



# République du BENIN

## Rapport du 75ème cours PBF (Financement Basée sur la Performance)

Du 3 au 15 Décembre 2018 à Cotonou, Bénin



*Les 29 participants du cours avec l'équipe de facilitation*

*Version Finale 271218*

Ibouraïma AOU DI  
Joseph CATRAYE  
Christophe DOSSOUVI  
Célestin KIMANUKA  
Robert SOETERS

## CONTENU DU RAPPORT

<b>1. RESUME DU 75ÈME COURS PBF ET RECOMMANDATIONS POUR LES PAYS .....</b>	<b>5</b>
1.1 RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS DE CHAQUE PAYS.....	5
1.1.1 Mali.....	5
1.1.2 Tchad.....	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
1.1.3 Sénégal.....	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
1.1.4 Niger.....	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
1.1.5 Cameroun.....	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
1.1.6 Maurétanie .....	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
1.1.7 Rwanda.....	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
1.1.8 Éducation RCA.....	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
<b>2. SUMMARY IN ENGLISH OF THE 75<sup>TH</sup> PBF COURSE IN COTONOU .....</b>	<b>11</b>
2.1.1 Mali.....	11
2.1.2 Chad.....	12
2.1.3 Senegal.....	12
2.1.4 Niger.....	13
2.1.5 Cameroun.....	13
2.1.6 Mauretania.....	14
2.1.7 Rwanda.....	15
2.1.8 Education in the Central African Republic.....	15
<b>3. INTRODUCTION DU COURS PBF DE COTONOU .....</b>	<b>17</b>
3.1 HISTOIRE DES COURS PBF .....	17
3.2 OBJECTIFS DU COURS.....	17
3.3 MÉTHODOLOGIE DU COURS.....	17
3.4 LA LISTE DES PARTICIPANTS ET DES FACILITATEURS.....	18
<b>4. DEROULEMENT DU 75<sup>ÈME</sup> COURS PBF DE COTONOU .....</b>	<b>19</b>
<b>5. EVALUATIONS JOURNALIERES PAR LES PARTICIPANTS .....</b>	<b>22</b>
<b>6. EVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS .....</b>	<b>25</b>
6.1 PRÉPARATION ET IMPRESSION GÉNÉRALE SUR LE COURS .....	25
6.2 ASPECTS RELATIFS À LA DURÉE DE LA FORMATION .....	25
6.3 COMMENT LES PARTICIPANTS APPRÉCIENT L'ORGANISATION DE LA FORMATION.....	25
6.4 MÉTHODOLOGIE ET CONTENU DU COURS.....	26
6.5 COMMENT LES PARTICIPANTS APPRÉCIENT LA CONDUITE DU COURS ET LA FACILITATION	27
6.6 APPRÉCIATION PAR MODULE.....	27
6.7 REMARQUES SPÉCIFIQUES DES PARTICIPANTS .....	28
<b>7. PLANS D'ACTION DES PAYS REPRESENTES PENDANT LE COURS PBF .....</b>	<b>30</b>
7.1 MALI .....	30
7.1.1 Contexte et justification.....	30
7.1.2 Les deux projets pilotes FBR au Mali.....	30
7.1.3 Les leçons positives apprises des projets pilotes.....	31
7.1.4 Les difficultés rencontrées des projets pilotes.....	31
7.1.5 Facteurs favorables pour la MEO du FBR.....	31
7.1.6 Score de pureté du programme FBP.....	31
7.1.7 Recommandations.....	33
7.1.8 Plan d'action .....	34
7.1.9 Montage institutionnel.....	34

7.2	TCHAD.....	35
7.2.1	Contexte.....	35
7.2.2	Problèmes intrinsèques du système de santé au Tchad.....	35
7.2.3	Projet pilote FBP 2011-2013.....	36
7.2.4	Étude de faisabilité de l'actuel montage du programme FBP au Tchad.....	37
7.2.5	Score détaillé de faisabilité de PBF.....	37
7.2.6	Recommandations générales.....	38
7.2.7	Recommandations spécifiques pour le groupe de Tchad.....	39
7.2.8	Plan d'action du groupe de Cotonou.....	39
7.3	SÉNÉGAL.....	40
7.3.1	Introduction.....	40
7.3.2	Le programme national FBR.....	40
7.3.3	Énoncé du problème.....	40
7.3.4	Score de faisabilité - Existence d'hypothèses fatales.....	41
7.3.5	Activités prévues.....	42
7.3.6	Recommandations.....	43
7.3.7	Plan d'action.....	43
7.3.8	Conclusion :.....	44
7.4	NIGER.....	44
7.4.1	Contexte.....	44
7.4.2	Analyse de système de santé.....	45
7.4.3	Projet pilote FBP Boboye financé par la Banque Mondiale).....	45
7.4.4	Projet FBP de KFW dans la région de Tillabéri.....	46
7.4.5	Pertinence de l'approche du FBP.....	46
7.4.6	Score de faisabilité.....	47
7.4.7	Recommandations.....	48
7.4.8	Plan d'action.....	49
7.5	CAMEROUN.....	50
7.5.1	Contexte.....	50
7.5.2	Analyse de problèmes et score de faisabilité.....	50
7.5.3	District de Santé de la Cité Verte – Région Centre.....	50
7.5.4	Analyse de problèmes du District.....	50
7.5.5	Plan d'action du District.....	51
7.5.6	Programme National de Transfusion Sanguine.....	51
7.5.7	Plan d'action du PNTS.....	51
7.5.8	Inspection Générale des Services Administratifs.....	51
7.5.9	Plan d'action IGS-A.....	52
7.6	MAURÉTANIE.....	52
7.6.1	Contexte.....	52
	SITUATION GÉOGRAPHIQUE.....	52
	DÉMOGRAPHIE, ÉCONOMIE ET DÉVELOPPEMENT HUMAIN.....	52
7.6.2	Organisation du système de santé.....	53
7.6.3	Situation sanitaire au niveau national.....	53
7.6.4	Situation sanitaire au niveau de la région de Hodh el Gharbi.....	54
7.6.5	Situation sanitaire au niveau de la région de Guidimagha.....	54
7.6.6	Analyse du problème.....	55
7.6.7	Est-ce que les problèmes peuvent être résolus par le FBP.....	55
7.6.8	Score de faisabilité et hypothèses fatales.....	55
7.6.9	Plan d'action.....	56

7.7	RWANDA .....	56
7.7.1	<i>Contexte</i> .....	56
7.7.2	<i>Analyse du problème</i> .....	57
7.7.3	<i>Score de faisabilité</i> .....	57
7.7.4	<i>Recommandations</i> .....	59
7.7.5	<i>Plan d'action</i> .....	59
7.8	SECTEUR ÉDUCATION DANS LE RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE .....	60
7.8.1	<i>Contexte du Pays</i> .....	60
7.8.2	<i>Historique du FBR dans le secteur Éducation de la RCA</i> .....	60
7.8.3	<i>Les points forts de FBR</i> .....	61
7.8.4	<i>Les problèmes identifiés avec la MEO du FBR</i> .....	62
7.8.5	<i>Scan de pureté FBR</i> .....	62
7.8.6	<i>Recommandations</i> .....	63
7.8.7	<i>Montage Institutionnel</i> .....	64
7.8.8	<i>Plan d'action</i> .....	64

## 1. RESUME du 75ème COURS PBF et RECOMMANDATIONS pour les PAYS

*English version of this summary see page 11 below.*

Nous rendons compte des programmes FBP dans sept pays du Sahel. Nous rendons également compte du développement récent du FBP au Rwanda, qui a été le premier pays d'Afrique à adopter cette approche de réforme en 2001 et qui a le mis à l'échelle en 2005. Nous présentons également un rapport sur le FBP dans le secteur de l'éducation en République centrafricaine.

Le dernier cours FBP de 2018 est déroulé à Cotonou du 3 au 15 décembre 2018 avec 29 participants de huit pays: Sénégal (10x), Mauritanie (5x), RCA (3x) Niger (3x), Tchad ( 3x), Cameroun (3x) Mali (1x) et Rwanda (1x). Le cours a été organisé par BEST-SD Benin avec l'aide de BASP-96 Burkina et de SINA Health des Pays-Bas.

Les évaluations quotidiennes du cours étaient en moyenne de 82%, ce qui est 3,5 points de plus que la moyenne des 43 cours francophones précédents. L'impact du cours 75ème PBF s'est traduit par une bonne qualité des plans d'action mis en œuvre par les groupes de pays (voir la suite du présent rapport).

Vingt-neuf participants ont fait le posttest et la progression moyenne par rapport au pré-test était de 29%. Le posttest moyen était de 74%, soit 2% de plus que la moyenne de 72% des 20 derniers cours. Deux participants ont obtenu un certificat de participation et huit participants ont obtenu un certificat de distinction avec un score de 87% ou plus pour le test final du cours et. Il s'agit de :

### **Avec 87% :**

- Dr Fatou Béréte NDIAYE – de la Direction Générale de Santé du MSAS au Sénégal.
- M. Moussa MAMADOU – de la DPTME du MSP de Niger
- Dr Cheick Mansour S – Le Coordinateur de l'Alliance du Secteur Privé de Mali
- M. Paul GUTEMBRI – de la CTN-FBR du Ministère d'Éducation en RCA

### **Avec 90% :**

- Dr. Mame Ndioro FAYE – de la DPRS du Ministère de Santé au Sénégal
- Dr. Housseini AMADOU – de la DSME du MSP de Niger
- Dr Olivier MOALLOUM – de l'UNFPA au Tchad

### **Avec 100%**

- Dr. Boubacar AW – Spécialiste FBP au niveau Régional en Maurétanie

## 1.1 Résumé des recommandations de chaque pays

### 1.1.1 Mali

Deux projets pilotes FBR (2009-2011 et 2016-2017) au Mali ont donné des résultats favorables, à la suite desquels le gouvernement a décidé de l'étendre le FBR au Mali. Cependant, pour que cette approche soit couronnée de succès, elle nécessite des réformes majeures du système de santé et l'engagement des plus hautes autorités et partenaires.

### **Recommandations**

- Les participants maliens à Cotonou contacteront les 41 participants, qui avaient déjà suivi l'un des cours FBR, et organiseront un atelier pour discuter de la mise en œuvre du FBR. Ils proposent de passer en revue les théories, les meilleures pratiques et les instruments actuellement appliqués au Mali, en tenant également compte des enseignements tirés des projets pilotes menés au Mali;
- Développer, examiner et valider un plan d'action pour la mise en œuvre du FBR au Mali;

- Plaider auprès du gouvernement et des partenaires pour mettre à disposition un budget adéquat pour le FBR d'au moins 4 USD par personne par an pour les zones couvertes;
- Stimuler une meilleure coordination des partenaires dans le financement et la mise en œuvre du FBR;
- Plaider pour une gestion plus autonome des formations sanitaires;
- Révision des textes pour les formations sanitaires communautaires (CSCCom) afin de mieux séparer les fonctions des professionnels de la santé responsables de la gestion quotidienne et des propriétaires de la communauté responsables du suivi et des décisions stratégiques;
- Assurer la répartition équitable des contrats primaires et secondaires FBR aux structures de santé gouvernemental, privés à but non lucratif et privés à but lucratif;
- Réaliser une étude de base dans chacune des trois régions FBR.

### 1.1.2 Tchad

Le système de santé du Tchad connaît les problèmes suivants: 1. Le budget national de la santé a fortement diminué au cours des dernières années; 2. Le budget public est utilisé de manière inefficace à la suite de la politique « input » centralisée; 3. Il y a un manque d'intégration et d'utilisation de personnel qualifié travaillant dans le secteur privé (informel) où qui sont au chômage. 4. Les régulateurs à tous les niveaux du système de santé ne s'acquittent pas correctement de leurs responsabilités.

Un projet pilote a été mis en œuvre de 2001 à 2013 avec des résultats si encourageants qu'il justifiait l'extension du FBP au Tchad. L'évaluation du projet pilote a montré des améliorations significatives de la qualité et de l'utilisation des services de santé ainsi qu'une augmentation de la motivation du personnel.

Pourtant, l'extension a été difficile à mettre en œuvre. Pour faire avancer à plus grande échelle, les participants tchadiens au cours proposent que le gouvernement déclare le FBP comme son approche de réforme nationale. Cependant, le montage doit être amélioré car les participants ont attribué au score de pureté du FBP seulement 62%, ce qui est inférieur au minimum de 80%. Ils ont également identifié un certain nombre d'hypothèses fatales à prendre en compte pour augmenter les chances de succès.

#### **Recommandations Tchad:**

##### **Au gouvernement**

- Adopter l'approche de réforme FBP en tant que politique nationale;
- Contribuer au financement du FBP en transformant les lignes budgétaires traditionnelles «input» du gouvernement en lignes FBP;
- Rationaliser les aires santé des formations sanitaires en unités de 10 000 habitants en moyenne;
- Briser les monopoles sur la distribution des médicaments essentiels et autres intrants.

##### **Aux partenaires techniques et financiers**

- Adopter le FBP comme approche de développement privilégiée;
- Soutenir le financement du FBP;
- Fournir une assistance technique pour le FBP;
- Soutenir la société civile

### 1.1.3 Sénégal

L'analyse du programme national FBR au Sénégal montre qu'il existe de nombreux défis en dépit des progrès réalisés. Pour cela, le programme a besoin de mieux appliquer les meilleures

pratiques proposées dans le contexte du financement basé sur la performance. La mise en œuvre du plan d'action de Cotonou élaboré par les 10 participants sénégalais constituera une contribution importante à la réalisation des objectifs fixés. L'engagement des différentes parties prenantes sera une condition sine qua non pour sa réalisation.

### **Recommandations Sénégal**

- Aligner l'approche du FBR du Sénégal sur les meilleures pratiques internationales du FBR;
- Identifier et mettre en œuvre les principaux mécanismes pour rendre durable le FBR au Sénégal;
- Promouvoir que les structures de santé aient accès pour leurs besoins en médicaments essentiels aux distributeurs opérant en concurrence;
- Intégrer l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (ACMU) et l'Inspection du Ministère de la Santé dans le système FBR pour les rendre responsables de la vérification et de la contre-vérification;
- Harmoniser les interventions du PN-FBR et du ACMU pour une meilleure rationalisation des ressources.

#### **1.1.4 Niger**

Le Niger a mis en œuvre deux projets pilotes de FBP: Un dans le district sanitaire de Boboye en 2015 et ; Un autre dans la région de Tillabéri en 2017. Les résultats favorables ont justifié son mise à l'échelle par le gouvernement avec un soutien financier et technique engagé par la Banque mondiale. Le score de faisabilité, mené par les trois participants du Niger, basé sur 23 critères de pureté, était de 68%. En outre, ils ont identifié deux hypothèses fatales qui devraient être résolues pour que le FBP réussisse et notamment: 1. Les effets négatifs du système de caisse unique du Trésor qui rend impossible la mise en œuvre du FBP; 2. L'existence d'un monopole pour l'achat de médicaments et d'autres intrants.

### **Recommandations Niger**

- Rendre la Cellule Technique National FBP opérationnelle et la relier directement au bureau du Secrétaire Général;
- Mettre toutes les directions centrales et régionales impliquées dans la mise en œuvre du programme FBP sous contrat de performance ;
- Définir les procédures de recrutement des Agences de Contractualisation et de la Vérification Régionales. Cela peut être par le biais d'un appel d'offres international ou en identifiant une organisation locale ayant un statut juridique déjà existant. Les désavantages de recruter une organisation après un appel d'offres international est que: 1. Cela dure au moins un an; 2. Ce n'est pas une solution durable et; 3. C'est plus cher. Au contraire, l'identification d'une organisation déjà existante n'aura pas ces inconvénients, mais le contrat doit indiquer très précisément ce qui est attendu pour éviter une interférence négative de la part des dirigeants locaux.
- Plaider auprès du Ministre de la Santé publique pour l'allocation du budget total de la santé de la Banque mondiale à une approche de financement basée sur la performance plutôt que de le mélanger à d'autres composantes « inputs ». L'expérience montre qu'une approche mixte ne fonctionne pas et crée de la confusion parmi les agents de mise en œuvre.
- Habilitiez les organisations avec des contrats FBP en leur permettant d'ouvrir leurs comptes auprès des banques commerciales et d'utiliser les fonds de manière autonome.
- Élaborer dans les régions FBP des contrats de performance avec toutes les parties prenantes (centres de santé primaires, hôpitaux, régulateurs).

### 1.1.5 Cameroun

En 2017, le MINSANTE a décidé d'étendre l'approche PBF aux trois régions restantes (du Centre, du Sud et de l'Ouest). La couverture nationale de l'approche PBF à la fin de 2018 était d'environ 70%. Des contrats FBP ont été élaborés et ont été signés entre la CTN PBF et les directions et programmes centraux du MINSANTE, y compris avec les inspections centrales.

L'équipe du Cameroun à Cotonou a réalisé l'analyse de faisabilité PBF et a obtenu un score de 84%. Cependant, ils ont également identifié les deux principaux défis suivants:

- Un monopole relatif de Centrale d'Achat des médicaments reste en place malgré la décision ministérielle autorisant les structures de santé PBF à se procurer des médicaments auprès de distributeurs privés. Ils ne sont autorisés à le faire qu'après un délai de sept jours lorsque les structures de santé ne parviennent pas à se procurer des médicaments dans les magasins de Centrale d'Achat;
- La gestion centralisée et l'affectation des fonctionnaires dans les établissements de santé sont inefficaces et créent d'énormes problèmes de distribution, en particulier en défaveur des zones rurales.

#### **Recommandations Cameroun**

- Pour le *district sanitaire de la Cité Verte* dans la capitale Yaoundé, le participant au cours propose de: 1. Cartographier et rationaliser les aires de santé par unités de 10 000 habitants en moyenne; 2. Établir un plan de communication, d'éducation et d'information pour les acteurs du district et; 3. Restituez les principaux messages PBF à tous les acteurs du district.
- Pour le *programme national de transfusion sanguine*, le participant propose : 1. Introduire l'approche PBF dans la gestion des centres de transfusion sanguine; 2. Examiner les options de gestion PBF pour le futur centre de transfusion sanguine et 3. Introduire la concurrence entre les centres régionaux autonomes de transfusion sanguine au lieu d'appliquer la planification centralisée à Yaoundé.
- Le représentant de *l'Inspection générale des services administratifs* a élaboré les propositions suivantes: 1. plaider en faveur de la libre concurrence entre les distributeurs de médicaments et de produits consommables; 2. Suivre la mise en œuvre de la décision ministérielle sur l'offre de médicaments avec les fournisseurs et les grossistes en relation avec les structures de santé concernées; 3. Produire un rapport trimestriel à l'intention du ministre de la Santé publique sur l'état de la mise en œuvre du PBF (couverture, défis et recommandations), en particulier dans les hôpitaux de première et de deuxième catégorie.

### 1.1.6 Maurétanie

Le programme FBP en Mauritanie est en phase de démarrage dans deux régions avec en total 600 000 habitants. Cependant, une couverture plus large du FBP avec également un district de la capitale Nouakchott serait souhaitable pour réaliser de meilleures économies d'échelle et pour être plus représentative avec un mélange de zones rurales et urbaines.

#### **Recommandations Maurétanie**

- Plaider auprès du gouvernement pour que le FBP devienne la principale stratégie de réforme du système de santé en Mauritanie;
- Proposer que le conseil régional joue le rôle d'un conseil de suivi qui se réunit, par exemple, quatre fois par an. D'autre part, la gestion quotidienne des contrats et la vérification du projet devraient être de la responsabilité des équipes régionales de vérification (ERV) et avoir leur propre contrat avec la Cellule Technique Nationale FBP;



- Signer des contrats de performance avec l'Inspection Générale de la Santé et la Direction des Pharmacies et des Laboratoires;
- Réaliser pendant la phase pilote des évaluations par groupes de pairs des hôpitaux régionaux FBP associés à d'autres hôpitaux régionaux n'ayant pas encore mis en œuvre le FBP;
- Plaider en faveur d'une dérogation pour briser le monopole des intrants dans la zone FBP pilote;
- Plaider en faveur d'une dérogation pour la gestion autonome des formations sanitaires dans la zone FBP pilote;
- Plaider en faveur d'une dérogation permettant aux structures de santé d'utiliser de manière autonome la totalité de leurs revenus et de résoudre ainsi les problèmes liés de l'Unité de Caisse ;
- Demander aux équipes de gestion de la santé de district des deux régions pilotes de mettre à jour le découpage des aires de santé ;
- Accélérer la passation des marchés en signant des contrats entre le Secrétaire général et les équipes régionales de vérification dans les deux régions (locaux, bureaux, équipements, logistique, opérations, etc.).

#### 1.1.7 Rwanda

Le Rwanda en 2001 a été le premier pays d'Afrique à expérimenter le FBP et à l'intensifier à l'échelle nationale en 2006. Les résultats ont été très favorables, notamment en ce qui concerne la qualité des soins. Les résultats ont également été publiés dans plusieurs articles scientifiques. L'harmonisation du FBP avec l'assurance maladie obligatoire et le fait que le gouvernement paye 60% du budget du FBP constituent d'autres atouts. Pendant de nombreuses années, le Rwanda a été le pays phare du FBP en Afrique et plusieurs pays ont étudié leur cas et rendu visite au pays.

Cependant, malgré ces avancées dans l'approche PBF, des améliorations sont nécessaires pour bénéficier des innovations d'autres pays au cours des dernières années. Une façon d'analyser ces innovations consiste à appliquer les 23 critères de pureté et le participant au cours du Rwanda a obtenu le score de 60%.

#### **Recommandations Rwanda:**

- Faire une revue du système FBP au Rwanda et l'adapter pour qu'il corresponde davantage aux meilleures pratiques et innovations internationales ;
- Augmenter le budget FBP de 2 USD par habitant et par an à 5 USD. Pour ce faire, on peut tout d'abord transformer les lignes budgétaires inefficaces « input » du gouvernement (= financement en nature) en lignes budgétaires output ou FBP. Des études ont montré que 4 USD investis en intrants équivaut à 1 USD investis dans le FBP. De plus, les fonds des partenaires peuvent également être utilisés plus efficacement en transformant les lignes budgétaires en inputs en lignes PBF;
- Promouvoir la libre concurrence grâce à laquelle les structures de santé ont été contraintes d'acheter leurs médicaments, équipements et autres consommables médicaux auprès de différents distributeurs opérant en concurrence;
- Rendre les structures de santé plus autonomes pour le recrutement, l'application de sanctions et même le licenciement du personnel en cas de besoin;
- Introduire le système PBF également dans les établissements de santé privés (à but lucratif) afin de bénéficier de leurs avantages comparatifs. Le gouvernement devrait donc aussi élaborer des contrats et verser des subventions PBF aux établissements de santé privés dans le but d'atteindre leurs objectifs et d'améliorer la qualité de leurs soins.

