

Rapport du 95ème 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. RESUME DU 95EME 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>	7
1.5.2 <i>Recommandations des participants du Niger</i>	8
1.6 MALI.....	9
1.6.1 <i>Points à améliorer pour le renforcement du FBP au Mali</i>	9
1.6.2 <i>Recommandations - Mali</i>	9
1.7 BENIN.....	10
1.7.1 <i>Recommandations - Bénin</i>	10
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>	11
2.1.2 <i>Examples of PBF successes – also in insecure areas</i>	11
2.1.3 <i>The introduction of Quality Improvement Bonuses</i>	12
2.1.4 <i>The end of PBF in Cameroon and Benin</i>	12
2.2 NIGER.....	13
2.2.1 <i>Feasibility of the current PBF program in Niger</i>	13
2.2.2 <i>Recommendations of the participants from Niger</i>	14
2.3 MALI.....	15
2.3.1 <i>Challenges of the PBF reforms in Mali</i>	15
2.3.2 <i>Recommendations</i>	15
2.4 BENIN.....	16
2.4.1 <i>Recommendations</i>	16
3. INTRODUCTION DU 95EME 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 ^{EME} COURS FBP DE LOME.....	19
4. DEROULEMENT DU 95^{EME} COURS FBP DE COTONOU	21
5. EVALUATIONS JOURNALIERES PAR LES PARTICIPANTS	26
6. EVALUATION 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.....	31
6.5 LA CONDUITE DU COURS ET LA FACILITATION.....	32
6.6 APPRECIATION PAR MODULE.....	33
6.7 COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS SPECIFIQUES DES PARTICIPANTS DE COTONOU.....	34
7. PLANS D’ACTIONS DES GROUPES	35
7.1 NIGER – NIVEAU CENTRAL.....	35
7.1.1 <i>Le système de santé au Niger</i>	35
7.1.2 <i>Institut National d’Assistance Médicale (INAM)</i>	35

7.1.3	Context du FBP au Niger.....	36
7.1.4	Analyse des problèmes.....	36
7.1.5	Est-ce que les problèmes identifiés peuvent être résolu avec le FBP ?.....	37
7.1.6	Score de faisabilité.....	37
7.1.7	Hypothèses fatales (HF).....	39
7.1.8	Recommandations.....	39
7.1.9	Plan d'action détaillé du groupe central Niger.....	39
7.2	NIGER – GROUPE UGP.....	40
7.2.1	Contexte général de Niger.....	40
7.2.2	Context FBP au Niger.....	41
7.2.3	Projet LAFIA IYALI de l'UGP avec composant 1 FBP.....	41
7.2.4	Analyse des problèmes UGP.....	42
7.2.5	Score de faisabilité / existence des hypothèses fatales.....	42
7.2.6	Recommandations.....	42
7.2.7	Plan d'action détaillé.....	42
7.3	NIGER - GROUPE DIRECTIONS REGIONALES DE SANTE.....	43
7.3.1	Contexte.....	43
7.3.2	Analyse des problèmes généraux.....	44
7.3.3	Est-ce que le FBP est une solution ?.....	45
7.3.4	Score des 23 indicateurs de faisabilité FBP.....	45
7.3.5	Recommandations au MSP/P/AS (CTN, UGP).....	45
7.3.6	Plan d'action DRS.....	45
7.4	NIGER – ÉQUIPE CADRE DE DISTRICT.....	46
7.4.1	Contexte général.....	46
7.4.2	Analyse du problème de santé au Niger.....	46
7.4.3	Le district de Madarounfa et la ville de Zinder.....	47
7.4.4	Analyse des problèmes au niveau district.....	47
7.4.5	Score de faisabilité.....	48
7.4.6	Recommandations.....	48
7.4.7	Plan d'action.....	48
7.5	MALI.....	49
7.5.1	Contexte avec quelques indicateurs généraux.....	49
7.5.2	Analyse des problèmes généraux.....	50
7.5.3	Est-ce que les problèmes identifiés peuvent être résolu avec le FBP ?.....	51
7.5.4	Contexte du FBP au Mali.....	51
7.5.5	Score faisabilité des 23 indicateurs - Mali.....	53
7.5.6	Recommandations.....	55
7.5.7	Plan d'action détaillé – en général.....	56
7.5.8	Conclusion.....	56
7.5.9	District de Djenné.....	56
7.5.10	Les principales difficultés Djenné.....	57
7.5.11	Plan d'action détaillé district de Djenné.....	58
7.5.12	Le district sanitaire de Bougouni.....	58
7.5.13	Plan d'action détaillé – Bougouni.....	59
7.6	BENIN - DRS.....	59
7.6.1	Contexte et justification.....	59
7.6.2	Analyse des problèmes lié à l'arrêt du FBP au Benin.....	60
7.6.3	Est-ce que ces problèmes peuvent être résolus.....	61
7.6.4	Personnes à rencontrer.....	61

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 Périnatale
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. RESUME du 95ème 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, Togo, au lieu de Cotonou, Bénin. Le changement de lieu était nécessaire pour faciliter la présence d'une délégation de 20 personnes du Niger avec des représentants du niveau central, régional et du district. En plus, il y avait trois personnes du Mali du niveau de district et de CSCOM. Le Bénin était représenté par le Directeur Départemental de la Santé d'Atlantique du Bénin.

