

Rapport du 95e cours FBP

(financement basé sur la performance)

Du 13 au 25 janvier 2025 à Lomé, Togo



Les 24 participants du cours avec les facilitateurs

Final Version 15-02-2025

Joseph Catraye,
Robert Soeters,
Célestin Kimanuka,
Denise Tamga,
Aoudi Ibouraima

CONTENU DU RAPPORT

ABBREVIATIONS.....	4
1. RÉSUMÉ DU 95E COURS FBP ET RECOMMANDATIONS.....	5
1.1 LE COURS FBP DE LOME.....	5
1.2 EXEMPLES DES SUCCES DU FBP – AUSSI DANS DES ZONES D’INSECURITE.....	5
1.3 L’INTRODUCTION DES BONUS D’AMELIORATION DE QUALITE.....	6
1.4 L’ARRET DU FBP AU CAMEROUN ET BENIN.....	6
1.5 NIGER.....	7
1.5.1 <i>Le score de faisabilité du programme FBP au Niger.....</i>	<i>8</i>
1.5.2 <i>Recommandations des participants du Niger.....</i>	<i>8</i>
1.6 MALI.....	9
1.6.1 <i>Points à améliorer pour le renforcement du FBP au Mali.....</i>	<i>9</i>
1.6.2 <i>Recommandations - Mali.....</i>	<i>9</i>
1.7 BENIN.....	10
1.7.1 <i>Recommandations - Bénin.....</i>	<i>10</i>
2. SUMMARY OF THE 95TH PBF COURSE IN LOMÉ.....	11
2.1 THE PBF COURSE IN COTONOU – SOME IMPRESSIONS	11
2.1.1 <i>Some impressions of the Lomé FBP course.....</i>	<i>11</i>
2.1.2 <i>Examples of PBF successes – also in insecure areas</i>	<i>11</i>
2.1.3 <i>The introduction of Quality Improvement Bonuses.....</i>	<i>12</i>
2.1.4 <i>The end of PBF in Cameroon and Benin.....</i>	<i>12</i>
2.2 NIGER.....	13
2.2.1 <i>Feasibility of the current PBF program in Niger.....</i>	<i>13</i>
2.2.2 <i>Recommendations of the participants from Niger.....</i>	<i>14</i>
2.3 MALI.....	14
2.3.1 <i>Challenges of the PBF reforms in Mali.....</i>	<i>15</i>
2.3.2 <i>Recommendations</i>	<i>15</i>
2.4 BENIN.....	15
2.4.1 <i>Recommendations</i>	<i>16</i>
3. INTRODUCTION DU 95E COURS FBP DE LOME	17
3.1 LE FBP COMME REFORME DE CHOIX POUR ATTEINDRE LA CSU ET DES INNOVATIONS	17
3.2 HISTOIRE DES COURS FBP.....	17
3.3 OBJECTIFS DU COURS	17
3.4 METHODOLOGIE DU COURS	18
3.5 LES PARTICIPANTS ET DES FACILITATEURS.....	18
3.6 PRE- ET POST-TEST DU 95 ^E COURS FBP DE LOME	19
4. DEROULEMENT DU 95^E COURS FBP DE COTONOU	21
5. ÉVALUATIONS JOURNALIÈRES PAR LES PARTICIPANTS.....	26
6. ÉVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS.....	29
6.1 PREPARATION ET IMPRESSION GENERALE SUR LE COURS	29
6.2 ASPECTS RELATIFS A LA DUREE DE LA FORMATION.....	29
6.3 L’ORGANISATION DE LA FORMATION.....	30
6.4 METHODOLOGIE ET CONTENU DU COURS	30
6.5 LA CONDUITE DU COURS ET LA FACILITATION	31
6.6 APPRECIATION PAR MODULE	32
6.7 COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS SPECIFIQUES DES PARTICIPANTS DE COTONOU.....	33
7. PLANS D’ACTION DES GROUPES	34
7.1 NIGER – NIVEAU CENTRAL.....	34
7.1.1 <i>Le système de santé au Niger.....</i>	<i>34</i>
7.1.2 <i>Institut National d’Assistance Médicale (INAM).....</i>	<i>34</i>

7.1.3	Contexte du FBP au Niger.....	35
7.1.4	Analyse des problèmes.....	35
7.1.5	Est-ce que les problèmes identifiés peuvent être résolus avec le FBP ?.....	36
7.1.6	Score de faisabilité.....	36
7.1.7	Hypothèses fatales (HF)	38
7.1.8	Recommandations.....	38
7.1.9	Plan d'action détaillé du groupe central Niger.....	38
7.2	NIGER – GROUPE UGP.....	39
7.2.1	Contexte général du Niger	39
7.2.2	Contexte FBP au Niger.....	40
7.2.3	Projet LAFIA IYALI de l'UGP avec composant 1 FBP	40
7.2.4	Analyse des problèmes UGP.....	41
7.2.5	Score de faisabilité / existence des hypothèses fatales.....	41
7.2.6	Recommandations.....	41
7.2.7	Plan d'action détaillé.....	41
7.3	NIGER - GROUPE DIRECTIONS REGIONALES DE SANTE.....	42
7.3.1	Contexte.....	42
7.3.2	Analyse des problèmes généraux	43
7.3.3	Est-ce que le FBP est une solution ?.....	44
7.3.4	Score des 23 indicateurs de faisabilité FBP	44
7.3.5	Recommandations au MSP/P/AS (CTN, UGP).....	44
7.3.6	Plan d'action DRS.....	44
7.4	NIGER – ÉQUIPE CADRE DE DISTRICT.....	45
7.4.1	Contexte général.....	45
7.4.2	Analyse du problème de santé au Niger.....	45
7.4.3	Le district de Madarounfa et la ville de Zinder	46
7.4.4	Analyse des problèmes au niveau district.....	46
7.4.5	Score de faisabilité.....	47
7.4.6	Recommandations	47
7.4.7	Plan d'action.....	47
7.5	MALI	48
7.5.1	Contexte avec quelques indicateurs généraux	48
7.5.2	Analyse des problèmes généraux	49
7.5.3	Est-ce que les problèmes identifiés peuvent être résolus avec le FBP ?.....	50
7.5.4	Contexte du FBP au Mali.....	50
7.5.5	Score faisabilité des 23 indicateurs - Mali.....	52
7.5.6	Recommandations.....	54
7.5.7	Plan d'action détaillé – en général.....	55
7.5.8	Conclusion	55
7.5.9	District de Djenné.....	55
7.5.10	Les principales difficultés Djenné.....	56
7.5.11	Plan d'action détaillé district de Djenné.....	56
7.5.12	Le district sanitaire de Bougouni	57
7.5.13	Plan d'action détaillé – Bougouni.....	57
7.6	BENIN - DRS.....	58
7.6.1	Contexte et justification	58
7.6.2	Analyse des problèmes liés à l'arrêt du FBP au Bénin.....	59
7.6.3	Est-ce que ces problèmes peuvent être résolus	60
7.6.4	Personnes à rencontrer	60

ABBREVIATIONS

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

1. RÉSUMÉ du 95e COURS FBP et RECOMMANDATIONS

English version of this summary, see below page 11.

1.1 Le cours FBP de Lomé

Ce 95^e cours FBP a été organisé à Lomé, au Togo, plutôt qu'à Cotonou, au Bénin. Le changement de lieu était nécessaire pour faciliter la présence d'une délégation de 20 personnes du Niger, composée de représentants aux niveaux central, régional et district. En plus, il y avait trois personnes du Mali de niveau district et de CSCOM. Le Bénin était représenté par le Directeur Départemental de la Santé de l'Atlantique.

Pendant le post-test, il y avait quatre personnes avec une distinction (90 % ou plus) et huit avec une mention de mérite (80-89 %).

1.2 Exemples des succès du FBP – aussi dans des zones d'insécurité

Différents groupes de participants aux 5 à 10 derniers cours de FBP ont obtenu des résultats extraordinaires grâce aux programmes de FBP dans plusieurs pays, tels que le Mali, la Mauritanie, la RDC, le Burundi et la RCA. Les programmes FBP « bien structurés » produisent des résultats à coût-efficace et de haute qualité. « Bien structuré » est défini comme un programme FBP ayant un score de faisabilité supérieur à 80 % selon 23 critères et appliquant les instruments de gestion du FBP, tels que les plans d'affaires, l'outil de gestion des indices et les bonus d'amélioration de la qualité.

FBP offre également des primes d'équité allant de 10 à 80% en plus du paiement des indicateurs output et de qualité qui bénéficient aux régions, districts et formations sanitaires vulnérables. Dans le FBP, les 10 à 25% les plus pauvres sont exemptés du paiement de leurs soins grâce à un mécanisme de service gratuit ciblé. Les formations sanitaires sont remboursées pour ce service gratuit ciblé, et l'identification des plus pauvres est effectuée par le personnel des formations sanitaires, en collaboration avec leur communauté locale. Cette approche ciblée de soins de santé gratuits est plus réaliste et évite les dépenses excessives comme dans les systèmes d'assurance maladie, est mieux vérifiée que la gratuité généralisée des soins de santé comme pour les enfants ou les soins d'accouchement.

La principale raison du succès, y compris dans des zones d'insécurité, est que plus de 70 % du budget FBP est viré directement sur les comptes des prestataires périphériques, qui décident de manière autonome de quoi et où acheter leurs intrants. Cela, plutôt qu'un système où les autorités du niveau central décident de l'utilisation de l'argent.

Pourtant, ces résultats très encourageants sont sous-rapportés, sous-publiés et donc sous-financés au-delà de ce qui serait justifié.

Ces innovations FBP constituent une alternative à toutes sortes d'initiatives courantes, telles que la gratuité généralisée des soins de santé, les systèmes d'assurance maladie obligatoires ou l'imposition de prix plafonnés par les ministères de la Santé centraux.

1.3 L'introduction des Bonus d'Amélioration de Qualité

Une innovation majeure ces dernières années a été l'introduction des bonus d'amélioration de la qualité (BAQ). Il s'agit d'un indicateur d'output dont la valeur est comprise entre 500 USD (niveau primaire) et 2000 USD (niveau hospitalier ou pour les organismes de régulation). Les subsides BAQ sont versés directement sur les comptes des formations sanitaires autonomes ou des organismes de régulation. Ceci, seulement après que les réalisations BAQ (avec les autres indicateurs output) ont été vérifiées par les agences de contractualisation et de vérification (ACV). Elles vérifient les investissements réalisés en infrastructures, moyens de transport, équipements, ou dépenses d'urgence. Un business plan convaincant peut également servir de déclencheur du premier paiement BAQ, en mobilisant les premiers investissements.

Les BAQ accélèrent considérablement la mise à niveau des formations sanitaires ou des organismes de régulation. La réhabilitation ou l'achat d'intrants est effectué par chaque acteur périphérique autonome, en fonction de ses besoins. C'est plus coût-efficace que l'approche centralisée traditionnelle des inputs, d'un facteur de 4 à 10.

1.4 L'arrêt du FBP au Cameroun et Bénin

Des choix politiques ont conduit, en 2022 et en 2018, à la fin de programmes FBP prometteurs au Cameroun et au Bénin. Ces décisions politiques semblent désormais conduire à la dégradation des deux (2) systèmes de santé.

Au *Cameroun*, le ministre de la Santé a mis fin au FBP en 2022. En consultant la littérature, notamment des évaluations d'impact et des études observationnelles ou photographiques au Cameroun¹, la plupart des articles s'accordent à dire qu'il y a eu des résultats positifs importants en matière de production, de qualité et de motivation du personnel. Une étude a conclu que « malgré les limites du retard de paiement, le FBP permet d'aligner les incitations du personnel de santé (« agent ») sur celles du ministère de la Santé (« principal ») »². Pourtant, malgré les preuves académiques et la formation de la plupart des principaux agents de mise en œuvre, la volonté politique de maintenir les succès du FBP demeure problématique. En 2022, le ministre de la Santé a déclaré qu'il « n'était pas en faveur du FBP », sans aucune justification.

Depuis l'arrêt du FBP, les patients doivent supporter des coûts financiers plus élevés (souvent informels), et la qualité des soins s'est détériorée en raison de l'abandon des évaluations de qualité régulières menées par les autorités des districts et des régions. Le Cameroun est revenu à l'ancien système d'input faiblement réglementé.

¹ Nous avons consulté 14 articles sur le FBP au Cameroun en février 2025, dont l'évaluation d'impact de la Banque mondiale est la plus importante (Cameroon Performance-Based Financing Impact Evaluation Report 2017). Les résultats de cette étude d'impact ont été positifs même si les auteurs reconnaissent que le montage de l'étude a pu contribuer aux problèmes de biais de contamination entre les centres de santé FBP et les centres de santé du groupe témoin.

² Nkangu, M 2023 An in-depth qualitative study of health care providers' experiences of PBF program as a nation-wide adopted policy in Cameroon: A principal-agent Perspective.

Au *Bénin*, le gouvernement a mis fin à l'approche FBP en 2017. Le FBP au Bénin n'était pas parfait, mais affichait des résultats prometteurs. Les principales raisons de l'arrêt étaient le manque d'harmonisation entre les partenaires et le fait que le gouvernement ne serait pas d'accord pour payer des primes de performance au personnel et qu'il supposerait qu'un salaire fixe suffisait aux agents de santé pour être performants.

Après des négociations avec le gouvernement, la Banque mondiale a remplacé les réformes FBP par l'approche PforR = « Performance for Results ». Cette approche injecte directement des fonds dans le budget du ministère de la Santé sur la base des indicateurs nationaux de performance.

Cependant, plusieurs visites de terrain menées depuis 2022 dans les formations sanitaires et des discussions de focus group montrent que les résultats de cette approche centralisée sont difficiles à vérifier et ne sont pas perçus par le personnel de santé.

Or, avec le FBP, cet argent serait injecté directement dans toutes les structures de santé, y compris les structures périphériques, avec un outil de gestion des indices pour calculer les primes de performance, ce qui donnerait plus de motivation au personnel et des résultats directement visibles.

La politique sanitaire du ministère de la Santé du Bénin a régressé vers une distribution inefficace des intrants et une planification centralisée. *Par exemple*, le célèbre centre de santé de Paou, qui a expérimenté de nombreuses innovations depuis 20 à 40 ans, dans le cadre de l'initiative de Bamako et des soins de santé primaires, a subi un incendie en 2022. Pourtant, trois (3) ans plus tard, il n'a pas été réhabilité en raison des procédures inefficaces au niveau central. Dans le cadre de l'approche FBP avec les BAQ décrits ci-dessus, la réhabilitation aurait été effectuée de manière autonome par l'équipe du centre de santé en quelques semaines ou mois.

1.5 Niger

Le Niger, pays sahélien d'Afrique de l'Ouest, est confronté à des défis majeurs en matière de santé publique. Il affiche des indicateurs sanitaires parmi les plus faibles au monde, ce qui appelle à des réformes urgentes dans le secteur de la santé. Face à cette situation, les réformes de Financement Basé sur la Performance (FBP) émergent comme une approche prometteuse visant à améliorer l'efficacité et la qualité des services de santé. Un premier projet FBP a été lancé dans le DS de Boboye en 2018 avec des résultats favorables. Il faut noter que le projet pilote était imparfait et n'appliquait pas la plupart des meilleures pratiques de FBP. Cependant, au vu de ces résultats prometteurs, le MSP compte mettre en œuvre cette approche dans les régions de Zinder et de Maradi, avec l'appui financier de la BM, dans le cadre du projet LAFIA IYALI.

1.5.1 Le score de faisabilité du programme FBP au Niger

Le groupe du Niger a comparé le programme FBP au Niger au score de faisabilité de 23 des meilleures pratiques et principes identifiés dans le manuel du cours FBP.

Ils ont obtenu un score de faisabilité de 40 %, ce qui démontre qu'il subsiste de sérieux problèmes liés au montage institutionnel et à la mise en œuvre des meilleures pratiques au Niger. Des efforts doivent être déployés pour porter ce score à 80 %.

Parmi les 23 critères figurent également *certaines hypothèses* fatales à traiter. Le principal défi réside dans le fait que le budget FBP par habitant et par an est trop faible. Le budget FBP, prévu pour plus de 10 millions de personnes, est de 0,59 \$ par habitant et par an, au lieu de 4,00 \$. D'autres problèmes assez sérieux sont la distribution monopolisée des médicaments et l'interdiction de leur vente par les formations sanitaires de niveau primaire.

Le recrutement de l'ACV a pris beaucoup de temps (environ 3 ans), ce qui a entraîné un retard de décaissement pour la composante FBR.