### 1.1.8 Le FBP dans le secteur d'éducation en République centrafricaine

Le système éducatif de la RCA a été paralysé au cours des deux dernières décennies en raison de crises politiques et militaires récurrentes. Les indicateurs scolaires sont médiocres avec un taux de scolarisation primaire de 55% seulement pour les filles et de 71% pour les garçons. Cordaid a introduit le FBP dans le secteur de l'éducation depuis 2008 et cela a donné de bons résultats. Le gouvernement a déclaré le FBP comme politique nationale. Malgré cette volonté politique, le financement d'environ 20 millions USD par an pour couvrir l'ensemble du pays n'a pas encore été mobilisé.

Depuis 2017, Cordaid a également testé deux approches FBP: 1. Une approche pour une zone *stable* (Nana Mambéré) où un PBF « pur » est appliqué et; 2. Une autre approche pour une zone *non stable* (Ouham Pendé) où une approche mixte est appliquée du FBP avec une approche input. La construction a été dédiée dans l'approche à un constructeur externe qui devrait construire des écoles. Cette approche externe n'a pas bien marché. Six écoles sont construits par des constructeurs externes mais la qualité n'était pas bonne. Par contre les deux écoles qui étaient construits par la communauté étaient de meilleure qualité.

Le score de pureté PBF généré par les participants à la CAR en Cotonou pour leur programme d'éducation est de 48%.

#### **Recommandations FBP éducation en RCA**

##### **Au gouvernement**

- Augmenter le nombre d'élèves enseignants dans les instituts de formation;
- Ouvrir des lignes FBP dans le budget gouvernemental pour les écoles et en augmenter le montant;
- Offrir aux partenaires privés la possibilité de créer des instituts de formation d'enseignants et de les soutenir de la même manière que les écoles publiques;
- Appliquer une répartition plus équitable des enseignants qualifiés dans les écoles du pays;
- Mettre à jour la cartographie générale des écoles, en particulier au niveau primaire.

##### **Aux acteurs qui mettent en œuvre l'approche PBF**

- Donner des connaissances de base à tous les responsables de terrain concernant le FBP;
- Donner l'autonomie à la communauté pour la réalisation d'activités de construction au niveau local.

##### **Dans les écoles**

- Établir une gestion transparente en utilisant l'outil de gestion des indices pour la mobilisation et la motivation des enseignants;
- Adopter de nouvelles règles pour la gestion financière des ressources générées par les écoles.

## 2. SUMMARY in ENGLISH of the 75<sup>th</sup> PBF COURSE in COTONOU

We report on the PBF programs in seven Sahel countries. We also report on the recent development of PBF in Rwanda, which was the first country in Africa that started in 2001 this reform approach and scaled it up in 2005. We also report on PBF in the education sector in the Central African Republic.

This is the report of the last PBF course of 2018 that took place in Cotonou from 3rd to 15th December 2018 with 29 participants from eight countries: Senegal (10x), Mauritania (5x), RCA (3x) Niger (3x), Chad (3x), Cameroon (3x) Mali (1x) and Rwanda (1x). The course was organized by BEST-SD Benin with assistance from BASP-96 Burkina and SINA Health from the Netherlands. There was an experienced facilitation team from DRC, Benin, Burkina Faso and the Netherlands.

The daily evaluations of the course averaged 82%, which is 3.5 points above the average of the 43 previous Francophone courses. All the criteria : facilitation, participation, organization, and time keeping scored higher than previous French-language courses, with 4.4%, 2.3%, 2.8% and 4.6% respectively. 37% of participants said the course was too short.

The impact of the 75th PBF course has been translated into a good quality of the action plans carried out by the groups of countries (see the rest of this report).

Twenty-nine participants did the posttest and the average progress compared to the pre-test was 29%. The average post-test was 74%, which is 2% above the 72% average of the last 20 courses. Eight participants obtained a certificate of distinction with a score of 87% or higher for the final course test.

### Summary of each country's recommendations

#### 2.1.1 Mali

There were favorable results of two pilot RBF projects (2009-2011 and 2016-2017) in Mali after which the government decided to expand it in Mali. However, for this approach to be successful, it requires major reforms of the health system and the commitment of the highest authorities and partners.

#### Recommendations

- The Malian participants in Cotonou will contact the 41 participants, who previously attended one of the PBF courses, and will organize a workshop to discuss the implementation of RBF. They propose to review the theories, best practices, and instruments currently being applied in Mali, also taking into account the lessons learned from the pilot projects in Mali ;
- Develop, review and validate an action plan for the implementation of RBF in Mali;
- Advocate with the government and the partners to make available an adequate budget for RBF of at least US \$ 4 per person for the areas covered ;
- Stimulate better coordination of the partners in the financing and implementation of RBF;
- Advocate for more autonomous management of the health facilities ;
- Revision of the texts for the community health facilities (CSCoM) to better separate the functions of the health professionals who are responsible for the day-to-day management and the community owners who are responsible for monitoring and strategic decisions;
- Assure the equitable distribution of primary and secondary FBR contracts to the government, private not-for-profit, and private for-profit health facilities;
- Conduct a baseline study in each of the three RBF regions.

### 2.1.2 Chad

Chad has the following problems of their health system: 1. The national health budget has fallen sharply during the recent few years; 2. The public budget is used inefficiently as the result of centralized input policies; 3. There is a lack of integration and use of qualified personnel working in the (informal) private sector or who are unemployed; 4. Regulators at all levels of the health system do not perform their responsibilities adequately.

A pilot project has been implemented from 2001 to 2013 with such encouraging results that it justified the scaling up of PBF in Chad. The evaluation of the pilot showed significant improvements in the quality and utilization of health services as well as an increase in staff motivation.

Yet, it has been difficult to implement. To advance the scaling up, the course participants from Chad propose that the government should declare PBF their national reform approach. Yet the design should be improved because the participants gave the PBF purity score only 62%, which is below the minimum of 80%. They also identified a number of killing assumptions that should be addressed to increase the chance of success.

#### **Recommendations Chad:**

##### **To the Government**

- Adopt the PBF reform approach as national policy ;
- Put into place an improved PBF implementation framework ;
- Contribute to the financing of PBF by transforming traditional government "input" budget lines into PBF lines ;
- Rationalize the health facility catchment areas in units of on average 10.000 inhabitants ;
- Break the monopolies on the distribution of essential drugs and other inputs.

##### **To technical and financial partners**

- Adopt PBF as the preferred development approach ;
- Support PBF by funding it ;
- Provide technical assistance for PBF;
- Support civil society to support the establishment of PBF.

### 2.1.3 Senegal

The analysis of the national FBR program in Senegal shows that there are many challenges despite the progress made. For this, the program needs to apply the best practices proposed in the context of performance-based financing. The implementation of the Cotonou action plan developed by the 10 participants from Senegal will be an important contribution to achieving the objectives set. The commitment of the different stakeholders will be a sine qua non for its realization.

#### **Recommendations Senegal**

- Align Senegal's RBF approach with international RBF best practices ;
- Identify and implement the main mechanisms to make RBF sustainable in Senegal ;
- Promote that health facilities have access for their essential drugs needs to distributors operating in competition ;
- Integrate the Universal Health Coverage Agency (ACMU) and the Ministry of Health's internal inspection into the RBF system to make them responsible for verification and verification;

- Harmonize the interventions of the RBR-NP and CAEP for a better rationalization of the resources.

#### 2.1.4 Niger

Niger has implemented two pilots PBF projects: One in the health district of Boboye in 2015 and another in the Tillabéri region in 2017. The favorable results justified the scaling up by the government with financial and technical support committed by the World Bank. The feasibility score, conducted by the three participants from Niger, based on 23 purity criteria, was 68%. In addition, they identified two killing assumptions that should be solved for PBF to be successful: 1. The negative effects of the single treasury account system that makes implementing PBF impossible and; 2. The existence of a monopoly for the purchase of medicines and other inputs.

#### **Recommendations Niger**

- Make the national PBF unit operational and link it directly to the office of Secretary-General ;
- Develop performance contracts with the central and regional Ministry of Health departments ;
- Define the procedures for recruiting the Regional Contract Development and Verification Agencies. This can be through an international tender, or by identifying a local organization with an already existing legal status. The disadvantages of recruiting an organization after an international tender is that: 1. It lasts at least a year; 2. It is not a sustainable solution and ; 3. It is more expensive. To the contrary, identifying an already existing organization will not have these disadvantages but the contract should be made very SMART of what is being expected to prevent negative interference by local leaders.
- Advocate with the Minister of Public Health for the allocation of the World Bank's total health budget for performance-based funding approach instead of mixing it with other input components. Experience shows that a mixed approach does not work and creates confusion among the implementing agents.
- Empower the organizations with PBF contracts by allowing them to open their accounts at commercial banks and to use the funds autonomously.
- Develop performance contracts with all stakeholders (primary health facilities, hospitals, regulators) in the PBF regions.

#### 2.1.5 Cameroun

In 2017 the Ministry of Health decided to extend the PBF approach to the three remaining regions of Central, South, and West. The national coverage of the PBF approach by the end of 2018 was around 70%. PBF contracts were developed and signed between the PBF Unit and Ministry of Health central directorates and programs, including with the Central Inspectorates.

The Cameroun team in Cotonou conducted the PBF feasibility scan and came to the score of 84%. Yet, they also identified the following main challenges:

- A relative monopoly of Central Medical Stores remains in place despite the ministerial decision authorizing the PBF health facilities to procure drugs from private distributors. They are only allowed to do so after a period of seven days when the health facilities fail to obtain drugs through Central Medical Stores ;
- The centralized management and posting of civil servants to health facilities is inefficient and creates enormous distribution problems in particular in disfavor of rural areas.

### **Recommendations Cameroun**

- For the *district of Cité Verte* in the capital Yaoundé, the course participant proposes to 1. Map and rationalize the health catchment areas in units of on average 10,000 inhabitants; 2. Establish a communication, education and information plan for district actors and; 3. Restitute the main PBF messages with all actors of the district.
- For the *national blood transfusion program*, the participant proposes to 1. Introduce the PBF approach in the management of blood transfusion centers; 2. Review PBF management options for the future Blood Transfusion Center and 3. Introduce competition between autonomous Regional Blood Transfusion Centers instead of applying centralized planning from Yaoundé.
- The representative of the *General Inspectorate of Administrative Services* developed the following action plan: 1. Advocate for free competition between distributors of medicines and consumables; 2. Monitor the implementation of the ministerial decision on drug supply with providers and wholesalers in relation to the relevant structures; 3. Produce a quarterly report to the Minister of Public Health on the status of PBF implementation (coverage, challenges, and recommendations) in particular in 1st and 2nd category hospitals.

#### 2.1.6 Mauretania

The FBP program in Mauritania is in its start-up phase in two regions covering 600,000 inhabitants. However, greater FBP coverage with also a district of the capital Nouakchott would be desirable to achieve better economies of scale and to be more representative with a rural and urban mix.

### **Recommendations Mauretania**

- Advocate that the government declares the RBF approach to become the main reform strategy of the health system in Mauretania ;
- Propose that the Regional Council should play the role of a board, which meets, for example, four times a year. On the other hand, the day-to-day management of the contracting and the verification of the project should be the responsibility of the Regional Verification Teams and have its own contract with the national PBF unit;
- Sign performance contracts with the Inspectorate General of Health and the Directorate of Pharmacies and Laboratories ;
- Conduct during the pilot phase peer group evaluations of the PBF regional hospitals paired with other regional hospitals not yet implementing PBF ;
- Advocate for a waiver to break the monopoly for inputs in the pilot area ;
- Advocate for a waiver for the autonomous management of the health facilities in the pilot area ;
- Advocate for a waiver to allow health facilities to use autonomously all their revenues at the point of collection and thereby solve the problems with the single treasury account ;
- Instruct the District Health Management Teams of the two pilot regions to update the division of the health areas;
- Accelerate the contracting of the Regional Verification Teams by signing contracts between the Secretary-General and the Regional Verification Teams in both regions (premises, offices, equipment, logistics, operation ...).

### 2.1.7 Rwanda

Rwanda in 2001 was the first country in Africa to pilot PBF and scaled it up nationwide in 2006. The results were very favorable and especially for the quality of care. The results were also published in several scientific articles. Other strengths were the harmonization of PBF with Obligatory Health Insurance and that the government pays 60% of the PBF budget. For many years, Rwanda was the PBF flagship country in Africa and several countries studied their case and visited the country.

However, despite these advances in the PBF approach, improvements are needed to benefit from the innovations in other countries in recent years. One way to analyze these innovations is by applying the 23 purity criteria and the course participant from Rwanda scored 60%.

#### **Recommendations Rwanda:**

- Review the PBF system in Rwanda and adapt it to become more in line with international best practices and innovations.
- Increase the PBF budget from the current USD 2 per capita per year to USD 5. This can be done first of all by transforming inefficient government input budget lines (= in-kind financing) into output- or PBF funding. Studies showed that US \$ 4 invested in inputs equals US \$ 1 invested in PBF. Moreover, partner funds can also be used more efficiently by transforming input budget lines into PBF lines;
- Promote free competition whereby health facilities are allowed to purchase their medicines, equipment, and other medical consumables from different distributing operating in competition;
- Make health facilities more autonomous for the recruitment, application of sanctions and even dismissal staff in case of need;
- Introduce the PBF system also among private (for profit) health facilities in order to benefit from their comparative advantages. The government should therefore also develop contracts and pay PBF subsidies to private health facilities with the aims to achieve government objectives and to improve their quality of care.

### 2.1.8 Education in the Central African Republic

CAR's education system has been paralyzed during the past two decades due to recurrent political and military crises. School indicators are poor with the primary school enrollment rate for girls of only 55% and 71% for boys. Cordaid introduced PBF in the education sector since 2008 and this has produced good results. The government declared PBF as their national policy. Yet despite this political will, the funding of around USD 20 million per year to cover the entire country has not yet been mobilized.

Since 2017, Cordaid has also tested two PBF approaches: 1. One for a stable zone (Nana Mambéré) where "pure" PBF is applied and; 2. Another for a non-stable area (Ouham Pendé) where a mixed approach is applied of PBF with inputs.

The PBF purity score produced by the CAR participants Cotonou for their education program is 48%.

## **Recommendations CAR education**

### **To the government**

- Increase the number of student teachers in training institutes ;
- Open PBF lines in the government budget for the schools and increase the amount ;
- Provide opportunities for private partners to establish teacher training institutes and support them in the same way as public schools;
- Apply a more equitable distribution of qualified teachers in schools nationwide ;
- Update the general mapping of schools, especially at the primary level.

### **To those actors, who implement the PBF approach**

- Give basic knowledge to all field managers regarding PBF ;
- Give autonomy to the community for the realization of construction activities at the local level.

### **At schools**

- Establish transparent management by using the indices management tool for the mobilization and motivation of the teachers ;
- Adopt new rules for financial management also of the resources generated by the schools.



### 3. INTRODUCTION du COURS PBF de COTONOU

#### 3.1 Histoire des cours PBF

Le premier cours PBF a eu lieu en République Démocratique du Congo en 2007. Ce premier cours et quelques autres cours FBP francophones ont été possible grâce au financement régulier de Cordaid Pays Bas et la collaboration de plusieurs organisations comme l'AAP Sud Kivu et HDP Rwanda. Depuis 2012, le BEST-SD de Bénin, le BASP96 de Burkina et le FRPS de Littoral de Cameroun ont organisé entre eux au moins 25 cours PBF. 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 PBF a été édité en 2009 et est mis à jour avant chaque nouveau cours. À ce jour, plus de 2400 participants ont pris part aux cours et la plupart sont devenus des défenseurs du FBP dans leurs pays.

Le FBP attire l'attention dans le monde entier. Il constitue une bonne voie pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durables 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.

#### 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, les outils réglementaires et le marketing social.

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

- 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 basé sur les inputs.
- À la fin de ce cours les participants devraient maîtriser les théories, les meilleures pratiques et les outils afin 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 exposés-débats. Un accent particulier a été mis sur le fait de poser des questions aux participants auxquelles chacun pouvait répondre par technologie Turning Point. Le récapitulatif / synthèse journalier des sessions antérieures permet aux participants de fixer les points clés et essentiels des modules, des débats et des

travaux de groupes. Il permet aussi de poser des questions avant de donner des explications sur un thème quelconque. On a aussi pendant les derniers cours mis plus d'accent sur le développement des plans d'action 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 La liste des participants et des facilitateurs

Le 75<sup>ème</sup> cours PBF a connu la participation de 29 personnes dont seulement 4 (14%) de sexe féminine. Sur l'ensemble des participants la majorité sont fonctionnaires du Ministère de Santé des niveaux centraux, intermédiaires et périphériques, 2 des ONG internationales, 1 de l'UNFPA, 1 de la Banque Mondiale, et 1 de l'Alliance du Secteur Privé de Mali.

Postnom	Nom	Sexe	Organisation	Profession	Pays
ABAD	Brahim	m	MS - DPL	Pharmacien	Mauritanie
AMADOU	Housseini	m	MS - DPTME	Médecin	Niger
ASSAKO MEBALE	Stéphan	m	MS - PNTS	Juriste - Administrateur	Cameroun
AW	Boubacar	m	MS - Suivi Eval FM	Médecin dentiste	Mauritanie
BALDE	Yaya	m	MS	Médecin	Sénégal
CHAIBOU	Abache	m	MS	Administrateur	Niger
DAHMANE	Meimoune	m	MS	Infirmier	Mauritanie
DIA	Alassane Abderra	m	MS CTN FBR	Statist Economist	Mauritanie
DIARRA	Ndongo	m	MS - DSME	Techn Sup Santé	Sénégal
DIAW	Anta	f	MS/PNFBR	Médecin	Sénégal
DJIBA	Djibril	m	PNFBR	Infirmier	Sénégal
DJOKOBE	Salomon	m	Cordaid Verificateur	Ingénieur	RCA
EL BECHIR	Sidi Abdoullah	m	MS	Economiste et Dipl SP	Mauritanie
FAYE	Mame Ndioro	f	MS	Médecin	Sénégal
FAYE	Dibokor Henri	m	MS PNFBR	Techn Sup Santé	Sénégal
GUEYE	Mamadou Lamin	m	PN FBR	Administrateur	Sénégal
GUITREMBI	Paul	m	Min Educ CTN FBR	Administrateur	RCA
KANE	Seck Mamadou	m	MS - CMU	Administrateur	Sénégal
MAMOUDOU	Moussa	m	MS - DSME	Communicateur Santé	Niger
MIGISHA	Benjamin	m	MS - PBF coordinator	Professionnel	Rwanda
MOALLOUM	Tarda Olivier	m	UNFPA	Médecin	Tchad
MORBE	Ngartelbaye	m	Banque Mondiale	Economiste de la santé	Tchad
MOUSTAPHA	Mahamat Tanko	m	MS - PRSSNI	Administrateur	Tchad
NDANGUERE	Fidélia-Sandrine	f	Cordaid	Linguiste - vérificateur	RCA
NDIAYE	Bétééré Fatou	f	MS	Médecin	Sénégal
NIANG	Cheikh Mbacke	m	MS	Médecin Chir Dent	Sénégal
OTTOU TSALA	François Marie	m	MS	Med Chef Distr Cité Verte	Cameroun
SIDI MEILA	Baba Mohamed	m	MS-Hop Nouakchott	Médecin	Mauritanie
SY	Cheick Mansour	m	Alliance Sect Privé	Medecin SP	Mali
ZE	Jean Jacques	m	MS - Inspeccion	Medécin	Cameroun
<b>FACILITATEURS</b>					
CATRAYE	Joseph	M	BASP'96	Medécin	Burkina
SOETERS	Robert	M	SINA Health	Medécin	Pays Bas
DOSSOUVI	Christophe	M	BEST-SD	Medécin	Benin
KIMANUKA	Célestin	M	ISSNT Goma	Statisticien	RDC
AOUDI	Ibouraïma	M	BEST-SD,	Directeur hopital	Benin

Tableau 1 : Liste des participants au 75ème cours PBF.

Le cours était animé par Dr Robert SOETERS de SINA Health comme facilitateur principal, Dr Joseph CATRAYE, directeur BASP 96 de Burkina Faso, Dr Christophe DOSSOUVI, directeur BEST-SD, et Mr. Célestin KIMANUKA, directeur de l'Institut Supérieur de statistique de Goma en RDC. La logistique et facilitation ont été assurées par M. Ibouaïma AOUDI de BEST-SD avec l'appui de Léon GBEHO (comptable) et Mme Nicole ADE.

#### 4. DEROULEMENT du 75<sup>ème</sup> COURS PBF de Cotonou

Ce chapitre présente le déroulement du 75<sup>ème</sup> cours international sur le FBP qui s'est tenu à l'Hôtel Bénin Atlantic Beach à Cotonou (Bénin) du 03 au 15 décembre 2018.

Le **lundi 03 décembre 2018** : Le cours a démarré avec un mot d'accueil adressé aux participants par Dr Joseph CATRAYE, Directeur de BAPS'96 suivi de l'introduction au cours FBP par Dr Robert SOETERS, facilitateur principal dudit cours. Après l'ouverture officielle du cours, les participants ont passé leur prétest, qui a duré 25 minutes. Ensuite, le module 1 a été lancé. Il s'agit de l'introduction et organisation du cours qui ont consisté à la présentation des participants, leurs attentes et craintes. Ensuite, les facilitateurs ont présenté le but et objectifs, le programme, l'historique et la méthodologie du cours. Pendant la discussion, le module 3 sur l'équité a été abordé.