Il y avait pendant le post-test quatre personnes avec une distinction (90% ou plus) et huit avec un mérite mention (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 FBP ont montré des résultats extraordinaires des programmes 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 cout-efficaces et de haute qualité. « Bien structuré » est défini comme un programme FBP ayant un score de faisabilité supérieur à 80% suivant 23 critères et appliquant les instruments de gestion 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 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, aussi dans des zones d'insécurité, est que plus de 70% du budget FBP est viré directement dans les comptes des prestataires périphériques qui décident d'une manière autonome de quoi et ou acheter leurs intrants. Cela au lieu d'un système où les autorités du niveau central décident de comment utiliser 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 l'alternative pour toutes sortes d'initiatives courantes telles que la gratuité généralisée des soins de santé, les systèmes d'assurance maladie obligatoire ou l'imposition des prix plafonds par les Ministères de Santé centraux.

1.3 L'introduction des Bonus d'Amélioration de Qualité

Une innovation très importante ces dernières années a été l'introduction des bonus d'amélioration de la qualité (BAQ). Il s'agit d'un indicateur 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 versées 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 pour le premier paiement BAQ comme méthode pour démarrer les premiers investissements.

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

1.4 L'arrêt du FBP au Cameroun et Bénin

Des choix politiques ont conduit en 2022 et 2018 à la fin de programmes FBP prometteurs au Cameroun et au Bénin. Ces décisions politiques semblent désormais conduit 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 avec des évaluations d'impact, des études observationnelles ou photographiques au Cameroun¹, la plupart des articles s'accordent à dire qu'il y a eu des résultats positifs importants sur la production, la qualité et la motivation du personnel. Une étude a conclu que « malgré les limites du retard de paiement, le FBP permet d'aligner les incitations des agents de santé (agent) sur celles du ministère de la Santé (principale) »². Pourtant, étonnamment, 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 est restée problématique. En 2022, le ministre de la Santé a déclaré qu'il « n'était pas en faveur du FBP », sans aucune autre 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 effectuées par les autorités des districts et des régions. Le Cameroun est retourné à l'ancien système input faiblement régulé.

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 avait des résultats prometteurs. Les principales raisons de l'arrêt étaient le manque d'harmonisation entre les partenaires et que le gouvernement ne serait pas d'accord de payer des primes de performance au personnel et qu'il supposerait qu'un salaire fixe suffisait aux agents de santé pour être performants.

Après négociation avec le gouvernement, la Banque Mondiale a remplacé les réformes FBP par l'approche « Pfor R- Program for Results ». Cette approche injecte directement des fonds dans le budget du ministère de Santé sur base des indicateurs nationaux de performance.

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

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

La politique sanitaire du ministère de la Santé du Bénin a régressé vers la distribution inefficace des inputs et à la 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 marqué par des défis significatifs 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 majorité des meilleures pratiques 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 à travers le 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 avec le score de faisabilité de 23 des meilleures pratiques et principes qui sont identifiés dans le manuel de cours FBP.

Ils ont trouvé un score de faisabilité de 40% qui démontre qu'il existe encore des sérieux problèmes avec le montage institutionnel et l'application des meilleures pratiques du FBP au Niger. Des efforts doivent être faits pour augmenter ce score vers 80%.

Parmi les 23 critères il y a aussi *certaines hypothèses* fatales qui doivent être adressées. Le plus important défi est que le budget FBP par habitant et par an est trop petit. Le budget FBP, qui est prévu pour plus de 10 millions de personnes est de \$ 0,59 par habitant par an au lieu de \$ 4.00. D'autres problèmes assez sérieux sont la distribution monopolisée des médicaments et la non-autorisation de la vente de médicaments par les formations sanitaires au niveau primaire.

Le recrutement de l'ACV a mis beaucoup de temps (environ 3 ans) entraînant ainsi un retard de décaissement de 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 au lieu de 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 réduire le nombre de districts bénéficiaires, soit augmenter considérablement le budget PBF.
- Accorder des dérogations spéciales aux structures des deux (2) régions pour la mise en place efficiente 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 pour les patients vulnérables au lieu des services de santé gratuits généralisés pour les enfants, les soins d'accouchement, etc.
 - Ne pas discriminer contre 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 le manuel national du FBP du Niger d'abord au sein d'un comité restreint puis avec la participation de toutes les parties prenantes pour s'assurer des meilleures pratiques du FBP. Le score de faisabilité devrait devenir 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 en raison des problèmes politiques et sécuritaires. Nous pensons qu'il faudrait faire davantage de plaidoyer très fort pour que les fonds internes et externes disponibles pour la santé soient dépensés de la même manière FBP.

En plus, il sera souhaitable que les réformes FBP puissent être 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 du personnel de santé et de la qualité des soins. Cela crée de graves problèmes d'équité entre les régions.

Cependant, malgré la bonne application de la plupart des meilleures pratiques et instruments dans les régions FBP, il reste encore quelques problèmes à résoudre.

1.6.1 Points à améliorer pour le renforcement du FBP au Mali

- L'absence d'apport de contribution financière directe du gouvernement malien à la cagnotte FBP, ce qui 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 Directeur 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 la même chance que les structures publiques pour 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 comme les crédits délégués aux FOSA et des 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 contractants sur l'élaboration des contrats ;
- Organiser la formation par l'ECD de Djenné des responsables FOSA et comités de gestion sur le manuel FBP.

1.7 Bénin

Le Bénin a expérimenté le FBP entre 2010 et 2017. Cela était pour 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 encadré cette volonté par la signature du Compact en novembre 2010.