1.5.2 Recommandations des participants du Niger

- Placer la CTN-FBP à un niveau supérieur, directement sous la responsabilité du Secrétaire général, afin de suivre et d'accompagner les réformes de l'ensemble du système de santé, plutôt que sous la Direction des études et de la Programmation.
- Réduire l'écart du budget FBP pour la population bénéficiaire de 0,57 USD à 4,00 USD par habitant et par an. Cela signifie soit de réduire le nombre de districts bénéficiaires, soit d'augmenter considérablement le budget du PBF.
- Accorder des dérogations spéciales aux structures des deux (2) régions pour la mise en œuvre efficace de l'approche FBR. Cela inclut :
 - Accorder l'autonomie aux prestataires de services, y compris le droit d'acheter les médicaments et autres intrants directement auprès de plusieurs distributeurs accrédités, et permettre aux formations sanitaires de vendre des médicaments afin qu'elles puissent augmenter leurs revenus ;
 - Appliquer les services de santé gratuits ciblés FBP aux patients vulnérables, plutôt que les services de santé gratuits généralisés pour les enfants, les soins d'accouchement, etc.
 - Ne pas discriminer le secteur privé pour obtenir des contrats (principaux) avec les Agences CDV ;
 - Cartographier et découper les zones des aires de santé en unités d'une moyenne comprise entre 6 000 et 12 000 habitants bénéficiaires ;
- Réviser d'abord le manuel national du FBP du Niger au sein d'un comité restreint, puis avec la participation de toutes les parties prenantes, afin de s'assurer du respect des meilleures pratiques du FBP. Le score de faisabilité devrait atteindre au moins de 80% ;
- Rendre opérationnelles au plus vite les Agences de Contractualisation et de Vérification avec leurs antennes de district ;
- Mettre en place des mini-labos aux niveaux régionaux et de district pour le contrôle de qualité des médicaments des distributeurs agréés opérant en concurrence

- Signer des contrats de performance avec les Directions et Programmes du ministère de la Santé publique ;
- Intégrer tous les niveaux des formations sanitaires, publiques, privées et religieuses dans le système FBP ;
- Clarifier les liens opérationnels et contractuels de la Cellule nationale FBP (CTN) avec l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) et les Agences de Contractualisation et de Vérification ;
- Former les acteurs clés au niveau central, y compris les autorités du ministère.

1.6 Mali

Le programme FBP du Mali a obtenu des résultats très positifs au cours des dernières années, ce qui est d'autant plus remarquable compte tenu des problèmes politiques et sécuritaires. Nous pensons qu'il faudrait mener un plaidoyer plus fort pour que les fonds internes et externes disponibles pour la santé soient dépensés de la même manière que les fonds de FBP.

De plus, il sera souhaitable que les réformes de la FBP soient généralisées à l'échelle nationale au Mali. Ceci aussi, parce que les différences entre les régions *avec* ou *sans* FBP sont devenues très importantes en termes de disponibilité des services, de nombre de personnel de santé et de qualité des soins. Cela crée de graves problèmes d'équité entre les régions.

Cependant, malgré la bonne mise en œuvre de la plupart des meilleures pratiques et des instruments dans les régions FBP, quelques problèmes subsistent.

1.6.1 Points à améliorer pour le renforcement du FBP au Mali

- L'absence d'apport financier direct du gouvernement malien à la cagnotte FBP risque de compromettre la pérennité du programme et de le faire apparaître comme une initiative uniquement soutenue par les partenaires techniques et financiers.
- Les Directions centrales du ministère de la Santé n'ont pas toutes des contrats de performance avec la CTN, ce qui peut aussi constituer un danger pour la pérennisation du FBP au Mali ;
- Les ACV signent des contrats tripartites avec les présidents d'ASACO et les directeurs techniques des CS Communautaires, au lieu de signer le contrat binôme entre les ACV et les responsables des prestataires ;
- Les structures de santé privées n'ont pas les mêmes chances que les structures publiques de bénéficier d'un contrat principal pour la mise en œuvre de l'approche FBP.

1.6.2 Recommandations - Mali

- Faire un plaidoyer auprès des ministères de la Santé et des Finances pour transformer certaines lignes du budget de l'État, telles que les crédits délégués aux FOSA et les subventions accordées aux collectivités, en lignes FBP dans la loi de finances.
- Établir des contrats de performance entre la CTN et les directions centrales ;

- Stimuler la concurrence entre les structures publiques et privées pour l'obtention des contrats principaux ;
- Promouvoir la signature binôme entre le DTC et l'ACV pour une gestion autonome et plus efficiente ;
- Assurer la supervision/coaching par le MCD de Djenné et de Bougouni avec la participation des sous-traitants sur l'élaboration des contrats ;
- Organiser, par l'ECD de Djenné, la formation des responsables FOSA et des comités de gestion au manuel FBP.

1.7 Bénin

Le Bénin a expérimenté le FBP entre 2010 et 2017. Cela visait à accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Plusieurs partenaires (Banque mondiale, Fonds mondial, Enabel et GAVI) ont décidé d'harmoniser la gestion de leurs ressources d'appui au renforcement du système de santé du Bénin et ont encadré cette volonté par la signature du Compact en novembre 2010.

Le gouvernement a mis fin au FBP en 2017 à la suite de : a. Des difficultés liées à l'intégration et à l'appropriation de l'approche au sein du ministère de la Santé ; b. Le manque d'harmonisation entre les partenaires ; c. L'inexistence d'un environnement concurrentiel d'accès aux intrants et ; d. La croyance du gouvernement selon laquelle un salaire fixe suffirait à motiver le personnel de santé.

Les réformes engagées dans le secteur de la santé depuis 2017 ne capitalisent pas sur l'expérience du FBP (2012 – 2017) ni sur les leçons tirées de celui-ci.

De notre point de vue, les conditions de travail difficiles et le pouvoir d'achat des travailleurs du secteur de la santé qui s'amenuise entraînent, de fait, une démotivation et une baisse de la performance des FOSA. Face à cela, le FBP, qui génère des ressources supplémentaires, nous paraît être la seule alternative susceptible de remotiver le personnel et, par conséquent, de booster la performance.

La problématique est donc d'étudier les voies et moyens de remettre en selle une approche FBR améliorée au Bénin, avec des ressources suffisantes et l'implication du secteur sanitaire privé.

1.7.1 Recommandations - Bénin

- Constituer une équipe de 3 à 4 personnes pour analyser le contexte, en identifier les aspects positifs et négatifs, et réaliser une étude comparative des performances des FOSA *durant et après le FBP*.
- Démarrer une initiative de recherche dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi-SO-Ava, en introduisant des primes de performance au sein des formations sanitaires. Ce serait un élément supplémentaire pour mener un bon plaidoyer en faveur de la reprise du FBP à l'issue du PforR en 2026.
- Faire un plaidoyer auprès des hauts cadres du ministère de la Santé, de la Présidence et des bailleurs de fonds pour la réintroduction du FBR au Bénin à l'issue du PforR.
- Développer la stratégie de mise en œuvre du FBR dans le secteur privé de la santé.

2. SUMMARY of the 95th PBF COURSE in Lomé

2.1 The PBF course in Cotonou – some impressions

2.1.1 Some impressions of the Lomé FBP course

This 95th FBP course was organized in Lomé, Togo, instead of Cotonou, Benin. The change in country was necessary to accommodate a delegation of 20 people from Niger, including representatives from the central, regional, and district levels. In addition, three participants from Mali attended from the district and health center levels. Bénin was represented by the Director of Health of the “Atlantique” Department.

During the post-test, four people received a distinction (90% or more) and eight received a merit “mention” of between 80 and 89%.

2.1.2 Examples of PBF successes – also in insecure areas

Different groups of participants in the last 5-10 PBF courses have shown extraordinary results in PBF programs in several countries, such as Mali, Mauritania, DRC, Burundi, and CAR. Well-structured PBF programs produce cost-effective and high-quality results. “Well-structured” means a PBF program has an above-80 % feasibility score across 23 criteria and uses PBF management instruments such as business plans, the indices management tool, and quality improvement bonuses. PBF also offers equity bonuses ranging from 10% to 80% on top of payment for output and quality indicators, benefiting vulnerable regions, districts, and health facilities.

Moreover, under PBF, the poorest 10-25% are exempt from paying for care through a targeted free health care mechanism. Health facilities are reimbursed for this targeted free service, and health facility staff, with support from the local community, identify the poorest. This targeted free health care approach is more realistic and avoids overspending, as in insurance systems, and it is better verified than generalized free health care, such as for children or delivery care.

The main reason for its success, even in insecure areas, is that more than 70% of the PBF budget is transferred directly to peripheral providers' accounts, who decide autonomously what and where to buy their inputs. This is instead of a hands-on system where central-level authorities decide how to use the money.

Yet the very encouraging results reported, for example, from Mali and Mauritania are under-reported, under-published and therefore under-funded beyond what is justified.

These PBF innovations offer an alternative to more traditional initiatives such as generalized free health care, compulsory health insurance systems, or government-imposed health care price ceilings.

2.1.3 The introduction of Quality Improvement Bonuses

A very important innovation in recent years has been the introduction of quality improvement bonuses (QIBs). This output indicator is valued between 500 USD (primary level) and 2000 USD (hospital level or for regulatory organizations). The QIB subsidies are paid directly into the accounts of autonomous health facilities or regulatory organizations. This happens only after Contract Development and Verification Agencies verify the QIB achievements (together with the other output indicators). They verify investments in infrastructure, transport, equipment, or emergency expenses. A convincing business plan can also trigger the first QIB payment, helping health facilities start their first investments.

The QIBs accelerate the upgrading of health facilities or regulatory organizations. Each autonomous peripheral actor carries out rehabilitation or purchases inputs according to its needs. This is 4-10 times more cost-effective than the traditional centralized input approach.

2.1.4 The end of PBF in Cameroon and Benin

Policy choices in 2022 and 2018 ended promising PBF programs in Cameroon and Benin. These policy decisions have now led to the degradation of both (2) health systems.

In *Cameroon*, the Minister of Health terminated PBF in 2022. When consulting the literature, including impact evaluations and observational or photo studies in Cameroon, most papers agree that there were important positive results on output, quality, and staff motivation. One study concluded that “despite the limitations of delay in payment, PBF helps to align the incentives of the health workers (agent) with those of the Ministry of Health (principal)³. Yet, surprisingly, despite the academic evidence and the training of most key implementing agents, political willingness to sustain PBF successes remained problematic in Cameroon. In 2022, the Minister of Health declared that he “was not in favor of PBF,” without any justification.

Since the end of PBF, patients in Cameroon have had to bear higher financial (often informal) costs, and care quality has deteriorated because district and regional authorities abandoned regular PBF quality reviews. In short, Cameroon has returned to the old, weakly regulated input health system at a very high cost to the population.

In *Benin*, the government ended the PBF approach in 2017. PBF in Benin was not perfect, but had promising results. The main reasons for the shutdown were the lack of harmonization between partners, the government's refusal to pay performance bonuses to staff, and the assumption that a fixed salary was enough for health workers to perform. After negotiation with the government, the World Bank replaced the PBF reforms with the “Pfor R- Program for Results” approach. This approach directly injects funds into the Ministry of Health budget based on national performance indicators.

³ Nkangu, M 2023 An in-depth qualitative study of health care providers' experiences of performance-based financing program as a nation-wide adopted policy in Cameroon: A principal-agent perspective.

However, several field visits since 2022, including health facility visits and focus group discussions, show that the results of this centralized approach are difficult to verify and have not been felt by health facilities. However, with PBF, this money would be injected directly into all health facilities, including peripheral health facilities, with the indices management tool to calculate performance bonuses, which gives more motivation to staff and produces better results.

Thus, the Ministry of Health's health policy in Benin has regressed toward inefficient input distribution and centralized planning. For example, the famous Paou health center, which has experienced many innovations over 20 to 40 years within the framework of the Bamako initiative and primary health care, suffered a fire in 2022. Yet, three (3) years later, it has not been rehabilitated due to inefficient procedures at the central level. Under the PBF approach and the QIB system described above, the health center team would have carried out the rehabilitation autonomously within a few weeks or months.

2.2 Niger

Niger, a Sahelian country in West Africa, faces significant public health challenges. It has some of the lowest health indicators in the world, which calls for urgent reforms in the health sector. In response, Performance-Based Financing (PBF) reforms are emerging as a promising approach to improve the efficiency and quality of health services. A first PBF project was launched in the Boboye Health District in 2018 with moderately favorable results. The project was imperfect and did not apply most PBF best practices. However, given these promising results, the Ministry of Public Health intends to implement this approach in the Zinder and Maradi regions with financial support from the World Bank through the LAFIA IYALI project.

2.2.1 Feasibility of the current PBF program in Niger

Niger participants compared the PBF program in Niger with the 23 feasibility criteria of best practices identified in the PBF course book.

They found a feasibility score of 40%, showing that serious problems remain with the institutional set-up and application of PBF best practices in Niger. **Efforts should be made to increase this score to 80%.**

Among the 23 criteria, some critical (or killing) assumptions also need to be addressed. The most important challenge is that the **PBF budget per capita per year is too small**. The PBF budget, planned for more than 10 million people, is \$0.59 per capita per year instead of \$4.00. Other serious problems include the monopolized distribution of medicines and the non-authorization of medicine sales by primary-level health facilities.

Recruiting the ACV took a long time (about 3 years), delaying disbursement of the PBF component.

2.2.2 Recommendations of the participants from Niger

- Place the national PBF Unit (CTN) at a higher level, directly under the Secretary General, to monitor and support reforms across the entire health system instead of under the Directorate of Studies and Programming.
- Narrow the PBF budget gap for the beneficiary population from USD 0.57 to USD 4.00 per capita per year. This means either reducing the number of beneficiary districts or significantly increasing the PBF budget.
- Grant special exemptions to health facilities in the two (2) regions to support efficient implementation of the PBF approach. These include :
 - Grant autonomy to service providers, including the right to purchase drugs and other inputs directly from multiple accredited distributors, and allow health facilities to sell drugs to increase revenue.
 - Apply the targeted PBF free health services for vulnerable patients instead of generalized free services for children, delivery care, etc.
 - Do not discriminate against the private sector when awarding contracts to CDV Agencies.
 - Map and divide the health care catchment areas into units with an average of 6,000 to 12,000 beneficiary inhabitants.
- Revise the Niger PBF national manual. First, within a small committee, then with the participation of all stakeholders, to ensure PBF best practices are respected. The feasibility score should be at least 80%.
- Put the Regional Contract Development and Verification Agencies with their district branches into operation as quickly as possible.
- Set up mini labs at regional and district levels to quality-control medicines from accredited distributors operating in competition.
- Sign performance contracts with the Directorates and Programs of the Ministry of Public Health.
- Integrate all levels of health facilities, public, private, and religious, into the PBF system.
- Clarify the operational and contractual links between the national PBF Unit (CTN), the National Institute of Health Insurance (INAM), and the regional CDV Agencies.
- Train key stakeholders at the central level, including ministry authorities.

2.3 Mali

The Mali PBF program has achieved very positive results in recent years, which is even more remarkable given the political and security challenges. Stronger advocacy is justified to ensure that internal and external health funds become available for the PBF approach.

In addition, PBF reforms should be scaled up nationwide. This is also because differences between regions *with* and *without* PBF have become significant in service availability, health worker availability, and quality of care. This creates serious equity problems between the regions.

2.3.1 Challenges of the PBF reforms in Mali

However, despite PBF's positive results in Mali, challenges remain.

- The Malian government's lack of direct financial contribution to the PBF basket risks compromising the program's sustainability and making it appear as an initiative supported only by technical and financial partners.
- Not all central directorates of the Ministry of Health have performance contracts with the CTN, which also risks undermining PBF sustainability in Mali.
- Currently, the CDV Agencies sign tripartite contracts with the presidents of ASACOs and the heads of Community Health Centers, instead of signing bilateral contracts only between the CDV Agencies and the heads of the service providers.
- Private structures do not have the same opportunity as public structures to benefit from a main contract for implementing the PBF approach.

2.3.2 Recommendations

- Advocate with the Ministries of Health and Finance to transform certain lines of the State budget, such as the delegated credits to health facilities and subsidies granted to communes, into PBF budget lines in the Finance Law.
- Establish performance contracts between the national PBF Unit (CTN) and the central directorates.
- Stimulate competition between public and private structures to obtain main contracts.
- Promote the bilateral signature between the Technical Directors of primary health facilities and the CDV Agencies for autonomous and more efficient management.
- Ensure supervision/coaching by the District Medical Officer of Djenné and Bougouni for subcontractors and support the development of their contracts.
- Organize training by the District Medical Office of Djenné for health facility managers and their health committees on the PBF manual.

2.4 Benin

Benin experimented with PBF between 2010 and 2017. This aimed to accelerate achievement of the Millennium Development Goals, and several partners (World Bank, Global Fund, Enabel, and Gavi) decided to harmonize resource management to support strengthening Benin's health system, framing this commitment by signing the Compact in November 2010.

The government ended PBF in 2017 because of: a. difficulties integrating and appropriating the approach at the Ministry of Health level; b. The lack of harmonization between the technical and financial partners; c. The lack of a competitive environment to purchase inputs; and d. The government's belief that a fixed salary would be sufficient to motivate health personnel. The reforms undertaken in the health sector since 2017 do not capitalize on the experience of the PBF (2012 - 2017) or the lessons learned from it.

From our point of view, difficult working conditions and the diminishing purchasing power of health sector workers lead to demotivation and a drop in the performance of health facilities. In response, the PBF approach of generating additional variable financial

bonuses seems to us to be the only alternative that can remotivate staff and, consequently, boost performance.

The problem is therefore to study the ways and means to put an improved FBR approach back on track in Benin with sufficient resources and the involvement of the private health sector.

2.4.1 Recommendations

- Form a team of 3 to 4 people to analyze the context, highlight the positive and negative aspects, and conduct a comparative study of health facility performance during the PBF period and afterward.
- Start a research initiative in the health catchment area of Abomey Calavi SO-Ava, introducing performance bonuses in health facilities. This would be another element to strengthen the case for resuming PBF after the end of the current World Bank-financed centralized Performance for Results (PforR) approach.
- Make a case to senior officials of the Ministry of Health, the Presidency, and donors for reintroducing FBR in Benin at the end of PforR.
- Develop the PBF with private health facilities as well.

3. INTRODUCTION du 95e COURS FBP de Lomé

3.1 Le FBP comme réforme de choix pour atteindre la CSU et des innovations

Le FBP constitue une bonne voie pour atteindre les Objectifs de Développement Durable et la Couverture Sanitaire Universelle.