L'équipe dirigeante du « village » du 75<sup>ème</sup> cours FBP a ensuite été mise en place et l'élection a conduit à l'intronisation du gouvernement constitué de la manière suivante :

- Chef du village : Professeur ZE Jean Jacques
- Adjoint : Mr ABDOULLAH Bechir
- Ministre de Finance : Mr CHAIBOU Elh Abache
- Berger -Time Keeper: Mme Fidélia NDANGUERE
- Ministre d'Énergie : : Mr MAMADOU Gueye

Après l'introduction du cours (module 1) ensuite, après la pause-café, ils se sont retrouvés en groupes – pays (Sénégal, Maurétanie, Tchad, Cameroun, Mali, Niger, RCA) afin de réfléchir sur une série de quatre questions en lien avec la performance actuelle de leur système de santé ou d'éducation (cas particulier de la RCA). Les questions posées étaient les suivantes :

Dans quelle mesure votre système de santé est-il coût-efficace ? Quels sont les principaux défis et pourquoi ? Quel défi est la priorité pour améliorer et comment ? Est-ce que le FBP est une solution ?

Ces travaux de groupes ont ensuite donné lieu à une restitution des résultats en plénière.

Le module 2 prévu au programme n'a pas été abordé.

La journée a été clôturée par l'évaluation de la journée, l'élection du meilleur participant et la rencontre avec le groupe du Tchad et du Niger autour de leur plan d'action.

La **deuxième journée, mardi 04 décembre 2018**, a démarré avec la présentation du récapitulatif des travaux de la 1<sup>ème</sup> journée par un facilitateur. Le reste de la journée a été consacré à la finalisation du module, concernant les idées de départ aux module 2 (Un exemple simple FBP). Des discussions intéressantes ont eu lieu sur les thèmes : Externalité, Bien public, Externalité dans le domaine de l'éducation, la Définition FBP, les meilleures pratiques en FBP, sujets de changements.

Après-midi le Module 4 sur les théories liées au FBP a été lancé.

L'évaluation de la journée, la désignation du meilleur participant et la rencontre avec l'équipe du Sénégal ont clôturé la journée.

La **troisième journée, mercredi 05 décembre 2018**, les travaux ont commencé par le récapitulatif des travaux de la 2<sup>ème</sup> journée. Après la finalisation du module 4 sur les Théories du FBP, le module 5 concernant la Micro-économie et l'économie de la santé a fait l'objet de la présentation et des discussions tout au long de la journée.

L'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant ont clôturé la journée.

Les facilitateurs ont ensuite rencontré les participants de la Maurétanie et du Rwanda dans le cadre de l'élaboration de leurs plans d'action.

La **quatrième journée, jeudi 6 décembre 2018**, les travaux de la journée ont commencés avec le récapitulatif de la journée précédente. Ensuite les modules sur l' **Économie de la santé a été achevé et nous avons continué avec le module sur la Politique Nationale, Régulation et Assurance qualité.**

Les principaux sujets débattus sont : L'efficacité allocative, l'efficacité technique, l'efficacité administrative, le coût marginal, l'économie d'échelle et l'économie de portée, la Loi de finance, les échecs du marché, les modes de financement, les sources de financement de la santé, les Buts socio-économiques souvent identifiés par l'État, Politique de santé de l'État, le rôle du régulateur au niveau national.

L'évaluation quotidienne et le choix du meilleur participant ont mis fin aux travaux de la journée. Le soir les facilitateurs ont rencontré le groupe du RCA et l'explication du module sur le FBP en éducation.

La **cinquième journée, vendredi 7 décembre 2018**, a débuté comme les précédente par la présentation du récapitulatif de la journée précédente, Ensuite il y a eu la présentation de la suite du module 6 **Buts socio-économiques & sanitaires, Rôle des acteurs de la régulation, Contrats de performance de la régulation ; Assurance qualité.** Toutes les présentations ont été suivies par des discussions qui ont permis aux participants de maîtriser les différentes thématiques abordées.

A partir de 11h, une visite de terrain a été réalisée par les participants répartis en 4 groupes dans quatre formations sanitaires. Il s'agit de répartition des participants en 4 groupes de huit personnes :

- Groupe 1 : Centre de santé de PAHOU
- Groupe 2 : Centre de santé ADOLPHE KOLPING (AGBANTO)
- Groupe 3 : Centre de santé de HOUENANKO
- Groupe 4 : Hôpital de zone de OUIDAH

**Objectif :** la visite de terrain visait à collecter et analyser les données conformément à la grille de supervision, puis restituer les observations en plénière.

Les visites dans les structures de santé étaient guidées par une liste de questions auxquelles les participants devaient trouver des réponses en discutant avec les prestataires desdits centres. Après la visite, les participants ont travaillé sur la synthèse des résultats de leur visite qui a été présenté le même jour en séance plénière. L'évaluation de la journée a été réalisée après la restitution.

Les principales leçons à tirer de la visite : C'était une grosse erreur d'arrêter le FBP au Bénin, il faudra toujours avoir des populations cibles (dénominateur) pour calculer les principaux indicateurs et évaluer les progrès par rapport aux standards.

La **sixième journée, samedi 08 décembre 2018**, a débuté par la présentation du récapitulatif de la journée précédente. Cette première étape a été suivie de la poursuite du module Évaluation de la qualité des services. Un débat intéressant a suivi cette présentation. Ensuite, le module 7 (ACV/collecte de données) a été abordé suivi du Scan de faisabilité – critères de pureté hypothèses fatales & plaidoyer. L'évaluation quotidienne et le choix du meilleur participant ont mis fin aux travaux de la journée.

La **septième journée, Dimanche 09 décembre 2018** était une journée touristique. Deux sites avaient été initialement soumis au vote des participants (Ganvié spécialisés avec des villages lacustre et Ouidah, citée historique passant par la route de pêche) et le choix a été porté sur le site de OUIDAH.

Au total 28 participants au cours et 4 facilitateurs ont effectués la visite à Ouidah. Entre le départ de l'hôtel à 9h00 et le retour à 17h30 les participants à la sortie ont visité tour à tour le temple des pythons de Ouidah, le musée historique de Ouidah, la place Chacha où se trouvait l'arbre à enchère, le mémorial de l'esclavage, l'arbre de l'oubli et la porte de non-retour.

**La huitième journée lundi 10 décembre 2018**, a débuté avec la présentation du rapport de la journée du samedi 08 et du dimanche 09 décembre 2018. Ensuite, il y a eu **Restitution des Travaux de Groupe** sur l'analyse du score de faisabilité du FBP et l'identification d'éventuelles des hypothèses fatales **et Jeux de rôle**. Les travaux se sont poursuivis par les présentations du **Gestion de conflits et technique de négociation en FBP et la finalisation du module ACV**. Les recommandations ont été prise en considération. La journée a été clôturé par l'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant.

**La neuvième journée, mardi 11 décembre 2018**, a commencé comme les précédentes par le récapitulatif de la journée précédente. Les travaux de la journée se sont ensuite focalisés sur le **module 12 : les indicateurs "Output"**. La correction des exercices sur les indicateurs a été organisée. Les facilitateurs ont présenté le module Plan de Business qui a été suivi par les exercices sur le plan d'action.

La journée s'est terminée par l'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant.

Les travaux de la **dixième journée, mercredi 12 décembre 2018** ont débuté par le récapitulatif de la journée précédente, A suivi la suite de la présentation des modules portant sur le Marketing social, les études de base et le module outil d'indice, les participants ont fait des exercices sur l'outil d'indice jusqu'à la fin de la journée. Le reste de la journée a été consacré aux travaux de groupe sur l'outil indice. La journée a pris fin officiellement comme il est de coutume par l'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant et des rencontres avec les groupes pays.

**La onzième journée, jeudi 13 décembre 2018** a débuté par le récapitulatif des travaux de la journée précédente. Ensuite ont suivi : la présentation de discussion du module 15 « **Outil d'indice (suite et fin)** » et la poursuite de la préparation des travaux de groupe sur les plans d'action post formation des différents pays. L'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant ont clôturé la journée.

#### **Vendredi 14 décembre 2018, douzième et dernier jour du programme**

Après le récapitulatif de la journée précédente, les participant ont continué la finalisation de leur plan d'action par pays jusqu'à 11h30. Chaque pays a procédé à la présentation de son plan d'action sous forme de poster par la technique du « carrousel ». Cette technique consistait au déplacement de toute l'équipe là où sont fixé les postes pour suivre la présentation des membres de l'équipe. En fin pour terminer les facilitateurs ont fait une révision de certaines notions de microéconomie et d'économie de la santé.

Comme d'habitude, il y a eu l'évaluation de la journée et l'évaluation générale du cours. Les participants ont profité de l'après-midi qui était libre pour soit réviser les différents modules, soit faire du shopping dans la ville de Cotonou.

**Samedi 15 décembre 2018** : L'examen basé sur le test des connaissances des participants au 75<sup>ème</sup> cours international sur le FBP a commencé à 8h30 pour permettre à certains participants de voyager dans l'après-midi et l'ensemble des participants ont terminé leur test avant 10 h30. Cet examen a donné 5 distinctions dont une avec une note très rare de 100% obtenue par Dr AW Boubacar de la Maurétanie. La cérémonie de clôture au cours a connu successivement les temps forts suivants : résultats du test et remise des certificats ; mots des participants ; discours de clôture du facilitateur principal ; la photo de famille et ; le cocktail.

### 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 82%. Cela est de 3,5 point supérieur à la moyenne des 43 cours précédents francophones et de 1 point inférieur à la moyenne des 24 cours anglophones précédents. Les critères « facilitation », « participation », « organisation » et « respect du temps » étaient supérieurs aux cours précédents francophones avec respectivement 4,4%, 2,3%, 2,8% et 4,6%.

Évaluations journalières pendant 10 jours par les participants	Cours Anglophones (24x)	Cours Francophones (43x)	Cotonou Décembre 2018	Comparaison Cotonou Décembre 2018 - Cours Francophones précédents
Méthodologie et facilitation	87,5%	84,9%	89,3%	4,4%
Participation	87,4%	82,4%	84,7%	2,3%
Organisation	86,3%	72,4%	75,2%	2,8%
Respect du temps	72,6%	76,1%	80,7%	4,6%
<b>Score total</b>	<b>83%</b>	<b>79%</b>	<b>82%</b>	<b>3,5%</b>

Tableau 3 : Les scores moyens des évaluations journalières basées sur 4 critères.

L’aspect de **la facilitation & méthodologie** a été évalué en moyenne à 89,3% comme étant « très satisfait ». Cela est un score supérieur de 4,4% points par rapport aux 43 cours francophones précédents qui ont accusé un score moyen de 84,9%. Ce score de facilitation est satisfaisant et aussi légèrement supérieur par rapport aux cours anglophones. La tendance d’évaluation de la satisfaction pour la facilitation était progressive de 60% le premier jour jusqu’à 100% la dernière journée.

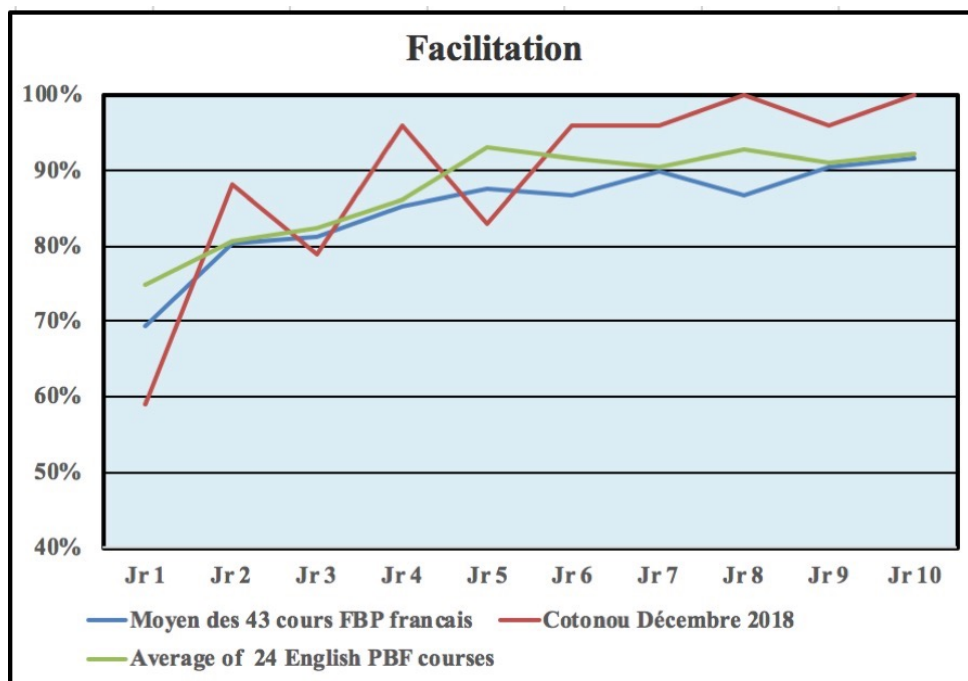


Figure 1 : Évolution de l’évaluation journalière des participants : *facilitation & méthodologie*.



**La participation** a été évaluée en moyenne à 84,7% pour tous les jours ; ce qui est 2,3% *supérieur* par rapport à la moyenne des 43 cours francophones précédents qui ont connu un score moyen de 82,4% (et 3% inférieur par rapport au cours anglophones). La satisfaction avec la participation des participants a connu une pente croissante entre la première et la deuxième semaine.

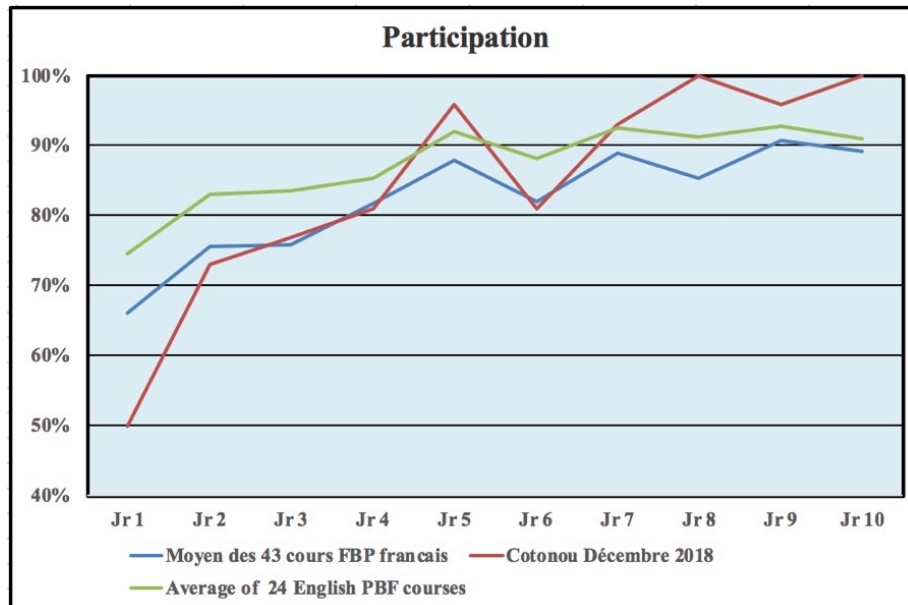


Figure 2 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *participation*.

**L'organisation du cours** était évaluée en moyenne à 75,2% « très satisfait » ce qui est de 2,3 points supérieurs aux 43 cours francophones précédents avec une moyenne de 72,6% et 9 points inférieurs aux cours anglophones avec une moyenne de 86%. La satisfaction pour l'organisation était mauvais le premier jour avec 33% suite à une rupture de courant pendant 4 heures du partir de 04 :00 le matin. Également vers la fin du cours il y avait plusieurs épisodes de ruptures d'électricité, qui ont diminué la satisfaction des participants.

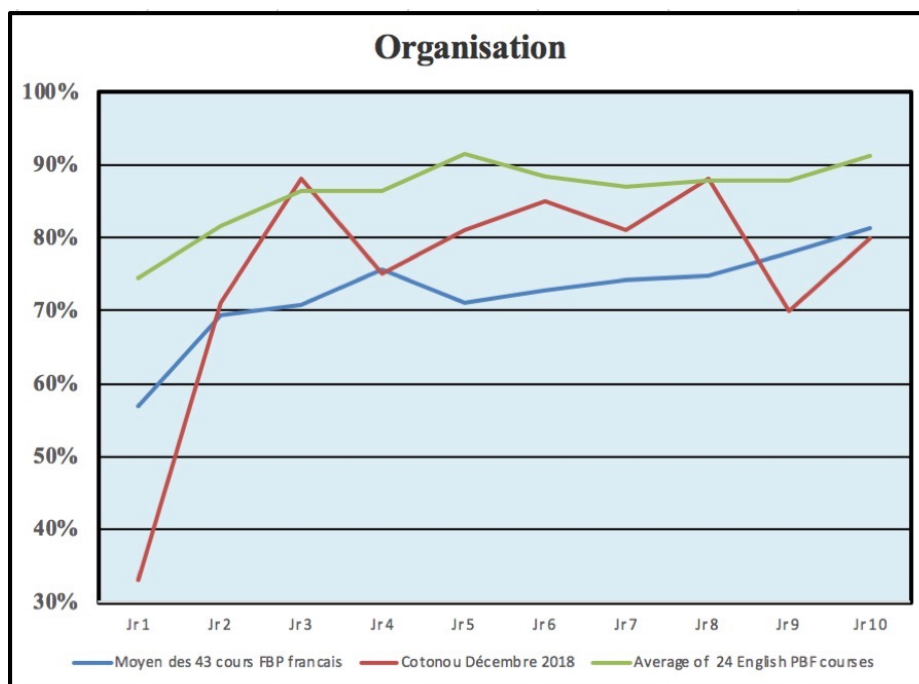


Figure 3 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *organisation*.

**Le respect du temps** a été évalué en moyenne à 80,7% « très satisfait » ce qui est un score supérieur de 4,6 points par rapport à la moyenne des autres cours francophones, qui avaient un score moyen de 76,1% et un score supérieur de 8 points par rapport à la moyenne des cours anglophones. Le score de respect du temps a connu des problèmes les premiers deux jours.

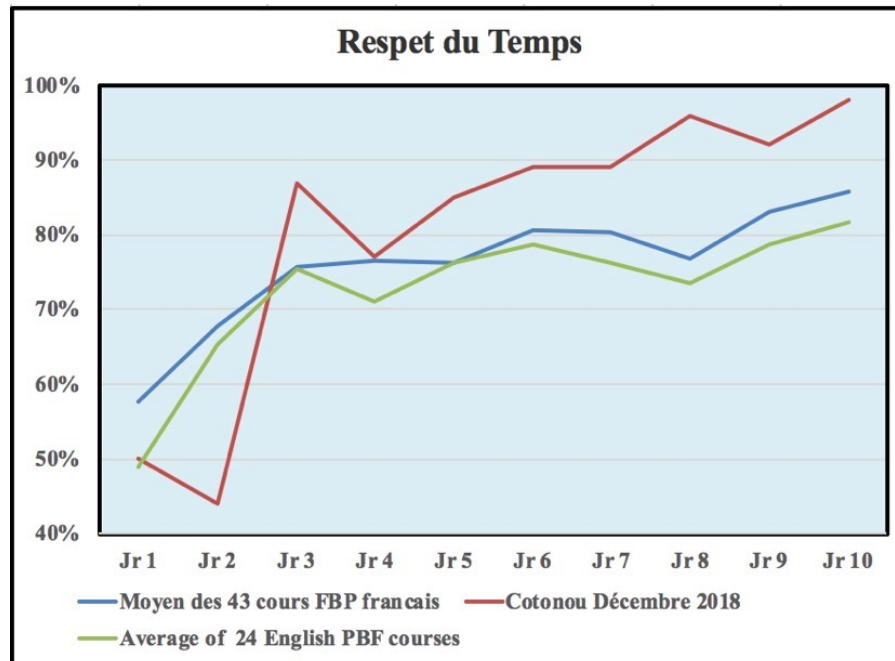


Figure 4 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *Respect du temps*.



## 6. EVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS

Le vendredi 14 décembre 2018, 29 participants au cours ont réalisé une évaluation finale du cours à l'aide d'un questionnaire final de sorte qu'on a obtenu des impressions et suggestions d'amélioration.

### 6.1 Préparation et impression générale sur le cours

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

- La question « *J'ai été suffisamment informé des objectifs du séminaire* » a été évaluée à 88%. Cela est égal par rapport à la moyenne des autres cours PBF francophones et 11 points supérieurs par rapport aux cours anglophones).
- La question « *Le programme a répondu à mes attentes* » a été évaluée à 88% (3-4 points supérieurs par rapport à la moyenne des autres cours FBP francophones et anglophones).
- La question « *Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles* » a été évaluée à 88% (c'est-à-dire 1 point inférieur à la moyenne des autres cours FBP francophones et des cours précédents en anglais).

Préparation	Les 40 cours FBP francophones précédents	Les 25 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Décembre 2018	Comparaison Cotonou Déc 2018 / 40 cours FBP francophones précédentes	Comparaison Cotonou Déc 2018 / 25 cours FBP anglophones précédents
Q1: J'ai été suffisamment informé des objectifs du cours	88%	77%	88%	0%	11%
Q2. Le programme a répondu à mes attentes	84%	85%	88%	4%	3%
Q3. Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles	89%	89%	88%	-1%	-1%
<b>Ensemble</b>	<b>87,1%</b>	<b>83,7%</b>	<b>88,0%</b>	<b>0,9%</b>	<b>4,3%</b>

Tableau 4 : Impression des participants sur la préparation du cours PBF.

### 6.2 Aspects relatifs à la durée de la formation

56% des participants trouvent que la durée de la formation était appropriée, mais 37% ont dit que la durée du cours était trop courte. 2 participants (=7%) a dit que la durée du cours était trop longue.

Durée du cours	Les 40 cours FBP francophones précédents	Les 25 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Décembre 2018	Comparaison Cotonou Dec 2018 / 40 cours FBP francophones précédentes	Comparaison Cotonou 2018 / 25 cours FBP anglophones précédents
Trop court	33%	24%	37%	4%	13%
Bon	61%	64%	56%	-5%	-8%
Trop longue	6%	12%	7%	1%	-5%

Tableau 5 : Appréciation des participants sur la durée du cours PBF.

### 6.3 Comment les participants apprécient l'organisation de la formation

- Sur l'ensemble de six questions concernant l'organisation, le score était de 68% en moyenne ce qui est de 2 points inférieurs aux cours francophones précédents avec 70% et de 10 points inférieur aux cours anglophones précédents avec 77%.
- La distribution du matériel pédagogique a été évaluée à 92% ; ce qui est de 12 points supérieur à la moyenne des cours francophones précédents avec un score moyen de 80%.
- La salle de formation a obtenu un score de 92%. Ce score est de 26 points supérieurs par rapport aux autres cours francophones.