Le gouvernement a mis fin au FBP en 2017 par suite : a. Des difficultés liées à l'intégration et à l'appropriation de l'approche au niveau 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 qu'un salaire fixe serait suffisante pour motiver le personnel de santé.

Les réformes engagées dans le secteur de la santé depuis 2017 ne capitalisent pas l'expérience du FBP (2012 – 2017) ainsi que les leçons tirées de ce dernier.

De notre point de vue, les conditions de travail difficiles, 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, générant des ressources supplémentaires, nous paraît être la seule alternative pouvant remotiver le personnel et par voie de conséquence booster la performance.

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

1.7.1 Recommandations - Bénin

- Constituer une équipe de 3 à 4 personnes pour analyser le contexte et en ressortir les aspects positifs et négatifs et réaliser une étude comparative des performances des FOSA *pendant la période du FBP et après FBP*.
- Démarrer une initiative de recherche dans la zone sanitaire d'Abomey Calavi SO-Ava, avec une introduction de primes de performance dans les formations sanitaires. Cela serait un élément de plus pour faire un bon plaidoyer pour la reprise du FBP après la fin du PforR en 2026.
- Faire un plaidoyer auprès des hauts cadres du ministère de Santé, de la Présidence et les bailleurs pour la réintroduction du FBR au Bénin à la fin du PforR.
- Développer la stratégie de mise en œuvre du FBR dans le secteur sanitaire privé.

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 of country was necessary to facilitate the presence of a delegation of 20 people from Niger with representatives from the central, regional and district levels. In addition, there were three participants from Mali from the district- and health center levels. Benin was represented by the Director of Health of the “Atlantique” Department in Benin.

During the post-test, there were four people with a distinction (90% or more) and eight with 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 of the 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” is defined as the PBF program having an above 80% feasibility score following 23 criteria and applying the PBF management instruments such as the business plans, indices management tool and the quality improvement bonuses. PBF also offers equity bonuses ranging from 10% to 80% on top of the payment for the output and quality indicators that benefit vulnerable regions, districts and health facilities.

Moreover, in PBF, the poorest 10-25% are exempted from paying for their care through a targeted free health care mechanism. Health facilities are reimbursed for this targeted free service, and the identification of the poorest is carried out by health facility staff with their local community. This targeted free health care approach is more realistic and avoids over-expenditure such as in insurance systems, and it is better verified than generalized free health care such as for example for children, or delivery care.

The main reason for the success, also in insecure areas, is that more than 70% of the PBF budget is transferred directly to the accounts of peripheral providers who decide autonomously what and where to buy their inputs. This 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 constitute the alternative for all sorts of more traditional initiatives such as generalized free health care, compulsory health insurance systems or the imposition of health care price ceilings by government.

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 is an output indicator whose value is 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, only after the QIB achievements (together with the other output indicators) are verified by Contract Development and Verification Agencies. They verify the investments realized in infrastructure, means of transport, equipment, or emergency expenses. A convincing business plan can also serve as the trigger for the first QIB payment as a method for health facilities to start their first investments.

The QIBs accelerate the upgrading of health facilities or regulatory organizations. The rehabilitation or purchase of inputs is carried out by each autonomous peripheral actor, according to their needs. This is more cost-effective *by a factor 4-10* compared to the traditional centralized input approach.

2.1.4 The end of PBF in Cameroon and Benin

Policy choices led in 2022 and 2018 to the end of promising PBF programs in Cameroun 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 with impact evaluations, observational- or photo studies in Cameroun, most papers agree that there were important positive results on output, quality, motivation of staff³. 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)⁴. Yet, surprisingly, despite the academic evidence and the training of most key implementing agents, the political willingness to maintain the PBF successes remained problematic in Cameroun. In 2022, the Minister of Health declared that he “was not in favor of PBF,” without any other justification.

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

³ We consulted 14 papers on PBF in Cameroun in February 2025 of which the World Bank Impact evaluation is the most important (Cameroon Performance-Based Financing Impact Evaluation Report 2017). The impact study results were positive despite that the authors acknowledge that the study design may have contributed to problems of contamination bias between PBF health centers and control group health centers.

⁴ 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.

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 and that the government would not agree to pay performance bonuses to staff and that it would assume 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.

However, several field visits since 2022, in health facilities and focus group discussions, show that the results of this centralized approach are difficult to verify and were not felt by the 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 health policy of the Ministry of Health of Benin has regressed towards inefficient distribution of inputs and centralized planning. For example, the famous Paou health center, which has experienced many innovations, during 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 with the QIB system described above, the rehabilitation would have been carried out autonomously by the health center team in a few weeks or months.

2.2 Niger

Niger, a Sahelian country in West Africa, is marked by significant challenges in public health. It has some of the lowest health indicators in the world, which calls for urgent reforms in the health sector. Faced with this situation, 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 moderate favorable results. It should be noted that the project was imperfect and did not apply the majority of PBF best practices. However, in view of 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

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

They found a feasibility score of 40% which demonstrates that there are still serious problems 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 there are also some killing assumptions that need to be addressed. The most important challenge is that the **PBF budget per capita per year is too small**. The PBF budget, which is planned for more than 10 million people is \$ 0.59 per capita per year instead of \$ 4.00. Other quite serious problems are the monopolized distribution of medicines and the non-authorization of the sale of medicines by the health facilities at primary level.