Il est également devenu clair que les réformes du FBP constituent l'opportunité unique de soutenir directement les structures de santé autonomes périphériques, les Agences de Contractualisation et de Vérification (ACV) ainsi que les autorités de régulation des districts et des régions. C'est important dans toutes les situations politiques, mais en particulier lorsque les gouvernements sont inconstitutionnels ou exercent leur pouvoir dans des zones non contrôlées par le gouvernement central. Cela a été particulièrement crucial dans un nombre croissant de pays du Sahel tels que le Mali, le Tchad, le Niger et la République centrafricaine.

Ces dernières années, le FBP a également été testé avec succès dans le secteur de l'éducation (principalement les écoles primaires) et dans le secteur administratif (municipalités, tribunaux) dans des pays comme la République démocratique du Congo (RDC), la République centrafricaine (RCA) et la République du Burundi.

3.2 Histoire des cours FBP

Le premier cours FBP a eu lieu en République démocratique du Congo en 2007. Ce premier cours et quelques autres cours FBP francophones ont été rendus possibles grâce au financement régulier de Cordaid, des Pays-Bas, et à la collaboration de plusieurs organisations, comme l'AAP Sud-Kivu et HDP Rwanda. Depuis 2012, BEST-SD du Bénin et BASP96 du Burkina/Bénin ont organisé entre eux au moins 20 cours FBP. Ces cours au Bénin et au Togo ont été un succès grâce à l'intérêt manifesté par les autorités des différents pays de la région et par des partenaires financiers comme la Banque mondiale, ENABEL, Cordaid, USAID, UNICEF, KFW, MEMISA, MSV et PU. Certains participants sont venus au cours sur le financement des ministères de la santé et des ONG locales, voire sur financement propre.

Les cours anglophones sont devenus possibles grâce à l'appui de la Banque mondiale, notamment de Gyuri Fritsche et Godelieve van Heteren. Le premier manuel du cours FBP a été publié en 2009 et mis à jour régulièrement avant chaque nouveau cours. À ce jour, plus de 3000 participants de plusieurs nationalités ont pris part aux cours et une grande partie d'entre eux est devenue défenseur du FBP dans leurs pays respectifs. Le FBP s'éloigne des idées traditionnelles du système de santé, ce qui suscite souvent une résistance à laquelle il faut faire face afin de dissiper les inquiétudes. Pour cela, ce cours va à la recherche des profondeurs des théories, des pratiques et des instruments du FBP.

3.3 Objectifs du cours

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

l'utilisation rationnelle et efficace des ressources limitées du gouvernement et des ménages, en appliquant les mécanismes du marché.

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

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

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

1. Atteindre une masse critique de personnes adhérant au FBP, afin d'assurer un 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.
2. Maîtriser, à la fin du cours, les théories, les meilleures pratiques et les outils du FBP afin d'assurer la mise en œuvre du financement basé sur la performance.

3.4 Méthodologie du cours

La méthodologie appliquée était mixte, à savoir les questions-réponses, le travail de groupe, les jeux de rôle, les visites de terrain et les posters. On a aussi, ces dernières années, mis davantage l'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 sur son lieu de travail pour améliorer le système ? »

3.5 Les participants et des facilitateurs

Le 95^e cours FBP, qui est le tout premier cours organisé à Lomé, a connu la participation de 24 personnes dont trois (3) de sexe féminin.

Du groupe de 3 participants du Mali, composé ainsi qu'il suit : deux participants du niveau de district et un au niveau d'un CSCOM.

Les 20 participants du Niger sont composés ainsi qu'il suit : 5 du niveau du ministère de la Santé central, 2 de la Cellule Technique Nationale, 1 de l'Institut National d'Assurance Maladie, 6 de l'Unité de Gestion de Projet de la Banque mondiale, 4 du niveau régional et 2 du niveau du district.

Le représentant du Bénin est le Directeur Départemental de la Santé de l'Atlantique du Bénin.

Le tableau ci-dessous présente la liste des participants.

Noms	Prénoms	Sexe	Pays	Région	Organisation	Qualification	Fonction /Titre
COCOUVI	Emmanuel Victor	m	Bénin	Atlantique	MS	Médecin santé publique	Directeur Déprtmnt Santé Atlantique
KOBILA	Aly	m	Mali	Bougouné	MSDS	Médecin	DTC du CSCom de Djinné
SANGARE	Sidi	m	Mali	Mopti	MSDS	Médecin Santé Publique	Méd Chef District San. Djenné
SANGARE	Lassana	m	Mali	Bougouné	MSDS	Ass Méd, Santé Publique	Chargé SIS/SE CSR de Bougouni
ABDOULAYE	Ousséini	m	Niger	Niamey	MSP	Gestionnaire services Santé	Inspecteur services MSP
ADAMOU	Gueyka	f	Niger	Niamey	MSP	Gestionnaire des hôpitaux	Chef service financement à la DEP
ALI	Barham	m	Niger	Niamey	MSP	Pédagogue sciences santé	Chef service bonnes pratiques
BICKA BIANOU	Souleymane	m	Niger	Maradi	UGP	Technicien de Santé	Chef d'ant régionale projet Lafia Iyali
BOUBACAR SADO	Ousséini	m	Niger	Maradi	DRS	Médecin Santé Publique	Directeur Région Santé Publique
DANDARE MADOU	Mohamed	m	Niger	Niamey	MSP	Médecin	Direction études - programmation
ELHADJI MAHAMADOU KADRI	Abdoul-kader	m	Niger	Niamey	UGP	Auditeur, Comptable	Auditeur Interne Projet Lafia Iyali
HASSANE	Hamma	m	Niger	Niamey	UGP	Comptable	Comptable Principal Projet Lafia Iyali
IRO	Souley	m	Niger	Niamey	INAM	Docteur en soins infirmiers	Directeur Général INAM
ISSOUFOU MAHAMAN ZENE	Abdoul-Karim	m	Niger	Niamey	UGP	Financier	Respons Admin/Financ Lafia Iyali
KALILLOU	Amadou	m	Niger	Niamey	UGP	Suivi & Évaluation	Spéc Nat suivi-éval Projet Lafia Iyali
KARIMOUN	Aichatou	f	Niger	Zinder	ECD	Médecin	Méd chef District sanitaire
LAOUALI	Maman Mourtala	m	Niger	Zinder	ECD	Médecin	Méd chef District San Madarounfa
MANZO	Farouk	m	Niger	Zinder	DRS	Médecin Santé Publique	Directeur Région Santé Publique
MOUSSA	Amadou	m	Niger	Niamey	CTN	Médecin	Coordonnateur Cellule technique FBR
OUSMANE	Nassirou	m	Niger	Niamey	MSP	Médecin Santé Publique	Direct Santé-Mère, Enfnt Adol et Jeunes
SALHA SAMBO	Sadissou	m	Niger	Zinder	UGP	Ingénieur nutrition	Chef antenne rég projet Lafia Iyali
SALIFOU	Nana Fassouma	f	Niger	Zinder	DRS	Épidémiologiste	Chef service Progr Inf San (SPIS) DRS
SIDDI	Bassirou	m	Niger	Niamey	CTN	Gestionnaire hôpitaux / GPPS	Assist Admin et Fin CTN - FBR
TCHANGA	Mohamadou Youssou	m	Niger	Zinder	DRS	Épidémiologiste	Chef Serv Progr Inform San (SPIS)

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

La coordination administrative du cours a été assurée par M. Ibouaïma AOUDI, ex-Directeur de l'Hôpital Évangélique de Bembèrèkè/Hôpital de Zone Bembèrèkè-Sinendé au Bénin, appuyé par Mme Séliatou INOUSSA, secrétaire comptable de BASP96-Bénin, et par les hôtesse JOHNSON BENDOUWA Jecolia et OWRO-BODI Nounia.

3.6 Pré- et post-test du 95^e cours FBP de Lomé

Vingt-quatre (24) participants ont passé un prétest à leur arrivée, avec un score moyen de 41 %. Le post-test a montré une amélioration significative avec un score moyen de 73%. De plus, les facilitateurs ont également attribué des points bonus de 0, 1 ou 2 points pour les efforts de chaque participant. Cela a porté le score moyen à environ 75%, soit une progression moyenne de 34% par rapport au score moyen du pré-test. Quatre (4) participants (17%) ont obtenu un certificat de distinction avec un score de 90% ou plus au test final du cours. Huit (8) participants (33%) avaient un score entre 80% et 89% et ont reçu une mention « mérite mention ». Onze (11) participants (46%) ont reçu un certificat de mérite ordinaire. Un participant (4%) a reçu un certificat de participation.

Résultats post test 95ème cours FBP de Lomé	N = 24	%
Distinction (90% et plus)	4	17%
Mérite mention (80%-89%)	8	33%
Mérite ordinaire (53%-79%)	11	46%
Participation (<53%)	1	4%
Total	24	100%

Ce cours était évalué par les participants au moyen de scores journaliers et de scores finaux. Les évaluations journalières de la formation ont affiché un score moyen de 82 %.

4. DEROULEMENT du 95^e COURS FBP de COTONOU

Ce chapitre présente le déroulement du 95^e cours international sur le FBP, qui s'est tenu à l'Hôtel BKBG de Lomé, au Togo, du 13 au 25 janvier 2025.

Le **lundi 13 janvier 2025**, le cours a débuté par un mot de bienvenue prononcé par le Dr Joseph Catraye, suivi de la présentation des facilitateurs et des participants. Après l'établissement des règles visant à assurer le bon déroulement de la formation, l'élection des autorités du "village" a eu lieu.

L'équipe dirigeante du 95^e "village" du cours FBP a ainsi été constituée à la suite de l'élection, avec la formation du Gouvernement, dont la composition est la suivante :

- **Chef du village** : Dr NASSIROU OUSMANE
- **Chef de village adjoint** : Mr. LASSANA SANGARE
- **Ministre des finances** : Dr KARIMOU AICHATOU
- **Berger** : Dr Victor COCOUVI et Dr DANDARE MOHAMED
- **Président de l'énergie** : Dr MANZO FAROUK

Cette étape a été suivie de la formation d'un comité chargé de recueillir les principales recommandations, qu'elles soient spécifiques ou générales, par pays ou par thème. Il s'agit du Dr ALY KOBILA, Mr. ALI BARHAM, Dr LAOUALI MOURTALA et Dr Victor COCOUVI.

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

La plénière a débuté par la présentation du module 1, consacré à l'organisation du cours FBP. Ce module a couvert plusieurs aspects clés, dont le contenu et la méthodologie du cours, ainsi que les objectifs, l'historique et les autres appellations du FBP. Une comparaison a été établie entre les soins de santé primaires, l'Initiative de Bamako et le FBP. De plus, cinq groupes ont été formés pour l'élaboration des plans d'action des six groupes suivants : Niger (quatre groupes) , Mali (un groupe) et Bénin (un groupe).

Le premier groupe du Niger regroupait le Niveau Central (CTN, DEP, INAM, IGS, DSME/AJ). Le deuxième groupe du Niger était composé de l'UGP (central et périphérique). Le troisième groupe du Niger était celui de la Direction régionale de la santé publique et le quatrième groupe était composé de deux représentants du niveau du district. Les trois participants du Mali formaient un groupe et l'unique participant du Bénin formait le sixième groupe.

Le module 2, qui traite de la définition du FBP et des preuves académiques à l'appui du FBP, a ensuite été présenté.

Lors des discussions, plusieurs sujets ont été abordés, notamment les grands changements de paradigme du FBP en matière de financement des soins. Les expériences du Mali ont été partagées, notamment en ce qui concerne l'harmonisation des instruments du FBP. Les avantages d'un programme FBP bien exécuté, ainsi que ses principes fondamentaux, ont été discutés en profondeur.

La journée s'est clôturée par une évaluation des activités, l'élection du meilleur participant, ainsi que la rencontre de 2 groupes pour présenter leurs plans d'action (Niger : Niveau Central et UGP).

Les groupes de travail ont ensuite réfléchi à une série de 4 questions portant sur la performance actuelle de leur système de santé. Les questions posées étaient les suivantes:

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

La deuxième journée, mardi 14 janvier 2025, a débuté par un récapitulatif de la première journée. Le reste de la journée a été consacré à la présentation des travaux de groupe sur le plan d'action, à une comparaison entre le FBP, les Soins de Santé Primaires (SSP) et l'Initiative de Bamako, ainsi qu'à la présentation du module 3A, qui aborde notamment l'exemple d'une FOSA sous le FBP, les meilleures pratiques du FBP, le montage institutionnel et les enjeux liés au changement.

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

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

La journée s'est conclue par une évaluation de la journée, l'élection du meilleur participant et les rencontres avec les groupes du Mali, du Bénin et du Niger (Niveau Central) autour de leurs travaux de groupe sur les plans d'action.

La troisième journée, mercredi 15 janvier 2025, a débuté par un récapitulatif de la deuxième journée, suivi de la présentation de la suite du module 4A sur les théories du FBP, ainsi que des modules 5A portant sur la microéconomie et 5B sur l'Économie de la santé.

Les discussions ont permis aux participants d'approfondir leur compréhension des différents types de distribution des biens en économie, des facteurs influençant la demande et l'offre, des conséquences des interventions gouvernementales sur les prix (prix plafond et prix plancher), l'élasticité de la demande, l'efficacité allocative, technique et administrative, l'importance d'aligner la pyramide sanitaire avec la pyramide financière, la correction des défaillances du marché de la santé, les dépenses de santé et le rôle de l'État dans le secteur de la santé.

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

La quatrième journée, jeudi 16 janvier 2025, a commencé par un récapitulatif de la troisième journée, puis par la présentation de l'Introduction du module 6B, portant sur la Régulation et l'Assurance Qualité.

Les discussions ont abordé des sujets clés tels que la logique commune à tous les acteurs du FBP, la politique socio-économique nationale, les objectifs de la politique de santé de l'État et le rôle du Comité de Pilotage du FBP.

L'après-midi, à partir de 13 h, a été consacré à une visite de terrain dans trois formations sanitaires :

Groupe 1 : Centre Médico-social d'AVEPOZO public

Groupe 2 : Centre Médico-social Mgr Joseph STREBLER d'ADAMAVO Confessionnel

Groupe 3 : Hôpital de Bè-KPOTA public

Cette visite visait à collecter des données auprès des prestataires des structures visitées, à les analyser selon des termes de référence, puis à restituer les observations en plénière. Les participants devaient analyser les données collectées et les comparer aux standards, tels que : 1. Le nombre optimal de personnel qualifié pour 1000 habitants ; 2. Le montant des recettes annuelles, comparé au montant théorique des recettes par personne cible et par an dans l'aire de santé, afin de garantir la qualité des soins.

Après la visite, les participants ont travaillé à la synthèse des résultats de leurs observations, qui a été présentée en plénière le jour suivant.

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

La cinquième journée, le 17 janvier 2025, a commencé par un récapitulatif de la quatrième journée, puis par les modules 6A, portant sur la politique nationale de régulation, et 6B, portant sur l'Évaluation de la qualité des services dans les formations sanitaires. Les discussions ont principalement abordé le rôle des régulateurs à chaque niveau, les indicateurs composites utilisés pour l'évaluation de la qualité.

Le reste de la journée a été consacré à la présentation du module 8 sur le renforcement de la voix de la population. Les discussions se sont focalisées sur l'approche alternative avec la séparation des rôles communautaires proposée par le FBP, à savoir : d'un côté, le marketing social effectué par les FOSA avec leurs comités de santé, et de l'autre côté, le recrutement des ASLO qui réalisent des entretiens réguliers avec les clients, pour renforcer la voix de la communauté.

La sixième journée, le 18 janvier 2025, a débuté par un récapitulatif de la cinquième journée, suivie des présentations des modules 10 : Techniques de gestion des conflits et de négociation et 9 : Scan de faisabilité – critères de pureté, hypothèses fatales et plaidoyer. Les participants ont également reçu des explications sur l'exercice de groupe d'évaluation du scan de faisabilité du FBP de chaque groupe, ainsi que sur la préparation du jeu de rôle. Les résultats de ces activités seront présentés lundi.

Le **dimanche 19 janvier 2025** était une journée de repos pour l'ensemble des participants. Une sortie récréative a été organisée à Lomé pour visiter la ville, l'université de Lomé, la frontière avec le Ghana et faire des achats. Une balade s'est achevée par un déjeuner au bord de la plage (braderie 34 cocotiers).

La **septième journée de formation, le lundi 20 janvier 2025**, a débuté par une évaluation récapitulative de la sixième journée. Par la suite, les activités se sont poursuivies par la restitution des travaux de groupe portant sur l'analyse du score de faisabilité du FBP, l'identification d'éventuelles hypothèses fatales, ainsi que sur des jeux de rôle. Ces derniers, limités à cinq minutes chacun, ont permis de tester des techniques de négociation telles que l'écoute active, la construction de solutions de compromis, l'utilisation stratégique de slogans, les meilleures pratiques et des concepts du FBP pour argumenter, la remise de documents aux décideurs (ministre, etc.), ainsi que la définition des prochaines étapes. Tous les groupes ont participé aux jeux de rôle et ont reçu des commentaires constructifs.

Dans l'après-midi, les travaux se sont poursuivis avec l'Introduction du **module 7 : ACV** et la présentation du **module 12 : indicateur Output**. Les participants, répartis en groupes, ont réalisé un exercice pratique visant à :

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

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

La **huitième journée de formation, tenue le mardi 21 janvier 2025**, a débuté par un récapitulatif de la journée précédente, puis par la restitution des travaux de groupe portant sur les indicateurs output. Cet exercice a permis aux participants de mieux distinguer les différents types d'indicateurs, notamment : les indicateurs output, payés mensuellement, les indicateurs de qualité, les indicateurs de processus et les indicateurs d'impact.

