



Bureau d'
Etude et de
Soutiens aux nouvelles
Technologies en
Santé et
Développement

République du BENIN

Rapport du 80ème cours PBF (Financement Basée sur la Performance)

Du 17 au 29 Juin 2019 à Cotonou, Bénin



Les 39 participants du cours avec l'équipe de facilitation

Version Finale 220719

Ibouraïma Aoudi
Joseph Catraye
Christophe DOSSOUVI
Altiné Fadimatou
Célestin Kimanuka
Robert Soeters

CONTENU DU RAPPORT

1. RESUME DU 80ÈME COURS PBF ET RECOMMANDATIONS POUR LES PAYS	5
1.1 MESSAGES PRINCIPAUX DU COURS PBF DE COTONOU	5
1.2 LE COURS FBP DE COTONOU	7
1.3 ÉVALUATION ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE COURS	7
1.4 RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS DE CHAQUE PAYS	8
1.4.1 <i>Burundi</i>	8
1.4.2 <i>Cameroun Éducation</i>	8
1.4.3 <i>Éducation et FBR en République Centrafricaine</i>	9
1.4.4 <i>Cameroun Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala (HGOPED)</i>	9
1.4.5 <i>Cote d'Ivoire</i>	10
1.4.6 <i>Gabon</i>	10
1.4.7 <i>Guinée Conakry</i>	11
1.4.8 <i>Madagascar</i>	12
1.4.9 <i>Mauritanie</i>	12
1.4.10 <i>République Démocratique du Congo</i>	13
1.4.11 <i>Bénin</i>	13
2. SUMMARY IN ENGLISH OF THE 80TH PBF COURSE IN COTONOU.....	15
2.1 MAIN MESSAGES OF THE PBF COURSE IN COTONOU	15
2.2 THE FBP COURSE IN COTONOU.....	16
2.3 COURSE EVALUATION AND RECOMMENDATIONS	17
3. INTRODUCTION DU COURS PBF DE COTONOU.....	18
3.1 HISTOIRE DES COURS PBF	18
3.2 OBJECTIFS DU COURS	18
3.3 MÉTHODOLOGIE DU COURS	18
3.4 LA LISTE DES PARTICIPANTS ET DES FACILITATEURS.....	19
4. DEROULEMENT DU 80^{ÈME} COURS PBF DE COTONOU.....	20
5. EVALUATIONS JOURNALIERES PAR LES PARTICIPANTS.....	24
6. EVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS.....	27
6.1 PRÉPARATION ET IMPRESSION GÉNÉRALE SUR LE COURS.....	27
6.2 ASPECTS RELATIFS À LA DURÉE DE LA FORMATION.....	27
6.3 COMMENT LES PARTICIPANTS APPRÉCIENT-ILS L'ORGANISATION DE LA FORMATION ?.....	28
6.4 MÉTHODOLOGIE ET CONTENU DU COURS	28
6.5 COMMENT LES PARTICIPANTS APPRÉCIENT-ILS LA CONDUITE DU COURS ET LA FACILITATION ?.....	29
6.6 APPRÉCIATION PAR MODULE	30
6.7 REMARQUES SPÉCIFIQUES DES PARTICIPANTS	30
7. PLANS D'ACTION DES PAYS REPRESENTES PENDANT LE COURS PBF.....	32
7.1 BURUNDI.....	32
7.1.1 <i>Contexte</i>	32
7.1.2 <i>Intégration du FBP et de la gratuité ciblée des soins de santé</i>	32
7.1.3 <i>Analyse de faisabilité d'actuel système FBP en 2019</i>	33
7.1.4 <i>Principaux problèmes</i>	34
7.1.5 <i>Recommandations</i>	35
7.1.6 <i>Plan d'action (quoi, quand, comment, qui)</i>	35
7.2 CAMEROUN ÉDUCATION.....	36
7.2.1 <i>Contexte</i>	36
7.2.2 <i>Analyse des problèmes concernant l'introduction du FBP</i>	36
7.2.3 <i>Est-ce que les problèmes peuvent être résolus avec le PBF? Oui / Non</i>	37
7.2.4 <i>Score de faisabilité / existence des hypothèses fatales</i>	37
7.2.5 <i>Recommandations</i>	38

7.2.6	<i>Plan d'action</i>	38
7.3	RCA ÉDUCATION	39
7.3.1	<i>Situation sociopolitique et économique de la République Centrafricaine</i>	39
7.3.2	<i>Le système d'éducation en République Centrafricaine</i>	39
7.3.3	<i>Problématique du système d'éducation</i>	40
7.3.4	<i>Le financement basé sur le résultats dans le secteur d'éducation</i>	41
7.3.5	<i>Le financement basé sur le résultats dans le secteur d'éducation en RCA</i>	41
7.3.6	<i>Scan de faisabilité- programme FBR éducation en RCA</i>	41
7.3.7	<i>Recommandations FBR éducation en RCA</i>	43
7.3.8	<i>Plan d'action</i>	43
7.4	CAMEROUN HÔPITAL GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE ET PÉDIATRIQUE DE DOUALA	44
7.4.1	<i>Contexte</i>	44
7.4.2	<i>Analyse du problème</i>	44
7.4.3	<i>Est-ce que les problèmes peuvent être résolus avec le PBF?</i>	44
7.4.4	<i>Recommandations au Directeur General</i>	45
7.5	CÔTE D'IVOIRE	45
7.5.1	<i>Contexte</i>	45
7.5.2	<i>Présentation des capacités, qualification et expériences du consortium</i>	45
7.5.3	<i>Organigramme et personnel clé proposes</i>	46
7.5.4	<i>Organisation de la mission</i>	47
7.5.5	<i>Travaux à réaliser</i>	47
7.5.6	<i>Recommandations</i>	48
7.5.7	<i>Plan d'actions</i>	48
7.6	GABON	49
7.6.1	<i>Contexte</i>	49
7.6.2	<i>Analyse du problème</i>	49
7.6.3	<i>Le FBP comme solution</i>	49
7.6.4	<i>Score de faisabilité / existence des hypothèses fatales</i>	50
7.6.5	<i>Recommandations</i>	51
7.6.6	<i>Plan d'action</i>	51
7.7	GUINÉE CONAKRY	52
7.7.1	<i>Contexte et l'introduction du FBR au Guinée</i>	52
7.7.2	<i>Analyse du problème pour mettre en œuvre le FBR</i>	53
7.7.3	<i>Faisabilité du Programme FBR pur en Guinée</i>	53
7.7.4	<i>Problèmes principaux</i>	55
7.7.5	<i>Recommandations</i>	55
7.7.6	<i>Plan d'Action</i>	55
7.8	MADAGASCAR	56
7.8.1	<i>Contexte et le système de santé</i>	56
7.8.2	<i>État de mise en œuvre du FBP</i>	56
7.8.3	<i>Activités FBP en cours actuellement</i>	57
7.8.4	<i>Score de faisabilité</i>	57
7.8.5	<i>Recommandations</i>	58
7.8.6	<i>Plan d'action Madagascar</i>	59
7.9	MAURITANIE	59
7.9.1	<i>Contexte général et de la santé</i>	59
7.9.2	<i>Faiblesses générales du système de santé</i>	60
7.9.3	<i>Le FBR en Mauritanie</i>	60
7.9.4	<i>Les point forts du FBR</i>	60
7.9.5	<i>Points faibles du système FBR</i>	61
7.9.6	<i>Score de faisabilité</i>	61
7.9.7	<i>Recommandations</i>	62
7.9.8	<i>Plan d'action niveau central</i>	63
7.9.9	<i>Plan d'action niveau périphérique</i>	63

7.10	RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO.....	64
7.10.1	<i>Contexte</i>	64
7.10.2	<i>Score de faisabilité</i>	64
7.10.3	<i>Problématique liée au PBF</i>	64
7.10.4	<i>Recommandations</i>	65
7.10.5	<i>Plan d'action</i>	65
7.11	BENIN	65
7.11.1	<i>Contexte et justification</i>	65
7.11.2	<i>Analyse du projet FBR au Bénin jusqu'à 2017</i>	66
7.11.3	<i>Analyse</i>	67
7.11.4	<i>Recommandations</i>	68
7.11.5	<i>Recommandations pour le montage d'un FBR amélioré au Benin</i>	68
7.11.6	<i>Ancrage institutionnel du FBR proposé au Bénin</i>	69
7.11.7	<i>Plan d'action</i>	70

1. RESUME du 80ème COURS PBF et RECOMMANDATIONS pour les PAYS

English version of this summary see page 15 below.

1.1 Messages principaux du cours PBF de Cotonou

- Dix pays étaient représentés lors du 80ème cours du financement basé sur la performance (FBP) à Cotonou. Nous signalons qu'au Burundi, au Gabon, en Mauritanie, en Côte d'Ivoire, au Cameroun, en République démocratique du Congo et en République centrafricaine, le financement basé sur la performance progresse bien. Cependant, les retards de paiement des subventions au Cameroun, causés par des facteurs non liés au FBP, ont créé de graves problèmes. Les retards prolongés dans le développement du FBP en Guinée Conakry et à Madagascar et les efforts pour relancer le FBP au Bénin n'ont pas encore abouti. Cependant, dans l'ensemble, lorsqu'on examine les résultats de ces 10 pays, le bilan est positif. Les leçons apprises deviennent disponibles à la fois à partir d'expériences positives mais également à partir d'erreurs commises.
- Le cours FBP a permis d'échanger les expériences ci-dessus et tous les participants de 11 groupes au total ont élaboré d'excellents plans d'action susceptibles de faire progresser le FBP dans les 10 pays représentés.
- *Burundi* : Le FBP est la politique nationale depuis 2009 et a bien fonctionné aussi dans des circonstances socio-politiques difficiles. Les participants proposent de mettre à jour le manuel des procédures national FBP et notamment d'introduire le bonus d'amélioration de qualité pour accélérer les investissements de réhabilitation, d'équipements, des ressources humaines et des indicateurs d'équité. Ces changements nécessitera probablement une augmentation du budget FBP par personne et par an. Les participants proposent aussi que le gouvernement devrait permettre plus de la concurrence pour les formations sanitaires d'acheter des intrants auprès des distributeurs. Un dernier changement proposé est la création d'un statut juridique indépendant pour le Comité Provincial de Vérification et de Validation (CPPV) bien séparé de la Direction Provinciale de la Santé.
- Le ministère de l'Éducation du Cameroun a lancé le FBP en 2017 et souhaite de le mettre à échelle dans 3000 écoles au cours des prochaines années. Cependant, le score de faisabilité n'est que de 48% et il est nécessaire de revoir la montage du programme et le costing, y compris pour l'introduction des bonus d'amélioration de la qualité.
- *Éducation dans la République Centrafricaine* : Le PFP dans le secteur de l'éducation en RCA est piloté avec des bons résultats depuis plusieurs années par l'ONG néerlandaise Cordaid. Les participants au cours proposent de renforcer le FBP en impliquant des partenaires techniques et financiers et en utilisant également le budget de l'État. Il y a une grande pénurie d'enseignants qualifiés en RCA, en particulier dans les zones rurales et il manque d'investissements dans les infrastructures, les équipements et le matériel scolaire. L'approche PBF consistant à élaborer des contrats avec des écoles publiques et privées autonomes. Les paiements pour des résultats directement aux écoles devraient combler ce déficit d'investissement et motiver les enseignants à dispenser un enseignement de qualité. Il est également nécessaire de revoir le montage du programme FBP et d'établir un costing détaillé du paquet d'enseignement primaire et de bien planifier les sources de financement du gouvernement ainsi que des partenaires.

- Les participants du secteur de l'éducation au Cameroun et en RCA proposent également que SINA Health développe un cours PBF pour le secteur de l'éducation, tous les modules étant uniquement adaptés au secteur de l'éducation;
- *Cameroun Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala* : Mettre en place le PBF dans l'hôpital selon l'approche de HGOPY Yaoundé, lancer une phase pilote et former le personnel en PBF ;
- *Cote d'Ivoire* : Le participant propose que le gouvernement recrute une agence de contre-vérification externe et indépendante. Cette agence devrait également collaborer avec les inspecteurs du ministère de la Santé pour réduire les coûts de la contre-vérification et créer des synergies avec les structures déjà existantes ;
- *Gabon* : La budgétisation par objectifs de programmes (BOP) est la politique nationale depuis quelques années mais ne disposait pas des instruments de mise en œuvre pour la rendre opérationnelle. L'approche PBF comble cette lacune. Les participants au cours proposent de piloter l'approche PBF dans 10 postes comptables du Trésor public avec une extension nationale possible en 2021. Cela nécessite également un budget pour financer les contrats de performance et de créer une agence de contractualisation et de vérification.
- *Guinée Conakry* : Les partenaires techniques et financier ont mené un projet pilote dans la région de Mamou avec du succès et le gouvernement prévoit de lancer un programme pilote de FBR pour 2-4 millions d'habitants depuis quelques années. À cette fin, il a créé en 2019 la Cellule Technique National FBR qui propose de lancer le processus de contractualisation avec des agences de contractualisation et de vérification (ACV) régionales indépendantes sous l'égide des services régionaux de coordination des ONG et des coopératives (SERACCO). Cependant, le manuel FBR doit encore être finalisé dans lequel les structures de santé devraient être assurés d'une gestion autonome. Il est nécessaire d'augmenter le budget du FBR pour les zones pilotes à au moins 4,00 \$ par personne et par an. Les prestataires du secteur privé, qui dominent en particulier dans les zones (semi) urbaines, devraient également faire l'objet des contrats de performance selon l'approche FBR.
- *Madagascar* : Ce pays envisage un vaste projet pilote de FBP depuis quelques années, mais cela a été retardé. De plus, les participants au cours de Cotonou ont également détecté des problèmes du montage du programme FBP. La proposition principale consiste à augmenter le financement de 1 dollar par personne et par an dans le montage actuelle à environ 4 dollars. Les structures de santé devraient également être autorisés à acheter leurs intrants auprès de distributeurs autres que le seul centrale d'achat de médicaments. Le manuel PBF pourrait encore être révisé sur la base des manuels de la RDC et du Cameroun, ainsi que d'éléments du manuel de cours FBP.
- *Mauritanie* : Le programme FBR dans ce pays a démarré dans deux régions pour une population de 620.000 habitants. Une troisième région va être ajoutée en 2019. Les résultats sont encourageants, mais il subsiste un certain nombre de problèmes conceptuels et pratiques. Les participants proposent que le gouvernement élabore une circulaire contenant les dérogations requises pour appliquer les meilleures pratiques et procédures du manuel FBR et établir des contrats avec les directions centrales et l'inspection générale de la santé ;
- *République Démocratique de Congo* : Le participant propose que Caritas Congo Asbl puisse jouer le rôle des agences fiduciaires ayant la capacité de faciliter les transactions financières dans les régions défavorisées comme aussi des institutions de microfinance ;
- *Bénin* : Mener une nouvelle étude de faisabilité avec des experts indépendants et des décideurs pour redémarrer le programme FBR articulé autour aussi des objectifs de la politique national de l'ARCH que inclut l'assurance maladie ;

1.2 Le cours FBP de Cotonou

Le cours FBP s'est déroulé à Cotonou du 17 au 29 juin 2019 avec 39 participants de dix pays: Mauritanie (12x), Burundi (9x), RCA (4x), Guinée Conakry (4x), Madagascar (2x), Cameroun (2x), Gabon (2x), Bénin (2x), RDC (1x) et Côte d'Ivoire (1x). Étaient présents les participants des secteurs de la Santé, de l'Éducation et du Trésor Public.

Trente-neuf participants ont fait le posttest et le score moyen était de 70% ce que signifiait une progression moyenne par rapport au pré-test de 23%. Deux (2) participants ont obtenu un certificat de participation et cinq (5) ont obtenu un certificat de distinction avec un score de 87% ou plus pour le test final du cours.

Pour les certificats de distinction, il s'agit de :

Avec 87%

Dr. **Jean Marie NTIBAZOMUMPA**, Médecin Santé Publique du SIS – MSPLS au Burundi
M. **Nicolas BEYEME-NGUEMA**, Inspecteur de Finances, Trésor Public au Gabon
Dr. **Mathieu BIKOKO – EYALAMPUM**, Médecin Santé Publique du Caritas RDC

Avec 90% :

Dr. **Inna RAKYA**, Gynécologue Obstétricienne HGOPED de Douala, Cameroun

Avec 93% :

Dr. **Thaddée NDINDURWAHA**, Médecin Santé Publique CTN-PBF Ministère de Santé au Burundi

1.3 Évaluation et recommandations concernant le cours

Les évaluations quotidiennes du cours par les participants étaient en moyenne de 77%, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne des 45 cours francophones précédents. Les évaluations par les participants le dernier jour étaient satisfaisantes pour la préparation et les impressions générales du cours avec un score favorable de 90%. L'organisation était évaluée comme bonne sauf pour la qualité de l'hôtel avec 46% et la nourriture avec 38%. L'esprit ouvert des facilitateurs a été évalué à 100%. La majorité des modules était évaluée d'une manière satisfaisante sauf l'économie (51%). L'impact du 80ème cours PBF s'est traduit par la bonne qualité des plans d'action mis en œuvre par les groupes de pays (voir la suite du présent rapport).

Recommandations concernant la méthodologie du cours

- Développer des modules complets adaptés seulement pour le secteur d'éducation ;
- Revoir comment dispenser le module d'économie et économie de santé pour une meilleure assimilation des participants ;
- *Score de faisabilité.* Ajouter un critère sur la régularité de paiement de subside pour les pays ayant déjà mis en œuvre le FBP ;
- Les mesures disciplinaires du village à travers du Ministre de Finances, le Chef de Village et le Berger dans la formation ont été apprécié et ont contribué à la sincérité et la discipline des débats ;
- La méthodologie de « question – réponse sous mode animation en PowerPoint » était une bonne innovation car cela permettrait les participants de se mieux concentrer sur le matériel dispensé au lieu de la méthode précédente de lire les PowerPoint, qui n'était pas assez participative.

1.4 **Résumé et recommandations de chaque pays**

1.4.1 Burundi

En Novembre 2006, des expériences pilotes de FBP ont démarré dans trois provinces pilotes. Les résultats positifs de ces expériences ont conduit le Ministère de Santé et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) à généraliser cette approche à l'échelle nationale à partir du 1 Avril 2010. En Mars 2009, le gouvernement a aussi pris l'option d'intégrer les approches de la gratuité pour les enfants, les accouchements et les césariennes dans les mécanismes de financement basé sur la performance. En général, on peut constater que le FBP au Burundi depuis 10 ans a eu des bons résultats ce qui étaient aussi publiés dans plusieurs revues scientifiques. Cependant, l'analyse en 2019 par les participants du cours de Cotonou montre un score de pureté PBF relativement faible de 56%, ce que signifie que des améliorations dans le montage du programme sont encore souhaitables.

Recommandations

- Mettre à jour le manuel des procédures de mise en œuvre du FBP comme les modalités de signature des contrats de performances des FOSA, l'intégration du bonus d'amélioration de qualité (BAQ), la prise en charge des vulnérables dans le costing, la séparation des fonctions entre les CPVV et les organes de régulation.
- Mobiliser les ressources financières auprès du gouvernement et des partenaires pour le FBP afin d'atteindre au moins 4 \$ /an / habitant ce que pourrait faciliter l'introduction du PBF communautaire et les BAQ ;
- Doter les CPVV d'un statut juridique ;
- Réviser l'instruction ministérielle dans la gestion du système de médicaments du 17 juin 2009 pour stimuler la concurrence ;
- Laisser les structures le droit de fixer les coûts des tarifs.
- Mettre en place un système d'accréditation des distributeurs des intrants de santé pour limiter le risque des produits de qualité inférieure
- Organiser un atelier national de sensibilisation des décideurs sur le programme « FBR »

1.4.2 Cameroun Éducation

Le gouvernement a commencé une phase pré-pilote FBP depuis 2017 dans 20 écoles primaires publiques, de l'arrondissement de Lagdo, région du Nord Cameroun. Les résultats de cette phase ont démontré les résultats probants, lesquels ont contribué à l'adoption de l'approche PBF comme politique de l'éducation au Cameroun. Le projet passe à sa phase pilote dès l'année scolaire 2019-2020, pour une durée de 4 ans, dans environ 3000 écoles primaires publiques. Le score de faisabilité du FBP dans le secteur de l'éducation au Cameroun s'établit à 48% (24/50).

Recommandations

- Développer et dispenser un cours complet spécifique sur le PBF éducation, y compris pour développer les outils ;
- Faire un plaidoyer auprès de la Banque Mondiale afin que le BAQ soit intégré dans la mise en œuvre du FBP éducation pour permettre la réhabilitation des écoles et le recrutement du personnel qualifié ;
- Élaborer, vulgariser et appliquer l'outil d'indice à tous les niveaux ;
- Vulgariser l'approche FBP auprès de communauté éducative, y compris les écoles privées.
- Analyser le budget éducation du gouvernement et proposer que certaines lignes existantes de genre input seront transformées en lignes FBP.

1.4.3 Éducation et FBR en République Centrafricaine

Depuis son indépendance de la France en 1960, la RCA a connu une série de crises politiques et de transition irrégulière du pouvoir. Le système d'éducation a été affaibli par la destruction, la fermeture ou l'occupation d'écoles et le déplacement de la population. La gouvernance du secteur éducatif a été aussi profondément affectée par le retrait ou l'absence des structures déconcentrées de la régulation. OCHA estime qu'il existe un sous financement de 94% (USD 2 million au lieu de 27 million) du secteur éducation en RCA. Le secteur aussi souffre d'absence du financement direct par les parents et les écoles primaires n'ont pas d'autonomie de gestion financière et des ressources humaines et manquent des comptes bancaires.

Aussi avant la crise socio-politique de 2013 les écoles n'avaient pas une gestion autonome ou un appui financier direct de l'État. La gestion était basé sur la réception inefficace et insuffisante des intrants comme des livres, des tables, des bancs. On peut estimer qu'en 2019 les besoins en enseignants qualifiés en RCA est de 18.900. Cependant, on estime qu'il y a seulement autour de 5000 enseignants qualifiés dans l'ensemble des écoles primaires publiques et privées. 61% des écoles fonctionnent avec des maitres parents, qui ne sont pas qualifiés et cela entraine une faible qualité d'enseignement. Le manque d'investissements dans les écoles cause des problèmes de l'infrastructure, de l'équipement et du matériel scolaire et les manuels scolaires sont inadéquates. Le facteur le plus défavorable est le manque des incitations pour les enseignants de travailler dans l'intérieur du pays.

Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) est initié dans le secteur éducation par l'ONG Cordaid depuis 2011 dans trois zones. Ils ont arrêté dans deux zones par manque de financement et en 2019, le FBR continue seulement dans la préfecture de Nana-Mambéré avec 85 écoles sous contrat de Cordaid. Les résultats sont encourageants, visible pour la population ce que explique l'enthousiasme auprès du Ministère d'Éducation pour la mise en échelle du FBR. Le montage du PBF en RCA est « pur » avec un bon score de faisabilité de 88%.

