



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

République du Bénin

Rapport du 45e cours FBP

Financement basé sur la performance

Du 23 mars au 3 avril 2015 à Cotonou, Bénin



Il y avait 22 participants au cours à Cotonou.

Version Finale 100415

Robert SOETERS
Joseph CATRAYE
Ibouraïma AOUDI

CONTENU DU RAPPORT

1. RÉSUMÉ DU 45^E COURS PBF ET RECOMMANDATIONS POUR LES PAYS	4
1.1 <u>CONCLUSIONS POUR CHAQUE PAYS</u>	4
2. ENGLISH SUMMARY OF THE 45TH PBF COURSE WITH RECOMMENDATIONS	6
2.1 <u>CONCLUSIONS FOR EACH OF THE PARTICIPATING COUNTRIES</u>	6
3. INTRODUCTION CONCERNANT LE COURS PBF DE COTONOU.....	8
3.1 <u>HISTOIRE DES COURS PBF.....</u>	8
3.2 <u>OBJECTIFS DU COURS</u>	8
3.3 <u>METHODOLOGIE DU COURS.....</u>	9
3.4 <u>LA LISTE DES PARTICIPANTS ET LES FACILITATEURS</u>	9
4. DÉROULEMENT DU 45E COURS PBF DE COTONOU	11
5. ÉVALUATIONS JOURNALIÈRES PAR LES PARTICIPANTS.....	13
5.1 <u>RESUME.....</u>	13
6. ÉVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS.....	16
6.1 <u>PREPARATION ET IMPRESSION GENERALE SUR LE COURS.....</u>	16
6.2 <u>ASPECTS RELATIFS A LA DUREE DE LA FORMATION</u>	16
6.3 <u>COMMENT LES PARTICIPANTS APPRECIENT L'ORGANISATION DE LA FORMATION</u>	16
6.4 <u>METHODOLOGIE ET CONTENU DU COURS.....</u>	17
6.5 <u>COMMENT LES PARTICIPANTS APPRECIENT LA CONDUITE DU COURS ET LA FACILITATION</u>	18
6.6 <u>APPRECIATION PAR MODULE.....</u>	18
6.7 <u>REMARQUES SPECIFIQUES DES PARTICIPANTS.....</u>	19
7. PLANS D'ACTION DES PAYS REPRÉSENTÉS PENDANT LE COURS PBF.....	20
7.1 <u>NIGER.....</u>	20
7.1.1 <u>Objectif et contexte.....</u>	20
7.1.2 <u>Analyse du problème.....</u>	20
7.1.3 <u>Introduction du FBR pour résoudre les problèmes identifiés.....</u>	20
7.1.4 <u>Scan de faisabilité.....</u>	21
7.1.5 <u>Hypothèse Fatales.....</u>	21
7.1.6 <u>Les potentiels adversaires et alliés du projet RBF.....</u>	22
7.1.7 <u>Plan de résolution des problèmes.....</u>	22
7.2 <u>BENIN.....</u>	23
7.2.1 <u>Contexte.....</u>	23
7.2.2 <u>Montage du programme FBR au Bénin.....</u>	23
7.2.3 <u>L'évaluation du FBR en 2014.....</u>	24
7.2.4 <u>L'évaluation externe a recommandé:.....</u>	24
7.2.5 <u>Problèmes identifiés par les participants du 45e cours PBF.....</u>	24
7.2.6 <u>Scan de faisabilité réalisé par les participants du 45e cours PBF.....</u>	25
7.2.7 <u>Objectifs généraux et spécifiques de plaidoyer.....</u>	26
7.2.8 <u>Durée et indicateurs à financer.....</u>	26
7.2.9 <u>Plan d'action.....</u>	27
7.2.10 <u>Costing du Projet.....</u>	28
7.3 <u>BURKINA FASO.....</u>	29
7.3.1 <u>Contexte.....</u>	29
7.3.2 <u>Problématique.....</u>	29
7.3.3 <u>Scan de faisabilité PBF au Burkina Faso.....</u>	30
7.3.4 <u>Objectifs généraux et spécifiques.....</u>	30
7.3.5 <u>Expertise BEST-SD et BASP'96 en matière de PBF.....</u>	30
7.3.6 <u>Recommandations.....</u>	31
7.4 <u>CAMEROUN – EXTREME-NORD.....</u>	32
7.4.1 <u>Contexte.....</u>	32

7.4.2	<u>Présentation de la zone d'intervention et de la population cible</u>	32
7.4.3	<u>Scan de faisabilité du projet PBF</u>	33
7.4.4	<u>Les devis principaux à résoudre</u>	33
7.4.5	<u>Pertinence du problème prioritaire</u>	34
7.4.6	<u>Districts choisis par le PAISS/BM</u>	34
7.4.7	<u>District sous financement Cordaid</u>	35
7.4.8	<u>Recommandations</u>	35
7.4.9	<u>Plan d'action</u>	35
7.5	<u>COTE D'IVOIRE</u>	36
7.5.1	<u>Contexte</u>	36
7.5.2	<u>Problématique</u>	36
7.5.3	<u>Objectifs</u>	36
7.5.4	<u>Stratégies</u>	36
7.5.5	<u>Présentation Global Challenge Corporation</u>	36
7.5.6	<u>Stratégies</u>	37

1. RÉSUMÉ du 45^e COURS PBF et RECOMMANDATIONS pour les PAYS

Ici, le rapport du cours PBF qui s'est tenu à Cotonou du 23 mars au 3 avril 2015, avec vingt-deux participants provenant du Niger (10), du Bénin (5), du Cameroun (3), du Burkina Faso (3) et de la Côte d'Ivoire (1).

Le cours a été bien évalué par les participants, avec un score moyen des évaluations journalières de 85 %, et la facilitation a été particulièrement appréciée, à 93 %. Trois participants ont obtenu un certificat de distinction avec un score de 90% : Dr Kocou Justin DJIDONOU du Bénin ; Dr Adama SANON du Burkina Faso ; Dr Nestor YOUGBARE du Burkina Faso.

1.1 Conclusions pour chaque PAYS

Le Niger s'est inscrit au FBR avec l'appui financier et technique de la Banque mondiale. Le projet pilote sera mené dans le district sanitaire de Boboye, dans la région de Dosso, auprès d'une population de 400 000 habitants.

Les recommandations des participants pour le Niger :

1. Faire le plaidoyer pour amener les autorités à appliquer tous les principes du PBF dans le projet pilote ;
2. Organiser une réunion d'information et de sensibilisation à l'endroit des autorités administratives, coutumières, élus locaux sur le projet pilote PBF ;
3. Recruter une agence de contractualisation et de vérification au niveau régional ;
4. Réaliser un mapping des formations sanitaires publiques et privées ;
5. Signer des contrats (principaux et secondaires) également avec les FOSA publiques et privées ;
6. Définir les indicateurs du paquet communautaire du PBF.

Le Bénin a réalisé de bons résultats depuis 2012 avec le programme FBR, notamment : (1) la motivation du personnel de santé améliorée ; (2) la qualité professionnelle améliorée ; (3) l'appropriation de l'approche d'évaluation par les pairs par le personnel des hôpitaux de zone.

Le programme a un score de faisabilité FBR de 44 %.

Le groupe du Bénin a réalisé une analyse du score de faisabilité du programme FBR au Bénin qui démontre les problèmes suivants :

- Un budget inférieur à 4 USD par personne et par an ;
- Autonomie limitée des formations sanitaires en raison de la centralisation de la gestion des ressources humaines, de l'interdiction de s'approvisionner auprès de plusieurs distributeurs et de l'absence de pouvoir pour fixer les taux de recouvrement des coûts ;
- Exclusion des formations sanitaires privées en tant que candidates à un contrat principal FBR
- Absence de primes d'équité géographique pour les régions, districts et formations sanitaires vulnérables ;
- Absence d'indicateurs d'équité permettant le remboursement des soins pour les personnes vulnérables, afin de les dispenser du paiement des frais de recouvrement des coûts directs.

Les recommandations des participants pour le Bénin :

1. Éviter le cumul des fonctions au niveau central ;
2. Signer les contrats avec les FOSA par les responsables des ACV Régionales et non plus par le niveau central ;
3. Maintenir à au moins 95% la couverture pour les activités de vaccination et ;

4. Respecter les normes de conservation des vaccins au sein des FOSA.

Le Burkina Faso a commencé en 2010 par une phase de *pré*-pilote de PBF dans trois districts sanitaires. Une extension a commencé en 2014 dans 15 districts sanitaires, couvrant 25 % de la population du pays. Les résultats sont satisfaisants, mais le scan de faisabilité n'atteint que 68 %.

Les recommandations des participants pour le Burkina Faso :

Au ministère de la Santé : (1) Poursuivre l'extension du PBF aux autres districts du pays ; (2) Assurer la pérennité de la stratégie PBF ; (3) Veiller à la bonne mise en œuvre de toutes les meilleures pratiques du PBF.

Aux PTF : (1) Assurer le financement du PBF ; (2) Accompagner le Burkina Faso dans le processus d'extension du PBF à l'ensemble des districts.

Le Cameroun – Région Du Nord. Le projet pilote PBF, financé par Cordaid depuis janvier 2012, a produit des résultats satisfaisants et est piloté par l'Association pour la Promotion de la Santé de l'Extrême-Nord (APROSEN). Le scan de faisabilité indique un score de 66 %.

Les recommandations des participants pour le Cameroun :

1. Intégrer les FOSA du programme PBF Cordaid dans le programme du PAISS/BM ;
2. Développer des indicateurs du PBF d'urgence par rapport à la situation d'insécurité (insurrection de Boko Haram) à l'Extrême-Nord ;
3. Développer les indicateurs communautaires par rapport à la vulnérabilité ;
4. Prendre en compte l'expérience de l'ACV locale, qui a déjà une bonne connaissance du terrain de la Région, dans le programme du PAISS / BM.

La Côte d'Ivoire.

Le gouvernement et la Banque mondiale envisagent de mettre en œuvre un programme PBF pour environ 3,5 millions d'habitants. Peu d'organisations privées de Côte d'Ivoire participent déjà aux différentes fonctions du PBF. C'est pour pallier cette insuffisance que le cabinet Global Challenge Corporation apporte son assistance technique.

2. ENGLISH SUMMARY of the 45th PBF COURSE with RECOMMENDATIONS

Hereby, the course report of the 45th PBF course in Cotonou, which took place from the 23rd of March to the 3rd of April 2015, with twenty-two participants from Niger (10x), Benin (5x), Cameroon (3x), Burkina Faso (3x), and Ivory Coast (1x). Participants highly appreciated the course, with an average daily evaluation score of 85% compared to 79% for the 22 previous French courses. Participants' satisfaction with facilitation was even 93%.

Three participants received a certificate of distinction, which means a score of 90% or more for the final test. These distinctions were awarded to Dr Justin Kocou Djidonou from Benin; Dr Adama Sanon from Burkina Faso; and Dr Nestor YOUGBARE from Burkina Faso.

2.1 Conclusions for each of the participating countries

Niger will start PBF with financial and technical support from the World Bank in the health district of Boboye in the Dosso region, covering a population of 400,000.

Participants' recommendations for Niger:

1. The authorities should apply all the PBF best practices in the pilot project;
2. Inform and create awareness about PBF among the administrative authorities, local elected officials, partners, etc.;
3. Establish a Regional Contract Development and Contracting Agency instead of a central one;
4. Conduct the mapping of public and private health facilities in the pilot area and sign contracts (primary and secondary) both with public and private health facilities;
5. Define the indicators for the community PBF activities.

Benin has performed well since 2012 in PBF with: (1) Improved motivation of health staff; (2) Improved professional quality of the health facilities; (3) Ownership of the peer group reviews at hospital level;

The program has a low RBF feasibility score of 44%.