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

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

La **neuvième journée, mercredi 22 janvier 2025**, a débuté comme d'habitude par une évaluation et un récapitulatif de la journée précédente. Trois modules essentiels ont ensuite été abordés :

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

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

Les travaux de **la dixième journée, jeudi 23 janvier 2025**, ont commencé par l'évaluation et le récapitulatif des activités de la veille, puis par la présentation des résultats de l'exercice sur l'outil Indice. Le reste de la journée a été consacré au travail de groupe sur les plans d'action. Par la suite, un retour détaillé a été fourni sur les plans d'action des différents groupes.

Les travaux de **l'onzième journée, vendredi 24 janvier 2025**, ont débuté par l'évaluation journalière des travaux de la veille, suivie d'une séance de récapitulatif final couvrant l'ensemble du cours. La matinée a ensuite été consacrée à la finalisation des plans d'action, ainsi qu'à la préparation et à la présentation des posters par les différents groupes. Par la technique du « Carrousel », chaque groupe a présenté son poster devant l'ensemble des participants, avant une évaluation globale du cours.

Samedi 25 janvier 2025 : l'examen final, basé sur le test des connaissances des participants au 95^e cours international sur le FBP, a commencé à 9h00 et l'ensemble des participants a terminé le test vers 11 heures.

Cet examen a permis d'obtenir 4 distinctions dont les noms sont les suivants :

1. *SANGARE Sidi, Médecin Chef du district sanitaire de Djenné- Mali*
2. *COCOUI Emmanuel Victor, Directeur Départemental de la Santé de l'Atlantique-Bénin*
3. *MANZO Farouk, Directeur Régional de la Santé Publique Zinder- Niger*
4. *TCHANGA Mohamadou Youssou, Chef service Programmation Information Sanitaire (SPIS), Région de Maradi- Niger*

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

- La correction du test et la proclamation de ses résultats.
- Résumé de la formation par les facilitateurs
- Mot du représentant des participants
- Lecture des recommandations du cours par les participants
- Remise des certificats

La cérémonie de clôture s'est conclue autour d'un cocktail offert aux participants. La soirée s'est poursuivie dans une ambiance festive au restaurant-bar « Air-Force One », où les participants ont profité des rythmes animés pour clore cette expérience mémorable.

5. ÉVALUATIONS JOURNALIÈRES PAR LES PARTICIPANTS

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

Les évaluations journalières de la formation ont affiché un score moyen de 82 %. Cela est de 1,7 points supérieur à la moyenne des 59 cours francophones précédents et de 2 points inférieur à la moyenne des 27 cours anglophones précédents. Les critères « participation » et « respect du temps » étaient supérieurs à ceux des 59 cours francophones précédents, avec respectivement 3,9 % et 5,0 %. Les critères « facilitation » et « organisation » étaient inférieurs aux 59 cours précédents avec respectivement 1,4% et 0,7%.

Évaluations journalières pendant 10 jours par les participants	Cours Anglophones (27x)	Cours Francophones (58x)	Lomé 2025	Comparaison Lomé Janvier 2025 - 59 cours Francophones précédents
Méthodologie et facilitation	87,6%	85,8%	84,4%	-1,4%
Participation	87,2%	84,3%	88,2%	3,9%
Organisation	86,4%	73,8%	73,1%	-0,7%
Respect du temps	73,2%	77,5%	82,5%	5,0%
Score total	84%	80%	82%	1,7%

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

L'aspect de **la facilitation et de la méthodologie** a été évalué en moyenne à 84,4 % de « très satisfait ». Cela donne un score inférieur de 1,4 point par rapport aux 59 cours francophones précédents, qui affichaient un score moyen de 85,4 %. La tendance d'évaluation de la satisfaction pour la facilitation a connu une amélioration de 63% les deux premiers jours vers entre 75% et 100% les jours suivants.

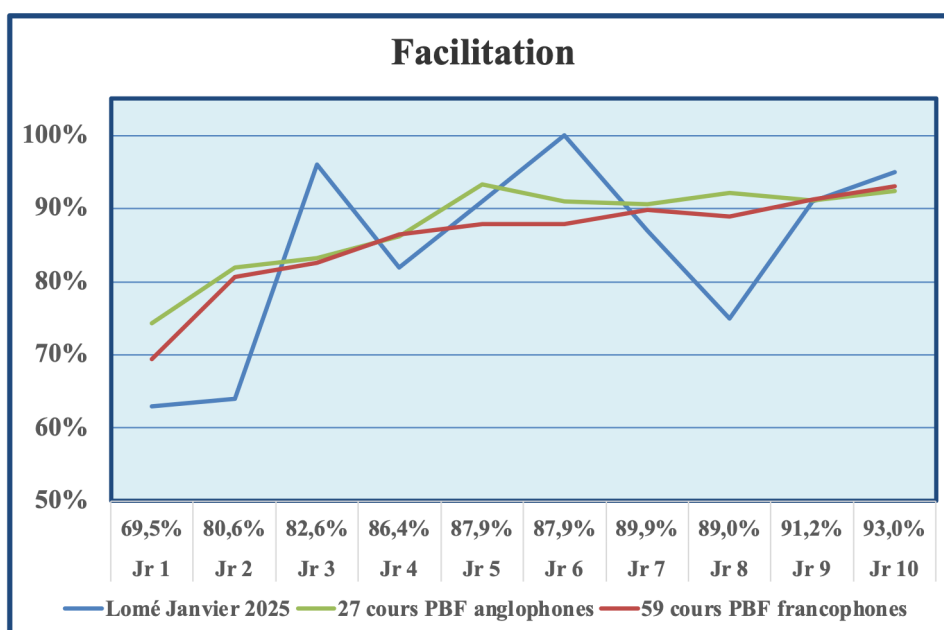


Figure 1 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *facilitation & méthodologie*.

La participation a été évaluée en moyenne à 88,2% pour tous les jours, soit 3,9% *supérieur* à la moyenne des 59 cours francophones précédents, qui ont enregistré un score moyen de 84,3%. Le score de la satisfaction avec la participation est resté stable entre 83% et 95% durant le cours, à l'exception de la première journée, avec 74%.

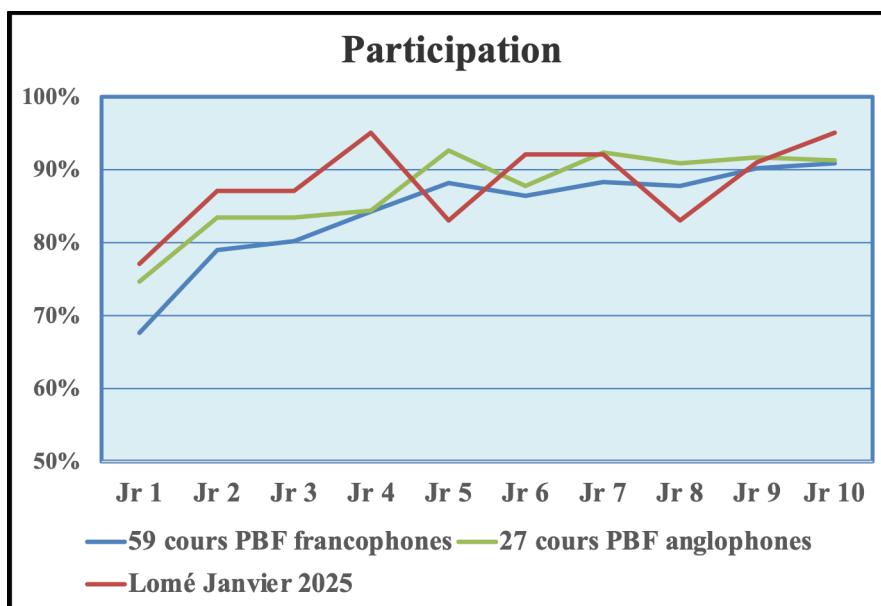


Figure 2 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *participation*.

L'organisation du cours était évaluée en moyenne à 73,1 % « très satisfait », soit 0,7 point de moins que les 59 cours francophones précédents, dont la moyenne était de 73,6 %. La satisfaction envers l'organisation est passée de 50% la première journée à 84% au cours des derniers jours du cours. Les problèmes d'organisation étaient surtout liés au système de sonorisation (micro non fonctionnel) dans la salle de conférence, plomberie et climatisation dans les chambres et surtout la nourriture médiocre

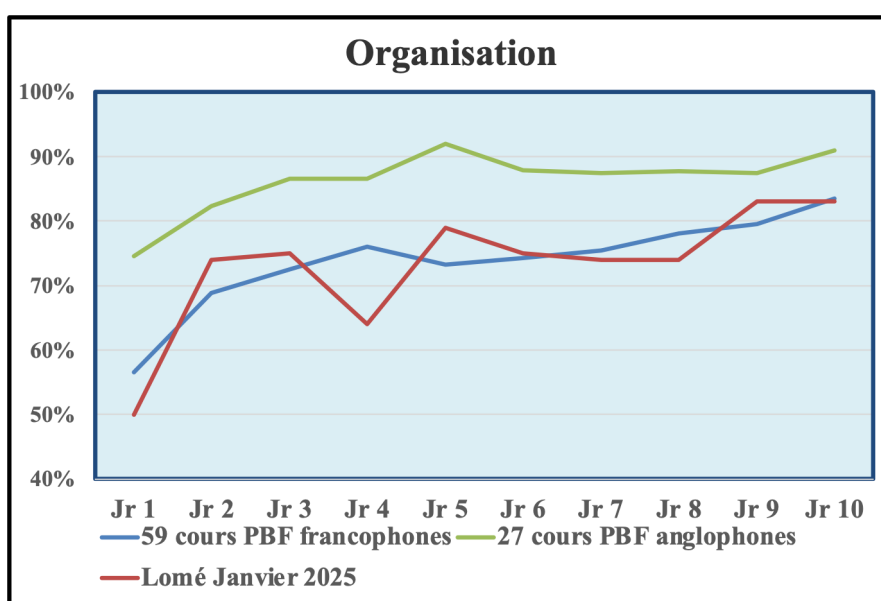


Figure 3 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *organisation*.

Le respect du temps a été évalué en moyenne à 82,5% « très satisfait », ce qui est un score supérieur de 5 points de pourcentage par rapport à la moyenne des autres cours francophones, qui avaient un score moyen de 77,5%. Le score du respect du temps a varié pendant le cours entre 75% et 96%.

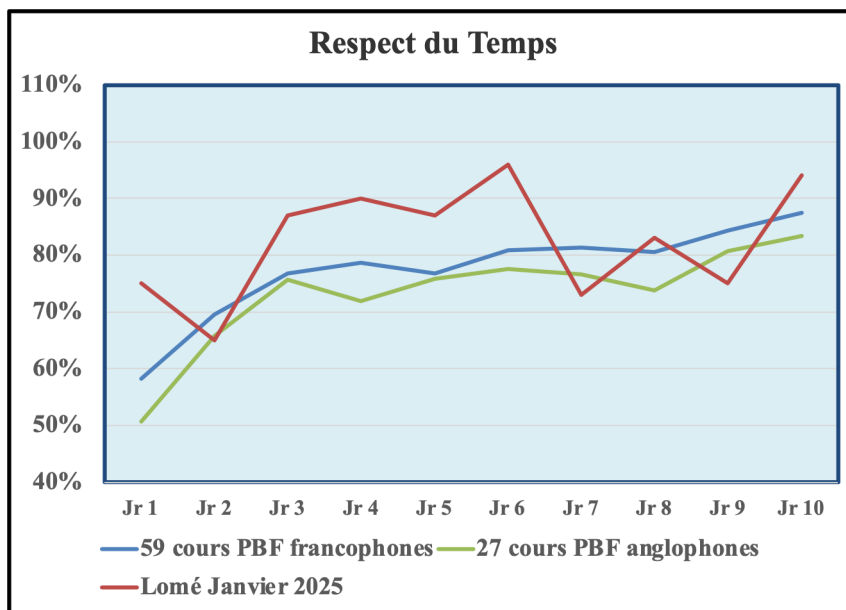


Figure 4 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *Respect du temps*.

6. ÉVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS

Le vendredi 24 janvier 2025, les participants au cours ont passé l'évaluation finale à l'aide d'un questionnaire, ce qui a permis d'obtenir des suggestions d'amélioration.

6.1 Préparation et impression générale sur le cours

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

- La question « *J'ai été suffisamment informé des objectifs du séminaire* » a été évaluée à 96%. Cela est supérieur de 7 points à la moyenne des autres cours FBP francophones et de 20 points à celle des cours anglophones.
- La question « *Le programme a répondu à mes attentes* » a été évaluée à 100 % (15 points au-dessus de la moyenne des autres cours FBP francophones et anglophones).
- La question « *Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles* » a été évaluée à 96 % (c'est-à-dire 7 points au-dessus de la moyenne des autres cours FBP francophones et anglophones précédents).

Préparation et impression générale du cours	Les 56 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Lomé Janvier 2025	Comparaison Lomé janvier 25 / 56 cours FBP francophones précédents	Comparaison janvier 25 / 27 cours FBP anglophones précédents
Q1: J'ai été suffisamment informé des objectifs du cours	89%	76%	96%	7%	20%
Q2. Le programme a répondu à mes attentes	85%	85%	100%	15%	15%
Q3. Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles	89%	89%	96%	7%	7%
Ensemble	87,7%	83,4%	97,3%	9,7%	13,9%

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

6.2 Aspects relatifs à la durée de la formation

30% des participants trouvent que la durée de la formation est trop courte, et 64% estiment que la durée du cours est bonne. Un participant a dit que la durée du cours était trop longue.

Duration du cours	Les 56 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Lomé Janvier 2025	Comparaison Lomé janvier 25 / 56 cours FBP francophones précédents	Comparaison janvier 25 / 27 cours FBP anglophones précédents
Trop court	36%	25%	30%	-6%	5%
Bon	57%	64%	64%	7%	0%
Trop longue	7%	11%	4%	-3%	-7%

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

6.3 L'organisation de la formation

1. Sur l'ensemble de six (6) questions concernant l'organisation, le score était de 72% en moyenne, ce qui est égal à celui des cours francophones précédents (72%) et de sept (7) points inférieur à celui des cours anglophones précédents (78%).
2. La *distribution du matériel pédagogique* a été évaluée à 96 %, soit 13 points de plus que la moyenne des cours francophones précédents (83 %).
3. La *salle de formation* a obtenu un score de 91%. Ce score est supérieur de 21 points à celui des autres cours francophones.
4. Le milieu du centre de conférence de *BGBP*, où s'est déroulé le cours, a été évalué à 48 %. Ce score est inférieur de 11 points aux cours francophones précédents et de 29 points à l'hôtel du cours FBP à Mombasa, au Kenya.
5. Les participants ont évalué *l'accueil des facilitateurs et de l'Hôtel* à 83 %. Cela était inférieur de 5 points par rapport aux autres cours francophones et de 9 points par rapport aux cours anglophones.
6. La *restauration* a obtenu un score de 26%, qui est inférieur de 37 points à celui des autres cours FBP francophones, qui ont eu une moyenne de 63%.
7. La qualité du *transport* a été évaluée à 86 %, soit 19 points de plus que la moyenne des autres cours francophones (67 %).

Comment évaluez-vous l'organisation de la formation?	Les 57 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Lomé janvier 2025	Comparaison Lomé janvier 25 / 57 cours FBP francophones précédents	Comparaison janvier 25 / 27 cours FBP anglophones précédents
Qualité et distribution matériel éducatif	83%	87%	96%	13%	9%
La salle de conférence	70%	71%	91%	21%	20%
Centre d'accueil	59%	77%	48%	-11%	-29%
Comment avez-vous été reçu et convivialité des facilitateurs	88%	92%	83%	-5%	-9%
Aliments et boissons, y compris pauses café	63%	64%	26%	-37%	-38%
Transport	67%	78%	86%	19%	8%
Moyenne	72%	78%	72%	0%	-7%
Sorti de dimanche a aidé dans apprentissage			79%		

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

6.4 Méthodologie et contenu du cours

- La méthodologie et le contenu du cours étaient évalués selon 5 indicateurs, avec un score moyen de 92,8 %. Cela représente 10,5 points de plus que les cours francophones précédents.
- La question « *Le contenu des modules FBP m'a aidé à atteindre mes objectifs* » a été évaluée à 93 % (10 points au-dessus de la moyenne des autres cours FBP francophones).
- La question « *Est-ce que la méthodologie du cours était bonne ?* » a été évaluée à 96%, ce qui est onze points de plus par rapport aux 57 cours francophones précédents.

- La question « *Est-ce que l'équilibre entre les cours et les exercices était bon ?* » a été évaluée à 81 % (12 points au-dessus de la moyenne des autres cours FBP francophones).
- La question « *Est-ce que l'interaction et les échanges dans les groupes de travail étaient bons ?* » a été évaluée à 96 % (soit 7 points au-dessus de la moyenne des autres cours FBP francophones).
- La question « *Est-ce que les méthodes de travail adoptées au cours ont stimulé ma participation active ?* » a été évaluée à 91% (ce qui est 5 points supérieur à la moyenne des autres cours FBP francophones).