Recommandations

- Faire une revue du système FBR d'éducation en RCA, si possible, en associant la Banque mondiale.
- Faire le plaidoyer pour la mise en échelle de FBR dans le secteur d'éducation en associant les partenaires techniques et financiers ;
- Évaluer les lignes budgétaires FBR dans la Loi de Finances pour le secteur d'éducation et proposer des mesures d'accompagnement pour transformer les lignes input en FBR ;
- Analyser les besoins financiers pour des zones FBR (subsides FBR, salaires de l'État, contributions des parents) ;

1.4.4 Cameroun Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala (HGOPED)

L'HGOPED est un hôpital national de première catégorie, au sommet de la pyramide sanitaire. Les ressources de l'hôpital sont constituées d'une subvention de l'État et des recettes propres générées par le recouvrement des coûts.

La mise à disposition de la subvention se fait souvent avec du retard. L'hôpital paie donc la plupart du temps ses dépenses sur les fonds propres, ce qui perturbe son bon fonctionnement. Le personnel contractuel représente environ 75% du personnel, le reste étant constitué de fonctionnaires (masse salariale élevée).

Recommandations

- Plaidoyer auprès du directeur général de l'hôpital, en vue de la mise en place du PBF ;
- Formation du personnel sur le PBF ;
- Plaidoyer pour la mise sous contrat de performance progressive des différents services de l'hôpital en commençant par le service de gynécologie ;
- S'inspirer de la mise en œuvre du PBF à l'hôpital Gynéco obstétrique de Yaoundé, c'est à dire avec fonds propres avec l'aide de l'ACV local et la CTN ;
- Formation du contrôleur financier et personnel au PBF.

1.4.5 Cote d'Ivoire

La Côte d'Ivoire a adopté le PBF depuis 2016 avec 19 districts sanitaires sur 86 pour la phase pilote. Le programme devrait atteindre 50 districts en 2019 ; 73 districts en 2020 et ; 86 en 2021. Le maillon restant dans cette organisation est l'agence de *contrevérification* (entité externe au processus). L'absence de cet organe de contrevérification pourrait entraîner un *risque de fraudes*.

Au regard de l'importance de la mission de contrevérification, nous nous sommes associés à des bureaux d'études privés. Ainsi le consortium constitué possède des expériences complémentaires et synergiques.

Recommandations

- Le recrutement d'une agence de contrevérification externe et indépendante qui assurera la bonne qualité des données
- Associer à la mission de contrevérification les inspecteurs du ministère pour réduire les coûts de contrevérification et pour créer des synergies avec des structures déjà existantes ;
- Inclure dans les objectifs de cette mission de contrevérification, une évaluation du programme tel qu'appliqué actuellement pour s'assurer qu'il correspond bien à l'approche pure du PBF avec ses meilleures pratiques.

1.4.6 Gabon

Depuis 2015, le Gabon a basculé dans la budgétisation par objectifs de programmes (BOP). A travers ce mécanisme, les crédits sont désormais alloués à l'Administration sur la base des programmes annuels de performance (PAP) qu'elle soumet au Parlement. Par ailleurs, la mise en œuvre des plans stratégiques (PS) a été marquée par une insuffisance de pilotage et un manque d'appropriation des objectifs et des indicateurs d'activités au niveau opérationnel. Enfin, avec l'appui de la Banque Mondiale, le Gabon vient de s'engager dans un processus d'évaluation de la performance des agents publics. La réussite de cette démarche nécessite une meilleure définition des objectifs et des tâches assignées à chaque agent, une détermination précise des indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte des résultats et une détermination de la manière dont ses résultats peuvent être primés ou sanctionnés.

Le mécanisme de PBF apparaît comme une **réponse à la préoccupation de pilotage de la performance**. Il permet de fixer et cibler les objectifs et les indicateurs spécifiques de chaque unité opérationnelle et d'en suivre mensuellement la réalisation. En outre, il permet de mieux motiver les agents sur la base de leur résultat. L'expérience mal gérée de la prime d'incitation à la performance trouverait un meilleur arrimage par ce mécanisme « **travailler plus pour gagner plus** ».

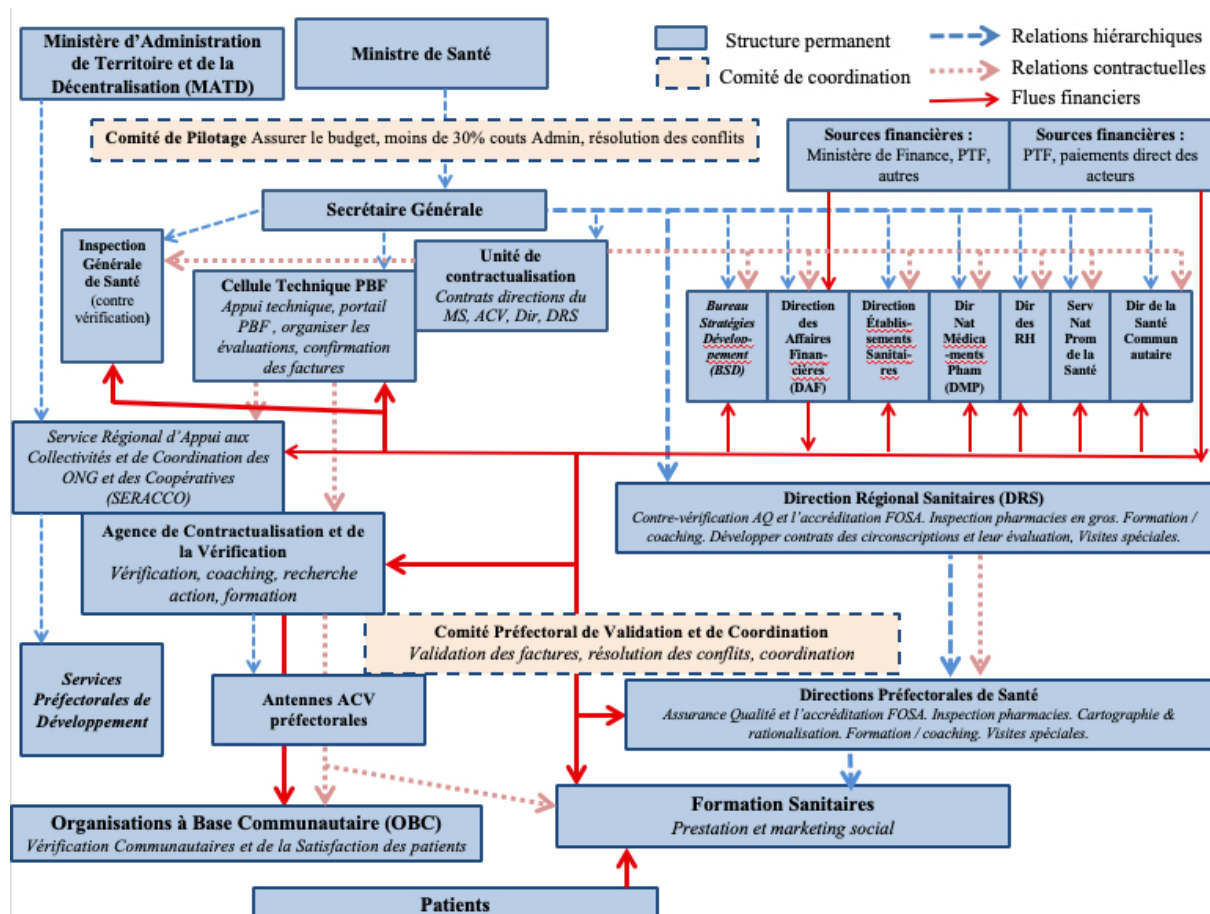
Recommandations

- Adopter le FBP comme outil de pilotage de la performance au Trésor Public du Gabon ;
- Implémenter à titre expérimentale dans une dizaine de Postes Comptables pour une période allant jusqu'à fin 2020 (correspondant à la fin du PS en cours) ;
- Mettre progressivement le FBP dans l'ensemble du réseau des postes comptables de l'année 2021 (correspondant au démarrage du 3ème PS triennal) ;
- Allouer un budget dédié pour financer les activités liées au PBF.

1.4.7 Guinée Conakry

Le Ministère de la Santé a identifié le Financement Basé sur les Résultats (FBR) comme une approche de réforme importante. La *première expérience pilote* en Guinée avec le FBR a été mise en œuvre dans la région de Mamou lors du projet pilote 2016-2018 qui couvrait 19 structures de santé avec des résultats encourageants.

Le gouvernement s'achemine vers une phase pilote plus robuste dans trois régions couvrant au total environ 2 à 4 millions d'habitants. C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé a mis en place une Cellule Technique Nationale FBR (CTN-FBR) le 23 Mars 2019 qui a pour mission d'assurer la coordination de l'ensemble des activités en lien avec le FBR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en Guinée.



Recommandations

- Changer le paradigme « input » qui signifie l'achat centralisé des intrants par celui du paradigme d'achat des « outputs » ou de la « performance » ;
- Faire que l'ensemble du budget PBF est égal ou supérieur à USD 4 par habitant et par an. Cela signifie que la CTN doit mener des négociations pour que le gouvernement, la Banque mondiale et le KfW augmente le budget FBR pour les districts pilotes ;
- Injecter au moins 70% du budget public disponible du gouvernement et des partenaires directement dans les structures décentralisées (les CS, les hôpitaux et les communautés) ;
- Intégrer et accompagner le secteur privé dans le système de santé.
- L'État dans son rôle de l'arbitre devrait se mieux concentrer sur son rôle de la régulation et l'accréditation des prestataires privées (publique) au lieu de mélanger les rôles ;
- Accorder l'autonomie de gestion aux structures sanitaires pour l'achat des intrants, la gestion des ressources humaines et la tarification.

1.4.8 Madagascar

L'île de Madagascar avec une population de 24.6 millions d'habitants a un important potentiel de développement comme l'agriculture et les ressources naturelles. Cependant, les indicateurs ne sont pas bons avec un taux des décès maternels pour 100 000 naissances vivantes de 478, le taux de prévalence contraceptive moderne de 29%, le taux d'accouchement assistés de 24,3%.

Sur base de résultats positifs de la phase d'expérimentation du FBP en 2014, le Ministère de la Santé Publique, a décidé de mettre à l'échelle l'approche FBP dans trois régions avec six districts sanitaires de 2019 à 2022. La première vérification quantité au niveau des formations sanitaires: prévue se tenir mi – juillet 2019.

Recommandations

- Plaidoyer au niveau du gouvernement et de la Banque Mondiale afin d'augmenter le fonds alloué pour le FBP, car le 1 USD/ personne/ an est très loin des 4USD / personne / an.
- Prévoir une dérogation spéciale pour que les Centres de Santé sous FBP puissent s'approvisionner en intrants chez d'autres fournisseurs autres que le Central d'achat, par le biais d'un Arrêté ministériel.
- Réviser le manuel FBP en s'inspirant des manuels de RDC, Cameroun et le cours FBP Cotonou.

1.4.9 Mauritanie

La Mauritanie est un pays désertique situé à l'extrême ouest de l'Afrique avec une superficie d'un million km². La population est estimée à 3.5 million. En septembre 2016, le gouvernement mauritanien a adopté la stratégie nationale FBR au conseil des ministres. Cette stratégie prévoit la mise en place d'un projet pilote de renforcement du système FBR « INAYA » était en janvier 2019 pour couvrir une population de 620.000 habitants avec la perspective d'élargir le FBR vers la région de Hodh Echarqui en 2019.

Les résultats du FBR en Juin 2019 sont : a. Nette amélioration des indicateurs de quantité et de qualité ; b. Impressions positive et encourageante des acteurs du terrain ; c. Paiements de subsides réalisés dans le temps ; d. Meilleure organisation de travail comme le planning des activités, les horaires de garde mieux respectés, la tenue vestimentaire améliorée ; e. Améliorations de l'hygiène et les outil de SNIS mises en place ; f. Petites réhabilitations réalisées et ; g. 26 participants formés dans les cours PBF internationaux de Cotonou.

Recommandations

- Revoir le montage du FBR et le manuel de procédures en Mauritanie pour pouvoir atteindre le score de pureté PBF d'au moins 80% ;
- Développer une circulaire pour des dérogations nécessaires pour appliquer les meilleures pratiques et procédures du manuel FBR dans la zone pilote ;
- Établir des contrats avec les directions centrales et inspection générale de santé

1.4.10 République Démocratique du Congo

Créée en 1960 par les Évêques de la Conférence Épiscopale Nationale du Congo (CENCO), la Caritas Congo Asbl est un instrument technique chargé du social de l'Église Catholique en République Démocratique du Congo. Elle est un partenaire du Ministère de la Santé Publique et détient près de 40% de l'offre des services de santé en RDC.

La capillarité de la Caritas Congo Asbl à travers toute l'étendue de la RDC permet la circulation de l'information à temps réel, ce qui justifie le fait que le gouvernement congolais et certains partenaires l'utilisent comme agence payeur, cas de paie des enseignants, et des prestataires de santé.

Recommandations

- Que le gouvernement établisse des dérogations pour certains textes de lois verrouillés en vue entre autres de favoriser la concurrence dans l'approvisionnement et distribution des médicaments (responsable : gouvernement / MSP)
- Que le gouvernement recommande l'alignement obligatoire de tous les partenaires de la santé derrière l'approche FBP et l'achat stratégique des outputs de performance au lieu de l'approche input.
- Que la Caritas Congo mène un plaidoyer auprès du coordonnateur de la CTN FBR pour le recrutement des agences fiduciaires ayant la capacité de faciliter les transactions financières dans les régions défavorisées comme aussi des institutions de microfinance.
- Que Caritas Congo envoie les responsables des autres services à la formation en FBP dans le but de renforcer leurs capacités.
- Dans le score de faisabilité, ajouter un critère sur la régularité de paiement de subside pour les pays ayant déjà mis en œuvre le FBP.

1.4.11 Bénin

Pour pallier aux insuffisances de système de santé dont les principales conséquences sont le manque de qualité, d'efficacité et d'équité, le Bénin a opté en 2007 pour le FBR avec un projet pilote démarré et étendu à l'ensemble du pays en 2012. Le FBR a été arrêté en 2017 suite à l'ambition du gouvernement de la mise en œuvre d'un autre projet appelé « assurance de renforcement du capital humain » (ARCH). Il n'existe pas de preuve scientifique que ce genre de système inputs avec assurance maladie (volontaire) dans un pays de faibles revenus ait des résultats favorables. Les problèmes de l'ARCH sont liés aux faiblesses pour assurer la qualité, l'utilisation inefficace des ressources ainsi que l'absence d'un système solide de vérification.

Cependant, le montage du programme FBR au Bénin n'était pas « pur » avec un score de faisabilité de seulement 48%. En résumé, l'arrêt du programme FBR au Bénin est regretté aussi par les acteurs de terrain et une amélioration du montage d'un nouveau programme FBR – ARCVH est nécessaire.

Recommandations

- Mener une nouvelle étude de faisabilité avec des experts indépendants et des décideurs pour redémarrer le nouveau programme FBR articulé autour de l'ARCH ;
- Ce programme FBR amélioré doit être mieux encadré dans le Ministère de Santé avec une bonne coordination des partenaires. Le programme FBR « nouveau style » doit aussi inclure toutes les directions du ministère et que le gouvernement contribue financièrement à travers de la transformation des lignes budgétaires de genre input ;
- Inclure les structures privées et mobiliser des organisations locales pour jouer le rôle des ACV régionales.

2. SUMMARY in ENGLISH of the 80th PBF COURSE in COTONOU

2.1 Main messages of the PBF course in Cotonou

- There were 10 countries represented during the 80th PBF course in Cotonou. We report that in Burundi, Gabon, Mauritania, Ivory Coast, Cameroun, the Democratic Republic of Congo and the Central African Republic performance-based financing is advancing well, although delays in payments in Cameroon has created serious problems. There are prolonged delays in the scale up of PBF in Guinea Conakry and Madagascar and efforts to restart PBF in Benin have not yet been successful. Yet, overall, the balance in these 10 countries is positive when more lessons are becoming available both from positive experiences but also from mistakes. The PBF course was successful in exchanging the above experiences and all groups developed promising action plans that will advance PBF in their respective countries.
- PBF is national policy in *Burundi* since 2009 and it has done well also under the difficult political circumstances. The participants propose to update the national PBF manual and to introduce the quality improvement bonus system to accelerate investments in rehabilitation, equipment, human resources and equity indicators. These changes may require an increase in the annual per capita PBF budget. Participants also suggested that government should allow more competition for health facilities to purchase their inputs from distributors operating in competition. Another proposed change is to create and independent legal status for the Provincial Committee of Verification and Validation (CPPV), well-separated from the provincial health authorities ;
- The *Cameroon Ministry of Education* started PBF in 2017 and wish to upscale it to 3000 schools during the coming years. Yet, the feasibility score is only 48% and there is a need to review the design and the costing including for the introduction of the quality improvement bonuses.
- *Education in the Central African Republic* : PBF in the education sector in CAR has been successful for several years initiated by the Dutch NGO Cordaid. Course participants propose the scaling up of RBF in the education sector by involving technical and financial partners and by also using the state budget. There is a big shortage of skilled teachers in particular in the rural areas and there is a lack of investments in infrastructure, equipment and school materials. The PBF approach of developing contracts with autonomous government- and private schools should fill this investment gap and motivate teachers to provide quality education. There is also a need to review the design of the PBF program and conduct a detailed costing of the primary school package with its financial sources.
- The participants from the education sector in Cameroon and CAR also propose that SINA Health should develop a PBF course for the education sector with all modules only adapted to the education sector ;
- *Gynaeco-Obstetrics and Paediatric Hospital of Douala in Cameroon* : Start PBF in the hospital according to the same approach as in the HGOPY hospital in Yaoundé, launch a pilot phase and train staff in PBF ;
- *Ivory Coast* : The participant proposes that government should recruit an external and independent counter-verification agency. This agency should also work with the inspectors of the ministry of health to reduce counter-verification costs and to create synergies with already existing structures ;
- *Gabon* : Budget programming by objectives has been the national policy since a few years but lacked the implementation instruments to make it operational. The PBF approach fills this gap. The participants of the course propose to pilot the PBF approach in 10 accounting posts of the public treasury with the possible national scale up in 2021. This

also requires a budget to finance the performance contracts and to create a contracting and verification agency ;

- *Guinea Conakry* : Government plans since a few years to start a pilot PBF program for 2-4 million inhabitants after that partner organizations carried out a successful pilot in Mamou region. For this purpose, it created in 2019 the national PBF Unit that propose to start the contracting process with independent regional CDV Agencies under the umbrella of the regional coordination services (SERACCO). Yet, the PBF manual still needs to be finalized in which the health facilities should be assured autonomous management. There is a need to increase the RBF budget for the pilot districts to at least \$ 4.00 per person per year. The private sector facilities, which are dominant in particular in (semi)urban areas, should also be contracted through the RBF approach ;
- *Madagascar* : This country has been considering a large PBF pilot since a couple of years, but this was delayed. Moreover, the participants to the Cotonou course also detected design problems. Their main proposal is to increase the funding from \$ 1 per person per year in the actual design towards \$ 4. Health facilities should also be authorized to buy their inputs from other suppliers than only the central medical stores. The PBF manual could still be revised based on the DRC- and Cameroon manuals as well as with elements of the FBP course manual ;
- *Mauritania* : The PBF program in this country has started in two regions for a population of 620.000 people with a third region still to be added during 2019. The results are encouraging but there are still a number of design and operational problems. The participants propose that government should develop a circular that contains the exemptions required to apply the best practices and procedures of the FBR manual and establish contracts with the central directorates and the general health inspectorate ;
- *Democratic Republic of Congo* : The course participant proposes that Caritas Congo should play the role of fiduciary agency to facilitate financial transactions in disadvantaged regions of the DRC and to play de role of microfinance institution ;
- *Benin* : Conduct a feasibility study with independent experts and decision-makers for the restart of the RBF program. The objective should also be to strengthen the national ARCH policy, which includes health insurance ;

2.2 The FBP course in Cotonou

This FBP course took place in Cotonou from June 17 to 29, 2019 with 39 participants from ten countries: Mauritania (12x), Burundi (9x), CAR (4x), Guinea Conakry (4x), Madagascar (2x), Cameroon (2x), Gabon (2x), Benin (2x), DRC (1x) and Ivory Coast (1x). There were participants from the health-, education- and public treasury sectors, who attended.

Thirty-nine participants did the posttest and the average score was 70%, which meant an average increase compare to the pre-test of 23%. Two (2) participants obtained a certificate of participation and five (5) obtained a certificate of distinction with a score of 87% or more for the final test of the course.

The following participants obtained distinctions :

With 87% :

Dr. **Jean Marie NTIBAZOMUMPA**, Public Health Physician of SIS - MSPLS in Burundi

Mr. **Nicolas BEYEME-NGUEMA**, Inspector of Finance, Public Treasury in Gabon

Dr. **Mathieu BIKOKO - EYALAMPUM**, Public Health Physician of Caritas DRC

With 90% :

Dr. **Inna RAKYA**, Obstetrician Gynecologist HGOPED from Douala, Cameroon

With 93% :

Dr. **Thaddée NDINDURWAHA**, Public Health Physician CTN-PBF Ministry of Health in Burundi.

2.3 Course evaluation and recommendations

The participants gave for the daily assessments of the course an average score of 77%, which was slightly below the average of the 45 previous French-spoken courses. During the final evaluation the participants gave a 90% score for the preparation and the general impression of the course. They thought that the organization was good except for the quality of the hotel with 46% and the food with only 38%. The open mindedness of the facilitators was evaluated at 100%. The majority of the modules were evaluated satisfactorily except for the economics module (51%). The impact of the 80th PBF course was reflected in the good quality of the action plans implemented by the country groups (see the rest of this report).

Recommendations concerning the methodology of the course

- Develop a PBF course adapted only for the education sector with fully adapted modules ;
- *Methodology of the course* : Review the modules of economics and health economics so that participants understand it better ;
- *PBF feasibility score methodology* : Add a criterion that takes into account in how far that there are timely subsidy payments in countries that already implement PBF.
- Disciplinary measures of the village through the minister of finance, the village chief and the shepherd during the PBF course were appreciated and contributed to the sincerity and discipline of the debates and this methodology should be further developed ;
- The "question-and-answer" methodology in PowerPoint animation worked out well as innovation because participants better focus on the questions asked instead of passively reading the PowerPoints statements.

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, presque 2600 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.

Depuis quelques années, le FBP dans l'éducation a été testé avec succès dans certains pays (RCA) et bientôt dans d'autres administrations.