The recruitment of the ACV took a long time (about 3 years) leading to a delay in the 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 the reforms of the entire health system instead of under the Directorate of Studies and Programming.
- Narrow the gap in the PBF budget 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 the health facilities of the two (2) regions for the efficient implementation of the PBF approach. These include :
 - Grant autonomy to the services providers, including the right to purchase drugs and other inputs directly from multiple accredited distributors, and allow health facilities to sell drugs so that they can increase their revenues.
 - 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 to obtain contracts with the CDV Agencies.
 - Map and divide the health care catchment areas into units of an average of between 6,000 and 12,000 beneficiary inhabitants.
- Revise the Niger PBF national manual. First within a small committee and then with the participation of all stakeholders to ensure that PBF best practices are respected. The feasibility score should become 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 for quality control of 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 of the national PBF Unit (CTN) with 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, it is desirable that the PBF reforms will be scaled up nationwide. This also because the differences between the regions *with* or *without* PBF have become very significant in terms of availability of services, health workers and the quality of care. This creates serious equity problems between the regions.

2.3.1 Challenges of the PBF reforms in Mali

However, despite the positive results of PBF in Mali, there are still challenges to address.

- The absence of direct financial contribution from the Malian government to the PBF basket risks compromising the sustainability of the program and making it appear as an initiative supported only by technical and financial partners.
- The central directorates of the Ministry of Health do not all have performance contracts with the CTN, which can also constitute a danger for the sustainability of PBF in Mali.
- Currently, the CDV Agencies sign tripartite contracts with the presidents of ASACOs and the head 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 the implementation of 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 of the subcontractors and ensure the development of their contracts.
- Organize training by the District Medical Office of Djenné of health facility managers and their health committees on the PBF manual.

2.4 Benin

Benin experimented with PBF between 2010 and 2017. This was to accelerate the achievement of the Millennium Development Goals, and several partners (World Bank, Global Fund, Enabel and GAVI) decided to harmonize the management of their resources to support the Strengthening of Benin's Health System and framed this desire by signing the Compact in November 2010.

The government ended PBF in 2017 as a result of : a. Difficulties related to the integration and appropriation of 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 to 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) as well as the lessons learned from the latter.

From our point of view, the difficult working conditions, the diminishing purchasing power of health sector workers, in fact lead to demotivation and a drop in the performance of health facilities. Faced with this, 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 persons to analyze the context and highlight the positive and negative aspects and carry out a comparative study of the performance of health facilities during the PBF period and afterwards.
- Start a research initiative in the health catchment area of Abomey Calavi SO-Ava, with the introduction of performance bonuses in health facilities. This would be one more element to make a good case for the resumption of 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 the reintroduction of FBR in Benin at the end of the PforR.
- Develop the PBF also with private health facilities.

3. INTRODUCTION du 95ème 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 l'atteinte des Objectifs de Développement Durable et la Couverture Sanitaire Universelle.

Il est également devenu clair que les réformes du FBP sont l'opportunité unique de soutenir directement les structures de santé autonomes périphériques, les Agences de Contractualisation et de Vérification (ACV) et les autorités de la régulation des districts et des régions. Cela est important dans toutes les situations politiques, mais, en particulier, lorsque les gouvernements sont inconstitutionnels ou 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 du Pays Bas et la collaboration de plusieurs organisations comme l'AAP Sud Kivu et HDP Rwanda. Depuis 2012, BEST-SD du Bénin, BASP96 du Burkina / Bénin a organisé entre eux au moins 20 cours FBP. Ces cours au Bénin/Togo ont été un succès grâce à l'intérêt manifesté par les autorités des différents pays dans la région et des partenaires financiers comme la Banque Mondiale, ENABEL, Cordaid, USAID, UNICEF, KFW, MEMISA, MSV, PU. Certains participants sont venus au cours sur financement des ministères de la santé et des ONG locales, voir sur financement propre.

Les cours Anglophones sont devenus possibles avec l'appui de la Banque Mondiale et notamment de Gyuri Fritsche et Godelieve van Heteren. Le premier manuel du cours FBP a été édité 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 sont devenus des défenseurs du FBP dans leurs pays respectifs. Le FBP s'éloigne des idées traditionnelles existantes du système sanitaire, ce qui entraîne souvent de la résistance à laquelle il faut faire face pour dissiper les inquiétudes. Pour cela ce cours va dans les profondeurs des théories, des pratiques et des instruments 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, rend le FBP différent des paradigmes des Soins de Santé Primaires ou de l'Initiative de Bamako. Les ressources pour atteindre les objectifs sociaux sont *rare*s et c'est pourquoi il est devenu une obligation de les utiliser de la manière la plus efficace et la plus efficiente possible. Cela place les défenseurs du FBP en position d'entrepreneurs sociaux plaidant pour la justice sociale.

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

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

1. Atteindre une masse critique des personnes qui adhèrent au FBP, ceci pour assurer le plaidoyer à différents niveaux pour que le financement basé sur la performance remplace les systèmes traditionnels de santé et d'éducation basée sur les inputs.
2. Maîtriser les théories, les meilleures pratiques et les outils du FBP à la fin du cours en vue d'assurer la mise en œuvre du financement basé sur la performance dans la pratique.

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 terrains et les posters. On a aussi pendant les dernières années mis plus d'accent sur le développement des plans d'actions de chaque participant : « Qu'est-ce que le participant ou la participante va faire à son retour dans son lieu de travail pour améliorer le système ? »

3.5 Les participants et des facilitateurs

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

Le tableau ci-dessous présente la liste des participants.