The Benin team conducted an analysis of the RBF program's feasibility score in the country, revealing the following issues:

- A budget of less than USD 4 per person per year
- Limited autonomy for health facilities due to centralized human resources management, restrictions on sourcing supplies from multiple distributors, and a lack of authority to set cost-recovery rates ;
- Exclusion of private health facilities from eligibility for a primary RBF contract ;
- Absence of geographic equity bonuses for vulnerable regions, districts, and health facilities ;
- Lack of equity indicators that allow reimbursement of care for vulnerable individuals, thereby exempting them from direct cost-recovery fees.

Participants' recommendations for Benin:

1. Avoid the accumulation of functions at the central level and create more checks and balances;
2. Health facility contracts should be signed by Regional Contract Development and Verification Agencies and not by the central level;
3. Maintain at least 95% coverage for immunization activities at the health facility; and

4. Respect vaccine conservation standards at the health facility.

Burkina Faso started a PBF pre-pilot in 2010 in three health districts. The pilot was extended in 2014 to 15 health districts, covering 4.2 million people and 25% of the country. The results are satisfactory, but the feasibility scan score of 68% could still be improved.

Participants' recommendations for Burkina Faso:

To the Ministry of Health: (1) Continue the expansion of PBF to all districts in the country; (2) Ensure the sustainability of the PBF strategy; (3) Ensure proper implementation of all PBF best practices.

To the partners: (1) Provide more funding for PBF; (2) Assist Burkina Faso towards the upscaling of PBF to all districts.

Cameroon – the Far North Region. A Cordaid-funded PBF pilot started in January 2012 and has produced satisfactory results. The local Contract Development and Verification Agency is the Association for the Promotion of Health in the Far North (APROSEN). The feasibility scan shows a score of 66%.

Participants' recommendations for Cameroon:

1. Integrate the health facilities currently covered by Cordaid and APROSEN in the PAISS / World Bank PBF program;
2. Develop emergency PBF indicators in response to the insecurity in the Far North caused by the Boko Haram insurgency;
3. Review and improve the PBF equity indicators to assist the vulnerable;
4. Consider that APROSEN has good knowledge of the region.

Ivory Coast. The government and the World Bank plan to implement a PBF program for around 3.5 million inhabitants. Few private organizations in Ivory Coast are yet involved in the various PBF functions. To overcome this deficiency, the Global Challenge Corporation organization offers its technical assistance.

3. INTRODUCTION CONCERNANT le COURS PBF de COTONOU

3.1 Histoire des cours PBF

Le premier cours PBF a eu lieu en République démocratique du Congo en 2007. Ce premier cours et 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. 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 1250 participants ont pris part à ces cours et la plupart sont devenus des défenseurs du PBF dans leurs pays.

Le PBF attire l'attention dans le monde entier. Il existe plusieurs preuves que le PBF améliore les services de santé, comme au Rwanda et au Burundi (où le PBF est devenu une politique nationale respectivement en 2006 et en 2010). 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 cela, ce cours va dans les profondeurs 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 être appliqué également dans des secteurs autres que la santé, tels que l'éducation, l'administration et le développement rural.

3.2 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 distingue le PBF des paradigmes des Soins de Santé Primaires et de l'Initiative de Bamako. Les ressources pour atteindre les objectifs sociaux sont devenues de plus en plus *rare*, 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.

3.3 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 davantage l'accent sur l'élaboration 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.

3.4 La liste des participants et les facilitateurs

Le 45^e cours PBF a compté 22 participants : 4 femmes et 18 hommes. Sur l'ensemble des 22 participants, 13 sont des fonctionnaires de l'État, 2 sont des assistants techniques de la Banque mondiale, 3 sont financés par le BASP-96, 3 sont d'ONG nationale APROSEN financée par Cordaid, 1 participant était d'un bureau d'étude Global Challenge Corporation de la Côte d'Ivoire.

Il y avait un bon mixage de participants du secteur public, privé lucratif et non lucratif comme le montre la liste suivante :

De Niger :

- 1 de CISLS (programme VIH/SIDA sous la présidence)
- 5 participants sont des fonctionnaires d'un ministère de la Santé du niveau central ;
- 1 participant est un fonctionnaire d'un ministère de la Santé de district
- 2 participants sont des assistants techniques qui travaillent dans le District de Boboye;
- 1 participant est le Délégué Régional de Dosso Niger ;

De Bénin, Cameroun, Burkina Faso et Côte d'Ivoire :

- 3 sont d'APROSEN Cameroun Extrême-Nord financé par Cordaid
- 1 est d'un cabinet d'étude Global Challenge Corporation de Côte d'Ivoire – Autofinancé
- 4 sont du ministère de Santé de Bénin – département ANV-SSP
- 1 du DDS-MSP de Bénin – Autofinancé
- 1 Médecin de District Sanitaire de Burkina Faso - Autofinancé
- 2 de BASP-96 de Burkina Faso.

Participants	Prénom	Sex	Organisation	Pays travail	Region/Prov	Profession	Email
DJAOUGA	Mariam	f	MS ANV-SSP	Benin	Cotonou	Infirmier - SF	aissatoudjaouga@yahoo.fr
DJIDONOU	Kocou Justin	m	MS ANV-SSP	Benin	Cotonou	Médecin	just kocou@yahoo.fr
GANSE	Célestin	m	MS ANV-SSP	Benin	Cotonou	Médecin	celestinganse@yahoo.fr
HOUNTONNAGNON	Laurent	m	MS ANV-SSP	Benin	Cotonou	Epidémiologiste	hountonnagnon79@yahoo.fr
ZONGO	Mahamoud	m	MSP - DDS	Benin	Natitingou	Médecin	mahamoudz@yahoo.fr
KOUEVI	Kokoè	f	BASP 96	Burk Faso	Ouaga	Médecin	fernandekouevi@gmail.com
SANON	Adama	m	BASP 96	Burk Faso	Ouaga	Médecin	sanondama@yahoo.fr
YOUGBARE	Nestor	m	MSP - DS	Burk Faso	CS - Saponé	Médecin	fasny33@outlook.com
BAKAIWE	Paul	m	APROSEN	Cameroun	Extr Nord	Science Social	bakaipaul@yahoo.com
MAMOUDOU	Michel	m	APROSEN	Cameroun	Grand Nord	Infirmier	mamoudmich2005@yahoo.fr
ZRA FACHE	Justin	m	APROSEN	Cameroun	Extr Nord	Infirmier	fachezra@yahoo.fr
N'DRI	Constant Yao	m	Global Challenge	Cote d'Ivoire	Abidjan	Consultant	ndricconstant@globalchallenge-ci.com
ADAMOU	Zakari	m	MSP	Niger	Niamey	Licence Commun	ado_adamou@yahoo.fr
ADO	Adamou	m	MSP - DS	Niger	Boboye	Epidémiologiste	amadouzakari629@yahoo.fr
ASSAN	Abdoul Nasser	m	MSP - DRSP	Niger	Dosso	Médecin	aanasser@gmail.com
GANDA	Nouhou	m	MSP	Niger	Boboye	Médecin	nouhou.ganda@yahoo.fr
HAMA SAMBO	Aissatou	f	MSP - DEPT	Niger	Niamey	Médecin	aissatou.hama@gmail.com
HASSANE	Radjikou	m	CISLS	Niger	Niamey	Médecin	hradjikou@yahoo.fr
IDRISSA	Soumana	m	MSP - VIH/SIDA	Niger	Niamey	Médecin	soumanaidrissa33@yahoo.fr
OUMAROU	Esta	f	MSP - Legislation	Niger	Niamey	Juriste	andreoumarou62@yahoo.fr
SABIOU	Miko	m	Projet FBR	Niger	Boboye	Ass Technique	sabioumiko@gmail.com
YOUNSA	Abdoulazizi	m	Projet FBR	Niger	Boboye	Ass Technique	younsaaziz70@yahoo.fr
Equipe de Facilitation							
CATRAYE	Joseph	m	BASP96	Burk Faso	Ouagadougou	Médecin	joseph_dossou@yahoo.fr
DOSSOUVI	Christophe	m	BEST-SD	Bénin	Cotonou	Médecin	cdossouvi@yahoo.fr
AOUDI	Ibouraima	m	ST-FBR	Bénin	Cotonou	Coord de projet	aaoudi1@yahoo.fr
SOKEGBE	Severin	m	Point focal UCP	Benin	Cotonou	Médecin	ssokegbe@gmail.com
SOETERS	Robert	m	SINA Health	Pays Bas	La Haye	Médecin	robert_soeters@hotmail.com

Tableau 1 : Liste des participants au 45e cours PBF.

Le cours était animé par le Dr Robert SOETERS de SINA Health comme facilitateur principal, le Dr Séverin SOKEGBE, Point Focal du FBR au PRPSS-Bénin, le Dr Joseph CATRAYE, Directeur de BASP96, et le Dr Christophe DOSSOUVI, Directeur de BEST-SD Bénin.

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

4. DÉROULEMENT du 45e COURS PBF de Cotonou

Le 45e cours international sur le PBF de Cotonou s'est tenu du 23 mars au 3 avril 2015 à l'Hôtel Bénin Atlantic Beach, avec pour facilitateurs : Dr Robert Soeters, Dr Joseph CATRAYE, Dr Séverin SOKEGBE (les jours 4, 5 et 6) et M. Ibouraima Aoudi.

Le **lundi 23 mars** 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 les PTF pour leur soutien à l'organisation du 45e cours.

Le module 1, l'Organisation et l'introduction du cours PBF, a essentiellement occupé ce 1er jour avec le Dr Joseph CATRAYE. L'équipe dirigeante du village a été mise en place, avec pour chef de village Fernande KOUEVI, originaire du Burkina Faso. Le poste de chef adjoint du village a été réservé à un Nigérien car toute l'équipe du Niger n'était pas encore arrivée.

Le module 1 (organisation et introduction du cours) 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.

La **deuxième journée, mardi 24 mars**, a commencé par un récapitulatif des notions du cours vues la veille. Cette présentation s'est faite selon le format TAPIS, c'est-à-dire en respectant le Temps, de manière Autonome, Participative, Innovatrice et Synthétique. La journée a essentiellement permis de couvrir les modules 2, 3 et 4, avec la présentation des travaux des groupes de l'équipe du Cameroun. L'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant ont clôturé la journée.

Le **troisième jour, mercredi 25 mars**, les travaux ont commencé par la lecture et l'amendement de la synthèse de la 2^e journée. Cela a été l'occasion de revenir sur les notions vues au Jour 2. Cette journée a été marquée par les présentations des pays et par celle du FBR-Bénin, présentée par le Dr Séverin SOKEGBE, Point Focal du FBR-Bénin. 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 26 mars**, 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 27 mars**, 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 trois groupes, sont allés effectuer des visites de terrain dans les FOSA PBF : les CDS de Pahou et de Tori Gare dans la ZS d'Ouidah-Kpomassè-Tori-Bossito, et l'Hôpital Amour Rédempteur de Dangbo dans la ZS d'Adjohoun-Bonou-Dangbo. Les travaux ont repris à 16h30 avec la restitution de chaque groupe, se concluant par l'évaluation et le choix du meilleur participant.

Le **sixième jour, samedi 28 mars**, 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, en mettant l'accent sur l'assurance qualité. Le module 7 sur les ACV a été achevé. Aussi, le module 8 sur l'interaction prestataire-communauté et le marketing social a occupé une bonne partie de la journée, qui s'est terminée par le module 9 sur la faisabilité du projet PBF — Hypothèse fatale et plaidoyer. Il a été demandé à tous les groupes de réaliser une analyse de faisabilité des projets présentés. Comme d'habitude, l'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant ont clôturé cette 6^e journée à 14 h 30.

Dimanche 29 mars, 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 et religieuse du Bénin, pays du Vodoun. 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 30 mars, le huitième jour, présentation du rapport des journées de samedi et de dimanche. Puis s'en est suivie la restitution des travaux de groupe sur l'évaluation d'un projet PBF, les jeux de rôle sur le plaidoyer ont terminé cette étape du travail de groupe. 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. Il faut mentionner qu'à mi-parcours, le chef du village a lancé une évaluation pour recueillir l'avis des villageois sur le déroulement du cours.