- Le milieu du centre de conférence de *Bénin Atlantic Beach Hôtel* où s'est déroulé le cours a été évalué avec 35%. Ce score est de 23 points inférieurs aux cours précédents.
- Les participants ont évalué *l'accueil par les facilitateurs et l'Hôtel* à 92%. Cela était de 4 points supérieurs par rapport aux autres cours francophones et égal par rapport aux cours anglophones.
- La *restauration* a obtenu un score de 30% qui est de 31 point inférieur aux autres cours FBP francophones qui ont eu une moyenne de 61%.
- La qualité du *transport* a été évaluée à 64% ce qui est de 2 points inférieurs à la moyenne des autres cours francophones de 66%.

Comment évaluez-vous l'organisation de la formation?	Les 42 cours FBP francophones précédents	Les 25 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Décembre 2018	Comparaison Cotonou Déc 2018 / 42 cours FBP francophones précédentes	Comparaison Cotonou 2018 / 25 cours FBP anglophones précédents
Qualité et distribution matériel éducatif	80%	88%	92%	12%	4%
La salle de conférence	66%	68%	92%	26%	24%
Centre d'accueil (Atlantique Beach)	58%	75%	35%	-23%	-40%
Comment avez-vous été reçu et convivialité des facilitateurs	88%	92%	92%	4%	0%
Aliments et boissons, y compris pauses café	61%	62%	30%	-31%	-32%
Transport	66%	79%	64%	-2%	-15%
<b>Moyenne</b>	<b>70%</b>	<b>77%</b>	<b>68%</b>	<b>-2%</b>	<b>-10%</b>

Tableau 6 : Appréciation des participants sur l'organisation de la formation.

#### 6.4 Méthodologie et contenu du cours

- La méthodologie et contenu du cours étaient évalués sur 5 indicateurs avec un score moyen de 81%. Cela est de 1 points inférieurs aux cours francophones précédents.
- La question « *Le contenu des modules PBF m'a aidé à atteindre mes objectifs* » a été évaluée à 85% (2 points supérieurs à la moyenne des autres cours PBF francophones).
- La question « *Est ce que la méthodologie du cours était bonne* » a été évaluée à 92% qui est 8 points supérieurs par rapport aux 42 cours français précédents.
- La question « *Est-ce que l'équilibre entre les cours et les exercices était bonne* » a été évaluée à 54% (de 16 points inférieurs à la moyenne des autres cours PBF francophones).
- La question « *Est ce que l'interaction et les échanges dans les groupes de travail était bonne* » a été évaluée à 88% (de 2 point supérieurs à la moyenne des autres cours PBF francophones).
- La question « *Est ce que les méthodes de travail adoptées au cours ont stimulé ma participation active* » a été évaluée à 61% (25 points inférieurs à la moyenne des autres cours PBF francophones).

Méthodologie et contenu du cours	Les 42 cours FBP francophones précédents	Les 25 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Décembre 2018	Comparaison Cotonou Déc 2018 / 42 cours FBP francophones précédentes	Comparaison Cotonou 2018 / 25 cours FBP anglophones précédents
Le contenu des modules PBF m'a aidé à atteindre mes objectifs	83%	91%	85%	2%	-6%
La méthodologie du cours	84%	87%	92%	8%	5%
L'équilibre entre les cours et les exercices	70%	79%	54%	-16%	-25%
Interaction et les échanges dans les groupes de travail	89%	91%	88%	-1%	-3%
Les méthodes de travail adoptées au cours ont stimulé ma participation active	86%	90%	88%	2%	-2%
<b>Moyenne</b>	<b>82%</b>	<b>88%</b>	<b>81%</b>	<b>-1%</b>	<b>-6%</b>

Tableau 7 : Appréciation des participants sur la méthodologie et le contenu du cours.

### 6.5 Comment les participants apprécient la conduite du cours et la facilitation

- Concernant la facilitation, 77% des participants ont donné le score très satisfait pour *l'esprit ouvert des facilitateurs* ; ce qui est inférieur de 4 points aux scores des autres cours francophones et 3% supérieurs aux cours anglophones.
- 59% des participants ont pensé que le temps pour les *travaux des groupes* était suffisant ce qui est de 4 points inférieurs aux autres cours FBP francophones et de 18 points inférieurs aux autres cours FBP anglophones.
- Une proportion de 79% des participants a dit qu'ils étaient très satisfaits du *temps imparti pour les discussions* ; ce qui est de 3 points supérieurs aux autres cours francophones.

Les aspects liés à l'exécution du programme et la facilitation	Les 42 cours FBP francophones précédents	Les 25 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Décembre 2018	Comparaison Cotonou Déc 2018 / 42 cours FBP francophones précédentes	Comparaison Cotonou 2018 / 25 cours FBP anglophones précédents
Les animateurs avaient l'esprit ouvert à des contributions et critiques	81%	74%	77%	-4%	3%
Le temps alloué au travail de groupe était adéquat	63%	77%	59%	-4%	-18%
Le temps des discussions est adéquat	76%	83%	79%	3%	-4%
<b>Moyenne</b>	<b>73%</b>	<b>78%</b>	<b>72%</b>	<b>-1%</b>	<b>-6%</b>

Tableau 8 : 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 79,8% qui était de 1,8 points inférieurs par rapport aux cours francophones précédents (82.8%). Les modules relativement mal évalués étaient la micro-économie et économie de santé (62%) et le costing (40%).

Appréciation des Modules	Les 42 cours FBP francophones précédents	Les 25 cours FBP anglophones précédents	Cotonou Décembre 2018	Comparaison Cotonou 2018 / 42 cours FBP francophones précédentes	Comparaison Cotonou 2018 / 25 cours FBP anglophones précédents
Pourquoi le PBF & Qu'est-ce que est le PBF? Mod 1 & 2	93%	93%	96%	3%	3%
Les notions de micro-économie et l'économie de la santé	64%	83%	62%	-2%	-21%
Théories PBF, meilleures pratiques, bonne gouvernance et décentralisation	85%	93%	89%	4%	-4%
Enquête de recherche de base - évaluation, le processus d'analyse	77%	80%	83%	6%	3%
Les indicateurs des outputs dans une intervention PBF	87%	89%	85%	-2%	-4%
Agence de Contractualisation & Vérification (ACV), la collecte des données	86%	89%	82%	-4%	-7%
Régulateur - assurance de la qualité	82%	93%	81%	-1%	-12%
Techniques de négociation et de résolution des conflits	88%	90%	78%	-10%	-12%
Boîte noire : Plan de Business	85%	90%	85%	0%	-5%
Boîte noire : Outil Indices: recettes - dépenses - les primes de performance	79%	81%	76%	-3%	-5%
Renforcer la Voix de la Population et le marketing social	80%	88%	88%	8%	0%
Faisabilité program PBF, les hypothèses fatales et le plaidoyer	87%	91%	92%	5%	1%
Élaboration d'un projet PBF - costing	66%	67%	40%	-26%	-27%
<b>Moyenne pour 13 modules</b>	<b>82,8%</b>	<b>86,6%</b>	<b>79,8%</b>	<b>-1,8%</b>	<b>-6,8%</b>

Tableau 9: Appréciation des participants concernant les modules du cours PBF.

## 6.7 Remarques spécifiques des participants

### 1. Organisation

- Améliorer l'internet (2x)
- Améliorer le service au niveau du restaurant, plus de diversification du menu (2x)
- Il faut augmenter la durée de la formation de 15 à 21 jours pour une bonne assimilation des concepts (2x)
- Globalement je suis très satisfait de l'organisation et de la qualité d'encadrement des facilitateurs
- Améliorer les chaînes des télévisions au niveau des chambres
- Prévoir une salle de sport
- Place un micro pour chaque participant pour éviter les pertes de temps à chaque prise de parole
- L'hébergement est juste dans les conditions moyennes
- Mettre suffisamment de consommables dans les chambres (serviette, savon)
- Nettoyer les chambres avant la pause pour permettre aux participants de profiter du temps de prière et se reposer un peu.
- Lors de la visite de Ouidah, le bus n'avait pas de climatisation
- Les chauffeurs roulent très vite sans parfois le respect du code de la route

### 2. Méthodologie et contenu du cours

- Pour les adultes, faire beaucoup d'exercices est souhaitable (4x)
- Les cours est très intéressant (3x)
- Le temps pour les travaux de groupe n'était pas limité et était intense (2x)

- Il y a des exercices très long surtout que ces espaces ont été programmés à la fin du cours théorique (2x)
- Les facilitateurs étaient très attentionnés et répondaient à toutes les questions
- Les questions ne sont pas parfois clairement posées (sont ambiguës)
- Les exercices ont manqué dans cette formation notamment l'élaboration d'un Plan de Business et la gestion des BAQ
- Dans le livre, veuillez ajuster le profil du manager et du manager adjoint
- Il est souhaitable que l'Administrateur au niveau des hôpitaux puisse avoir un master en santé publique
- Bien gérer les participants « connaisseurs » pendant les séances
- Rendre disponible les récapitulatifs journaliers
- Les fautes de français sur les diapositives rendent difficile la compréhension
- Le module « costing » a été fait dans un temps trop limité
- Revoir l'agenda pour alléger la deuxième semaine du cours, parce que la deuxième semaine les participants sont fatigués
- A un moment, les facilitateurs ont voulu imposer leurs idées
- Pour la prochaine session, prévoir une semaine théorique et une semaine totalement pratique
- Ajouter beaucoup d'exemples dans le domaine de l'éducation
- Les terminologies sont trop centrées dans le domaine médical
- Traiter le module FBP dans l'administration même s'il n'y a pas de participant dans ce domaine
- Prochaine fois mettre dans l'équipe de facilitateurs un expert en éducation du domaine de FBP
- Organiser un cours typiquement FBP en éducation pour partager les expériences
- Le calcul des indicateurs et l'outil indice sont très importants et il importe de les utiliser régulièrement pour bien les maîtriser
- En tant qu'analyste des données du FBP, le programme ne me permet pas d'aller au fond des analyses des résultats du programme

### **3. Autres suggestions**

- Rester assis de 8h30 à 16h30 pour les adultes (2x)
- Mettre en place un guide pratique du FBP avec des études de cas adaptés
- Rendre le guide du cours plus digeste car « trop d'informations nuisent à l'information »
- Augmenter le coût de participation par personne pour être dans des bonnes conditions (Hôtel)
- Mettre la disposition de la salle en demi-cercle
- Organiser une brève rencontre avec les participants avant le début de la formation
- Prévoir 1h30 pour le repas et la prière
- Envisager des formations spécifiques par module (plaidoyer, costing, mise en œuvre)
- Veuillez accompagner les équipes pour la mise en œuvre de leurs plans d'action.

## 7. PLANS D'ACTION DES PAYS REPRESENTES PENDANT LE COURS PBF

### 7.1 Mali

#### 7.1.1 Contexte et justification

Le Mali est un pays continental d'Afrique de l'ouest avec une superficie de 1.2 millions km<sup>2</sup> et une population estimée à 20 millions habitants (densité 15,20 habitants par km<sup>2</sup>). La croissance démographique est de 3,36% par an. Le PIB par habitant est de 781 \$ USA. Le Mali a un faible taux de scolarisation de 54,3% (1er cycle).

Depuis 1990, le gouvernement du Mali a adopté sa politique sectorielle de santé et de population. Cette politique s'inspire de la politique de soins de santé primaire proclamée depuis ALMA ATA (1978) et de l'initiative de Bamako (1987). La politique sectorielle de santé de la population a proposé en 1990 de décentraliser l'offre de soins aux associations de santé communautaires et cette politique a découpé les districts sanitaires en populations moyennes entre 150 à 300 000 habitants et en aires de santé avec une population supérieure ou égale à 6 000 habitants. La Loi sur la libéralisation des professions médicales en 1985 a autorisé l'ouverture des cabinets et cliniques privées et des pharmacies en gros et détail. Ainsi, *l'État au Mali n'a plus le monopole de l'offre de soins et des médicaments*. Comme conséquence, le niveau primaire est principalement assuré par le secteur privé communautaire, confessionnel et privé à but lucratif.

L'organisation du système de santé du Mali est Pyramidale avec trois niveaux :

- Le niveau national
- Le niveau régional
- Le niveau opérationnel de district sanitaire avec deux échelons : a. *Le premier échelon* avec les centres de santé communautaire (CSCoM), les cabinets privés, et centres confessionnels ; b. *Deuxième échelon* : Centre de santé de référence ou hôpital de district et aussi cliniques privés en milieu urbain.

Une étude de la Banque Mondiale/MSHP en 2009 a montré que plus de 50% des services de santé sont offerts par le secteur privé (libérable et à but non lucratif). Mais, elle a aussi révélé que ce secteur privé n'est pas bien organisé. En février 2014, il y a eu la création de l'Alliance du Secteur Privé pour la Promotion de la Santé, avec comme vision de *devenir le moteur du secteur privé*

Des systèmes de tiers payant se sont développés comme les mutuelles de santé, l'assurance maladie obligatoire (AMO) et le Régime d' Assistance Médicale (RAMED). Aussi pour une amélioration des services et des soins se développe tout actuellement tout un processus d'accréditation des structures de santé, avec une phase d'habilitation, une phase de certification et l'accréditation.

#### 7.1.2 Les deux projets pilotes FBR au Mali

1. 2009-2011. Un projet FBR dans trois districts de la région de Koulikoro financé par les Pays Bas, en accord avec le gouvernement du Mali. Elle a duré 18 mois.
2. 2016 – 2017. Un projet FBR du Ministère de la Santé financé par la Banque Mondiale sur une période de 18 mois. Le projet a concerné les dix districts de la région de Koulikoro couvrant une population de 3.1 millions. Le projet n'a été exécuté que sur 8 mois. Malgré cette courte période de mise en œuvre, les activités préparatoires ont été réalisées comme : a. la mise en place de manuels de procédures ; b. l'élaboration des outils ; c. la formation des acteurs et la mise en place du portail FBR. Dix Centres de santé de référence et 205 CS Communautaires ont signé leur premier contrat. Ils ont réalisé un « cycle FBR » de trois

mois. Le « processus FBR » n'a fait qu'un seul cycle trimestriel très insuffisant pour tirer les enseignements pour une extension aux autres régions du pays.

#### 7.1.3 Les leçons positives apprises des projets pilotes

- Le personnel mieux motivé avec plus d'autonomie de gestion est capable d'innover et de faire reculer certaines traditions qui freinent l'amélioration des résultats ;
- L'amélioration des indicateurs de la PF et de la consultation postnatale ;
- Meilleur suivi du personnel des CSREF/CSCOM à travers l'utilisation des fiches d'engagement individuel contribue aux améliorations de la performance et de l'esprit d'équipe.

#### 7.1.4 Les difficultés rencontrées des projets pilotes

- Il encore manque des structures importantes pour rendre le FBP pérenne comme notamment : a. La Cellule Technique Nationale dans le MSHP ; L'Agence de Contractualisation et Vérification de préférence logé dans une structure déjà existante comme par exemple la caisse nationale d'assurance maladie (CANAM). Cet option évitera les longues procédures de passation de marché pour recruter des ONG ou organisations nationales ou internationales et facilite la coordination entre le FBR et Assurance Maladie.
- Les contrats étaient signés par plusieurs acteurs qui provoquaient des problèmes sur qui est responsable pour quelle activité. Une approche avec des signatures binômes soit souhaitée.
- Il manquait une vraie autonomie des structures de santé des CS Ref et des CS Com.

Suite à une analyse de atouts et problèmes, le gouvernement Mali a décidé la poursuite de la mise en œuvre du FBR dans le contexte de l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. Un financement (IDA et GFF) est annoncé par la Banque Mondiale pour la période 2019-2023 de 60 millions de dollars pour trois régions (Koulikoro, Sikasso et Mopti) avec un total de 9.8 millions habitants.

#### 7.1.5 Facteurs favorables pour la MEO du FBR

- La libéralisation des structures au niveau primaire depuis 1989 a favorisé l'émergence de plus de mille CSCOM, plus de 1000 structures de santé à but lucratif et l'ouverture des officines et de grossistes privés. Cela est un facteur favorable pour l'introduction du FBR, car ces structures privées ont déjà une autonomie de gestion ;
- Les structures privées (également en zones rural) ont déjà recruté des professionnels de santé et inclusivement des médecins et de sages-femmes ;
- La création de l'Alliance du Secteur Privé pour la Promotion de la Santé (ASP-PSM) peut assister l'introduction du FBR ;
- 41 cadres maliens ont été formé pendant les cours FBP internationaux ;
- Appui croissant des PTF en faveur du FBP, comme notamment la Banque Mondiale, l'OMS (achat stratégique) et certains partenaires bilatéraux comme les Néerlandais.

#### 7.1.6 Score de pureté du programme FBP

L'analyse faite à partir des 23 critères de pureté FBP (voir ci-dessous) montre un score de 52% (26 points sur les 50), ce qui signifie qu'on doit encore améliorer le montage du nouveau programme FBR.

Les 23 critères de pureté d'un programme FBP	Points max	Points donnés	Commentaires
1. Le budget du programme PBF n'est pas moins de \$4.00 par habitant et par an dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats des ASLO et les unités d'investissement pour l'infrastructure	4	0	Le budget de \$ 60 millions est insuffisant pour 9.8 millions et sur une durée de 5 ans (= < à 2 \$ par habitants par 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	Pas encore une plan élaboré pour la pérennisation des FBR
3. La Cellule Technique Nationale FBP est intégré 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 outputs et de la qualité	2	0	Il n'est pas encore prévu de mettre ces instances sous contrats de performance
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	Activités de révision des indicateurs output en cours de 16 à 25.
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	La communautaire n'est pas encore pris en compte dans le contexte malien
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	Insuffisance de l'implication du secteur privé et aussi le découpage sanitaire n'est pas encore rationnel
8. Le programme FBP 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	0	Il n'y a pas eu d'étude de base des ménages
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	Insuffisance dans l'autonomisation des FOSA pour l'achat des médicaments et équipements à travers monopole du (SDAME)
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 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	0	Les fonctionnaires de l'État sont gérés par la DRH et les FOSA n'ont pas d'autorité pour les licencier. Ils peuvent cependant recruter du personnel supplémentaire (contractuel)
17. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.	2	2	
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2	
19. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne).	2	2	
20. Le programme a des bonus d'amélioration de qualité (BAQ) ou des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure, des équipements des structures et du personnel qualifié	2	0	Les investissements pour les infrastructures, les équipements restent toujours comme inputs (mise en œuvre des infrastructures des achats reste centraliser au niveau national : DFM du MSHP ou partenaires
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	0	Faible implication des structures privées
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	2	



Les 23 critères de pureté d'un programme FBP		Points max	Points donnés	Commentaires
23.	23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2	
<b>Total</b>		<b>50</b>	<b>26</b>	<b>= 52%</b>

Ainsi, malgré l'adhésion du Ministère de la Santé au plus haut niveau au FBR il reste encore plusieurs problèmes à résoudre :

- Le gouvernement encore applique la politique « inputs » et achète d'une manière centralisée les intrants pour les acteurs à tous les niveaux de santé comme les directions régionales, les districts sanitaires et les CSCom ;
- Les PTF appliquent également encore la politique « inputs » pour leurs activités. En plus les PTF appliquent souvent principalement leurs priorités souvent parallèles. Ainsi l'utilisation des fonds PTF est inefficace et n'est pas adaptée aux vrais besoins du niveau opérationnel ;
- L'État monopolise l'approvisionnement des médicaments en appliquant le « Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicaments, ce qui oblige les CSCom d'acheter leurs intrants auprès des CSRef et les CSRef doivent acheter leurs intrants auprès des pharmacies populaires du Mali;
- Faible implication du personnel professionnel dans la gestion des CS Com. La gestion est dominée par les propriétaires des ASACO qui n'ont pas forcément la capacité de gestion et professionnel. Cela entraîne de la démotivation des professionnels avec comme conséquence une mauvaise qualité des prestations de soins de santé et faible fréquentation des services ;
- Une cartographie inadéquate des structures de santé suite à un découpage inadéquat des aires de santé et qui exclut souvent les privées ;
- Répartition irrationnelle de certaines catégories de ressources humaines qualifiées et notamment les spécialistes ;
- Une faible implication du secteur privé dans le FBP.

#### 7.1.7 Recommandations

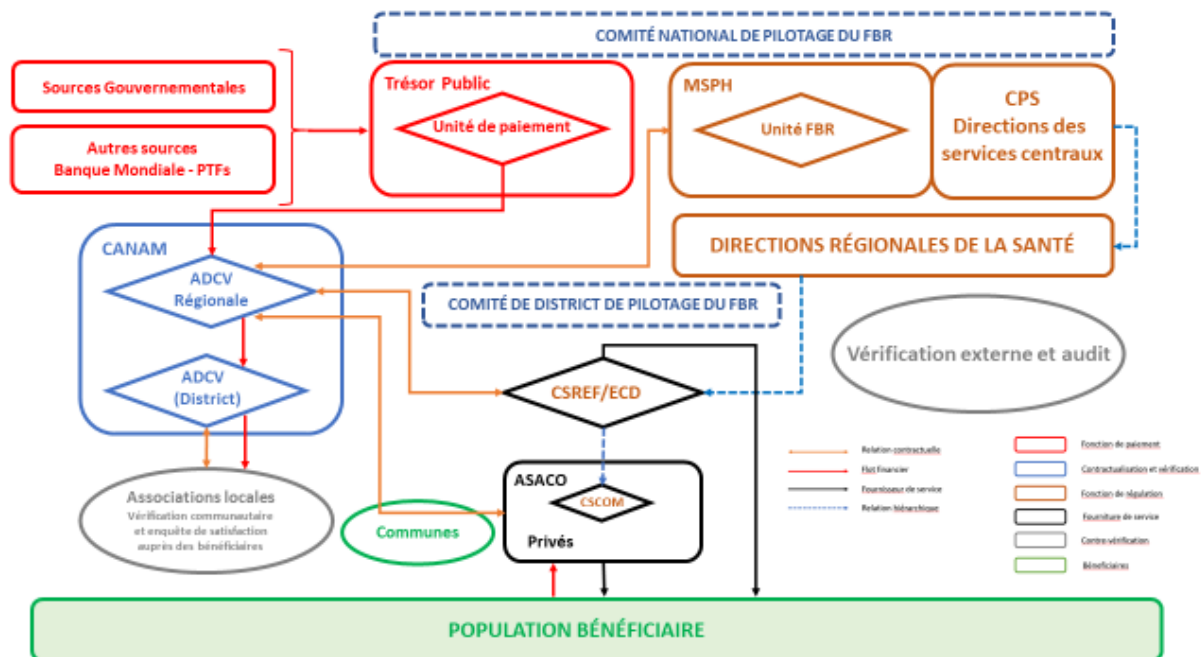
La mise en œuvre du FBR au Mali, implique une réforme majeure du système de santé et par conséquent nécessite un engagement des plus hautes autorités du Pays et une implication de tous les acteurs techniques, communautaires, ainsi que les PTF.

