



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

République du Bénin

Rapport du 50e cours PBF

Performance Based Financing

Du 12 au 23 octobre 2015 à Cotonou, Bénin



Il y avait 39 participants au cours à Cotonou

Version Provisoire 110115

Robert SOETERS
Joseph CATRAYE
Ibouraïma AOUDI
Freddy BATUNDI

CONTENU DU RAPPORT

1. RESUME DU 50EME COURS PBF ET RECOMMANDATIONS POUR LES PAYS	4
1.1 <u>RESUME GENERAL</u>	4
1.2 <u>CONCLUSIONS POUR CHAQUE PAYS</u>	5
1.2.1 <u>Cameroun</u>	5
1.2.2 <u>Comores</u>	5
1.2.3 <u>Cote d'Ivoire</u>	6
1.2.4 <u>Niger</u>	6
1.2.5 <u>Tchad</u>	6
1.2.6 <u>Haiti</u>	6
1.2.7 <u>République démocratique du Congo</u>	7
1.2.8 <u>Benin</u>	7
2. INTRODUCTION CONCERNANT LE COURS PBF DE COTONOU	8
2.1 <u>HISTOIRE DES COURS PBF</u>	8
2.2 <u>OBJECTIFS DU COURS</u>	8
2.3 <u>METHODOLOGIE DU COURS</u>	9
2.4 <u>LA LISTE DES PARTICIPANTS ET LES FACILITATEURS</u>	9
3. DÉROULEMENT DU 50EME COURS PBF DE COTONOU	11
4. EVALUATIONS JOURNALIERES PAR LES PARTICIPANTS	13
4.1 <u>RESUME</u>	13
5. EVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS	16
5.1 <u>PREPARATION ET IMPRESSION GENERALE SUR LE COURS</u>	16
5.2 <u>ASPECTS RELATIFS A LA DUREE DE LA FORMATION</u>	16
5.3 <u>COMMENT LES PARTICIPANTS APPRECIENT L'ORGANISATION DE LA FORMATION</u>	16
5.4 <u>METHODOLOGIE ET CONTENU DU COURS</u>	17
5.5 <u>COMMENT LES PARTICIPANTS APPRECIENT LA CONDUITE DU COURS ET LA FACILITATION</u>	18
5.6 <u>APPRECIATION PAR MODULE</u>	18
5.7 <u>REMARQUES SPECIFIQUES DES PARTICIPANTS</u>	19
6. PLANS D'ACTION DES PAYS REPRESENTES PENDANT LE COURS PBF	20
6.1 <u>CAMEROUN</u>	20
6.1.1 <u>Contexte du PBF et Cameroun</u>	20
6.1.2 <u>Le PBF au Cameroun</u>	21
6.1.3 <u>Score de faisabilité</u>	21
6.1.4 <u>Problèmes rencontrés</u>	21
6.1.5 <u>Plan de plaidoyer</u>	21
6.2 <u>COMORES</u>	22
6.2.1 <u>Contexte</u>	22
6.2.2 <u>Indicateurs</u>	22
6.2.3 <u>Analyse de problèmes</u>	22
6.2.4 <u>Est-il nécessaire d'introduire le PBF pour résoudre les problèmes ?</u>	23
6.2.5 <u>Score de faisabilité</u>	23
6.2.6 <u>Plan d'action</u>	24
6.3 <u>COTE D'IVOIRE</u>	24
6.3.1 <u>Analyse des problèmes du système de santé</u>	24
6.3.2 <u>Justification pour le PBF</u>	24
6.3.3 <u>Objectifs du PBF</u>	25
6.3.4 <u>Principes du PBF</u>	25
6.3.5 <u>Axes d'interventions</u>	25
6.3.6 <u>Feuilles de routes</u>	25

6.3.7	<u>Conclusion</u>	26
6.4	<u>NIGER</u>	26
6.4.1	<u>Contexte</u>	26
6.4.2	<u>Pyramide Sanitaire</u>	27
6.4.3	<u>Analyse de la situation</u>	27
6.4.4	<u>Indicateurs</u>	27
6.4.5	<u>Problèmes liés à l'état de santé</u>	28
6.4.6	<u>Résoudre les problèmes par le FBP ?</u>	28
6.4.7	<u>Score de faisabilité</u>	29
6.4.8	<u>Plan d'action</u>	29
6.5	<u>TCHAD</u>	30
6.5.1	<u>Contexte</u>	30
6.5.2	<u>Principaux indicateurs</u>	30
6.5.3	<u>Problème identifiés</u>	30
6.5.4	<u>Solutions proposées</u>	31
6.5.5	<u>Score de faisabilité</u>	31
6.5.6	<u>Plan d'action</u>	31
6.6	<u>HAÏTI</u>	32
6.6.1	<u>Contexte</u>	32
6.6.2	<u>Indicateurs</u>	33
6.6.3	<u>Analyse de problèmes</u>	33
6.6.4	<u>Rôle potentiel du PBF</u>	34
6.6.5	<u>Projet pilote PBF de Haïti</u>	34
6.6.6	<u>Montage institutionnel</u>	34
6.6.7	<u>Analyse de pureté PBF</u>	35
6.6.8	<u>Plan d'actions</u>	35
6.7	<u>RD DE CONGO</u>	35
6.7.1	<u>Contexte</u>	35
6.7.2	<u>Quelques indicateurs</u>	36
6.7.3	<u>Problèmes de la santé</u>	36
6.7.4	<u>PBF nécessaire ?</u>	36
6.7.5	<u>Score de faisabilité</u>	36
6.7.6	<u>Plan d'action Dr Agnès</u>	37
6.7.7	<u>Plan d'action Dr Charles</u>	38
6.8	<u>BENIN</u>	38
6.8.1	<u>Introduction</u>	38
6.8.2	<u>Objectifs de l'étude de viabilité de l'approche FBR</u>	39
6.8.3	<u>Principes stratégiques à respecter tout au long du processus et sur le long terme</u>	39
6.8.4	<u>Feuille de route</u>	39
6.8.5	<u>Conclusion</u>	40

1. RÉSUMÉ du 50ème COURS PBF et RECOMMANDATIONS pour les PAYS

1.1 Résumé général

Ici le rapport du cours PBF qui a eu lieu à Cotonou du 12 au 23 octobre 2015 avec trente-neuf participants provenant du Tchad (16), du Niger (10), d'Haïti (4), du Cameroun (3), de la RDC (2), des Comores (2), de la Côte d'Ivoire (1) et du Bénin (1).

Il y avait trois participants qui ont perdu des membres de leur famille proche (deux parents et un petit frère) au cours du cours. Nous apprécions vivement que les trois participants aient terminé le cours et obtenu leur certificat.

Le cours a été évalué par les participants avec une note moyenne de 75 % aux évaluations journalières, soit 5 % de moins que les 25 cours PBF francophones précédents.

On a noté un faible score au critère de **facilitation** pendant la première semaine du cours, notamment le mercredi et le jeudi. Nous avons apporté des corrections à la méthodologie et, ainsi, à partir du vendredi de la première semaine, le score de la facilitation a repris la tendance moyenne observée dans les autres cours PBF précédents. La **participation** a été évaluée en moyenne à 73 %, ce qui est inférieur de 11 % à la moyenne des cours francophones précédents. Nous n'avons pas encore de bonne explication pour ce faible score. **L'organisation du cours** était évaluée en moyenne à 66 % « très satisfait », ce qui est 8 % inférieur à celle des cours francophones précédents, dont la moyenne était de 74 %. Le faible score était dû à des problèmes dans les chambres la première semaine et à des problèmes de restauration la deuxième semaine. On a constaté une amélioration de 50-60% pendant la première semaine à 70-80% pendant la deuxième semaine.

Pendant l'évaluation finale du cours, la salle de conférence de l'hôtel Atlantic Beach était appréciée par 78% des participants ; la localisation et la qualité de l'hôtel par seulement 17% et l'alimentation par 26%. Peut-être peut-on expliquer les mauvais scores de l'Hôtel par le fait que ce groupe de 39 personnes était très nombreux. Les participants ont observé que l'hôtel est loin du Centre-Ville, que les chambres n'avaient pas de moustiquaires et qu'il n'y avait pas d'eau potable dans les chambres. D'autres participants ont dit que l'alimentation était trop monotone. En revanche, en avril 2015, l'hôtel Atlantic Beach avait une meilleure appréciation auprès du groupe de 22 participants qui ont assisté au 45e cours PBF. En outre, 42 % des participants ont jugé le cours trop court.

Sur la base des constats ci-haut, on propose pour les prochains cours d'élargir la durée d'un jour jusqu'au samedi et d'assurer un accompagnement plus intense de chaque participant sur le contenu. On propose également de réduire les présentations PowerPoint afin de consacrer plus de temps aux exercices de groupe, aux jeux de rôle et aux discussions.

C'était un grand plaisir de constater que six participants ont obtenu un certificat de distinction avec un score de 90% ou plus, notamment :

- Avec 97% : Dr Adama OUEDRAOGOU du Bénin ; Ruth Christina DAURISCA ; Koulthoume MAOULANA des Comores ;
- Avec 90% : Dr Charles KAMBO Sanza de la RDC ; Dr Pascal BEMADJINGAR du Tchad et ; Dr Francis SIMO PEUMO du Cameroun ;

Christian WOLLO KLA, de Côte d'Ivoire, a obtenu la mention de 87 %.

1.2 Conclusions pour chaque PAYS

1.2.1 Cameroun

Problème 1 : Des structures sanitaires ont toujours besoin d'une autorisation préalable pour utiliser les fonds épargnés au Trésor l'année précédente => *Plaidoyer pour modifier la réglementation et accorder une dérogation aux structures PBF, puis à l'échelle nationale.*

Problème 2 : La gestion des fonds par les structures privées (cliniques et structures religieuses) est parfois soumise à l'autorisation des hauts responsables => *Plaidoyer à mener auprès des institutions concernées.*

Problème 3 : Unités d'investissement ou Bonus d'Amélioration de la Qualité (infrastructure et équipements) partiellement implémentés => *Recrutement des vérificateurs de l'amélioration de la qualité par les ACV régionales.*

Problème 4 : Existence de vulnérabilité dans les structures et districts de santé mais pas au niveau régional => *Plaidoyer pour l'inclusion des vulnérabilités régionales dans la budgétisation*

1.2.2 Comores

Problèmes

- ⇒ *Absence d'étude de faisabilité et de préparation préalable à la mise en œuvre du PBF (budget par habitant par an disponible et suffisant, cartographie des structures sanitaires disponibles et adéquates (privées, publiques, religieuses), pharmacies, plan de communication et d'information à l'intention des personnels de santé et de la communauté, implication et cohésion des acteurs de la régulation, etc.)*
- ⇒ *Faible score des critères de pureté PBF (10 points sur 50, soit 20%) : absence d'autonomie des structures PBF, monopole de la CAMUC, verticalité des indicateurs, absence de fonds d'équité, tarification unique pour toutes les structures, absence de concurrence...etc.*
- ⇒ *Faible financement de la santé ;*
- ⇒ *Mauvaise répartition du personnel médical et paramédical (concentration en milieu urbain) ;*
- ⇒ *Qualité des soins insatisfaisante ;*
- ⇒ *Accès financier des ménages aux soins et aux médicaments limité ;*
- ⇒ *Faible motivation du personnel (cumul d'arriérés de salaire, absence de promotions et de primes de reconnaissance, etc.).*

Recommandations

- ⇒ *Restitution interne de la formation PBF (SG, DGS, DGEPS, PASCO)*
- ⇒ *Restitution élargie avec les parties prenantes (Min. des Finances, AFD, GAVI, UNICEF, UNFPA, CCM, Min. de l'Éducation, FENAMUSAC, MAEECHA, etc.)*
- ⇒ *Évaluations internes et externes du projet PBF*
- ⇒ *Mise en œuvre des recommandations de l'évaluation*
- ⇒ *Mobilisation de ressources additionnelles*
- ⇒ *Mise à l'échelle / Élargissement du programme PBF*
- ⇒ *Revue annuelle du programme PBF.*

1.2.3 Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire est en phase de mise à l'échelle du PBF. Le PBF est considéré comme un instrument efficace pour améliorer la performance du système de santé et comme un précurseur d'une réforme profonde de celui-ci. Il existe déjà une appropriation et une adhésion de la part des parties prenantes.

1.2.4 Niger

Problèmes rencontrés et solutions

Problème 1 : Insuffisance des ressources (humaines et financières) pour la MEO du FBP :

- ⇒ *Affecter du personnel requis à la CTFBP pour son fonctionnement (expert FBP, juriste, suivi-évaluation et secrétaire)*
- ⇒ *Organiser une table ronde des partenaires pour mobiliser les fonds en vue d'assurer la continuité du financement FBP*
- ⇒ *Plaider pour l'ouverture d'une ligne budgétaire FBP dans le budget national*

Problème 2 : Services de santé privés non pris en compte

- ⇒ *Intégration des structures privées de santé dans le PBF*

Problème 3: Absence de l'indicateur Visite à Domicile (VAD)

- ⇒ *Former et encadrer les relais et COGES sur les VAD*
- ⇒ *Organiser des sorties VAD au niveau des FOSA*

1.2.5 Tchad

Problème 1 : Insuffisance d'information sur le PBF au niveau des décideurs du MS

- ⇒ *Restitution du 50^{ème} cours au Comité de Direction et comités de santé des régions FBP*
- ⇒ *Organiser une rencontre de plaidoyer et de formation de haut niveau sur le PBF*

Problème 2 : Absence d'un pool de formateurs PBF

- ⇒ *Mise en place d'un pool de formateurs en PBF*

Problème 3 : Monopole de la CPA

- ⇒ *Plaidoyer MSP pour une dérogation d'autonomie des FOSA FBP de s'approvisionner en MEG auprès des structures agréées en dehors de la CPA ;*

Problème 4 : Manque d'autonomie de gestion et du recrutement et licenciement du personnel

- ⇒ *Plaidoyer pour une dérogation d'autonomie des FOSA FBP pilote*

Problème 5 : Manque des lignes d'unités d'investissement dans le projet PBF

- ⇒ *Prévoir une ligne d'unité d'investissement lors de la revue à mi-parcours du projet*

Problème 6 : Faiblesse dans la carte sanitaire

- ⇒ *Refaire le découpage des aires des FOSA de la zone du projet*

1.2.6 Haiti

Problèmes identifiés

- Seulement 24 indicateurs (norme : 25 indicateurs) du paquet essentiel de services sont retenus pour être subventionnés
- Pas encore le PBF communautaire
- Le régulateur contractualise et est pro public. Le ministère de la santé publique cumule les fonctions de régulation, de contractualisation et de paiement.
- Les centres de santé n'ont pas d'autonomie : ils ne peuvent ni influencer les tarifs, ni le recrutement (ou le licenciement) du personnel, ni les sources d'approvisionnement.
- L'étude de base des ménages ne s'est pas étendue à l'ensemble des départements du pays.