Mardi 31 mars, le neuvième jour a commencé par un récapitulatif de la veille. L'évaluation du chef de village a révélé que le cours se déroule de manière satisfaisante (quelques suggestions ont été formulées pour l'améliorer). Les modules 11 (étude de base dans un projet PBF), 12 (« Indicateurs Outputs ») et 13 (plan de business) ont couvert l'essentiel de la journée. Les participants ont été répartis en quatre 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 1^{er} avril, 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 « 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 faites pour clôturer la journée.

Jeudi 2 avril, le onzième jour : Après le récapitulatif des travaux de la journée précédente, l'accent a été mis sur l'outil d'indice et sur la correction des exercices. Le module sur le costing a été abordé avec une période consacrée aux exercices. Il avait été annoncé que la fin du module sur le Costing, qui clôturerait la série, serait facultative, mais tous les participants ont suivi avec assiduité l'ensemble des modules prévus. La journée s'est terminée par l'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant.

Vendredi 3 avril, le douzième et dernier jour du programme

Cette dernière journée s'est déroulée comme suit : 8 h 45 : Photo de groupe ; examen portant sur les connaissances des participants au cours international sur le PBF. Cet examen a donné 3 distinctions (2 burkinabè et 1 béninois) ; clôture de la formation par le coordonnateur du Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS-BENIN) et cocktail de fin de formation.

5. 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.

5.1 Résumé

Les évaluations journalières de la formation ont obtenu une note moyenne de 85 %. Cela est supérieur de 6 % aux 22 cours francophones précédents et de 3 % aux 15 cours anglophones précédents. Notamment, les critères « facilitation » et « respect du temps » étaient satisfaisants, avec respectivement 93 % et 82 %, supérieurs de 9 % et 7 % à la moyenne des cours précédents en français.

Évaluations journalières pendant 10 jours par les participants	Cours Anglophones (15x)	Cours Francophones (22x)	Cotonou Avril 2015	Comparaison Cotonou Avril 15 - Cours Francophones
Méthodologie et facilitation	85%	84%	93%	9%
Participation	87%	83%	86%	3%
Organisation	85%	75%	79%	4%
Respect du temps	72%	75%	82%	7%
Score total	82%	79%	85%	6%

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 93 % comme « très satisfaisant ». Cela représente un score supérieur de 9 % par rapport aux 22 cours francophones précédents, dont la moyenne était de 84 %.

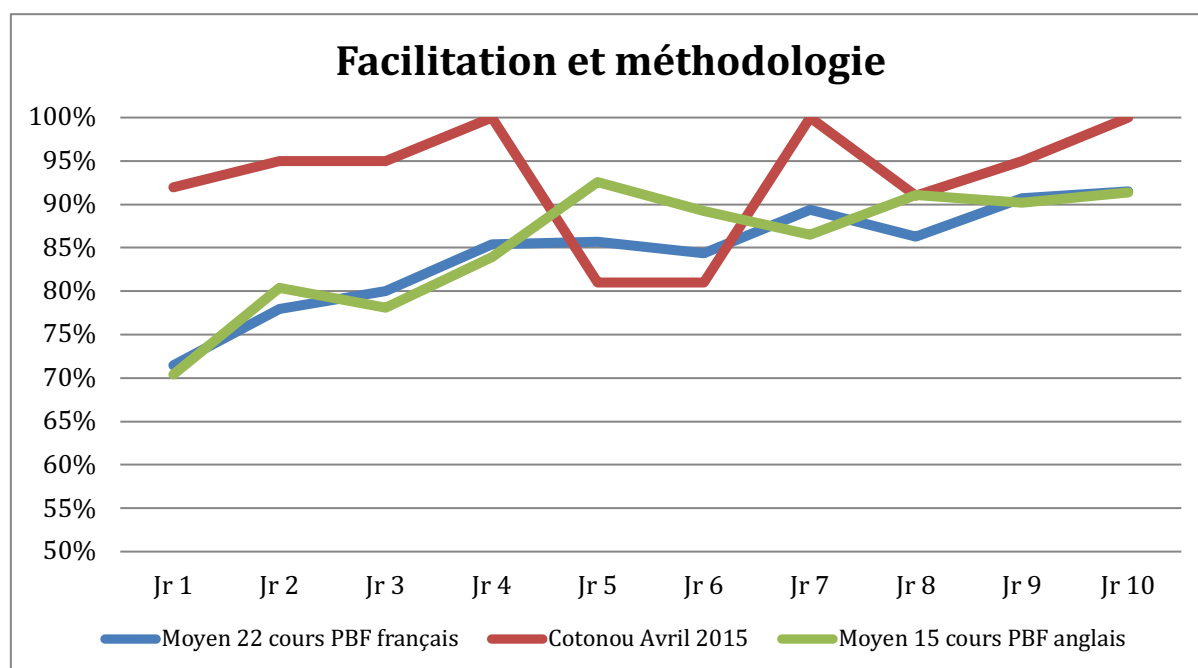


Figure 1 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *facilitation & méthodologie*

La participation a été évaluée en moyenne à 86 % pour tous les jours, ce qui est 3 % supérieur à la moyenne des cours francophones (83 %) et comparable à celle des cours anglophones (87 %).

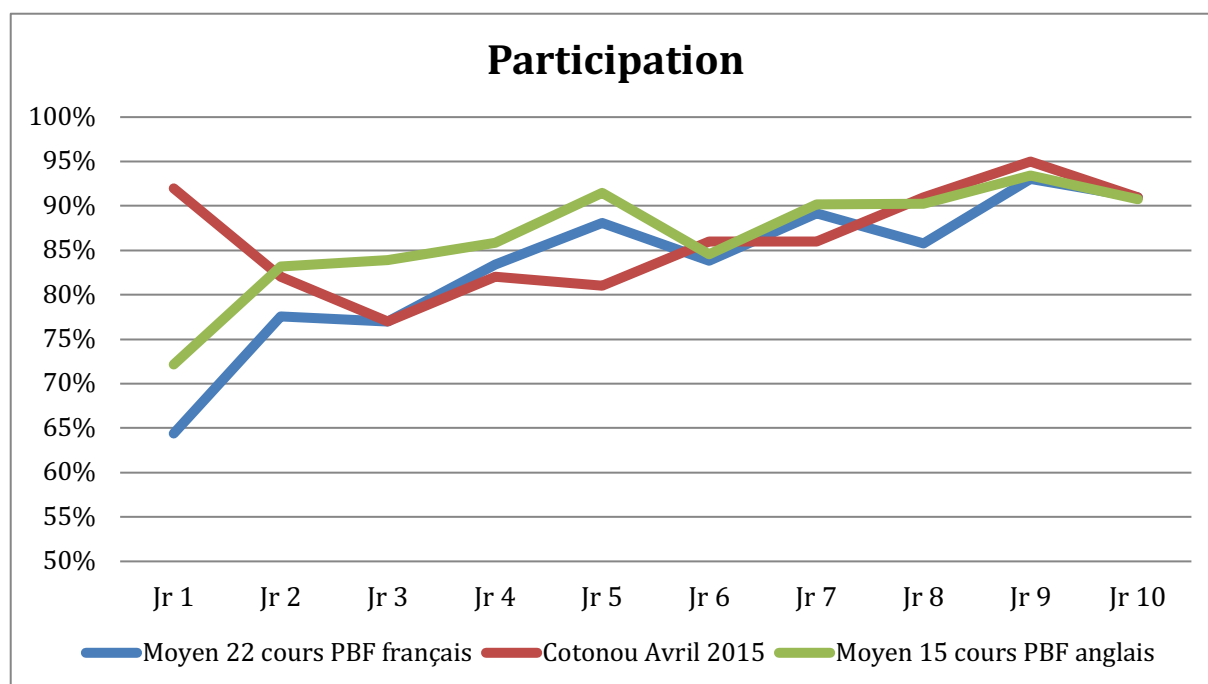


Figure 2 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *participation*.

L'organisation du cours était évaluée en moyenne à 79 % (« très satisfait »), ce qui est 4 % supérieur à celle des cours francophones (moyenne de 75 %) et 6 % inférieur à celle des cours anglophones (moyenne de 85 %). Le faible score de vendredi (jour de visite de terrain), de 62 %, était dû au fait que la restauration avait mis dans la boîte à lunch pour cette visite. Le faible score de lundi était dû à une coupure de courant de 90 minutes, qui a perturbé la conférence.

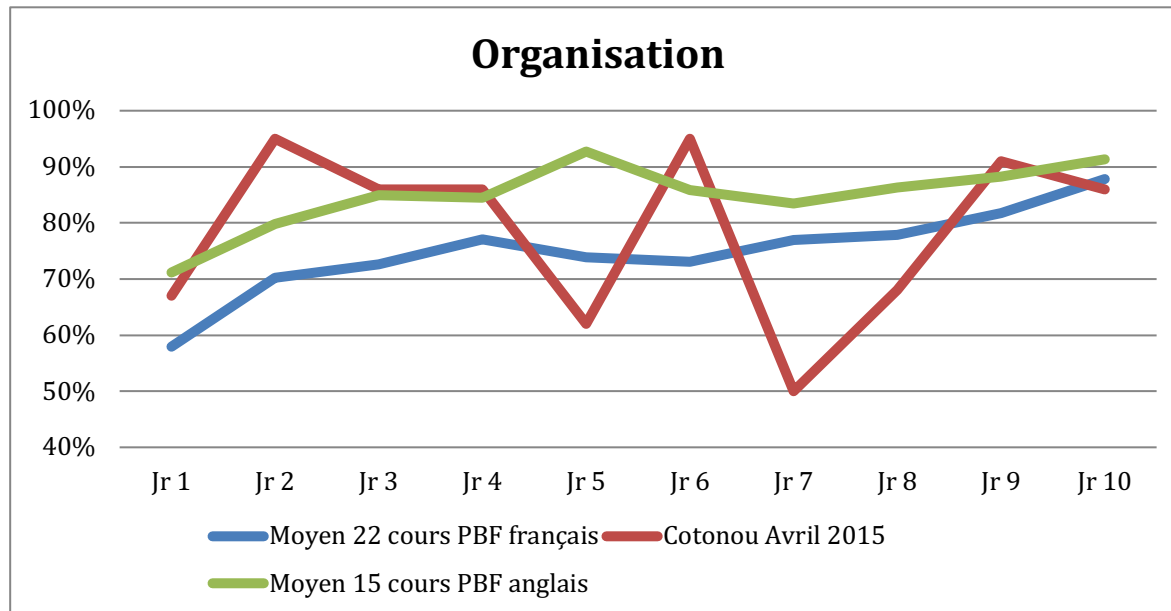


Figure 3 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *organisation*.

Le respect du temps a été évalué en moyenne à 82 % (« très satisfait »), ce qui représente un score supérieur de 7 % par rapport aux autres cours francophones (moyenne de 75 %) et de 10 % par rapport aux cours anglophones (72 %). Le faible score de vendredi (visite de terrain), de 57 %, était dû au fait que le départ pour le terrain était trop tardif et que, à la fin de la journée, le temps alloué à la restitution était insuffisant.