- Faire le point des ressources humaines formées en FBR et organiser un atelier de partage sur la mise en œuvre du FBR au regard de la théorie et des instruments du FBR versus la mise en œuvre des projets pilotes ;
- Élaborer, restituer et valider un plan d'action de mise en œuvre du FBR au Mali ;
- Faire un plaidoyer auprès du gouvernement et les PTF pour un budget suffisant (au moins 4\$ par personne pour les zones couvertes) pour le FBR ;
- Stimuler une meilleure coordination des PTF au tour du financement et de la mise en œuvre du FBR ;
- Faire un plaidoyer pour une gestion autonome des FOSA ;
- Révision des textes des FOSA communautaires (CSCom) pour une meilleure responsabilisation des professionnels dans la gestion des Centres ;
- Impliquer le secteur privé lucratif de façon équitable pendant la contractualisation par le gouvernement ;
- Faire une étude de base dans chacune des trois régions.

7.1.8 Plan d'action

Problème	Stratégies	Activités	Responsable	Quand
Absence d'une vision stratégique de mise en œuvre du FBR	Élaborer un plan stratégique pour l'adoption du FBR comme politique nationale pour le Mali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire un répertoire des RH formées en FBR au Mali</li> <li>- Organiser un atelier avec ces RH sur FBR au regard de la mise en œuvre des projets pilotes</li> <li>- Élaborer un plan stratégique</li> <li>- Valider le plan</li> </ul>	Cellule Planification et de Statistique Santé (CPS)	Une semaine janvier 2019
Budget insuffisant pour la réalisation du projet	Mobilisation des ressources pour financement de l'approche FBR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation du plan stratégique au Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique</li> <li>- Plaidoyer auprès des PTF pour la mutualisation des moyens autour de la stratégie FBR</li> </ul>	CPS MSHP BM	Février 2019 Une demi-journée (2)
Autonomie insuffisante des FOSA	Dérogation pour une meilleure autonomisation des FOSA dans le cadre de la mise en œuvre des FBR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plaidoyer auprès du Ministère</li> <li>- Organiser un atelier d'échanges entre Ministère, la fédération nationale des associations de santé communautaire, le personnel des CSCoM sur une meilleure implication des personnels de santé dans l'organisation et gestion des ressources</li> </ul>	DNS RH formées en FBR	Janv 2019 3 jours
Faible implication des structures privées	Promouvoir l'équilibre entre les FOSA publique / communautaire / privée / professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser un atelier d'échange avec l'Alliance du secteur privé pour la promotion de la santé</li> </ul>	MSHP (DNS-CPS) BM	Janvier 3 jours

7.1.9 Montage institutionnel



## 7.2 Tchad

### 7.2.1 Contexte

Selon l'Indice de Développement Humain du PNUD de 2018, le Tchad est classé au 186ème rang sur les 189 pays dans le monde et au 50ème sur 53 en Afrique. Ce classement confirme que le Tchad reste un pays pauvre, vulnérable et fragile. Malgré une augmentation significative du produit intérieur brut (PIB) par habitant depuis 2003, il reste l'un des pays les plus pauvres du monde. La population du Tchad est estimée en 2017 à 15.8 millions. Le taux d'accroissement annuel moyen est de 3,6%. Le taux de mortalité maternelle est estimé à 860 décès pour 100 000 naissances vivantes, une mortalité infantile à 72 ‰ et celui des décès néonataux à 34 ‰ (EDS/MICS 2014-2015).

La combinaison de la mauvaise qualité des soins, de la faible accessibilité et d'une équité inefficace des services a entraîné une utilisation très faible des services de santé existants chez les femmes et les enfants (0,18 contacts par an et par enfant). La couverture vaccinale au Tchad est très faible : seulement 25% des enfants âgés de 12-23 mois sont entièrement vaccinés (EDS/MICS 2014-2015), 36% des enfants et 38% des femmes enceintes dorment sous une moustiquaire imprégnée (MII) et seules 22% des femmes enceintes ont reçu au moins une dose sulfadoxine-pyriméthamine (SP) pour le traitement préventif intermittent du paludisme.

En matière de santé de la reproduction, le taux d'accouchement assisté est de 22%, la prévalence contraceptive se situe à 5% pour les méthodes modernes et les besoins non satisfaits en planification familiale sont de 23% (EDS/MICS 2014-2015).

### 7.2.2 Problèmes intrinsèques du système de santé au Tchad

À ce jour, la réponse du système de santé à la prestation des services de santé est inadéquate suite aux problèmes suivants :

- En 2011, le financement du gouvernement a atteint 12% du budget avant de décroître progressivement vers 4,7% du budget national en 2018. L'efficacité des dépenses de santé du gouvernement a été significativement affectée par : (i) Des allocations budgétaires non réparties sur la base de la population, (ii) Une focalisation exclusive sur les intrants, (iii) Une centralisation des ressources et (iv) L'utilisation peu rationnelle des ressources budgétaires ;
- Une suspension d'intégration du personnel qualifié dans le système de santé depuis 3 ans. Le Tchad a un effectif global de 8 228 agents (, toutes catégories confondues) intégrés dans la fonction publique au 31 décembre 2017. Cependant, la demande totale est estimée à 45.000 pour une bonne prise en charge. Ainsi, le nombre de personnels qualifiés requis pour rendre à la population une prestation de qualité doit augmenter avec un facteur cinq. Une grande proportion de 82% manquants sont déjà disponible dans le secteur privé ainsi que parmi les agents qui sont en chômage - surtout à N'Djamena ;
- Une faible exécution du budget de l'État, notamment au niveau des structures de santé dans les zones rurales est notée suite aussi à des problèmes de transparence dans l'utilisation des dotations budgétaires. Le faible investissement dans les structures de santé rurales a créé une réticence des agents qualifiés pour accepter de travailler dans les zones rurales et une démotivation pour ceux qui y travaillent. Le manque de moyens pour les formations sanitaires rurales rend aussi difficile la disponibilité des médicaments, les équipements, de faire des réhabilitations ; en résumé, cela rend difficile le fonctionnement ;

- Suite à la mauvaise perception de la population sur la qualité de soins au niveau des structures publiques, celle-ci fait d'abord de l'automédication, ou bien elle se dirige seulement vers les structures publiques que lorsqu'elle n'a pas d'argent. Par contre, les structures privées qui sont mieux vues par la population ne sont pas accompagnées par les régulateurs à tous les niveaux et ainsi, il n'existe pas une assurance qualité efficiente auprès des structures privées, mais aussi au niveau des structures publiques. Cela car, dans le système classique, les supervisions des FOSA par le régulateur se font rarement ;
- Le gouvernement a créé un monopole des achats des médicaments et consommables à travers la Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA) au niveau central et les Pharmacies Régionales d'Achat au niveau de chaque province. Cependant, ces monopoles ne sont pas efficaces due aux problèmes habituels liés à une planification centralisée, un manque de transparence et des mauvaises habitudes de gestion. Tout cela entraîne des pénuries fréquentes des médicaments essentiels ;
- Un découpage sanitaire révèle un pléthore d'aires de santé ;
- La politique de gratuité des soins développée par le gouvernement a fragilisé d'avantage le système de santé parce que les dépenses effectuées par les formations sanitaires n'ont pas été remboursées et ce dans le contexte actuel de restriction budgétaire.

### 7.2.3 Projet pilote FBP 2011-2013

Dans le souci de faire face à cette situation, le Tchad, avec l'appui de la Banque Mondiale à travers le Projet Population et Lutte contre le SIDA phase 2 (PPLS 2), a décidé en 2011 de mettre en œuvre le financement basé sur la performance (FBP) à titre d'expérience pilote pour améliorer les résultats essentiels de santé maternelle et infantile. L'expérience a été menée dans les huit districts sanitaires à partir d'octobre 2011 au 30 juin 2013 dans trois régions, couvrant une population de 1,8 millions d'habitants.

Les différentes évaluations ont montré que ce projet pilote a enregistré des résultats encourageants.

Les progrès globaux des indicateurs de santé sur la période du projet pilote d'octobre 2011 au 30 juin 2013 : ( i ) la proportion de femmes en âge de procréer qui accepte les méthodes modernes de contraception a augmenté de 1,2% à 6,9%, (ii ) la proportion d'enfants vaccinés avec le Pentavalent 3 est passé de 50% à 95%, et ( iii ) la proportion de femmes qui ont accouché dans un établissement de santé (césariennes inclus) a augmenté de 17% à 40%. La qualité des soins s'est également améliorée (avec une meilleure disponibilité des médicaments, du matériel et la motivation des travailleurs de la santé). Une autonomie accrue des établissements de santé à utiliser les ressources supplémentaires pour mieux répondre aux priorités de leur région a également été observée, (iv) Une diminution significative de l'absentéisme et des grèves des employés, (v) Des meilleures capacités managériales à travers le plan de business et l'outil indices et (vi) Une amélioration de la fiabilité des données du SIS.

Cependant, le projet pilote de la BM avait aussi encore des problèmes : a. Un composant input de la distribution des intrants au lieu de décentraliser l'achat des intrants vers les structures de santé et ; b. La continuation du monopolisation de la distribution des médicaments.

C'est au vu de ces résultats et dans le souci de créer les conditions d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile (Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), que le Gouvernement, avec l'appui de la Banque Mondiale, a décidé de poursuivre et d'étendre géographiquement la stratégie FBP à travers le présent projet intitulé « **Projet de Renforcement des services de santé maternelle et infantile (P148052)** ».

## 7.2.4 Étude de faisabilité de l'actuel montage du programme FBP au Tchad

### Problèmes de pérennisation

- Malgré les résultats positifs, le *FBP n'est pas encore adopté comme politique nationale* ce que met en danger la pérennisation de l'approche FBP. L'approche FBP au Tchad a encore le caractère d'un « projet » au lieu d'un programme intégré dans le Ministère. Une telle approche « projet » a conduit à des échecs au Burkina Faso et au Bénin.
- Le financement du projet FBR est actuellement assuré par la Banque Mondiale ce que pose un problème pour pérenniser le FBP. On devrait assurer aussi la contribution financière du gouvernement ainsi que de celle des autres partenaires.
- Il n'y a pas encore une Cellule Technique Nationale (CTN) au Tchad intégré dans le Ministère de Santé. Actuellement, l'unité de gestion du projet PRSSMI (financé par la Banque Mondiale) joue ce rôle qui aussi mélange le FBP avec l'approche INPUT.
- Il n'existe pas encore de contrats de performance entre avec la CTN et les autres Directions du Ministère.

### Facteurs qui rendent difficiles le succès du FBP

- La gratuité des soins de santé (enfants 0-5 ans, femmes enceintes et urgences médico-chirurgicales) a été décrétée par le gouvernement en 2011. Cependant, l'État ne rembourse pas aux formations sanitaires la valeur financière des prestations rendues. Ceci a entraîné un manque à gagner considérable pour les structures sanitaires qui ne peuvent non seulement améliorer les prestations, mais assurer également la motivation du personnel. Il est, dans ces conditions, difficile de concilier l'intérêt public et l'intérêt privé des prestataires selon la théorie du choix public ;
- Une Centrale d'achat a le monopole d'approvisionnement en MEG avec de sérieuses difficultés pour satisfaire la demande (ruptures fréquentes). En cas de rupture, la DPL peut accorder une dérogation pour l'achat des produits génériques chez des particuliers. Cette situation de monopole ne permet pas au système de santé de bénéficier des avantages issus de la libre concurrence entre les fournisseurs. Aussi, les fréquentes pénuries entretiennent des circuits parallèles de vente de médicaments ;
- De façon générale, il existe des réticences pour l'implication des FOSA privées à but lucratif, en dehors des confessionnelles, dans le projet FBR. Cette situation ne permet pas de bénéficier de l'avantage comparatif que le secteur privé pourrait apporter dans l'offre des services de santé.

### Sous financement du FBR

- Le budget pour le programme FBP est de 2.5 \$US par an par personne. Ce qui est inférieur à au moins 4 \$US par personne et par an recommandé internationalement.

## 7.2.5 Score détaillé de faisabilité de PBF

*Score : 31/50 soit 62% (inférieur à 80%), ce qui signifie qu'on doit encore réaliser plusieurs améliorations dans le montage de l'approche FBP au Tchad.*

N°	Critères de pureté d'un programme PBF	Score
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 (*).	0
2	Au moins 20% du budget PBF vient du gouvernement et le programme PBF a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	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.	0
4	Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité .	0
5	Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2

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
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.	1
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
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.	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
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.	0
12	Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ.	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
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
15	Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	0
16	Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel. Livre PBF Page 153	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
18	Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement.	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
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
21	Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2
22	Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2
23	Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2
	<b>TOTAL</b>	<b>31 = 62%</b>

### Les problèmes les plus urgents à résoudre pour le montage du nouveau programme FBP sont :

- Budget trop bas : Le budget de l'intervention est de 2.5 \$US par an par personne. Ceci est inférieur aux 4 \$US par an par personne recommandés ;
- Les FOSA dépendent pour les intrants des systèmes centraux « inputs » de distribution sans aucun choix ;
- Les structures ne sont pas autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.

#### 7.2.6 Recommandations générales

Rendre le FBP comme une politique nationale. Malgré un score de pureté du FBP de 62% (inférieur à 80%) et l'existence des hypothèses fatales, l'évaluation de la phase pilote a révélé une nette amélioration de la qualité et de l'utilisation des services de santé ainsi qu'une augmentation de la motivation du personnel. Le FBP constitue une bonne opportunité pour résoudre les faibles performances du système de santé. Le FBP améliorera la disponibilité du personnel qualifié, les revenus de structures de santé et la rémunération du personnel, la qualité des prestations, la fréquentation des formations sanitaires ainsi que l'amélioration des indicateurs.

#### **Au Gouvernement.**

- Élaborer et adopter la stratégie nationale FBP comme politique Nationale

- Contribuer au financement du FBP
- Mettre en place le cadre de mise en œuvre du FBP
- Revoir le découpage sanitaire des Aires de Santé
- Lever le monopole de distribution des MEG

#### **Aux partenaires techniques et financiers.**

- Adoption du FBP comme approche préférée ;
- Soutenir le financement du FBP ;
- Apporter l'assistance technique pour la mise en place du FBP ;
- Mobiliser la société civile pour soutenir la mise en place du FBP.

#### **7.2.7 Recommandations spécifiques pour le groupe de Tchad**

- Faire le plaidoyer (avec élaboration d'une fiche expliquant les avantages de l'approche PBF en santé) à l'attention du Ministre de la Santé Publique, du conseiller Santé à la Présidence de la République et au Président de la Commission Santé à l'Assemblée Nationale ;
- Faire le plaidoyer pour l'élaboration d'une stratégie nationale FBP qui doit être adoptée en conseil de Ministre ;
- Élaborer la cartographie des partenaires / personnes ressources favorables à la mise en œuvre de l'approche PBF comme stratégie nationale pour leur adhésion à l'approche FBP ;
- Faire le plaidoyer pour la mise en place d'une CTN indépendante de l'Unité de Gestion du projet PRSSMI avec une proposition de montage de cette CTN ;
- Faire le plaidoyer pour la contribution du Gouvernement dans le financement du FBP.

#### **7.2.8 Plan d'action du groupe de Cotonou**

<b>Sujet</b>	<b>Comment</b>	<b>Qui</b>	<b>Quand</b>
Faire le plaidoyer (avec élaboration d'une fiche expliquant les avantages de l'approche PBF) à l'intention du Ministre de la Santé, du Conseiller Santé à la Présidence de la République et au Président de la Commission Santé à l'Assemblée Nationale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaboration du document de plaidoyer expliquant les avantages comparatifs de la mise en œuvre de l'approche PBF.</li> <li>- Organiser des rencontres individuelles avec les personnes désignées.</li> </ul>	MSP Conseiller Santé Présidence Députés PTF Société Civile	Au plus tard 31 janvier 2019
Appuyer l'élaboration d'une stratégie nationale FBP qui doit être adoptée en Conseil de Ministre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recruter un Consultant pour élaborer le draft de la stratégie nationale FBP.</li> <li>- Organiser un atelier de validation du draft de la stratégie nationale FBP.</li> </ul>	MSP Conseiller santé Présidence Députés, PTF Société Civile	Au plus tard 30 juin 2019
Élaborer la cartographie des Partenaires/ Personnes ressources favorables à la mise en œuvre de l'approche PBF comme stratégie nationale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présenter l'approche PBF lors de la réunion des partenaires.</li> <li>- Faire le point suite aux différentes rencontres des personnes /institutions favorables à l'adoption de l'approche PBF comme Politique nationale.</li> </ul>	PTF ( BM, SNU)	Février 2019
Faire le plaidoyer pour la mise en place d'une CTN indépendante de l'Unité de Gestion du projet PRSSMI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposer au MSP un montage de l'organigramme du FBP.</li> </ul>	MSP Conseiller santé Présidence PTF	Au plus tard 31 juin 2019
Faire le plaidoyer pour la contribution du Gouvernement dans le financement du FBP.		MSP Min des Finance Min du Plan Conseiller santé Présidence Députés, PTF Société Civile	Au plus tard 31 décembre 2019



## 7.3 Sénégal

### 7.3.1 Introduction

Le Sénégal a souscrit aux engagements internationaux en vue d'atteindre les Objectifs du Développement Durable (ODD) et aspire à mettre en place la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) à l'horizon 2035. Cette volonté politique exprimée dans l'axe II du Plan Sénégal Émergent (PSE), s'était déjà matérialisée par la mise en place d'un programme national du financement basé sur les résultats (PNFBR) au niveau de certaines régions du pays.

### 7.3.2 Le programme national FBR

Le programme national FBR (PN-FBR) au Sénégal a été adopté par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) comme approche pour accélérer l'atteinte des objectifs du pays sur le plan national et international. Le FBR, débuté par une phase pilote en 2012 dans 2 régions, a comme objectifs d'améliorer la qualité des soins, l'efficacité, l'équité et l'accessibilité financière de la population, mais aussi la gouvernance sanitaire ainsi que la motivation du personnel. À ce jour, après six années d'existence et l'extension à plusieurs autres régions, le FBR reste dans sa dynamique de développement et d'amélioration constante.

Les résultats des revues nationales de 2012 et 2013 ont été jugés satisfaisants et le Ministère de la santé a donc décidé de passer de projet à programme avec un passage à l'échelle de façon progressive. C'est ainsi qu'à partir de 2015, la stratégie est passée de deux à six régions. En 2015, l'intervention couvre les régions cibles avec 6 équipes-cadre de régions, 5 établissements publics de santé (EPS) 16 équipes-cadre districts, 15 centres de santé, 278 postes de santé pour une population totale de 3,6 millions habitants. Le budget FBR est de 22,3 millions de dollars soit 11,15 milliards de FCFA. La durée du programme était de 3 ans mais avec la prolongation du projet de financement santé et nutrition (PFSN) de la banque mondiale d'un an, le FBR se poursuit jusqu'en juin 2019. Nonobstant les progrès accomplis, la mise en œuvre de la stratégie rencontre des difficultés tant structurelles qu'opérationnelles.

### 7.3.3 Énoncé du problème

Le plan national de développement sanitaire (PNDS) du Sénégal repose sur une vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé de qualité, sans aucune forme d'exclusion. Pour atteindre cet objectif, des stratégies sont développées parmi lesquels le Financement Basé sur les Résultats (FBR) et la Couverture Maladie Universelle (CMU) convergeant tous vers la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2035 décliné dans le Plan Sénégal Émergent (PSE).

Le FBR est mis en œuvre dans six régions et comporte deux volets, le FBR offre dont la tutelle technique est le MSAS à travers la DGS et le FBR demande géré par la cellule de la lutte contre la malnutrition rattachée à la primature. Le FBR - offre motive les formations sanitaires à la suite des prestations de services de qualité tandis que le volet demande paye aux familles identifiées comme vulnérable des bonus pour une fréquentation efficace des formations sanitaires.

L'agence de la CMU assure le remboursement des prestations des services liés à la gratuité des soins chez les enfants de moins de cinq ans, chez les personnes âgées de 60 ans et plus, les césariennes, la prise en charge totale des soins administrés aux personnes vulnérables bénéficiant de bourse de sécurité familiale et une prise en charge de 80% pour les personnes



enrôlées dans les mutuelles de santé. Chacune de ces trois entités travaille séparément pour le renforcement de l'accès aux services de santé de qualité avec une certaine autonomie sans coordination ni lien hiérarchique.

Dans le montage du FBR volet offre, il est prévu de contractualiser avec des agences indépendantes pour assurer la vérification quantitative, qualitative et communautaire des prestations faites par les formations sanitaires. Cette contractualisation consomme au minimum le tiers du budget. D'un autre côté, l'ACMU effectue aussi des vérifications au niveau des FOSA.

Par ailleurs, le constat de plusieurs niveaux de paiement pour certaines prestations constitue une source d'inefficience. Il s'agit entre autres :

- Les motivations venant des comités de développement sanitaire (CDS) ;
- Les bonus venant du PNFBR ;
- Les remboursements des prestations venant de l'ACMU

En outre, les ruptures fréquentes en médicaments, malgré la nouvelle stratégie nationale d'approvisionnement « YEKSIINA » portée par la pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA), compromettent la qualité des services offerts. L'analyse de ce système montre évidemment une disponibilité des ressources et la diversité des interventions avec une inefficience allocative. L'application du FBP de manière correcte au Sénégal pourrait contribuer à l'atteinte de la CSU à l'horizon 2035.