Activités proposées

- Inclusion de 3 indicateurs liés au VIH/SIDA, à la malaria et à la tuberculose dans le paquet de services subventionnés
- Briefing de l'équipe de contractualisation responsable de la mise en œuvre de la stratégie PBF sur le cours PBF international
- Révision du lexique des indicateurs
- Partage du lexique d'indicateurs avec les acteurs concernés
- Proposition d'insertion d'un Bonus Amélioration Qualité
- Proposition d'un montage de vérification communautaire expérimental

1.2.7 République démocratique du Congo**Problèmes**

- Faible budget alloué au secteur de la santé;
- Forte centralisation des ressources du système de la santé;
- Mauvaise gestion des ressources: corruption, manque de redevabilité

1.2.8 Benin

Les stratégies pour renforcer le système de santé et le FBR au Bénin :

- Le FBR constitue l'approche qui permettra d'apporter les réformes nécessaires dans le cadre des Objectifs de développement durable.
- Assurer que le FBR continue à évoluer en pleine intégration avec les autres réformes menées dans le secteur (approche systémique / RSS) ;
- Intégrer les autres ministères dans la concertation autour du FBR ;
- Sur la base des questionnements soulevés par le FBR, approfondir / réactualiser la stratégie du financement de la santé ;
- Obtenir l'engagement de l'État à maintenir un niveau de gouvernance approprié pour assurer le succès du FBR, y compris avancer dans la réforme de la décentralisation ;
- Garantir, en complément du FBR, que les structures possèdent les équipements et le personnel nécessaires pour fonctionner selon les normes ;
- S'assurer que les initiatives innovantes (santé communautaire, assurance qualité, implication du secteur privé de la santé, ...) ne soient pas détournées dans des programmes verticaux, mais gardent leur caractère transversal ;
- Développer un mécanisme de capitalisation des expériences et en institutionnaliser l'utilisation dans la prise de décision.
- L'UNICEF, par sa mission, à savoir la réalisation des droits de l'enfant conformément à la Convention relative aux droits de l'Enfant (CDE), s'inscrit dans ce processus au Bénin pour non seulement renforcer les acquis du Paquet d'Intervention à Haut Impact au niveau communautaire, mais aussi au niveau des centres de santé et des centres de référence pour la lutte contre la mortalité infanto-juvénile et la mortalité maternelle et néonatale.

2. INTRODUCTION CONCERNANT le COURS PBF de COTONOU

2.1 Histoire des cours PBF

Le premier cours PBF a eu lieu en République démocratique du Congo en 2007. Ce premier cours et plusieurs autres cours PBF francophones ont été rendus possibles grâce au financement régulier de Cordaid Pays-Bas et à la collaboration de plusieurs organisations, comme l'AAP Sud Kivu et HDP Rwanda. Plus récemment, le BEST-SD du Bénin, le BASP96 du Burkina et le FRPS du Littoral du Cameroun ont organisé entre eux 12 cours PBF. Les cours en anglais sont devenus possibles grâce à l'appui de la Banque mondiale, notamment de Gyuri Fritsche et de Godelieve van Heteren. Le premier manuel du cours PBF a été édité en 2009 et est continuellement mis à jour. À ce jour, plus de 1380 participants ont pris part à ces cours et la plupart d'entre eux sont devenus des défenseurs du PBF dans leurs pays respectifs.

Le PBF attire l'attention dans le monde entier. Il existe plusieurs preuves que le PBF améliore les services de santé, notamment au Rwanda et au Burundi (où le PBF est devenu une politique nationale en 2006 et en 2010, respectivement). Il constitue une voie efficace pour atteindre les OMD. Le PBF s'éloigne des idées traditionnelles du système de santé, ce qui entraîne souvent une résistance à surmonter pour dissiper les inquiétudes. Pour ce faire, ce cours va au cœur des théories, des pratiques et des instruments.

Les avantages du PBF sont ressentis au niveau de la population (meilleurs soins et services de santé), des professionnels de la santé (amélioration des conditions de travail, des primes et de la supervision), du gouvernement (amélioration de l'efficacité et de la qualité des services), des politiciens (assure la réalisation des services sociaux promis aux populations) et des agences de développement (offre une approche axée sur les résultats). Le PBF peut également être appliqué dans des secteurs autres que la santé, tels que l'éducation, l'administration et le développement rural.

2.2 Objectifs du cours

Ce cours 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 de services de qualité, à des coûts accessibles et de la manière la plus équitable possible...

.... à travers le libre choix du patient entre 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 PBF différent des paradigmes des soins de santé primaires ou de l'Initiative de Bamako. Les ressources pour atteindre les objectifs sociaux sont devenues de plus en plus *rares*, et c'est pourquoi il est devenu impératif de les utiliser de la manière la plus efficace et efficiente possible. Cela place les défenseurs du PBF en position d'entrepreneurs sociaux plaidant pour la justice sociale.

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

Pour le secteur de l'éducation, ce cours avait pour objectifs de resituer la problématique du secteur vis-à-vis de l'approche PBF, d'apporter autant de lumière que possible sur son application dans un contexte éducatif fragile à travers les constats de la pratique du PBF en cours, et d'en tirer les leçons pour améliorer et faire adopter l'approche PBF dans le secteur de l'éducation.

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

- Atteindre une masse critique de personnes adhérant au PBF, afin d'assurer le plaidoyer à différents niveaux pour que le financement basé sur la performance remplace les systèmes traditionnels de santé et d'éducation basés sur les inputs.
- À la fin de ce cours, les participants devraient maîtriser les théories, les meilleures pratiques et les outils nécessaires à la mise en œuvre du financement basé sur la performance.

2.3 Méthodologie du cours

La méthodologie appliquée était mixte, à savoir les exposés-débats. Une technologie « Turning Point » a été appliquée. Cela permet de poser des questions aux participants, et chacun peut répondre sans être influencé à l'aide d'une télécommande. Le récapitulatif / synthèse journalier des cours antérieurs permet aux participants de fixer les points clés et essentiels des modules, des débats et des travaux de groupe. Il permet aussi de poser des questions avant de donner des explications sur n'importe quel thème. On a aussi, pendant les derniers cours mis plus d'accent sur le développement des plans d'action de chaque participant : Qu'est-ce que le participant ou la participante va faire à son retour dans son lieu de travail pour améliorer le système de santé / éducation.

2.4 La liste des participants et les facilitateurs

Le 50^e cours PBF a compté 39 participants : 9 femmes et 30 hommes. Sur l'ensemble des 39 participants, 29 sont des fonctionnaires de l'État de niveau central et périphérique, 2 de MSH Haïti, 1 d'UNICEF Bénin, 2 sont des ACV régionaux du Cameroun, 3 des ONG nationales du Tchad, 1 d'une ONG de la RDC, et 1 indépendant de la RDC.

Du Benin:

- 1 de UNICEF

Cameroun

- 1 de FRPS du Littoral
- 1 de FRPS – ACV du Sud-Ouest
- 1 Délégué Régional de la Région du Nord

Cote d'Ivoire

- 1 du ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA

Comores

- Deux personnes du Ministère de la Santé du niveau central

Haïti

- Deux personnes du Ministère de la Santé
- Deux personnes du Management Sciences for Health (MSH)

Niger

- Six personnes du ministère de la Santé au niveau central
- Deux personnes du Ministère de la Santé de Dosso-Boboye
- Deux personnes de CISLS (bureau de présidence)

République démocratique de Congo

- 1 personne indépendante
- 1 de CDI-Bwamanda

Tchad

- Trois personnes de la société civile - AMASOT
- Onze personnes du Ministère de la Santé au niveau central
- Deux personnes du Ministère de la Santé au niveau périphérique

Nom	Prénom	Sexe	Organisation	Pays Travail	Région / Province	Profession	Email
OUEDRAOGO	Adama	m	UNICEF	Benin	Cotonou	Médecin	adouedraogo@unicef.org
NJENGWES	Augustin	m	FRPS-Littoral	Cameroun	Littoral	Administrateur	njengwesaugustin@yahoo.fr
SIMO PEUMO	Francis	m	FRSP-Sud-Ouest	Cameroun	Sud-Ouest	Médecin	sipeufra@yahoo.fr
SOULEYMANOU	Yaya	m	Del Région SP	Cameroun	Nord	Médecin	wadjiri123@yahoo.fr
AHAMADA	Aly	m	MS	Comores	Moroni	Médecin	godaally@yahoo.fr
MAOULANA	Koulthoume	f	MS	Comores	Moroni	Économiste	koulthoume_maoulana@yahoo.fr
WOLLO KLA	Christian	m	MSLS	Cote d'Iv	Abidjan	Administrateur	christian_kla@yahoo.fr
BARTHELEMY	Christa	f	MSPP	Haiti	Porte au Prince	Administrateur	junchris9@hotmail.com
BERCY	Jeffson	m	MSH	Haiti	Porte au Prince	Médecin	bercy_jhon2004@yahoo.fr
DAURISCA	Ruth Christina	f	MSPP	Haiti	Porte au Prince	Économiste	rchristinadaurisca@gmail.com
GAURIN	Patricia Helena	f	MSH	Haiti	Porte au Prince	Administrateur	phgserin@gmail.com
ADAMOU INSA	Gueyka	m	MSP-DEP	Niger	Niaméy	Administrateur	insagueyka@yahoo.fr
ATTA	Hamidou	m	MSP CTFBR	Niger	Niaméy	Administrateur	hamidouaddah@yahoo.fr
HALIDOU GAREKA	Ramatou	f	MSP	Niger	Niaméy	Administrateur	ramagareka@yahoo.fr
HAMMA	Djibrilla	m	MSP	Niger	Dosso-Boboye	Médecin	djihamk@gmail.com
LABATY	Idrissa	m	MSP	Niger	Dosso-Boboye	Administrateur	labatyidrissa@yahoo.fr
MAHAMANE	Tahe	m	CISLS	Niger	Niaméy	Santé Publique	mohamedtahe@yahoo.fr
MALAM ISSOUFOU	Mariama	f	MSP-CT-FBR	Niger	Niaméy	Administrateur	mimariama40@gmail.com
MATO	Saïdou	m	CISLS	Niger	Niaméy	Communicateur	matosaidou@yahoo.fr
MATY KINDO	Rakiatou	f	MSP	Niger	Niaméy	Administrateur	rakiatou_kindo@yahoo.fr
MOUTARI	Dan Joumeyé	m	MSP-DOSSO	Niger	Niaméy	Epidémiologiste	mdanjoumeyé@yahoo.fr
KAMBO SANZA	Charles	m	CDI-Bwamanda	RDC	Sud-Ubangi	Médecin	charleskambo1@yahoo.fr
MUZAMA KIBARI	Agnès	f	Independent	RDC	Katanga	Médecin	agnesmuzama@yahoo.fr
ABINON	Djelamde	m	MSP	Tchad	Logone Oriental	Médecin	abinon2000@yahoo.fr
BEMADJINGAR	Pascal	m	MSP	Tchad	Ndjamena	Médecin	bemadjingar_pascal@yahoo.fr
DJEDOSSOUM	Naoundangar	m	MSP	Tchad	Ndjamena	Administrateur	naousam1@yahoo.fr
DOKBLAMA KADAH	Moussa	m	AMASOT	Tchad	Ndjamena	Administrateur	kadah01@yahoo.fr
FATCHOU	Gakaitangou	m	MSP	Tchad	Ndjamena	Médecin	gfatchou@yahoo.fr
KWITE	Maurice	m	GFA Consulting	Tchad	Ndjamena	Psychologue	mkwite@yahoo.fr
MAHAMAT	Ismail Hosky	m	MSP	Tchad	Ndjamena	Administrateur	ingrip_inio@yahoo.fr
MAHAMAT	Tidjani Ali	m	MSP	Tchad	Ndjamena	Économiste	mtidjaniali@yahoo.fr
MOUSSA	Issaye	m	MSP	Tchad	Ndjamena	Santé Publique	moussaissaye@yahoo.fr
NAISSEM	Françoise	f	MSP	Tchad	Ndjamena	Ingénieur	francoise.naissem@yahoo.fr
NANDIG-NGAR	Claudine	m	MSP	Tchad	Ndjamena	Médecin	nanclaudin@gmail.com
NGUEMOUROU	Hubert-Charles	m	AMASOT	Tchad	Ndjamena	Économiste	nguemourouhubert@yahoo.fr
ROHINGALAOU	Ndoundo	m	MSP	Tchad	Ndjamena	Médecin	rohindoundo@yahoo.fr
SAIDOU	Oumarou	m	MSP	Tchad	Ndjamena	Administrateur	saidoubinder76@yahoo.fr
TCHINDEBET	Ouakou	m	MSP	Tchad	Tandjile	Médecin	tchindebetouakou14@gmail.com
WELBA RAIWE	Kolandi	m	MSP	Tchad	Ndjamena	Administrateur	welbakolandi@yahoo.fr
CATRAYE	Joseph	m	BASP96	Burkina	Ouaga	Médecin	joseph_dossou@yahoo.fr
SOETERS	Robert	m	SINA	Pays-Bas	The Hague	Administrateur	robert_soeters@hotmail.com
DOSSOUVI	Christophe	m	BEST-SD	Bénin	Cotonou	Médecin	cdossouvi@yahoo.fr
BATUNDI	Freddy	m	Independent	RDC	Goma	Formateur	fbatundi@yahoo.com
AOUDI	Ibouraïma	m	BEST-SD	Bénin	Cotonou	Médecin	aaoudi1@yahoo.fr

Tableau 1: Liste des participants au 50e cours PBF.

Le cours était animé par le Dr Robert SOETERS de SINA Health comme facilitateur principal, le Dr Joseph CATRAYE, directeur de BASP96, et M. Freddy Batundi de Goma, RDC.

La logistique a été assurée par M. Ibouaïma AOUDI avec l'appui de M^{me} Juliette Galilée GNACADJA.

3. DÉROULEMENT du 50e COURS PBF de Cotonou

Le 50e cours international sur le PBF de Cotonou a eu lieu du 12 au 23 octobre 2015 à l'Hôtel Bénin Atlantic Beach, avec pour facilitateurs : Dr Robert Soeters, Dr Joseph CATRAYE et M. Ibouaïma Aoudi.

Le **lundi 12 octobre** à 08h30, lors de la cérémonie d'ouverture, le Dr Joseph a souhaité la bienvenue aux participants, expliqué le bien-fondé de la formation et remercié BEST-SD et BASP'96 pour leur soutien à l'organisation de ce 50e cours.

Le module 1, intitulé « Organisation et introduction du cours PBF », a essentiellement occupé cette 1re journée avec le Dr Joseph CATRAYE. L'équipe dirigeante du village a été mise en place avec à sa tête le chef de village Mme DAURISCA Ruth Christina de Haïti, secondée par Mr. MAHAMAT TIDJANI Ali du Tchad comme chef du village adjoint. M MAHAMAT ISMAÏL HOSKY et le Dr KAMBO SANZA Charles ont assisté respectivement comme collecteur d'impôts et réglementaire du village du 50e cours PBF.

Après la mise en place de l'équipe dirigeante du village, le Dr Joseph CATRAYE a présenté les objectifs du cours, à savoir :

1. Comprendre ce que les marchés de santé font bien, mais aussi leurs défaillances, comment les corriger en appliquant des instruments fondés sur la loi du marché ;
2. Atteindre une masse critique d'acteurs qui adhèrent au PBF et qui remettent en cause le système traditionnel d'input ;
3. Maîtriser les théories PBF, les meilleures pratiques et les outils pertinents pour leur mise en œuvre, et développer les aptitudes et les attitudes nécessaires pour créer le changement. Les équipes ont poursuivi la journée avec des travaux de groupe par pays, qui se sont achevés par l'évaluation et la désignation du meilleur participant.

Le **deuxième jour, mardi 13 octobre**, a commencé par un récapitulatif des notions acquises la veille. Cette présentation s'est faite selon le principe TAPIS, c'est-à-dire en respectant le Temps, de manière Autonome, Participative, Innovatrice et Synthétique. La journée a essentiellement permis de couvrir la méthodologie du cours ainsi que les modules 2, 3 et 4. Les représentants de chaque pays ont travaillé en groupe pour identifier les thèmes et analyser le contexte PBF de leur pays respectif. L'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant ont clôturé la journée.