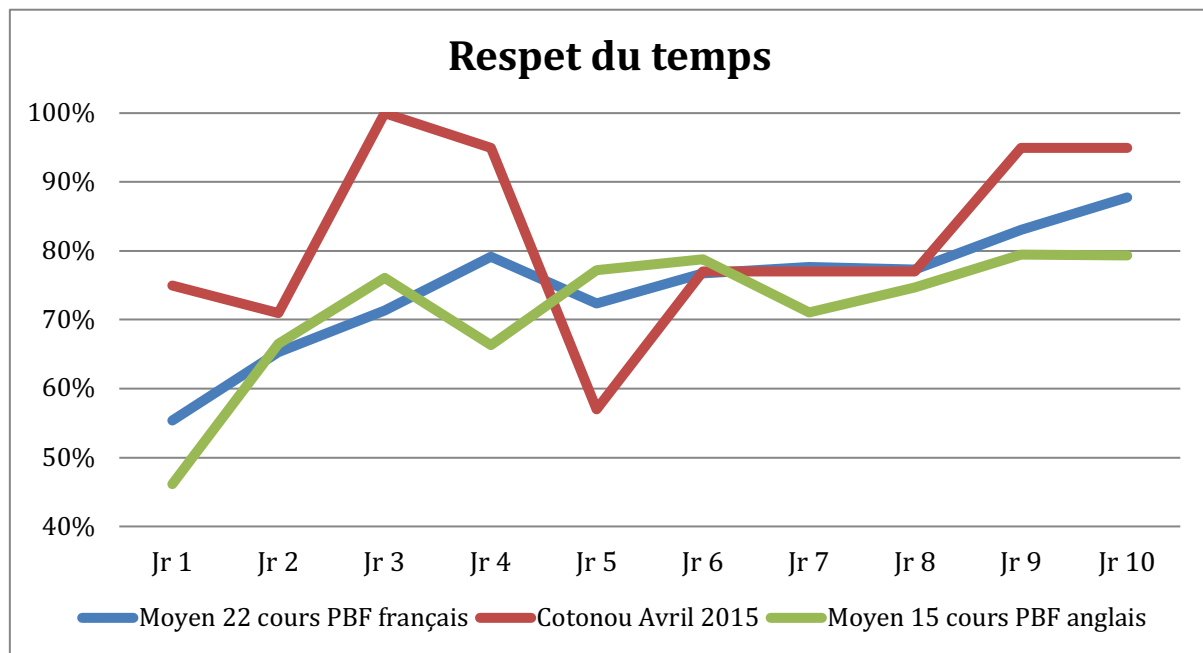


Figure 4 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *Respect du temps*.

6. ÉVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS

Le jeudi 2 avril 2015, 22 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.

6.1 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 97 % était supérieur de 8 % à celui des autres cours francophones (91 %) et de 6 % à celui des cours anglophones.
- La question « *J'ai été suffisamment informé des objectifs du séminaire* » a été évaluée à 95 % (soit 6 % de plus que la moyenne des autres cours PBF francophones et 15 % de plus que celle des cours anglophones).
- La question « *Le programme a répondu à mes attentes* » a été évaluée à 100 % (15 % au-dessus de 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 95 % (soit 4 % au-dessus de la moyenne des autres cours PBF francophones et 6 % au-dessus de la moyenne des cours précédents en anglais).

Préparation	19 cours PBF précédents en français	16 cours PBF précédents en anglais	Cours PBF Cotonou avril 2015	Comparaison Cotonou avril 2015 / 19 cours francophones PBF précédents
Q1: J'ai été suffisamment informé des objectifs du séminaire	89%	80%	95%	6%
Q2. Le programme a répondu à mes attentes	85%	85%	100%	15%
Q3. Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles	91%	89%	95%	4%
Ensemble	89%	85%	97%	8%

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

6.2 Aspects relatifs à la durée de la formation

50 % des participants trouvent que la durée de la formation est appropriée, mais 45 % ont indiqué que la durée du cours était trop courte. 1 participant a dit que la durée du cours était trop longue.

Durée du cours	19 cours PBF précédents en français	16 cours PBF précédents en anglais	Cours PBF Cotonou avril 2015	Comparaison Cotonou avril 2015 / 19 cours francophones PBF précédents
Trop court	22%	26%	45%	23%
Bon	71%	61%	50%	-21%
Trop longue	6%	14%	5%	-1%

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

6.3 Comment les participants apprécient l'organisation de la formation

- Sur l'ensemble de six questions concernant l'organisation, le score était de 84 % en moyenne, soit 13 % supérieur aux cours francophones précédents (71 %) et 7 % supérieur aux cours anglophones précédents (77 %).
- La distribution du matériel pédagogique a été évaluée à 91 %, ce qui est supérieur à la moyenne des cours francophones précédents, fixée à 77 %.
- La salle de formation a obtenu un score de 100%. Ce score est supérieur de 34 % à celui des autres cours francophones.

- Le milieu du centre de conférence de l'*Atlantic Beach Hôtel*, où s'est déroulé le cours, a été évalué à 67 %. Ce score est comparable à celui des autres cours francophones précédents.
- Les participants ont bien évalué *l'accueil des facilitateurs et de l'Hôtel* à 95 %. Cela était supérieur de 9 % par rapport aux autres cours francophones et de 5 % par rapport aux cours anglophones.
- La *restauration* a obtenu un score de 67 %, inférieur de 4 % à la moyenne des autres cours PBF francophones, qui s'élève à 71 %.
- La qualité du *transport* a été évaluée à 86 %, soit 28 points de pourcentage de plus que la moyenne des autres cours francophones, fixée à 58 %.

Comment évaluez-vous l'organisation de la formation ?	21 cours PBF précédents en français	16 cours PBF précédents en anglais	Cours PBF Cotonou avril 2015	Comparaison Cotonou avril 2015 / 21 cours francophones PBF précédents
Qualité et distribution matériel éducatif	77%	86%	91%	14%
La salle de conférence	66%	66%	100%	34%
Centre d'accueil (Atlantic Beach Hôtel)	66%	74%	67%	1%
Comment avez-vous été reçu et convivialité des facilitateurs	86%	90%	95%	9%
Aliments et boissons, y compris pauses café	71%	63%	67%	-4%
Transport	58%	80%	86%	28%
Moyenne	71%	77%	84%	13%

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

6.4 Méthodologie et contenu du cours

- La méthodologie et le contenu du cours ont été évalués selon 5 indicateurs, avec un score moyen de 95 %. Cela est supérieur de 11% aux cours francophones précédents.
- La question « *Le contenu des modules PBF m'a aidé à atteindre mes objectifs* » a été évaluée à 95 % (soit 10 % de plus que la moyenne des autres cours PBF francophones).
- La question « *Est-ce que la méthodologie du cours était bonne ?* » a été évaluée à 91 % (soit 6 % de plus 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 95 % (soit 24 % de plus que la moyenne des autres cours PBF francophones).
- La question « *Est-ce que l'interaction et les échanges dans les groupes de travail étaient bons ?* » a été évaluée à 100 % (soit 11 % de plus que 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 95 % (soit 6 % de plus que la moyenne des autres cours PBF francophones).

Méthodologie et contenu du cours	21 cours PBF précédents en français	16 cours PBF précédents en anglais	Cours PBF Cotonou avril 2015	Comparaison Cotonou avril 2015 / 21 cours francophones PBF précédents
Le contenu des modules PBF m'a aidé à atteindre mes objectifs	85%	89%	95%	10%
La méthodologie du cours	85%	85%	91%	6%
L'équilibre entre les cours et les exercices	71%	75%	95%	24%
Interaction et les échanges dans les groupes de travail	89%	89%	100%	11%
Les méthodes de travail adoptées au cours ont stimulé ma participation active	89%	87%	95%	6%
Moyenne	84%	85%	95%	11%

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

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

- Concernant la facilitation, 95 % des participants ont attribué le score « très satisfait » à *l'esprit ouvert des facilitateurs*, ce qui est supérieur de 19 % à celui des autres cours francophones et de 22 % à celui des cours anglophones.
- 64 % des participants ont estimé que le temps alloué aux *travaux de groupe* était suffisant, ce qui est comparable à celui des autres cours PBF francophones.
- 86 % des participants ont indiqué être très satisfaits du *temps imparti aux discussions*, ce qui est 10 % supérieur à celui des autres cours francophones.

Les aspects liés à l'exécution du programme et la facilitation	21 cours PBF précédents en français	16 cours PBF précédents en anglais	Cours PBF Cotonou avril 2015	Comparaison Cotonou avril 2015 / 21 cours francophones PBF précédents
Les animateurs avaient l'esprit ouvert à des contributions et critiques	76%	73%	95%	19%
Le temps alloué au travail de groupe était adéquat	64%	74%	64%	0%
Le temps des discussions est adéquat	76%	79%	86%	10%
Moyenne	72%	76%	82%	10%

Tableau 8 : Exécution du programme et facilitation.

6.6 Appréciation par module

Concernant la satisfaction par module, le tableau suivant montre qu'il y avait un score moyen de 88 %, soit 2 % supérieur à celui des autres cours francophones (86 %) et 3 % supérieur à celui des cours anglophones (85 %). Un module a été évalué à 100% (Mod 7 ACV).

Cependant, le module costing avait une note médiocre de 73 % en raison du temps insuffisant alloué à ce module. Le score relativement faible du module de microéconomie, de 64 %, n'est pas bien compris par les facilitateurs.

Modules	22 cours PBF précédents en français	16 cours PBF précédents en anglais	Cours PBF Cotonou avril 2015	Comparaison Cotonou avril 2015 / 22 cours francophones PBF précédents
Pourquoi le PBF & Qu'est-ce que le PBF ? Mod 1 & 2	94%	91%	91%	-3%
Les notions de micro-économie et l'économie de la santé	74%	81%	64%	-10%
Théories PBF, meilleures pratiques, bonne gouvernance et décentralisation	89%	91%	77%	-12%
Enquête de recherche de base - évaluation, le processus d'analyse	81%	76%	86%	5%
Les indicateurs des outputs dans une intervention PBF	91%	87%	91%	0%
Agence de Contractualisation & Vérification (ACV), la collecte des données	91%	87%	100%	9%
Régulateur - assurance de la qualité	86%	91%	95%	9%
Techniques de négociation et de résolution des conflits	90%	87%	95%	5%
Boîte noire : Plan de Business	86%	87%	95%	9%
Boîte noire : Outil Indices ; recettes - dépenses - les primes de performance	85%	80%	91%	6%
Renforcer la Voix de la Population et le marketing social	86%	86%	95%	9%
Faisabilité program PBF, les hypothèses fatales et le plaidoyer	90%	87%	95%	5%
Élaboration d'un projet PBF - costing	73%	67%	73%	0%
Moyenne pour 13 modules	86%	85%	88%	2%

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

6.7 Remarques spécifiques des participants

Organisation du cours

- Amener tout le monde à participer en faisant une lecture à tour de rôle ;
- La durée du cours était trop courte, car il fallait 2 jours libres pour développer un cadre d'échanges entre les participants afin de mieux capitaliser sur les acquis. Augmenter de 2 jours ;
- Revoir la durée du cours en mettant l'accent sur la sélection des participants pour gagner du temps dans la facilitation ;
- Améliorer la sortie sur le terrain pour les rencontres effectives avec les acteurs qui font le PBF : il serait bon de présenter quelques supports utilisés par les FOSA sur le terrain ;
- Travaux de groupe toujours faits en dehors des heures régulières ;
- Axer la visite terrain sur le remplissage des outils de gestion PBF ; Nouveau sujet : leadership et management du PBF ;
- Améliorer le français du livre, car certains passages sont incompréhensibles (traduction de l'anglais en français).

Organisation de l'hôtel

- Hôtel : améliorer la disponibilité de l'eau et de l'électricité ;
- Pause-café : toujours du sucre dans le menu.

Contenu du cours

- Comme il y a plusieurs autres services à part la santé, l'éducation, la définition du PBF peut être : un système, une approche qui vise non seulement l'amélioration de l'utilisation des services mais aussi la qualité de ces services pour les utilisateurs ;
- Proposer un PBF intégré qui prend en compte tous les secteurs : santé, éducation, agriculture, administration ;
- Micro-économie et économie de santé : difficile à digérer ;
- Insister davantage sur le module de microéconomie pour permettre de maîtriser les notions de l'élasticité, variation de la courbe de l'offre et de la demande ;
- Développer davantage le module PBF communautaire ;
- Décrire les aspects positifs des SSP et de l'assurance maladie ;
- Inclure le module PBF administration ;
- Prévoir un cours de facilitation pour ceux qui le désirent

7. PLANS D’ACTION DES PAYS REPRÉSENTÉS PENDANT LE COURS PBF

7.1 Niger

7.1.1 Objectif et contexte

Le Niger, ayant souscrit à la Déclaration de New York sur les OMD, s'est engagé à améliorer la santé des populations en général, en particulier celle des couches les plus vulnérables, à savoir les femmes et les enfants. Dans ce cadre et pour répondre aux nombreux défis, le ministère de la Santé Publique (MSP) a élaboré le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015, qui sera soutenu dans sa mise en œuvre par un certain nombre de réformes parmi lesquelles figure, en bonne place, le financement basé sur les résultats (FBR).