Méthodologie et contenu du cours	Les 57 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Lomé Janvier 2025	Comparaison Lomé janvier 25 / 57 cours FBP francophones précédents	Comparaison janvier 25 / 27 cours FBP anglophones précédents
Le contenu des modules PBF m'a aidé à atteindre mes objectifs	83%	91%	100%	17%	9%
La méthodologie du cours	85%	88%	96%	11%	8%
L'équilibre entre les cours et les exercices	69%	78%	81%	12%	3%
Interaction et les échanges dans les groupes de travail	89%	91%	96%	7%	5%
Les méthodes de travail adoptées au cours ont stimulé ma participation active	86%	90%	91%	5%	1%
Moyenne	82,3%	87,8%	92,8%	10,5%	5%

Tableau 6 : Appréciation des participants quant à la méthodologie et au contenu du cours.

6.5 La conduite du cours et la facilitation

- Concernant la facilitation, 78% des participants ont attribué le score « très satisfait » pour *l'esprit ouvert des facilitateurs*, ce qui est 5% inférieur aux scores des autres cours francophones et 3% supérieur à ceux des cours anglophones.
- 65% des participants ont pensé que le temps pour les *travaux de groupe* était suffisant, ce qui est trois points supérieur aux autres cours FBP francophones et 13 points inférieur aux autres cours FBP anglophones.
- Une proportion de 70 % des participants a indiqué qu'ils étaient très satisfaits du *temps imparti aux discussions*, ce qui représente 5 points de moins que dans les autres cours francophones.

Les aspects liés à l'exécution du programme et la facilitation	Les 57 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Lomé Janvier 2025	Comparaison Lomé janvier 25 / 57 cours FBP francophones précédents	Comparaison janvier 25 / 27 cours FBP anglophones précédents
Les animateurs avaient l'esprit ouvert à des contributions et critiques	83%	75%	78%	-5%	3%

Le temps alloué au travail de groupe était adéquat	62%	78%	65%	3%	-13%
Le temps des discussions est adéquat	75%	84%	70%	-5%	-14%
Moyenne	73%	79%	71%	-2%	-8%

Tableau 7 : Exécution du programme et facilitation.

6.6 Appréciation par module

Concernant la satisfaction par module, le tableau suivant montre qu'il y avait un score moyen de 91% qui était de 9 points supérieurs par rapport aux cours francophones précédents (81,7%). Seulement le module micro-économie et l'économie de santé était évalué relativement faible avec 61%.

Appréciation des Modules	Les 59 cours FBP francophones précédents	Les 27 cours FBP anglophones précédents	Lomé Janvier 2025	Comparaison Lomé janvier 25 / 57 cours FBP francophones précédents	Comparaison Lomé janvier 25 / 27 cours FBP anglophones précédents
Pourquoi le FBP & Qu'est-ce qu'est le FBP ? Mod 1 & 2	93%	93%	100%	7%	7%
Les notions de micro-économie et l'économie de la santé	63%	82%	61%	-2%	-21%
Théories FBP, meilleures pratiques, bonne gouvernance et décentralisation	85%	93%	96%	11%	3%
Enquête de recherche de base - évaluation, le processus d'analyse	75%	77%	87%	12%	10%
Les indicateurs des outputs dans une intervention FBP	86%	88%	91%	5%	3%
Agence de Contractualisation & Vérification (ACV), la collecte des données	83%	89%	100%	17%	11%
Régulateur - assurance de la qualité	80%	92%	96%	16%	4%
Techniques de négociation et de résolution des conflits	87%	91%	96%	9%	5%
Boîte noire : Plan de Business	84%	89%	96%	12%	7%
Boîte noire : Outil Indices : recettes - dépenses - les primes de performance	78%	80%	91%	13%	11%
Renforcer la Voix de la Population et le marketing social	80%	88%	87%	7%	-1%
Faisabilité program FBP, les hypothèses fatales et le plaidoyer	85%	91%	87%	2%	-4%
Élaboration d'un projet FBP - costing	64%	66%	NA		
Moyenne pour 13 modules	81,7%	87,8%	91%	9%	3%

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

6.7 Commentaires et suggestions spécifiques des participants de Cotonou

Nouveaux sujets proposés par les participants

- Rien n'a été signalé

Suggestions pour améliorer le cours

- Prendre en compte les plaintes des participants par l'hôtel (propreté, panne des lavabos) (5x)
- Diversifier les repas (4 x)
- Trop de bruit dans l'hôtel lié aux travaux de réfection. (4x)
- Améliorer l'accueil (3x)
- Très bonne ambiance durant la formation
- Formateurs très expérimentés en approche FBP
- L'hôtel est très loin du centre-ville.
- Intensifier les exercices pratiques
- Effectuer les travaux de groupe en journée afin de permettre aux participants de réviser en soirée.
- Améliorer la gestion des débats.
- Prolonger la durée de la formation.
- Discussions trop longues et focalisées ;
- Adapter le cours aux réalités des pays et des participants.

Suggestions pour améliorer le livre

- Corriger les fautes dans les diapositives.

Autres suggestions, remarques et commentaires

- RAS

7. PLANS D'ACTION DES GROUPES

7.1 Niger – niveau central

<i>Nom et Prénom</i>	<i>Structure</i>	<i>Responsabilité</i>
1. MOUSSA Amadou	Cellule technique National FBR (CTN-FBR)	Coordonnateur de la CTN FBR
2. SIDDI Bassir	Cellule technique National FBR (CTN-FBR)	Assistant Administratif et Financier
3. OUSMANE Nassirou	Direction de la Santé de la Mère, de l'Enfant des Adolescents et des Jeunes (DSME/AJ)	Directeur
4. IRO Souley	INAM	Directeur Général
5. ALI Barham	Direction des études et programmation (DEP)	Chef de service capitalisation des bonnes pratiques en santé
6. DANDARE Mohamed	Direction des études et programmation (DEP)	Cadre
7. ADAMOU Gueyka	Direction des études et programmation (DEP)	Cheffe service financement
8. ABDOULAYE Ousséini	Inspection Générale des services au MSP	Inspecteur des services

7.1.1 Le système de santé au Niger

Le système de santé du Niger est confronté à des défis majeurs en matière de coût-efficacité. Les ressources allouées ne sont pas utilisées de manière optimale, ce qui entraîne de faibles performances pour certains indicateurs de santé et une dégradation pour d'autres. Malgré les investissements, les indicateurs de santé s'améliorent lentement, et la couverture sanitaire reste insuffisante, en particulier dans les zones rurales :

- **Le taux de couverture sanitaire** est faible, avec une forte disparité entre les zones urbaines et rurales. Ce taux est de **55%** en 2023.
- **Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié** : Seulement **42,6%** en 2023 sont assistés par du personnel qualifié
- **La mortalité maternelle** enregistre un taux élevé avec **360 décès pour 100 000 accouchements** en 2019
- **La mortalité néonatale** en 2023 est de 43 pour 1000
- **Enfants complètement vaccinés : 67,4%** (ECVN 2023-2024).

Pour relever ces défis, le gouvernement déploie depuis plusieurs années des efforts en matière de construction d'infrastructures sanitaires, d'équipements biomédicaux, de moyens logistiques, de formation et de mobilisation du personnel qualifié. Le gouvernement a également mobilisé des fonds pour la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes, les césariennes et les personnes handicapées.

7.1.2 Institut National d'Assistance Médicale (INAM)

L'INAM, créé par décret n°2023-034/PRN/MSP/P/AS du 12 janvier 2023 est investi d'une double mission :

Une mission générale de mise en œuvre de l'ensemble des stratégies et réformes de la gratuité des soins dans le cadre de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et ;

Une mission spécifique de gestion déléguée de la prise en charge progressive de la gratuité des soins des personnes vulnérables, telles que définies par la loi (2018-22 du 27 avril) sur la protection sociale, ainsi que de la gestion de l'assurance maladie.

Cette professionnalisation implique le passage de l'achat passif à l'achat stratégique soutenu par l'assurance des prestations offertes, effectives, de qualité et satisfaisantes.

Cet achat stratégique implique des missions de vérification et de contrôle dans toutes les formations sanitaires publiques et privées sous contrat, qui offrent des prestations de qualité de manière équitable.

À ce titre, il est impératif dans le processus de mise en œuvre de FBP que l'INAM effectue une mission d'échange d'expérience au Mali en vue de bien assurer la fonction de l'organisme chargé du contrôle, du suivi et de la vérification en matière de FBF.

7.1.3 Contexte du FBP au Niger

Cependant, ces investissements cités ci-haut n'ont pas donné les résultats attendus. Dans ce contexte, l'approche du Financement Basé sur la Performance (FBP) a été proposée comme une solution appropriée pour réformer le système de santé au Niger. Cela, car le FBP permet d'améliorer durablement la qualité et la quantité des prestations des soins au bénéfice des populations en particulier les plus vulnérables

En effet, cette approche FBP a déjà été mise en œuvre à titre pilote dans le district sanitaire de Boboye. Les résultats de l'évaluation de ce test pilote ont montré que le FBR a amélioré : i) l'offre de soins (quantité, qualité, satisfaction des usagers), ii) la génération des ressources (humaines, matérielles/infrastructures et financières), iii) le renforcement de l'administration et de la gouvernance du système (participation communautaire, partenariat public-privé, système d'information sanitaire...).

Au vu de ces résultats, le MSP, compte mettre en œuvre cette approche dans les régions de Zinder et de Maradi avec l'appui financier de la BM à travers le projet LAFIA IYALI. Dans le processus de mise en œuvre, il a été mis en place une Cellule Technique Nationale (CTN), le recrutement d'un consultant FBR, d'un expert portail FBR et d'une ACV, une enquête de base, la formation des acteurs, la signature des contrats entre les régions, les districts et les formations sanitaires et l'élaboration d'un manuel FBR.

7.1.4 Analyse des problèmes

Deux types de problèmes sont identifiés :

Sur le plan sanitaire :

- Le faible taux de couverture sanitaire ;
- Une insuffisance en ressources humaines ;
- Le faible taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié ;
- Un fort taux de mortalité néonatale ;
- Un taux de mortalité maternelle élevé.

Sur le plan institutionnel et organisationnel du FBR :

- L'ancrage de la CTN à un niveau trop bas en dessous de la Direction des études et de la Programmation (DEP) au lieu du niveau du Secrétaire Général ;
- L'insuffisance dans la connaissance, aptitudes et motivation auprès des acteurs
- Des insuffisances dans le manuel FBP. Ce manuel contient plusieurs points corrects, mais comporte aussi des insuffisances, notamment un manque de séparation des fonctions, de principes régissant le contrat et de modalités de paiement des avances.

7.1.5 Est-ce que les problèmes identifiés peuvent être résolus avec le FBP ?

Les différents problèmes sanitaires cités ci-haut peuvent être résolus par l'approche FBP, qui offre des opportunités de construire, de réhabiliter et/ou d'équiper des formations sanitaires, de recruter les ressources humaines de façon autonome et d'assurer la qualité des services grâce à la motivation des acteurs.

7.1.6 Score de faisabilité

Dans ce paragraphe, le groupe de travail a comparé le programme FBP du Niger aux 23 critères des meilleures pratiques et principes identifiés dans le livre du cours FBP. Ce travail a été réalisé par les 20 participants du Niger au cours, et nous ne le répétons pas dans le plan d'action des groupes du Niger UGP, DRS et ECD.

Le résultat était le suivant :

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Commentaires
1. Le budget du programme PBF n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ	4	0	USD 0,59 USD au lieu de USD 4 par habitant par an. Cela signifie que le gap à combler est de 27 milliards FCFA. La contribution actuelle de l'État pour la gratuité est de 5.4 milliards FCFA => Transformer ce budget en FBP?
2. Au moins 20% du budget PBF vient du gouvernement et le programme PBF a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	0	Aucun budget de l'État est réservé actuellement pour le FBP
3. La Cellule Technique Nationale PBF est intégrée dans le Ministère de Santé à un niveau qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes.	2	0	Ce n'est pas le cas
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité.	2	0	Pas de contrat de performance
5. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	2	On a 33 indicateurs, mais qui ne sont pas tous SMART (voyez manuel FBP)
6. Le programme PBF contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	2	
7. Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants	2	0	La cartographie et le découpage non-prévu => Faire le découpage dans les DS. On peut commencer par financer 6 DS (3 par région) en fonction du budget disponible (voyez point 1)
8. Le programme PBF a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des district, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA	2	2	Les membres du comité sont décrits dans le manuel FBP
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès	2	0	Enquête de base est réalisée en 2022, mais plusieurs données manquent comme les dépenses santé des ménages formelles et informelles
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire	2	2	Cependant les recettes sont très minimes pour couvrir les besoins

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés	Commentaires
sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.			
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	0	Nécessité d'accorder une dérogation spéciale pour les structures de santé au niveau des districts sanitaires qui participent à l'intervention FBP
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2	
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides PBF.	2	0	Les FOSA ne distribuent pas encore des primes.
14. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	0	Plus de deux signataires
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts	2	0	Les tarifs sont fixes et il y a la gratuite pour les médicaments => Régler par un décret
16. Les gestionnaires/responsables (MCD) des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	2	0	Ce n'est pas le cas actuellement.
17. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.	2	2	En phase de mettre en place, mais dans quelle mesure les ONG locales recrutés sont aptes et préparées ? Un montage ACV sous le parapluie juridique de l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) soit désiré pour pérenniser le FBP et d'assurer la collaboration avec l'Assurance Maladie du Niger
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2	
19. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complets définies par le gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne).	2	2	
20. Les ACV ont des unités d'investissement (BAQ), pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	2	0	Pas le cas actuellement, L'ACV étant recruté, il existe la possibilité de rendre opérationnelle les BAQ le plus rapide possible
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	0	Seules les structures publiques ont des contrats => Nécessité de prendre en compte les structures privées et confessionnelles conformément aux meilleures pratiques du FBP
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	2	
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2	
TOTAL :	50	20	40%

Le score de 40% démontre qu'il existe de sérieux problèmes avec le montage institutionnel et les meilleures pratiques du FBP au Niger. De sérieux efforts doivent être déployés pour porter ce score à 80%.

7.1.7 Hypothèses fatales (HF)

Une hypothèse fatale consiste en une condition où il faut douter de la mesure dans laquelle le projet est fiable et doit continuer d'être effectué.

Il existe également au moins 3 hypothèses fatales.

- Le budget FBP est très insuffisant avec seulement 0,59 USD par personne par an au lieu de 4 USD. La solution est de sélectionner seulement quelques districts sanitaires dans chaque région dans le but d'avoir un budget de 4,00 USD par personne de la population cible par an.
- Les FOSA dépendent de systèmes de distribution centraux pour leur approvisionnement en intrants.
- Les FOSA ne sont pas autorisées à vendre des médicaments qui, dans d'autres pays africains, sont la source principale de recettes. Ces recettes facilitent le recrutement du personnel, l'achat des médicaments et des équipements, les réhabilitations et la création d'une réserve de fonctionnement. Le bénéfice restant est versé au personnel sous forme de primes de performance.

7.1.8 Recommandations

- Placer la CTN-FBP à un niveau plus élevé conformément à l'approche FBP (Secrétaire Général) ;
- Compléter le gap du budget pour assurer USD 4,00 par personne par an ;
- Signer des contrats de performance avec les Directions et Programmes du MSP/AS ;
- Accorder des dérogations spéciales pour assurer, dans les districts sanitaires FBP : a. l'autonomie de gestion des FOSA, avec le droit d'acheter des médicaments auprès des grossistes accrédités par le gouvernement, opérant en concurrence ; b. la libéralisation du marché pour autoriser les FOSA à vendre des médicaments après consultation de leurs communautés ; c. la signature binôme entre l'ACV et les FOSA ; d. Le principe de la non-discrimination contre les FOSA privées, et confessionnelles. Toutes les structures publiques et privées doivent avoir le droit de signer des contrats avec l'ACV ;
- Intégrer les CHR, les CSME, les structures privés et confessionnelles dans le FBP
- Élaborer un manuel national harmonisé FBP ;
- Clarifier des liens fonctionnels entre l'INAM, l'ACV et la CTN ;
- Former les acteurs clés du niveau central y compris les autorités du ministère ;
- Organiser une visite d'étude au Mali.

7.1.9 Plan d'action détaillé du groupe central Niger

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	QUI	QUAND
1. Faible connaissance de l'approche FBP au niveau central	- Organiser une rencontre de restitution aux structures du niveau central (SG ; Directions Générales ; Directions Centrales)	DSME/AJ	Le 30 Janvier 2025
2. Insuffisance du budget pour la mise en œuvre de l'approche FBR	- Plaidoyer auprès du ministre de la Santé pour allocation adéquate conformément à l'approche FBP	Secrétaire Général	

3. Les régions de Zinder et de Maradi sont dans le système input	- Plaider auprès des autorités sanitaires pour l'obtention de dérogation spéciale pour la mise en œuvre du programme FBP pour les deux régions	IGS	Le 05 Février 2025
4. Insuffisance du manuel national de mise en œuvre de l'approche FBP	- Relecture du manuel et production d'une nouvelle version du manuel - Organiser un atelier de validation du draft du manuel (groupe restreint de 5-6 personnes) et experts FBP Banque Mondiale.	CTN	Du 11 au 15 Février 2025 24 au 26 Février 2025
5. L'insuffisance de formation des acteurs du niveau central	- Former de 150 cadres du niveau centrale (y compris des cadres du ministère de l'Économie et des finances) sur l'approche FBP avec l'appui de l'équipe du cour international	CTN	Mars 2025
6. Absence de contrats de performance avec les Directions et Programmes	- Élaborer et signer des contrats de performance entre la CTN et les Directions/Programmes du ministère de la Santé. - Définir des indicateurs de performance clairs pour chaque direction/programme	DEP	04-13 Mars 2025
7. Les liens fonctionnels entre l'INAM, l'UGP, l'ACV	- Organiser une réunion quadripartite pour clarifier les liens fonctionnels	INAM	12 Février 2025
8. Les Inspecteurs de services ne sont pas formés en approche FBP	- Former les 12 inspecteurs de service du MSP/P/AS en approche FBP;	IGS	15 Juin 2025
9. Insuffisance dans l'application de la Contre Vérification en FBP	- Organiser 01 mission de Contre Vérifications dans les régions de Maradi et Zinder.	IGS	Décembre 2025

7.2 Niger – groupe UGP

HASSANE Hama

ELHADJI MAHAMADOU KADRI Abdoul Kader ;

SALHA SAMBO Sadissou ;

BICKA BIANOU Souleymane ;

KALILOU Amadou ;

ISSOUFOU MAHAMANE ZENE Abdoul Karim

7.2.1 Contexte général du Niger

Le Niger, pays sahélien d'Afrique de l'Ouest, est confronté à des défis majeurs en matière de santé publique. Il affiche des indicateurs sanitaires parmi les plus faibles au monde, ce qui appelle à des réformes urgentes dans le secteur de la santé. Face à cette situation, le modèle de Financement Basé sur la Performance (FBP) émerge comme une approche prometteuse visant à améliorer l'efficacité et la qualité des services de santé.