Le **troisième jour, mercredi 14 octobre**, les travaux ont commencé par la lecture et l'amendement de la synthèse de la 2^e journée. Cela a été l'occasion de faire le point sur les notions vues au jour 2. Cette journée a été marquée par les présentations de contexte des pays. Après ces différentes présentations, la 3^e journée a permis d'aborder les notions de base de l'économie (économie de marché versus planification centralisée) et de microéconomie, largement discutées, et l'évaluation journalière a clôturé les travaux par la désignation du meilleur participant.

Le **quatrième jour, jeudi 15 octobre**, on a commencé comme d'habitude par le récapitulatif de la veille. Les modules de microéconomie ont été achevés, et la journée s'est conclue par le module sur l'économie de la santé. Le module 6 portant sur les politiques nationales, la régulation et l'assurance qualité a été abordé pour terminer la journée, suivie de l'évaluation quotidienne et du choix du meilleur participant de la journée.

Le **cinquième jour, vendredi 16 octobre**, après la présentation du récapitulatif de la journée précédente, les travaux ont continué avec le module sur l'équité, puis avec la suite du module sur la régulation et l'assurance qualité. Le module sur les ACV a également été abordé. Les participants répartis en six groupes sont allés en visite de terrain dans les FOSA PBF : les centres de santé de Pahou, Tori Gah et Adolph Kolping d'Agbanto ; l'hôpital de zone d'Ouidah dans la Zone Sanitaire d'Ouidah-Kpomassè-Tori-Bossito ; et le centre de santé

publique de Dangbo et l'Hôpital de zone d'Adjohoun dans la Zone Sanitaire d'Adjohoun-Bonou-Dangbo. Les travaux ont repris à 16h30 par la restitution de chaque groupe, se concluant par l'évaluation de la journée et le choix du meilleur participant.

Le **sixième jour, samedi 17 octobre**, la présentation et l'amendement du récapitulatif de la journée précédente ont ouvert cette journée de travail, suivies de la suite du module sur la régulation avec un accent sur l'assurance qualité. Le module 7 sur les ACV a été achevé. De plus, le module 8 sur l'interaction prestataire-communauté et le marketing social a suscité des discussions intéressantes et a occupé le reste de la journée.

Dimanche 18 octobre, le septième jour, était libre et une *excursion dans* la ville historique d'OUIDAH a été organisée. Cela a permis de donner du sens aux apprentissages en favorisant le contact direct avec l'environnement naturel et culturel de la ville d'Ouidah, capitale historique, religieuse du Bénin, pays du Vodou. Nourrir sa curiosité en se frottant aux personnes et aux œuvres originales de la localité. Plusieurs photos de la route des pêches, du temple des pythons et de la route de l'esclavage ont illustré cette visite touristique.

Lundi 19 octobre, le huitième jour, présentation du rapport des journées de samedi et de dimanche. La journée a été très intense, avec le module 9, les présentations de travaux de groupe et le module 10. Le module 9 sur la faisabilité du projet PBF- Hypothèse fatale et plaidoyer. Puis, cela s'est suivi de travaux en groupes avec la restitution par des jeux de rôle sur le plaidoyer. Le module 10 sur les techniques de gestion des conflits et de négociation a été la dernière étape de la journée, qui s'est également achevée par l'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant.

Mardi 20 octobre, le neuvième jour a commencé par un récapitulatif de la veille. Les modules 12 « Indicateurs Outputs » et 13 (plan de business) ont couvert l'essentiel de la journée. Les participants ont été répartis en cinq groupes de travail pour traiter les exercices portant sur les indicateurs. La journée a pris fin, comme il est de coutume, par l'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant.

Mercredi 21 octobre, le dixième jour, les travaux ont débuté par la présentation du récapitulatif des travaux du mardi, puis ont été suivis de la présentation du module 14 « outil indice », avec une période importante consacrée aux travaux de groupe. L'après-midi a été consacré à la restitution des travaux. L'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant ont été effectuées pour en clore les débats.

Jeudi 22 octobre, le onzième jour : Après le récapitulatif des travaux de la journée précédente, l'accent a été mis sur l'outil d'indice et la correction des exercices. Le module sur le costing a été abordé avec une période consacrée aux exercices. Le module 11 (étude de base dans un projet PBF) a été parcouru avec succès. Le module 15 « Costing » a clôturé la série du contenu de la formation à la satisfaction de tous les participants. Les modules sur le PBF dans le secteur de l'éducation ont été annoncés facultatifs, mais tous les participants ont terminé avec assiduité l'ensemble des modules prévus. La journée s'est terminée par l'évaluation de la journée et de la formation en général.

Vendredi 23 octobre, le douzième et dernier jour du programme

Cette dernière journée s'est déroulée comme suit : 9 h : Examen portant sur les connaissances des participants au 50e cours international sur le PBF. Cet examen a donné 6 distinctions (1 Béninois, 1 Congolais-RDC, 1 Haïtienne, 1 Camerounais, 1 Comorienne, 1 Tchadien) ; clôture de la formation par le Directeur de cabinet du ministre de la Santé, Dr Landry GNANSOUNOU et un cocktail de fin de formation.

4. ÉVALUATIONS JOURNALIÈRES PAR LES PARTICIPANTS

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

4.1 Résumé

Les évaluations journalières de la formation ont connu un score moyen de 75%. Cela est inférieur de 5 % par rapport aux 25 cours francophones précédents et de 8 % par rapport aux 16 cours anglophones précédents. Notamment, les critères « participation » et « organisation », avec respectivement 73 % et 66 %, étaient inférieurs (-11 % et -8 %) à la moyenne des cours précédents en français. Le critère de facilitation était légèrement inférieur, à 81 %, par rapport à la moyenne de 85 % des cours francophones précédents (-4 %). Seul le critère « respect du temps » était légèrement supérieur, à 78 %, par rapport à la moyenne des cours PBF francophones précédents, de 76 % (+2 %).

Évaluations journalières pendant 10 jours par les participants	Cours Anglophones (16x)	Cours Francophones (25x)	Cotonou Octobre 2015	Comparaison Cotonou Octobre 15 - Cours Francophones
Méthodologie et facilitation	86%	85%	81%	-4%
Participation	87%	84%	73%	-11%
Organisation	85%	74%	66%	-8%
Respect du temps	72%	76%	78%	2%
Score total	83%	80%	75%	-5%

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

L'aspect de la **facilitation et de la méthodologie** a été évalué en moyenne à 81 % comme « très satisfaisant ». Cela représente un score inférieur de 4 % par rapport aux 25 cours francophones précédents, dont la moyenne était de 85 %. On note un faible score de facilitation au cours de la première semaine, notamment le mercredi et le jeudi. Nous avons fait des corrections dans la méthodologie et ainsi, à partir de vendredi de la première semaine, la courbe de score de facilitation a repris la tendance moyenne des autres cours PBF précédents.

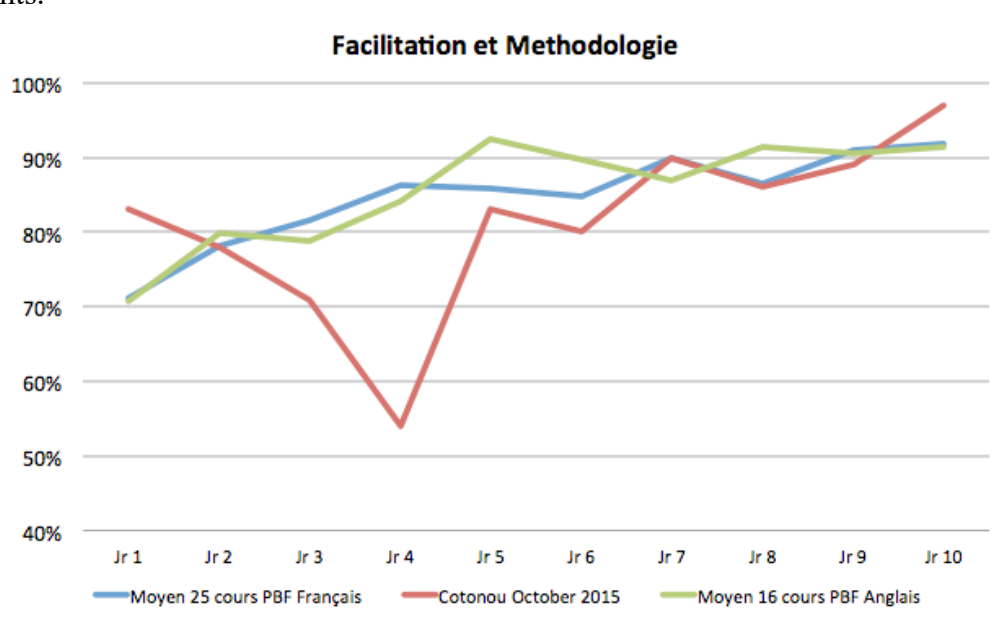


Figure 1 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *facilitation & méthodologie*

La participation a été évaluée en moyenne à 73 % pour tous les jours, ce qui est 11 % inférieur à la moyenne des cours francophones, qui s'est élevée à 84 %. La moyenne du score de participation était inférieure à la courbe moyenne des cours précédents dans la première semaine mais aussi pendant la deuxième semaine.

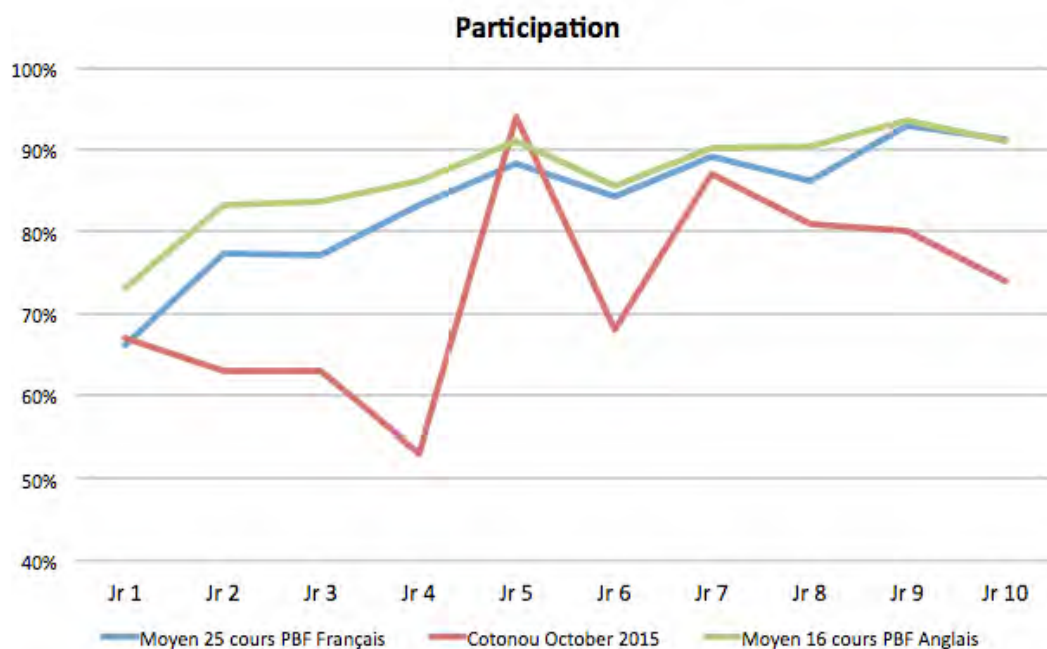


Figure 2 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *participation*.

L'organisation du cours était évaluée en moyenne à 66 % « très satisfait », ce qui est 8 % inférieur par rapport aux cours francophones (moyenne de 74 %) et 9 % inférieur par rapport aux cours anglophones (moyenne de 85 %). Le faible score était dû à des problèmes dans les chambres la première semaine et à des problèmes de restauration la deuxième semaine. On constate une amélioration de 50-60 % pendant la première semaine, puis de 70-80 % la deuxième semaine.

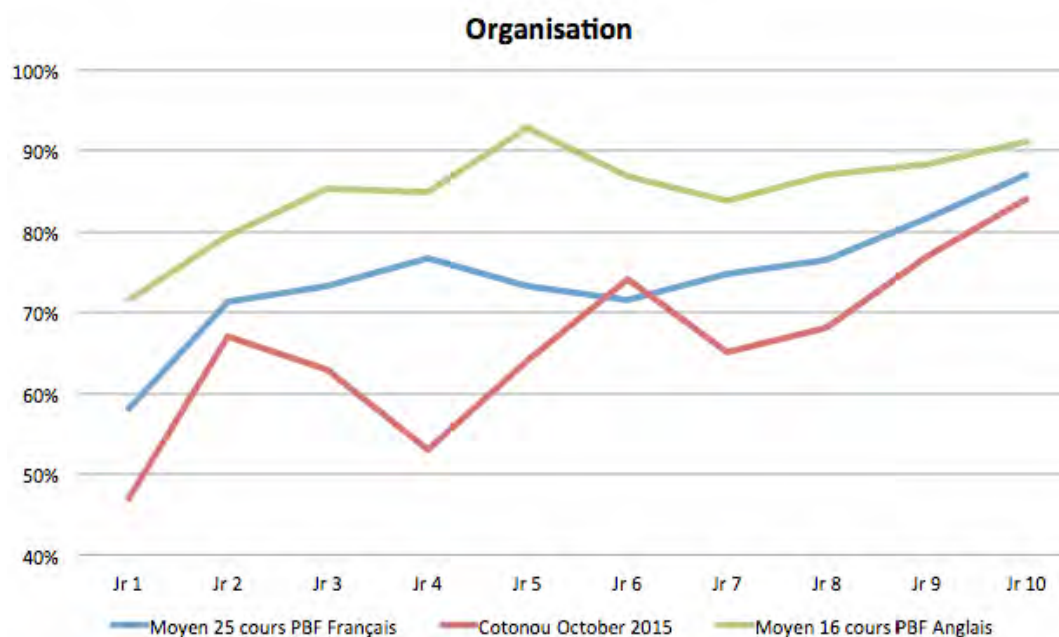


Figure 3 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *organisation*.

Le respect du temps a été évalué en moyenne à 78 % (« très satisfait »), ce qui représente un score supérieur de 2 % par rapport aux autres cours francophones (moyenne de 76 %) et de 6 % par rapport aux cours anglophones (72 %). On constate une amélioration du score de respect du temps, passant d'une moyenne de 60-70% à 80-90% entre la première et la deuxième semaine.

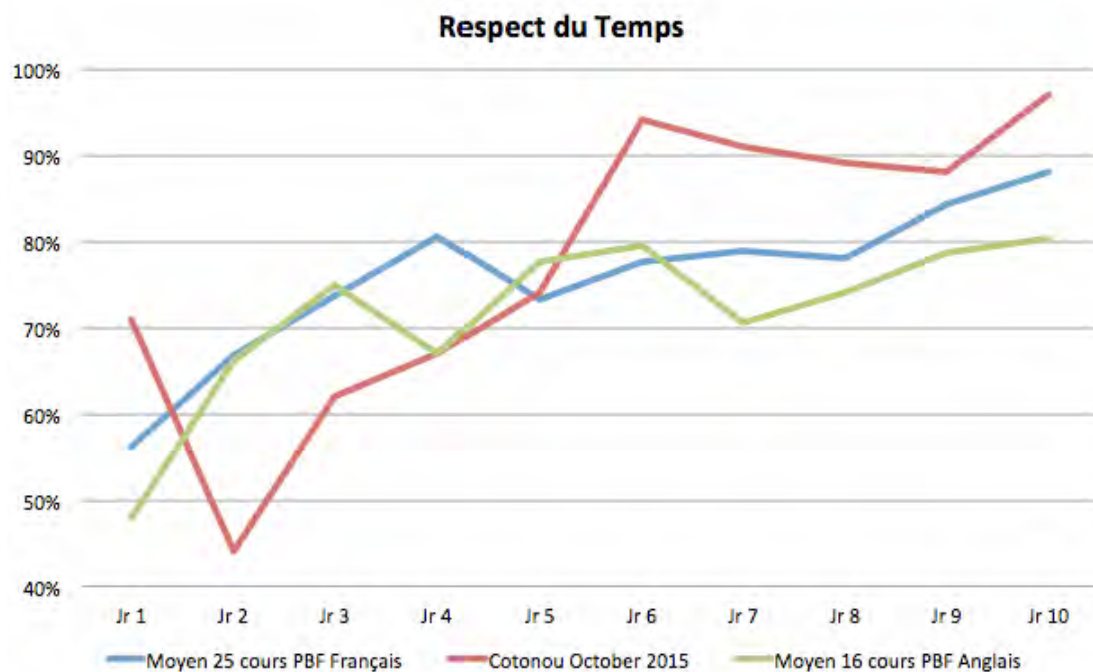


Figure 4 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *Respect du temps*.

5. ÉVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS

Le jeudi 22 octobre 2015, 39 participants au cours ont réalisé une évaluation à l'aide de *TurningPoint*, ce qui a permis de recueillir des impressions et des suggestions d'amélioration immédiatement après le cours.

5.1 Préparation et impression générale sur le cours

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

- Sur l'ensemble des trois questions concernant *la préparation et l'impression générale*, le score moyen de 89 % était 1 % supérieur à celui des autres cours francophones (88,7 %) et 4 % supérieur à celui des cours anglophones.
- La question « *J'ai été suffisamment informé des objectifs du séminaire* » a été évaluée à 92 % (soit 3 % de plus que la moyenne des autres cours PBF francophones et 12 % de plus que celle des cours anglophones).
- La question « *Le programme a répondu à mes attentes* » a été évaluée à 89 % (3 % de plus que la moyenne des autres cours PBF francophones et anglophones).
- La question « *Les objectifs du séminaire sont en relation avec mes activités professionnelles* » a été évaluée à 87% (c'est-à-dire 4% inférieur à la moyenne des autres cours PBF francophones et 2% inférieur à la moyenne des cours précédents en anglais).

Préparation	21 cours précédents PBF francophone	17 cours précédents PBF anglophone	Cotonou Octobre 2015	Comparaison Cotonou Octobre 2015 / 21 cours précédents PBF francophone
Q1: J'ai été suffisamment informé des objectifs du séminaire	89%	80%	92%	3%
Q2. Le programme a répondu à mes attentes	86%	86%	89%	3%
Q3. Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles	91%	89%	87%	-4%
Ensemble	88.7%	85%	89.5%	1%

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

5.2 Aspects relatifs à la durée de la formation

53% des participants trouvent que la durée de la formation est appropriée, mais 42% ont dit que la durée du cours était trop courte. 2 participants (= 5 %) ont dit que la durée du cours était trop longue.

Durée du cours	21 cours précédents PBF francophones	17 cours précédents PBF anglophones	Cotonou Octobre 2015	Comparaison Cotonou Octobre 2015 / 21 cours précédents PBF francophone
Trop court	26%	26%	42%	16%
Bon	68%	62%	53%	-15%
Trop longue	5%	13%	5%	0%

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

5.3 Comment les participants apprécient l'organisation de la formation

- Sur l'ensemble de six questions concernant l'organisation, le score était de 57 % en moyenne, soit 13 % inférieur aux cours francophones précédents (70 %) et 20 % inférieur aux cours anglophones précédents (77 %).
- La distribution du matériel pédagogique a été évaluée à 74 %, soit 3 % de moins que la moyenne des cours francophones précédents, qui a atteint 77 %.
- La salle de formation a obtenu un score de 78%. Ce score est supérieur de 12 % à celui des autres cours francophones.

- Le milieu du centre de conférence de l'hôtel *Atlantic Beach* où s'est déroulé le cours a été évalué à 17%. Ce score est 47% inférieur à celui des autres cours francophones précédents. C'était surtout la distance de la ville qui n'était pas appréciée.
- Les participants ont bien évalué *l'accueil par les facilitateurs et par l'Hôtel* à 97 %. Cela était supérieur de 12 % par rapport aux autres cours francophones et de 6 % par rapport aux cours anglophones.
- La *restauration* a obtenu un score de 26%, ce qui est 44% inférieur à celui des autres cours PBF francophones, avec une moyenne de 70%.
- La qualité du *transport* a été évaluée à 50%, ce qui est 10% inférieur à la moyenne des autres cours francophones de 60%.

Comment évaluez-vous l'organisation de la formation?	24 cours précédents PBF francophones	17 cours précédents PBF anglophones	Cotonou Octobre 2015	Comparaison Cotonou Octobre 2015 / 24 cours précédents PBF francophone
Qualité et distribution matériel éducatif	77%	87%	74%	-3%
La salle de conférence	66%	67%	78%	12%
Centre d'accueil (Atlantic Beach Hôtel)	64%	75%	17%	-47%
Comment avez-vous été reçu et convivialité des facilitateurs	85%	91%	97%	12%
Aliments et boissons, y compris pauses café	70%	61%	26%	-44%
Transport	60%	81%	50%	-10%
Moyenne	70%	77%	57%	-13%

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

5.4 Méthodologie et contenu du cours

- La méthodologie et le contenu du cours ont été évalués selon 5 indicateurs, pour un score moyen de 78 %. Cela est inférieur de 6% aux cours francophones précédents.
- La question « *Le contenu des modules PBF m'a aidé à atteindre mes objectifs* » a été évaluée à 84 % (soit 1 % de moins que la moyenne des autres cours PBF francophones).
- La question « *Est-ce que la méthodologie du cours était bonne ?* » a été évaluée à 78 % (soit 7 % de moins que la moyenne des autres cours PBF francophones).
- La question « *Est-ce que l'équilibre entre les cours et les exercices était bon ?* » a été évaluée à 63 % (soit 10 % de moins que 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 89% (c'est-à-dire égale 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 77 % (soit 12 % de moins que la moyenne des autres cours PBF francophones).

Méthodologie et contenu du cours	24 cours précédents PBF francophones	17 cours précédents PBF anglophones	Cotonou Octobre 2015	Comparaison Cotonou Octobre 2015 / 24 cours précédents PBF francophone
Le contenu des modules PBF m'a aidé à atteindre mes objectifs	85%	90%	84%	-1%
La méthodologie du cours	85%	86%	78%	-7%
L'équilibre entre les cours et les exercices	73%	77%	63%	-10%
Interaction et échanges dans les groupes de travail	89%	90%	89%	0%
Les méthodes de travail adoptées au cours ont stimulé ma participation active	89%	89%	77%	-12%
Moyenne	84%	86%	78%	-6%

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

5.5 Comment les participants apprécient la conduite du cours et la facilitation

- Concernant la facilitation, 86% des participants ont donné le score « très satisfait » pour *l'esprit ouvert des facilitateurs* ; ce qui est supérieur de 9% aux scores des autres cours francophones et de 11% par rapport aux cours anglophones.
- 69 % des participants ont estimé que le temps alloué aux *travaux de groupe* était suffisant, soit 6 % de plus que dans les autres cours PBF francophones.
- 73 % des participants ont indiqué être très satisfaits du *temps imparti aux discussions*, ce qui est inférieur de 3 % à celui des autres cours francophones.

Les aspects liés à l'exécution du programme et la facilitation	24 cours précédents PBF francophones	17 cours précédents PBF anglophones	Cotonou Octobre 2015	Comparaison Cotonou Octobre 2015 / 24 cours précédents PBF francophone
Les animateurs avaient l'esprit ouvert à des contributions et critiques	77%	75%	86%	9%
Le temps alloué au travail de groupe était adéquate	63%	75%	69%	6%
Le temps des discussions est adéquat	76%	80%	73%	-3%
Moyenne	72%	77%	76%	4%

Tableau 8: Exécution du programme et facilitation.

5.6 Appréciation par module

Concernant la satisfaction par module, le tableau suivant montre qu'il y avait un score moyen de 79 %, inférieur de 6 % à celui des autres cours francophones (85 %) et des cours anglophones (85 %). Les modules relativement mal évalués étaient le costing (-12 %), la microéconomie et l'économie de la santé (-17 %) et l'étude de base (-20 %).

Modules	25 cours précédents PBF francophones	17 cours précédents PBF anglophones	Cotonou Octobre 2015	Comparaison Cotonou Octobre 2015 / 24 cours précédents PBF francophone
Pourquoi le PBF & Qu'est-ce que est le PBF? Mod 1 & 2	93%	91%	86%	-7%
Les notions de micro-économie et l'économie de la santé	73%	81%	56%	-17%
Théories PBF, meilleures pratiques, bonne gouvernance et décentralisation	88%	91%	87%	-1%
Enquête de recherche de base - évaluation, le processus d'analyse	81%	77%	61%	-20%
Les indicateurs des outputs dans une intervention PBF	90%	88%	89%	-1%
Agence de Contractualisation & Vérification (ACV), la collecte des données	91%	87%	84%	-7%
Régulateur - assurance de la qualité	86%	91%	79%	-7%
Techniques de négociation et de résolution des conflits	90%	87%	84%	-6%
Boîte Noir: Plan de Business	86%	88%	87%	1%
Boîte noire: Indices outil: recettes - dépenses - les primes de performance	85%	81%	89%	4%
Renforcer la Voix de la Population et le marketing social	86%	87%	82%	-4%
Faisabilité program PBF, les hypothèses fatales et le plaidoyer	89%	88%	87%	-2%
Élaboration d'un projet PBF - costing	73%	68%	61%	-12%
Moyenne pour 13 modules	85%	85%	79%	-6%

Tableau 9: Appréciation des participants des 13 modules du cours PBF.

5.7 Remarques spécifiques des participants

Méthodologie et facilitation

- Continuer à piloter l'avion du PBF doucement et sûrement, ainsi le vol sera confortable
- Plus d'exercices à faire
- Faire d'abord la partie théorique (2 à 3 jours) pour fixer les théories de base avant les interactions
- Des modules essentiels tels que le plan de business, indices et costing ont été faits à la fin
- Les facilitateurs doivent contrôler le temps
- Les attestations peuvent être remises en tenant compte de la participation totale
- Le post-test n'est pas nécessaire
- Envoyer les cours aux participants dix (10) jours avant la tenue de la session
- Commencer par l'e-learning dès que les participants sont inscrits pour mieux parfaire la compréhension des concepts
- Les exercices ne sont pas suffisamment expliqués
- Les modules importants liés à l'économie et au costing ont été trop vite passés en revue
- Mieux préparer les visites de terrain : personnel informé et préparé
- Le livre comporte des fautes de grammaire
- Monsieur Robert, je vous prie de prendre attache avec la structure locale de la Banque mondiale pour sauver le Niger en matière de PBF

Hôtel et organisation

- Isolement de l'hôtel (route dégradée) 2x
- Prévoir des moustiquaires 2x
- La restauration n'est pas bonne 2x
- Bien négocier les repas et les pauses au préalable avec l'hôtel
- Revoir la durée du cours (à 3 semaines)
- Cours intensif (2 semaines) pour des adultes de plus de 40 ans
- Finir le cours tous les jours à 16h30
- Écrire sur les cartables « 50^e cours Cotonou »
- Prévoir un cadre plus attrayant avec Internet surtout au niveau des chambres
- Difficulté d'internet dans les salles, télévision d'image de mauvaise qualité
- Temps de détente trop limité (1/2 journée et une journée)
- Excursion à Lomé
- Le micro faisait trop de bruit
- Le service de repassage de l'hôtel est déplorable
- La qualité des sacs est médiocre
- À revoir la position des toilettes « dames » dans la salle de conférence
- Chauffeur pas vraiment coopératif

Organisation après le cours

- Garder contact avec les participants de ce cours pour motiver tout le monde
- Prévoir un recyclage des anciens formés compte tenu des changements dans le cours
- Organiser des rencontres internationales, nationales, régionales et même locales sur le progrès du PBF dans les pays

6. PLANS D'ACTION DES PAYS REPRÉSENTÉS PENDANT LE COURS PBF

6.1 Cameroun

6.1.1 Contexte du PBF et Cameroun



Le Cameroun est situé en Afrique centrale, au fond du golfe de Guinée, et compte 10 régions administratives. La superficie est de 475 650 km². La population estimée au 1^{er} janvier 2014 était de 21,7 millions d'habitants. Le taux de pauvreté est de 39,9 % et le taux d'accroissement est de 2,5 %.

Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 24,3% de la population et les enfants de 0 à 5 ans représentent 17 % (RGPH, 2010). L'indice de développement humain est faible, à 150/187 (0,495 ; UNDP, 2012). Le Budget National (2015) s'élève à 3 747 milliards de FCFA. Revenu national brut (RNB) / habitant : 1 360 \$

- Espérance de vie à la naissance, totale, en années (2013) : 55 ans.
- Taux de mortalité générale / brut : 12% (2012)
- Taux de mortalité maternelle est de 780‰ (2008-2012) / 690‰ (ajusté en 2010)
- Le taux de mortalité infantile (< 1 an) était de 61 en 2012 et de 84 en 2010
- Taux d'alphabétisation des adultes : 71,3% (2008-2012)
- Prévalence VIH/SIDA chez les adultes : 4,5% (2012)
- Taux net de scolarisation à l'école primaire était de 93,5% en 2011 (OMD 2)
- Ratio de la population pauvre en fonction du seuil de pauvreté : 39,9% (2007).

Il y a 180 districts de santé et des FOSAs de 4 catégories :

- I (Centres de santé +/- CMA),
- II (Hôpitaux de districts),
- III (Hôpitaux régionaux) et
- IV (Hôpitaux de Référence: CHU)

6.1.2 Le PBF au Cameroun

Le projet pilote PBF a commencé en 2009 dans la Région Est. Depuis 2010, le gouvernement, avec la BM ont commencé un autre projet pilote PBF dans 4 régions : EST, LITTORAL, NORD-OUEST et SUD-OUEST. Le programme a connu 23 indicateurs PMA et 25 indicateurs PCA. Actuellement, il y a 33 indicateurs PMA et 31 indicateurs PCA.

L'extension du projet de 4 à 7 régions sera réalisée en 2016, ce qui comprend les 3 régions du septentrion (NORD, ADAMAOUA et Extrême-Nord).

Population couverte à la phase pilote : 2 818 858 habitants (13% national)

REGION	POPULATION couverte	Nombre de FOSA (avant échelle)
Est	1 001 406	215
Littoral	594 131	125
Nord-ouest	543 687	110
Sud-ouest	679 634	67
TOTAL	2 818 858	517

6.1.3 Score de faisabilité

Score de pureté PBF réalisé à l'atelier PBF à Cotonou : 82 % (41/50), avec la nécessité de (1) implémenter et systématiser des unités d'investissement pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures et (2) d'inclure les bonus liés aux vulnérabilités régionales et au niveau des structures.