7.1.2 Analyse du problème

Le progrès vers l’atteinte des OMD est handicapé au Niger par des facteurs suivants :

- Les faiblesses dans la chaîne de production, d’approvisionnement et de distribution des intrants, notamment des médicaments et des consommables médicaux ;
- L’inefficacité dans la coordination, la mobilisation et la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et immatérielles du secteur ;
- Le comportement pro-nataliste des populations ;
- Il existe une gratuité des soins, démarrée en 2006, pour les enfants de moins de 5 ans, la planification familiale, les consultations prénatales, les césariennes et les cancers gynécologiques. Le total des factures émises pour la gratuité est de 716 millions FCFA, mais le montant remboursé est de 286 millions FCFA, ce qui donne un taux de 40% ;
- Il existe un recouvrement des coûts par paiement direct, avec *l’unicité de caisse* pour les 25 CSI, et il n’existe donc pas d’autonomie pour utiliser les fonds générés.

7.1.3 Introduction du FBR pour résoudre les problèmes identifiés

Le PDS 2011-2015 a inscrit des réformes dans le système de santé, dont le FBR, afin d’améliorer l’état de santé des populations et d’accélérer les progrès vers l’atteinte des OMD. Le FBR sera mis en œuvre avec l’appui financier et technique de la Banque mondiale. Initialement prévue dans trois districts sanitaires, une phase pilote sera finalement menée dans un seul district sanitaire : celui de Boboye, dans la région de Dosso. La population de la région de Dosso en 2015 est de 2,1 millions d’habitants, et celle du DS de Boboye est de 382 000 habitants. Les ressources humaines du DS de Boboye sont composées de 181 agents de santé, dont 25 fonctionnaires et 156 contractuels recrutés par les collectivités et financés par le budget national. Il y a 25 centres de santé intégrés fonctionnels.

- Taux d’utilisation du curatif : 63%
- Taux de prévalence contraceptive : 18,9% (EDSN-2012)
- Taux d’accouchement assisté par un personnel qualifié : 37%
- Couverture vaccinale en Pentavalent 3 : 79%, (EDSN-2012)

Le projet RBF devrait démarrer en 2010 avec 4 régions et 4 districts sanitaires. Trente cadres du niveau central sont formés en FBR. Le recrutement de deux assistants techniques nationaux a été réalisé en octobre 2014, et celui d’un assistant technique international en décembre 2015. L’enquête de base a démarré en janvier 2015 et l’élaboration du manuel de procédure FBR a commencé en mars 2015.

7.1.4 Scan de faisabilité

Critères pour établir si le programme PBF est pure	Points max	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 = 4,14\$ / pers / 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 (PMA 22, PCA 18, Reg 25)
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	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	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	4
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	0 (ACV liée à la DEP)
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	2 = pers contract
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
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	2
TOTAL	50	44 = 88%

7.1.5 Hypothèse Fatales

1. Refus de la séparation des pouvoirs ? *Non*, pas de risque
2. Budget pour les subventions inférieur à 3 \$: *Non*, le budget de 585 000 \$ pour 382 000 habitants représente 4,14 \$ par personne et par an.
3. Persistance de la politique des inputs : *Oui*, concernant les salaires des fonctionnaires et certains médicaments.
4. Gestionnaires non autorisés à dépenser en espèces ou à utiliser les recettes RC. Il y aura une autonomie de gestion. Il est attendu un changement des textes réglementaires pour l'utilisation des fonds de recouvrement de coût de soins
5. Subvention payée en nature : *Oui*, pour certains intrants tels que les vaccins, les contraceptifs, les ARV, les réactifs VIH, les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, les antituberculeux, les kits d'accouchement et les TPI.

7.1.6 Les potentiels adversaires et alliés du projet RBF

Adversaires Potentiels	Actions à mener
Direction des Ressources Financières et Matériels du MSP (décentralisation des acquisitions) Direction de passation des marchés (acquisition) Direction des ressources humaines	Réunion de plaidoyer au Cabinet du Ministre de la Santé Publique en présence de tous les Directeurs Généraux et Nationaux, des Coordonnateurs des Projets et Programmes les PTFs
Syndicats du secteur de la santé	Les faire participer à la même réunion
Autorités Administratives et coutumières et des Elus locaux régionaux en rapport avec l'utilisation des ressources du RC	Réunion d'Information et de sensibilisation de ces acteurs au niveau régional et départemental avec l'appui de l'équipe du MSP et du bailleur des fonds
Membres des COGES	Les faire participer à la réunion d'Information et de sensibilisation
Alliés Potentiels	Actions à mener
Fonds Commun, UNICEF, OMS, UNFPA, AFD-I3S	Participation aux réunions Partage d'informations

7.1.7 Plan de résolution des problèmes

Problèmes à résoudre	Solutions	Actions	Acteurs	Lieu	Quant
Persistance de la politique des inputs	Autonomisation de gestion des FOSA	Plaidoyer pour amener les autorités à prendre des actes autorisant l'application des principes PBF dans le projet pilote (recrutement d'agent de santé, de réalisation des investissements et de fonctionnement)	ULSS	Niveau Central	Fin avril 2015
Gestionnaires non autorisés de dépenser en cash / utilisation des recettes RC	Réunion d'information et de sensibilisation de ces acteurs au niveau régional et départemental	Organiser une réunion d'information, de sensibilisation à l'endroit des autorités administratives, coutumières, élus locaux sur le projet pilote PBF	ECD et DRSP AT/N	DS Boboye et DRSP Dosso	Fin avril 2015
Absence d'ACV Régionale avec une antenne départementale	Mise en place une ACV Régionale privée de contrôle et de vérification	Recruter une agence Contractualisation et de la Vérification au niveau régionale	Cellule Technique	Niveau central	15 mai 2015
Services de santé privés non pris en compte	Intégration des structures privées de santé dans le PBF	Réaliser un mapping des formations sanitaires (publiques et privées) Signer un contact principal avec les formations sanitaires privées	DRSP/EC D Antenne ACV de Boboye	DRSP Dosso et DS Boboye DS Boboye	30 mai 2015 Juin 2015
Manque de la composante communautaire du PBF	Intégration du PBF communautaire dans le montage du test pilote	Définir les indicateurs du paquet communautaire du PBF	Comité de pilotage	Niveau central	10 Avril 2015

7.2 Bénin

Dr DJIDONOU K. Justin, Dr GANSE Célestin, Dr MOHAMADOU Zongo, Mme DJAUGA MARIAM, M. HOUNTONNAGNON Laurent

7.2.1 Contexte

Le Bénin a une superficie de 112 600 km², une population de 10 millions d'habitants et 34 zones sanitaires. À la suite de la réorganisation des soins de santé primaires, le Programme Élargi de Vaccination a été mis en place en 1982. Avec l'introduction progressive de nouveaux vaccins, le nombre d'antigènes est passé *de six à dix* (à savoir : la tuberculose, la rougeole, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hémophile, l'influenza B, l'hépatite B, la poliomyélite, l'infection à pneumocoque et la fièvre jaune).

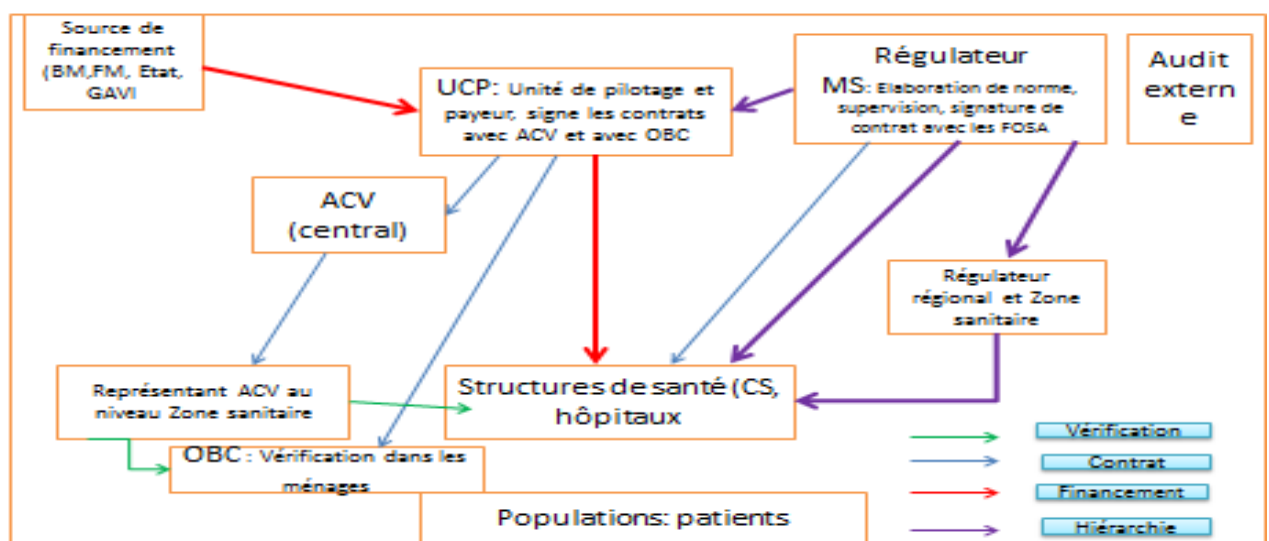
En 2011, la Direction Nationale du PÉV-SSP a été érigée en Agence Nationale pour la Vaccination et les Soins de Santé Primaires, afin d'améliorer la qualité des prestations et d'assurer l'autonomie financière. Malgré cette réforme, les problèmes persistent.

7.2.2 Montage du programme FBR au Bénin

En novembre 2012, le FBR a été introduit au Bénin, qui compte 13 zones sanitaires, dont 8 financées par la Banque mondiale et 5 par la coopération technique belge. Le FBR au Bénin est coordonné par le Programme de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS). L'unité de coordination du programme (UCP) est le gestionnaire du FBR. Dans l'UCP, les principaux acteurs sont le coordonnateur national, quatre points focaux et des spécialistes en SPM, en SGF et en communication. Le consortium AEDES est l'Agence de Contractualisation et de Vérification du FBR. Le consortium AEDES / SCEN Afrika compte neuf bureaux opérationnels, dotés des ressources requises, dont 9 AT et 16 VA. Personnel administratif : 2 agents administratifs et 9 CVA, 8 véhicules 4x4, une voiture de ville et 16 motos, etc.

Le projet soutient 6 hôpitaux de zone et 183 CS. La contre-vérification est effectuée par les Organisations de Base Communautaire (OBC), et les régulateurs sont l'EEZS au niveau du district, les DDS au niveau du département et les structures de régulation centrales.