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 question - réponses. Le cours utilise la technologie Turning Point pour poser des questions aux participants auxquelles chacun

pouvait répondre. On a aussi pendant les dernières années 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 80^{ème} cours PBF a connu la participation de 39 personnes dont 8 (21%) de sexe féminin. Sur l'ensemble des participants la majorité sont fonctionnaires du Ministère de Santé des niveaux centraux, intermédiaires et périphériques, 2 participants sont du Ministère de Finances, 2 des ONG nationales (IRRESCO, CARITAS), 2 d'une ONG internationale (CORDAID), 2 de GAVI, 2 des bureaux d'études BEST-SD et BASP-96, 2 d'un projet de la Banque Mondiale, et 1 d'un bureau d'audit de Cote d'Ivoire.

Noms	Prénoms	Sexe	Organisation	Profession	Pays	Region / State
ADADJA	Judicael	m	BEST-SD	Médecin	Benin	Cotonou
CATRAYE	Ulrich	m	BASP96	Médecin	Burkina	Ouagadougou
BIGIRIMANA	Spès	f	PEV MSPLS	Gestionnaire	Burundi	Bujumbura
KIMANA	Jeanne	f	Projet KURA Gavi	Economiste,	Burundi	Bujumbura
KUBWIMANA	Zacharie	m	DPS Cankuzo	Médecin	Burundi	Cankuzo
MUCOWINTORE	Evelyne	f	PEV - MS	Médecin	Burundi	Bujumbura
NDINDURWAHA	Thaddée	m	CTN-PBF MSPLS	Médecin Santé Publique	Burundi	Bujumbura
NGENDAKUMANA	Emmanuel	m	MSPLS - GAVI	Médecin	Burundi	Bujumbura
NITEREKA	Rose	f	MSPLS - CTN FBR	Gestionnaire	Burundi	Bujumbura
NTIBAZOMUMPA	Jean Marie	m	SIS - MSPLS	Médecin Santé Publique	Burundi	Bujumbura
RIHANDA	Barnabé	m	UGP Gavi	Economiste - RAF	Burundi	Bujumbura
KOUMAGA	Odile Epse MBADI	f	IRESCO	Chercheur	Cameroun	Yaoundé
RAKYA	Inna	f	MS	Gynécologue	Cameroun	Littoral
EHUI	Koua Augustin	m	ENAUDIT	Auditeur	Côte d'Ivoire	Privé
BEYEME-NGUEMA	Nicolas	m	Tresor Public	Inspecteur de Finances	Gabon	Libreville
M'BIKA	Camille	m	Tresor Public	Inspecteur Principal Trésor	Gabon	National
DIALLO	Abdoulaye	m	UGP Kindia	Médecin Epidémiologiste	Guinée Conakry	Kindia
KALISSA	N'Fansoumane	m	CTN/FBR	Med Santé Publique	Guinée Conakry	Conakry
KEITA	Daman	m	CTN/FBR	Med Santé Publique	Guinée Conakry	Conakry
SYLLA	Alpha Issiaga	m	MS - BM	Médecin Santé Publique	Guinée Conakry	Kankan
RAKOTONDRAZAY	Tina Sheila	f	DG - MSP	Médecin	Madagascar	Antanarivo
RASAMIMANANA	Heriniaina Honoré	m	SG - MSP	Médecin Santé Publique	Madagascar	National
AHMED	Mohamed Boudahi	m	IGS MS	Médecin - Inspecteur	Mauritanie	Nouckchott
ALY	Traoré	m	DRAS - MS	Infirmier	Mauritanie	Selibaby
BA	Amadou Adama	m	MS	Médecin chef district	Mauritanie	Guidimakha
DIOP	Brahim	m	MS	Médecin chef district	Mauritanie	Selibaby
CHEIKH	Mohamed	m	MS	Médecin chef district	Mauritanie	Hodg el Gharbi
DEYAH	Sidi Elmoukhtar	m	IGS / MS	Inspecteur	Mauritanie	Nouckchott
MOULAYE D'KHIL	Lala Moulaty	f	MS	Médecin Directrice adjointe	Mauritanie	National
MOHAMED ISSA	Atwaly	m	MS	Statisticien	Mauritanie	Nouckchott
TALEB SIDI	Mohamed	m	MS	Chef comptables	Mauritanie	Nouckchott
MOKHTAR	M'khaitir	m	MSP	Directeur adjoint	Mauritanie	National
TALEB BOUBACAR	Mohamed Hama	m	MSP	Chef comptables	Mauritanie	Hodg el Gharbi
LIMANE	Youssef	m	MS - DSBN	Chef service	Mauritanie	Nouckchott
MANE	Joseph Marie Luc	m	CORDAID	Contrôle financier	RCA	Bangui
MAYEMAOUA	Roger	m	Min d'Education	Enseignant	RCA	Bangui
NIENDE	Jean Norbert	m	Education RCA	Administrateur Scolaire	RCA	Bouar
ROGENE	James E. Serginiow	m	CORDAID	Pédagogue	RCA	Bangui
BIKOKO - EYALAMPUM	Mathieu	m	Caritas RDC	Méd Santé Publique	RDC	Kinshasa

Tableau 1 : Liste des participants au 80ème 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, Dr. Atliné FADIMATOU, Manager de l'ACV Adamaoua et Mr. Célestin KIMANUKA, directeur de l'Institut Supérieur de statistique de Goma en RDC. La logistique et facilitation ont été assurées par M. Ibouaraïma AOU DI de BEST-SD avec l'appui de Léon GBEHO (comptable), Mme Nicole ADE et Mme Karen.

4. DEROULEMENT du 80^{ème} COURS PBF de Cotonou

Ce chapitre présente le déroulement du cours international qui s'est tenu à l'Hôtel Bénin Atlantic Beach à Cotonou (Bénin) du 17 au 29 juin 2019.

Le **lundi 17 juin 2019** : 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 et la formation des groupes pour l'élaboration des plans d'action. Ensuite, les facilitateurs ont présenté le but et objectifs, le programme, l'historique et la méthodologie du cours. Pendant la discussion, différents sujets ont été abordés, notamment le niveau de mise en œuvre du FBP dans les différents pays présents et l'équité.

L'équipe dirigeante du « village » du 80^{ème} 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 : Mme LALA MOULATY (Mauritanie)
- Chef du Village Adjoint : M. RIHANDA Barnabé (Burundi)
- Ministre de Finance : M. M'BIKA Camille (Gabon)
- Berger -Time Keeper : M. AMADOU ADAMA BA (Mauritanie)
- Ministres d'Énergie : M. DIALLO Abdoulaye et Mr KEITA Daman (Guinée)

Après l'introduction du cours (module 1) Ensuite, après la pause-café, les participants se sont retrouvés en groupes – pays (Burundi, Mauritanie, Côte d'Ivoire, RCA, Cameroun, Guinée Conakry, Gabon, Madagascar, Benin et RDC) afin de traiter quatre questions en lien avec la performance actuelle de leur système de santé ou d'éducation (cas particulier de la RCA et Cameroun).

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.

La journée a été clôturée par l'évaluation de la journée, l'élection du meilleur participant et la rencontre avec les groupes du RCA, Guinée Conakry et Cote d'Ivoire autour de leur plan d'action.

Remarque : Les présentations Power point en technique des questions-réponses animées des récapitulatifs par module ont été remis aux participants pour leur permettre une meilleure appropriation du cours.

La **deuxième journée, mardi 18 juin 2019**, a démarré avec la suite des présentations des groupes -pays. Le reste de la journée a été consacré à la présentation du **module 1 : méthodologie du cours**, quelques idées de départ, les instruments d'équité, les objectifs du cours et ensuite le module 2 Un exemple Simple FBP, sujets de changement.

Des discussions intéressantes ont eu lieu sur les thèmes : externalités, biens publics, la définition FBP, les meilleures pratiques en FBP, sujets de changements et Équité. L'évaluation de la journée, la désignation du meilleur participant et la rencontre avec les équipes du Burundi et le participant de la RDC ont clôturé la journée.

La **troisième journée, mercredi 19 juin 2019**, les travaux ont commencé par le module 3 sur les meilleures pratiques, le montage institutionnel, les questions de changement. Dans l'après-midi, les facilitateurs ont proposé de commencer le **module 8 : renforcement de la voix de la**

population et le marketing social, compte tenu des questionnements des participants. Ce module a été suivi de l'introduction du **module 4 : théories du PBF**.

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

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

La **quatrième journée, jeudi 20 juin 2019**, les travaux de la journée ont commencé avec 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. 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 finances, les échecs du marché, les modes de financement, les sources de financement de la santé, les buts socio-économiques souvent identifiés

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 Gabon et les deux indépendants du Bénin et du Burkina-Faso.

La **cinquième journée, vendredi 21 juin 2019**, a débuté avec la présentation de la synthèse du pré-questionnaire remplis par les participants lors de leur arrivée. Ensuite le module sur **l'économie de la santé** a été achevé et nous avons continué avec l'introduction du **module 6 sur la politique nationale, régulation et assurance qualité**.

A partir de 11h, une visite de terrain a été réalisée par les participants répartis en 6 groupes dans six formations sanitaires. Il s'agit de **répartition des participants en 6 groupes de sept 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
- Groupe 5 : Centre de santé KPOVI
- Groupe 6 : Centre de santé TORI CADA

Objectif : Les participants devaient chercher à analyser les données qu'ils collectent en les comparant avec les standards, par exemple : pour les ressources humaines, au nombre optimal de personnel qualifié pour mille habitants ; ou, pour le montant des recettes annuelles, au montant théorique de recettes en dollars (\$US) par personne cible dans l'aire et par an nécessaire pour assurer la qualité de soins. La visite de terrain visait à collecter et analyser les données conformément à des termes de références, constitués d'une liste de questions auxquelles les participants devaient trouver des réponses en discutant avec les prestataires desdites formations sanitaires, puis restituer la synthèse de leurs résultats en plénière.

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.

Le principal constat est que les personnels de santé rencontrés ont eu des bons souvenirs du FBR et *souhaitent sa reprise mais en spécifiant que pour la reprise la stratégie doit être repensée pour une bonne exécution sur le terrain*. L'évaluation de la journée et le choix du meilleur participant ont été réalisés après la restitution.

Le soir le module : PBF dans le secteur de l'éducation a été partagé avec les participants surtout ceux intéressés par ce secteur (RCA, Cameroun) et subsidiairement, ceux du Gabon.

La **sixième journée, samedi 22 juin 2019**, a débuté par 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. Ensuite, le **module 8 : Marketing social Scan de faisabilité – critères de pureté hypothèses fatales & plaidoyer**. L'exercice en groupe d'évaluation du scan de faisabilité pour le PBF de chaque pays et le jeu de rôle à préparer ont été expliqués au participant et les résultats devront être présentés le lundi 24 Juin 2019. L'évaluation quotidienne et le choix du meilleur participant ont mis fin aux travaux de la journée.

La **septième journée, dimanche 23 juin 2019 était une journée touristique**. Deux sites avaient été initialement soumis au vote des participants (Ganvié le village lacustre et Ouidah, citée historique passant par la route de pêche) et le choix a été porté sur le site de OUIDAH. Au total 30 participants au cours et 5 facilitateurs ont effectué 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, 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. Le musée historique de Ouidah qui est actuellement en réhabilitation n'a pas été visité.

La **huitième journée lundi 24 juin 2019**, a débuté avec la présentation de la suite du module sur la régulation. Ensuite, il y a eu **restitution des travaux de groupe sur l'analyse du score de faisabilité du FBP, l'identification d'éventuelles des hypothèses fatales et jeux de rôle**. Les travaux se sont poursuivis par les présentations du **module 12 : les indicateurs « output »** et de l'exercice y relatif.

La journée a été clôturée par l'évaluation de la journée et le choix du meilleur participant. Le soir sous l'encadrement des facilitateurs, les participants ont fait, en groupe l'exercice sur les indicateurs Output.

La **neuvième journée, mardi 25 juin 2019**, a commencé par la présentation du Module 7 : agence de contractualisation et de vérification (ACV). La correction des exercices sur les indicateurs a ensuite été organisée. Les facilitateurs ont présenté le **module 10 : gestion de conflits et technique de négociation en FBP**. Les recommandations ont été prises en considération. La journée s'est terminée par l'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant.

Les travaux de la **dixième journée, mercredi 26 juin 2019** ont débuté par la finalisation du module 10 sur la gestion des conflits. Ensuite, la séance s'est poursuivie par deux modules à savoir le **module 11 sur les études** dans le PBF (enquête ménage, enquête qualité dans les formations sanitaires). Le reste de la journée a été consacré au module 15 : outils indice. La journée a pris fin officiellement comme il est de coutume par l'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant.

Sous la supervision des facilitateurs, les participants repartis en groupe de travail ont eu du plaisir à découvrir et à pratiquer, en soirée, l'outil indice par le biais des exercices contenus dans le cours.

La **onzième journée, jeudi 27 juin 2019** a débuté par la finalisation du module 11 sur le plan de business et la suite du **module 15 : outils de la boîte noire : outils d'indice**. L'après-midi, les participants ont continué à finaliser leurs plans d'action sous l'encadrement des facilitateurs. L'évaluation de la journée et le choix du meilleur participant ont clôturé la journée.

Vendredi 28 juin 2019, douzième jour du programme : Les activités de la journée ont débuté avec la finalisation de la présentation et discussion module 15 : Outils d'indice. Les participants ont continué la finalisation de leur plan d'action par pays jusqu'à 12h15. 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 fixés les posters pour suivre la présentation pendant trois minutes des membres de l'équipe- pays. En fin pour terminer, les facilitateurs ont continué à travailler avec certains groupes pays pour améliorer leurs plans d'action.

La journée s'est achevée par l'évaluation générale du cours. Les participants ont profité de l'après-midi qui était libre pour soit préparer l'examen , soit faire du shopping dans la ville de Cotonou.

Samedi 29 juin 2019 : L'examen basé sur le test des connaissances des participants au 80ème 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. Les 39 participants soumis à cet examen ont obtenus les résultats suivants : 5 certificats de distinctions, 32 certificats de mérite et 2 certificats de participation.

La cérémonie de clôture du cours commencée à 17h a connu successivement les temps forts suivants :

- Résultats du test et remise des certificats
- Mots du chef de village
- Discours de clôture du facilitateur principal et
- Cocktail.

Dimanche 30 juin : La plus grande majorité des participants au 80ème Cours PBF a pu bien quittés Cotonou pour rejoindre leurs pays respectifs.

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 77%. Cela est de - 2,3 point inférieur à la moyenne des 45 cours précédents francophones et de 6 points inférieur à la moyenne des 25 cours anglophones précédents. Les critères « facilitation », « participation », « organisation » étaient légèrement inférieurs aux cours précédents francophones avec respectivement -0,6%, -4,2%, -5%. Le critère « respect du temps » était légèrement supérieur de 0,7% aux cours francophones précédents et 4% supérieurs aux cours anglophones. Il faut noter que tous les indicateurs ont amélioré pendant la deuxième semaine par rapport à la première semaine

Évaluations journalières pendant 10 jours par les participants	Cours Anglophones (25x)	Cours Francophones (45x)	Cotonou Juin 2019	Comparaison Juin 2019 - Cours Francophones précédents
Méthodologie et facilitation	87,3%	85,0%	84,4%	-0,6%
Participation	87,0%	82,3%	78,1%	-4,2%
Organisation	86,0%	72,6%	67,6%	-5,0%
Respect du temps	73,0%	76,3%	77,0%	0,7%
Score total	83%	79%	77%	-2,3%

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

L’aspect de **la facilitation & méthodologie** a été évalué en moyenne à 84,4% comme étant « très satisfait ». Cela est un score inférieur de 0,6% points par rapport aux 45 cours francophones précédents qui ont accusé un score moyen de 85%. Ce score de facilitation est satisfaisant. La tendance d’évaluation de la satisfaction pour la facilitation était progressive de 45% le premier jour jusqu’à 100% la dernière journée.

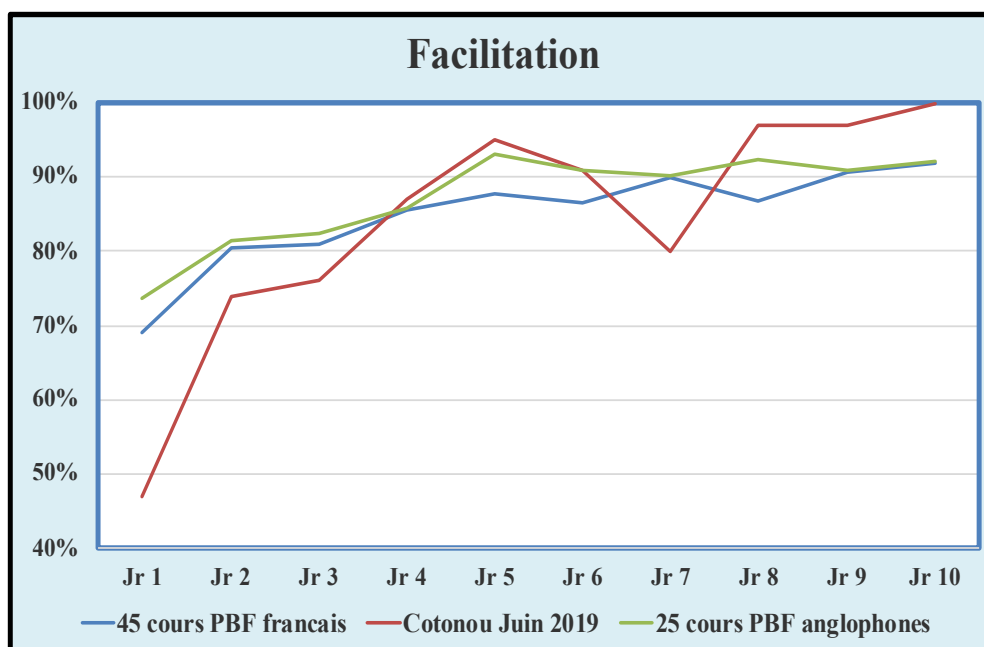


Figure 1 : Évolution de l’évaluation journalière des participants : *facilitation & méthodologie*.

La participation a été évaluée en moyenne à 78,1% pour tous les jours ; ce qui est 4,2% *inférieur* par rapport à la moyenne des 45 cours francophones précédents qui ont connu un score moyen de 82,3%. La satisfaction avec la participation des participants a connu une pente croissante entre la première et la deuxième semaine.

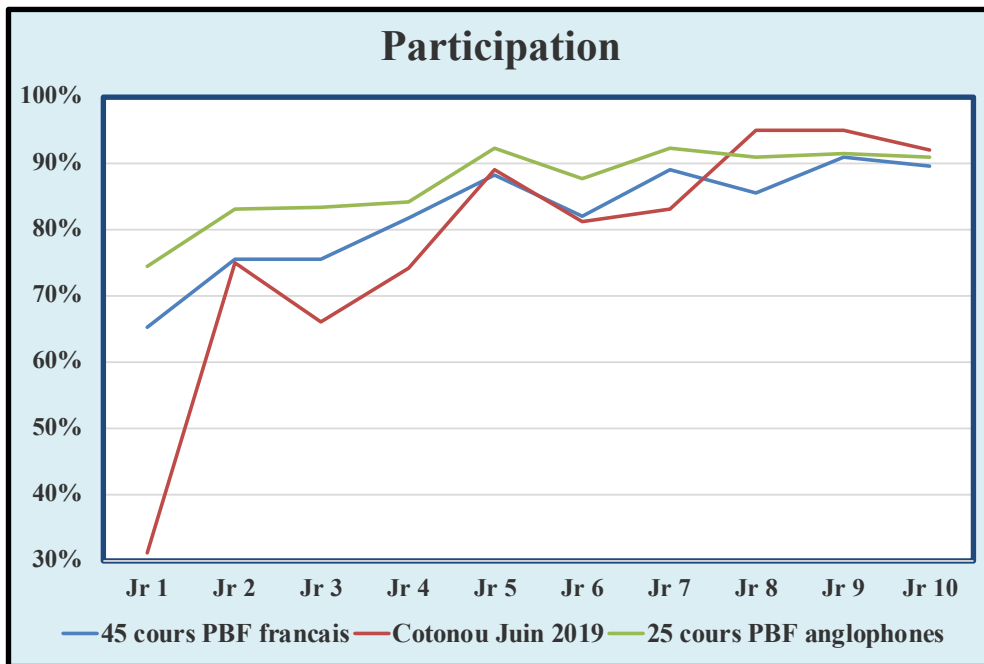


Figure 2 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *participation*.

L'organisation du cours était évaluée en moyenne à 67,6% « très satisfait » ce qui est de 5 points inférieurs aux 45 cours francophones précédents avec une moyenne de 72,6% et 19 points inférieurs aux cours anglophones avec une moyenne de 86%. La satisfaction pour l'organisation était mauvais le premier jour avec 33% surtout lié aux services de l'hôtel (la nourriture, les moustiques dans les chambres). Après les premiers deux jours, la satisfaction avec l'organisation est resté à autour de 80%.

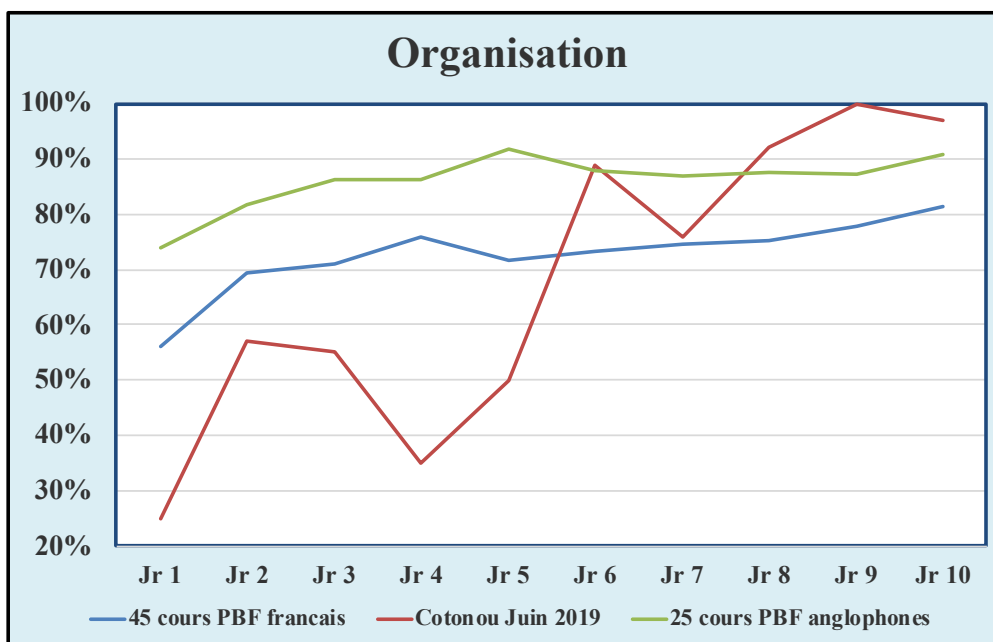


Figure 3 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *organisation*.