6.1.4 Problèmes rencontrés

- Insuffisance d'allocation budgétaire / budget limité
- Inadéquation d'implémentation des projets et programmes santé
- Mauvaise répartition des ressources matérielles, humaines et financières

6.1.5 Plan de plaidoyer

Insuffisance rencontrées	Axe de plaidoyer / d'intervention	Responsable activité / Intervention	Cible du plaidoyer / Intervention	Délai d'exécution
Des structures ont toujours besoin d'une autorisation préalable pour l'utilisation des fonds épargnés au trésor l'année précédente.	Plaidoyer pour modifier la réglementation: dérogation pour structures PBF et ensuite à l'échelle nationale	Délégués Régionaux de Santé Publique	Ministre de la Santé Publique	31 Décembre 2015
La gestion des fonds par les structures privées (clinique et Religieuses) est parfois soumise à l'autorisation des hauts responsables	Plaidoyer à faire au niveau des institutions concernées	Managers des ACV	Institutions Religieuses et Cliniques Privées	31 Décembre 2015
Unités d'investissement ou Bonus d'Amélioration Qualité (infrastructure et des équipements) partiellement implémenté	Recrutement des vérificateurs de l'amélioration de la qualité par les ACV régionales	Fonds Régionaux / ACV	ACV	26 Février 2016
Existence vulnérabilité structures et districts mais pas au niveau régional	Plaidoyer pour inclusion des vulnérabilités régionales dans la budgétisation	Fonds Régionaux / ACV	Cellule Techn Nationale (CTN)	14 Décembre 2015

6.2 Comores

6.2.1 Contexte



Les Comores sont un pays insulaire à faible revenu, avec un IDH de 0,429 (159^e rang sur 187 pays). La population est jeune car 57,4 % ont moins de 20 ans. Le taux net de scolarisation est de 79,4 %. Il existe une forte migration interne vers l'île de Mayotte, sous occupation française, pour des raisons essentiellement sanitaires (obstétricales et infantiles) et économiques.

6.2.2 Indicateurs

Indicateurs	Valeurs
PIB per capita en dollars US	USD 760
Dépenses totales de santé par habitant en dollars US	USD 49,6
Dépenses de santé en % du Produit intérieur Brut (PIB)	13,3%
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	49,8%
Part du budget alloué à la santé	10%
Incidence de pauvreté monétaire (personne vivant sous le seuil de pauvreté)	45,5%

Indicateurs	Valeurs
Densité moyenne	411 habitants/km ²
Indice de fécondité	4,3
Prévalence contraceptive	19,4%
Taux de mortalité infantile	35,6 pour mille
Taux de mortalité Infanto juvénile	50 pour mille
Ratio de mortalité maternelle	172 pour 100 000 NV
Espérance de vie à la naissance	64 ans (H); 70 ans (F)

Indicateurs	Valeurs
Taux de malnutrition de moins de 5 ans	30%
Taux de prévalence du paludisme	inférieur à 5%
Taux de prévalence du VIH/SIDA	0,025%

6.2.3 Analyse de problèmes

- Faible financement de la santé ;
- Mauvaise répartition du personnel médical et paramédical (concentration urbaine) ;
- Qualité des soins insatisfaisante ;

- Accès financier des ménages aux soins et aux médicaments limité ;
- Faible motivation du personnel (cumul d'arriérés de salaires, absence de promotions et de primes de reconnaissance, etc.) ;
- Données statistiques de routine peu fiables ;
- Faible intégration des programmes de santé.

6.2.4 Est-il nécessaire d'introduire le PBF pour résoudre les problèmes ?

- Environnement juridique favorable : les FOSA sont des établissements semi-publics et semi-privés à but non lucratif avec une autonomie de gestion ;
- Amélioration de la qualité des soins et promotion de l'équité ;
- Fidélisation et motivation des prestataires de soins ;
- Augmentation de la fréquentation des structures de soins ;
- Atteinte des objectifs OMD, ODD ;
- Possibilité d'auto-investissement des structures sanitaires

6.2.5 Score de faisabilité

Critères pour établir si le programme PBF est pure	Points maximum	Points donnés
1. Critères de pureté d'un programme PBF Points 1. Le budget du programme PBF n'est pas moins de \$ 4.00 par habitant et par an dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats des ASLO et les unités d'investissement pour l'infrastructure.	5	0
2. Le programme PBF a au moins 25 indicateurs d'output pour lesquels les structures reçoivent des subsides et un système d'indicateurs composites de qualité.	3	0
3. Le programme PBF finance les paquets complets des CS (PMA) et des hôpitaux (PCA) et n'est pas restreinte à un nombre limité d'indicateurs d'un programme vertical.	2	0
4. Le programme PBF contient l'indicateur "visite de ménage suivant un protocole", qui est appliquée par tous les contractants principaux de niveau primaire.	2	0
5. Le programme inclut une étude de base ménage et de la qualité qui permet d'établir des priorités et de mesurer le progrès.	3	0
6. Les recettes du recouvrement sont utilisées au point de la collecte par la structure.	2	2
7. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit de décider où acheter leurs intrants auprès des distributeurs de qualité opérant en concurrence.	4	0
8. Le programme introduit l'outil de la gestion structure le plan de business.	3	0
9. Le programme introduit l'outil de la gestion structure l'indice	3	3
10. L'ACV signe les contrats directement avec les responsables quotidiens des structures et non pas avec les propriétaires indirects privées ou religieuses	2	2
11. Les structures peuvent influencer les tarifs du recouvrement de coûts.	2	0
12. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier le personnel	2	0
13. Il y a un ACV qui est indépendant des autorités de santé locales avec un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.	2	2
14. Il y a une séparation claire entre les tâches de la contractualisation et de la vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	0
15. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (cela en Afrique concerne souvent des discussions sur la PF moderne).	2	0
16. Les ACV ont des unités d'investissement pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	2	0
17. Les structures publiques, religieuses et privées ont une chance égale d'un contrat.	3	0
18. Il y a des bonus liés aux vulnérabilités régionales et au niveau des structures.	3	0
19. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	3	0
TOTAL:	50	10= 20%

6.2.6 Plan d'action

Problèmes identifiés	Actions	Période	Responsable
1-Absence d'étude de faisabilité et de préparation préalable à la mise en œuvre du PBF (<i>budget par hab / an; communication, information et formation des acteurs du programme PBF</i>) 2-Faible score des critères de pureté PBF (12 points sur 50 soit 24%) : <i>non séparation des fonctions (régulation, ACV, paiement), Absence d'autonomie des structures PBF, monopole de la CAMUC, verticalité des indicateurs, absence de fonds d'équité, tarification unique pour toutes les structures, absence de concurrence...etc.</i> 3-Faible financement de la santé ; 4-Mauvaise répartition du personnel médical et paramédical (<i>concentration en milieu urbain</i>) ; 5-Qualité des soins insatisfaisante ; 6-Accès financier des ménages aux soins et aux médicaments limité ; 7-Faible motivation du personnel (<i>cumul d'arriérés de salaires, absence de promotions et de primes de reconnaissance, etc.</i>) ;	Restitution interne de la formation PBF (SG, DGS, DGEPS, PASCO)	Avant le 10 Nov 2015	Participants à la formation
	Restitution élargie avec les parties prenantes (Min des Finances, AFD, GAVI, UNICEF, UNFPA, CCM, Min de l'Éducation, FENAMUSAC, MAEECHA, etc.)	Nov 2015	Équipe PBF
	Évaluation interne et externe du projet PBF	Nov-Dec 15	Équipe PBF
	Mise en œuvre des recommandations de l'évaluation	Jan 2016	Équipe PBF
	Communication, Sensibilisation, Mobilisation de ressources additionnelles	Fev-mars 16	Équipe PBF
	Mise à l'échelle / Élargissement du programme PBF	Avril-Déc 16	Équipe PBF, Gouvernement
	Revue annuelle du programme PBF	Déc 2016	Gouvernement et Partenaires

6.3 Cote d'Ivoire

6.3.1 Analyse des problèmes du système de santé

- Analyse de la performance du système de santé:
 - Leadership et gouvernance insuffisants
 - Offre des services et soins insuffisants
 - RHS démotivée
 - Accès inéquitable aux services de santé
- Conséquences
 - Qualité déficiente des soins et services de santé
 - Faible utilisation des services
 - Problème pour aller vers la Couverture Santé Universelle

6.3.2 Justification pour le PBF

- PNDS 2012-2015 :
 - PBF stratégie de renforcement du système de santé
- Expériences pilotes:
 - EGPAF dans le District Sanitaire de Bélier
 - Abt Associates dans le District Sanitaire de Ferkessédougou
- Bonnes pratiques :
 - Amélioration de la motivation du personnel de santé
 - Fidélisation du personnel de santé à leur poste
 - Amélioration du rapportage des données

Le PBF est en montage en CI. Les étapes réalisées sont :

- Formation d'une masse critique d'acteurs
- Atelier national de réflexion sur les axes de développement
- Finalisation et validation de la stratégie nationale PBF
- Élaboration et validation de la feuille de route

6.3.3 Objectifs du PBF

- Améliorer la performance du système de santé. Spécifiquement:
 - Renforcer la gouvernance à tous les niveaux
 - Accroître l'utilisation des services de santé
 - Dispenser des services et soins de santé de qualité
 - Motiver le personnel de santé
 - Renforcer la participation communautaire
 - Consolider le partenariat public – privé

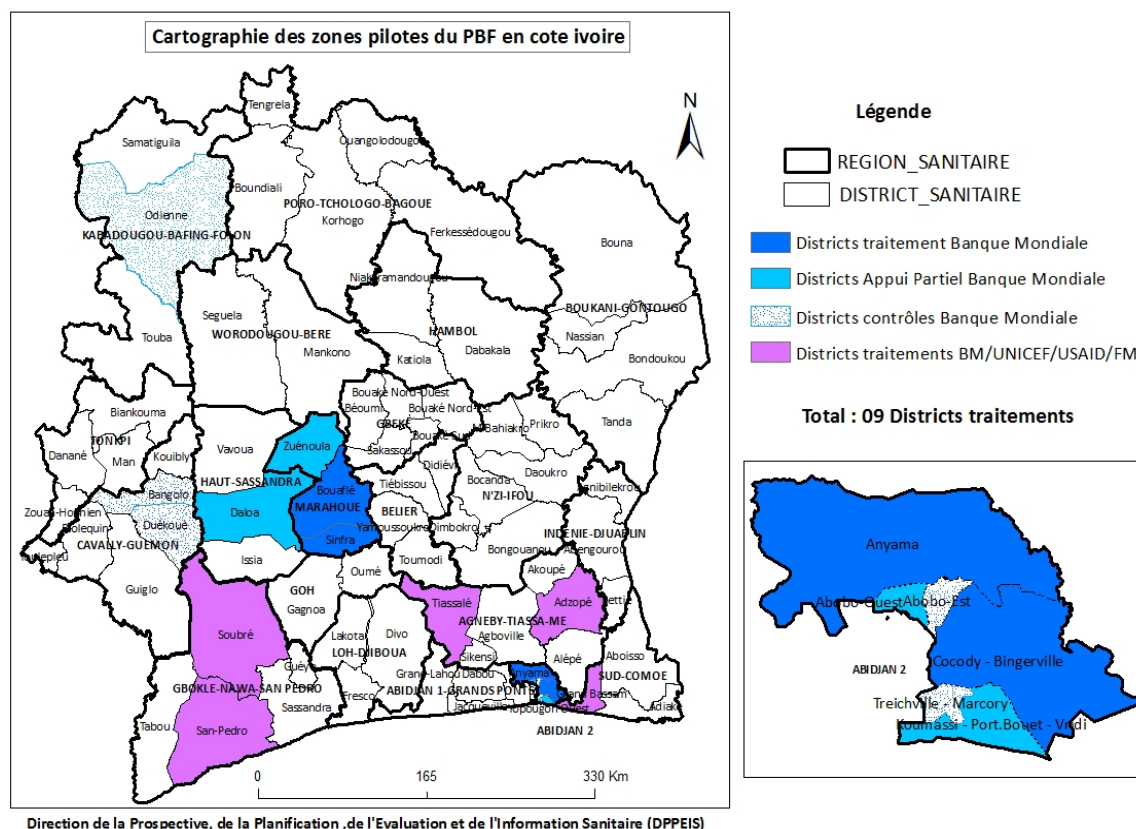
6.3.4 Principes du PBF

Séparation des fonctions essentielles:

- Régulation: MSLS et ses entités déconcentrées ; Payeur: MEF et Partenaires
- Contrôle: Agence de contractualisation et de vérification ; Prestation: Structures de santé

6.3.5 Axes d'intervention

- Projet pilote de deux ans : 19 districts sanitaires dont 09 pour la Phase I ; Appui des Partenaires : Banque mondiale, Fonds Mondial, UNICEF, UNFPA, USAID
- Passage à l'échelle à l'ensemble des districts : Inhérent aux résultats du projet pilote



6.3.6 Feuilles de route

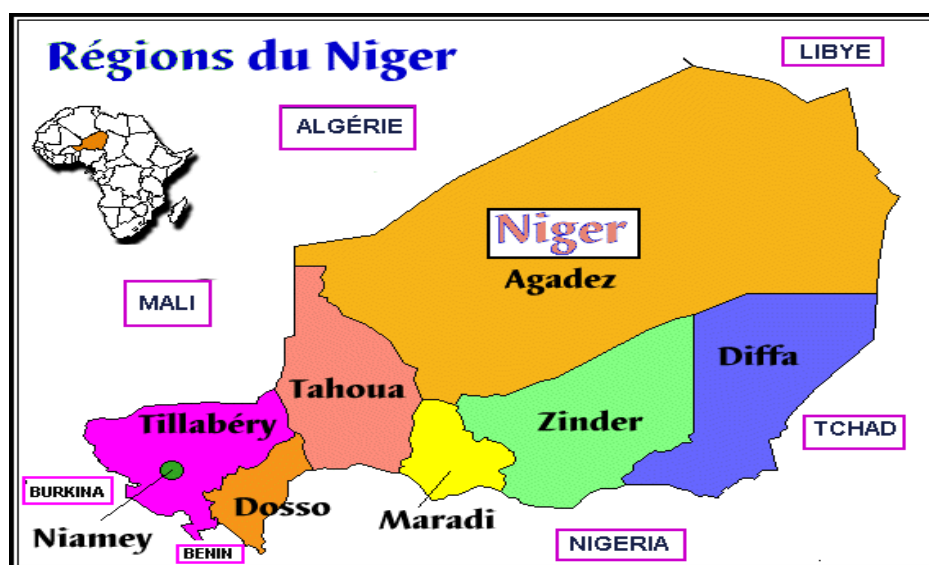
ACTIONS	PERIODE	ACTIONS
Réaliser une étude de base des indicateurs sociodémographiques dans les zones pilotes	Septembre-Octobre	Réaliser une étude de base des indicateurs sociodémographiques dans les zones pilotes
Prendre des textes réglementaires	Septembre	Prendre des textes réglementaires
Prise d'un arrêté du Comité technique FBP	Septembre	Prise d'un arrêté du Comité technique FBP
Élaborer les outils de gestion	Sept-Oct.	Élaborer les outils de gestion

Contrats types du FBP	Septembre	Contrats types du FBP
Budgétisation des indicateurs FBP	Octobre	Budgétisation des indicateurs FBP
Paramétrage de l'outil d'indice	Octobre	Paramétrage de l'outil d'indice
Renforcer les capacités des acteurs nationaux	Oct-Nov	Renforcer capacités acteurs nationaux
Formation de 40 formateurs nationaux	Octobre	Formation de 40 formateurs nationaux
Formation des formateurs régionaux	Octobre	Formation des formateurs régionaux
Formation des prestataires	Novembre	Formation des prestataires
Informier et sensibiliser les acteurs	Oct-Nov	Informier et sensibiliser les acteurs
Session de sensibilisation des décideurs	Octobre	Session de sensibilisation des décideurs
Session de sensibilisation acteurs niveau central	Novembre	Sensibilisation acteurs niveau central
Session de sensibilisation de la société civile et des prestataires	Novembre-Décembre	Session de sensibilisation de la société civile et des prestataires
Établir les contrats de performance avec les entités	Décembre	Etablir les contrats de performance avec les entités
Mise en œuvre de la phase pilote	Janv. 2016	Mise en œuvre de la phase pilote

6.3.7 Conclusion

- PBF: instrument efficace pour améliorer la performance du système de santé
- Précurseur pour la réforme profonde du système de santé
- Appropriation et adhésion des parties prenantes

6.4 Niger



6.4.1 Contexte

- Le Niger est un pays enclavé, situé en Afrique de l'Ouest, d'une superficie de 1,26 million de km². Les trois quarts du pays sont désertiques et le quart restant est constitué d'une zone sahélo-soudanienne dans la partie sud ;
- Sur le plan administratif, le Niger compte 8 régions, 63 départements et 266 communes.
- La population du Niger est estimée à 17,1 millions d'habitants en 2012, avec un taux d'accroissement annuel de 3,9%, l'un des plus élevés au monde ;
- Cette forte croissance démographique est corroborée par une fécondité élevée. L'ISF est passé pour l'ensemble du pays de 7,1 enfants par femme en 2006 à 7,6 en 2012) ;
- Une faible prévalence contraceptive, malgré une légère augmentation (de 5 % en 2006 à 12 % en 2012).