Structures de fonctionnement actuel du PBF au Bénin



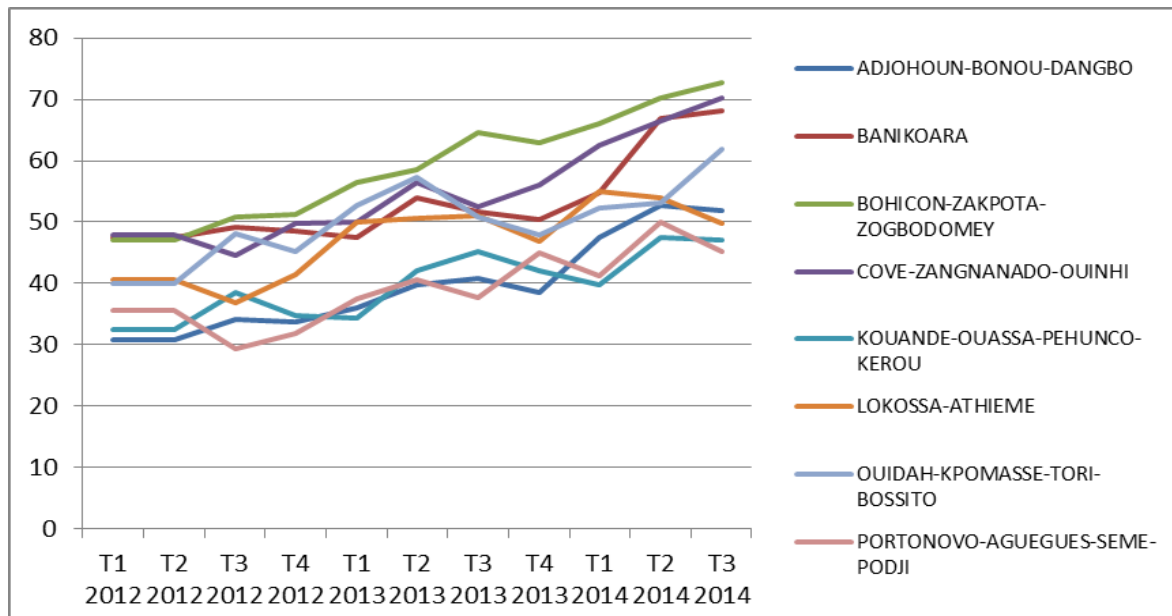
Description du montage du FBR

- UCP : unité de pilotage, payeur, signe les contrats avec l'ACV, sélectionne les OBC et signe des contrats avec eux.
- Ministère de la Santé : régulateur, signe les contrats avec les formations sanitaires ;
- L'ACV, situé à Cotonou, a recruté des assistants techniques pour chaque zone sanitaire.
- Les FOSA continuent d'être gérées, d'une part, par le chef de poste et le président du COGECS, et d'autre part par le médecin-chef.

7.2.3 L'évaluation du FBR en 2014

L'analyse des problèmes a relevé comme **points forts** :

- Motivation du personnel dans les FOSA améliorées
- Acquisition du matériel médico-technique
- Amélioration de la qualité professionnelle comme le montre le schéma suivant
- Appropriation de l'approche d'évaluation par les pairs des hôpitaux de zone
- Amélioration des scores dans plusieurs zones sanitaires
- Disponibilité du personnel qualifié dans les formations sanitaires pour les prestations achetées par les PBF.



Évolution des scores de qualité des CS dans les 8 zones d'intervention du PRPSS de 2012 à 2014

7.2.4 L'évaluation externe a recommandé:

- Extension du PBF à l'ensemble des 34 zones sanitaires et aux structures privées
- Introduire le PBF communautaire
- Renforcement de l'effectif du personnel
- Formation du personnel impliqué dans la vaccination
- Augmenter les subsides aux indicateurs liés à la vaccination.

7.2.5 Problèmes identifiés par les participants du 45e cours PBF

1. Non-séparation des fonctions : UCP qui est en même temps payeur ;
2. Existence d'une seule ACV (et non pas des ACV régionales) qui a des assistants techniques dans les zones sanitaires ;

3. L'ACV ne joue pas le rôle de la négociation et de la signature des contrats avec les FOSA, mais c'est le niveau central (UCP et MSP) qui contractualise avec les FOSA et les OBC (ASLO) qui rend le processus trop bureaucratique ;
4. Il n'existe pas encore de vraie autonomie des FOSA, car les gestionnaires ne peuvent pas effectuer certaines dépenses, faire le recrutement et le licenciement, et les FOSA sont obligés d'acheter leurs intrants chez la Centrale d'Achat qui constitue un monopole ;
5. Faible consommation des crédits au sein des FOSA, car la proportion des dépenses est fixée par le ministère de la Santé ;
6. Lente procédure de décaissement à l'UCP.

Concernant la vaccination, il existe les problèmes suivants :

1. Persistance des foyers épidémiques de rougeole malgré un taux de couverture vaccinale très élevé en VAR, selon le SNIS. Ainsi, il existe une discordance entre les données administratives et les données d'enquête du PEV ;
2. Non-respect du calendrier vaccinal ;
3. Abandon de la supervision des JNV par les chefs de poste du FBR.

7.2.6 Scan de faisabilité réalisé par les participants du 45e cours PBF

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	0
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
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 de 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 privées ou religieuses	2	0
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	0
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	2
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	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	22 =44%

Le programme a un score de faisabilité FBR de 44 %.

Le groupe du Bénin a réalisé une analyse du score de faisabilité du programme FBR au Bénin qui démontre les problèmes suivants :

- Un budget inférieur à 4 USD par personne et par an ;
- Autonomie limitée des formations sanitaires en raison de la centralisation de la gestion des ressources humaines, de l'interdiction de s'approvisionner auprès de plusieurs distributeurs et de l'absence de pouvoir pour fixer les taux de recouvrement des coûts ;
- Exclusion des formations sanitaires privées en tant que candidates à un contrat principal FBR
- Absence de primes d'équité géographique pour les régions, districts et formations sanitaires vulnérables ;
- Absence d'indicateurs d'équité permettant le remboursement des soins pour les personnes vulnérables, afin de les dispenser du paiement des frais de recouvrement des coûts directs.

7.2.7 Objectifs généraux et spécifiques de plaidoyer

Les participants béninois du 45^e cours international du PBF se proposent de mettre en œuvre ce plan d'action dont les objectifs sont d'améliorer la structuration des organes de gestion du FBR et les prestations des formations sanitaires FBR en matière de vaccination.

De façon spécifique, il s'agit de :

- Éviter le cumul des fonctions au niveau central et susciter l'adhésion du MS à la séparation des fonctions ;
- Mettre en place une cellule technique en complément de l'UCP, et signer des contrats entre l'ACV Régionale et chacune des formations sanitaires impliquées.
- Amener à 95% la couverture vaccinale pour le Penta3
- Maintenir à au moins 95% la couverture pour les activités supplémentaires de vaccination des agences de vaccination de santé (AVC) au niveau des formations sanitaires et faire le suivi de proximité au cours des AVS au niveau des FOSA
- Respecter les normes de conservation des vaccins au niveau des FOSA

Les principales cibles du plaidoyer sont :

- Le ministre de la Santé et son cabinet
- L'UCP du PRPSS
- La coopération technique belge
- L'ACV et ses antennes du niveau opérationnel
- Les Formations Sanitaires (FOSA) PBF

7.2.8 Durée et indicateurs à financer

Le projet a une durée de 36 mois, mais il fera l'objet d'une évaluation tous les trois mois par l'ACV. Un organisme externe se chargera de l'audit de tous les organes et de toutes les structures tous les six mois.

Les principaux indicateurs proposés sont :

- Taux de couverture vaccinale pour le BCG, Penta3 et VAR ;
- Taux d'abandon ;
- Disponibilité de la chaîne du froid fonctionnel

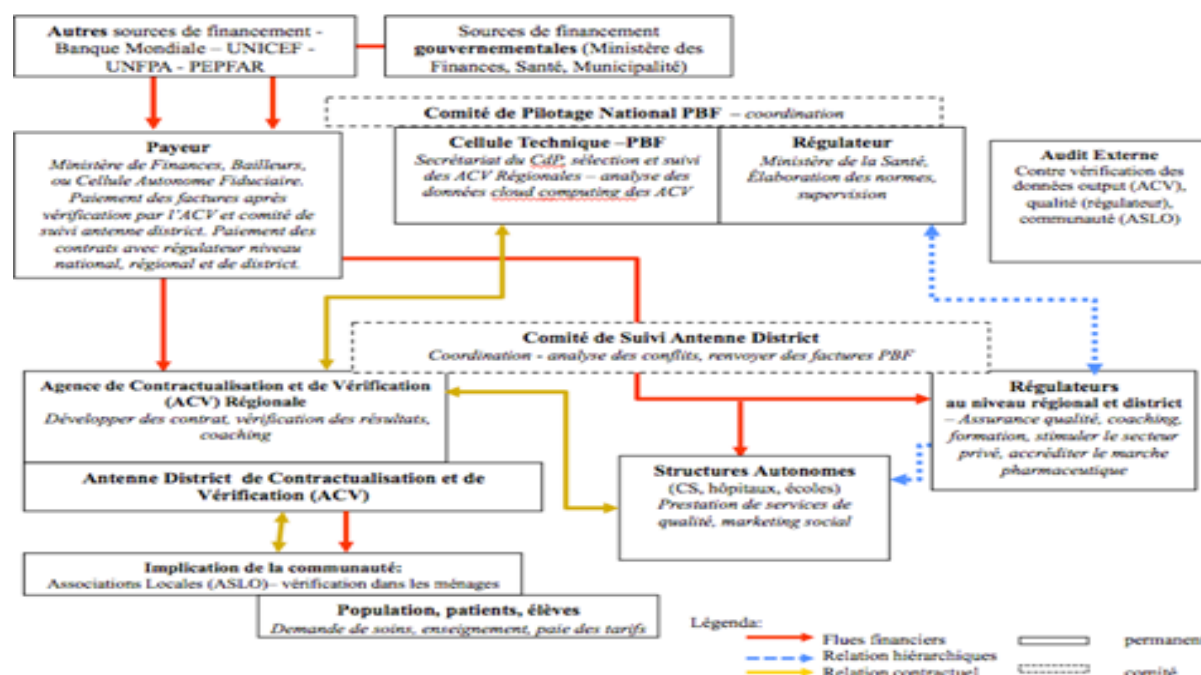
- Prise biquotidienne de la température. Température dans la chaîne du froid (2 – 8 °C)
- Absence de pic de température sur la période couverte.
- Rangement du vaccin.
- Disponibilité de tous les antigènes infantiles et du vaccin antitétanique.
- Disponibilité des consommables du PEV et des intrants pendant la période.
- Existence d'un plan de collecte et d'incinération des déchets du PEV.

7.2.9 Plan d'action

La mise en œuvre des activités prévues par ce plan d'action sera à la charge des participants béninois du 45e cours international sur le PBF. Ainsi, ils se chargeront d'organiser la restitution de l'atelier, la séance de plaidoyer auprès du ministre de la Santé, la négociation avec l'UCP, la formation des prestataires et l'organisation des évaluations. L'UCP va appuyer les participants dans la mise en œuvre de ces activités.

Problèmes	Objectifs	Stratégies	Activités	Indicateurs	Ressources
Baisse de la motivation pour le PEV de routine ; ce qui est répercuté sur la couverture	Amener de 93 à 95% la couverture vaccinale pour le PENTA 3 d'ici la fin du 2ème trimestre	Négocier à la hausse les subsides de vaccination	-Préparer la négociation -Rencontrer la cellule technique	Calcul correct des ECV Réfrigérateur disponible et fonctionnel Température reste entre 2 et 8°C Prise de Temp.	Équipe de régulation ANV-SSP qui va intégrer les autres équipes pour évaluer trimestriellement les indicateurs de qualité
	Maintenir la couverture des AVS à au moins 95% dans toutes les FOSA	Assurer une bonne supervision à tous les niveaux		Matin et soir prise de temp. Pas de rupture des vaccins. Vaccins correctement disposés dans le frigo Existence de seringues Registre du PEV bien rempli Bonne condition d'attente Remise de jetons numéros selon l'ordre d'arrivée Disponibilité d'une balance Salter Calcul du taux de perte	
	Faire respecter les normes de conservation des vaccins dans toutes les FOSA	Suivi trimestriel par l'organe de régulation du respect des normes de conservation des vaccins	Disséminer les normes de conservation des antigènes du PEV Vérifier la disponibilité de l'équipement de vaccination dans les FOSA		
	Faire le suivi des superviseurs de proximité	Superviser les superviseurs de proximité			
Non séparation de certaines fonctions : <i>UCP qui est en même temps payeur et unité technique</i>	Mettre en place tous les organes nécessaires pour un bon PBF	Faire un plaidoyer à l'endroit de l'UCP et du ministre de la Santé et de son cabinet	Préparer le plaidoyer	Compte rendu des différentes réunions	L'équipe ayant participé à la présente formation appuyée par le Dr Sévérin
			Faire un exposé sur le dysfonctionnement actuel		
			Proposer les organes nécessaires, leur fonctionnement		

Schéma des organes d'un PBF normal



7.2.10 Costing du Projet

Activités	Montant
Préparer la restitution, le plaidoyer et la négociation pour le renforcement du PBF	1 million
Restituer le contenu de l'atelier au CODIR de l'ANV-SSP	F 50 000
Organiser le Plaidoyer en direction du ministre de la Santé et de son cabinet	F 500 000
Organiser la négociation auprès de l'UCP	F 0
Organiser un atelier d'harmonisation de l'organigramme et de révision des indicateurs de qualité de la vaccination	F 10 million
Inventorier le matériel de vaccination et des motos au niveau des FOSA FBR	F 10 million
Former le personnel des FOSA FBR sur les normes de conservation et d'administration des antigènes infantiles et du VAT ainsi que sur la procédure de collecte et d'incinération des déchets de vaccination	F 20 million
Compléter les FOSA FBR en équipement et CDF pour le PEV	F 100 million
Proposer la composition de la cellule technique	F 0
Organiser l'installation de la cellule technique	F 2 million
Organiser 6 supervisions de l'organe de régulation dans les FOSA FBR	F 6 million
Organiser l'audit externe tous les six mois	F 60 million
TOTAL :	F 209 millions

7.3 Burkina Faso

Dr Adama SANON (BEST-SD); Dr Nestor YOUNGBARE (BEST-SD);
Dr Kokoé KOUEVI (BASP'96).