#### 7.3.4 Score de faisabilité - Existence d'hypothèses fatales

Les 23 critères de pureté d'un programme FBP	Points dispo	Points obtenus
1. Le budget du programme FBP n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ	4	4
2. Au moins 20% du budget FBP vient du gouvernement et le programme FBP a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs	2	0
3. La Cellule Technique Nationale FBP est intégré 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 outputs et de la qualité	2	0
5. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	2
6. Le programme FBP contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	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	2
8. Le programme FBP a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des districts, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA	2	2
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès	2	0
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires	2	2
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur	4	0
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides FBP	2	2
14. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	0
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	2

Les 23 critères de pureté d'un programme FBP	Points dispo	Points obtenus
16. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel	2	2
17. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire	2	2
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2
19. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne)	2	0
20. Le programme a des bonus d'amélioration de qualité (BAQ) ou des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure, des équipements des structures et du personnel qualifié	2	2
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat	2	2
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures	2	2
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables	2	0
<b>TOTAL : 50</b>	<b>50</b>	<b>32 = 64%</b>

L'analyse de la faisabilité du FBP au Sénégal a montré que seuls 15 critères de pureté sont satisfaits sur les 23 dévolus à un programme PBF pur, soit un score de 64%, en deçà des 80% préconisés.

Ce tableau montre les problèmes prioritaires suivants :

- Absence de plan de réduction de la dépendance vis-à-vis des partenaires ;
- Absence de contrats de performance pour les directions et programmes du MSAS ;
- Monopole de l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques ;
- Non-respect des différentes fonctions de l'ACV

Ces problèmes ainsi recensés peuvent être résolus par une mise en œuvre correcte d'un FBP

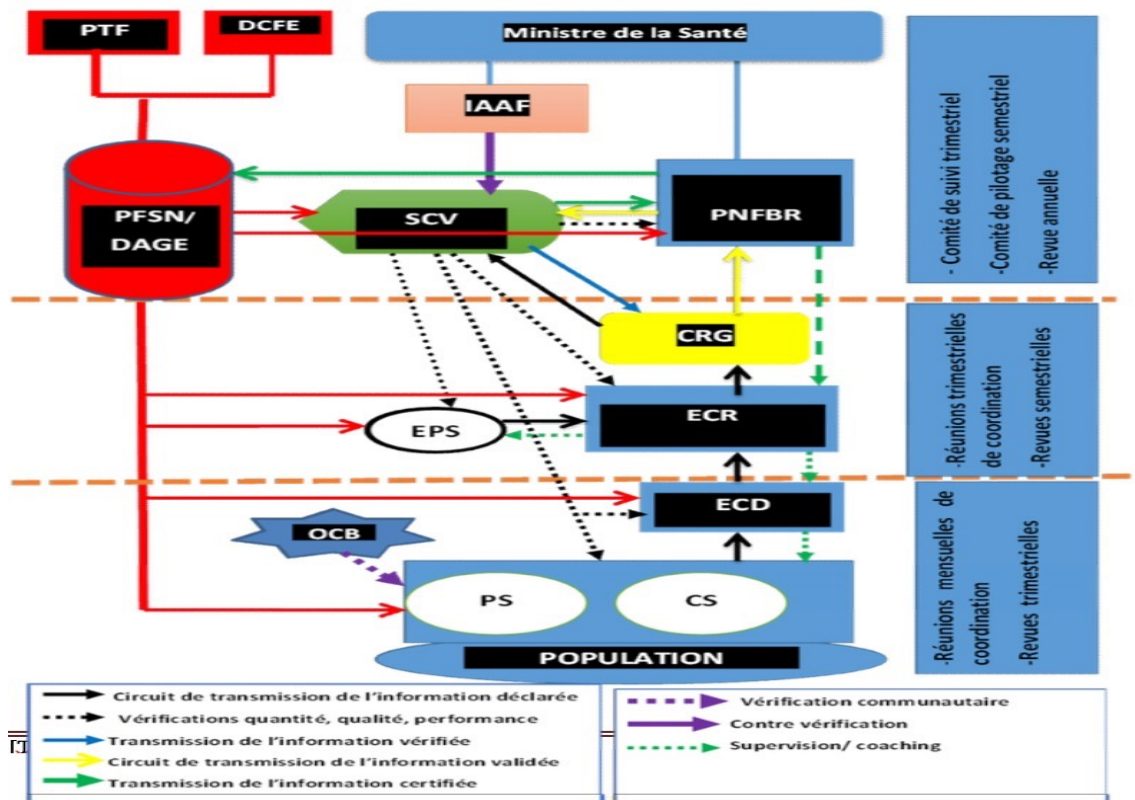
### 7.3.5 Activités prévues

- Faire la restitution du rapport de la mission de formation internationale sur le FBP au coordinateur du PNFBR ;
- Allouer un budget de fonctionnement au PNFBR
- Organiser des ateliers de plaidoyer avec le MSAS et les partenaires ;
- Organiser des ateliers régionaux de plaidoyer à l'endroit des autorités et partenaires ;
- Effectuer les vérifications par les pairs des FOSA pour le paiement des arriérées ;
- Organiser des ateliers de formation des directions et programmes sur les concepts du FBR ;
- Contractualiser avec les directions et programmes du MSAS pour le suivi de leurs performances ;
- Évaluer le PNFBR ;
- Élaborer un document de plaidoyer
- Rencontre entre les MCR et le coordinateur du PNFBR pour discuter de la problématique de la dérogation de l'approvisionnement des MEG dans les régions FBR;
- Organiser une réunion de partage et de plaidoyer autour de la DGS sur la disponibilité des médicaments dans les zones FBR
- Organiser une rencontre entre le MSAS et les acteurs du PNFBR sur la question de la dérogation de l'approvisionnement des MEG dans les régions FBR
- Responsabiliser l'ACMU pour la vérification des FOSA par le biais de ses services régionaux
- Effectuer dans chaque région FBR une mission de cartographie des risques
- Effectuer dans chaque région FBR une mission de contre vérification (audit basé sur les risques)

### 7.3.6 Recommandations

- Aligner l’approche FBR du Sénégal aux meilleures pratiques FBP ;
- Identifier les principaux mécanismes de pérennisation du FBP au Sénégal ;
- Favoriser l’accès diversifié et encadré aux MEG du niveau périphérique ;
- Intégrer l’ACMU et l’inspection interne du MASAS dans le dispositif du FBR à travers la vérification et contre vérification ;
- Harmoniser les interventions du PNFBR et de l’ACMU pour une meilleure rationalisation des ressources.

3.4 SCHEMA DU CADRE INSTITUTIONNEL DE LA MISE EN ŒUVRE DU FBR



### 7.3.7 Plan d'action

#### Objectif général

- Contribuer à l’amélioration du système sanitaire par une application correcte du FBP

#### Objectifs spécifiques :

- Mettre en place des interventions pour la pérennisation du FBR ;
- Améliorer la disponibilité des MEG de qualité au niveau des régions FBR par la mise en place d’un système concurrentiel ;
- Améliorer le système de vérification et de contre vérification

Objectifs	Activités	Responsable	Échéance
Mettre en place des interventions pour la pérennisation du FBR ;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire la restitution du rapport de la mission de formation internationale sur le FBR au coordinateur du PNFBR ;</li> <li>- Allouer un budget de fonctionnement au PNFBR</li> <li>- Organiser des ateliers de plaidoyer avec le MSAS et les partenaires ;</li> <li>- Organiser des ateliers régionaux de plaidoyer à l'endroit des autorités et partenaires ;</li> <li>- Effectuer les vérifications par les pairs des FOSA pour le paiement des arriérées ;</li> <li>- Organiser des ateliers de formation des directions et programmes sur les concepts du FBR ;</li> <li>- Contractualiser avec les directions et programmes du MSAS pour le suivi de leurs performances ;</li> <li>- Évaluer le PNFBR ;</li> <li>- Élaborer un document de plaidoyer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chef de mission</li> <li>- MSAS</li> <li>- PNFBR</li> </ul>	Mai 2019
Améliorer la disponibilité des MEG de qualité au niveau des régions FBR par la mise en place d'un système concurrentiel ;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rencontre entre les MCR et le coordinateur du PNFBR pour discuter de la problématique de la dérogation de l'approvisionnement des MEG dans les régions FBR;</li> <li>- Organiser une réunion de partage et de plaidoyer autour de la DGS sur la disponibilité des médicaments dans les zones FBR</li> <li>- Organiser une rencontre entre le MSAS et les acteurs du PNFBR sur la question de la dérogation de l'approvisionnement des MEG dans les régions FBR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MCR zone FBR</li> <li>-</li> <li>- DGS</li> <li>- PNFBR</li> </ul>	Février 2019
Améliorer le système de vérification et de contre vérification	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabiliser l'ACMU pour la vérification des FOSA par le biais de ses services régionaux</li> <li>- Effectuer dans chaque région FBR une mission de cartographie des risques</li> <li>- Effectuer dans chaque région FBR une mission de contre vérification (audit basé sur les risques)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MSAS</li> </ul>	juin-19

### 7.3.8 Conclusion :

L'analyse faite du FBR au SENEGAL montre l'existence de nombreux défis malgré les progrès accomplis. Pour cela, le programme a besoin d'améliorer les bonnes pratiques proposées dans le cadre du Financement basé sur la performance. La mise en œuvre de ce présent plan d'action sera une contribution importante pour l'atteinte des objectifs fixés. L'engagement des différentes parties prenantes sera une condition sine qua non pour sa réalisation.

## 7.4 Niger

### 7.4.1 Contexte

Niger est un pays sahélo saharien avec une superficie de 1,26 millions km<sup>2</sup> et une population d'environ 22 Millions en 2018. Il est caractérisé par une croissance démographique élevée (3,9%) et des indicateurs de santé préoccupants<sup>1</sup>.

La mise en œuvre des différentes générations de Plan de Développement Sanitaire (PDS) a permis d'enregistrer des progrès significatifs au niveau des indicateurs clés du système. Ainsi, le taux de mortalité infantile a fortement baissé, passant de 76 pour mille en 2010 à 51 pour mille en 2015. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans est quant à lui passé de 177,6 pour mille en 2009 à 114 pour mille en 2015, réalisant ainsi l'OMD 4. Le taux de mortalité maternelle est passé de 554 en 2010 à 520 décès pour cent mille naissances vivantes

<sup>1</sup> EDSN Niger 2012 Institut National des Statistiques (INS) Niger

en 2015. En outre, le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié reste encore à un niveau faible de 42% en 2015<sup>2</sup> ; il en est de même pour la CPN4 qui n'est que de 33%. Ces indicateurs peuvent être corrélés à la couverture sanitaire faible de 47,8%<sup>3</sup> de la population qui vit à moins de 5 km d'une structure de santé.

**VIH-SIDA.** La séroprévalence reste faible dans la population générale (0.4% selon EDSN 2012 et selon les estimations 2015 de l'ONUSIDA). Ce chiffre montre que l'épidémie est stabilisée, mais montre des caractéristiques de type concentré avec des taux de séroprévalence élevés dans certains groupes spécifiques (PS 16,6%, HSH 17,2, population carcérale 1,9 ; travailleurs migrants et les réfugiés 1,6%). D'autre part, le faible accès des populations aux soins de santé, la faible mobilisation et les pesanteurs socioculturelles sont autant de facteurs qui freinent la demande et l'offre des services de dépistage volontaire du VIH et le traitement par les Anti Rétro Viraux (ARV).

#### 7.4.2 Analyse de système de santé

Les réponses apportées par les autorités nigériennes à travers le PDS 2017-2021 vise à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD). Au regard des ressources investies par l'État et les PTF et les différentes stratégies mise en œuvre, les résultats ne sont pas à la hauteur des attentes. Les ressources mobilisées par l'État et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) en appui à la mise en œuvre du PDS, de janvier 2011 au 27 décembre 2016 peuvent se présenter comme suit : environ 42 Milliards soit 0,6 \$ US par hbt. Ce chiffre montre que la contribution des PTF reste modeste.

L'analyse de la situation fait ressortir entre autres défis :

- L'utilisation irrationnelle des ressources (insuffisance dans répartition géographiques des ressources humaines avec pléthore en milieu urbain et rareté en milieu rural) ;
- Grande dépendance des agents communautaires pour le fonctionnement du système de santé surtout en milieu rural avec comme conséquences la mauvaise qualité des prestations
- La mauvaise qualité des soins et des prestations à tous les niveaux, en particulier pour ce qui est de l'accueil, du comportement des prestataires vis-à-vis des patients et de l'organisation des soins (insuffisance d'intégration des soins, faiblesse de la référence et contre référence).

#### 7.4.3 Projet pilote FBP Boboye financé par la Banque Mondiale)

Pour remédier les problèmes ci-haut, il y avait un projet pilote FBP dans le district sanitaire de Boboye d'une année (2015) financé par la Banque Mondiale. L'analyse des évaluations de la phase pilote conduite dans le district sanitaire de Boboye a révélé les atouts suivants :

- Le FBR a amélioré la qualité des services prestés par les structures et cela a été particulièrement visible sur le plan de disponibilité en médicaments, l'amélioration de l'hygiène, la mise à niveau du plateau technique, la réhabilitation et le renforcement du parc moto ;
- Le FBR a amélioré la satisfaction des bénéficiaires en rapport avec la disponibilité de médicaments, la propriété et l'hygiène des services, le temps d'attente, la disponibilité des agents de santé, la qualité de l'accueil et de la prise en charge des indigents ;
- Le FRB a favorisé une compétition positive entre les structures sous contrat, les obligeant à plus de créativité. L'autonomie de gestion des structures les a permis de disposer des

<sup>2</sup> ENISED 2015 Institut National des Statistiques (INS) Niger

<sup>3</sup> Plan de Développement Sanitaire 2017-2021 Niger

médicaments en qualité et en quantité dans un temps relativement courts et ce, conformément aux besoins exprimés. Elle s'est traduite également à travers la non-ingérence extérieure dans la gestion des structures (le DS ne s'occupe pas directement de la gestion interne des CSI et HD) ;

- Le FBR a permis d'augmenter l'accessibilité de la population aux soins de santé notamment à travers l'ouverture des nouveaux centres d'activités foraines et la recherche active des perdus de vue ou des abandons ;
- Le FBR a renforcé le système d'exemption des frais de soins grâce au remboursement régulier des frais de la gratuité ;
- La FBR a permis de développer l'économie locale par la création d'emploi à travers l'utilisation des OBC et de la main d'œuvre locale.

Il faut noter que le projet a aussi connu des faiblesses :

- L'absence d'un mécanisme adéquat de contre vérification dans la mise en œuvre du projet n'a pas permis de se prononcer sur l'exactitude des résultats de vérification réalisées par les acteurs en charge lors de la mise en œuvre ;
- La non-prise en compte des activités des cases de santé et des structures privées dans la mise en œuvre du projet ;
- Le retard dans le paiement des primes de performance des structures sous contrat FBR ;
- Insuffisance des ressources financières pour la mise en œuvre du FBP au Niger
- Non mise sous contrat de certains acteurs (CTN, Directions).

#### 7.4.4 Projet FBP de KFW dans la région de Tillabéri

Un projet régional avec une composante FBR est en cours au Niger. Il s'agit du Programme Santé de la Reproduction (PSR) dans la région de Tillabéri, financé par la Coopération Financière Allemande (KFW), qui a lancé ses activités en mai 2017. L'objectif global est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la mère et du nouveau-né au Niger. Son objectif spécifique vise à augmenter l'utilisation et la qualité des services de Santé Reproductive (SR) dans la région de Tillabéri.

Le PSR a trois composantes dont :

- La mise en place d'un mécanisme d'achat de résultats (fonds d'achat FBR) qui vise à améliorer l'offre de services de SR en quantité et qualité dans les formations sanitaires et au niveau communautaire ;
- La mise à niveau à travers la réhabilitation, la construction / extension et l'équipement des formations sanitaires publiques (CS, CSI, HD, CSME) selon les normes du MSP pour offrir des services SR et la mise en place d'un système de maintenance ;
- Le développement des activités de communication et de plaidoyer, de la distribution à base communautaire ainsi que des mesures de sensibilisation dans les écoles (pilote), qui stimulent la demande pour les informations et services SR.

Une équipe du projet KFW ayant participé au cours international sur le financement basé sur la performance a enregistré un score de faisabilité de 36% et ont proposé de revoir le montage du projet pour atteindre 80% notamment la libéralisation des centrales d'approvisionnement, ouverture des comptes

#### 7.4.5 Pertinence de l'approche du FBP

La continuité de ce processus devrait se faire à travers la mise à l'échelle du FBP ; qui n'a pas pu intervenir du fait de l'absence de financement. Une autre source de financement est annoncée toujours avec la Banque Mondiale, qui permis cette fois la mise à l'échelle du FBP.

Le FBP est une solution parce qu'il met l'accent sur la qualité, l'efficacité et l'équité avec des indicateurs SMART.

#### 7.4.6 Score de faisabilité

Critères pour établir si le programme est le PBF pure	Normes	Points	Observations
1. Le budget du programme FBP n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	4	En partant sur l'hypothèse que le budget alloué au FBP sera le tiers du montant total du MAP 3 (46 179 752 \$US) prêt BM soit 4 \$US/hbts pour les 4 régions (Agadez 566 447 hbts, Diffa 691 356 hbts, Maradi 1 386 744 pour les DS Madarounfa, Aigué et Maradi Commune et Niamey 1 203 766) soit 3 848 313 hbts,
2. Au moins 20% du budget FBP vient du gouvernement et le programme FBP a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs	2	2	Le montant est un prêt à l'Etat Nigérien
3. La Cellule Technique Nationale FBP est intégré 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	La CNT est rattachée a la DEP ; elle même rattachée au SG/MSP
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité	2	0	Le Programme FBP se propose de mettre les directions sous contrats de performance
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 "visite de ménage suivant un protocole", qui est appliquée par tous les contractants principaux de niveau primaire.	2	2	
7. Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants.	2	2	
8. Le programme FBP a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des districts, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA	2	2	
9. Le programme inclut une étude ménages et qualité de base qui permettent d'établir des priorités et de mesurer le 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 recettes sont versées au compte unique du trésor régional
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 commandes de médicaments sont centralisées au niveau du District
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2	Pas d'autonomie de gestion au niveau des FOSA
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépendent 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 de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0	Tarifification centralisée



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	Ministère de Santé et les collectivités
17. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire	2	0	L'ACV reste à recruter
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2	
19. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne).	2	2	
20. Le programme a des bonus d'amélioration de qualité (BAQ) ou des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure, des équipements des structures et du personnel qualifié.	2	2	
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	2	
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	2	
Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables	2	2	
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>34</b>	<b>68%</b>

L'analyse de faisabilité basée sur des critères de pureté FBP a permis d'obtenir un score de faisabilité de 68% inférieur au niveau requis qui est de 80%. Cette analyse a également permis d'identifier des problèmes majeurs pouvant constituer de véritables obstacles (Hypothèses fatales) à la mise en œuvre d'une stratégie de financement Basé sur la performance au Niger :

- L'existence de compte unique de trésor (CUT) : qui oblige les FOSA à reverser directement les recettes au compte unique du trésor régional. Cette situation signifie que les FOSA n'ont plus accès à leur argent ;
- L'absence d'autonomie des formations sanitaires (gestion des ressources humaines et des finances) ;
- L'existence de monopole pour l'achat de médicament : Les commandes de médicaments sont centralisées au niveau du District.

Il faut faire un montage amélioré du projet FBP qui augmente le score de faisabilité de 68 à 80%. En plus il faut résoudre les problèmes d'hypothèses fatales

#### 7.4.7 Recommandations

- Rendre fonctionnelle la CTN et rattacher la Cellule Technique Nationale FBR (CTN) au cabinet du Secrétariat Général ;
- Mettre toutes les directions centrales et régionales impliquées dans la mise en œuvre du projet FBP sous contrat de performance ;
- Définir la procédure de recrutement des ACV soit appel d'offre international, soit identification d'une organisation locale avec statut juridique déjà existant. Les désavantages du recrutement après un appel d'offre international est qu'il dure au moins un an, cela ne constitue pas une solution pérenne et il coûte plus cher ;
- Faire un plaidoyer auprès du Ministre de la Santé Publique pour l'allocation de la subvention totale de la Banque en faveur de l'approche du financement basé sur la performance au lieu de proposer plusieurs composantes (input),



- Autonomiser les structures contractuelles à travers l'ouverture des comptes spécifiques et l'utilisation des ressources en espèce) ;
- Mettre au niveau des zones retenues sous contrats tous les acteurs (PMA, PCA, Régulateurs).

#### 7.4.8 Plan d'action

Quoi ?	Comment	Qui ?	Quand ?
Mettre toutes les directions centrales et régionales impliquées dans la mise en œuvre du projet FBP sous contrat de performance ;	Les contrats seront élaborés par la CTN FBP.	La CTN	T2 2019
Rendre fonctionnelle et rattacher la Cellule Technique Nationale FBR (CTN) au cabinet du Secrétaire Général ;	Le dispositif de la CTN doit être renforcée	Equipe FBP DSME/ le MSP	T1 2019
Définir la procédure de recrutement des ACV soit appel d'offre international, soit identification d'une organisation locale avec statut juridique déjà existant. Les désavantages du recrutement après un appel d'offre international est qu'il dure au moins un an, cela ne constitue pas une solution pérenne et il coûte plus cher ;	Mener des discussions la procédure de recrutement des ACV (appel d'offre, ou identification d'une organisation locale avec statut juridique comme la chambre régionales de commerce et industrie)	CTN	T1 2019
Faire un plaidoyer auprès du Ministre de la Santé Publique pour l'allocation de la subvention totale de la Banque en faveur de l'approche du financement basé sur la performance au lieu de proposer plusieurs composantes (input), Le budget doit être élargi (si possible tout le montant du crédit en faveur du FBP ; 46 179 752 \$US) prêt BM soit 4 \$US/hbts pour les 4 régions (Agadez 566 447 hbts, Diffa 691 356 hbts, Maradi 1 386 744 pour les DS Madarounfa, Aigué et Maradi Commune et Niamey 1 203 766) soit 3 848 313 hbts	Plaidoyer en vue d'une allocation du montant total du budget et autres bailleurs pour augmenter le budget qui permettra de prendre en compte les populations clés (PS, HSH, prisonniers) et vulnérables (Migrants, Réfugiés et populations déplacées, orphelins)	Equipe FBP DSME ; Le SG	1 <sup>er</sup> trimestre 2019
Autonomiser les structures contractuelles à travers l'ouverture des comptes spécifiques et l'utilisation des ressources en espèce) ;	Plaidoyer en vue d'obtenir des dérogations pour l'ouverture d'un compte spécifique au profit des structures contractantes du projet FBP et possibilité d'achats des médicaments et autres consommables auprès des entreprises accréditées	Equipe FBP DSME/	1 <sup>er</sup> trimestre 2019
Mettre au niveau des zones retenues sous contrats tous les acteurs (PMA, PCA, Régulateurs) ;	L'élaboration du manuel FBP	CTN	T1 2019

## 7.5 Cameroun

*Présenté par les Docteurs Ottou Tsala François, Ze Jean Jacques et Mr Assako Mebale Stephan*

### 7.5.1 Contexte

Malgré les multiples efforts engagés par le gouvernement avec l'appui des partenaires techniques et financiers, la majorité des indicateurs de santé de notre pays restent mitigés. Le gouvernement s'est engagé depuis quelques années dans une dynamique de réforme du système de santé avec la mise en œuvre d'une nouvelle approche axée sur les résultats, le PBF. Cette approche novatrice a montré des résultats probants dans certaines régions comme celle d'Adamaoua, de l'Est, Littoral, du Nord-Ouest, du Sud-ouest et d'Extrême-nord. La couverture nationale FBP fin 2018 se situe autour de 70%.