Le respect du temps a été évalué en moyenne à 77% « très satisfait » ce qui est un score supérieur de 0,7% points par rapport à la moyenne des autres cours francophones, qui avaient un score moyen de 76,3% et un score supérieur de 4 points par rapport à la moyenne des cours anglophones. Le score de respect du temps a connu des problèmes les premiers deux jours et les scores étaient ascendants vers 97% le dernier jour.

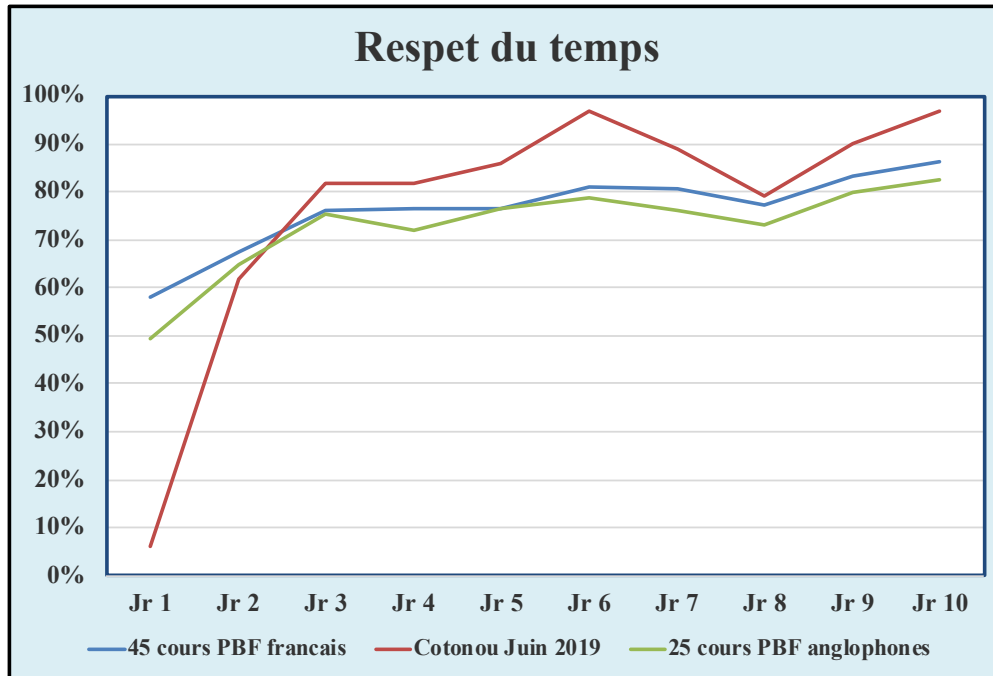


Figure 4 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *Respect du temps*.

6. EVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS

Le vendredi 29 juin 2019, 39 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 92%. Cela est supérieur de 4 points par rapport à la moyenne des autres cours PBF francophones et 15 points supérieurs par rapport aux cours anglophones.
- La question « *Le programme a répondu à mes attentes* » a été évaluée à 91% (7 points supérieurs par rapport à la moyenne des autres cours PBF francophones et anglophones).
- La question « *Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles* » a été évaluée à 89% (c'est-à-dire 2 points inférieurs à la moyenne des autres cours PBF francophones et des cours précédents en anglais).

Préparation et impression générale du cours	Les 42 cours PBF francophones précédents	Les 27 cours PBF anglophones précédents	Cotonou Juin 2019	Comparaison Cotonou Juin 2019 / 42 cours PBF francophones précédents	Comparaison Cotonou Juin 2019 / 27 cours PBF anglophones précédents
Q1: J'ai été suffisamment informé des objectifs du cours	88%	77%	92%	4%	15%
Q2. Le programme a répondu à mes attentes	84%	84%	91%	7%	7%
Q3. Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles	89%	89%	87%	-2%	-2%
Ensemble	87,0%	83,2%	90,0%	3,0%	6,8%

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

6.2 Aspects relatifs à la durée de la formation

67% des participants trouvent que la durée de la formation était appropriée, et 23% ont dit que la durée du cours était trop courte. 4 participants (=10%) ont dit que la durée du cours était trop longue.

Durée du cours	Les 42 cours PBF francophones précédents	Les 27 cours PBF anglophones précédents	Cotonou Juin 2019	Comparaison Cotonou Juin 2019 / 42 cours PBF francophones précédents	Comparaison Cotonou Juin 2019 / 27 cours PBF anglophones précédents
Trop court	33%	24%	23%	-10%	-1%
Bon	61%	65%	67%	6%	2%
Trop longue	6%	11%	10%	4%	-1%

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

6.3 Comment les participants apprécient-ils l'organisation de la formation ?

- Sur l'ensemble de six questions concernant l'organisation, le score était de 72% en moyenne ce qui est de 3 points supérieurs aux cours francophones précédents (70%) et de 5 points inférieur aux cours anglophones précédents (78%).
- La distribution du matériel pédagogique a été évaluée à 90% ; ce qui est de 10 points supérieur à la moyenne des cours francophones précédents avec un score moyen de 80%.
- La *salle de formation* a obtenu un score de 79%. Ce score est de 12 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 46%. Ce score est de 12 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 38% qui est de 23 points inférieurs aux autres cours FBP francophones qui ont eu une moyenne de 61%.
- La qualité du *transport* a été évaluée à 89% ce qui est de 24 points supérieurs à la moyenne des autres cours francophones de 65%.

Comment évaluez-vous l'organisation de la formation?	Les 42 cours PBF francophones précédents	Les 27 cours PBF anglophones précédents	Cotonou Juin 2019	Comparaison Cotonou Juin 2019 / 42 cours PBF francophones précédents	Comparaison Cotonou Juin 2019 / 27 cours PBF anglophones précédents
Qualité et distribution matériel éducatif	80%	87%	90%	10%	3%
La salle de conférence	67%	70%	79%	12%	9%
Centre d'accueil (Makepe Palace Hôtel)	58%	76%	46%	-12%	-30%
Comment avez-vous été reçu et convivialité des facilitateurs	88%	92%	92%	4%	0%
Aliments et boissons, y compris pauses café	61%	63%	38%	-23%	-25%
Transport	65%	78%	89%	24%	11%
Moyenne	70%	78%	72%	3%	-5%

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 85%. Cela est de 3 points supérieurs aux cours francophones précédents.
- La question « *Le contenu des modules PBF m'a aidé à atteindre mes objectifs* » a été évaluée à 77% (6 points inférieurs à la moyenne des autres cours PBF francophones).
- La question « *Est ce que la méthodologie du cours était bonne* » a été évaluée à 84% qui est égal par rapport aux 45 cours français précédents.
- La question « *Est-ce que l'équilibre entre les cours et les exercices était bonne* » a été évaluée à 68% (égal 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 97% (de 8 points 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 97% (11 points supérieurs à la moyenne des autres cours PBF francophones).

Méthodologie et contenu du cours	Les 42 cours PBF francophones précédents	Les 27 cours PBF anglophones précédents	Cotonou Juin 2019	Comparaison Cotonou Juin 2019 / 42 cours PBF francophones précédents	Comparaison Cotonou Juin 2019 / 27 cours PBF anglophones précédents
Le contenu des modules PBF m'a aidé à atteindre mes objectifs	83%	91%	77%	-6%	-14%
La méthodologie du cours	84%	88%	84%	0%	-4%
L'équilibre entre les cours et les exercices	69%	79%	68%	-1%	-11%
Interaction et les échanges dans les groupes de travail	89%	92%	97%	8%	5%
Les méthodes de travail adoptées au cours ont stimulé ma participation active	86%	90%	97%	11%	7%
Moyenne	82%	88%	85%	3%	-3%

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

6.5 Comment les participants apprécient-ils la conduite du cours et la facilitation ?

- Concernant la facilitation, 100% des participants ont donné le score très satisfait pour *l'esprit ouvert des facilitateurs* ; ce qui est supérieur de 20 points aux scores des autres cours francophones et 25% supérieurs aux cours anglophones.
- 89% des participants ont pensé que le temps pour les *travaux des groupes* était suffisant ce qui est de 26 points supérieurs aux autres cours FBP francophones et de 11 points supérieurs 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 PBF francophones précédents	Les 27 cours PBF anglophones précédents	Cotonou Juin 2019	Comparaison Cotonou Juin 2019 / 42 cours PBF francophones précédents	Comparaison Cotonou Juin 2019 / 27 cours PBF anglophones précédents
Les animateurs avaient l'esprit ouvert à des contributions et critiques	80%	75%	100%	20%	25%
Le temps alloué au travail de groupe était adéquate	63%	78%	89%	26%	11%
Le temps des discussions est adéquat	76%	83%	79%	3%	-4%
Moyenne	73%	79%	89%	16%	11%

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 79,4% qui était de 3,1 points inférieurs par rapport aux cours francophones précédents (82.5%). Les modules relativement mal évalués étaient la micro-économie et économie de santé (51%) et l'outil indices (72%).

Appréciation des Modules	Les 45 cours PBF francophones précédents	Les 27 cours PBF anglophones précédents	Cotonou Juin 2019	Comparaison Cotonou Juin 2019 / 42 cours PBF francophones précédents	Comparaison Cotonou Juin 2019 / 27 cours PBF anglophones précédents
Pourquoi le PBF & Qu'est-ce que est le PBF? Modules 1 & 2	93%	93%	92%	-1%	-1%
Les notions de micro-économie et l'économie de la santé	64%	81%	51%	-13%	-30%
Théories PBF, meilleures pratiques, bonne gouvernance et décentralisation	85%	92%	81%	-4%	-11%
Enquête de recherche de base - évaluation, le processus d'analyse	76%	77%	74%	-2%	-3%
Les indicateurs des outputs dans une intervention PBF	86%	88%	97%	11%	9%
Agence de Contractualisation & Vérification (ACV), la collecte des données	85%	88%	85%	0%	-3%
Régulateur - assurance de la qualité	82%	92%	77%	-5%	-15%
Techniques de négociation et de résolution des conflits	88%	91%	87%	-1%	-4%
Boîte noire : Plan de Business	85%	89%	79%	-6%	-10%
Boîte noire : Outil Indices: recettes - dépenses - les primes de performance	78%	80%	72%	-6%	-8%
Renforcer la Voix de la Population et le marketing social	80%	88%	82%	2%	-6%
Faisabilité program PBF, les hypothèses fatales et le plaidoyer	87%	90%	76%	-11%	-14%
Élaboration d'un projet PBF - costing	65%	66%	NA		
Moyenne pour 13 modules	82,5%	86,0%	79,4%	-3,1%	-8,2%

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

6.7 Remarques spécifiques des participants

1. Organisation

- Que les contacts avec les participants de ce village restent établis ;
- Changer souvent les pays où aura lieu le cours pour pouvoir découvrir d'avantage d'expériences PBF ;
- Les services de l'Hôtel étaient à la hauteur de leur classification de 2 étoiles. L'équipe de l'hôtel pourra certainement s'améliorer ;
- Pour l'hôtel, il faut penser à installer des moustiquaires sur les lits et changer le type d'oreillers.

2. Méthodologie et Contenu du cours

- Que les facilitateurs restent disponibles et assistent les participants dans la révision des manuels des procédures PBF dans les différents pays ;
- Développer des modules complets adaptés pour le secteur d'éducation et organiser une formation spéciale sur le PBF éducation ;
- Apporter plus de suivi aux pays qui ont adopté le PBF pour minimiser les risques d'échecs comme le cas du Benin ;
- Pour le prochain cours, il serait souhaitable de résumer d'avantage les modules pour être capable de dispenser tous les modules prévus ;

- Il serait bien de corriger les fautes d'orthographe des diapositives et du livre ;
- Certaines questions sont mal formulées dans les diapositives ;
- Insistez sur la lecture du livre PBF avant l'arrivée à la formation ;
- Il faut augmenter la durée de la formation à 3 ou 4 semaines pour une bonne assimilation des concepts ;
- Il faut plus de temps pour les exercices car ils aident à partager l'expérience.

3. Autres commentaires

- Je suis très satisfait de ce cours (4x) ;
- Félicitation à l'équipe organisatrice, facilitateurs, aux filles hôtesse à l'équipe de l'Hôtel, vous avez été efficaces (2x) ;
- Les mesures disciplinaires du village sont à encourager fortement dans ces genres de formations ;
- Félicitations aux facilitateurs surtout pour les expériences du terrain partagées ;
- Merci beaucoup pour les jeux de détente pendant la formation : j'ai beaucoup appris.

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

7.1 Burundi

1. RIHANDA Barnabé, du Projet KURA KIBONDO, NGENDAKUMANA 2. Emmanuel, du Projet, KURA KIBONDO, KIMANA 3. Jeanne, du Projet KURA KIBONDO, 4. Evelyne MUCOWINTORE du PEV, 5. Spès BIGIRIMANA du PEV, 6. Rose NITEREKA de la CT-FBP, MSPLS, 7. Thaddée NDINDURWAHA, de la CT-FBP, MSPLS, 8. Jean-Marie NTIBAZOMUMPA de la DSNIS et 9. Zacharie KUBWIMANA du Bureau Provincial de Santé de Cankuzo

7.1.1 Contexte

Les États généraux de la santé tenus en 2004 ont relevé les principaux défis auxquels est confronté le système de santé au Burundi : i) forte charge de morbi-mortalité maternelle, néonatale et infantile. aux maladies transmissibles et non transmissibles ; (ii) insuffisance quantitative et qualitative des personnels de santé ; (iv) instabilité et démotivation du personnel de santé ; (v) faible qualité des soins offerts à la population ; (vi) faiblesse dans l'organisation et la gestion du système de santé ; (vii) faible accessibilité financière des populations aux soins de santé.

Pour faire face à ces défis, le 1er Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2006-2010 ainsi que le PNDS II (2011-2015) intègrent un certain nombre de réformes dont la décentralisation du système de santé, le développement des ressources humaines pour la santé, la réforme des écoles paramédicales, la réforme du secteur pharmaceutique, et le financement basé sur la performance (FBP).

En 2006, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) a élaboré et adopté une politique nationale de contractualisation comme cadre de référence pour établir des relations contractuelles entre les acteurs du système de santé.

En Novembre 2006, des expériences pilotes de FBP ont démarré dans trois provinces pilotes (Bubanza, Cankuzo, District Kibuye en Province de Gitega). Les résultats positifs de ces expériences ont conduit le MSPLS et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) à généraliser cette approche à l'échelle nationale à partir du 1 Avril 2010. A partir de 2018, le PBF communautaire est mis en œuvre dans six provinces.

7.1.2 Intégration du FBP et de la gratuité ciblée des soins de santé

Pendant que les expériences pilotes faisaient leur chemin, le Président de la République du Burundi a décrété un paquet de soins gratuits pour les enfants de moins de 5 ans, les accouchements et les césariennes depuis le 1 Mai 2006. En 2009, ce paquet de soins gratuits a été étendu à certaines pathologies liées à la grossesse. Cependant, des problèmes liés notamment au retard de remboursement des structures de soins, à la surfacturation des actes médicaux, à la surcharge de travail du personnel de santé et à sa démotivation, au manque de médicaments et équipements ont entaché la mise en œuvre efficace de cette mesure.

Pour faire face à ces difficultés, le MSPLS et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), en Mars 2009, ont pris l'option d'intégrer les deux approches et de financer le paquet gratuit des soins à travers des mécanismes de financement basé sur la performance depuis Avril 2010.

7.1.3 Analyse de faisabilité d'actuel système FBP en 2019

L'analyse de la performance du programme FBP du Burundi par la délégation participant au 80ème cours PBF se base sur les critères de pureté de ce type de programme

Tableau 1 : Évaluation des critères de puretés d'un programme PBF, cas du Burundi

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Observations
1. Le budget du programme PBF n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ	4	0	Le budget de 4\$ USD / an / habitant, pourrait être atteint avec l'introduction du PBF communautaire et l'intégration des bonus d'amélioration de la qualité (BAQ) dans le costing FBP
2. Au moins 20% du budget PBF vient du gouvernement et le programme PBF a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	1	Le Gouvernement contribue au FBP à la hauteur de 23%, mais il n'existe pas un plan pour diminuer la dépendance extérieure.
3. La Cellule Technique Nationale PBF est intégrée dans le Ministère de Santé à un niveau qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes.	2	2	
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	2	2	
5. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	2	
6. Le programme PBF contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	2	
7. Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants.	2	1	Certaines aires de responsabilité ne répondent pas encore aux exigences du PBF.
8. Le programme PBF 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	2	
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	2	
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	0	Il existe une ordonnance qui recommande que toutes les structures publiques doivent s'approvisionner prioritairement auprès de la Centrale d'achat des médicaments
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	0	Les BAQ ne font pas partie des indicateurs de performances des FOSA
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides PBF.	2	2	

14. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	2	
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0	Les tarifs s'inspirent de ceux appliqués par la mutuelle de la fonction publique pour le remboursement des soins à ses affiliés.
16. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	2	2	
17. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.	2	0	L'ACV(CPVV) comprend des fonctionnaires de l'État dont l'autorité hiérarchique est le médecin provincial (régulateur). En outre le CPVV n'a pas de statut juridique.
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2	
19. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne).	2	2	
20. Les ACV ont des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	2	0	Les BAQ ne font pas partie des indicateurs de performance du CPVV
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	2	
24. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	0	Le bonus d'équité se limite aux provinces, mais ne prend pas en compte les disparités entre les districts et les FOSA
25. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	0	La gratuité appliquée ne tient pas compte de la vulnérabilité financière des individus
TOTAL :	50	28	
Pourcentage		56%	

L'analyse montre qu'au Burundi certains critères de pureté d'un programme PBF ne sont pas remplis. Le score de pureté du PBF est de 56%.

7.1.4 Principaux problèmes

Deux principaux problèmes se retrouvent dans le programme FBP tel que mis en œuvre au Burundi. Le tableau ci-dessous présente ces hypothèses fatales identifiées et leurs causes :

Hypothèse fatale	Causes
1. Le budget du programme PBF est inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an (en 2018, le budget du programme FBP est de \$ 3.57 par personne et par an).	Le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers ne mettent pas encore assez de ressources à la mise en œuvre du FBP
2. Les FOSA dépendent pour les intrants des systèmes centraux de distribution pour les intrants sans aucun choix	Il existe une ordonnance qui oblige toutes les structures publiques à s'approvisionner prioritairement auprès de la Centrale d'achat des médicaments

7.1.5 Recommandations

Tableau 3 : principaux problèmes, recommandations et responsables e mise en œuvre.

Problème identifiés	Recommandation (Actions)	Responsable
Le budget du FBP est inférieur à 4 \$USD / an / habitant,	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre à jour le manuel des procédures de mise en œuvre du FBP : modalités de signature des contrats de performances des FOSA, intégration du BAQ dans les indicateurs de performances, prise en compte de la PEC des vulnérables dans le costing, séparation des fonctions entre les CPVV et les organes de régulation. - Organiser un atelier national de sensibilisation / mobilisation des décideurs sur le « FBP » - Mobiliser les ressources financières auprès du Gouvernement et partenaires pour le FBP afin d'atteindre au moins 4\$ /an /habitant ce que pourrait être atteint avec l'introduction du PBF communautaire et les bonus d'amélioration de la qualité (BAQ) 	<ul style="list-style-type: none"> - CT-FBP - CTN & cadres formés en FBP - Ministre Santé
La gratuité appliquée ne tient pas compte de la vulnérabilité financière des individus	- Mettre à jour le manuel des procédures de mise en œuvre du FBP : prise en compte de la PEC des vulnérables dans le costing,	- CT - FBP
Le Gouvernement contribue au FBP à la hauteur de 23%, mais il n'existe pas un plan pour diminuer la dépendance extérieure	- Intégrer dans le manuel des procédures un plan de mobilisation des ressources internes pour réduire la dépendance vis-à-vis des bailleurs	- CT - FBP
Certaines aires de responsabilité ne répondent pas encore aux exigences PBF.	- Assurer la rationalisation des aires de responsabilités	- Médecins chefs des districts
L'ACV (CPVV) comprend des fonctionnaires de l'État dont l'autorité hiérarchique est le médecin provincial (régulateur). En outre le CPVV n'a pas de statut juridique	- Doter les CPVV d'un statut juridique	- Ministre de la santé
Il existe une instruction ministérielle qui recommande à toutes les structures publiques à s'approvisionner prioritairement auprès de la Centrale d'achat des médicaments	- Réviser l'instruction ministérielle en matière de respect des normes à respecter dans la gestion du système de médicaments du 17 juin 2009.	- Ministre de la santé
Les tarifs des coûts des prestations des FOSA s'inspirent de ceux appliqués par la mutuelle de la fonction publique pour le remboursement des soins à ses affiliés.	<ul style="list-style-type: none"> - Laisser les structures le droit de fixer les coûts des tarifs. - Mettre en place un système d'accréditation des distributeurs des intrants de santé pour limiter le risque des produits de qualité inférieure 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministre de la santé - DPML
Le bonus d'équité se limite aux provinces, mais ne prend pas en compte les disparités entre les districts et les FOSA	- Introduire dans le FBP le bonus d'équité intra districts	- CTN/FBP

7.1.6 Plan d'action (quoi, quand, comment, qui)

Quoi	Quand	Comment	Qui
1. Organiser une restitution auprès du cabinet du Ministre de la santé et de la lutte contre le Sida du rapport de mission sur le 80 ^{ème} cours international FBP	08 Juillet 2019	Le rapport sera présenté au cours de la réunion du conseil de cabinet	La délégation ayant participé au 80 ^{ème} cours international FBP
2. Partager avec les staffs respectifs des principales conclusions du 80 ^{ème} cours international FBP	08 Juillet 2019	Au cours des réunions de service, une brève présentation sera faite aux membres des staffs respectifs	Chaque participant au 80 ^{ème} cours international FBP

3. Mener un plaidoyer auprès de la CT-FBP pour l'adaptation du manuel des procédures aux principes de base du PBF pur	10 Juillet 2019	Transmission de la copie du rapport de mission au Coordonnateur de la Restitution du rapport au cours de la réunion du staff de la CT/FBP	Les membres de la délégation
4. Préparer la formation des acteurs de mise en œuvre du FBP (national, périphérique et opérationnel)	Août 2019	Préparation des TDRs, modules et mobilisation des fonds	CT- FBP
5. Organiser un atelier national de sensibilisation des décideurs sur le programme « FBR »	Octobre 2019	Préparation des termes de références, identification des participants à l'atelier	CT- FBP & les cadres formés sur le FBP

7.2 Cameroun Éducation

KOUMAGA Odile Labelle Epse MBADI

7.2.1 Contexte

Pour répondre aux nombreuses insuffisances constatées dans le secteur de l'éducation au Cameroun, la Banque mondiale a proposé l'introduction du « Financement Basé sur la Performance (FBP) » dans les écoles primaires publiques, dans l'optique d'atteindre une scolarisation de qualité pour tous au Cameroun, et en particulier dans les zones d'éducation prioritaire (ZEP).