6.4.2 Pyramide Sanitaire

La composition de ces différents niveaux de la pyramide sanitaire se présente comme suit :

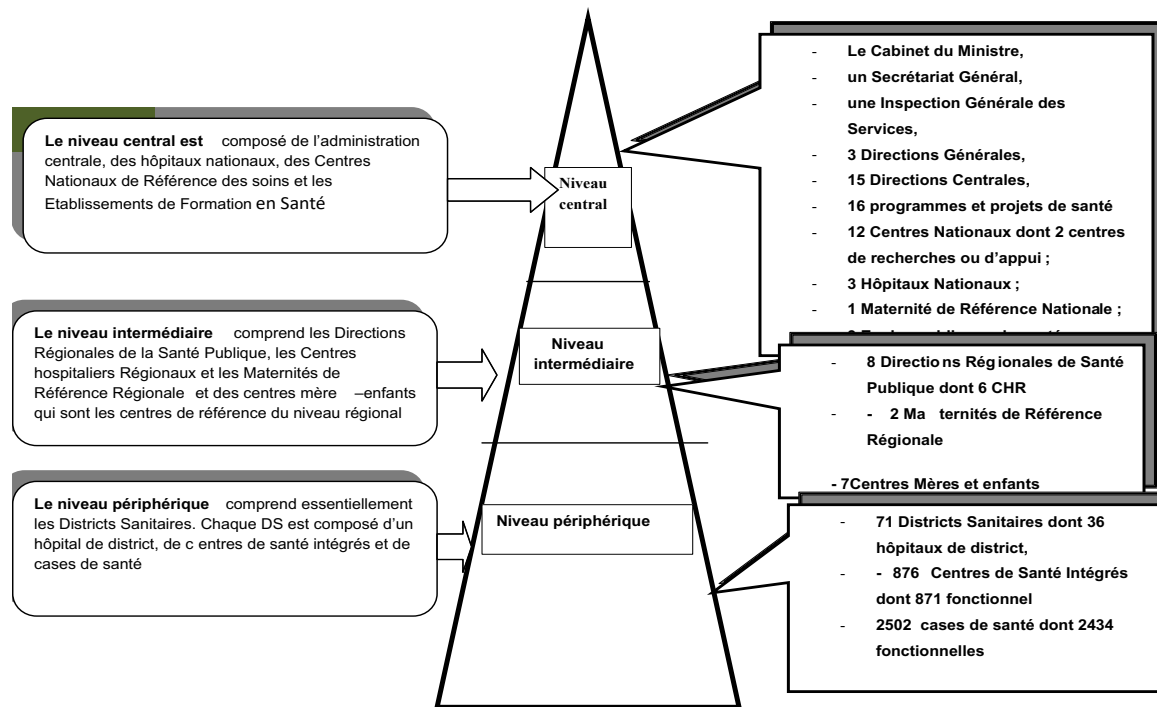


Figure 1 : Composition des différents niveaux de la pyramide sanitaire au Niger

6.4.3 Analyse de la situation

- La République du Niger est un pays très pauvre avec 80% de la population disposant de moins de 2\$ US par jour. Le PIB était de 3 659,6 milliards de FCFA (7,3 milliards de dollars US) en 2013, soit 205 600 FCFA (411 \$ US par personne) par an, avec une économie reposant principalement sur le secteur agro-pastoral et les services administratifs. Le secteur minier, sur lequel reposent des espoirs fondés, ne représente actuellement que 4 % de la richesse nationale produite.
- Le poids écrasant que supportent les ménages dans le financement de la dépense globale de santé (56% en 2013 selon les CNS 2012-2013).
- Le taux d'**utilisation des services de santé curatifs** est de 51% en 2013.

6.4.4 Indicateurs

- % d'enfants complètement vaccinés** : 51 % en 2010 pour 64 % en 2012 pour un objectif de 75% en 2015 ;
- Taux de mortalité néonatale** : 30 pour 1000 naissances en 2010 contre 24 pour 1000 naissances vivantes en 2012 pour un objectif de 22 pour 1000 en 2015 ;
- Taux de mortalité infanto-juvénile** : 130 en 2010 contre 127 pour 1000 en 2012 pour un objectif de 114 pour 1000 ;
- Taux de couverture en Penta 3** : 78% en 2010 et 92% en 2012 pour un objectif de 95% en 2015 ;
- Taux d'allaitement maternel exclusif** : 27% en 2010 et 34% en 2012 pour un objectif de 40% en 2015 ;
- Taux d'utilisation au curatif** : 50% en 2010 et 66% en 2012 pour un objectif de 80% en 2015 ;

- **Taux de succès thérapeutique de la tuberculose** : 77% en 2010 et 80% en 2012 pour un objectif de 84% en 2015 ;
- Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié : 29,5% en 2010 et 55,89% en 2012 pour un objectif de 60% en 2015 ;
- Taux de césarienne : 1,3% en 2010 et 2,5% en 2012 pour un objectif de 5% en 2015 ;
- Ratio médecin par population = 1 médecin pour 30 166 hbts en 2010 et 1 médecin pour 17 853 hbts en 2012 (norme OMS : 1 médecin pour 10 000 hbts) ;
- Ratio sage-femme/FAP : 1 SF pour 4545 FAP en 2010 et 1 SF pour 2824 FAP en 2012 (norme OMS : 1 SF pour 5000 FAP) ;
- Ratio infirmier/population : 1 infirmier pour 4431 en 2010 et 1 infirmier pour 3923 en 2012 (norme OMS : 5000 Hbts).
- La **prévalence** de l'utilisation de méthodes contraceptives modernes chez les femmes en union est passée de 5 % en 2006 à 12 % en 2012.
- Le taux d'accouchements assistés par du personnel formé a augmenté, passant de 19 % en 2008 à 46 % en 2014.
- Au Niger, les besoins en Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complètes (SONUC) sont couverts à 95% en 2014. Par contre, les besoins en Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) ne sont couverts qu'à hauteur de 20,27%.
- L'enquête EDSN-MICS, réalisée en 2012, montre un taux de mortalité maternelle de 535 décès pour 100 000 naissances vivantes, contre 648 en 2006. L'objectif fixé pour l'OMD5, à savoir 175 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici fin 2015, ne sera pas atteint.
- La **mortalité des enfants de moins de 5 ans** a connu la meilleure évolution parmi tous les OMD relatifs à la santé, et le pays pourrait être au rendez-vous en 2015. En effet, il est passé de 318‰ en 1992 à 127‰ en 2012.
- La **mortalité néonatale** a baissé, passant de 38‰ en 2006 à 24‰ en 2012.
- La séroprévalence du VIH au sein de la population générale était de 0,9% en 2002. Elle a régressé à 0,4% en 2012.

6.4.5 Problèmes liés à l'état de santé

- Forte mortalité maternelle (535 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012) ;
- Mortalité infanto-juvénile encore élevée (127 décès pour mille en 2012) ;
- Persistance de maladies à potentiel épidémique, émergentes et réémergentes.
- Faiblesse de la gouvernance et du leadership
- Faible qualité des prestations ;
- Faible fonctionnalité de la participation communautaire
- Faible couverture sanitaire (48%) ;
- Insuffisance du personnel et sa mauvaise gestion ;
- Mauvaise hygiène de l'environnement ;
- Insuffisance de couverture en eau potable et électricité
- Insuffisance du dispositif d'assainissement, particulièrement dans les formations sanitaires

6.4.6 Résoudre les problèmes avec le FBP ?

- Amélioration de l'offre et de la qualité des soins (PEC des enfants, des femmes, vaccination, nutrition = réduction de la morbidité et de la mortalité)
- L'autonomie de la gestion
- La motivation du personnel,
- L'amélioration de la supervision

6.4.7 Score de faisabilité

EVALUATION PBF PILOTE NIGER		Note	Observations
1. Critères de pureté d'un programme PBF Points 1. Le budget du programme PBF n'est pas moins de \$ 4.00 par habitant et par an dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats des ASLO et les unités d'investissement pour l'infrastructure.	5	5	6, 39\$
2. Le programme PBF a au moins 25 indicateurs d'output pour lesquels les structures reçoivent des subsides et un système d'indicateurs composites de qualité.	3	3	22 indicateurs
3. Le programme PBF finance les paquets complets des CS (PMA) et des hôpitaux (PCA) et n'est pas restreinte à un nombre limité d'indicateurs d'un programme vertical.	2	2	RAS
4. Le programme PBF contient l'indicateur "visite de ménage suivant un protocole", qui est appliquée par tous les contractants principaux de niveau primaire.	2	0	Non encore pris en compte
5. Le programme inclut une étude de base ménage et de la qualité qui permet d'établir des priorités et de mesurer le progrès.	3	3	RAS
6. Les recettes du recouvrement sont utilisées au point de la collecte par la structure.	2	2	RAS
7. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit de décider où acheter leurs intrants auprès des distributeurs de qualité opérant en concurrence.	4	4	RAS
8. Le programme introduit l'outil de la gestion structure le plan de business.	3	3	RAS
9. Le programme introduit l'outil de la gestion structure l'indice	3	3	RAS
10. L'ACV signe les contrats directement avec les responsables quotidiens des structures et non pas avec les propriétaires indirects privées ou religieuses	2	0	L'AT Joue le rôle. Pas d'ACV
11. Les structures peuvent influencer les tarifs du recouvrement de coûts.	2	2	RAS
12. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier le personnel	2	2	Cas d'un Médecin recruté
13. Il y a un ACV indépendant des autorités de santé locales avec un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.	2	0	Pas d'ACV mais rôle joué par l'AT
14. Il y a une séparation claire entre les tâches de la contractualisation et de la vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2	RAS
15. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (cela en Afrique concerne souvent des discussions sur la PF).	2	0	Pas d'ACV mais rôle joué par l'AT
16. Les ACV ont des unités d'investissement pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	2	0	Pas d'ACV mais rôle joué par l'AT
17. Les FOSA publiques, religieuses, privées ont chance égale d'obtenir un contrat	3	3	RAS
18. Il y a des bonus liés aux vulnérabilités régionales et au niveau des structures.	3	3	RAS
19. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	3	0	
TOTAL:	50	37	74%

6.4.8 Plan d'action

Problèmes à résoudre	Solutions	Actions	Acteurs	Lieu	Quand
Insuffisance des ressources (humaines et financières) pour la mise en œuvre du FBP au Niger	Compléter le personnel de la CTFBP	Affecter du personnel requis à la CTFBP pour son fonctionnement (expert FBP, juriste, suivi évaluation et secrétaire)	MSP	Niveau Central	Janvier 2016
	Assurer la disponibilité des ressources financières	Organiser une table ronde des partenaires pour mobiliser les fonds en vue d'assurer la continuité du financement FBP	MSP		Fin juin 2016
		Plaider pour l'ouverture d'une ligne budgétaire FBP dans le budget national	MSP		
Services de santé privés non pris en compte	Intégration des structures privées de santé dans le PBF	Signer un contrat secondaire avec les formations sanitaires privées	HD FOSA	HD FOSA	Mars 2016
Absence des VAD	Motiver relais et Cogest pour VAD	Former et encadrer les relais et Cogest sur les VAD	Agents FOSA	FOSA	Décembre 2015
	Entreprendre les VAD	Organiser des sorties VAD au niveau des FOSA	Relais Cogest		

6.5 Tchad



6.5.1 Contexte

Le Tchad a une superficie de 1,3 million de km², une population de 13,6 millions d'habitants et 23 régions. 51 % de la population est féminine et l'espérance de vie est de 50 ans.

Le système de santé pyramidal à 3 niveaux:

- Central
- Intermédiaire: 23 DSR
- Périphérique : 121 DS dont 82 fonctionnels et 1014 ZR fonctionnels, soit un taux de 80 %.

6.5.2 Principaux indicateurs

- | | |
|---|---------------------------------|
| ▪ Médecin : | 1/ 31.735; |
| ▪ Sage-femme : | 1/ 9 596 ; |
| ▪ Indice synthétique de fécondité : | 7,1 enfants par femme |
| ▪ Mortalité maternelle: | 860/100 000 naissances vivantes |
| ▪ Mortalité infantile : | 72/1000 |
| ▪ Couverture Penta 3: | 84% |
| ▪ Accouchements assistés en milieu surveillé: | 35% |
| ▪ Couverture contraceptive: | 6% |

6.5.3 Problème identifiés

- Mauvaise gestion des ressources à tous les niveaux
- Forte centralisation des décisions
- Faible utilisation des services de santé

6.5.4 Solutions proposées

- Accélérer le processus de la décentralisation
- Renforcer la gouvernance et le Leadership
- Renforcer le rôle de la communauté (mise en œuvre de la politique de santé communautaire)

6.5.5 Score de faisabilité

Critères pour établir si le programme PBF est pure	Points maximum	Points donnés
1. Le budget du programme PBF n'est pas moins de \$3.00 par habitant et par an dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats des ASLO et les unités d'investissement pour l'infrastructure.	5	5
2. Le programme PBF au moins 20 indicateurs d'output pour lesquels les structures reçoivent des subsides et un système d'indicateurs composites de qualité.	3	3
3. Le programme PBF finance les paquets complets des CS (PMA) et des hôpitaux (PCA) et n'est pas restreinte à un nombre limité d'indicateurs d'un programme vertical.	2	2
4. Le programme PBF contient l'indicateur "visite de ménage suivant un protocole", qui est appliquée par tous les contractants principaux de niveau primaire.	2	2
5. Le programme inclut une étude de base ménage et de la qualité qui permet d'établir des priorités et mesurer le progrès.	3	3
6. Les recettes du recouvrement sont utilisées au point de la collecte par la structure.	2	2
7. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit de décider où acheter leurs intrants auprès des distributeurs de qualité opérant en concurrence.	4	0
8. Le programme introduit l'outil de la gestion structure le plan de business.	3	3
9. Le programme introduit l'outil de la gestion structure l'indice	3	3
10. L'ACV signe les contrats directement avec les responsables quotidiens des structures et non pas avec les propriétaires indirects privés ou religieuses	2	2
11. Les structures peuvent influencer les tarifs du recouvrement de coûts.	2	2
12. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier le personnel	2	0
13. Il y a un ACV qui est indépendant des autorités de santé locales avec un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.	2	2
14. Il y a une séparation claire entre les tâches de la contractualisation et de la vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2
15. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (cela en Afrique concerne souvent des discussions sur la PF moderne).	2	2
16. Les ACV ont des unités d'investissement pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	2	0
17. Les structures publiques, religieuses et privées ont une chance égale d'obtenir un contrat.	3	3
18. Il y a des bonus liés aux vulnérabilités régionales et au niveau des structures.	3	3
19. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	3	3
TOTAL:	50	42/50
TAUX		84%