Noms	Prénoms	Sexe	Pays	Région	Organi-sation	Qualification	Fonction /Titre
COCOUIVI	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 SADOU	Ousséini	m	Niger	Maradi	DRS	Médecin Santé Publique	Directeur Région Santé Publique
DANDARE MADOUGOU	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
KALILOU	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)

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

Des 20 participants de Niger composé ainsi qu'il suit : 5 du niveau ministère de santé central, 2 de la Cellule Technique National, 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 de district.

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

Le cours a été facilité par une équipe de 5 personnes avec une grande expérience en FBP.

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 les hôtesse JOHNSON BENDOUWA Jecolia et OWRO-BODI Nounia.

3.6 Pré et post test du 95^{ème} cours FBP de Lomé

Vingt-quatre (24) participants ont fait un prétest lors de leur arrivée, qui avait un score moyen de 41%. Le post-test a montré une amélioration significative avec un score moyen de 73%. De plus, les facilitateurs ont aussi donné des points de bonus de zéro, un ou deux points pour les efforts de chaque participant. Cela a augmenté le score moyen vers 75%, indiquant 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 avec des scores journaliers et finaux. Les évaluations journalières de la formation ont connu un score moyen de 82%.

4. DEROULEMENT du 95^{ème} COURS FBP de COTONOU

Ce chapitre présente le déroulement du 95^{ème} 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 Dr Joseph Catraye, suivi de la présentation des facilitateurs et des participants. Après l'établissement des règles pour 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 par la formation d'un comité chargé de collecter les principales recommandations, qu'elles soient spécifiques ou générales, par pays ou par thème. Il s'agit de 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 sur 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 noms que l'on utilise pour parler du FBP. Une comparaison a été faite 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 différents groupes : 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 formé de l'UGP (central et périphérique). Le troisième groupe du Niger était celui de Direction Régional de Santé Publique et le quatrième groupe de deux représentants du niveau de 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 en faveur du FBP a ensuite été présenté.

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

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

Les groupes de travail ont ensuite réfléchi sur une série de quatre (4) questions liées à 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 le système 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, abordant notamment l'exemple d'une FOSA sous FBP, les meilleures pratiques FBP, le montage institutionnel, 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, 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, Benin et 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, suivi de 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 en FBP, la politique socio-économique nationale, les objectifs de la politique de santé de l'État, 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 :

- Le nombre optimal de personnel qualifié pour 1000 habitants ;
- Le montant des recettes annuelles comparé au montant théorique des recettes par personne cible par an dans l'aire de santé pour garantir la qualité des soins.

Après la visite, les participants ont travaillé sur 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, suivi des modules 6A concernant la politique nationale de régulation et 6B 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, suivi des présentations des modules 10 Techniques de gestion de conflits et de négociation et le module 9 : Scan de faisabilité – critères de pureté, hypothèses fatales et plaidoyer. Les participants ont également reçu des explications sur l'exercice de groupe pour l'évaluation du scan de faisabilité du FBP de chaque groupe et 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 faite dans la ville de Lomé pour visiter la ville, l'université de Lomé, la frontière avec 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 ont continué avec la restitution des travaux de groupe portant sur l'analyse du score de faisabilité du FBP, l'identification des éventuelles hypothèses fatales, ainsi que 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, des 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, suivi de la restitution des travaux de groupe 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 parmi 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, suivis de la présentation des résultats de l'exercice sur l'outil Indice. Le reste de la journée a été consacré au travail en 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 **la 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 dédiée 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^{ème} cours international sur le FBP a commencé à 9h00 et l'ensemble des participants a terminé le test autour de 11 heures.

Cet examen a permis d'obtenir 4 distinctions donc les noms sont les suivant :

1. *SANGARE Sidi, Médecin Chef du district sanitaire de Djenné- Mali*
2. *COCOUVI Emmanuel Victor, Directeur Départemental de la Santé de l'Atlantique-Benin*
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 16H et a connu successivement les moments forts suivants :

- La correction du test et proclamation des résultats du test.
- 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 terminée 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 conclure cette expérience mémorable.

5. EVALUATIONS JOURNALIERES PAR LES PARTICIPANTS

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

Les évaluations journalières de la formation ont connu un score moyen de 82%. Cela est de 1,7 points supérieurs à la moyenne des 59 cours précédents francophones et de 2 points inférieur à la moyenne des 27 cours anglophones précédents. Les critères « participation et « respect du temps, étaient supérieurs aux 59 cours précédents francophones avec respectivement 3,9%, et 5,0%. Les critères « facilitation », et « organisation étaient inférieur 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 & méthodologie** a été évalué en moyenne à 84,4% comme étant « très satisfait ». Cela donne un score inférieur de 1,4% points par rapport aux 59 cours francophones précédents qui ont eu accusé un score moyen de 85,8%. La tendance d’évaluation de la satisfaction pour la facilitation a connu une amélioration de 63% les premiers deux jours vers entre 75% et 100% les jours suivants.