Une phase pré-pilote a été mise en œuvre depuis 2017 dans 20 écoles primaires publiques, de l'arrondissement de Lagdo, région du Nord Cameroun. Les résultats de cette phase ont démontré les résultats probants, lesquels ont contribué à l'adoption de l'approche PBF comme politique de l'éducation au Cameroun. Le projet passe à sa phase pilote dès l'année scolaire 2019-2020, pour une durée de 4 ans, dans environ 3000 écoles primaires publiques.

7.2.2 Analyse des problèmes concernant l'introduction du FBP

- Mauvais état des salles de classe dans certaines zones d'éducation prioritaire (ZEP) et l'application des bonus d'amélioration de qualité (BAQ) pour leur réhabilitation n'est pas encore introduit dans le programme FBP éducation.



Une école dans la zone pré-pilote du FBP.

- Faible mobilisation des enseignants qualifiés dans les ZEP en raison des conditions de vie précaires dans ces zones ;
- Persistance de l'approche « inputs » accordé par l'État aux collectivités territoriales décentralisées en matière d'investissement, de fourniture scolaire, équipements au lieu d'investir dans l'achat des performances (output) du système éducatif ;
- Non application et vulgarisation de l'utilisation de l'outil d'indice à tous les niveaux ;

- Sous information de la communauté éducative sur l'approche FBP éducation ;
- Absence d'un cours et des outils spécifiques sur le PBF éducation.

7.2.3 Est-ce que les problèmes peuvent être résolus avec le PBF? Oui / Non

Au Cameroun et dans plusieurs pays, l'approche FBP a fait preuve de son efficacité aussi bien dans le domaine de la santé que celui de l'éducation, et autres secteurs. Il est la meilleure approche pour résoudre les problèmes susmentionnés dans le secteur de l'éducation.

7.2.4 Score de faisabilité / existence des hypothèses fatales

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Commentaires
1. Le budget du programme PBF n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	0	La Banque Mondiale a accordé une somme d'environ 4.5 milliards de FCFA pour le PBF éducation pour 3000 écoles qui ont une population cible d'autour de 6.7 millions d'habitants. <i>Le budget pour les subsides requises pour le FBP est de 17 milliards FCFA sur base de USD 20 par élève par an</i>
2. Au moins 20% du budget PBF vient du gouvernement et le programme PBF a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	0	<i>N'atteint pas le 20%</i>
3. 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 MINEDUB avec les Directions et Programmes.	2	2	
4. Les Directions et Programmes du ME sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité	2	0	Quelques postes stratégiques de MEO FBP seront sous contrats
5. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output, et pour lesquels les écoles reçoivent des subsides.	2	2	Comment adapter ceci au niveau du PBF éducation?
6. Le programme PBF contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	2	Pas défini dans le PBF éducation
7. Les régulateurs d'arrondissement réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des écoles 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	Mais pas sur 125 indicateurs
8. 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	<i>Pas encore mis en place et ceci n'est pas pris en considération dans la phase pilote</i>
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	2	Ça se fera
10. 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	2	
11. Les gestionnaires des écoles ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	0	<i>Pas d'autonomie. Déjà que la liste des distributeurs pas disponible. Par ailleurs, l'État continue d'affecter les inputs (Paquet minimum)</i>
12. Les écoles utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	0	<i>Pas de BAQ, mais ils élaborent les « plans d'action trimestriel »</i>
13. Les écoles utilisent l'outil de gestion de la école « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides PBF.	2	0	<i>Il existe un outil apparent. Donc il faut un outil d'indice bien élaboré conformément aux normes FBP</i>
14. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des écoles au quotidien et	2	2	

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Commentaires
non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.			
15. Les écoles sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0	
16. Les gestionnaires des écoles ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	2	0	Partiellement parce qu'il ne peut pas licencier le staff engagé par l'Etat. Il n'a le pouvoir que sur les maitres des parents
17. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification éducative 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	2	2	A bien définir pour le PBF éducation
20. Les ACV ont des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des écoles.	2	0	
21. Les écoles publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	0	Seules les écoles publiques
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des écoles	2	2	Seulement au niveau des écoles.
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2	
TOTAL :	50	24 48%	

Il est à relever que certains des 23 critères de pureté d'un programme FBP doivent être adaptés au contexte éducatif. Néanmoins, il ressort du tableau ci-dessus que le score de faisabilité du FBP dans le secteur de l'éducation au Cameroun s'établit à 48% (24/50). Le score optimal sera atteint une fois que certains critères seront pris compte dans la mise en œuvre en l'occurrence le BAQ, l'autonomie des écoles et l'enrôlement des écoles privées.

7.2.5 Recommandations

- Développer et dispenser un cours complet spécifique sur le PBF éducation, y compris les outils ;
- Faire un plaidoyer auprès de la Banque Mondiale afin que le BAQ soit intégré dans la mise en œuvre du FBP éducation pour permettre aux écoles de réhabiliter les écoles et le recrutement d'un personnel qualifié;
- Élaborer, vulgariser et appliquer l'outil d'indice à tous les niveaux ;
- Vulgariser l'approche FBP auprès de communauté éducative, y compris les écoles privées.
- Analyser le budget éducation du gouvernement et proposer que certaines lignes existantes de genre input seront transformées en lignes FBP.

7.2.6 Plan d'action

Objectif	Activité	Qui	Quand
Développer et dispenser un cours complet sur le PBF éducation, y compris les outils	- Plaidoyer auprès des experts FBP en vue de la dispensation d'un cours complet spécifique au FBP éducation	- Participants IRESCO et CORDAID - MINEDUB	29/06/2019
Prendre en compte les écoles privées dans la mise en œuvre du FBP	- Faire le plaidoyer auprès du coordinateur afin qu'il suscite l'intérêt des PTF et du MINEDUB à la prise en compte les écoles privées dans le PBF éducation	- MINEDUB - BM - IRESCO	Juillet 2019

Introduire le BAQ dans le FBP éducation au Cameroun	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer une communication pour le plaidoyer - Mener un plaidoyer auprès de la BM pour susciter l'intérêt d'introduire le BAQ dans le FBP éducation au Cameroun 	<ul style="list-style-type: none"> - IRESCO - MINEDUB - BM 	Juillet 2019 Juillet 2019
Appliquer et vulgariser l'utilisation de l'outil d'indice à tous les niveaux, dès l'année scolaire 2019-2020	<ul style="list-style-type: none"> - Faire le plaidoyer auprès de la CTN afin que l'outil d'indice soit élaboré et vulgarisé auprès des acteurs - Élaborer l'outil d'indice - Former les acteurs sur l'utilisation de l'outil d'indice 	<ul style="list-style-type: none"> - IRESCO - BM - CTN - BM - IRESCO 	Juillet 2019 Juillet-Aout 2019 Dès la rentrée scolaire 2019-2010
Vulgariser l'approche FBP auprès de communauté éducative, y compris les écoles privées, d'ici à la rentrée scolaire 2019-2020	<ul style="list-style-type: none"> - Tenir une séance de travail avec les partenaires en vue de la mise en place d'une communication sur le FBP éducation - Élaborer un support de communication sur le FBP éducation - Disséminer les supports de communication sur le FBP éducation 	<ul style="list-style-type: none"> - CTN - BM - IRESCO 	Juillet 2019 Juillet – Aout 2019 Septembre – octobre 2019

7.3 RCA Éducation

7.3.1 Situation sociopolitique et économique de la République Centrafricaine

La République centrafricaine (RCA) est un pays fragile d'Afrique centrale de 4,9 millions d'habitants. C'est un pays enclavé avec une superficie de 623 000 kilomètres carrés (8 habitants au kilomètre carré) répartis en 16 préfectures et 71 sous-préfectures. Le Sango est la langue nationale parlée sur l'ensemble du territoire. 60% de la population vit dans les zones rurales. Bangui la capitale, a une population estimée à 800 000 habitants.

Depuis son indépendance de la France en 1960, la RCA a connu une série de crises politiques et de transition irrégulière du pouvoir. Le dernier conflit majeur a eu lieu au début de 2013, quand une coalition de groupes armés Séléka a pris le contrôle d'une grande partie du territoire et le pouvoir à Bangui.

En 2014, un gouvernement de transition fut nommé a rédigé une nouvelle constitution et organisé des élections. Avec un gouvernement légitime au pouvoir il y avait du progrès, mais la situation en matière de sécurité reste fragile. Seul environ 40% du territoire est sous le contrôle du gouvernement. En l'absence d'un gouvernement fort, les femmes et les filles sont les plus touchées, au cours des cinq dernières années.

En 2019, le gouvernement Centrafricain et la communauté internationale ont organisé des conférences à Khartoum avec les représentants de 14 groupes armés parmi lesquels les plus influents qui a abouti à un accord dénommé « Accord de Khartoum » qui intègre le groupes armés dans l'administration civile et militaire.

7.3.2 Le système d'éducation en République Centrafricaine

Le Ministère de l'enseignement primaire et secondaire (MEPS) est ciblé par les acteurs promoteurs de l'approche FBP. Elle est divisée en 8 entités administratives géographiques, appelées inspections ou régions académiques (IA). Chaque inspection académique est divisée en circonscriptions scolaires (préfectures), divisées en secteurs scolaires (ou sous-préfectures) qui assurent la supervision directe des écoles. En outre, chaque inspection académique dispose d'au moins un Centre pédagogique régional (CPR) pour la formation continue des enseignants.

Le système éducatif en RCA est organisé de la manière suivante :

- Trois premières années d'enseignement pré-primaires (préscolaire entre 3 et 5 ans)
- Six ans d'enseignement primaire (Fondamental 1 -6-11 ans)
- Quatre années d'enseignement secondaire 1^{er} cycle (12-15 ans)
- Trois années deuxième cycle d'enseignement secondaire (16-18 ans)
- Quatre années d'enseignement supérieur (le tertiaire 19-25 ans).

Le taux d'analphabétisme est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (70% contre 30%). Il y a environ 485 000 enfants non scolarisés âgés de 6 à 17 ans soit près des deux cinquièmes des enfants âgés. En 2016, 41% des enfants (318 905) qui auraient dû fréquenter le cycle primaire appelé « Fondamental 1 » (6 à 11 ans) étaient en dehors du système scolaire.

7.3.3 Problématique du système d'éducation

- L'accès à l'éducation a été affaibli par la destruction, la fermeture ou l'occupation d'écoles et le **déplacement de la population**. Le pays compte plus de 70 000 enfants (âgés de 3 à 17 ans) qui sont déplacés et qui n'ont pas accès à l'éducation. 20% des écoles restent fermées dans tout le pays et les enseignants ont encore du mal à retourner dans leurs lieux d'affectation, d'autant plus que peu d'entre eux ont un statut officiel.
- La gouvernance du secteur éducatif a été profondément affectée par le retrait ou l'absence des structures déconcentrées du ministère ainsi que par la désorganisation du tissu social qui a rendu inactives les associations de parents d'élèves dans certaines régions.
- **Sous financement du secteur d'éducation.** OCHA estime qu'il existe un sous financement de 94% (USD 2 million au lieu de 27 million). Si nous prenons la nécessité de \$ 4 par personne par an (ou 20 \$ par élève des écoles primaires pour le PBF cela soit un budget de USD 18 million par an.
- **Absence de financement direct des écoles.** Les écoles primaires n'ont pas des comptes bancaires et ne reçoivent pas des crédits, subsides ou d'autres appuis budgétaires. Seulement les lycées et collèges, les inspections académiques et les circonscriptions scolaires avaient un appui budgétaire de l'État en crédits de fonctionnement mais qui était en nature. Ces derniers budgets étaient aussi annulé pendant les derniers dix ans suite à la crise. Le système de financement n'est pas utilisé d'une manière efficiente parce que la gestion des ressources est orienté vers les intrants.
- **Stratégies des « inputs ».** Aussi avant la crise socio-politique les écoles n'avaient pas une gestion autonome sur base d'un appui financier de l'État. La gestion était basé sur la réception des intrants comme des livres, des tables, des bancs.
- **Pénurie des enseignants qualifiés.** L'état actuellement recrute autour de 2100 enseignants comme fonctionnaires. Seulement 5% des fonctionnaires sont restés en poste en dehors de Bangui pendant la crise en raison de l'insécurité et de la défaillance du système de bancaire de la fonction publique. Le besoin en enseignants des écoles primaires est de 24.000 (960.000 élèves des écoles primaires dans la RCA divisé par 40 élèves par classe). Il y a 4000 enseignants parents, mais qui ne sont pas qualifiés. On estime que le secteur privé recrute autour de 3000 enseignants qualifiés. Ainsi, on peut estimer que les besoins en enseignants qualifiés est d'atour de $24.000 - 2100 - 3000 = 18.900$.
- Sur l'ensemble du territoire 61% des écoles fonctionnent grâce à l'appui des maitres parents non qualifiés. Cela entraine une forte baisse de niveau de qualité d'enseignement.
- **Les infrastructures, les équipements et les manuels scolaires sont inadéquates.** Cela est causé par la forte sous-financement des écoles ainsi que le manque des moyens de ménages pour payer les redevances scolaires.

- **Manque des incitations et de motivation pour les enseignants de travailler dans l'intérieur du pays.** Cela est lié aux problèmes du système bancaire pour les enseignants d'avoir accès à leur salaire, au manque de logements et en de l'état vétuste des écoles.
- **La pauvreté des ménages.** Cela engendre des problèmes comme le travail des enfants, le manque de moyens pour contribuer à la scolarisation des enfants.
- **Problèmes avec les groupes minorités.** Notamment les pygmées et les peuls.

7.3.4 Le financement basé sur les résultats dans le secteur d'éducation

Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) dans le secteur de l'éducation en RDC, Burundi et la RCA a été introduit depuis 2008. Les prestataires de services tels que les écoles sont payés sur la base des résultats output et de la qualité vérifiés et validés. Les prestataires de service sont autonomes dans la manière dont ils dépensent les fonds pour atteindre leurs propres objectifs définis par l'État.

Le FBR est une approche qui renforce les systèmes en équilibrant les pouvoirs (séparation des fonctions). Il établit un lien direct entre la performance et le paiement. L'approche FBR travaille avec les institutions et structures existantes des acteurs locaux et favorise la construction de systèmes publics résilients et durables, aussi dans des contextes complexes et instables.

Les objectifs généraux du FBR sont :

- Augmenter la *contribution financière* de l'État et opérationnaliser le FBR comme politique nationale et augmenter les ressources des écoles pour qu'elles puissent améliorer leur fonctionnement et leurs performances ;
- *Autonomiser et responsabiliser les écoles* dans la gestion efficace de leurs ressources (financières, humaines, matérielles) ;
- *Augmenter la transparence budgétaire* pour une meilleure gestion des ressources mises à disposition des écoles et pour plus d'efficacité à travers l'utilisation de l'outil indices ;
- Donner des *outils* (revalorisation du conseil d'école, préparation du plan de business, plan d'action, budget simplifié) et améliorer l'assiduité des élèves et des enseignants et des taux de présence des enseignants et des élèves répond à la problématique centrale du temps d'apprentissage ;
- Améliorer des *conditions matérielles d'apprentissage* : à travers 3 facteurs clé (possession des guides du maître, possession par les élèves du matériel minimum, places assises), il s'agit de voir si une meilleure utilisation du budget permet aux APE d'orienter leurs dépenses sur des achats ciblés susceptibles de transformer les conditions d'apprentissage des élèves ;
- Améliorer le suivi pédagogique par l'administration : une attention particulière au suivi pédagogique assuré par le directeur et renforcé par les inspecteurs ;

7.3.5 Le financement basé sur les résultats dans le secteur d'éducation en RCA

En République Centrafricaine, le Financement Basé sur les Résultats (FBR) est mise en œuvre par l'ONG Cordaid depuis 2011 dans trois zones. Pour des raisons d'absence de financement, les zones sud-est et centre-sud ont été délaissées depuis 2017. A ce jour, le FBP est en cours dans la Nana-Mambéré dans 85 écoles sous contrat avec Cordaid.

7.3.6 Scan de faisabilité- programme FBR éducation en RCA

Pour un montage efficace du programme FBP éducation en république Centrafricaine, les experts FBP devront s'atteler aux éléments suivants pour clarifier les objectifs de l'intervention et déterminer la faisabilité du programme.

Les 23 critères de pureté standards d'un programme FBP.	Points dispo	Commentaires et appréciations pour le lancement du programmes FBP Éducation – Cas de la RCA	Points donnés
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	Le montage de ce projet nécessitera des échanges avec les autorités du ministère de l'éducation pour atteindre le budget nécessaire en termes de budget qui est de 100 \$ / an.	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	Le programme FBP Cordaid dispose d'une garantie de financement à 100% du budget par un bailleur de fonds privé. L'état ayant déjà fait du FBP sa politique nationale en Éducation, le programme dispose aussi des ressources nécessaires pour le plaider auprès du gouvernement afin de réorienter les prochains financements vers l'approche FBP.	0
3. La Cellule Technique Nationale FBP Éducation est intégrée dans le Ministère de l'Éducation à un niveau suffisamment élevé qui le permet de coordonner toutes les activités du MEN avec les Directions et Programmes.	2	La Cellule Technique Nationale FBP Éducation existe et est intégrée au niveau du ministère de l'éducation Nationale. Son niveau d'intégration est acceptable mais, la mise en œuvre du nouveau programme devra renforcer la légitimité du FBP dans l'agenda du <u>Ministre de l'Éducation Nationale</u>	2
4. Les Directions et Programmes du MEN sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité	2	Le Programme n'étant pas encore à l'échelle Nationale, seules les inspections concernées à l'échelle de la mise en œuvre du programme sont sous contrats de performance. La mise sous contrats des départements se fera au rythme du développement du programme sur le territoire national.	2
5. Le PMA (Paquet Minimum d'Activité) et le PCA (Paquet complémentaire d'Activité) disposent d'au moins 25 indicateurs output et pour lesquels les écoles reçoivent des subsides.	2	Les indicateurs Éducation sont établis selon les exigences du secteur les subsides sont payés en conséquence	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	A voir et reformuler selon le secteur Éducation	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	A voir et reformuler selon le secteur Éducation	2
8. Le programme FBP a un comité de validation de circonscription qui réunit le régulateur des circonscriptions, l'ACV et un ou plusieurs représentants des écoles pour la validation des factures	2	OUI	2
9. Le programme inclut une étude de base des Ecoles (Etat des lieux) et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	Oui- Un état des lieux est mené au lancement du programme	2
10. Les recettes du recouvrement des 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	OUI	2
11. Les gestionnaires des écoles ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	OUI	2
12. Les écoles utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	OUI	2
13. Les écoles utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel elles analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides FBP.	2	Cet aspect devra être renforcé	0
14. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	OUI	2

Les 23 critères de pureté standards d'un programme FBP.	Points dispo	Commentaires et appréciations pour le lancement du programmes FBP Éducation – Cas de la RCA	Points donnés
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	OUI	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	OUI à leur niveau avec les maitres parents	2
17. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de l'éducation, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification scolaire et communautaire.	2	OUI	2
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	Cordaid étant le bailleur/ou représentant de bailleurs de fonds – joue le rôle d'ACV et endosse aussi la fonction paiement. Il est tout à fait possible de changer une fois que le gouvernement s'approprie du financement	2
19. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement	2	OUI	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	OUI	2
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	OUI	2
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des écoles.	2	OUI	2
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	OUI	2
TOTAL	50		44 = 88%

7.3.7 Recommandations FBR éducation en RCA

- Faire le plaidoyer pour la mise en échelle de FBR dans le secteur d'éducation en associant les partenaires techniques et financiers ;
- Évaluer les lignes budgétaires FBR dans la Loi de Finances et proposer des mesures d'accompagnement pour transformer les lignes input en lignes en FBR ;
- Analyser les besoin financières pour des zones FBR (subsides FBR, salaires de l'État, contributions des parents) ;
- Faire une revue du système FBR d'éducation en RCA, si possible, en associant la Banque mondiale.

7.3.8 Plan d'action

Objectif General : Améliorer l'accès et la qualité de l'éducation en République centrafricaine à travers l'approche de Financement basé sur les Résultats (FBR) comme politique nationale.

Objectifs	Activités	Responsable	Lancement	Clôture	Évidence
Produire et disséminer les outils à la mise en œuvre du FBR	Identifier et contracter un consultant externe (expert FBR) pour l'accompagnement du processus.	CORDAID - Secteur Éducation	08/07/2019	22/07/2019	Contrat signé entre Cordaid et le consultant
	Évaluer la cellule technique nationale FBR Éducation et la stratégie FBR existante	Activité	05/08/2019	12/08/2019	Rapport d'évaluation disponible incluant les recommandations
	Développer un manuel PBF Éducation et tous les autres outils nécessaires	Consultant / CTN / Cordaid	13/08/2019	03/09/2019	Drafts de manuel et outils disponibles

	Organiser un atelier de pré-validation des documents avec les autorités de l'éducation	Cordaid / Consultant / CTN / IA / Partenaires	05/09/2019	07/09/2019	Rapport de l'atelier manuel et outils amendés disponibles
	Organiser un atelier de validation des documents avec les autorités de l'éducation	Cordaid / Consultant / CTN / Partenaires	12/09/2019	12/09/2019	Rapport de l'atelier Manuel et outils validés disponibles
	Disséminer le manuel et les outils PBF au niveau des différents acteurs du système	Cordaid / Ministère de l'Éducation	16/09/2019	31/10/2019	Manuel et outils sont produits et disséminés
Sensibiliser les autorités politiques et administratives pour une meilleure appropriation de l'approche FBR	Formation des cadres du ministère (CTN, IA, et autres acteurs sur les outils FBR	Cordaid/Ministère de l'Éducation	01/10/2019	04/10/2019	Rapport de formation, y compris la liste de présence des participants
	Organiser un atelier sur le PBF avec les autres acteurs nationaux et internationaux de l'Éducation.	Cordaid/Ministère de l'Éducation	16/10/2019	16/10/2019	Rapport d'atelier, y compris la liste de présence
Intégrer le FBR dans le plan de relèvement et de consolidation de la paix en RCA (pilier 2)	Plaidoyer pour l'intégration du FBR dans le plan stratégique du Ministère de l'éducation Nationale	Cordaid/CTN	Janv-20		

7.4 Cameroun Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala

Dr. Inna RAKYA Gynécologue obstétricienne

7.4.1 Contexte

La réforme PBF est devenue politique de santé nationale en 2017 et vers fin 2018, la couverture PBF au Cameroun a atteint 78% de la population. Le pays s'est engagé également sur le chemin de la CSU et des Objectifs de Développement Durables 2015-2030.