6.5.6 Plan d'action

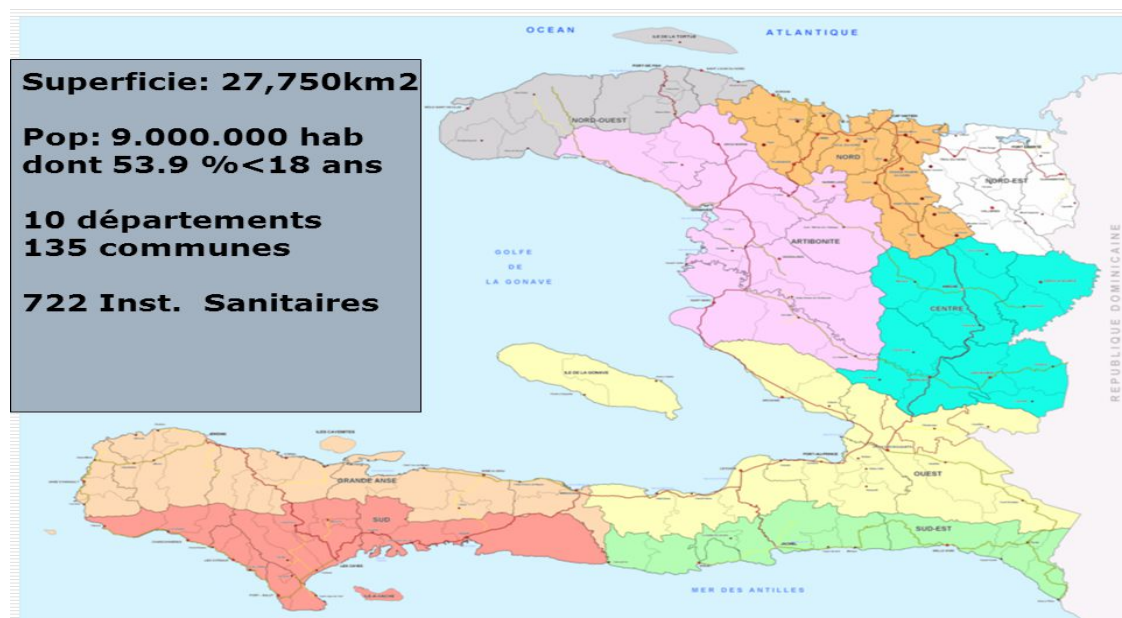
Problèmes	Activités à mettre en œuvre	Cibles	Responsables	Echéances
Insuffisance d'information sur le PBF au niveau des décideurs du MSP	Restitution du 50 ^{ème} cours au Comité de Direction et aux comités de santé des régions FBP	Décideurs et responsables FOSA	Équipe PBF TCHAD	Début nov. 2015
	Organiser une rencontre de plaidoyer et de formation de haut niveau sur le PBF	Conseiller Santé PR ; PM, Parlement, CAB MSP, CAB MFB, MPC	MSP	T3 T4 2016
Absence d'un pool de	Mise en place d'un pool de	Tous les cadres formés	MSP	T4 2015

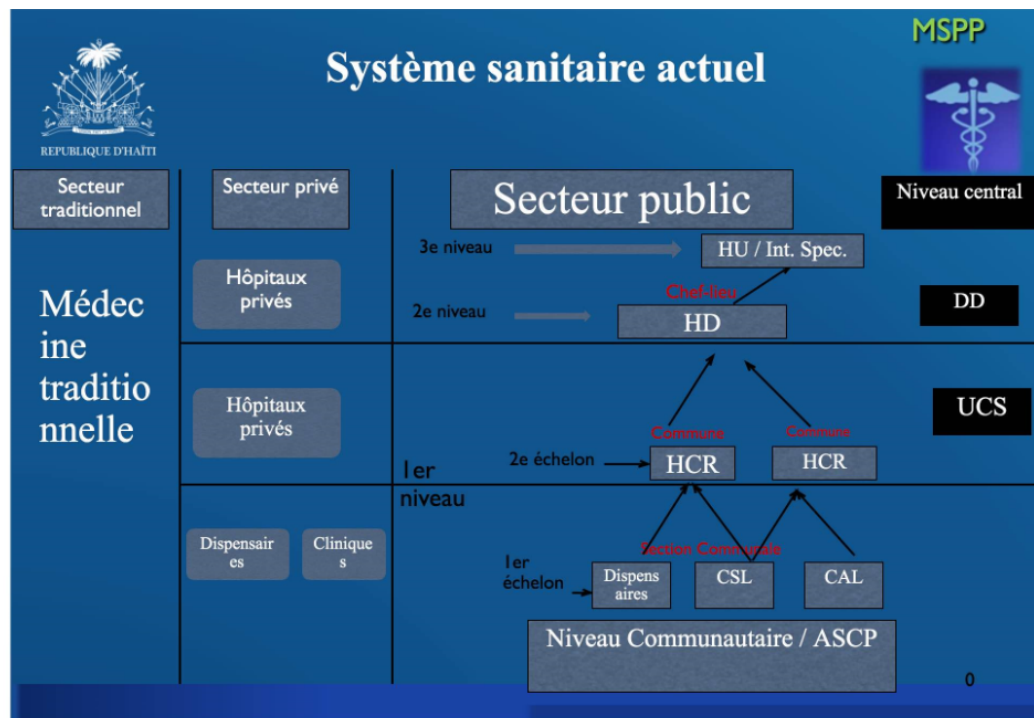
formateurs PBF	formateurs en PBF	en PBF	(CT FBP)	
Monopole de la CPA	Plaidoyer MSP pour une dérogation d'autonomie des FOSA FBP de s'approvisionner en MEG auprès des structures agréées en dehors de la CPA ;	FOSA qui appliquent le PBF	MSP	4 T 2015
Autonomie de gestion : recrutement et licenciement du personnel	Plaidoyer pour une dérogation d'autonomie des FOSA FBP pilote	FOSA	MSP	4 T 2015
Manque des lignes d'unités d'investissements dans le projet PBF	Prévoir une ligne d'unité d'investissement lors de la revue à mi-parcours du projet	FOSA à réhabiliter et à équiper	MSP	RMP
Faiblesse dans la carte sanitaire	Refaire le découpage des aires des FOSA de la zone du projet	FOSA	DSR MCD	T4 2015 et T1 2016

6.6 Haïti

6.6.1 Contexte

"Haïti signifie «pays montagneux». Ce nom a été donné par les Taïnos, une tribu arawak qui a occupé l'île avant l'arrivée des Européens. Situé dans les Antilles, il occupe le tiers ouest d'une île anciennement appelée Hispaniola ; la République dominicaine en occupe le reste. Plusieurs petites îles situées au large des côtes dépendent d'Haïti. Haïti est indépendant depuis 1804. Il y a 10 départements, un climat tropical et 2 saisons : sèche et pluvieuse. Haïti est une démocratie.





6.6.2 Indicateurs

- RMM : 157/100.000
- Taux de Mortalité Infantile: 59/1000
- Taux d'utilisation des méthodes modernes de PF: 31 % (15-49 ans)
- Couverture vaccinale : BCG: 80%; Polio 3: 86% ; Penta 3 : 69%
- Prévalence VIH/SIDA: 2,2%

Dépenses Totales de Santé :

- 675 millions de dollars américains pour 2012-2013
 - 10% pour le secteur public.
 - 38% privé (32 % ménages, entreprises 5 %, ISBL 1%)
 - 52% => Reste du monde (partenaires)
- Dépenses de santé par habitant par an :
 - 64 dollars US (CNS 2012-2013)

6.6.3 Analyse de problèmes

- Allocation et gestion budgétaires insuffisantes/inadéquates
 - ↓ Offre
 - ↓ Gouvernance, santé non prioritaire au niveau national (politiques publiques)
 - ↓ Intersectorialité
- Faible partenariat public-privé
- Pas assez de ressources nationales dans le budget
- Une aide internationale qui diminue
- Une gestion des fonds pas assez transparente (seulement CNS mais pas assez désagrégés)
- Un leadership pas assez fort (ONG et secteur privé ne suivent pas toujours les directives et les normes et alors pas de sanctions)
- Une planification des ressources (humaines, matérielles, etc.) faible et centralisée
- Manque de partenariat avec le secteur privé et peu de contrôle du secteur des ONG

- Des services encore inaccessibles financièrement et géographiquement pour une bonne partie de la population (malgré une augmentation des IS en infrastructures –temps-)
- Forte verticalisation /faible articulation des programmes
- Système d’approvisionnement non efficient

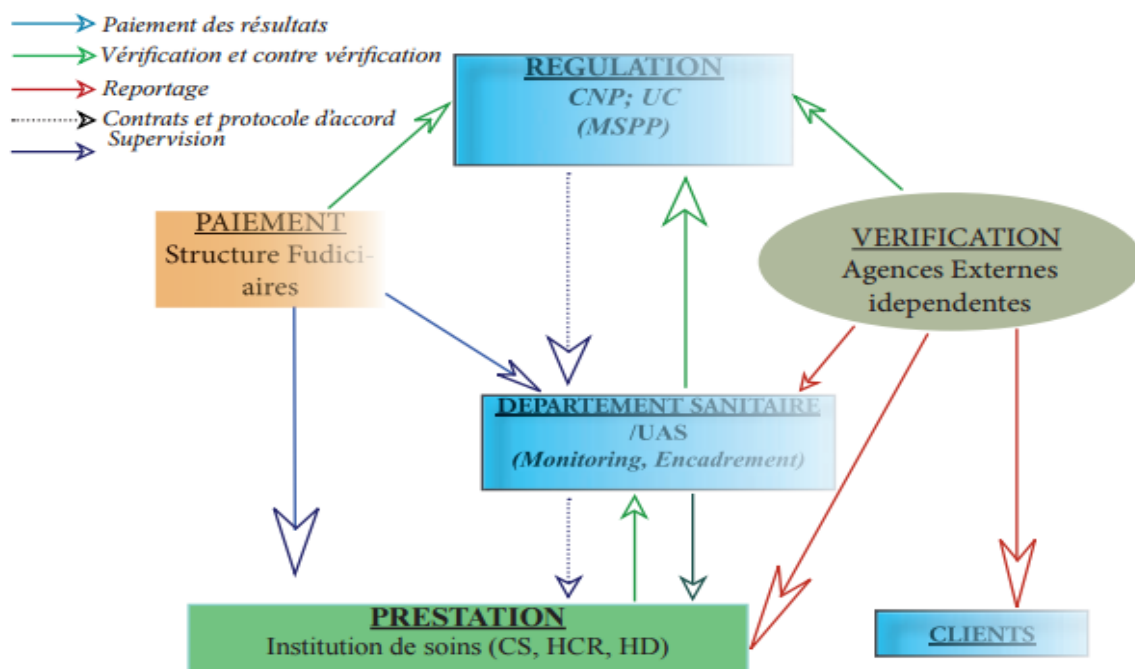
6.6.4 Rôle potentiel du PBF

- Améliorer les relations entre les différents niveaux
- Améliorer la motivation du personnel en poste
- L’identification de stratégies innovantes et efficientes
- Renforcer le SISNU
- Améliorer l’offre en qualité et en quantité
- La gestion des fonds (via la transparence, une meilleure communication des informations budgétaires et l’autonomie de gestion des IS, ...)
- Renforcer le partenariat public-privé et les relations intersectorielles

6.6.5 Projet pilote PBF de Haïti

- 2 bailleurs principaux (BM et USAID)
- Choix du modèle par le gouvernement
- 7 IS (sur un millier) desservant 100 000 habitants (sur 1 dizaine de millions) dans 1 département (sur 10)
- 1 ACV (4 vérifications trimestrielles)
- +++ progrès constatés dans la prestation (qualité et quantité)
- Contractualisation par le Ministère Ministre-DD-(UCS)-IS
- Revue semestrielle du pilote
- Portail FBR
- Cohabitation du financement à l’input et FBR
- Extension nationale prévue en janvier 2016 et visite d’un autre pays PBF (partage d’expériences)

6.6.6 Montage institutionnel



Le montage institutionnel retenu respecte le principe de séparation des différentes fonctions :

6.6.7 Analyse de pureté PBF

Score total : 29/50 = 58% (< 80%, qui est la norme)

Principales remarques

- Seulement 24 indicateurs (norme : 25 indicateurs) du paquet essentiel de services sont retenus pour être subventionnés
- Pas encore le PBF communautaire
- Le régulateur contractualise et est pro public.
- Les IS n'ont pas d'autonomie de gestion ; elles ne peuvent influencer ni les tarifs, ni le recrutement (ou le licenciement) du personnel, ni les sources d'approvisionnement.
- L'étude de base des ménages ne s'est pas étendue à l'ensemble des départements du pays.

6.6.8 Plan d'actions

Activités	Objectifs	Respon-sable	Échéance	Prévisions de dépenses
1- Inclusion de 3 indicateurs liés au VIH/SIDA, malaria et tuberculose dans le paquet de services subventionnés	Compléter le paquet de services subventionnés	Christa	30 nov. 2015	3 rencontres avec 15 personnes Total coût : 150\$
2-Briefing de l'équipe de contractualisation responsable de la mise en œuvre de la stratégie PBF sur le cours PBF international	Fixer la compréhension générale	Bercy	15 nov. 2015	1 rencontre, 10 personnes Total coût : 50\$
3-Révision du lexique des indicateurs	Avoir un lexique d'indicateurs unique	Ruth	10 nov. 2015	Total coût : 0\$
4-Partage du lexique d'indicateurs avec les acteurs concernés		Bercy-Patricia	3 déc. 2015	1 rencontre nationale de 3 jours avec DDS, les AEV, l'UC et les PTF 40 personnes Total coût : 6,160\$
5-Proposition d'insertion d'un Bonus Amélioration Qualité		Patricia	10 décembre 2015	2 rencontres + 1 rencontre GTT 20 personnes Total coût : 200\$
6-Proposition d'un montage vérification communautaire expérimental		Ruth-Christa	29 décembre	5 rencontres (GTT entre autres) 30 personnes (per) Total coût : 750\$
TOTAL :				7,310\$

6.7 RD de Congo

6.7.1 Contexte

La République démocratique du Congo (RDC) est un vaste pays d'Afrique centrale (le 3e plus vaste d'Afrique) avec une superficie de 2,34 millions de km² et une population estimée à 79,3 millions d'habitants. Elle partage 9 165 km de frontière avec neuf pays. Sur le plan administratif, le pays est actuellement divisé en 26 provinces.

Sur le plan de la santé, le pays est subdivisé en 516 zones de santé qui sont les unités opérationnelles du système de santé en RDC. Elles couvrent en moyenne une population de 100 à 150 000 habitants pour les Zones de Santé rurales et de 200 à 250 000 habitants pour les Zones de Santé urbaines. Classiquement, une Zone de Santé comprend : un Hôpital général de référence (HGR), quelques Centres de Santé de Référence (CSR), et une douzaine de Centres

de Santé (CS). Elle est subdivisée en moyenne en 15 aires de santé, comptant entre 5 000 et 10 000 habitants chacune.

6.7.2 Quelques indicateurs

- PIB: \$32,9 milliards pour une population de 79,3 millions, soit un PIB de 414,8 \$ par habitant en 2014
- Couverture Vaccinale:
 - CPN:88%;
 - Couverture VAT2+: 66%
 - Accouchement assisté: 80%
 - BCG: 82%
 - VPO3:66%
 - VAR: 72%
- Taux de mortalité:
 - Mortalité néonatale : 28/1000
 - Mortalité infantile : 58/1000
 - Mortalité juvénile : 49/1000
 - Mortalité infanto-juvénile : 104/1000
 - Mortalité maternelle : 540/100 000 naissances vivantes. Le 17e taux de mortalité maternelle le plus élevé au monde.
- Dépenses pour la santé
 - 1972 : 2,5%
 - 2004 : 7,2%
 - 2012 : 6,8%
 - 2015 : 9% du budget global du pays
 - Les dépenses publiques de santé sont largement concentrées au niveau central, qui reçoit 60 % des dépenses.