Sur le plan sanitaire, le Niger fait face à un ensemble de problèmes de santé notamment :

- La mortalité maternelle et infantile élevée ;
- La malnutrition élevée ;
- Les maladies infectieuses encore courantes ;
- L'accès limité aux soins de qualité

Le système de santé nigérien porte les stigmates d'un financement insuffisant, d'une gouvernance limitée et d'une couverture des services inégale. Les principales lacunes comprennent :

- Ressources financières limitées, ce qui restreint l'infrastructure sanitaire et l'accès aux soins.
- Ressources humaines : le pays souffre d'une pénurie de personnel de santé qualifié, avec un ratio de médecins et d'infirmiers par habitant parmi les plus bas au monde ;
- Infrastructures dégradées : De nombreuses infrastructures de santé manquent d'équipements essentiels et d'approvisionnement en médicaments, ce qui compromet la qualité des soins.

7.2.2 Contexte FBP au Niger

Face à ce défi, le Niger a obtenu le financement du projet LAFIA IYALI, qui vise à améliorer l'accès des femmes et des filles à des services de santé et de nutrition renforcés dans les zones prioritaires.

L'approche de réforme FBP a été introduite dans le projet en réponse stratégique à ces défis, afin de promouvoir l'efficacité et la responsabilité. Voici les caractéristiques clés de cette approche :

- Indicateurs de performance : Le financement des structures de santé est conditionné par l'atteinte d'indicateurs précis tels que le taux de vaccination, les consultations prénatales ;
- Incitation à la qualité : Le FBP encourage les prestataires de soins à améliorer leurs services en mettant l'accent sur les résultats et la satisfaction des patients.
- Renforcement des capacités : Ce modèle inclut également des formations et des systèmes de suivi pour aider les structures de santé à répondre efficacement aux exigences de performance.

Le contexte sanitaire du Niger est marqué par des défis complexes qui nécessitent des solutions innovantes et adaptées. Le Financement Basé sur la Performance offre une opportunité de transformation en plaçant la qualité et les résultats au cœur des interventions sanitaires. Grâce à un engagement fort et à des investissements stratégiques, le Niger peut espérer améliorer significativement les conditions de santé de sa population et construire un système de santé plus résilient et performant. Cette présentation vise à partager les expériences et les enseignements tirés de la mise en œuvre du FBP, ainsi qu'à sensibiliser les acteurs concernés aux enjeux et aux opportunités qui en découlent.

7.2.3 Projet LAFIA IYALI de l'UGP avec composant 1 FBP

Des ressources importantes sont investies dans le cadre des projets de développement afin d'avoir un impact significatif sur l'amélioration des conditions de vie des populations. C'est ainsi que le Gouvernement du Niger a sollicité et obtenu de la Banque mondiale et de l'agence internationale pour le développement (IDA) le financement du projet LAFIA IYALI qui vise essentiellement l'amélioration du paquet intégré SRMNIA-N de qualité à travers la mise en œuvre de quatre composantes essentielles :

1. Augmenter la couverture, l'utilisation et la qualité du paquet intégré SRMNIA-N. C'est le composant FBP ;
2. Soutenir la demande de services de santé et de nutrition ;
3. Renforcer la gestion de projet et la capacité institutionnelle ;
4. Composante d'urgence.

Néanmoins, des difficultés sont souvent observées aussitôt après la clôture de la plupart des projets, en dépit des gros investissements réalisés. Afin de rationaliser l'utilisation des ressources et de pérenniser les acquis, il a été jugé nécessaire de recourir au FBP, qui se concentre sur le paiement des résultats.

7.2.4 Analyse des problèmes UGP

- **L'UGP n'est pas sous contrat FBP** : conformément au manuel FBP, l'UGP doit signer son contrat de performance.
- **Non-prise en compte de l'aspect « binôme » dans la signature des contrats de performance des FOSA** : Conformément aux principes du FBP, les contrats de performance des FOSA doivent être signés entre l'ACV et la FOSA.
- **Faible appropriation de l'approche FBP par les décideurs** : une masse critique de décideurs ne la maîtrise pas. Pour y parvenir, le projet doit prendre les dispositions nécessaires pour assurer leur formation.
- **Déroptions au manuel FBP** : le manuel devrait prévoir des dérogations afin de faciliter la mise en œuvre des activités à tous les niveaux.

7.2.5 Score de faisabilité / existence des hypothèses fatales

Le score de 40 % est inférieur à la norme minimale de pureté, fixée à 80 %. Il existe également des hypothèses fatales décrites ci-dessus dans le plan d'action du groupe 1 de niveau central - Niger.

7.2.6 Recommandations

- Réviser le manuel de procédures du projet ;
- Réviser le manuel FBR en prenant en compte toutes les recommandations issues de la formation sur le cours international FBP ;
- Former certains décideurs en approche FBP (Président du Comité de Pilotage du projet, SG, DGSR, DEP, CUGP, ...) ;
- Avoir des dérogations au manuel FBP qui faciliteront la mise en œuvre de l'approche à tous les niveaux.

7.2.7 Plan d'action détaillé

Quoi	Actions	Qui	Quand
Réviser le manuel de procédures du projet	- Élaboration des TDRs de la révision - Révision du manuel - Atelier de validation du Manuel	- UGP	15/02/2025
Réviser le manuel FBP en prenant en compte toutes les recommandations du cours international FBP.	- Élaborer des TDRs de la révision en faisant ressortir les points clés des recommandations issues du cours international FBP ; - Assurer la tenue de l'atelier de validation du manuel FBP révisé ; - Assurer la vulgarisation du manuel FBP.	- CTN FBP - DEP - INAM/ IGS - UGP - DRSP/P/AS - ME/F	10/02/2025

Former certains décideurs (Président du Comité de Pilotage du projet, SG, DGSR, DEP, CUGP, ME/F...) sur l'approche FBP.	- Élaboration des TDRs de l'atelier de formation des décideurs sur l'approche FBP ; - Tenue de l'atelier de formation.	- UGP/CTN FBP - Consultant	15/02/2025
Identifier et décrire les dérogations nécessaires dans le manuel FBP pour atteindre un score de faisabilité d'au moins 80%	- Préparer un argumentaire justifiant les dérogations ; - Correspondance au Ministère en charge de la Santé avec comme objet « Dérogations au manuel FBP » à transmettre au Ministère de l'Économie et des Finances.	- UGP & CTN FBP	20/02/2025

7.3 Niger - groupe Directions Régionales de Santé

Dr MANZO FAROUK

- DRSP/P/AS ZINDER

Dr BOUBACAR SADOUSSEINI

- DRSP/P/AS MARADI

Mr MOHAMADOU YOUSSEU TCHANGA

- SPSI MARADI

Mme FASSOUMA SALIFOU

- SPIS ZINDER

7.3.1 Contexte

La mise en œuvre du Plan de Développement sanitaire 2017-2021 a permis d'obtenir des résultats significatifs en matière d'amélioration de la couverture sanitaire, de la qualité et de l'utilisation des services dans l'ensemble du Niger. Dans les régions de Zinder et Maradi, l'offre de services de santé s'est améliorée notamment par la construction de centres de santé et par des stratégies de sortie foraines et mobiles.

Malgré ces progrès, d'importants défis demeurent à relever pour assurer l'accès à des soins de santé de qualité. Il s'agit de renforcer les mesures visant non seulement à mobiliser les ressources financières et humaines en faveur de la santé, mais aussi à motiver tous les acteurs par l'application effective du FBP dans les régions. Ces dernières sont limitrophes présentant des caractéristiques sanitaires résumées dans les tableaux ci-dessous :

Tableau I: quelques caractéristiques des régions de Zinder et Maradi en janvier 2025

Caractéristiques	Région de Maradi	Région de Zinder
Population total	5 774 313	5 933 007
Nombre de CSI	239	250
Nombre de CS	397	455
HD	6	7
CSME	1	1
CHR	1	1
Hôpitaux nationaux : HRM/HNZ	1	1
Nombre de FS privées	132	89

Tableau II: Niveau d'atteinte de quelques indicateurs clés

Indicateurs	ZINDER		MARADI	
	2024	Objectif 2024	2024	Objectif 2024
Taux de réalisation physique du PAA	62,5%	71%	72,6%	71%
Taux d'exécution financière du PAA	52,7%	73%	72%	73%
Taux réalisation de la supervision intégrée par niveau avec rapport (CSI)	41,0%	87%	52,8%	95%
Taux réalisation de la supervision intégrée par niveau avec rapport (DS)	67,0%	87%	71,5%	100%
Taux réalisation supervision intégrée par niveau avec rapport (DRSP)	47,0%	87%	100%	100%
Taux de promptitude de rapports SNIS	94,5%	90%	92,5%	90%
Taux de complétude de rapports SNIS	99,7%	100%	98,5%	100%
Taux de décès intra hospitaliers dans les 24 premières heures d'arrivée	1,27%	5,84%	1,83%	1,75%
Taux de couverture VAR2 des enfants de 12-23 mois	86,5%	95%	79,9%	95%
Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié	32,8%	35%	39,3%	42,7%
% de la population qui a accès aux CSI dans un rayon de 5 KM	48,8%	55%	54,2%	59,4%
% de population de plus de 5 km couverte par stratégie (foraine, mobile),	58,6%	80%	71,5%	71%
Densité du personnel de santé pour 1000 hbts	0,34	0,54	0,42	0,63
Taux de rupture des molécules essentielles niveau case de santé	0,36	< 5%	1,6%	1,5%
Taux de rupture des molécules essentielles niveau CSI	0,35		1,7%	1,45%
Taux de rupture des molécules essentielles niveau HD	0,48		3,32%	2,00%
Taux de rupture des molécules essentielles niveau CSME	15,7		0,73%	0,00%
Taux d'utilisation de la PF (%)	22,21	29,30%	23,1%	29,3%
Nombre des nouvelles utilisatrices de la PF	74049	54 352	57 348	65 426

7.3.2 Analyse des problèmes généraux

Le système de santé du pays n'est pas efficient et les problèmes suivants ont été identifiés:

- Les ressources allouées ne sont pas attribuées en fonction de la qualité recherchée ;
- L'analyse des résultats obtenus n'est pas en rapport avec le coût ;
- Les ressources sont limitées ;
- Insuffisance de la qualité des services.

Objectifs du Plan d'Action Annuel

- Rehausser la couverture sanitaire, actuellement de 50 %, de 10 points de pourcentage par an. Reprendre la cartographie des aires de santé. Ériger certaines cases de santé en CSI ; tenir compte des structures privées et confessionnelles dans la nouvelle cartographie.
- Rehausser la couverture sanitaire qui est de 50% de 10 points/an :
- Augmenter le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié de 40% de 15% chaque année ;
- Augmenter la proportion de personnel qualifié de 1/4490 habitants à 1/1000 habitants
- Réduire le taux de rupture des MEG de 9,6% à moins de 1%.

7.3.3 Est-ce que le FBP est une solution ?

Bien sûr, le FBP est une solution parce que :

- Les structures seront autonomes et engagées ;
- Les BAQ peuvent être donnés pour mettre à niveau les structures de santé ;
- L'amélioration de l'accès aux soins de qualité avec autant d'équité que possible et à moindre coût ;
- La motivation des agents à travers les primes de performance ;
- La contractualisation avec les acteurs de la prestation (publiques, privés et confessionnels) ;
- L'intégration des bonnes pratiques et le travail en équipe sont encouragés.

7.3.4 Score des 23 indicateurs de faisabilité FBP

Comme présenté ci-dessus, dans le groupe 1 Niger niveau central, l'analyse de faisabilité du Niger affiche un très faible score de 40 %. Cela signifie qu'il reste à apporter plusieurs modifications au montage du programme FBR au Niger pour le rendre fiable et accroître les chances de succès.

7.3.5 Recommandations au MSP/P/AS (CTN, UGP)

- Formation des autorités sanitaires de haut niveau sur le FBP ;
- Accélérer la révision du manuel FBP ;
- Prévoir une mise à niveau du plateau technique et de la ressource humaine au niveau des nouvelles structures identifiées avec les BAQ;
- Intégrer les CHR et le CSME dans l'approche FBP.
- Libéraliser le secteur pharmaceutique
- Libéraliser les tarifs de recouvrement des coûts ;
- Permettre la vente des médicaments dans les structures et les achats auprès des distributeurs accrédités

7.3.6 Plan d'action DRS

Problèmes	Activité	Qui	Quand
Faible niveau de connaissance des acteurs sur le FBP	- Restituer la formation sur FBP aux autorités régionales - Formation du staff de la DRSP/P/AS et ECD	DRSP/P/AS	Restitution : 30/01/2025 Formation : Mars 2025
Insuffisance dans le manuel FBP	- Révision du manuel FBP	DRSP/P/AS	Avant le 15 février
Existence des aires de santé de plus 80 000 habitants	- Instruire les DS pour reprendre le découpage à travers une correspondance administrative	DRSP/P/AS	FEV 2025
Non prise en compte des formations sanitaires privées et confessionnelles dans l'approche FBP	- Révision du manuel FBP - Instruire les DS à travers une correspondance administrative pour la prise en compte des formations sanitaires privées et confessionnelles	DRSP/P/AS	FEV 2025

7.4 Niger – Équipe Cadre de District

Dr Laouli Mourtala

MCD District Sanitaire de Madarounfa

Dr KARIMOUN Aichatou

MCD District Sanitaire Zinder Ville

7.4.1 Contexte général

Le Niger est un pays enclavé, situé en Afrique de l'Ouest. Il est limité à l'Est par le Tchad, à l'Ouest par le Mali et le Burkina Faso, au nord par l'Algérie et la Libye et au sud par le Nigéria et le Bénin. Le Niger se caractérise par une forte croissance démographique. En effet, le taux d'accroissement annuel intercensitaire de 3,9% (RGP/H 2012) est l'un des plus élevés au monde.

L'accès effectif aux soins reste entravé par leur faible accessibilité financière. 41% de la population vit sous le seuil de pauvreté.

L'utilisation et la qualité des soins dans les services de santé restent dans l'ensemble en deçà des attentes ; (i) le taux d'utilisation des services curatifs en 2019 est de 44% ; (ii) la proportion des accouchements assistés par du personnel qualifié est de 42% ; (iii) les enfants complètement vaccinés représentent 52% ; (iv) la prévalence contraceptive est de 13,5% selon l'étude ENISED/INS 2015. La mortalité maternelle est de 520 pour 100 000 naissances vivantes en 2012 (EDSN/MICS-2012), la mortalité infantile est de 51,3 ‰ en 2015. (ENISED-2015).

L'offre de soins et de services de santé est basée sur l'achat passif, qui renvoie à l'approche d'une budgétisation prédéterminée (Kutzin et al., 2017 ; World Health Organization, 2000). Le système se caractérise par l'affectation des ressources selon des normes, souvent sans contrôle de la qualité (Meissen, 2017). Cette approche traditionnelle d'achat passif présente de nombreuses faiblesses, notamment en raison de faibles rapports coût-bénéfice et de coût-efficacité (Dehnavieh et al. 2016).

7.4.2 Analyse du problème de santé au Niger

Selon les données de la Banque mondiale, au Niger, le taux de mortalité a diminué, passant de 8,5 pour 1000 en 2017 à 7,8 pour 1000 en 2020, et parallèlement, l'espérance de vie à la naissance s'est améliorée, passant de 61,6 ans en 2017 à 62,8 ans en 2020. Malgré cette évolution, l'état de santé de la population nigérienne demeure très préoccupant et de nombreux défis restent à relever.

Des interventions à haut impact ont été engagées dans plusieurs domaines de la santé au Niger (vaccination, maladies non transmissibles, planification familiale, paludisme...). Ces interventions ont permis d'obtenir des résultats, mais ils restent loin d'atteindre les objectifs.

À titre d'exemple, malgré toutes ces mesures, le contexte épidémiologique du Niger, est marqué par la répétition d'épidémies. Sur la période de mise en œuvre du PDS de 2017 à 2021, la situation épidémiologique s'est caractérisée par l'apparition de foyers d'épidémies, à savoir : la méningite, le choléra, la rougeole, l'hépatite virale E, la COVID-19 et d'autres maladies à potentiel épidémique. 43,5% des enfants de moins de cinq ans présentent un retard de croissance et 12,5% sont émaciés. De plus, 71,8% des enfants de

moins de cinq ans et 59% des femmes en âge de procréer souffrent d'anémie. Ces taux stagnent depuis plus de 10 ans. La malnutrition serait responsable de 43 % de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, ce qui affecte le développement du capital humain.