7.3.1 Contexte

De 1978 à Alma-Ata, puis jusqu'à l'Initiative de Bamako en 1987, des stratégies de financement des services de santé se sont succédé. Toutes ces stratégies de développement des systèmes de santé mises en œuvre jusqu'à présent ont montré leurs limites en termes de performance. Ainsi, il était important de se pencher sur d'autres stratégies telles que le financement basé sur la performance (PBF).

Depuis son apparition, d'abord en Asie, puis en Afrique, le programme PBF s'est avéré novateur, car il permet d'améliorer les indicateurs de performance du système de santé. C'est ainsi que la stratégie PBF est introduite au Burkina Faso en 2010 dans trois districts pilotes.

Compte tenu de l'amélioration des indicateurs de performance au cours de la phase pilote, le PBF est appliqué dans quinze districts sanitaires (DS) répartis dans six régions sanitaires. Actuellement, le Burkina compte non seulement renforcer la mise en œuvre du PBF dans les 15 DS, mais également l'étendre, dans un délai plus ou moins court, à l'ensemble des autres districts du pays (48 DS répartis dans neuf régions).

Il se fait alors sentir un besoin de formation des cadres du ministère de la Santé, ainsi que des membres des bureaux nationaux, susceptibles d'assumer le rôle d'Agents de contractualisation et de vérification (ACV), afin d'accompagner le processus d'extension du PBF à l'ensemble des structures sanitaires du pays.

7.3.2 Problématique

Entré dans le PBF depuis 2010, le Burkina Faso connaît des résultats forts satisfaisants, cependant trois défis majeurs se posent à lui :

- Le renforcement des acquis du PBF dans les 15 DS qui appliquent actuellement la stratégie ;
- L'extension du PBF dans les 48 autres DS du pays ;
- La pérennisation de la stratégie en tant que modèle de financement des services de santé.

Pour relever ces défis, le pays aura besoin de cadres du ministère de la santé formés en PBF, ainsi que d'agents des bureaux nationaux qui jouent le rôle d'ACV pour accompagner le processus d'extension de la stratégie.

Or, pour réussir la stratégie, l'accompagnement du pays par des partenaires techniques et financiers (PTF) comme la Banque mondiale et d'autres PTF s'impose en termes de formation, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation, de mise en place des structures d'achat de performance, de documentation, de capitalisation, de pérennisation et de recherche-action. Pour marquer sa pleine participation à l'extension du PBF au Burkina Faso, BASP'96 et BEST-SD se proposent d'utiliser judicieusement les acteurs burkinabè présents à ce cours pour la mise en place des ACV et d'autres besoins de formation et d'implantation du PBF dans les structures de santé du pays.

7.3.3 Scan de faisabilité PBF au Burkina Faso

Critères pour établir si le programme PBF est pure	Points maximum	Points donnés
1. Le budget du programme PBF n'est pas moins de USD 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	0
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	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	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 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	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	2
17. Les structures publiques, religieuses et privées ont une chance égale pour un contrat.	3	0
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	32 = 68%

7.3.4 Objectifs généraux et spécifiques

Contribuer à l'extension du PBF à l'ensemble des DS du Burkina Faso d'ici la fin de 2018.

Objectifs spécifiques

- Évaluer la mise en œuvre du PBF au Burkina.
- Identifier les bonnes pratiques PBF non encore utilisées dans les DS PBF.
- Amener les 15 DS à adopter les bonnes pratiques du PBF.
- Susciter les autorités à étendre le PBF à tous les DS du pays.

7.3.5 Expertise BEST-SD et BASP'96 en matière de PBF

- Participation de BASP'96 et de BEST-SD à l'appel d'offres pour le recrutement des ACV régionaux.
- Formation des membres sur le PBF dans le 18^e et 22^e cours organisés à BUJUMBURA en 2011 et 2012 et le 27^e et 31^e cours à COTONOU (2013)
- Au total, quatorze (14) agents des différents profils ont été formés
- Organisation des 27^e, 31^e et 45^e cours internationaux du PBF à Cotonou (BÉNIN)
- Organisation d'une session de plaidoyer et d'orientation sur l'approche PBF, à l'intention du ministre de la Santé, du cabinet, des directeurs centraux et des directeurs des projets/programmes.

- Expérience des cabinets dans la mise en œuvre de projets de santé depuis plus de 25 ans.

7.3.6 Recommandations

Au ministère de la Santé :

- Assurer l'évaluation du PBF dans les 15 DS en 2016 ;
- Poursuivre l'extension du PBF aux autres DS ;
- Assurer la pérennité de la stratégie PBF.

Aux PTF :

- Assurer le financement du PBF ;
- Accompagner le Burkina Faso dans le processus d'extension du PBF à l'ensemble des districts.

À la Cellule Technique :

- Veiller à la mise en œuvre effective des meilleures pratiques du PBF.

Aux BASP'96 et BEST-SD :

- Accompagner le pays dans le processus de mise en place des ACV.

Stratégies	Activités	Responsables	Qui	Quand
Évaluation du PBF dans les 15 districts sanitaires	Élaborer les TDR de l'évaluation	Ministère de la santé	Cellule technique	T3 2015
	Recruter 1 cabinet de consultation	Ministère de la santé	Cellule technique	T4 2015
	Collecter les données sur le terrain	Cabinet de consultation	Cellule technique	2016
	Restituer les résultats de l'évaluation	Cabinet de consultation	MSP Cellule technique	2016
Formation/ recyclage sur PBF des différents acteurs	Former les formateurs en microéconomie et économie de la santé (5jours)	Membres du cabinet BASP'96 ET BEST-SD formés au PBF	Autres personnes ressources	T3 2015
	Former les formateurs à la maîtrise des rôles des ACV	Membres du cabinet BASP'96 ET BEST-SD formés au PBF	Autres personnes ressources	T3 2015
	Former les ACV à leurs rôles (3jours)	ACV des FOSA	BASP'96 et BEST-SD	T3 2015
Plaidoyer auprès du ministère de la Santé pour l'extension du PBF	Organiser des sessions d'orientation et de plaidoyer	BASP'96 ET BEST-SD	MS - Cellule technique	T3-T4 2015
	Organiser des journées nationales de PBF	Décideurs et cadres MS	PTF, BASP'96 et BEST-SD	T4 2015
	Susciter l'extension du PBF dans les 48 autres DS du Burkina Faso	Décideurs et cadres MS	PTF, ONG nationales BASP'96 et BEST-SD	2017-2018
	Développer des partenariats avec les institutions	OOAS, UEMOA, et PTF intéressés par l'approche PBF	MS - Cellule technique BASP'96 et BEST-SD	(2016-2017)
Plaidoyer auprès CT l'introduction de bonnes pratiques NON prises en compte dans le PBF	Répertorier les bonnes pratiques PBF non appliquées par les DS appliquant la stratégie	BASP'96 ET BEST-SD	Cellule technique	2016
	Susciter la cellule technique à introduire les bonnes pratiques PBF dans les indicateurs de performances	BASP'96 ET BEST-SD	Cellule technique	2016
Participation de BASP'96 et BEST-SD à l'appel d'offre pour le recrutement des ACV régionaux.	Envoyer le dossier de manifestation d'intérêt lors des appels d'offre	BASP'96 ET BEST-SD	Cellule technique	T3-T4 2015
	Recruter et installer les acteurs des ACV régionaux dans le cadre du renforcement et de l'extension du PBF	BASP'96 ET BEST-SD		T2-T4 2015

7.4 Cameroun – Extrême-Nord

Thème : Continuité du programme PBF dans l'Extrême-Nord du Cameroun

7.4.1 Contexte

La Région de l'Extrême-Nord du Cameroun s'étend sur une superficie de 34 000 km² et constitue la Région la plus peuplée du pays avec une population de 3,7 millions d'habitants en 2012, soit 18% de la population nationale (cf. 3e RGPH 2005). La densité moyenne est très élevée (102 habitants/km² contre 43 habitants/km² au niveau national) et varie sensiblement d'un département à l'autre. Classée comme la région la plus pauvre du Cameroun, elle enregistre un taux de pauvreté de plus de 55 % de la population (EDS 2011). Les populations vivent dans une situation de précarité et de pauvreté généralisée, à laquelle s'ajoute un climat d'insécurité lié à l'insurrection de la nébuleuse secte islamique Boko Haram.

Sur le plan sanitaire, la région affiche les scores les plus défavorables du pays. La situation continue de se dégrader et nécessite une réponse proactive, efficace et efficiente. Le projet pilote PBF, en place depuis janvier 2012 dans la Région, a produit des résultats satisfaisants. Ces résultats encourageants ont suscité des plaidoyers de la part des autorités sanitaires locales en faveur de l'extension du projet à d'autres FOSA (publiques et confessionnelles) afin d'en accroître l'impact. Ainsi, le présent projet prévoit de couvrir 35 FOSA (dont deux hôpitaux de district et 33 centres de santé intégrés) pour une population estimée à 507 000 habitants.

Depuis janvier 2014, l'approche PBF est pilotée par l'Association pour la Promotion de la Santé de l'Extrême-Nord (APROSEN). Cette association représente l'ACV locale. Elle dispose d'un personnel doté d'une expertise avérée, non seulement théorique, mais surtout pratique, fondée sur des expériences menées sur le terrain.

Après une évaluation de l'action, il en ressort que les résultats sont satisfaisants et contribuent à accélérer l'atteinte des OMD 4 et 5 en réduisant la mortalité maternelle, néonatale et infantile, grâce à la promotion de la performance dans le système de santé ».

7.4.2 Présentation de la zone d'intervention et de la population cible

La zone d'intervention est située dans l'Extrême Nord. Le projet s'étend sur trois départements des six de la Région, à savoir le Mayo-Tsanaga, le Mayo-Sava et le Diamaré. Les bénéficiaires finaux du projet sont les populations des 35 aires de santé réparties dans huit districts de santé (Mokolo, Tokombéré, Koza, Mogodé, Bourha, Maroua urbain, Meri et Kolofata). La population totale couverte par l'ensemble de ces formations sanitaires est de **507 344** habitants, dont plus de 32 000 sont des réfugiés (chiffre donné en décembre 2014). Il est en augmentation constante.

7.4.3 Scan de faisabilité du projet PBF

Il ressort du scan de faisabilité que le score de pureté du système est de **66 %** dans l'Extrême-Nord, ce qui signifie qu'il est encore nécessaire d'améliorer les outils et le mécanisme de mise en œuvre d'un système PBF « pur ».