6.7.3 Problèmes de la santé

- Faible budget alloué au secteur de la santé;
- Forte centralisation des ressources du système de la santé;
- Insuffisance de gestion des ressources : corruption, manque de redevabilité

6.7.4 PBF nécessaire ?

Il est nécessaire d'introduire le PBF en RDC pour résoudre ces problèmes:

- Faible budget alloué au système de santé:
- Forte centralisation des ressources: 70% du budget PBF est mis dans l'achat des indicateurs;
- Insuffisance de la gestion des ressources, corruption, manque de bonne gouvernance (redevabilité).

6.7.5 Score de faisabilité

Critères pour établir si le programme PBF est pure	Points maximum	Points donnés	Commentaires
1. Le budget du programme PBF n'est pas moins de \$ 3.00 par habitant et par an dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats des ASLO et les unités d'investissement pour l'infrastructure.	5	5	Budget 220M, population couverte 24, 013,292 (9.16\$ / hab / an)
2. Le programme PBF a au moins 20 indicateurs d'output pour lesquels les structures reçoivent des subsides et un système d'indicateurs composites de qualité.	3	3	Quantité et qualité
3. Le programme PBF finance les paquets complets des CS (PMA) et des hôpitaux (PCA) et n'est pas restreinte à un nombre limité d'indicateurs d'un	2	2	

programme vertical.			
4. Le programme PBF contient l'indicateur "visite de ménage suivant un protocole", qui est appliquée par tous les contractants principaux de niveau primaire.	2	2	Vérification communautaire
5. Le programme inclut une étude de base ménage et de la qualité qui permet d'établir des priorités et de mesurer le progrès.	3	3	En cours (MDA)
6. Les recettes du recouvrement sont utilisées au point de la collecte par la structure.	2	2	
7. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit de décider où acheter leurs intrants auprès des distributeurs de qualité opérant en concurrence.	4	4	Note : il n'y a pas accréditation
8. Le programme introduit l'outil de la gestion structure le plan de business.	3	3	
9. Le programme introduit l'outil de la gestion structure l'indice	3	3	
10. L'ACV signe les contrats directement avec les responsables quotidiens des structures et non pas avec les propriétaires indirects privées ou religieuses	2	2	
11. Les structures peuvent influencer les tarifs du recouvrement de coûts.	2	2	
12. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier le personnel	2	0	Oui seulement pour les agents contractuels et non pour les agents de l'état
13. Il y a un ACV qui est indépendant des autorités de santé locales avec un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.	2	0	EUP contient des agents du ministère dans son CA
14. Il y a une séparation claire entre les tâches de la contractualisation et de la vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2	
15. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (cela en Afrique concerne souvent des discussions sur la PF moderne).	2	2	Contrainte contractuelle
16. Les ACV ont des unités d'investissement pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	2	2	
17. Les structures publiques, religieuses et privées ont une chance égale d'obtenir un contrat.	3	3	
18. Il y a des bonus liés aux vulnérabilités régionales et au niveau des structures.	3	3	
19. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	3	3	
TOTAL:	50	46	

6.7.6 Plan d'action Dr Agnès

PROBLEMES IDENTIFIES		OBJECTIFS	STRATEGIES	ACTIVITES KATANGA - Agnès
Insuffisance d'information sur l'approche PBF au niveau de la DPS		Contribuer à améliorer les connaissances en FBP	Renforcement des capacités	Organiser des séances de restitution de la formation
				Former les équipes de la DPS, les ECZS et les prestataires sur le FBP (activité déjà prévue au début la MEO du nouveau projet)
	Humaines	Contribuer à améliorer la gestion des ressources humaines	Plaidoyer auprès des chefs des DPS	Mettre à la disposition des fosa étatiques du personnel en conformité avec les bonnes pratiques FBP
				Réaffecter le personnel pléthorique sous statut présent dans les FOSA étatiques
				Sanctionner administrativement le personnel récalcitrant des ECZS et des fosa
				Autoriser les FOSA étatiques à recruter les contractants
	Financières	Contribuer à améliorer la gestion des finances	Coaching des prestataires pour la gestion rationnelle des ressources financières	Élaborer et utiliser les plans de business : orienter le bonus de démarrage vers l'amélioration de la qualité utiliser la grille qualité pour autoévaluation) et l'efficacité
				Utiliser l'outil d'indice : Mise en place de l'indice salaire du secteur publique dans les FOSA privées
				Utiliser la grille d'évaluation individuelle des agents dans les FOSA tant étatiques que privées
	Matérielles	Contribuer à améliorer la	Plaidoyer auprès du MIP	Fermer les établissements médico pharmaceutiques dangereux
				Accréditer des dépôts pharmaceutiques

		gestion matérielle		
Autonomie de l'EUP est menacée par la présence des différents ministères dans son CA		Contribuer à l'autonomisation totale de l'EUP pour la contractualisation et la vérification	Plaidoyer auprès du Président du CA de l'EUP	Former les membres du CA de l'EUP sur leurs rôles et responsabilités (formation réalisée en octobre)
				Sensibiliser sur la nécessité pour le CA de ne pas interférer dans la signature des contrats avec les FOSA et la vérification en cas d'abus

6.7.7 Plan d'action Dr Charles

PROBLEMES IDENTIFIE	STRATEGIES	ACTIVITES - EQUATEUR - Charles
Méconnaissance de l'approche PBF dans l'organisation CDI-Bwamanda	Plaidoyer	Organiser la restitution de la formation sur l'approche PBF, regroupant les différents services (Santé, Éducation, Développement rural)
		Faire la promotion de l'approche PBF auprès des autorités de l'organisation
		Étendre l'approche PBF dans d'autres secteurs (Éducation et Développement rural)
Mauvaise gestion des ressources financières	Communication pour le changement de comportement	Accompagner les 3 Zones de Santé dans la mise en œuvre de l'approche PBF
		Coaching des ECZS (Boto, Bwamanda et Mawuya) sur la gestion rationnelle des ressources à travers les outils PBF (Plan de Business, Outils d'indice)
		Renforcer l'autonomie de gestion des structures de premier et deuxième échelon

6.8 Bénin

6.8.1 Introduction

À la suite des réflexions entamées par les différents acteurs impliqués dans le financement basé sur les résultats (FBR) dans le secteur de la santé au Bénin, et sur la recommandation de la revue annuelle conjointe (RAC), un processus d'harmonisation et de pérennisation du FBR a été lancé. Une première *mission conjointe*, spécialement dédiée à l'harmonisation et à la pérennisation du FBR, a été organisée au Bénin la semaine du 27 au 31 juillet 2015.

Cette mission a permis : (i) d'informer les principales parties prenantes concernées du travail entamé en vue de la pérennisation et du transfert à terme du FBR aux autorités béninoises ; (ii) de réaliser une analyse des principaux modèles de FBR actuellement en cours de mise en œuvre dans le secteur santé au Bénin (PRPSS et CTB/PASS-Sourou) : identifier les points d'enrichissement mutuel des deux approches, ainsi que les orientations pour l'harmonisation et la pérennisation ; (iii) d'élaborer une feuille de route en vue de la pérennisation et du transfert à terme du FBR aux autorités béninoises. Les documents issus de cette mission ont été finalisés et validés lors d'un atelier-retraite organisé par le ministère de la Santé, en collaboration avec le PRPSS et le PASS-Sourou, à Grand-Popo, du 1^{er} au 4 septembre 2015.

Dans la continuité de ce processus, une deuxième mission conjointe d'harmonisation et de pérennisation du FBR au Bénin a été organisée du 12 au 16 octobre. Elle a rassemblé des représentants du ministère de la Santé (aux niveaux central, départemental et opérationnel) ainsi que des partenaires techniques et financiers (Banque mondiale, PRPSS, CTB, PASS-Sourou, USAID et UNICEF). À noter que la CTB a recruté deux consultants chargés de réaliser une *étude sur la viabilité et la pérennisation de l'approche du FBR au Bénin*, et les a mis à la disposition des partenaires pour les appuyer dans le cadre de cette mission conjointe. Ces consultants y ont contribué en apportant un appui méthodologique et en documentant leurs résultats.

6.8.2 Objectifs de l'étude de viabilité de l'approche FBR

- Sélectionner après analyse le paquet de services et de soins, les indicateurs de mesure de la quantité et de la qualité dans le cadre de l'harmonisation ;
- Identifier les étapes à franchir en vue de la mise sur pied des structures de pilotage et du mécanisme de contrôle indépendant (organes et processus de vérification et contre-vérification) harmonisé et rationalisé ;
- Rencontrer les autres parties prenantes concernées par la pérennisation du FBR, en vue de leur présenter le processus enclenché et de discuter de l'approche de financement du secteur à retenir ;

6.8.3 Principes stratégiques à respecter tout au long du processus et sur le long terme

- Assurer que le FBR continue à évoluer en pleine intégration avec les autres réformes menées dans le secteur (approche systémique / RSS) ;
- Intégrer les autres ministères dans la concertation autour du FBR ;
- Sur base des questionnements soulevés par le FBR, approfondir / réactualiser la stratégie du financement de la santé ;
- Obtenir l'engagement de l'État à maintenir un niveau de gouvernance approprié pour assurer le succès du FBR, y compris avancer dans la réforme relative à la déconcentration et à la décentralisation ;
- Garantir, en complément du FBR, que les structures possèdent les équipements et le personnel nécessaires pour fonctionner selon les normes ;
- S'assurer que les initiatives innovantes (santé communautaire, assurance qualité, implication du secteur privé de la santé, ...) ne soient pas détournées dans des programmes verticaux, mais gardent leur caractère transversal ;
- Développer un mécanisme de capitalisation des expériences, et institutionnaliser l'utilisation des expériences capitalisées à des fins de prise de décision.

6.8.4 Feuille de route

Activités	Responsable	Echéance	Observations
Organiser un atelier visant à sélectionner après analyse le paquet de services et de soins, les indicateurs de mesures de la quantité et de la qualité dans le cadre de l'harmonisation + Décider du mécanisme de contrôle indépendant (vérification et contre-vérification) harmonisé et rationalisé	UCP, CTB, SNIGS / GTT	Semaine du 5-9 octobre	Partiellement réalisé au cours de la 2 ^e mission – à finaliser et valider
Deuxième mission conjointe pérennisation du FBR, y compris : (i) Validation technique par les PTF des signataires et de la forme des contrats proposés, des indicateurs et du mécanisme de contrôle (ii) Rencontres avec les autres Ministères concernés (Finances/DGB, évaluation des politiques publiques, décentralisation, fonction publique) (iii) Établissement d'un agenda prospectif de recherche-action et de capitalisation des expériences pertinentes pour l'harmonisation et la pérennisation du FBR	SGM UCP, CTB, BM, GFATM, GAVI Chef de file PTF, OMS, UNICEF	Semaine du 12-16 octobre	Réalisé – certaines parties prenantes à rencontrer ultérieurement
Finaliser les matrices d'indicateurs et de mesures harmonisées	UCP, CTB, MS	Nov. 2015	
Mettre sur pied un comité technique destiné à préparer la révision des textes relatifs aux organes pilotage	SGM	Novembre 2015	
Lettre désignation point focal MF prévisions budgétaires, ministère décentralisation et primature	SGM	Novembre 2015	
Effectuer le costing du FBR au regard du nouveau paquet harmonisé : estimer les subsides et les coûts unitaires à associer à chaque indicateur et aux mesures de qualité du modèle harmonisé pour 2016	UCP, CTB, GTT	Décembre 2015	
Documenter, capitaliser et partager les expériences pertinentes identifiées (notamment relatives aux PUSS, au contrôle de qualité, à l'intégration du secteur privé et du niveau communautaire) ainsi que le mécanisme d'harmonisation et de pérennisation du FBR	UCP, BM, CTB / GTT	Janvier 2016 (état des lieux du niveau d'avancement)	
Troisième mission conjointe pérennisation FBR (termes de référence à	Partenaires	Février 2016	

définir en fonction de l'évolution des travaux) :			
(i) Organes de vérification et de contre-vérification			
(ii) Stratégie de financement du FBR			
Produire un document conceptuel positionnant le FBR dans la perspective du renforcement de la zone sanitaire, en y incorporant également les principes de la Déclaration de Dakar	SGM , DPP, UCP, BM, CTB	Février 2016	
Documenter les bonnes pratiques de motivation du personnel et contribuer à l'actualisation de la stratégie de ressources humaines	DRH , GTT	Juin 2016	
Mener la réflexion sur l'intégration des missions/organes de vérification du FBR avec le monitoring et/ou la supervision, le DQS, l'assurance qualité, etc., en impliquant toutes les parties prenantes (acteurs nationaux, PTF et autres)	SGM Chef de file PTF GTT	Juin 2016	
Adapter les indicateurs et améliorer la qualité du SNIGS sur base de l'expérience du FBR	DPP , GTT, UCP	Juin 2016	
Etudier comment améliorer le fonctionnement de l'embryon de fonds commun FBR entre PTF, en dialogue avec les autres PTF et le Ministère des Finances	UCP , BM, CTB, DRFM, MEF	Juin 2016	
Effectuer une revue globale de la mise en œuvre du FBR, avec une attention particulière sur la mobilisation des ressources pour la pérennisation (mission conjointe ?)	UCP , CTB , GTT	Octobre 2016	
Préparer une démarche d'accréditation sur base des grilles qualité du FBR	SGM , DNEHS, DSME, DSIO, UCP, CTB	Septembre 2016	
Mener une réflexion technique sur la vision commune de financement des structures que l'on souhaite promouvoir à long terme (le FBR comme approche principale ou complémentaire) et élaborer une stratégie nationale sur l'approche de mise en commun du financement des structures (FBR, crédits délégués, financement communautaire et autres financements, ...), y compris l'accompagnement nécessaire dans cette perspective	SGM , DRFM, DPP, programmes nationaux, MEF, PTF	Novembre 2016	
Étudier comment faciliter et appuyer la gestion au niveau des structures sanitaires (améliorer le manuel de gestion des structures sanitaires en mettant l'accent sur les procédures simplifiées et pratiques, les normes et référentiels en matière d'achats de biens et services et toutes autres dépenses, ...)	SGM , DRFM, niveau opérationnel	Novembre 2016	

6.8.5 Conclusion

- Ce document est le fruit des réflexions menées par le ministère de la Santé, en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers, en vue d'harmoniser et de pérenniser le financement basé sur les résultats au Bénin.
- Ce processus intervient lors de l'évaluation des Objectifs du Millénaire pour le Développement et de l'évaluation à mi-parcours du PNDS.
- C'est une opportunité pour l'ensemble du secteur de réfléchir aux progrès accomplis et aux défis à relever, et de proposer des solutions pour lever les goulots d'étranglement liés à la qualité, à l'efficacité et à l'équité, afin d'obtenir de meilleurs résultats.
- Le FBR constitue l'approche qui permettra d'apporter les réformes nécessaires dans le cadre des Objectifs de développement durable.
- L'UNICEF, par sa mission, à savoir la réalisation des droits de l'enfant conformément à la Convention relative aux droits de l'Enfant (CDE), s'inscrit dans ce processus au Bénin pour non seulement renforcer les acquis du Paquet d'Intervention à Haut Impact au niveau communautaire, mais aussi au niveau des centres de santé et des centres de référence pour la lutte contre la mortalité infanto-juvénile et la mortalité maternelle et néonatale.
- La participation au 50^e Cours International sur le Financement Basé sur la Performance s'inscrit dans ce cadre afin de renforcer mes compétences et d'apporter un appui technique de qualité au processus en cours au Bénin.