publique (IRSP) ;
- Introduire dans les offres de formation de l'IRSP et les facultés de médecine, les notions de base sur le financement basé sur la performance ;
- Former les étudiants en DES/Master en FBP dans la mesure où la plupart d'entre eux sont des responsables et les autorités, les prestataires de services au niveau de Bénin et dans d'autres pays de la sous - région.

7.5.7 Plan d'action détaillé « le quoi, le comment, le qui, et le quand ».

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	Qui ?	Quand ?
1. Les réformes engagées dans le secteur de la santé au Bénin depuis 2018 pour l'atteinte de la CSU ne capitalisent l'expérience du FBP ainsi que les leçons tirées de ce dernier.	- Réalisation de deux études en Master sur la qualité des soins pour comparer la période FBP et la période actuelle	Enseignants IRSP et Étudiants Master Santé publique	Janvier Mars 2025
2. Malgré la mise en œuvre de l'assurance maladie du projet Assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH) depuis 2018, il existe toujours des problèmes d'accessibilité et de la qualité des soins au niveau des FOSA, et de l'accès pour les vulnérables aux soins.	- Plaidoyer avec les résultats de recherche auprès des autorités pour la réintroduction du <i>FBP amélioré et intégré</i> dans le secteur de la santé.	Autorités du M. Santé Enseignants, Étudiants IRSP et Équipe cadre	Septembre – Décembre 2025
3. Non intégration des cours/ modules sur les notions de base en financement basé sur la performance dans les offres de formation des universités, des écoles de médecine et à l'institut régional de santé publique (IRSP).	- Plaidoyer auprès des ministères de l'enseignement pour l'introduction de l'enseignement du FBP dans les universités, les écoles de médecine et à l'IRSP. - Introduire dans les offres de formation de l'IRSP et les facultés de médecine, les notions de base sur le financement basé sur la performance.	Enseignants IRSP/FSS, Étudiants IRSP et autres écoles de médecine	Juin – Septembre 2025 Octobre 2025
4. Le montage du FBP 2012-2018 a eu plusieurs faiblesses conceptuelles comme le manque de l'implication du ministère de Santé, le manque d'harmonisation entre les trois partenaires FBP (Banque Mondiale, ENABEL et Fonds Mondial), la non-implication du secteur privé et encore des problèmes de libre accès des FOSA aux distributeurs en concurrence.	- Plaidoyers pour relancer le PBF au Bénin basé sur les bonnes pratiques connues dans d'autres pays d'Afrique avec un montage mieux intégré au ministère de Santé et avec une approche plus harmonisée selon les meilleures pratiques FBP qui inclut une meilleure autonomie des FOSA, libre accès aux distributeurs et l'implication du secteur privé surtout dans des zones (semi) urbaines.	Enseignants IRSP/FSS	Octobre – Décembre 2025