L'Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Douala est un hôpital tertiaire de première catégorie, au sommet de la pyramide sanitaire. L'hôpital est dédié à la mère et à l'enfant. Le personnel est constitué approximativement de 400 agents médicaux, paramédicaux et administratifs. Les principales missions d'HGPEP sont : a. Soins gynécologiques, obstétricaux et pédiatriques ; b. Formation et encadrement des étudiants cycles de médecine générale et de spécialisation, de nursing, et des biomédicaux ; c. Recherche et ; d. Promotion de la coopération en matière de santé.

Il est doté de l'autonomie de gestion relative et dispose d'un agent comptable et d'un contrôleur financier du Ministère des Finances. Les ressources de l'hôpital sont constituées d'une subvention de l'État et des recettes propres générées par le recouvrement des coûts.

7.4.2 Analyse du problème

La mise à disposition de la subvention se fait souvent avec du retard. L'hôpital paie donc la plupart du temps ses dépenses sur fonds propres, ce qui perturbe son bon fonctionnement. Le personnel contractuel représente environ 75% du personnel, le reste étant constitué de fonctionnaires (masse salariale élevée).

7.4.3 Est-ce que les problèmes peuvent être résolus avec le PBF?

Le mode d'allocation de la subvention de l'État peut être amélioré par l'approche PBF. Les intrants acquis en temps opportun permettront l'amélioration de la qualité des services et partant de la une augmentation des recettes. Les bénéfices ainsi acquis seront redistribués à

l'ensemble du personnel sous forme de prime de performance ce qui va le motiver et améliorer d'avantage la qualité des soins. L'approche PBF permettra également une meilleure implication du personnel dans la gestion de l'hôpital.

Score de faisabilité : 42/50, soit un taux de 92%.

Critères de pureté PBF	Points donnés
4. Les Directions des programmes du MS sont mises sous contrat de performance avec des indicateurs standards outputs et de qualité	0
7. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	0

7.4.4 Recommandations au Directeur General

- Plaidoyer auprès du directeur général de l'hôpital, en vue de la mise en place du PBF
- Formation du personnel sur le PBF.
- Plaidoyer pour la mise sous contrat de performance progressive des différents services de l'hôpital en commençant par le service de gynécologie
- S'inspirer de la mise en œuvre du PBF à l'hôpital Gynéco obstétrique de Yaoundé, c'est à dire avec fonds propres avec l'aide de l'ACV local et la CTN
- Formation du contrôleur financier et personnel au PBF.

7.5 Côte d'ivoire

EHUI Koua Augustin

7.5.1 Contexte

La Côte d'Ivoire a adopté le PBF depuis 2016 avec 19 districts sanitaires sur 86 pour la phase pilote. Le programme devrait atteindre 50 districts en 2019 ; 73 districts en 2020 et ; 86 en 2021. Dès l'entame du programme PBF en Côte d'Ivoire en 2016, les différentes composantes clé ont été progressivement mises en place à savoir: a. Les organes de régulation ; b. Les agences de contractualisation et de vérification avec les établissements de santé et ; c. Les organes financiers pour le paiement des factures dans le cadre de l'amélioration de la performance.

Le maillon restant dans cette organisation est l'agence de *contrevérification* (entité externe au processus) qui va s'assurer le respect pour les procédures, de la qualité des résultats à tous les niveaux du système depuis le niveau communautaire jusqu'au niveau central. L'absence de cet organe de contrevérification pourrait entraîner un *risque de fraudes*, de collusions et de déclarations des résultats erronés qui mettraient à mal l'efficacité, l'efficience et la pérennité du programme PBF.

7.5.2 Présentation des capacités, qualification et expériences du consortium

La mission à réaliser s'étend sur l'ensemble des acteurs du système de santé. Elle demande également des compétences diversifiées relevant essentiellement des domaines :

- L'organisation des systèmes de santé ;
- La gestion des structures de mise en œuvre du FBP ;
- La gestion du système d'informations sanitaires, de la qualité des données et de la gestion des portails web ;
- L'organisation des enquêtes communautaires ;
- La vérification, validation et la contrevérification ;
- L'audit organisationnel, comptable et financier.

Au regard de l'importance de la mission, nous nous sommes associés à des bureaux d'études privés. Ainsi le consortium constitué possède des expériences complémentaires et synergiques :

Le bureau 1 est chef de file, a une expérience avérée en audits organisationnel, comptable et financier;

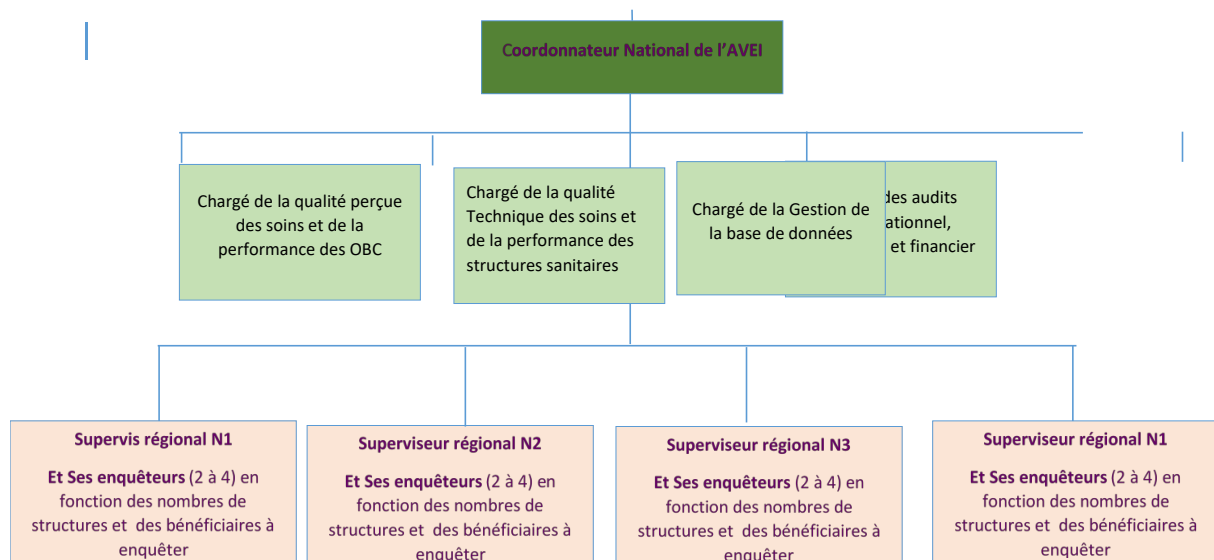
Le bureau 2 possède une grande expérience en Financement Basé sur les Résultats (expérience d'ACV), en conception et utilisation Portails web, en formation, en conseils en matière de santé et en gestion des bases de données en évaluation, en enquêtes communautaires et en organisation des systèmes de santé.

Les deux bureaux fourniront conjointement, d'une part, l'expertise requise et, d'autre part un appui logistique, financier, matériel et technique à l'équipe qui sera mobilisée dans le cadre de cette mission. La synergie et la complémentarité des deux bureaux permettront également d'assurer une bonne réalisation de la mission d'une agence de contrevérification externe et indépendante (AVEI).

7.5.3 Organigramme et personnel clé proposes

Au regard des tâches du consultant décrites dans les termes de référence le consortium propose le personnel clé ci-après pour la réalisation la mission. **Tout le personnel proposé a une longue expérience avérée en contrevérification des données FBP, en évaluation des projets de santé et en audits organisationnel, comptable et financier en témoignent les CV joints en annexe.**

Les informations actuelles à notre disposition nous ne permettent pas de déterminer l'ensemble du personnel à mobiliser dans la réalisation de cette mission (enquêteurs, superviseurs, chauffeurs, etc.). Toutefois à titre indicatif, le consortium propose l'organigramme provisoire ci-après qui serait finalisé par la suite.



7.5.4 Organisation de la mission

Équipes de contrevérification

Pour nous permettre de couvrir toutes les régions sous PBF, plusieurs équipes seront affectées dans chaque région pour réaliser les travaux de contrevérification. Chaque équipe sera conduite par un superviseur régional.

Gestion de la base de données

Compte tenu du volume d'informations à traiter dans le délai de trois mois accordé à l'agence de contrevérification pour la réalisation de cette mission une équipe chargée de la réception et de la gestion des données sera mise en place.

7.5.5 Travaux à réaliser

Les points généraux non exhaustifs à vérifier sont présentés à chaque dans les tableaux ci-dessous :

Niveau 1 : Vérification des travaux réalisés par les régulateurs ;
CTN-PBF ;

Étape	Vérificateur	Points à vérifier	Documents
Vérification des contrats	- Superviseur	- Existence physique des contrats	- Contrats
Vérification des factures émises par l'ACV	- Superviseur	- Existence de visa de la CTN-PBF sur chaque facture	- Factures ; - Bordereaux transmission ACV

Directeur Départemental ;

Étape	Vérificateur	Points à vérifier	Documents
Vérification des plans d'action	- Superviseur	- Existence des plans d'action	- Plans d'action
Vérification de la supervision des acteurs des établissements sanitaires	- Superviseur	- Existence d'un rapport après chaque mission bimestrielle	- Rapport de mission
Rapports trimestriels d'activité	- Superviseur	- Existence de rapports trimestriels d'activité ; - Transmission à la DRS	- Rapports d'activité ; - Bordereaux de transmission
Plans d'affaires semestriels	- Superviseur	- Existence plans d'affaires ; - Transmission à l'ACV	- Plans d'affaires semestriels ; - Bordereaux de transmission

Niveau 2 : Vérification des travaux de l'ACV

Étape	Vérificateur	Points à vérifier	Documents
Contrevérification quantités de prestations	- Superviseur - Vérificateur	Rapprochement : - Quantités figurant sur les rapports mensuels de l'ACV - Quantités de prestations fournies par l'établissement	- Rapports mensuels ACV - Registres de la FOSA - Factures
Contrevérification appui technique	- Superviseur - Vérificateur	- Formations fournies par l'ACV - Élaboration plan d'affaire	- Rapports / fiches de coaching ; - Listes de présence - Interview avec le personnel ; - Contrats entre ACV et FOSA
Contrevérification des enquêtes communautaires	- Superviseur - Vérificateur	- La supervision de l'enquête communautaire - L'existence d'un échantillon de patients retrouvés et validés par l'ACV	- Rapports de supervision - Les fiches d'enquête
Vérification de la participation aux réunions comités de suivi au niveau des districts sanitaires et régions sanitaires;	- Superviseur - Vérificateur	- La présence de l'ACV aux réunions	- PV de réunions ; - Liste de présence

Vérification de la participation de l'ACV à l'évaluation de la qualité de soins dans les ES	- Superviseur - Vérificateur	- La signature de l'ACV sur les PV de réunion et la liste de présence;	- PV de réunion ; - Liste de présence
Contrevérification des données du portail	- Superviseur - Vérificateur	- Rapprochement des données du portail avec les données sur les fiches	- Factures
Contrevérification des factures émises par l'ACV.	- Superviseur - Vérificateur	- Conformité des factures avec les données dans le portail; - Existence physique des éléments sur la facture.	- Factures - Données du portail - Justificatifs transmis par la FOSA (bon de commande, bordereaux de livraison,...); - Le bordereau récapitulatif de transmission à la CTN-FBP

7.5.6 Recommandations

- Le recrutement d'une agence de contrevérification externe et indépendante qui assurera la bonne qualité des données aboutissant à l'achat des performances des structures sanitaires sous PBF et le respect des procédures devrait permettre de réduire les risques de fraudes et de collusions;
- Faire suivre la formation sur le PBF aux inspecteurs financiers de l'état afin qu'ils maîtrisent les outils de gestion de ce programme;
- Associer à la mission de contrevérification les inspecteurs des finances pour réduire les coûts de contrevérification;
- Inclure dans les objectifs de cette mission de contrevérification, une évaluation du programme tel qu'appliqué actuellement pour s'assurer qu'il correspond bien à l'approche pure du PBF avec ses meilleures pratiques.

7.5.7 Plan d'actions

Nous proposons les actions suivantes à mener par le PRSSE bien que n'étant pas acteur dans l'application du programme PBF en Côte d'Ivoire.

L'objectif général est la contrevérification des données et de l'utilisation des subsides et l'évaluation de l'application du programme PBF en Côte d'Ivoire

Activité	Intervenant	Délai	Moyen
Recrutement d'une agence de contrevérification	PRSSE	Immédiat	Appel d'offre international
Formation des inspecteurs financiers	PRSSE	Immédiat	Organisme spécialisé dans le programme PBF
Participation à la mission de contrevérification	PRSSE	6 mois	Mission de contrevérification
Évaluation du système PBF de 2016 à ce jour	PRSSE	Immédiat	Expert spécialiste du PBF

7.6 Gabon

M'BIKA Camille et BEYEME-NGUEMA Nicolas

7.6.1 Contexte

Depuis 2015, le Gabon a basculé dans la budgétisation par objectifs de programmes (BOP). A travers ce mécanisme, les crédits sont désormais alloués à l'Administration sur la base des programmes annuels de performance (PAP) qu'elle soumet au Parlement. La justification des moyens ainsi alloués se fait par la présentation au parlement d'un rapport annuel de performance (RAP).

Les PAP et les RAP sont présentés par programme de politiques publiques, donnant ainsi une déclinaison annuelle de leurs axes, le niveau des moyens accordés, les consommations des crédits correspondant aux activités exécutés au titre de l'exercice budgétaire.

Dans le même sens, le Trésor Public a élaboré successivement deux plans stratégiques triennaux depuis 2014 (2014-2017 et 2018-2020). La mise en œuvre de ces deux plans a été marquée par une insuffisance de pilotage et un manque d'appropriation des objectifs et des indicateurs d'activités au niveau opérationnel.

Enfin, avec l'appui de la Banque Mondiale, le Gabon vient de s'engager dans un processus d'évaluation de la performance des agents publics. La réussite de cette démarche nécessite une meilleure définition des objectifs et des tâches assignés à chaque agent, une détermination précise des indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte des résultats et une détermination de la manière dont ses résultats peuvent être primés ou sanctionnés.

7.6.2 Analyse du problème

La mise en œuvre de la BOP, du PS ou de l'évaluation des agents publics **mettent la performance** au centre de la gestion publique. L'atteinte de ce résultat nécessite que l'Administration mette en place un **processus de pilotage** matérialisée par le suivi-évaluation des activités, en cours et en fin de période, pour s'assurer que le niveau de réalisation est compatible avec l'atteinte des cibles en termes d'objectifs et des indicateurs.

Enfin, pour mieux mobiliser les agents publics autour de la question centrale de la performance, il apparaît essentiel d'indexer progressivement leur rémunération à leur performance. Ce qui permettrait de dégager une synergie gagnant-gagnante entre l'Administration et les agents publics.

7.6.3 Le FBP comme solution

Le mécanisme de PBF apparaît comme une **réponse à la préoccupation de pilotage de la performance**. Il permet de mieux fixer et cibler les objectifs et les indicateurs spécifiques de chaque unité opérationnelle et d'en suivre mensuellement la réalisation. En outre, il permet de mieux motiver les agents sur la base de leur résultat. L'expérience mal gérée de la prime d'incitation à la performance trouverait un meilleur arrimage par ce mécanisme « **travailler plus pour gagner plus** ».

En outre, l'application du PBF induira un meilleur coût de fonctionnement et d'équipement des services, les études et l'observé sur le PBF ayant démontré en terme d'efficacité, qu'il existe un rapport de 1 à 4 entre le niveau de dépenses effectuées par le système des inputs que nous appliquons actuellement et celui des outputs lié à cette nouvelle approche.

Enfin, une plus grande responsabilisation des unités opérationnelles et une décentralisation de la gestion des moyens générera un effet multiplicateur propre à booster l'économie locale.

7.6.4 Score de faisabilité / existence des hypothèses fatales

Les 23 critères de pureté d'un programme FBP	Points donnés
1. Le budget du programme FBP n'est pas inférieur à 250,00 \$US par agent et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides des Postes Comptables (PC) et les BAQ (*).	4
2. 100% du budget FBP vient du gouvernement	2
3. La Cellule Technique Nationale FBP est intégrée dans l'organisation du Trésor Public.	2
4. Les PC sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité	2
5. Les PMA (PC ne manipulant pas le bancaire) et le PCA (PC manipulant le bancaire) disposent d'au moins 23 indicateurs output.	2
6. Le programme FBP contient l'indicateur "deux visites aux clients (usagers, autres administrations et institutions, PTF) annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux des PC du niveau 1.	2
7. Les régulateurs réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des PC.	2
8. Le programme FBP a un comité de validation qui réunit le régulateur, la CCV et un ou plusieurs représentants des PC.	2
9. Le programme inclut une étude de base des clients et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2
10. Les subsides sont versés aux PC et directement utilisés pour leurs équipements et leur fonctionnement. Les PC ont un compte bancaire.	0
11. Les chefs de PC ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4
12. Les PC utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des bonus d'amélioration de la qualité (BAQ)	2
13. Pour leur gestion financière (Recettes et Dépenses), les PC utilisent l' « Outil indices » .	2
14. La CCV signe les contrats avec les chefs des PC.	2
15. Les tarifs du recouvrement de coûts des PC sont fixés à taux zéro (0).	0
16. Les chefs des PC ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel salarié ou de demander la mutation du fonctionnaire.	2
17. Il existe une CCV disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification.	2
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de la CCV et la fonction de paiement.	2
19. La CCV accepte de promouvoir les PMA et PCA définis par l'autorité du Trésor	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 PC et du personnel qualifié	2
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat. (sans objet)	0
22. Il existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des PC.	2
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables. (sans objet)	0
Total	42/50 = 84%

Le score de faisabilité du pureté FBP est de 84%. Un problème qui peut devenir une hypothèse fatale serait la non-acceptation de l'implémentation du FBP au Trésor, d'où l'option d'un plaidoyer comme action préalable. Le FBP apparaît comme un important levier pour une gestion performante des structures publiques, en leur permettant : a. Une gestion efficiente des ressources rares pour couvrir les besoins importants d'équipement et de fonctionnement en vue de l'amélioration de la qualité de service rendu aux clients ; b. Une transparence dans la gestion ; c. Une motivation des agents dont les efforts de productivité sont récompensés par une rémunération proportionnelle et ; d. Une gestion participative du bien commun.

7.6.5 Recommandations

- Adopter le FBP comme outil de pilotage de la performance au Trésor Public du Gabon ;
- Implémenter à titre expérimentale dans une dizaine de Postes Comptables pour une période allant jusqu'à fin 2020 (correspondant à la fin du PS en cours) ;
- Mettre à l'échelle progressive du FBP dans la gestion des Postes Comptables du Trésor, à compter de l'année 2021 (correspondant au démarrage du 3ème PS triennal) ;
- Allouer un budget dédié pour financer les activités liées au PBF.

7.6.6 Plan d'action

Les activités liées à l'implémentation du FBP se dérouleront sur la période de Juillet à Octobre 2019 suivant le chronogramme ci-après :

Acteurs	Actions à mener	Moyens utilisés	Responsables	Délais
DGCPT	- Plaidoyer pour l'adoption du FBP - Mise en place de l'équipe projet (EP)	- Séance de travail - Note de service	- Équipe FBP - DGCPT	5 -15 Juillet 19
DGCPT / EP	- Mise en place du FBP à la DGCPT	- Arrêté ministériel - MEP du FBP et fixant les procédures de gestion des ressources dédiées	- MEFSN / DGCPT / EP	5 -15 Juillet 2019
MEFSN / DGCPT	- Affectation de la ressource au FBP	- Négociation interne (Trésor) et externe (Ministre)	- DGCPT	5 Juillet 2019 au 30 Sept 2019
EP	- Classification des PC par nature et par catégorie	- Note de service	- DGCPT/EP	5-15 Juillet 2019
CTN CCV PC Payeur)	- Définition des objectifs et des indicateurs spécifiques pour CTN, CCV, Payeur et PC	- Réunions de service - Supports papiers - Supports numérique - Rapport de synthèse	- EP / Chefs de PC	15-30 Juillet 2019
EP	- Synthèse des objectifs et indicateurs reçus des PC	- Séances de travail	- EP	5-9 Août 2019
CODIR	- Présentation pour adoption du rapport des objectifs et des indicateurs (qualitatifs et quantitatifs) des PC	- Séance de travail	- EP	12-14 Août 2019
EP	- Publication des objectifs et des indicateurs validés	- Note de service	- DGCPT/EP	Août 2019
EP	Mise en place des organes du FBP et recrutement des dirigeants : - Comité de pilotage (présidé par le DG, CNT, IS...) - CTN-Régulateur (coordonnateur) - CCV (Manager) - Comité de validation (Régulateur, CCV et représentants des PC) - Les prestataires : PC accrédités - Payeur : Comptable dédié	- Note de service	- DGCPT/EP	22 Août 2019
CTN	- Désignation des PC pilotes	- Note de service	- DGCPT/CTN	22 Août 19
CTN, CCV Payeur Prestataires	- Atelier de formation des acteurs FBP	- Retraite (Lambaréné)	- EP élargie aux assistants techniques	9-15 Septembre 2019
CTN CCV Payeur Prestataires	- Élaboration des manuels de procédures (administratives, techniques et financières)	- Retraite (Lambaréné)	- CTN	16-22 Septembre 2019
COPIL, CTN, CCV Payeur	- Restitution des travaux sur l'élaboration des manuels de procédures	- Réunion	- CTN	30 Septembre 2019

Acteurs	Actions à mener	Moyens utilisés	Responsables	Délais
Prestataires				
CTN, CCV Payeur PC pilotes	- Élaboration du plan d'affaires par chaque organe accrédité au FBP	- Réunions de service -	- Responsable de l'organe accrédité	1-4 Octobre 2019
CTN, CCV, Payeur, PC	- Contractualisation des PC pilotes et lancement	- Séances de travail	- CTN/CCV	7-18 octobre 19

Légende :

- *MEFSN : Ministre de l'Économie, des Finances et de la Solidarité Nationale*
- *DGCPT : Directeur Général de la Comptabilité Publique et du Trésor*
- *FBP : Financement Basé sur la Performance*
- *CTN : Cellule Technique Nationale*
- *CCV : Caisse de Contractualisation et de Vérification*
- *COFIL : Comité de Pilotage*
- *EP : Équipe Projet*
- *PC : Poste Comptable*

7.7 **Guinée Conakry**

KEITA Daman, KALISSA N'Fansoumane, DIALLO Abdoulaye et SYLLA Alpha Issiaga

7.7.1 Contexte et l'introduction du FBR au Guinée

Pour répondre aux besoins sanitaires de la population, le Ministère de la santé a expérimenté par le passé plusieurs approches visant à améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé en Guinée. Malgré ces efforts, des graves problèmes de qualité et d'efficacité persistent, qui sont au centre des préoccupations du Plan National de Développement de la Santé (PNDS) 2015-2024. Le Ministère de la Santé a identifié le Financement Basé sur les Résultats (FBR) comme une approche de réforme importante.