Critères pour établir si le programme PBF est pur	Points maximum	Note	Observations
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	0	2.53<5\$ Financement insuffisant
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	
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	0	N'est pas effectif
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	
6. Les recettes du recouvrement sont utilisées au point de la collecte par la structure.	2	0	Manque d'autonomie
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	Manque d'autonomie
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	0	Manque d'autonomie
12. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier le personnel	2	0	Manque d'autonomie
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	Personnel insuffisant
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	Acheteur-Payeur
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	Manque de financement
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	33	(66%)

7.4.4 Les devis principaux à résoudre

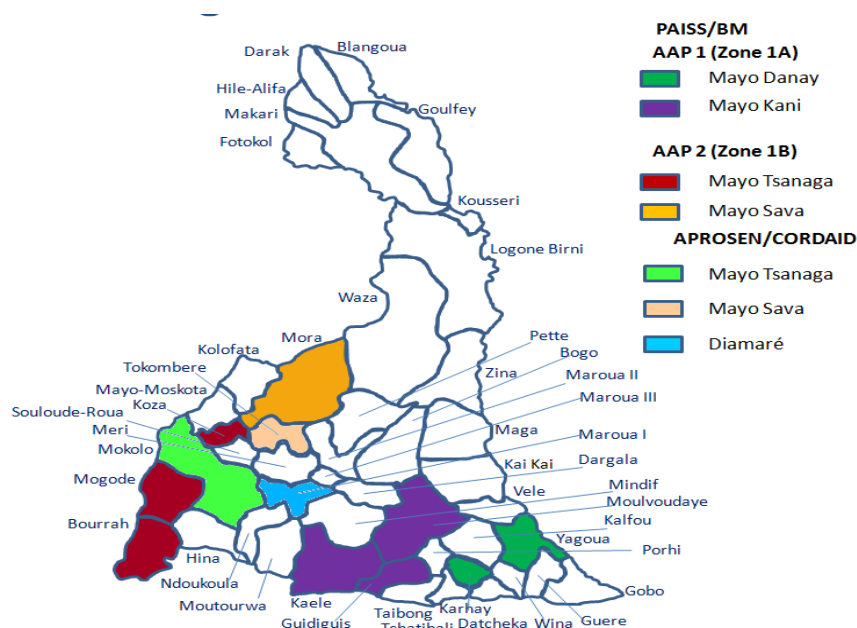
- Coût direct par habitant = 3\$ > 2.53
- Manque d'autonomie des FOSA publiques (central d'achat des médicaments et recrutements de personnel des FOSA par le niveau central)
- Risque d'asymétrie entre le programme de Cordaid et celui de la Banque mondiale (même région, mais des districts de santé différents).

7.4.5 Pertinence du problème prioritaire

Après les régions de l'Est, du Littoral, du Nord-Ouest et du Sud-ouest, le gouvernement camerounais, avec l'appui de la Banque mondiale, veut étendre l'approche PBF dans les FOSA des régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord. De ce fait, neuf districts ont été retenus dans la région de l'Extrême-nord. Dans le cadre de la mise en œuvre de cette approche, un appel à manifestations d'intérêt public a été lancé pour recruter 2 ONG locales afin d'assurer le rôle d'ACV dans l'Extrême-Nord. Cette initiative vient renforcer l'approche déjà financée par Cordaid et pilotée par APROSEN.

En fait, les deux districts où APROSEN met en œuvre l'approche PBF ne sont pas retenus, et le retrait du présent financement est imminent. Ceci suscite la crainte d'un parallélisme du programme dans la région. Toutefois, APROSEN postule également dans ce cadre. Elle possède une riche expérience de l'approche et maîtrise le contexte sociosanitaire de la Région. Au vu des compétences diverses et variées, des capacités techniques et managériales, ainsi que de l'expérience de plus de 4 ans en PBF dont dispose l'équipe, nous restons persuadés qu'elle possède les atouts nécessaires pour assumer la fonction d'équipe au sein d'une ONG locale.

7.4.6 Districts choisis par le PAISS/BM



Région	Département	District de santé	Population	Ind de pauvreté	Nbre de Fosa	Fosa pub	Fosa Privée
Extrême Nord	Mayo Danay	Kar hay	120371	60.7	16	1	
		Yagoua	233345	47.8	13	1	
	Mayo Kanay	Guidiguais	142740	61	14	0	1
		Kaele	121875	50.1	16	0	
		Moulvoudaye	146968	63	9	0	1
	Mayo Sava	Mora	170985	48.7	16	1	
	Mayo-Tsanaga	Bourraha	71682	64.7	13	0	
		Koza	172838	60.8	15	0	1
		Mogode	105094	63.1	10	0	

7.4.7 District sous financement Cordaid

Région	Département	District de santé	Population	Ind de pauvreté	Nbre de Fosa	Fosa pub	Fosa Privée
Extrême Nord	Mayo Tsanaga	Mokolo	230 808		15	9	6
		Koza	52 038	60.8	3		3
		Mogodé	22 755	64.7	2		2
		Bourha	13 872	63.1	1		1
	Mayo Sava	Kolofata	142 740		1		1
		Tokombéré	150 136	50.1	11	9	2
	Diamaré	Meri	170 985		1		1
		Maroua I	15 546		1		1

7.4.8 Recommandations

- Intégrer dans le programme du PAISS/BM les FOSA enrôlées (35) dans le programme PBF Cordaid
- Développer des indicateurs du PBF d'urgence par rapport à la situation d'insécurité (insurrection de Boko Haram) à l'Extrême-Nord
- Développer les indicateurs communautaires relatifs à la vulnérabilité
- Plaidoyer pour l'autonomie des FOSA.
- Prendre en compte l'Expérience de l'ACV locale qui a déjà une bonne connaissance du terrain de la région dans le programme du PAISS/BM

7.4.9 Plan d'action

Hypothèses fatales	Options/ solutions	Actions/tâches	Acteurs	Lieu de l'activité	Quand
Coût direct par habitant insuffisant 2.53 < 3\$	Augmenter le Budget	Plaidoyer auprès du financier (Cordaid)	-APROSEN -DRSP	Siege de Cordaid	Avant le 30/06/15
Insuffisance du personnel de l'équipe l'ACV	Recruter d'autres personnels	Identification des Besoins Définition du TdR Recrutement du personnel	-APROSEN	Maroua	Avant le 31/05/15
Outils et procédures peu SMART	Rendre pure le système	Révision des outils et mécanisme de mise en œuvre (harmoniser les indicateurs outputs avec ceux du PAISS et les indicateurs de processus)	-APROSEN -DRSP	Maroua	Avant le 30/06/15
Faible autonomie FOSA publiques	Rendre plus autonome les FOSA	Plaidoyer pour l'autonomie des FOSA	-APROSEN - DRSP	Maroua-Yaoundé	2015
L'ONG locale n'a pas été retenue parmi les ONG présélectionnées par le PAISS/BM	Demander au régulateur de se retirer de l'organe de gestion de l'ACV (APROSEN).	Organiser une assemblée générale extraordinaire pour le retrait du régulateur (DRSP-EN) et l'acceptation d'autres membres.	APROSEN CORDAID	Maroua	Avant le 30/06/15
Risque d'asymétrie avec le programme	Faire le Plaidoyer auprès des autorités du PAISS et la BM	Plaidoyer pour intégrer les districts Cordaid dans le programme du PAISS/ BM. Continuer à faire le plaidoyer auprès du PAISS pour l'équipe locale ayant déjà l'expérience du terrain soit retenue par le PAISS/BM	APROSEN CORDAID	Yaoundé	Avant le 30/06/15
Situation de crise (d'urgence) dans la Région	Proposer les indicateurs d'urgence en cas de crise et mettre l'accent sur les personnes vulnérables	Organisation des cellules de réflexion Définition et validation des indicateurs outputs	APROSEN DRSP Comite pratique PBF	Maroua	2015

7.5 Cote d'Ivoire

7.5.1 Contexte

Toutes les stratégies de développement des systèmes de santé mises en œuvre jusqu'à présent ont montré leurs limites en matière d'amélioration des indicateurs de performance. La stratégie PBF s'est avérée aujourd'hui novatrice pour améliorer les indicateurs du système, car les évaluations de sa mise en œuvre en ont apporté la preuve.

La Côte d'Ivoire, qui sort d'une crise socio-politique depuis 2002, a besoin de renforcer et d'améliorer son système de santé. C'est dans ce cadre que l'État de Côte d'Ivoire et la Banque mondiale envisagent de mettre en œuvre un programme de PBF. Plusieurs acteurs de la mise en œuvre, dont les cabinets d'études, vont se mobiliser pour accompagner le programme.

7.5.2 Problématique

Actuellement, de nombreux pays s'engagent dans la mise en œuvre du PBF à titre pilote. Une grande importance est accordée à la mise en œuvre, tandis que très peu d'attention est portée à l'accompagnement du processus PBF. Or, pour réussir la stratégie, l'accompagnement s'impose en matière de formation, de suivi et d'évaluation, ainsi que de la mise en place de structures d'achat de performance.

Peu d'organisations privées nationales participent aux différentes fonctions du PBF. Les principaux acteurs de la mise en œuvre sont le ministère de la Santé, les unités de coordination de projet et les ONG internationales. C'est pour pallier cette insuffisance que le cabinet Global Challenge Corporation apporte son assistance technique.

7.5.3 Objectifs

Objectif général :

- Contribuer à la mise en œuvre du PBF en Côte d'Ivoire.

Objectifs spécifiques

- Déterminer les besoins de la Côte d'Ivoire en matière d'accompagnement PBF
- Assurer l'accompagnement de la mise en œuvre du programme PBF en Côte d'Ivoire
- Évaluer la mise en œuvre du PBF en Côte d'Ivoire.

7.5.4 Stratégies

- Former les membres du cabinet sur le PBF
- Conclure des partenariats avec des structures qui ont l'expérience dans le PBF : Ex BASP'96
- Participer aux appels d'offres pour les ACV

7.5.5 Présentation Global Challenge Corporation

Global Challenge Corporation (GCC) est un cabinet de conseil et de formation créé en 2006 et restructuré en 2008. Il est le fruit de la collaboration fructueuse d'un groupe d'experts jouissant d'une expérience diversifiée dans divers domaines de la gestion. GCC, intervient dans les domaines ci-après :

- Gestion et suivi de projets
- Évaluation de projets / programmes de santé ;
- Appui technique aux bénéficiaires des projets du Fonds Mondial et aux CCM ;
- Conseil en gestion et finance ; Conseil en organisation ; Audits opérationnels ;
- Rédaction et mise à jour des manuels de procédures ;
- Management de la qualité ;

Pour les organisations bénéficiaires de projets Fonds Mondial :

- Gouvernance, suivi stratégique et évaluation annuelle des CCM
- Appui à l'élaboration des notes conceptuelles
- Appui à l'amélioration de la gestion financière, programmatique et la gouvernance des récipiendaires principaux du Fonds mondial
- L'appui à la mise en place et au renforcement de systèmes de suivi et d'évaluation
- L'appui à la mise en place et au renforcement des systèmes d'approvisionnement en produits et en équipements médicaux.

7.5.6 Stratégies

STRATEGIES	ACTIVITES	CIBLES
Formation	Restituer la formation suivie à Cotonou	Directeur Cabinet Consultants
	Former les membres du cabinet au PBF (participation au cours international)	Directeurs du cabinet et consultants
	Organiser des voyages d'étude	Directeurs et Consultants
Conclure des partenariats avec des Structures qui ont l'expérience dans le PBF: Ex BASP'96	Élaborer un projet de d'accord	GCC et Cabinets Internationaux
	Harmoniser les contenus	GCC et Cabinets Internationaux
	Valider le projet d'accord	GCC et Cabinets Internationaux
	Signer l'accord	GCC et Cabinets Internationaux
Participer aux appels d'offre pour les ACV	Rechercher les compétences nationales et internationales en PBF	Consultants
	Étudier en profondeur le document programme de la banque mondiale	GCC
	Étudier les termes de référence	GCC
	Préparer les offres techniques	GCC
	Préparer les offres financières	GCC