7.4.3 Le district de Madarounfa et la ville de Zinder

Le district de Madarounfa est l'un des 9 districts de la région de Maradi. Il compte, en 2024, une population estimée à 692 594 habitants, répartis sur 3 500 km². Il partage une longue frontière de 106 km avec le nord du Nigéria et se caractérise par la résurgence de l'insécurité. Le district compte 42 CSI, 25 cases de santé, 28 FOSA privées, une FOSA confessionnelle et 2 FOSA militaires, pour une couverture sanitaire de 75,6 %.

La ville de Zinder est située au Centre-Est du pays, à 900 km de Niamey, la capitale, et à 110 km de la frontière avec le Nigeria. Elle couvre une superficie de 560 km².

Avec le redécoupage administratif, la communauté urbaine de Zinder est constituée de 5 communes. Elle abrite le chef-lieu de la région, le sultanat ainsi que les services techniques régionaux et communaux. La population est estimée à 498 939 habitants en 2024.

Le District Sanitaire de la ville de Zinder compte 35 quartiers, 128 villages et environ 400 hameaux. Il totalise 16 CSI, 22 cases de santé et 35 FOSA privées (7 cliniques, 5 cabinets, 22 salles de soins et 1 centre confessionnel), pour une couverture sanitaire de 96,2 %.

Le système de santé au niveau des districts se décline de celui du pays sur la base de l'approche par les inputs et sur fond de soins de santé primaires et de recouvrement des coûts. La bonne couverture vaccinale contre tous les antigènes n'a pas empêché la population de connaître des épidémies. Ce constat fait douter de la qualité de l'intervention.

Malgré une bonne couverture sanitaire, 76% à Madarounfa et 96% à Zinder Ville, le taux d'accouchement assisté varie entre seulement 45 et 50 % en 2024, avec un taux de mortalité maternelle et périnatale élevé. La rareté des ressources humaines (1 infirmier pour 4000) et la rupture fréquente des médicaments du panier compliquent la qualité des soins.

7.4.4 Analyse des problèmes au niveau district

Des interventions ont porté sur tous les domaines de la santé. Les faibles taux d'accouchement assisté malgré une bonne couverture sanitaire, la non-maîtrise de la fécondité et du dividende démographique associée à des croyances religieuses et culturelles, ont également un impact négatif sur les indicateurs de la santé de la reproduction. Les soins de qualité souffrent également d'une grave pénurie de personnel qualifié dans toutes les structures sanitaires.

Les soins de qualité sont également affectés par l'insuffisance des hôpitaux de district (1 seul hôpital pour 700 000 habitants). Les plateaux techniques sont très dérisoires, avec des ruptures intempestives de médicaments essentiels génériques, parfois par manque de recouvrement conséquent d'une part, et par le non-remboursement de la gratuité d'autre part.

Les problèmes énumérés ci-dessus peuvent bel et bien être résolus par le FBR, car cette réforme repose sur l'autonomie de la gestion et sur la gratuité ciblée.

7.4.5 Score de faisabilité

L'analyse du scan de faisabilité attribue un score de 20/50, soit 40 %. Les détails sont présentés dans le tableau ci-haut dans le paragraphe du groupe Niger – niveau central.

7.4.6 Recommandations

- Faire un plaidoyer pour sensibiliser les décideurs et les autorités locales sur le FBR
- Réviser le manuel FBR
- Former tous les acteurs et partenaires de la santé sur le FBR
- Intégrer le FBR dans le CV des écoles de santé et des universités.
- Modifier certaines dispositions réglementaires (arrêtés et décrets).

7.4.7 Plan d'action

Problèmes	Actions	Responsables	Délai
Insuffisance en personnel qualifiés	- Recrutement du personnel	- CSI - Hôpital distr	T1 2025
Rupture fréquente des médicaments	- Autonomiser les FOSA pour acheter les médicaments	- ECD	T1 2025
Insuffisance du plateau technique dans les formations sanitaires	- Mise à niveau des structures - Demande du BAQ	- CSI - HD - ECD	T1 2025
Aires de santé surpeuplées	- Cartographier les aires de santé - Redécouper les CSI surpeuplés en des aires de santé de 10.000 habitants en moyenne - Intégrer les formations sanitaires privées et confessionnelles dans le FBR (contractualiser)	- ECD	T2 2025
Faible appropriation de l'approche FBR	- Former tous les agents de santé sur le manuel FBR	- ECD	T1 2025
Sous financement des FOSA	- Autonomiser les FOSA à fixer leurs tarifications, à vendre les médicaments et à faire des activités génératrices de revenus	- ECD	T1 2025

7.5 Mali

- *Participants : Dr Sidi SANGARE, MCD Djenné,*
- *Dr Aly KOBILA, DTC CSCOM de Djiné BOUGOUNI,*
- *M. Lassana SANGARE, Suppléant chargé surveillance/SIS BOUGOUNI*

7.5.1 Contexte avec quelques indicateurs généraux

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

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

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

Selon les données de l'EDSM VII, après trente années de baisse constante, la mortalité infantile a augmenté, passant de 95 à 101 décès pour mille naissances vivantes ; 35 % de cette mortalité est néonatale. 67% des naissances ont lieu dans un établissement de santé. La mortalité maternelle reste l'une des plus élevées en Afrique avec 325 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Le taux de prévalence contraceptive est de 16%, l'indice synthétique de fécondité est de 6,3 enfants par femme et 36% des adolescentes de 15 à 19 ans ont déjà eu un enfant ou sont enceintes de leur premier enfant. Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale représentent 24 % chez les femmes en âge de procréer. Le paludisme, ou la fièvre paludique, était la principale pathologie dont souffrait la population malienne, représentant 64,4 %.

La prévalence nationale du VIH/sida est de 1,1 %. Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est estimé à 2,26% et la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est de 2,9%. Malgré la tendance à la baisse de l'incidence du VIH et de la mortalité liée au sida, des problèmes persistants et des contraintes importantes du système de santé empêchent d'obtenir des résultats rapides tout au long de la cascade 95-95-95 de dépistage et de traitement du VIH.

Selon le rapport annuel 2023 de la Cellule sectorielle de lutte contre le sida, la tuberculose et les hépatites virales (CSLS-TBH) du ministère chargé de la santé au Mali, le nombre de cas de tuberculose notifiés en 2023 était de 8 266, contre 7 897 en 2022. Environ 1900 malades appartiennent à la tranche d'âge de 25 à 44 ans. 85% de ces malades ont suivi avec succès le traitement de six mois.

Selon les résultats de l'enquête SMART 2022, plus d'un (1) enfant sur cinq (5) est atteint d'un retard de croissance (21,9%), quatre (4) enfants sur cinq (5), soit 82%, souffrent d'anémie et plus d'une femme sur deux souffre d'anémie (EDS 2018).

7.5.2 Analyse des problèmes généraux

La faible performance du système de santé apparaît clairement comme l'un des principaux déterminants des décès maternels, néonataux et infantiles au Mali surtout dans la région de Sikasso (Bougouni). Elle se caractérise par :

- Un faible financement de la santé a des répercussions négatives sur la qualité des soins et la couverture des services de santé de base : Les dépenses nationales de santé publique (7 dollars par habitant, soit 3500 FCFA générés par an) représentent moins de 1% du PIB, 4,5% des dépenses publiques totales et 16% des dépenses de santé courantes ;
- Sur le plan de la gouvernance du système : la faible autonomie des FOSA (niveau communautaire) est caractérisée par la mauvaise gestion des CSCom qui engendre le plus souvent des conflits compromettant le bon fonctionnement des centres, ce qui prive les populations de services de qualité.
- Une contribution limitée du secteur privé à l'amélioration des résultats en matière de santé ;
- Une faible performance du système national d'approvisionnement en produits pharmaceutiques. La disponibilité des médicaments de base et des réactifs dans les Pharmacies Populaires du Mali (PPM) demeure insuffisante. Ce monopole du marché est à l'origine du coût élevé d'accès des populations aux médicaments. Par ailleurs, plusieurs grossistes sont présents sur le marché et pourraient favoriser la concurrence et assurer l'approvisionnement) ;
- Un faible financement des collectivités locales en matière de santé, inférieur à 0,2 % du total des dépenses courantes. Le transfert de ressources fiscales aux collectivités locales reste insuffisant alors que le gouvernement s'est engagé à transférer 30% de ses recettes fiscales aux autorités locales et régionales ;
- Une sous-utilisation des services de soins ;
- La faiblesse de la contribution communautaire dans les activités sanitaires ;
- Un personnel peu motivé, surtout dans les régions non FBR, l'insuffisance d'infrastructures et d'équipements, la rupture fréquente de médicaments et d'intrants, et la faible qualité des soins et des services de santé fournis.
- Sans le FBR, plusieurs entités de prestation de soins de santé (FOSA privées, confessionnelles, maternités rurales) évoluent en marge du système de santé et une insuffisance de qualité des soins et services de santé liée à l'insuffisance de ressources humaines, peu motivées, l'insuffisance d'infrastructure et d'équipement, la rupture fréquente de médicaments et d'intrants.

Cette situation est aggravée par la crise politico-sécuritaire, qui se traduit par une insécurité persistante rendant l'accès aux services difficile dans certaines régions du pays (notamment le nord et le centre), avec pour corollaire des personnes déplacées et la fermeture de structures de santé.

7.5.3 Est-ce que les problèmes identifiés peuvent être résolus avec le FBP ?

OUI, le FBP permet d'améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, ainsi que de nutrition (SRMNIA), en particulier parmi les ménages les plus pauvres dans les zones d'intervention.

Le FBP s'attaque aux causes de la faible performance du système de santé par :

- Une approche contractuelle,
- Un processus d'amélioration de la qualité,
- L'instauration d'incitations financières en fonction de la production de soins et de services de qualité (achats des résultats).

Le FBP permet d'éliminer les obstacles critiques à la prestation de soins de qualité, tels que la rupture de stock de médicaments essentiels, la faiblesse des plateaux techniques, le déficit de ressources humaines qualifiées (recrutement local du personnel), la précarité et la démotivation des personnels de santé.

Il permet aussi d'améliorer l'hygiène hospitalière, l'accueil des patients, l'esprit d'initiative, la collecte et la supervision des données, la gouvernance, d'augmenter les recettes des FOSA et de prendre en compte la satisfaction des usagers.

- Le FBP à travers la rationalisation de la carte sanitaire est un excellent moyen d'accélération de la couverture sanitaire y compris l'accès aux structures offrant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- Le FBP permet une intégration plus rapide des FOSA privées dans le système de santé ainsi que l'amélioration de la redevabilité et de la gestion des FOSA ;
- Le fait de ramener les ressources financières au niveau des FOSA permet d'obtenir des résultats concrets pour la population et d'améliorer les indicateurs ;
- L'autonomie de gestion des établissements (le DTC devient un entrepreneur pour faire des profits) ;
- L'évaluation des compétences par le biais de cas cliniques/vignettes renforce les capacités du personnel ;
- Le fait de disposer d'une masse critique d'acteurs formés au FBP facilite la mise en œuvre et l'appropriation des concepts clés par les acteurs ;
- Le FBP fonctionne bien dans un contexte d'insécurité, comme à Djenné, pour permettre la réouverture de FOSA fermées ou endommagées (ce qui rend le système de santé plus résilient).

7.5.4 Contexte du FBP au Mali

La mise en œuvre du FBR (FBP) au Mali s'est faite dans un contexte marqué par des indicateurs de santé maternelle et infantile particulièrement alarmants. Pour faire face aux problèmes susmentionnés, le Mali s'est engagé dans la réforme FBR, qui a connu deux phases pilotes dans la région de Koulikoro.

Les principales sources de financement institutionnel de la santé, au Mali, sont l'État, les communautés, les collectivités décentralisées et les partenaires techniques et financiers.

Dans le cadre du FBR, seuls les PTF interviennent. Le budget prévu pour le financement basé sur la performance est de 66,4 millions USD : 34 millions USD d'IDA, 3 millions USD du GFF et 29,4 millions USD des Pays-Bas.

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

À cet effet, au cours des quatre dernières années, 2 257 formations sanitaires ont été engagées dans des contrats de performance pour offrir des soins de qualité à nos concitoyens, *y compris dans les zones d'insécurité, précisément grâce à l'approche FBR*. Ces formations sanitaires comprennent des CSCom, des cliniques privées, des sites ASC, des maternités et des CSRéf. Outre les 697 nouveaux bâtiments construits et les 265 bâtiments rénovés ou réhabilités, le PACSU a permis d'équiper 104 CSCom de laboratoires d'analyse et de recruter 337 personnels qualifiés, dont des médecins, des sages-femmes, des infirmières obstétriciennes, des techniciens de laboratoire, etc. Le PACSU a également permis de sauver des milliers de vies d'enfants grâce à la prise en charge de 16 866 enfants de moins de 5 ans avec la farine nutritionnelle dans 281 aires de santé et à la promotion des bonnes pratiques de lutte contre la malnutrition.

Au regard de ces acquis et de la forte demande des autorités sanitaires ainsi que des bénéficiaires, le Gouvernement du Mali à travers le Ministère en charge de la Santé a demandé aux partenaires (Banque mondiale, Pays-Bas et GFF) le financement d'un nouveau Projet intitulé Projet « Promouvoir la Résilience du Système de Santé Inclusif pour Tous au Mali/Advancing Resilience and Inclusive Health Systems for Everyone in Mali - ARISE (P503776) ». Le Projet ARISE, axé sur la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, ainsi que sur la nutrition, est une initiative transformatrice qui permettra de capitaliser sur les résultats et les acquis des interventions basées sur le FBR, dans l'optique non seulement de les consolider, mais aussi de les mettre à l'échelle afin d'améliorer la performance et la résilience du système de santé au Mali.

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

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

Le FBR sera lancé en 2025 dans la région de Sikasso, la région Tombouctou, le district de Bamako (commune VI), le district de Yanfolila et le district de Bougouni.

7.5.5 Score faisabilité des 23 indicateurs - Mali

Les 23 critères de pureté d'un programme FBP	Points dispo	Points donnés	Problèmes identifiés	Solutions
1. Le budget du programme PBF n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	4	RAS	RAS
2. Au moins 20% du budget FBP vient du gouvernement et le programme FBP a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	2	Accord de prêt entre IDA et Mali pour un Montant de 93,3 millions euros soit 61 milliards. 201 millions 40 quarante mille 10 francs CFA	Faire un plaidoyer auprès du ministre de la Santé pour la transformation du budget de l'État alloué aux FOSA en Financement FBP
3. La Cellule Technique Nationale PBP est intégrée dans le ministère de Santé à un niveau qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes.	2	2	RAS	RAS
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité	2	0	La DGSHP et l'ANAES n'ont pas de contrat de performance avec la CTN	Faire un plaidoyer auprès du SG pour la signature de contrat entre la DGSHP et la CTN
5. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	2	RAS	RAS
6. Le programme PBF contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	2	RAS	RAS
7. Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants.	2	2	RAS	RAS
8. Le programme PBF a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des district, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA	2	2	RAS	RAS
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	2	RAS	RAS
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens sont les signataires.	2	2	RAS	RAS
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès	4	4	RAS	RAS

Les 23 critères de pureté d'un programme FBP	Points dispo	Points donnés	Problèmes identifiés	Solutions
des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.				
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2	RAS	RAS
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides PBF.	2	2	RAS	RAS
14. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	0	Les DTC gestionnaires de FOSA ne sont pas autorisés à dépenser avec un Contrat tripartite au niveau CSCOM, de même qu'avec les propriétaires au niveau des privées	Plaidoyer auprès du MSDS pour la signature de contrats en binôme (DTC-ACV) principal
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	2	RAS	RAS
16. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	2	2	RAS	RAS
17. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.	2	2	RAS	RAS
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	2	RAS	RAS
19. Les ACV acceptent de promouvoir les PMA et PCA complètes définies par le gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne).	2	2	RAS	RAS
20. Les ACV ont des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	2	2	RAS	RAS
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	0	Quelqu'en soit la performance d'une structure privée elle n'a pas la même chance que le public qui demeure en toutes circonstances le contractant principal	Plaidoyer auprès de la CTN (comité de pilotage) pour la prise en compte des structures privées performantes comme contractant principal
22. Il existe des bonus pour les vulnérabilités régionales et le niveau des FOSA.	2	2	RAS	RAS
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2	RAS	RAS
TOTAL:	50	44	= 88%	

L'analyse du score de faisabilité à travers les vingt-trois critères de pureté du programme FBP du pays a mis en évidence que le contexte malien est favorable à l'approche FBP, avec un score de 88 %.

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

- Les Directions centrales (ANEAES et DGSHP) du ministère de la Santé n'ont pas de contrat de performance avec la CTN pour assurer une bonne régulation ;
- Les contrats sont signés, d'une part entre les ACV, présidents d'ASACO et DTC au niveau CSCoM, d'autre part entre les ACV et les propriétaires des structures privées au lieu d'être signés entre les ACV et responsables des FOSA ;
- Les structures privées n'ont pas la même chance que les structures publiques pour bénéficier d'un contrat principal pour la mise en œuvre de l'approche FBP à cause de certains indicateurs ;
- Les ressources transférées aux collectivités devraient accroître la contribution financière directe du gouvernement malien à la mise en œuvre du FBP, afin d'en assurer la pérennité.
- Le sous-financement des indicateurs des structures situées en zone d'insécurité constitue une difficulté majeure.