La première expérience pilote en Guinée avec le FBR a été mise en œuvre dans la région de Mamou lors du projet pilote 2016-2018 qui couvrait 19 structures de santé. Il était soutenu par l'ONG Health Focus, le KIT Amsterdam, HDP Rwanda, la Banque mondiale et la GIZ. Les résultats ont été encourageants avec : (i) Une augmentation substantielle du nombre de consultations curatives primaires dans les structures de santé FBR par rapport à la période correspondante ; (ii) Une augmentation significative du nombre de références et de contre-références entre les centres de santé et l'hôpital régional et ; (iii) Une amélioration considérable du score de qualité des structures de santé.

Sur la base de ces résultats et des résultats prometteurs avec le FBR dans d'autres pays le gouvernement s'achemine vers une phase pilote plus robuste dans trois régions couvrant au total environ 2 à 4 millions d'habitants. Au cours de cette phase pilote, il sera décidé dans quelle mesure le FBR deviendra la politique nationale en Guinée.

Cette volonté politique a été davantage illustrée par la présence du Ministre d'État, Ministre de la Santé le Dr Edouard Niankoye LAMA ainsi que le Secrétaire Générale du Ministère de la santé, le Dr Sékou CONDE et le Représentant de l'OMS Dr Georges Alfred KI-ZERBO à la clôture du 74ème cours FBR le 22 septembre 2018 à Coyah.

Dans les faits, il a été constaté des faiblesses dans le leadership et la gouvernance du programme PBF en Guinée. C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé a mis en place une Cellule Technique Nationale FBR (CTN-FBR) le 23 Mars 2019 qui a pour mission d'assurer la Coordination de l'ensemble des activités en lien avec le FBR à tous les niveaux

de la pyramide sanitaire en Guinée. Pour opérationnaliser cette cellule, le Ministère de la Santé a envoyé quatre (4) cadres (2 de Comité National Technique-PBF et 2 de l'Unité de Gestion du Projet de Renforcement des Services et des Capacités Sanitaires Banque mondiale) au 80ème cours International FBR à Cotonou pour un renforcement des capacités sur le Programme FBR.

7.7.2 Analyse du problème pour mettre en œuvre le FBR

- Le financement FBR pour le programme FBR financé par la Banque mondiale et la KfW est trop faible par rapport à la population cible prévue avec moins de 4 dollars par personne et par an ;
- Faiblesse de système de recouvrement de coût et financement communautaire ;
- Insuffisance de mutualisation du risque maladie.
- Les structures de santé privées ne sont pas encore intégrées dans le système de santé national et ne reçoivent pas le même soutien que les structures de santé publics ;
- L'autonomie des structures de santé publics est encore limitée en matière de gestion des ressources humaines et de tarification. Il y a le recrutement centralisé du personnel des structures de santé publics, ce qui entraîne une répartition inégale du personnel qualifié surtout dans les zones rurales ;
- Il n'y a pas une bonne séparation des fonctions, en particulier des autorités de régulation, de la prestation de services de santé, de la contractualisation, de la vérification et du paiement ;
- Le système inefficace de planification centralisé et de distribution des inputs est toujours en place et l'existence d'un monopole dans l'achat des intrants par l'État à travers la Pharmacie Centrale de Guinée au détriment des autres fournisseurs agréés ;
- Il existe plusieurs initiatives de soins de santé gratuits généralisés qui ne sont pas efficaces au lieu d'appliquer les instruments de soins de santé gratuits ciblés FBR.

7.7.3 Faisabilité du Programme FBR pur en Guinée

Le tableau ci-dessous résume le score de pureté du Programme FBR pur en Guinée.

Critères de pureté du programme	Points dispo	Points donnés	Commentaire
Le budget du programme FBR n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subventions PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	0	Le gouvernement et les PTF doivent allouer les subventions FBR à hauteur d'au moins 4 USD / habitant / an
Au moins 20% du budget FBR vient du gouvernement et le programme FBR a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	0	Faire le montage institutionnel au niveau central qui inclut le circuit de financement à travers l'État
La Cellule Technique Nationale FBR est intégrée dans le Ministère de Santé à un niveau qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes.	2	2	
Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	2	2	
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 subventions	2	2	
Le programme FBR 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	
Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants.	2	2	
Le programme FBR a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des districts, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA	2	2	
Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	2	

Critères de pureté du programme	Points dispo	Points donnés	Commentaire
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	
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.	2	0	Faire la dérogation aux lois pour autoriser les FOSA de la zone du Programme FBR à acheter librement leurs intrants dans les structures pharmaceutiques accréditées opérant en concurrence
Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2	
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 FBR.	2	2	
L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	0	Le principe du FBR recommande que l'AVC signe le contrat avec la CTN-FBR
Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0	Faire la dérogation aux lois pour autoriser les FOSA à déterminer les tarifs de recouvrement dans les zones du Programme FBR
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	Faire la dérogation pour que les FOSA de la zone duaux lois Programme FBR aient une autonomie de leurs personnels (recrutement et licenciement)
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	
Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	0	Le Ministère de la Santé doit s'assurer que les PTFs impliqués s'alignent dans le Programme FBR respectent les principes de séparations des fonctions entre les différents acteurs.
Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne).	2	2	
Le programme 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	
Les structures publiques, privées lucratives et non-lucratives ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	4	0	L'enjeu est que le régulateur devrait mieux réguler et accréditer les structures de santé du secteur privé ; La promotion du partenariat public-privé, avec une égalité de traitement entre les prestataires publics, religieux et privés
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	Gratuité ciblées
TOTAL	50	30	= 60%

Le score de scan de pureté du programme FBR donné par le groupe à la formation est de 60% (30 points atteints), ce qui signifie que le Ministère doit fournir des efforts supplémentaires pour améliorer le montage dudit programme. Ces facteurs peuvent entraîner l'échec du programme en Guinée comme a aussi été démontré dans d'autres pays comme notamment le Bénin qui avait également un faible montage du programme FBR avec un score de faisabilité d'en dessous de 50%. Cependant le PBF peut être la solution pour résoudre les problèmes indiqués ci-haut si le montage devient plus « pur ».

7.7.4 Problèmes principaux

- La non-séparation des fonctions entre la CTN-PBF, l'AVC et les Projets Banque Mondiale et la KfW ;
- Le manque d'autonomie de gestion des formations sanitaires à dépenser dans la subvention selon leur besoin réel ;
- Le non prise en charge des besoins des structures privées dans le fonctionnement du système national de santé.

7.7.5 Recommandations

- Changer le paradigme « input » qui signifie l'achat centralisé des intrants par celui du paradigme « outputs » ou « performance » ;
- Faire que l'ensemble du budget PBF est égal ou supérieur à USD 4 par habitant et par an. Cela signifie que la CTN doit mener des négociations pour que le gouvernement, la Banque mondiale et le KfW augmente le budget FBR pour les districts pilotes ;
- Injecter au moins 70% du budget public disponible du gouvernement et des partenaires directement dans les structures décentralisées (les CS, les hôpitaux et les communautés) ;
- Intégrer et accompagner le secteur privé dans le système de santé (l'État devrait mieux réguler et accréditer les structures de santé du secteur privé) ;
- Accorder l'autonomie de gestion (faire la dérogation pour l'exécution des dépenses à la source) aux structures sanitaires pour l'achat des intrants, la gestion des ressources humaines et la tarification.

Ces préalables du FBR nécessitent des dérogations vis-à-vis de certains textes pour les zones FBR favorisant l'exécution des dépenses à la source.

7.7.6 Plan d'Action

QUOI	COMMENT	QUI	QUAND
1. Faire la restitution de la formation du FBR au conseil de cabinet et à la réunion de cabinet	Atelier	CNT-FBR Conakry (MS)	9 Juil. 2019
2. Élaborer à l'intention du Ministre un document de plaidoyer à l'adresse du gouvernement	Élaboration d'un document	SG MS Conakry	16 Juil. 2019
3. Faire la restitution de la formation du FBR au conseil de cabinet et à la réunion de cabinet	Atelier	CNT-FBR Conakry (MS)	9 Juil. 2019
4. Élaborer à l'intention du Ministre un document de plaidoyer à l'adresse du gouvernement	Élaboration d'un document	SG MS Conakry	16 Juil. 2019
5. Intégrer le FBR dans l'agenda du prochain Comité Technique de Coordination (CTC)	Présentation et Débat sur le FBR	SG MS Conakry	Juil. 2019
6. Finaliser le Manuel de Procédure Unique FBR en Guinée	Atelier pour discuter le FBR	CTN-FBR Coyah	06 au 11 Juillet 19
7. Assurer la diffusion du Manuel de Procédure Unique FBR validé	Reprographie	CTN-FBR (DRS, DPS, FOSA, ACV, PTFs)	15 Août 2019
8. Mettre en place le Comité de Pilotage Unique FBR	Acte de Nomination des Membres du Comité Unique	Secrétaire Général MS	16 Juillet 2019
9. Élaborer la liste nationale des indicateurs FBR	Atelier	Bureau Stratégie Développement Coyah	06 au 11 Juillet 2019
10. Élaborer le projet de politique nationale de contractualisation en santé (Contrat de Performance)	Consultation	CTN-FBR Conakry	27 Août 2019

11. Organiser 1 formation des cadres du MS (services centraux) et des Ministères partenaires (Économie et Finance, MATD, ASPFE, Éducation etc..) sur le FBR	Atelier	CTN-FBR Coyah	2 au 8 Sept 2019
12. Organiser 3 sessions de formation sur FBR regroupant les ECR ECD, prestataires et autres parties (Économie et Finance, MATD, ASPFE etc..) des régions ciblées (Boké, Kankan et Kindia) par le programme FBR pendant 7 jours	Atelier	CTN-FBR Boké Kankan Kindia	Du 16 au 22 Sept 2019
13. Recruter 3 ACV dans les zones ciblées par les Projet PRSCS et KFW	Identification des possibilités locales	CTN-FBR Conakry	Du 9 au 15 Septembre
14. Organiser un cours international PBF	Atelier	CTN-FBR Conakry	Septembre 2019

7.8 Madagascar

RAKOTONDRAZAY Tina Sheila Michèle, RASAMIMANANA Heriniaina Honoré

7.8.1 Contexte et le système de santé

Madagascar est la plus grande île de l'Océan Indien, avec une superficie de 587.295 km². Localisée au Sud-Est de l'Afrique, elle est séparée de l'Afrique par le canal de Mozambique. Elle a une population de 24.576.592 habitants et constituée de 18 ethnies parlant toutes le malagasy. Madagascar a un important potentiel de développement comme l'agriculture et les ressources naturelles (minière, aquatique, tourisme). Sur le plan administratif, le pays est partagée en 22 régions, 119 districts, 1.693 communes administratives avec 18.251 Fokontany qui sont constitués de 60% de zones enclavées et inaccessibles, surtout pendant la saison des pluies.

Le système de santé a 3 échelons: 1er: Agent Communautaire et Agent de Santé en stratégie avancée, CSB (PMA) ; 2ième Centre Hospitalier de Référence du District (PCA) ; 3ième Centre Hospitalier de Référence Régional, Centre Hospitalier Universitaire. Les indicateurs de santé sont les suivants :

- Le nombre des décès maternels pour 100 000 naissances vivantes est de 478 ;
- Le nombre de décès infantile pour 1000 naissances vivantes est de 59 ;
- Le taux de prévalence contraceptive moderne de 29% et bas avec un indice synthétique de fécondité élevé de 4.8 ;
- Le taux d'accouchement assistés est de 24,3% ;
- Le taux de couverture vaccinale enfants de 0 à 11 mois est 90% pour le DTC3 HepB3 Hib3 mais avec des disparités régionales allant jusqu'à 52 % ;
- Le taux d'utilisation services de santé au niveau CSB n'est que de 33% ;
- Le taux de consultation prénatale est de 51% ;
- La proportion des ménages avec moustiquaires imprégnés d'insecticides durables est de 57%.

7.8.2 État de mise en œuvre du FBP

Sur base de résultats positifs de la phase d'expérimentation du FBP en 2014, le Ministère de la Santé Publique, avec l'appui financier de la Banque Mondiale, a décidé de mettre à l'échelle l'approche FBP dans trois régions avec six districts sanitaires de 2019 à 2022. Le lancement officiel de la stratégie FBP s'est déroulé le 19 avril 2019 et le début du financement au niveau des structures le 1er avril 2019. La première vérification quantité au niveau des formations sanitaires: prévue se tenir mi – juillet 2019.

L'appui technique, en équipements de base, en ressources humaines et en intrants pour la région Vatovavy Fitovinany est par l'USAID.

REGIONS / Districts	Population	Nombre de CSB	Hôpital de référence
VAKINANKARATRA			
▪ Ambatolampy	293 559	24	CHRD
▪ Betafo	317 816	25	CHRD
VATOVAVY FITOVINANY			
▪ Ikongo	325 622	26	CHRD
▪ Vohipeno	174 577	24	CHRD
BONGOLAVA			
▪ Tsiroanomandidy	374 286	30	CHRR
▪ Fenoarivobe	170 008	13	CHRD
TOTAL	1 655 868	142	6

7.8.3 Activités FBP en cours actuellement

- Formation des vérificateurs quantité puis des vérificateurs communautaires ;
- Recrutement d'une firme spécialisée pour la conception et la mise en place du portail FBP ;
- Acquisition des matériels pour les acteurs impliqués dans le FBP ;
- Séances d'information des autorités politico-administratives religieuses et traditionnelles sur le FBP au niveau de chaque CSB ;
- Mise en place des Organisations de Contractualisation et de Vérification ;
- Recrutement des ASLO au niveau des districts ;
- Réflexion sur l'articulation CSU/FBP ;
- Concertation avec l'équipe de mise en place de la plateforme communautaire sur le volet communautaire du FBP.

7.8.4 Score de faisabilité

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Actions à mener
1. Le budget du programme PBF n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	0	=> Plaidoyer au niveau de gouvernement et au niveau de la Banque Mondiale
2. Au moins 20% du budget PBF vient du gouvernement et le programme PBF a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	0	=> Plaidoyer au niveau de gouvernement
3. La Cellule Technique Nationale PBF 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 outputs et de la qualité	2	0	=> Plaidoyer à la BM
5. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	0	=> Intégrer d'autres indicateurs à part les 17 indicateurs au niveau CSB et les 16 indicateurs au niveau CHRD.
6. Le programme PBF contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	0	=> Inclure cet indicateur dans le FBP.
7. Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants.	2	2	
8. Le programme PBF a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des districts, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA	2	2	

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Actions à mener
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	=> Inclure dans le manuel FBP
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	2	
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	0	=> Demande de dérogation spéciale émanant du Ministère
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2	
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides PBF.	2	2	
14. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	2	
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0	=> A négocier avec les dirigeants du MSANP
16. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	2	2	
17. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.	2	2	
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2	
19. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne).	2	2	
20. Les ACV ont des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures	2	2	
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	2	
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	2	
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2	
TOTAL :	50	30 = 60%	

Score de faisabilité : 30 points sur 50, soit **60%**

7.8.5 Recommandations

- *Le budget est inférieur à 4 USD => 7 000 000 USD / 1 655 868 population / 4 ans = USD 1,05 par personne par an*
=> Plaidoyer au niveau du gouvernement et de la Banque Mondiale afin d'augmenter le fonds alloué pour le FBP, car le 1 USD/ personne/ an est très loin des 4USD/ personne/an.
- *Monopole pour l'achat des intrants.* Les gestionnaires des structures n'ont pas le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur. En cas de rupture de stock des intrants, le Centre de Santé ne peut s'approvisionner qu'au niveau du Central d'achat.

=> Prévoir une dérogation spéciale pour que les Centres de Santé sous FBP puissent s'approvisionner en intrants chez d'autres fournisseurs autres que le Central d'achat, par le biais d'un Arrêté ministériel.

- Réviser le manuel FBP en s'inspirant des manuels de RDC, Cameroun et le cours FBP Cotonou.

7.8.6 Plan d'action Madagascar

Activités	Sous activités	Période	Responsables
Faire un plaidoyer auprès du Ministère de la Santé Publique et la Banque Mondiale pour augmenter le budget FBP	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer un document de plaidoyer - Présenter ce document à Mr Ministre /SG - Discuter avec la Banque 	Juillet 2019	CCTN CCTN Ministre, SG , AT/SG et CCTN
Prévoir une dérogation spéciale pour émettre un Arrêté Ministériel portant sur la possibilité des centres de santé sous FBP de s'approvisionner en intrants chez autre que le central d'achat	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser une réunion entre Mr Le SG et CCTN - Rédiger l'Arrêté Ministériel - Faire signer l'Arrêté à Monsieur le Ministre de la Santé - Diffuser l'Arrêté aux entités concernées 	Juillet 2019 Août 2019	SG, DGMP, CCTN, SLRC CCTN, SLRC Ministre SG
Réviser le manuel FBP de Madagascar	<p>Consulter le manuel des autres pays comme Cameroun, RDC et réviser le manuel du FBP de Madagascar et y intégrer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts. - Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès. - 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. - Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité - Au moins 20% du budget PBF vient du gouvernement et le programme PBF a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs. 	Août 2019	CCTN CCTN

7.9 Mauritanie

Brahim DIOP, Deyah Sidi Sid EL MOCTAR, Amadou Adama BA, Ahmed Mohamed BOUDAHY, MOULAYE ABDELMOUMINE MOULAYE D'KHIL Lalla MOULATY, Issa MOHAMED ABD ALWALY, M'KHAITIR Moctar, Youssef LIMAM, Mohamed Taleb SIDI, Aly Med LAMINE TRAORE, Mohamed Hama Ne Taleb BOUBACAR et Cheikh Mohamed El MOCKHTAR El Fagha

7.9.1 Contexte général et de la santé

La Mauritanie est un pays désertique situé à l'extrême ouest de l'Afrique d'une superficie de 1.037.000 km², la population est estimée à 3.5 million selon les résultats du dernier recensement général des populations et de l'habitat (RGPH 2013). Sur le plan économique, le pays dispose d'abondantes ressources naturelles (minerais, or, poisson, pétrole, gaz).

Le système de santé en Mauritanie 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) ;
- Le niveau secondaire ou intermédiaire comprenant deux types d'hôpitaux au niveau des capitales régionales ou de Moughataa : les centres hospitaliers (12) et les hôpitaux de Moughataa (3) ;
- Le niveau tertiaire (hôpitaux nationaux).

7.9.2 Faiblesses générales du système de santé

L'offre de services de santé publique en Mauritanie est inégalement répartie et peu efficient. Les allocations principalement « input » ne sont pas orientées sur les résultats. 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. Les plans d'action ne sont pas respectés puisque le budget est soumis à des orientations politiques. En résumé, les investissements dans la santé ne reflètent pas les résultats escomptés : la mortalité maternelle et la mortalité infanto-juvénile restent élevées.

7.9.3 Le FBR en Mauritanie

En septembre 2016, le gouvernement mauritanien a adopté la stratégie nationale FBR au conseil des ministres. Cette stratégie prévoit la mise en place d'un projet pilote de renforcement du système FBR « INAYA » était en janvier 2019 pour couvrir une population de 620.000 habitants.

7.9.4 Les point forts du FBR

Au niveau national on constate des point forts suivants après 6 mois d'exécution

- Existence du zone pilote FBR dans deux régions et prévision d'extension du PBF en 2020 à la wilaya du Hodh Echarqui.
- Nette amélioration des indicateurs de quantité et de qualité ;
- Impressions positive et encourageante des acteurs sur le terrain par rapport à l'introduction du PBF ;
- Paiements de subsides réalisés dans le temps ;
- Existence de contrats avec quelques directions centrales (DMH, DAF).

Au niveau opérationnel on constate des point forts suivants :

- Des *plans de business* établi au niveau des structures ;
- *Meilleure organisation de travail* : planning des activités, horaire de garde respecté, tenue vestimentaire améliorée ;
- *Hygiène* : Triage des déchets par achat des poubelles pour les salles, la cour ; cour propre, toilette en bon état.
- *Outils de SNIS mises en place* : registres, fiche de suivi, protocole national, fiche de stock des intrants ...
- *Équipements médicaux* : Achat des tables d'accouchement, boîtes d'accouchement ;
- **Réhabilitation** : Changement de peinture, extension de laboratoire, clôture renforcée ;
- *Cours FBP international de Cotonou (Benin)* : Participation des équipes régionales de vérification, des médecins chef de Moughataa et un cadre du niveau régional des deux régions de la zone pilote.

7.9.5 Points faibles du système FBR

General

- Persistance de monopole de CAMEC et qui aboutit aux fréquentes ruptures de médicaments due au monopole des médicaments par la CAMEC.
- Absence de mise en œuvre des Bonus d'Amélioration de Qualité ;
- Insuffisance et l'instabilité des Ressources Humaines aussi suite à l'instabilité du personnel à cause des affectations non désirées et difficultés d'acquiescer les fonds pour exécuter le plan d'action de la DMH.
- Centralisation des recettes des hôpitaux au niveau du trésor public qui devrait être effective cette année. Cela est une menace pour le projet à laquelle il faut pallier des maintenant.

Niveau central

- Absence de contractualisation avec l'inspection générale de la santé (IGS) et les directions clés dans le projet (DLM, DSNB, DPCIS) et l'absence d'intégration du personnel recruté dans l'outil d'indice de la DAF.
- Les consultants locaux ne sont pas intégrés dans l'outil d'indice des primes ;
- Problématique de la gestion des personnes affectées ou nommées par décret et qui semble inadéquat ;
- Absence de l'intégration des indicateurs en lien avec la surveillance épidémiologique ;
- Charge administrative élevée à 50% (cf rapport Soeters mars 2019) ;
- Incomplétude de la Cartographie sanitaire par aires de santé qui aboutit par exemple à une forte population cible de l'aire de santé de la Moughataa de Sélibaby (36 000 Hbts) ;
- Absence de contractualisation avec les structures privées dans la zone pilote PBF.
- Absence de formation des infirmiers chef de poste (ICP), des équipes cadre de la Moughataa et de la DRAS ;
- Non-implication des ONG internationales et locales (ACF, MDM) au niveau des régions ;
- Absence de prise en charge des vulnérables ;
- Absence des formations des médecins chef sur la gestion des ressources humaines ; bureautique et l'informatique ;
- Absence de prise en charge des vulnérables.