Le MINSANTE a décidé d'étendre son implémentation dans les régions du Centre et de l'Ouest dès le 01 juillet 2017. En outre, il a été entrepris la signature des contrats PBF entre la CTN et les services centraux du MINSANTE, notamment les inspections générales, certaines directions - divisions et programmes prioritaires de santé.

### 7.5.2 Analyse de problèmes et score de faisabilité

L'analyse du scan de faisabilité donne un score de 84% avec comme principaux défis :

- Relatif monopole de la Centrale d'Achat des médicaments qui demeure en dépit de la décision ministérielle qui autorise les FOSA FBP à s'approvisionner en première intention auprès de la centrale d'achat, passé un délai de 7 jours sans suite après s'être adressé à la centrale d'achat, les FOSA PBF pourront s'approvisionner auprès des distributeurs privés ;
- La gestion et la mobilisation du personnel fonctionnaire des FOSA sous PBF ;
- Un déficit de 30% en couverture du territoire national en PBF.

### 7.5.3 District de Santé de la Cité Verte – Région Centre

La région du Centre comprend environ 4.2 millions habitants avec 30 districts de santé et 284 aires de santé. On y retrouve 907 formations sanitaires donc 1 Hôpital Régional Annexe, 28 hôpitaux de District, 878 Centres Médicaux d'Arrondissement et CSI. Comme ressources humaines en 2016 : on y retrouvait dans la région du Centre 2022 personnels dont 510 médecins ; 1200 personnels para médicaux et médico sanitaires ; 300 personnels administratifs et 12 administrateurs de santé.

### 7.5.4 Analyse de problèmes du District

Le District de santé de la Cité Verte a une population cible de 430.000 habitants. La majorité des structures de santé sont privées. Les problèmes suivants ressortent de l'analyse du District de santé de la Cité Verte.

- Faible complétude des données ;
- Faible capacité de maintenance des équipements ;
- Plateau technique insuffisant ;
- Faible intégration des activités ;
- Ruptures fréquentes des médicaments et autres intrants ;
- Gestion inefficace des ressources humaines ;
- Chaîne du froid insuffisante ;
- Insuffisance moyens logistiques ;
- Faible coordination des activités ;
- Insuffisance des supervisions intégrées.

### 7.5.5 Plan d'action du District

Sujets à résoudre	Comment	Qui	Quand
Manque de connaissance sur l'approche PBF et faible implication des autorités administratives, traditionnelles, morales, religieuses, de la société civile et politiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Établir un plan de communication, éducation et information</li> <li>- Développer des spots et Slogans</li> <li>- Conférences, rencontre avec les décideurs</li> </ul>	Régulateur niveau DS (ECD, coach = ACV Régionale)	Janvier 2019
Faible information des acteurs de santé	- Réunion de restitution avec tous les acteurs de la santé du district de santé	Chef de district	Janvier 2019
Manque de distribution des populations selon les critères PBF	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire un état de lieux du district sanitaires</li> <li>- Découpage du District en Aires de S</li> <li>- FOSA éligibles PBF</li> </ul>	Régulateur niveau DS (ECD, coach= ACV, région)	Février 2019
Absence de formateurs	- Renforcement des capacités	Équipes PBF	Mars 2019
Absence de données de base fiable pour la mise en œuvre du PBF dans le district de la Cité Verte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Étude de base</li> <li>- Enquête de qualité</li> </ul>	Chef de District	Mars 2019

### 7.5.6 Programme National de Transfusion Sanguine

Un système de transfusion sanguine est en cours de mise en place autour d'un Centre National de Transfusion Sanguine avec des Centres Régionaux. En attendant la mise en place de cette organisation, les banques de sang des hôpitaux fonctionnent sous la responsabilité des directions des FOSA et reçoivent souvent des appuis du niveau central (intrants pour le testing, équipements etc).

Les principaux problèmes sont les suivants :

- Appuis accordés aux banques de sang par le niveau central sous forme d'intrants et non sous forme de performance.
- Le schéma envisagé de mise en place du Centre National de Transfusion Sanguine et des Centres Régionaux prévoit une organisation centralisée

### 7.5.7 Plan d'action du PNTS

Sujets à résoudre	Comment	Qui	Quand
Faible appropriation du FBP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restitution de la formation avec une emphase sur l'idée d'introduire le PBF dans la gestion actuelle des Centres de transfusion sanguine</li> <li>- Restitution sur les propositions d'options de gestion du futur Centre de Transfusion Sanguine en lien avec le PBF notamment la mise en place de la concurrence entre les Centres de Transfusion Sanguine</li> </ul>	Participant	Janvier 2019

### 7.5.8 Inspection Générale des Services Administratifs

Logée au cabinet du Ministre de la Santé Publique (MINSANTE), l'Inspection Générale des Services Administratifs (IGSA) a dans ses missions: 1. L'évaluation des performances des services par rapport aux objectifs fixés; 2. Le contrôle interne et l'évaluation du fonctionnement des services centraux et déconcentrés, des organismes sous-tutelle ainsi que des organismes et des projets rattachés; 3. Évaluer l'application des méthodes d'organisation ainsi que de simplification du travail administratif ; 4. Mettre en œuvre la stratégie de lutte contre la corruption au sein du ministère et ; 5. Informer le ministre de la santé publique sur la qualité du

fonctionnement et du rendement des services. Le plan de travail du participant de l'IGSA sera articulé autour du point 5.

### 7.5.9 Plan d'action IGS-A

Sujets à résoudre	Comment	Qui	Quand
Monopole de la Centrale d'achat en médicaments	- Plaidoyer pour la libre concurrence - Suivi de la mise en œuvre auprès des prestataires et des grossistes de la décision ministérielle sur l'approvisionnement en médicaments en lien avec les services compétents en la matière	Équipe IGSA	Janvier 2019 Continue
Obstacles divers à la mise en œuvre efficace du PBF	- Faire tenir au Ministre de la santé publique trimestriellement un rapport sur la situation de la mise en œuvre du PBF (couverture, obstacles, défis à relever et recommandations) dans les hôpitaux de 1 <sup>ier</sup> et 2 <sup>ème</sup> catégorie	Équipe IGSA	Janvier-février-mars 2019

## 7.6 Maurétanie

### 7.6.1 Contexte

La République Islamique de Maurétanie est confrontée à une forte charge de morbi-mortalité surtout chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer. En effet, le ratio de mortalité maternelle, bien qu'ayant connu une baisse passant de 687 pour 100.000 naissances vivantes en 2001 à 582 pour 100.000 naissances vivantes en 2013, reste très élevé. De même, le taux de mortalité infantile demeure élevé à 54 pour 1 000 naissances vivantes, selon le MICS 2015, bien qu'ayant connu une baisse significative car il était estimé à 118 pour 1 000 naissances vivantes en 2011.

#### **Situation géographique**

La Maurétanie est désertique à 80%, et les terres arables ne dépassent pas 0,2% de la superficie totale. A l'exception de la plaine alluviale du fleuve Sénégal, le reste du pays est constitué en grande partie d'alignements dunaires. Par ailleurs, la Maurétanie ne possède qu'un seul cours d'eau permanent, le fleuve Sénégal. La Maurétanie est limitrophe de l'Algérie et du Sahara occidental au nord, du Mali à l'est et du Sénégal au sud.

#### **Démographie, économie et développement humain**

En 2017 la population mauritanienne s'élevait à 3,9 millions habitants avec un taux de croissance de 2,8% et une densité de 3,43 habitants/km<sup>2</sup>. La répartition de cette population est marquée par des déséquilibres spatiaux importants, entre le nord désertique et la région du fleuve au sud. La capitale Nouakchott héberge 27,1% de la population du pays, tandis que l'Inchiri en abrite seulement 0,6 %. Au plan administratif, le pays est divisé, en 15 Wilayas, 58 Moughataa et 218 communes, respectivement dirigées par des Walis, des Hakems et des Maires.

L'enquête MICS 2015 montre que l'ISF (Indice Synthétique de Fécondité) connaîtra une réduction quasi-régulière en baissant de 5,1 en 2015 à 3,67 en 2020, ce qui représente une réduction du cinquième sur un indicateur complexe impliquant plusieurs facteurs de santé et d'ailleurs.

L'économie du pays connaît des taux de croissance généralement supérieurs à 5% depuis plusieurs années. Cependant, la dépendance vis-à-vis des exportations des ressources halieutiques et minières rend le pays très vulnérable aux fluctuations de l'économie mondiale. L'indice de développement humain en 2016 est de 0.513 plaçant la Maurétanie au 157<sup>ème</sup> rang sur 188 pays. Avec 31% de la population vivant au-dessous du seuil de pauvreté, les défis des

inégalités et la nécessité d'un développement plus inclusif sont reconnus par les autorités nationales et leurs partenaires au développement. La stratégie Nationale de la Croissance accéléré et de la prospérité partagée 2016-2030 s'est fixé comme objectif à la fois la croissance économique et la réduction des inégalités.

### 7.6.2 Organisation du système de santé

Le système de santé en Maurétanie est de type pyramidal, avec trois niveaux de prestations et trois niveaux administratifs. Le niveau de prestations comprend :

- Le niveau primaire opérationnel ou périphérique (Moughataa) où il existe deux types de structures : les postes de santé et les centres de santé (A et B). En appui à ce niveau, plusieurs centaines d'unités de santé de base (USB) sont installées dans une partie non négligeable des agglomérations villageoises éloignées des postes et centres de santé (au-delà d'un rayon de 10 km) ;
- Le niveau secondaire ou intermédiaire comprenant trois types d'hôpitaux au niveau des capitales régionales ou de Moughataa : les hôpitaux de Moughataa, les hôpitaux régionaux et les centres hospitaliers régionaux ;
- Le niveau tertiaire (Hôpitaux nationaux).

Le niveau administratif est organisé comme suit :

- Au niveau central, les entités centrales du Ministère de la Santé, à savoir : les directions, les services, les divisions et les coordinations de programmes assurent le pilotage et le suivi des structures du niveau intermédiaire ;
- Au niveau intermédiaire, les directions régionales à l'action sanitaire (DRAS), avec les équipes régionales assurent la coordination et le suivi des structures du niveau opérationnel ;
- Au niveau opérationnel, les circonscriptions sanitaires de Moughataa avec les équipes cadres de Moughataa assurent la coordination et le suivi des actions sanitaires au niveau des circonscriptions.

Le secteur public compte 673 postes de santé qui font référence aux centres de santé (115) et aux hôpitaux régionaux et nationaux (26). Il existe également un petit secteur privé (140 formations sanitaires) fortement concentré (76%) dans la capitale, Nouakchott. Selon les statistiques des professionnels de la santé au niveau mondial de l'OMS, la Maurétanie a la plupart des infirmières et des sages-femmes (0,672 pour 1000 personnes) et est classée deuxième en médecins (0,13 pour 1000 personnes) par rapport à un groupe de pairs de la Côte-d'Ivoire, le Mali, le Niger, le Sénégal et la Gambie.

L'offre de services de santé publique en Maurétanie est inégalement répartie. Les formations sanitaires et le personnel sont concentrés dans les zones urbaines, en particulier Nouakchott et Nouadhibou, au détriment d'autres régions telles que Gorgol, Guidimagha, Hodh Charghi et Hodh el Gharbi. Malgré les efforts déployés ces dernières années pour accroître la production de personnels de santé qualifiés (création d'une faculté de médecine et de cinq écoles de santé publique dans les régions éloignées), la Maurétanie se caractérise toujours par un manque de personnels de santé qualifiés et notamment à l'intérieur du pays.

### 7.6.3 Situation sanitaire au niveau national

Le profil épidémiologique du pays est marqué par la persistance d'une morbidité élevée due aux maladies endémo-épidémiques et l'augmentation du fardeau des maladies non transmissibles.

#### 7.6.4 Situation sanitaire au niveau de la région de Hodh el Gharbi

**La région de Hodh el Gharbi** qui a une superficie de 53 400 km<sup>2</sup>, est située au sud-est du pays avec une population de 313 681 habitants (selon une projection de 2013), 8,3% du total, avec une densité de 5,5 habitants/km<sup>2</sup>, supérieur à la moyenne nationale. Elle est divisée en 4 Moughataa et 27 communes.

Le taux d'utilisation des services de santé dans la région de Hodh el Gharbi est de 33,73% ; le taux de CPN1 est de 58,83% ; le taux de CPN4 est de 8,87% ; le taux d'accouchement assisté par un personnel de santé est de 38,57% ; le taux de consultation post natale est de 13,94% ; le taux de couverture en penta 3 est de 83%.

La dotation en structures sanitaires au niveau de cette région à la fin de l'année 2016 est de 74 Postes de Santé (seulement 1 non fonctionnel dans la Moughataa de Tintane) et 9 Centres de Santé, tous fonctionnels, en plus d'un Centre Hospitalier Régional à Aioun El Atrouss, capitale de la wilaya. La couverture sanitaire (Centre de Santé et Poste de Santé) est de 55 % avec des disparités entre les 4 Moughataa. La population non couverte représente 45,5% de la population totale de la Wilaya.

#### 7.6.5 Situation sanitaire au niveau de la région de Guidimagha

La région de Guidimagha se situe au sud du pays sur la rive du fleuve Sénégal comme frontière, ce qui conditionne la présence de zones inondables à l'époque de l'hivernage. Sa superficie est de 10 300 km<sup>2</sup> et sa population de 294 506 habitants en 2017, ce qui fait que sa densité de 25,9 habitants/km<sup>2</sup>, soit la plus élevée du pays, sauf le cas spécial de Nouakchott. Elle est divisée en 3 Moughataa et 18 communes. La capitale de la Wilaya est la Moughataa de Sélibaby.

Le taux d'utilisation des services de santé dans la région de Hodh el Gharbi est de 49,22% ; le taux de CPN1 est de 69,71% ; le taux de CPN4 est de 5,82% ; le taux d'accouchement assisté par un personnel de santé est de 49,17% ; le taux de consultation post natale est de 30,48% ; le taux de couverture en penta 3 est de 78%.

Les structures sanitaires au niveau de la région à la fin de l'année 2016 comportent 47 Postes de Santé et 6 Centres de Santé, 1 Centre Hospitalier Régional et 1 école de santé. Le taux de couverture sanitaire est de 62%.

C'est dans ce contexte et dans les soucis de renforcer le leadership et la gouvernance sanitaire que le financement basé sur les résultats a été retenu comme une des composantes essentielles de la gestion axée sur les résultats. Cette stratégie FRB fera d'abord l'objet d'un projet pilote dans deux régions du pays grâce à un financement Etat-BM.

Les différentes étapes ci-dessous illustrent le processus de mise en œuvre de ce projet :

- Réalisation d'une étude de faisabilité (FBR offre et demande) ;
- Atelier de formation en septembre 2014 : cadres des différents départements ministériels, CNAM, de PTFs et ONGs ;
- Validation, par le MS, de la SNFBR (juin 2015) ;
- Adoption de la SN FBR par le conseil des ministres, le 29 septembre 2016 ;
- Sélection de la zone pilote.

### 7.6.6 Analyse du problème

1. Montage inadéquat du projet FBP, notamment
  - Manque de séparation des responsabilités entre CR qui est un organe politique et ERV qui est l'entité technique. En effet dans le montage actuel la contractualisation est dévolue au CR et l'ERV ne joue que le rôle de vérification.
  - DPL et IGS ne sont pas sous contrat de performance et cela risque de compromettre la réussite du projet. En effet les expériences d'autre pays (Bénin et Burkina) nous montrent que le manque d'appropriation du projet par les directions du MS est facteur d'échec important.
  - La vérification de la qualité technique des hôpitaux n'est pas faite par les pairs mais par une équipe du niveau central
  - Le projet pilote ne concerne pratiquement que des zones rurales. Il serait intéressant d'inclure une zone urbaine dans le projet pilote.
2. Fréquence des ruptures de médicaments due au monopole des médicaments par la CAMEC
3. Pas d'autonomie de gestion des postes et centre de santé (celle de l'hôpital n'est que partielle car n'a pas le droit de recruter/licencier du personnel) et comme conséquences l'impossibilité de recruter /licencier d'acheter les intrants dans le secteur privé et fixer une tarification au niveau local.
4. Unicité des caisses à partir du 1<sup>er</sup> Janvier 2019 et qui constitue une hypothèse fatale pour la réussite du projet.
5. Le découpage des aires de santé dans les deux régions pilote n'est pas optimal car certaines localités sont mal rattachées aux formations sanitaires.
6. Dans le PNDS 2017-2020 le FBR n'est pas considéré comme une réforme du système de santé mais plutôt comme une composante de l'Axe « Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire ».
7. Retard dans la mise en place des équipes régionales de vérification à causes des procédures administratives.

### 7.6.7 Est-ce que les problèmes peuvent être résolus par le FBP

Oui, en effet le PBF appliqué dans sa pureté est bien la solution approprié pour résoudre les problèmes identifiés.

### 7.6.8 Score de faisabilité et hypothèses fatales

Le score de faisabilité du montage actuel pour le programme FBP est de 72%. Cependant il existe de nombreuses hypothèses fatales compromettant la réussite de ce projet ; il s'agit de :

- L'implication du CR comme entité de contractualisation ;
- Absence d'autonomie de gestion des formations sanitaires ;
- Centralisation de l'approvisionnement ;
- Unicité des caisses à partir du 1er Janvier 2019.

### 7.6.9 Plan d'action

Problèmes	Actions	Respon sable	Délai
Montage inadéquat du projet FBP - Rôle du conseil régional (CR) et relation entre CR et ERV - DPL et IGS ne sont pas sous contrat de performance - La vérification de la qualité technique des hôpitaux n'est pas faite par les pairs mais par une équipe du niveau central	Revoir le montage du projet pour : - CR doit jouer le rôle de CA et la contractualisation revient à l'ERV - Signer des contrats de performance avec IGS et DPL - Évaluation par les pairs des CH non PBF pour la phase pilote	CT d'UT- FBR	2 semaines
Monopole des médicaments par la CAMEC	- Plaidoyer pour une dérogation pour casser le monopole des intrants dans la zone pilote	DPL	1 mois
Pas d'autonomie de gestion pour les postes et centre de santé Les hôpitaux bien qu'étant autonomes ne sont pas habilités à recruter et à licencier du personnel	- Plaidoyer pour une dérogation pour l'autonomie de gestion des FOSA dans la zone pilote	CG d'UT- FBR	2 semaines
Unicité des caisses à partir du 1 <sup>er</sup> Janvier 2019	- Plaidoyer pour une dérogation pour permettre aux FOSA d'utiliser toute la recette au point de collecte	CG d'UT- FBR	2 semaines
Le découpage des aires de santé dans les deux régions pilote n'est pas optimal	- Instruire les ECD des deux régions pilote de mettre à jour le découpage des aires de santé	CT d'UT- FBR	1 semaine
Retard dans la mise en place des ERV dans les deux régions pilotent	- Signature des contrats avec le SG - Installation des ERV dans les régions (locaux, bureaux, équipement, logistique, fonctionnement...)	CT d'UT- FBR	2 semaines
Dans le PNDS 2017-2020 le FBR n'est pas considéré comme une réforme du système de santé mais plutôt comme une composante de l'Axe « Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire ».	- Faire le plaidoyer pour que le FBR soit considéré comme réforme du système de santé	CG d'UT- FBR	3 mois

## 7.7 Rwanda

### 7.7.1 Contexte

Au cours des deux dernières décennies, le Gouvernement rwandais s'est attaché à élargir l'accès aux services de santé de qualité afin d'améliorer les résultats sanitaires pour l'ensemble de la population rwandaise. Lancé sous forme d'un projet pilote en 2001, le financement basé sur la performance<sup>4</sup> (FBP) en tant qu'une approche systémique avec une orientation sur les résultats définie comme la quantité et la qualité des produits et l'inclusion des personnes vulnérables a montré des effets positifs surtout dans le contexte d'amélioration de qualité, de l'efficacité et de l'équité. Plus tard en 2006, le FBP a été étendu en tant que programme national à de nombreux niveaux de prestation de services: centre de santé, Hôpital de District, Hôpital Provincial, Hôpital de Référence, jusqu'au niveau central du Ministère de la santé.

Malgré la réduction du budget des partenaires en FBP, l'approche reste toujours un bon outil de motivation du personnel de la Santé et de l'amélioration de la qualité de services offerte à la population mais aussi de l'efficacité et de l'équité. Il s'avère important de féliciter le gouvernement du Rwanda qui s'est engagé dans le processus de financement du système FBP

<sup>4</sup> Guide de cours de Financement Basé sur la Performance, Version Décembre 2018, p.27



car actuellement le système est financé par le budget ordinaire de l'État à plus de 50%, ce qui fait du Rwanda le premier pays africain à financer le FBP à travers le budget de l'État.

Cependant, malgré les avancées de l'approche FBP dans le système de santé rwandais, quelques améliorations s'avèrent nécessaires pour l'adapter aux innovations au niveau internationale et répondre aux critères de pureté. L'approche FBP préconise 23 critères de faisabilité qui sont utilisés pour mesurer la pureté du système. Les théories FBP proposent que l'intervention ne peut être qualifiée de « FBP » que quand le score atteint 80% (40/50 points) ou plus. Lorsque le score obtenu est inférieur, de nouvelles négociations et des discussions devraient être menées, afin que la proposition se rapproche du score de 80%.