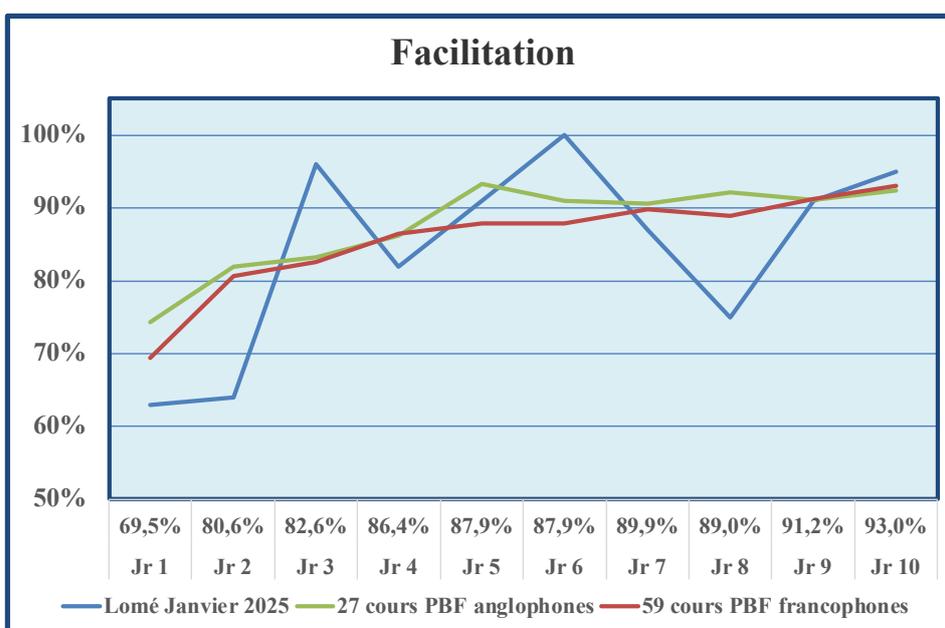


Figure 1 : Évolution de l’évaluation journalière des participants : *facilitation & méthodologie*.

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

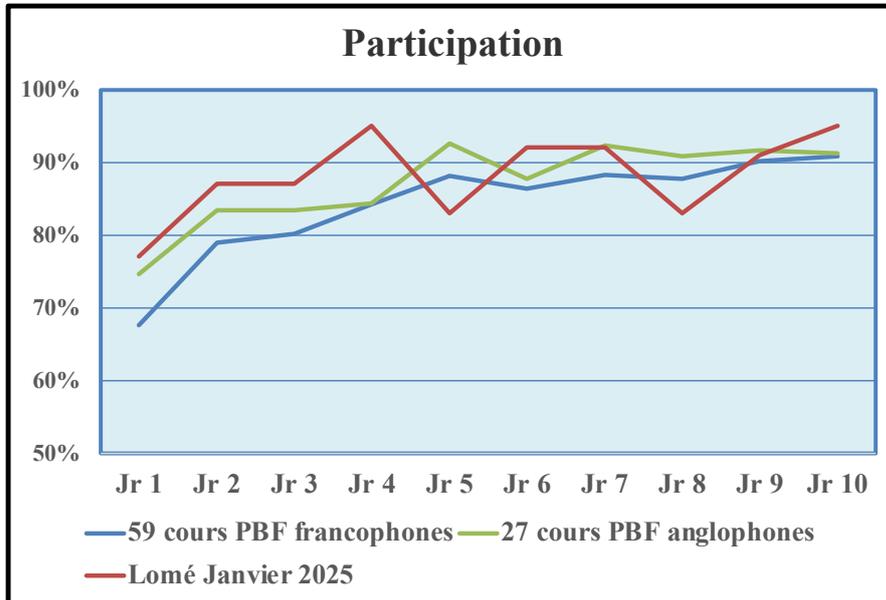


Figure 2 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *participation*.

L'organisation du cours était évaluée en moyenne à 73,1% « très satisfait » ce qui est de 0,7 points inférieurs aux 59 cours francophones précédents avec une moyenne de 73,6%. La satisfaction avec l'organisation est améliorée de 50% la première journée vers 84% vers les 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

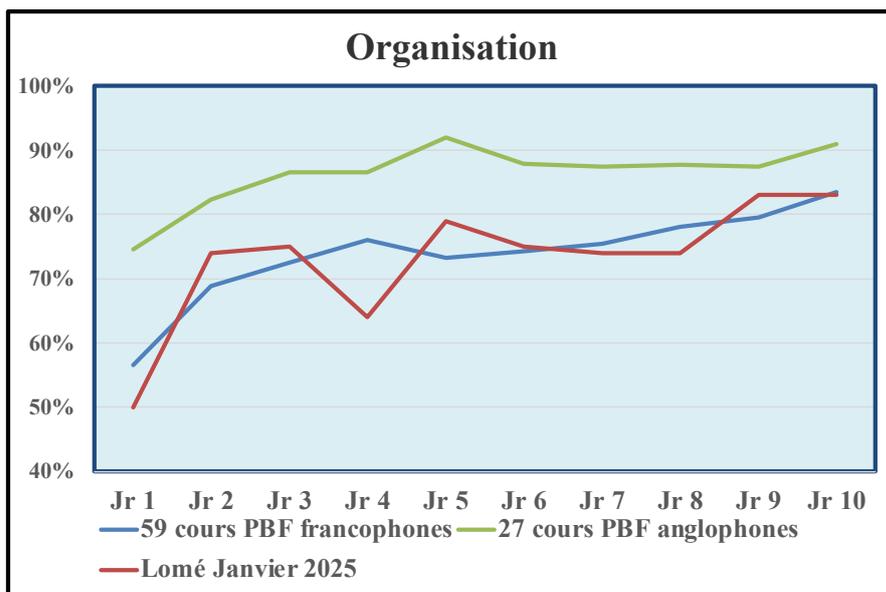


Figure 3 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *organisation*.