7.5.6 Recommandations

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

Au ministère de la Santé et du Développement Social

- Faire un plaidoyer auprès du ministre de la Santé et des Finances pour la transformation du budget de l'État alloué (crédits délégués) aux formations sanitaires et des subventions accordées aux collectivités pour le financement des activités de santé en ligne FBP (création de la ligne FBP-FOSA).

A la CTN FBP

- Établir des contrats de performance entre la CTN et les directions centrales (DGSHP, ANEAES...).

ACV

- Stimuler la concurrence entre les structures publiques et privées pour l'obtention d'un contrat principal.

A la FENASCOM

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

Aux participants du 95ème Cours International

- Faire la restitution des conclusions du 95ème Cours International FBP aux autorités politiques et la remise du plan d'action opérationnelle ;
- Initier des activités de plaidoyer ;
- Promouvoir les bonnes pratiques du FBP dans nos milieux de travail.

7.5.7 Plan d'action détaillé – en général

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	QUI	QUAND
La DGSHP et l'ANAES n'ont pas de contrat de performance avec la CTN-FBP pour assurer une bonne régulation	Organiser une réunion d'échanges avec le Secrétaire Général du MSDS pour faciliter l'établissement de contrats de performance entre la CTN-FBP et les directions centrales (DGS, ANAES)	SG/MSDS	D'ici 31 mars 2025
Quel que soit leur performance les structures privées n'ont pas la même chance que les structures publiques dans l'offre de contrat principal	Faire un Plaidoyer auprès des ACV pour la prise en compte des structures privées performantes comme contractant principal pour stimuler la concurrence entre le public et privé	DRS	D'ici 31 mars 2025
Les contrats tripartites signés entre les ACV, présidents d'ASACO et DTC au niveau CSCOM,	Organiser un plaidoyer auprès de la FENASCOM pour la responsabilisation des DTC comme l'agent contractant avec l'ACV et ACV-privés	SG/MSDS	D'ici 31 mars 2025
Les contrats sont signés entre les ACV et les propriétaires des structures privées au lieu d'être signés entre les ACV et les responsables des FOSA privées	Organiser un atelier d'échanges et d'informations sur les bonnes pratiques du FBP à l'endroit des promoteurs des structures privées en vue de promouvoir la séparation des fonctions	ACV	D'ici 30 juin 2025
Les ressources transférées de l'État aux collectivités sont faiblement mobilisées	Faire un plaidoyer auprès du ministre de l'Économie et du ministère de la Santé pour la transformation du budget de l'État alloué aux FOSA en ligne FBP	Le MSDS	D'ici 30 juin 2025

7.5.8 Conclusion

Malgré le contexte de crise socio-politico-sécuritaire au Mali, la mise en œuvre de l'approche FBP a permis d'améliorer les indicateurs, la prise en charge des indigents, le ratio de personnel qualifié par habitant, la gouvernance et la mobilisation des ressources, le renforcement de la voix de la population, les investissements et la rationalisation des ressources, grâce à un changement de paradigme. Elle a également permis d'améliorer l'efficacité de la gestion des ressources allouées aux formations sanitaires.

La prise en charge des recommandations formulées (le binôme par rapport à la signature des contrats, le changement de paradigme, le passage à l'échelle, les réformes de la législation, l'égalité entre les structures publiques et privées dans l'octroi des contrats de performance, l'octroi de contrats de performance à la DGSHP et à l'ANAES ...) constituera une base solide pour le projet ARISE.

7.5.9 District de Djenné

Le district de Djenné (population de 335 306 habitants) connaît une situation d'insécurité depuis 2016. Le FBR a mis en œuvre du mois d'octobre 2022 au 31 décembre 2023 soit quinze mois (15 mois) et on a enregistré une amélioration significative des indicateurs :

- Tous les 19 Centres de Santé Communautaires (CS Com) et 1 PCA dans le district ont obtenu un contrat (avec 96 sous-traitants) FBP avec l'ACV. Les activités se sont déroulées normalement malgré la situation sécuritaire instable.
- La mise en œuvre du FBP a permis aux DTC d'être signataires à part entière des chèquiers. Avant le FBP, les membres volontaires d'ASACO étaient les seuls signataires, ce qui était la source de beaucoup de conflits.

- La mise en œuvre du FBP a permis aux CSCom d'éviter les ruptures de stock de médicaments du panier (grâce à la possibilité de s'approvisionner auprès des grossistes agréés) et de mieux connaître leurs besoins. À travers la concurrence entre les distributeurs de médicaments, le dépôt répartiteur était forcé de diminuer le prix de ses médicaments et d'assurer une bonne disponibilité du stock de médicaments et surtout d'appliquer l'objectif du dernier kilomètre.
- Les primes trimestrielles ont été versées au personnel afin d'améliorer les subsides et la qualité des soins et des services de santé.
- Tous les CSCom FBR et PCA (27 personnels qualifiés) ont recruté au moins un personnel qualifié pour leur maternité/dispensaire.
- Une nette amélioration de la collecte et du remplissage des supports primaires à tous les niveaux,
- Une nette amélioration de la complétude et la promptitude des données dans le DHIS2,
- Une augmentation des indicateurs phares, comme : 1. Le taux d'accouchement effectué par du personnel qualifié avant FBR 2022 : 53 %, et avec FBR en 2023 : 79 % ; 2. Le taux de CPN 4 en 2022 33,5% et avec FBR en 2023 61,3% ;
- Taux d'abandon entre la première dose Penta 1 et la dernière dose VAR1 (enfants complètement vaccinés) diminué de 8%, avant FBP et de 4% pendant FBP ;
- Les taux d'abandon et de perte de vue des enfants pour la vaccination, la malnutrition et la consultation prénatale ont diminué de façon drastique avec la mise en œuvre du FBR avec l'indicateur payant du « suivi des abandons ».

Plusieurs investissements et réalisations ont été menés grâce aux BAQ et aux subsides.

Désignation	Quantité	Montant en FCFA
Recrutement	24	28 800 000
Motos	6	3 780 000
Construction/réhabilitation	20	53 000 000
Matériels techniques (tables d'accouchement ou de consultation, appareils de labo, microscope, équipement du bloc opératoire, tensiomètre, lits, matelas	32	15.000.000
Matériels bureautiques (ordinateurs, imprimantes, registres)	23	17.000.000
Kits solaire	5	7.000.000
	TOTAL	F 124.580.000

7.5.10 Les principales difficultés Djenné

- L'insuffisance dans l'élaboration des contrats des sous-contractants,
- L'insuffisance de la gestion de certaines FOSA.

7.5.11 Plan d'action détaillé district de Djenné

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	QUI	QUAND
Insuffisance dans l'élaboration des contrats des sous contractants	Assurer la supervision/coaching avec la participation des sous contractants sur l'élaboration des contrats	ECD	D'ici 31 mars 2025
Insuffisance dans la gestion de certaines FOSA	Organiser la formation des responsables FOSA et comités de gestion sur le manuel FBR	ECD	D'ici 31 mars 2025

7.5.12 Le district sanitaire de Bougouni

Le district sanitaire de Bougouni se trouve à 210 km de la capitale régionale de Sikasso et est limité par : Ouéléssébougou, Yanfolila, Kolondieba, Diola, Sikasso, Koulikoro et la Côte d'Ivoire. Il compte 25 communes, dont 1 commune urbaine et 24 communes rurales.

La superficie : 20 029 km². Population en 2023 : 711 999, CSCOM fonctionnels : 45, CSCOM tenus par un médecin : 8, nombre de sites ASC : 146, nombre de cabinets médicaux : 12, nombre de cliniques médicales : 1, nombre d'officines-pharmacies : 11.

La mise en œuvre du FBR dans les districts sanitaires de Bougouni et de Yanfolila se fera dans un contexte marqué par des niveaux bas de certains indicateurs tels que le taux de CPN4 qui est de 14,9% en 2021 contre un taux de 18,71 % en 2024 à Bougouni. Dans le district de Yanfolila, pour l'accouchement par du personnel qualifié, le taux est de 12% en 2021 contre un taux de 20,6% en 2024. Elle se caractérise par :

- Une faible autonomie des FOSA (niveau communautaire) est caractérisée par la mauvaise gestion des CSCOM qui engendre le plus souvent des conflits compromettant le bon fonctionnement des centres, ce qui prive les populations de services de qualité.
- Une contribution limitée du secteur privé à l'amélioration des résultats en matière de santé (insuffisance dans la collecte des données) ;
- Une faible performance du dépôt répartitaire du Cercle (DRC) : rupture fréquente des médicaments du panier ;
- Une sous-utilisation des services de soins ;
- Un personnel peu motivé ;
- L'insuffisance des infrastructures et des équipements, la rupture fréquente de médicaments et d'intrants, et la faible qualité des soins et des services de santé fournis.

Au niveau de l'aire de santé :

Le taux de la CPN4 en 2023 est de 5,3% contre 1,34% en 2024 et le taux d'accouchement par personnel qualifié en 2023 est de 37,08% contre 35,55% en 2024.

Le taux d'abandon entre Penta1 et Penta3 est de 17,7% en 2023 contre 18,8% en 2024.

7.5.13 Plan d'action détaillé – Bougouni

Problèmes identifiés	Activités à réaliser	QUI	QUAND
Faible autonomie des FOSA (niveau Communautaire)	Organiser la formation des responsables FOSA et comités de gestion sur le manuel FBR	ACV	D'ici 31 mai 2025
Faible performance du dépôt répartitaire du Cercle (DRC) : rupture fréquente des médicaments du panier	Appliquer la dérogation pour permettre aux FOSA qui connaissent mieux leurs besoins de s'approvisionner auprès des grossistes agréés	MCD	D'ici 31 mai 2025
Sous-utilisation des services de soins	Renforcer le marketing social auprès des ménages dans l'aire de santé de Djiné	ASACO	D'ici 31 mai 2025
Faible motivation du personnel	Appliquer l'outils indices avec l'ensemble du personnel	Responsable FOSA	D'ici 30 juin 2025

7.6 Bénin - DRS

Docteur COCOUVI Victor Emmanuel - Directeur Départemental de la Santé de l'Atlantique

7.6.1 Contexte et justification

Pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, plusieurs partenaires (Banque mondiale, Fonds mondial et GAVI) ont décidé d'harmoniser la gestion de leurs ressources d'appui au Renforcement du système de santé du Bénin et ont encadré cette volonté par la signature du Compact en novembre 2010. Dans le même but, le gouvernement du Bénin a, quant à lui, décidé d'initier, dans le secteur de la santé, un dispositif de Financement Basé sur les Résultats dans le cadre du Programme de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS).

L'objectif du PRPSS était de renforcer le système de santé du Bénin afin de contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et infantile. L'idée était de mettre en place un mécanisme de financement par lequel les structures de santé sont subventionnées en fonction de leurs performances, de la quantité et de la qualité des prestations offertes à la population. Il s'agira notamment d'accroître la couverture des services de santé maternelle et infantile de qualité et de renforcer la capacité institutionnelle du ministère de la Santé. En conséquence, le Bénin a lancé officiellement, en septembre 2011, le mécanisme de Financement Basé sur les Résultats (FBR) avec l'appui technique et financier de la Banque mondiale.

Le consortium AEDES/SCEN a été contacté pour apporter un appui technique au processus de mise en place de ce mécanisme.

Trois années après le lancement de la première phase du modèle FBR, dit « modèle Banque mondiale », celui-ci a été étendu en avril 2015 à 21 nouvelles zones sanitaires du territoire, dont 19 sous financement du GFATM et deux (2) grâce au financement de GAVI. Ce modèle a co-évolué avec le modèle dit « modèle de la CTB », sous le financement de la Belgique, qui couvre cinq (5) ZS.

Le FBR au Bénin s'inscrit donc dans le cadre du PRPSS et dans le cadre global du RSS. Tel que mentionné dans le « Project Appraisal Document » (PAD), la Banque mondiale, en s'impliquant dans ce projet, s'appuyait sur la logique qui veut que le projet FBR contribue aux efforts de renforcement des performances du système de santé du Bénin,

Ce projet devrait combiner investissement et assistance technique ; les indicateurs de santé maternelle et néonatale seront utilisés pour mesurer les résultats du projet, en espérant qu'il aura également un impact sur d'autres indicateurs de santé.

Le projet, lancé en 2011, a été arrêté à la fin du premier trimestre 2017.

7.6.2 Analyse des problèmes liés à l'arrêt du FBR au Bénin

Cet arrêt a fait ressortir un certain nombre de problèmes que sont :

A. Insuffisance des ressources affectées à la mise en œuvre du FBR

La prévision budgétaire de la BANQUE MONDIALE qui a financé le FBR était de 1,3 \$ par tête d'habitant. Ainsi, la mise en œuvre du FBR dans huit (8) ZS couvrant une population de 2 538 569 a donné des coûts de production qui sont les suivants :

- La rémunération des vérificateurs : 123,40 et 94,91 Fcfa par tête d'habitant
- Le fonctionnement de l'équipe de vérification : 13,27 à 18,99 Fcfa par tête d'habitant
- Les investissements : 62,10 à 0,41 Fcfa par tête d'habitant et pour le coût total moyen incluant l'ensemble des rubriques de coût : 572 à 741 Fcfa par tête d'habitant, soit \$ US 0,954 à 1,235 par tête d'habitant

De plus, le Fonds mondial a assuré la mise en œuvre du FBR dans 21 ZS, qui comptent une population de 5 878 731. Le FM a versé en subventions 5 979 561 777. Le coût de production revient à 509 Fcfa par tête d'habitant, soit environ 1 \$, bien loin des montants raisonnables prescrits pour une mise en œuvre efficiente du FBR.

B. Insuffisance d'implication du secteur privé

C'est toujours dans l'intention de mobiliser davantage de clients pour améliorer les taux d'utilisation des services que l'instauration des subsides en faveur des formations sanitaires privées libérales a été initiée. Longtemps ignoré, ce secteur a eu du mal à connaître le FBR. Cette initiative a eu du mal à se mettre en place en raison de l'instauration de critères d'éligibilité extrêmement sélectifs qui excluaient un grand nombre de FS privées candidates. La conformité aux réglementations d'installation et d'exercice en clientèle privée en vigueur a pris le pas sur la priorité accordée à la mobilisation des cibles, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Cette œuvre était également confrontée au manque d'habitude et de volonté des acteurs du secteur public de collaborer avec ceux du secteur privé. Ceci explique le long retard pris avant de lancer cette initiative, qui n'a eu lieu qu'en 2016. Un démarrage timide au T1 2016, qui s'est arrêté au T2 2016 avec seulement 20 742 013 Fcfa de subsides versées.

C. Insuffisance des arguments en faveur de la pérennité du projet.

À l'avènement du régime actuel au Bénin, les gouvernants n'ont pas eu d'arguments convaincants qui auraient pu les amener à prendre la décision de poursuivre le FBR. Mieux, ils ne comprenaient pas comment payer des primes de performance à des agents déjà rémunérés pour le travail fourni. Ils ont donc décidé, purement et simplement, de son arrêt et de le remplacer par une autre approche. Il s'agit du PforR qui, à l'instar du FBR, recourt également au décaissement des ressources liées à l'atteinte des résultats. C'est un système où l'état met les moyens à la disposition des FOSA, qui produisent des résultats pour lesquels la Banque mondiale verse des subsides à l'état sur la base d'objectifs préalablement déterminés. Dans le PforR les ressources vont directement au budget national.

7.6.3 Est-ce que ces problèmes peuvent être résolus

- Ressortir le bilan final des années de mise en œuvre du FBR
- Constituer une équipe de 3 à 4 pour analyser le et en ressortir les aspects positifs et négatifs
- Réaliser une étude comparative des performances des FOSA pendant la période du FBR et après celle-ci.
- S'il est possible de lancer une initiative de recherche dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi SO-Ava, avec l'introduction de primes de performance dans les formations sanitaires privées. Ce serait un élément supplémentaire pour faire un bon plaidoyer en faveur de la reprise du PBF après la fin du PforR. À voir avec Monsieur Adolphe KPATCHAVI
- Faire un plaidoyer pour la réintroduction du FBR au Bénin à la fin du PforR (Rencontrer les conseillers à la santé du gouvernement, les cadres du cabinet et le ministre de la Santé, les DDS, les responsables d'ENABEL ayant piloté le FBR, les responsables du PRPSS)
- Développer la stratégie de mise en œuvre du FBR dans le secteur privé de la santé.
- À discuter avec les EEZS

7.6.4 Personnes à rencontrer

Personnages	Titres	Fonction	ECHEANCES
AKPAMOLI Alphonse	Gestionnaire de projet	Ancien Coordonnateur PRPSS	Février 2025
Adolphe KPATCHAVI	Ancien du cours sur FBR		Février 2025
TALON Aristide	Médecin	Conseil Technique à la Santé du Président de la République	Février-Avril 2025
SOMASSE Elisé	Médecin	Représentant P@SRIS(ENABEL)	Février – Mars 2025
SOGOHOSSOU Paulin	Médecin	Représentant P@SRIS(ENABEL)	Février-Avril 2025
KOHOUN Rodrigue	Médecin	Conseiller Technique ministre de la Santé	Février-Avril 2025
AKOGBETO Péta	Médecin	Directeur de Cabinet ministre de la Santé	Mai 2025
HOUNKPATIN Benjamin	Médecin	Ministre de la Santé	Mai 2025