### 7.7.2 Analyse du problème

Les problèmes auxquels le système FBP du Rwanda fait face actuellement est lié aux critères de pureté préconisé par l'approche FBP. Parmi les 23 critères de pureté, le système FBP rwandais remplit seulement 15 (60%) c'est qui est inférieur à 80% prévu pour qu'un système soit qualifié du pur FBP.

Parmi les critères non remplis il y a les hypothèses fatales suivantes:

- Un budget inférieur à 4\$US par personne par an ( 2\$US investis actuellement) dont plus ou moins 60% de subsides sont payé par l'État.
- Existence du monopole pour les intrants comme les médicaments et autres consommables médicaux qui sont fournis à toutes les FOSA publiques par MPPD (Médical Procurement and Production Division). Ce monopole a tendance de créer des inefficiences dans l'allocation des ressources (publiques).
- Manque d'autonomie sur la gestion des ressources humaines pour les FOSA (droit de recruter et de licencier ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.
- A part ces deux hypothèses jugées fatales par les principes internationaux FBP, il y a d'autres imperfections qu'il faut régler afin d'améliorer l'efficacité de l'approche FBP pour que celle-ci puisse remplir effectivement sa mission d'amélioration de qualité du système sanitaire dans l'efficacité et l'équité.

Ces imperfections sont remarquables dans les points suivants:

- Manque de contrat FBP pour les FOSA privées, vu que le système FBP est actuellement applicable dans les FOSA publiques et confessionnelles seulement. Cela empêche d'utiliser les avantages comparatifs du secteur privé et d'utiliser les subsides FBP pour améliorer le fonctionnement et la qualité de soins de santé dans secteur privé ;
- Présence du système de financement des inputs (équipement, réhabilitation, etc.) en parallèle avec le système FBP. Les études scientifiques ont montré que le système input n'est efficient par rapport au system FBP (1 \$US investi à travers le FBP équivaut à 4 \$US input) ;
- Quelques principes FBP non appliqués dans le système sanitaire rwandais.

### 7.7.3 Score de faisabilité

Les 23 critères de pureté d'un programme FBP	Points disponibles	Score	Observation
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	Seulement \$2 disponible

2. Au moins 20% du budget FBP vient du gouvernement et le programme FBP a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs. 2	2	2	Budget rwandais 60%
3. La Cellule Technique Nationale FBP est intégré 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	2	
5. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	2	
6. Le programme FBP contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	2	
7. Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants.	2	0	Les FOSA privées ne sont pas dans le system
8. Le programme FBP 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	0	
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires	2	2	
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur	4	0	MPPD fournit les médicaments aux FOSA
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ 2	2	2	
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides FBP. 2	2	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	2	
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts. 2	2	0	MS determine les tarifs
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	0	MS recrute les professionnels sanitaires A1 & A0
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	Suveyors (Quality Assurance Unit)
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	2	Pas de ACV, integration du PBF au MS
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	
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	0	
22. Il 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	2	
<b>TOTAL : 50</b>	<b>50</b>	<b>30</b>	<b>60%</b>

#### 7.7.4 Recommandations

- Augmenter le budget FBP de 2\$US à 5\$US par habitat par an, en commençant par changer les inputs (financement en nature) en financement output ou FBP pour plus d'efficacité car les études scientifiques ont montré que 4\$US investis en inputs équivaut à 1\$US utilisé en FBP;
- Utilisation des fonds partenaires du développement déjà en place d'une manière plus efficace, notamment transformer les lignes budgétaires inputs en lignes FBP ;
- Promouvoir la libre concurrence en matière d'approvisionnement en médicament et autres consommables médicaux ;
- Pour mieux assurer la qualité de service rendu à la population et la mise en application du système FBP selon les standards internationaux, les FOSA doivent avoir l'autonomie de recruter, sanctionner et licencier son personnel au cas de besoin
- Étendre le système FBP dans les FOSA privées dans le cadre d'utiliser les avantages comparatifs du secteur privé ainsi que les subsides FBP pour améliorer le fonctionnement et la qualité de soins de santé dans le secteur privé ;
- Revue du système afin de l'adapter au modèle international FBP actuel car depuis que le système est introduit au Rwanda, il y a eu beaucoup d'innovations ainsi le système sanitaire rwandais a besoin d'intégrer toutes ces innovations.

#### 7.7.5 Plan d'action

Défis	Activités	Responsable	Période
1. Un budget inférieur à 4 \$US par personne par an	- Préparer un memo pour expliquer à la hiérarchie l'insuffisance des subsides FBP - Faire le plaidoyer auprès du Ministre de la Santé pour augmenter le budget PBF	DG PHFIS PBF Desk	Q1 2019
2. Manque d'autonomie en matière de gestion des ressources humaines pour les FOSA	- Préparer un document expliquant les principes actuels du système FBP - Faire le plaidoyer auprès du Ministre de la Santé pour l'autonomie de FOSA en matière de gestion du personnel	DG PHFIS PBF Desk	Q1 2019
3. Présence du système de financement des inputs en parallèle avec le système FBP	- Faire l'évaluation du financement investi dans les inputs et trouver le montant en espèce - Faire le plaidoyer auprès du Ministre de Santé pour changer le système de financement input en output ou FBP	DG PHFIS PBF Desk	Q1 2019
4. Quelques principes FBP non applicables dans le système sanitaire rwandais	- Revue du système afin de l'adapter au modèle international FBP actuel car depuis que le système est introduit au Rwanda, il y a eu beaucoup d'innovations ainsi le système a besoin d'intégrer toutes ces innovations	PBF Desk MoH	Q1 2019

## 7.8 Secteur Éducation dans le République Centrafricaine

### 7.8.1 Contexte du Pays

La République Centrafricaine, pays situé au centre du continent Africain possède une superficie de 623 000 km<sup>2</sup>, avec une population de presque 5 millions habitants. Elle est classée parmi les pays les plus pauvres du monde, elle est classée 178<sup>ème</sup>, l'avant-dernière sur l'Indice de Développement Humain. C'est un pays entièrement enclavé. Une grande partie de cette population vit agriculture vivrière, 62,4% personnes vivant avec moins de \$1.25 par jour. Les cas de malnutrition aiguë augmentant de manière continue. Le pays connaissant des épidémies de rougeole, méningite, hépatite, fièvre jaune et la poliomyélite. Le système éducatif est faible, avec un taux de scolarisation primaire de 55,5%, une qualité de l'enseignement déficiente et des infrastructures détériorées ou inexistantes.

Le système éducatif de la RCA a été paralysé durant les deux dernières décennies en raison des crises politiques récurrentes<sup>5</sup>. Le taux d'analphabétisme des femmes est 70% contre 30% chez les hommes. Le taux de scolarisation des filles au niveau primaire est de 55% contre 71% chez les garçons tandis que les conflits entraînent une augmentation des violences sexuelles ainsi que les risques de grossesses et mariages précoces et donc de rupture scolaire.

Six des huit inspections d'académie sont affectées par la crise et plus de 100 000 enfants en âge préscolaire et scolaire sont nouvellement déplacés et plus de 500 000 enfants de 3 à 14 ans dans les zones affectées qui connaissent des situations de rupture scolaire à cause de la crise. Durant l'année académique 2017- 2018 et jusqu'en septembre 2017 au moins 45 écoles ont été attaquées<sup>6</sup>. Les enseignants formés continuent de désertir les localités en crise, laissant ainsi l'éducation des enfants aux mains des maitres-parents qui se retrouvent la plupart du temps eux-mêmes parmi les déplacés<sup>7</sup>. Il n'est estimé que seules 5% des contractuels du système qui sont restés en poste en dehors de Bangui à cause de la situation sécuritaire précaire dans leur zone d'affectation et les difficultés de l'état de les rémunérer correctement.

### 7.8.2 Historique du FBR dans le secteur Éducation de la RCA

Cordaid est présente en RCA depuis l'année 2008. Depuis 2010, Cordaid met en œuvre sur des fonds propres, les projets éducation à travers la stratégie du FBR (Financement Basé sur les Résultats) dans les Inspections Académiques du Centre Sud, du Sud Est et de l'Ouest qui couvrent 5 Circonscriptions Scolaires. Au fil du temps, Cordaid a étendu progressivement le nombre des écoles pour atteindre au courant de l'année académique 2013-2014, 141 écoles.

Au regard des résultats obtenus, le ministère a mise en place en juin 2015 une Cellule Technique Nationale du programme FBR (CTN-FBR) composée des membres du cabinet, des experts nationaux et les représentants des structures de financement. En 2016, le ministère de l'Éducation Nationale a envisagé<sup>8</sup> la mise en échelle au niveau nationale la méthode FBR pour l'enseignement fondamental en quatre étapes dans une période de 4 ans à partir de l'année scolaire 2016/2017. Le FBR a eu des *impacts positifs* au niveau des écoles, au niveau des services déconcentrés et au niveau central.

En 2017, Cordaid a lancé un projet d'Éducation d'Urgence financé avec ses fonds propres sur la durée de l'année académique 2017- 2018. Ce financement a permis de couvrir 7 écoles dans la Préfectures de Nana Mambéré et 11 écoles dans la Préfecture d'Ouham Pendé.

---

<sup>5</sup> Aperçu des besoins Humanitaires 2018

<sup>6</sup> Aperçu des besoins Humanitaires 2018

<sup>7</sup> Central African Republic: National Recovery and Peace building Plan 2017–21

<sup>8</sup> Arrêté 007/MENET/DIRCAB du 25 juin 2016 portant création et organisation de la Cellule Nationale du FBR

Le contexte sécuritaire étant différent dans ces deux préfectures :

- a) **Approche FBR pure - zone stable.** La sous-préfecture de Bouar étant moins affectée par la crise ces dernières années est mieux préparée à l'application de l'approche FBR « pur » mettant l'emphase sur la qualité, l'efficacité et sur l'accès aux personnes déplacées et aux groupes minoritaires notamment aux filles et garçons Peuhls. Sept écoles ont été supportées à Bouar. Dans cette approche on ne donne pas des inputs, mais on responsabilise les écoles avec leurs parents d'acheter les intrants et de construire des nouveaux infrastructures à travers de leurs propre initiatives.
- b) **Approche LRRD = mélange FBR et input.** La préfecture d'Ouham Pende étant plus affecté par la crise et ainsi est moins stable. Le projet a prôné l'implémentation d'une approche en case de crise qui est appelé « Liant le relèvement, la réhabilitation et le développement (LRRD). Onze écoles ont été supportés dans lesquels huit devraient être reconstruites. Dans cette approche, les subsides FBR appuie le fonctionnement mais on fait des dotations en mobilier, fournitures scolaires. En plus, la construction a été dédié à un constructeur externe qui devrait construire des écoles. Cette approche externe n'a pas bien marché. Six écoles sont construits par des constructeurs externes mais la qualité n'était pas bonne. Par contre les deux écoles qui étaient construits par la communauté était de meilleure qualité ainsi que les investissements de Cordaid pour les deux approches étaient comparables.

### 7.8.3 Les points forts de FBR

#### **Au niveau école**

- L'amélioration de la qualité de l'enseignement ;
- Disponibilité au sein des écoles les documents administratif et pédagogique et des matériels de fonctionnement ;
- L'augmentation des nombres des élèves y compris les filles ;
- Réhabilitation et construction des salles de classes et des latrines ;
- L'achat et dotation en mobiliers scolaires ;
- Retour des enseignants et reprise des écoles ;
- L'introduction et fonctionnement des clubs des élèves comme initiative innovante pour renforcer les acquis scolaires et le lien entre l'école, la paix et la cohésion sociale ;
- Utilisation de l'outil d'indice (mais uniquement pour les fonds du FBR) ;
- L'éducation accessible aux plus démunis.

#### **Au niveau de service de la régulation (secteurs, circonscriptions et inspections)**

- Les Inspections d'académies ont régulièrement contrôlé la mise en application des documents d'orientation politique, la gestion administrative et financière des écoles tout en vérifiant les méthodes pédagogiques utilisées au sein des écoles.
- Les Circonscriptions et les secteurs scolaires ont mené des inspections directes des écoles à travers le contrôle administratif, le contrôle de la bonne exécution des programmes et les volumes horaires des enseignements.
- Les Centres Pédagogiques Régionales en collaboration avec les Circonscriptions et secteurs scolaire ont organisé les animations pédagogiques pour renforcer les compétences des enseignants dans leurs tâches.

#### **Au niveau central**

- L'évaluation des Inspecteurs d'Académie ;
- Le choix des indicateurs ;
- La révision et adéquation des outils FBR ;
- Le plaidoyer pour rendre l'approche FBR comme politique nationale.

#### 7.8.4 Les problèmes identifiés avec la MEO du FBR

- Insuffisance en personnel qualifié dans la zone de crise Ouham Pende avec seulement 0 à 1 enseignant qualifié et ainsi une dépendance forte des enseignants-parents. Par contre, les écoles de Nana Mambéré ont en moyen 6-8 enseignants qualifié, ce qui est suffisant.
- Manque de motivation des enseignants par manque de recouvrement de couts ou d'autres revenus parallèles aux recettes FBR et les salaires de l'État.
- Mauvaise utilisation de l'outil indice dans des écoles de Ouham Pende qui sont principalement géré par les associations des parents des élèves. Ce problème n'existe pas dans les écoles de la zone « stable » de Nana Mambéré qui sont principalement géré par des enseignants professionnels
- Manque de supervision technique de la part de la régulation par raisons de sécurité dans la zone de Ouham Pende.

#### 7.8.5 Scan de pureté FBR

Le score de faisabilité pureté pour l'Éducation en République Centrafricaine est de 48%. Le FBR Éducation en RCA a encore le caractéristique d'un projet, mais devrait être transformé dans une approche de réforme nationale pour atteindre les cibles des Objectifs de Développement Durables.

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points	Points donnés	Observations
Le budget du programme PBF n'est pas inférieur à 100 \$US par élève et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides des indicateurs, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	0	Budget est inférieur à USD 100 par élève et par an
Au moins 20% du budget PBF vient du gouvernement et le programme PBF a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	0	Le gouvernement ne contribue pas au PBF
La Cellule Technique Nationale PBF est intégré dans le Ministère de l'éducation à un niveau qui le permet de coordonner toutes les activités du Ministère avec les Directions et Programmes.	2	2	CNFBR (Structure Nationale de pilotage de mise en œuvre de l'approche FBR éducation)
Les Directions et Programmes du Ministère de l'éducation sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	2	0	Les Directions et Programmes du MEPSTA ne sont pas sous performance ; c'est au niveau des structures déconcentrées.
Les écoles disposent d'au moins 15 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les écoles reçoivent des subsides.	2	2	Il y a 5 indicateurs output et 48 indicateurs qualités payés mensuellement.
Échange avec les parents des élèves.	2	0	Indicateur manquant
Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 48 indicateurs composites auprès des écoles publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de s école en unités d'entre 300 et 1000 élèves.	2	0	cartographie non conforme au norme de FBP.
Le programme PBF a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des districts, l'ACV et un ou plusieurs représentants des écoles	2	0	Pas de comité de validation dans les districts seul l'AVC valide les données quantitatives avec les responsables des écoles
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	Pas d'étude de base des ménages et de la qualité
Les recettes du recouvrement écoles sont utilisées au point de collecte, et les écoles ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des écoles sont les signataires.	2	0	Pas de recouvrement des coûts, pas de recettes ni flux financier.
Les gestionnaires des structures (écoles) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	4	Les responsables des structures ont le libre choix des fournisseurs des intrants

Les écoles utilisent l'outil de gestion « plan de business	2	2	Les écoles disposent de plans d'activités limités
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 PBF.	2	2	celles contactées, utilisent l'outil indices pour les dépenses de subside PBF
L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	2	L'ACV signe des contrats directement avec les responsables des écoles PBP
Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0	Les structures ne sont pas autorisées
Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	2	0	Les gestionnaires n'ont pas l'autonomie pour le recrutement et le licenciement c'est au niveau de l'Administration centrale
Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de éducatives, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification scolaire et communautaire.	2	2	ACV existe et est indépendant dispose de personnel pour les activités de vérification.
Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	0	L'ACV contractualise et vérifie et paie
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	C'est au niveau central
Les ACV ont des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	2	0	Non
Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	2	Oui il faut aussi l'appliqué pour les écoles d'enseignement professionnel privée.
Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	2	Oui
Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2	Oui
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>24</b>	<b>48%</b>

### 7.8.6 Recommandations

#### **Au gouvernement**

- Augmenter l'effectif des élèves maîtres dans les instituts de formation ;
- La mise en place d'une ligne budgétaire FBR à la disposition des écoles ;
- Donner la possibilité aux partenaires privés de créer des Instituts de formation des enseignant du niveau et de les appuyer de la même manière que les écoles publiques ;
- Faire une répartition équitables des enseignas qualifiés dans les écoles ;
- Mise à jour de la cartographie générale de l'éducation plus particulièrement au niveau de fondamental.

#### **Aux acteurs de la mise en place de l'approche FBR**

- Donner des notions de bases à tous les responsables du terrain des activités concernant le FBR;
- Donner l'autonomie à la communauté pour la réalisation des activités de constructions au niveau local.

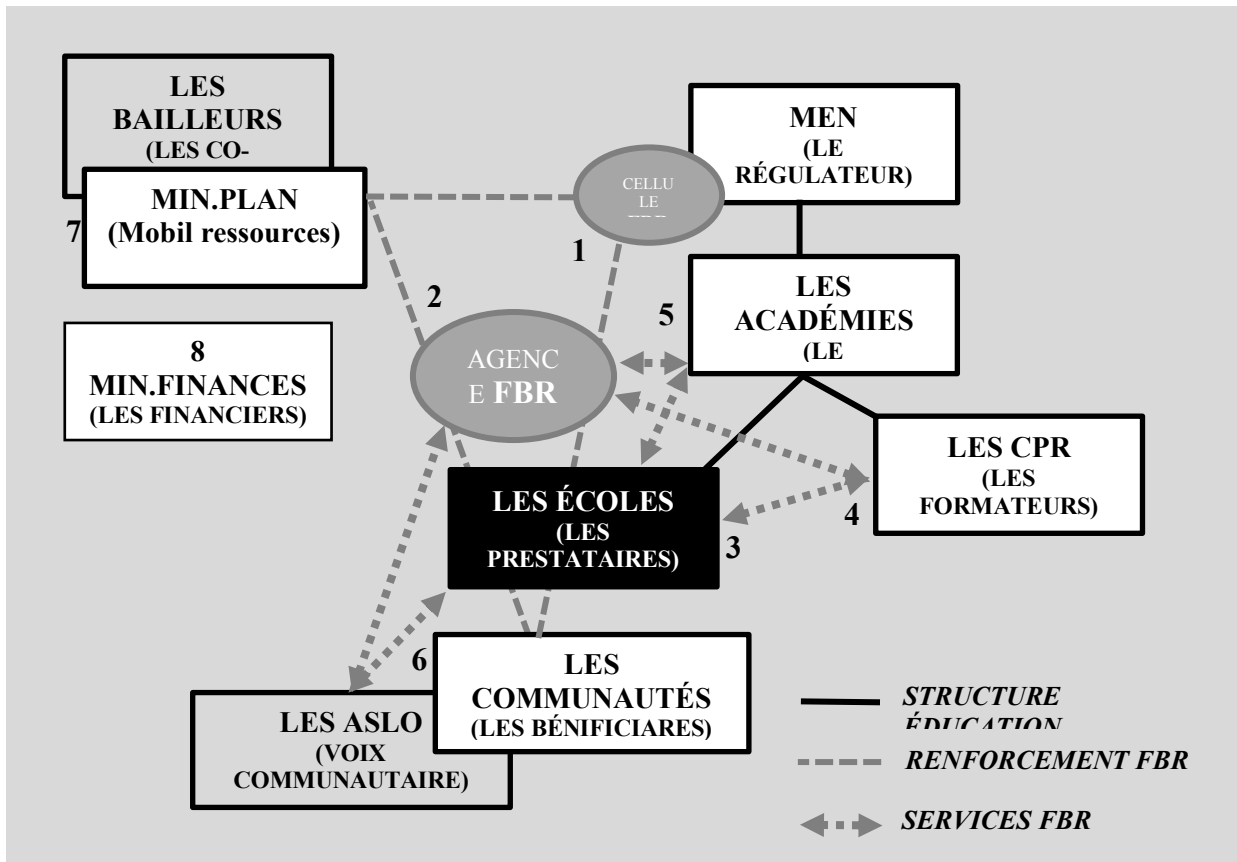
#### **Aux écoles**

- Mettre en place une gestion transparentes pour une mobilisation et motivation des Enseignants ;
- Adopter des bonnes règles de la gestion financière des ressources générées par l'école.



7.8.7 Montage Institutionnel

Vu l'analyse de la pureté du PBF nous proposons ce montage institutionnel.



Source : Ministère de l'Enseignement Primaire Secondaire Technique et l'Alphabétisation.

7.8.8 Plan d'action

Sujet	Comment	Qui	Quand
Plaidoyer auprès du gouvernement pour une autonomisation de tous les acteurs du système éducatif en RCA dans le cadre de la mise en place de l'approche FBR	- Allouer un budget conséquent par acteur pour la mise en œuvre de l'approche PBF en République Centrafricaine	- Le Gouvernement, les partenaires techniques et financiers, ONG	- Budget en cours de validation, acquisition d'un nouveau projet FBR
Donner les moyens du gouvernement à temps à la régulation pour la réalisation des activités	- Améliorer l'efficacité de vérification, validation, confirmation et paiement du montage du budget de l'État	- Le Ministère de l'Éducation, le Syndicat et les APE	- Mars-19
Changer l'approche input de gouvernement et des PTF en contrat de performance	- Donner l'autonomie de gestion aux prestataires à tous les niveaux	- Le Gouvernement, le parlement, la Fédération Nationale des Associations des Parents d'élèves de Centrafrique (FNAPEC)	- Prochain cours FBP
Suppression de la gratuité totale	- Plaidoyer pour la suppression de la gratuité totale	- Les membres de cabinet du Ministère, les membres du bureau de la Fédération Nationale des Parent des Élèves et les Syndicats	- Janvier 2019