Le respect du temps a été évalué en moyenne à 82,5% « très satisfait » ce qui est un score supérieur de 5% points 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%.

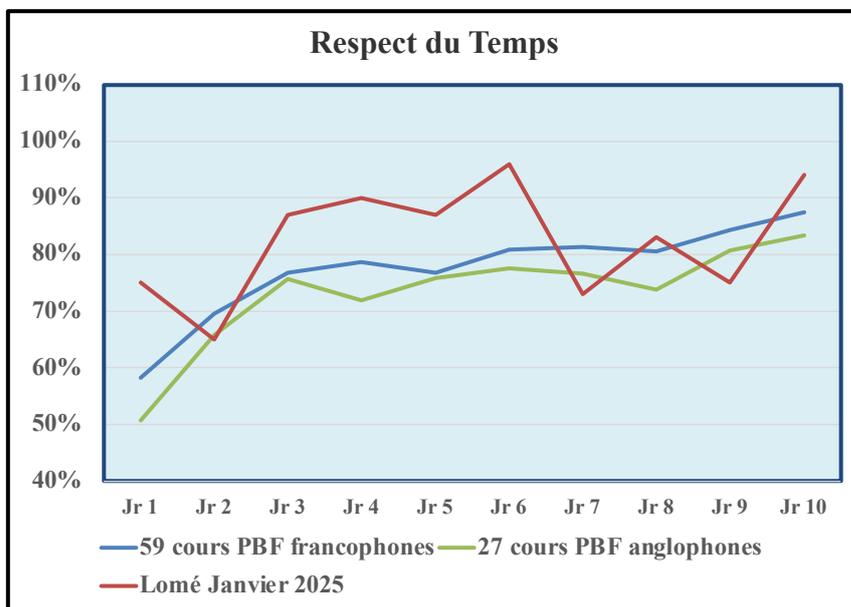


Figure 4 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *Respect du temps*.

6. EVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS

Le vendredi 24 janvier 2025, les participants au cours ont réalisé l'évaluation finale du cours à l'aide d'un questionnaire qui a permis d'obtenir les impressions et suggestions d'amélioration.

6.1 Préparation et impression générale sur le cours

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

- La question « *J'ai été suffisamment informé des objectifs du séminaire* » a été évaluée à 96%. Cela est supérieur de 7 points par rapport à la moyenne des autres cours FBP francophones et 20 points supérieurs par rapport aux cours anglophones.
- La question « *Le programme a répondu à mes attentes* » a été évaluée à 100% (15 points supérieurs par rapport à la moyenne des autres cours FBP francophones et anglophones).
- La question « *Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles* » a été évaluée à 96% (c'est-à-dire 7 points supérieurs à 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 était trop courte, et 64% ont dit que la durée du cours était 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 sur 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 aux cours francophones précédents (72%) et de sept (7) points inférieurs aux cours anglophones précédents (78%).
2. La *distribution du matériel pédagogique* a été évaluée à 96% ; ce qui est de 13 points supérieurs à la moyenne des cours francophones précédents avec un score moyen de 83%.
3. La *salle de formation* a obtenu un score de 91%. Ce score est de 21 point supérieur par rapport aux 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 de 11 points inférieurs aux cours précédents francophones et 29 points inférieurs au l'hôtel du cours FBP à Mombasa, Kenya.
5. Les participants ont évalué *l'accueil par les facilitateurs et l'Hôtel* à 83%. Cela était de 5 points inférieurs par rapport aux autres cours francophones et 9 points inférieurs par rapport aux cours anglophones.
6. La *restauration* a obtenu un score de 26% qui est 37 points inférieur aux autres cours FBP francophones qui ont eu une moyenne de 63%.
7. La qualité du *transport* a été évaluée à 86% ce qui est de 19 points supérieurs à la moyenne des autres cours francophones de 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 sur l'organisation de la formation.

6.4 Méthodologie et contenu du cours

- La méthodologie et le contenu du cours étaient évalués sur 5 indicateurs avec un score moyen de 92,8%. Cela est de 10,5 points supérieurs aux cours francophones précédents.
- La question « *Le contenu des modules FBP m'a aidé à atteindre mes objectifs* » a été évaluée à 93% (10 points supérieurs à 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 d'onze points supérieurs par rapport aux 57 cours francophones précédents.
- La question « *Est-ce que l'équilibre entre les cours et les exercices était bonne* » a été évaluée à 81% (12 points supérieurs à la moyenne des autres cours FBP francophones).
- La question « *Est ce que l'interaction et les échanges dans les groupes de travail était bonne* » a été évaluée à 96% (ce qui est 7 points supérieur à 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 sur la méthodologie et le contenu du cours.

6.5 La conduite du cours et la facilitation

- Concernant la facilitation, 78% des participants ont donné le score très satisfait pour *l'esprit ouvert des facilitateurs* ; ce qui est 5% inférieur aux scores des autres cours francophones et 3% supérieur aux cours anglophones.
- 65% des participants ont pensé que le temps pour les *travaux des groupes* était suffisant ce qui est de trois points supérieurs aux autres cours FBP francophones et de 13 points inférieurs aux autres cours FBP anglophones.
- Une proportion de 70% des participants a dit qu'ils étaient très satisfaits du *temps imparti pour les discussions* ; ce qui est de 5 points inférieurs aux 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 concernant 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 lavabo) (5x)
- Diversifier les repas (4 x)
- Trop de bruits 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
- Hôtel est très loin du centre-ville.
- Intensifier les exercices pratiques
- Effectuer les travaux de groupe en journée pour permettre aux participants de réviser en soirée.
- Améliorer la gestion des débats.
- Augmenter la durée de la formation.
- Discussions trop longues et focalisées ;
- Adapter le cours en fonction des 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' ACTIONS 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 termes de coût-efficacité. Les ressources allouées ne sont pas utilisées de manière optimale, ce qui entraîne une faible performance 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 grande 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
- **Enfant complètement vacciné 67,4%** (ECVN 2023-2024).