7.9.6 Score de faisabilité

Le montage PBF Mauritanie a actuellement un score de faisabilité de 60%, selon les critères de pureté PBF. Les 40% restants sont disposés comme suit :

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés
1. Le budget du programme PBF n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	4
2. Au moins 20% du budget PBF vient du gouvernement et le programme PBF a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	2
3. La Cellule Technique Nationale PBF 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	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 PBF contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	2

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés
7. Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants.	2	0
8. Le programme PBF a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des district, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA	2	0
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	2
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	2
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	0
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides PBF.	2	2
14. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	0
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	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
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 et 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 y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	0
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2
TOTAL	50	30

7.9.7 Recommandations

- Appui et suivi de la mise en œuvre du plan d'action du 80ème cours PBF de juin 2019.
- Organisation d'un atelier de plaidoyer et de formation des acteurs principaux de la mise en œuvre de la stratégie FBR en Mauritanie.
- Revoir le montage du FBR et le manuel de procédures en Mauritanie pour répondre à une pureté PBF d'au moins 80% y compris le guide normatif de l'offre de services ;
- Faire un plaidoyer auprès du ministère des finances pour développer une circulaire pour une dérogation de l'utilisation manuel FBR dans la zone pilote qui allège aussi les procédures de recrutement interne
- Établir des contrats avec les directions centrales et inspection générale de santé
- Appliquer l'outil d'indice des directions contractualisées en prenant en compte des personnes recrutées.
- Revoir le mode d'acquisition des médicaments au niveau des FOSA (révision du monopole de la CAMEC dans la zone pilote).
- Inclure les structures privées dans la contractualisation ;
- Renforcer l'autonomie de gestion du personnel au niveau des FOSA
- Organiser des ateliers de formation au niveau régional ;
- Affecter des locaux pour les ECM de la Zone pilote ;
- Intégration du PBF dans le secteur éducatif de la zone pilote.
- Préparation de la mise à l'échelle du PBF en Mauritanie.

- Prise en compte du PBF urgence en cas d'extension à la wilaya du Hodh Echarqui (présence de réfugiés).

7.9.8 Plan d'action niveau central

Problèmes (quoi)	ACTIVITES (comment)	Niveau (où)	Responsable (qui)	Délai (quand)
Contradiction des procédures de gestion de la comptabilité publique avec le manuel de procédures FBR.	Faire un plaidoyer auprès du ministère des finances pour instruire une circulaire pour des dérogations de l'utilisation du manuel FBR dans la zone pilote.	MINISTRE	UT FBR	30 Août 2019
Charge administrative élevée à 50%, inputs à 30% des 50% restant.	Revoir le montage du FBR et le manuel de procédures en Mauritanie pour répondre à une pureté PBF d'au moins 80%	Secrétariat général	UT Projet INAYA	15 septembre 2019
Pas de contractualisation avec l'inspection générale de la santé (IGS) et les directions DLM, DSBN, DPCIS).	Établir des contrats avec les directions centrales et inspection générale de santé	Secrétariat Général	UT Projet INAYA	Septembre 2019
Le découpage sanitaire est calqué sur le découpage administratif au lieu de la population cible	Adopter le nouveau guide normatif de l'offre de services	Ministre Parlement	DPCIS DSBN DMH	Août 2019
Absence d'intégration du personnel recruté dans l'outil d'indice.	Réviser l'outil d'indice des directions contractualisées en prenant en compte des personnes recrutées.	Secrétariat Général	UT Projet INAYA	Septembre 2019
Fréquence des ruptures de médicaments due au monopole de la CAMEC.	Revoir le mode d'acquisition des médicaments auprès plusieurs distributeurs opérant en concurrence	MINISTRE	UT Projet INAYA	30 Août 2019
Pas de contractualisation avec les structures privées dans la zone pilote PBF.	Introduire le PBF au niveau des structures privées.	Secrétariat Général	UT Projet INAYA	15 septembre 2019

7.9.9 Plan d'action niveau périphérique

Problèmes (quoi)	ACTIVITES (comment)	Niveau (où)	Responsable (qui)	Délai (quand)
Absence de mise en œuvre du plan de business : BAQ	Révision des intitulés du plan d'action du projet INAYA	Secrétariat général	UT Projet INAYA	15 sept 2019
Insuffisance du personnel	Alléger les procédures de recrutement interne	Secrétariat général	DRH	Septembre 2019
Instabilité du personnel	Renforcer l'autonomie de gestion du personnel au niveau des FOSA	Wali Secrét Général	DRAS/MC/ FOSA	Août 2019
Absence de formation des autres éléments des équipes cadres et les ICP (FBR, Informatique, Gestion des ressources)	Organiser des ateliers de formation au niveau régional	Secrétariat général DRAS	INAYA/ DRAS/ MC	Août 2019
Problème de local des ECM	Affecter des locaux pour les ECM de la Zone pilote	Wali Secrétariat général	UTC	Décembre 2019
Absence de la prise en charge des vulnérables	Mobiliser des ressources pour la prise en charge des vulnérables	UT Autres intervenants	UT	Août 2019

7.10 République Démocratique du Congo

7.10.1 Contexte

Créée en 1960 par les Évêques de la Conférence Épiscopale Nationale du Congo (CENCO), la Caritas Congo est un instrument technique chargé du social de l'Église Catholique en République Démocratique du Congo. Au plan organisationnel, Caritas Congo comprend une coordination nationale, 47 bureaux diocésains, 1.500 Caritas paroissiales et plus de 10.000 cellules de base. Caritas Congo œuvrent dans les domaines de la santé, des urgences et du développement durable et contribue aux efforts du gouvernement dans la poursuite de l'Objectif de Développement Durable. Elle est un partenaire du Ministère de la Santé Publique et détient près de 40% de l'offre des services de santé en RDC avec 152 hôpitaux généraux de référence, 128 centres hospitaliers, 149 centres de santé de référence, 1062 centres de santé, 50 instituts techniques médicaux, 14 dépôts pharmaceutiques dont certains jouent le rôle de Centrale de Distribution Régionale (CDR).

La capillarité de la Caritas Congo à travers toute l'étendue de la RDC permet la circulation de l'information, ce qui justifie le fait que le gouvernement congolais et certains partenaires utilisent Caritas comme *agence payeur* pour les enseignants, et les prestataires de santé. Caritas Congo exprime sa volonté de jouer un rôle dans la mise en œuvre du PBF en RDC. La RDC a déjà expérimenté le PBF avec plusieurs partenaires comme actuellement le financement du gouvernement, de la Banque Mondiale, Fonds mondial, Unicef, GAVI et l'UNFPA qui couvrent un tiers du pays et depuis 2017, la RDC a permis un passage à l'échelle du PBF dans 153 ZS réparties dans 11 provinces.

7.10.2 Score de faisabilité

	Les 4 sur 23 critères qui ne sont pas pur du programme FBP de la RCD	Points	Score
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
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
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
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
	Total	50	38=76%

7.10.3 Problématique liée au PBF

- Le budget PBF par habitant par an n'atteint pas 4\$;
- La contribution du gouvernement pour le PBF est inférieure à 20%
- Les gestionnaires des structures n'ont pas le droit de décider où acheter leurs intrants auprès des distributeurs de qualité opérant en concurrence car les CDR continuent à garder le monopole et ce qui est soutenue par certains PTF (Fonds Mondial, Unicef) ;
- Les reformes de la fonction publique pour la rationalisation des ressources humaines n'a pas encore abouti et les gestionnaires des structures n'ont pas d'autonomie pour recruter ou licencier le personnel ;
- Le retard de paiement des subsides de prestataires avec toutes les conséquences possibles : démotivation du personnel, rupture de stock des médicaments et autres intrants et par conséquent la mauvaise qualité de service.

7.10.4 Recommandations

- Pour que le gouvernement établisse des dérogations pour certains textes de lois verrouillés en vue entre autres de favoriser la concurrence dans l'approvisionnement et distribution des médicaments (responsable : gouvernement / MSP)
- Que le gouvernement recommande l'alignement obligatoire de tous les partenaires de la santé derrière l'approche FBP et l'achat stratégique des outputs de performance au lieu de l'approche input.
- Que la Caritas Congo mène un plaidoyer auprès du coordonnateur de la CTN FBR pour le recrutement d'une ou des agences fiduciaires ayant la capacité de faciliter les transactions financières dans les régions défavorisées (Institutions de microfinance).
- Que Caritas Congo envoie les responsables des autres services à la formation en FBP dans le but de renforcer leurs capacités.

7.10.5 Plan d'action

Activités	Actions / stratégies	Responsable	Chrono
Organiser une restitution en faveur des l'équipe de Caritas Congo	- Préparer les TDR - Transmettre les TDR aux autorités - Organiser l'atelier de 1 jour, - Partage des documents avec les collègues	Dr Mathieu	Juillet 2019
Organiser un plaidoyer auprès de la CTN FBR et le Ministre de santé pour que Caritas Congo participe dans le PBF comme fiduciaire (payeur)	- Préparer les documents - Prendre contact avec le cabinet - Demander l'obtention - Obtenir l'invitation	Équipe Caritas Congo	Aout 2019
Mener le plaidoyer pour la dérogation des textes juridiques et administratifs et réviser les documents techniques pour ouvrir la concurrence et décentraliser des activités de gestion	- Contacter le PNAM et fixer une date de rencontre - Mise à jour des textes et des documents de la chaîne d'approvisionnement - Rencontrer le Ministre	PNAM, Caritas Congo	Sept 2019
Briefing en faveur des autres cadres de Caritas Congo sur l'approche PBF dans le réseau Caritas	- Élaborer les TDR du briefing - Transmettre les TDR à la hiérarchie - Organiser les briefings	SPS/Caritas Congo	Aout 2019

7.11 Benin

CATRAYE Dona Ulrich Jordan et ADADJA Judicaël Govaerts Karl

7.11.1 Contexte et justification

Le Bénin est un pays de l'Afrique de l'Ouest avec en 2018 une population d'environ 11.5 millions habitants. L'organisation de son système sanitaire est basée sur la décentralisation administrative du pays en 12 départements et 77 communes. Le Bénin avait adopté les approches classiques de réformes de son système de santé. Bien qu'elles possèdent leurs mérites, ces approches s'avèrent inadaptées aux réalités actuelles.

Pour pallier à ces insuffisances dont les principales conséquences sont le manque de qualité, d'efficacité et d'équité, le Bénin a opté pour le FBR avec un projet pilote démarré en 2007 et étendu à l'ensemble du pays en 2012. En aidant au financement de services de qualité de façon très efficace, le FBR cible également et exempte les individus vulnérables. Des études effectuées, il ressort que les indicateurs s'étaient nettement améliorés et les agents de santé étaient mieux motivés lors de la mise en œuvre du FBR.

Le FBR a été arrêté en 2017 suite à l'ambition du gouvernement de la mise en œuvre d'un projet d'assurance de renforcement du capital humain (ARCH). Ce dernier comporte un paquet de 4 services : l'assurance maladie, la formation, le microcrédit et l'assurance retraite. Cependant, il n'existe pas de la preuve scientifique que ce genre de système inputs avec d'assurance maladie (volontaire) dans un pays de faibles revenus ont eu des résultats favorables. En plus, les pionniers du système ARCH ai niveau de la Présidence n'ont pas répondu aux propositions des avocats des initiatives FBR pour une dialogue de trouver un compromis dans lequel l'expérience de Benin dans l'achat stratégique ou FBR ne soit pas perdue complètement.

7.11.2 Analyse du projet FBR au Bénin jusqu'à 2017

Après plusieurs années de mise en œuvre du FBR dans tous les 34 zones sanitaires du pays, le Bénin s'est retrouvé dans l'obligation de ne plus continuer l'initiative. L'analyse de la mise en œuvre met en exergue plusieurs défaillances du système qui ont contribué à cet échec. Le FBR du Bénin avant son arrêt ne remplissait que 48% des critères de pureté FBR. Ce taux est largement inférieur aux 80% prévu pour qu'un système soit qualifié comme « pur ».

Au rang des insuffisances du montage FBR responsables de ce faible taux, il figure :

- L'insuffisance d'appropriation du programme par le gouvernement ;
- L'absence de la séparation des fonctions : (l'UGP, unité de gestion de la Banque Mondiale et l'AIMS étaient les bras à tout faire : achats stratégiques, paiement, évaluateur, contractualisation);
- Les FOSA n'étaient pas mise en concurrence (et pas des sous contractants) avec l'exclusion des structures privées et confessionnelles ;
- Une faible autonomisation des FOSA ;
- La monopolisation du marché des intrants par la CAME et autres structures ;
- La non-contractualisation des directions centrales ;

Le tableau suivant présente l'évaluation du système à travers les 23 critères de pureté d'un programme FBR.

Les 23 critères de pureté d'un programme FBR	Points Dispo	Points donnés	Observations
1. Le budget du programme FBR 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	Sur l'hypothèse que le FBR intègre l'ARCH
2. Au moins 20% du budget FBR vient du gouvernement et le programme FBR a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	0	Pour la MEO de l'ARCH, la participation prévue de l'État ne sera que de 10%
3. La Cellule Technique Nationale FBR est intégrée dans le Ministère de Santé à un niveau qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes.	2	0	La Cellule n'a jamais été mise en place
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité	2	0	Pas réalisé
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	Oui
6. Le programme FBR 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	Pas réalisé
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	Oui

Les 23 critères de pureté d'un programme FBR	Points Dispo	Points donnés	Observations
8. Le programme FBR a un comité de validation de district qui réunit le régulateur des districts, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA	2	2	Est-ce que le montage de Benin avait des comités de validation des districts??
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	2	Oui
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	2	Oui
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	0	Monopole sur la distribution des intrants diminue fortement l'efficacité du système de santé
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des bonus d'amélioration de qualité (BAQ)	2	0	Pas des BAQ
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides FBR.	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	Expliquer, quel est le problème
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0	Le MS détermine 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	0	Centralisé
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	Il n'existait pas des AV régionales
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, du personnel qualifié.	2	0	Pas des BAQ, ce qui empêche le développement des FOSA en infra, équipement, RH...
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	0	RS : Je pensais que cela posait des problèmes – sauf quelques FOSA religieuses ?
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	0	
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2	
TOTAL :	50	24	48%

7.11.3 Analyse

Même avec les faiblesses dans le montage du FBR au Bénin, la visite de terrain effectuée dans six formations sanitaires lors de la formation, il ressort que lors de la mise en œuvre du FBR au Bénin, les indicateurs de santé s'étaient nettement améliorés. Les formations sanitaires étaient mieux entretenues et le personnel plus motivés. Depuis l'arrêt de cette réforme, on assiste à un phénomène de retour à la case de départ. Les indicateurs virent au rouge et le personnel devient moins motivé. Si le volet assurance santé du projet ARCH vise à

établir une équité sur le plan de l'accessibilité financière aux services et soins de santé, le FBR quant à lui aura pour objectif d'assurer la qualité des soins offerts et l'efficacité dans l'utilisation des ressources tout en rendant autonome les formations sanitaires.

Il s'agira de concevoir sur la base des orientations du PNDS 2018-2022, un programme FBR qui aura pour particularité l'articulation autour de la composante assurance maladie du dispositif ARCH. Il aura donc un double ancrage. Un premier au secrétariat général du ministère de la santé pour ce qui est de la coordination du programme, la régulation et les évaluations de la qualité puis un second à l'agence nationale d'assurance maladie de l'ARCH pour ce qui est de la contractualisation des FS, la vérification des outputs et le paiement (figure).

Par ailleurs, les expériences acquises de la mise en œuvre du FBR, l'intérêt manifeste des prestataires et la disponibilité des partenaires pourraient constituer des atouts pour la réussite de ce projet. Ainsi, l'on pourrait assister à une amélioration de la qualité des services et soins de santé, une utilisation rationnelle des ressources disponibles et une équité adaptée aux moyens de l'état.

7.11.4 Recommandations

- Faire la restitution de la mission de formation internationale sur le FBR au consortium BASP'96 et BEST SD ;
- Former les autres membres du consortium sur le FBR ;
- Faire la synthèse de la visite de terrain des centres de santé ayant expérimenté le FBR ;
- Faire une analyse sur le plan national auprès des acteurs du système de santé sur les acquis du FBR et leur opinion sur la relance du FBR au Bénin ;
- Faire une analyse plus détaillée du projet ARCH et dans quels mesures les objectifs d'ARCH peut bénéficier d'une relance d'une approche FBR améliorée ;
- Élaborer un document de plaidoyer pour la relance du FBR incluant la synthèse des opinions des responsables des formations visitées ayant expérimenté le FBR au Bénin à l'endroit de la commission chargée des réformes du secteur de la santé au Bénin et du Président de la République.
- Solliciter une audience avec le président de la République du Bénin pour lui soumettre le projet de relance du FBR au Bénin.

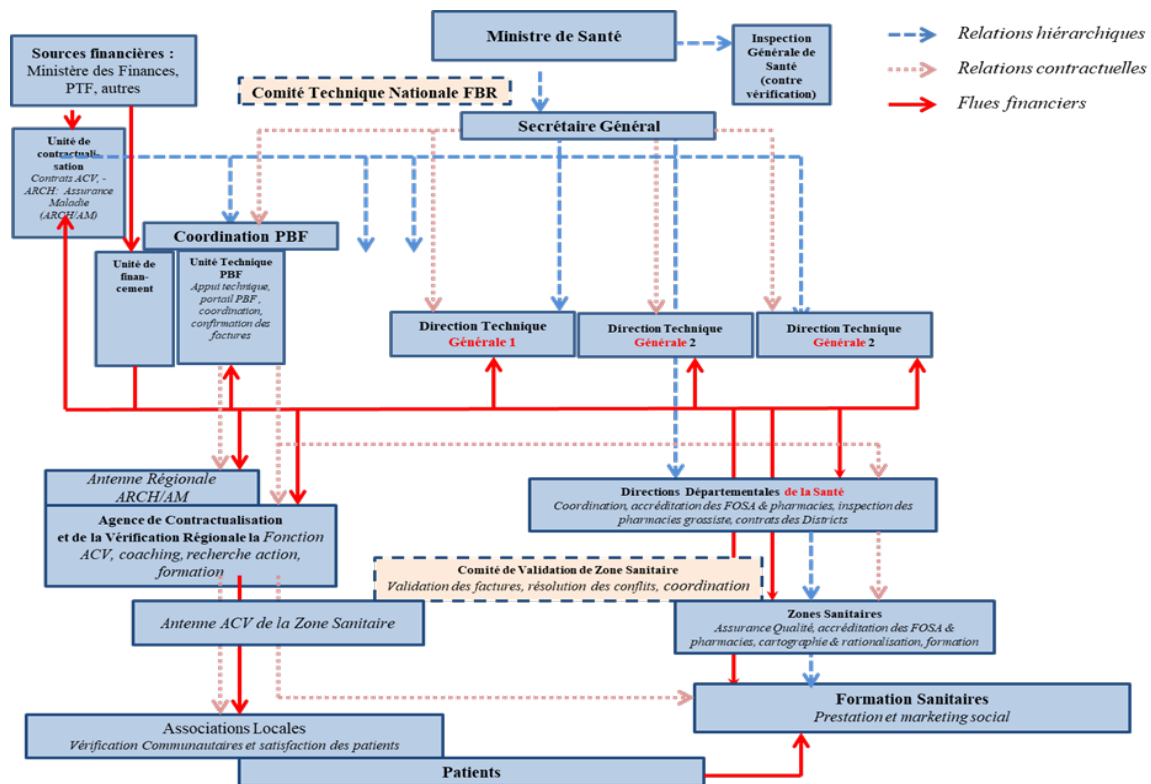
7.11.5 Recommandations pour le montage d'un FBR amélioré au Bénin

- La mise en place d'une Cellule Technique Nationale FBR (CTN-FBR) avec un ancrage à un niveau élevé du Ministère de la Santé et faisant partie intégrante de la Politique nationale de santé au lieu d'être une unité de projet principalement dirigée et financée par des organisations partenaires.
- La gestion de la Cellule Technique Nationale FBR devrait avoir un fort leadership qui assure également l'harmonie entre les partenaires. Les échanges au COP PBF ont montré que certaines agences externes avaient des opinions différentes sur ce qui s'est passé au Bénin et sur la façon dont RBF devrait être conçu. La CTN FBR devrait résoudre ces différences et montrer un leadership décisif entre autres objectifs.
- Tous les départements et niveaux du Ministère de la Santé devraient être inclus dans l'approche FBR avec des contrats de performance aux niveaux national et régional.
- Le gouvernement devrait contribuer au financement du FBR et voir dans quelle mesure les lignes budgétaires existantes peuvent être transformées en FBR. Le coût total du programme FBR peut être estimé à USD 7 par habitant par an, y compris une approche efficace de l'équité pour soutenir les districts de santé vulnérables, les établissements de santé et les particuliers. Le paquet FBR au niveau primaire et hospitalier devrait inclure

des activités de prévention et de promotion, y compris des indicateurs au niveau communautaire.

- Le coût administratif pour le programme RBF devrait être réduit en coaching des organisations locales pour jouer le rôle d'agences ACV au lieu de dépendre d'un consortium plus coûteux d'organisations internationales avec des organisations locales.
- Les prestataires du secteur privé devraient être contractés dans le programme RBF afin qu'ils puissent contribuer aux programmes de santé du gouvernement en particulier dans les zones urbaines. Cela aurait également l'avantage de les inclure dans le système d'accréditation de la qualité RBF pour encourager des prestations de haute qualité.
- Nous suggérons fortement, d'après les expériences acquises dans d'autres pays, que toutes les mesures ci-dessus améliorent non seulement les services de qualité, mais aussi l'amélioration quantitative souhaitée de l'utilisation et la réalisation des objectifs d'équité. Nous suggérons donc au gouvernement de mener une nouvelle étude de faisabilité avec des experts indépendants et des décideurs pour redémarrer le nouveau programme FBR articulé autour de l'ARCH dès que possible.

7.11.6 Ancre institutionnel du FBR proposé au Bénin



7.11.7 Plan d'action

QUOI	COMMENT	QUI	QUAND
1. Restitution de la mission de formation internationale sur le FBR au consortium BASP'96 et BEST SD	- Rapport de formation	- BASP'96 - BEST/SD - Dr Ulrich Catraye - Dr Judicaël Adadja	Juillet 2019
2. Élaboration d'un document de plaidoyer pour la relance du FBR au Bénin	- Synthèse de la visite de terrain des formations ayant expérimenté le FBR - Revue de la littérature du projet ARCH - Identifier les insuffisances de l'ARCH - Proposer les outils et les axes d'intégration du FBR à l'ARCH	- Consortium BASP'96 - BEST/SD	Juillet 2019
3. Plaidoyer pour une relance du FBR au Bénin auprès de la Présidence	Séance de travail avec le Président de la République pour : - Démontrer les avantages du FBR - Exposer les raisons de l'échec du FBR au Bénin - Exposer les intérêts du Bénin dans la relance du FBR - Expliquer l'articulation du FBR au projet ARCH	- BASP'96 - BEST/SD	Aout 2019