Pour relever ces défis, le gouvernement a déployé depuis plusieurs années des efforts en termes de constructions d'infrastructures sanitaires, d'équipements biomédicaux, de moyens logistiques, de formation, de mobilisation du personnel qualifié. Le gouvernement a également mobilisé de l'argent pour la gratuité des soins chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes, les césariennes, les handicapés.

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 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 vérifications/contrôles dans toutes les formations sanitaires publiques et privées sous contrat et qui offrent des prestations de qualité de façon équitable.

A ce titre il est impératif dans le processus de la 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 de contrôle de suivi et de la vérification en matière de FBF.

7.1.3 Context du FBP au Niger

Pendant, ces investissements cités ci-haut n'ont pas donné des résultats attendus. Dans ce contexte, l'approche Financement Basé sur la Performance (FBP) a été proposée comme solution appropriée pour reformer 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 expérimenté à titre pilote dans le district sanitaire de Boboye. Les résultats de l'évaluation de ce test pilote a 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 la mise en œuvre il a été mise en place une Cellule Technique National (CTN), le recrutement d'un consultant FBR, 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 fort taux de mortalité maternelle.

Sur le plan institutionnel et organisationnel du FBR :

- L'encrage 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 il y a aussi des insuffisances comme un manque de la séparation des fonctions, les principes qui régissent le contrat, les modalités de paiement des avances, etc.

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

Les différents problèmes sanitaire cités ci-haut peuvent être résolue 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 à travers la motivation des acteurs.

7.1.6 Score de faisabilité

Dans ce paragraphe, le groupe de travail a comparé le programme FBP de Niger avec les 23 critères des meilleures pratiques et principes qui sont identifiés dans le livre du cours FBP. Ce travail était fait par tous les 20 participants du Niger au cours et pour cela nous ne répétons pas ce tableau dans le plan d'action des groupes de 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 réalisé 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 des sérieux problèmes avec le montage institutionnel et les meilleures pratiques du FBP au Niger. Des sérieux efforts doivent être exécuté pour augmenter ce score vers 80%.

7.1.7 Hypothèses fatales (HF)

Une hypothèse fatale consiste d'une condition ou il faut douter dans quel mesure le projet est fiable et doit continuer d'être effectué.

Il existe aussi au moins 3 hypothèses fatales.

- Le budget FBP est très insuffisant avec seulement USD 0.59 par personne par an au lieu de USD 4. La solution est de sélectionner seulement quelques districts sanitaires dans chaque région avec le but d'avoir un budget de US 4.00 par population cible par an.
- Les FOSA dépendent pour leur approvisionnement en intrants des systèmes centraux de distribution.
- Les FOSA ne sont pas autorisées de vendre des médicaments qui dans d'autres pays Africains est la source principale des recettes. Ces recettes facilitent le recrutement du personnel, l'achat des médicaments et équipements, les réhabilitations et de créer une réserve de fonctionnement. Le bénéfice qui reste, est donné au personnel en 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 le districts sanitaires FBP : a. l'autonomie de gestion des FOSA avec le droit de l'achat des médicaments auprès des grossistes accrédités par le gouvernement opérant en compétition ; b. la libéralisation de marché pour autoriser les FOSA de vendre des médicaments après consultation avec 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. Tous 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 clé 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 de Niger

Le Niger, pays sahélien d'Afrique de l'Ouest, est marqué par des défis significatifs 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 des stigmates d'un financement insuffisant, d'une gouvernance limitée et d'une couverture inégale des services. Les principales lacunes comprennent :

- Ressources financières limitées, ce qui limite 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 entrave la qualité des soins.

7.2.2 Context FBP au Niger

Face à ce défi, le Niger a obtenu le financement du projet LAFIA IYALI qui vise l'amélioration de 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 introduit au projet comme une réponse stratégique à ces défis, dans le but 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 les services en mettant un accent particulier sur le résultat 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 l'implémentation 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 injectées dans le cadre des projets de développement afin d'avoir un impact important dans 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 de gros investissements réalisés. Afin de rationaliser l'utilisation des ressources et pérenniser les acquis, il a été jugé nécessaire de recourir au FBP qui se focalise sur le paiement des résultats.

7.2.4 Analyse des problèmes UGP

- **L'UGP n'est pas sous contrat FBP** : en conformité avec le 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** : En conformité 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 maîtrise pas l'approche FBP. Pour y arriver, le projet doit prendre les dispositions nécessaires pour assurer leur formation.
- **Déroptions au manuel FBP** : le manuel FBP devrait avoir des dérogations pour 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 inférieure à la norme minimale de pureté qui est de 80%. Il existe également des hypothèses fatales qui sont décrit 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 SADOUS OUSSEINI

- DRSP/P/AS MARADI

Mr MOHAMADOU YOUSSEU TCHANGA

- SPIS 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 termes 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 des services de santé s'est améliorée notamment par la construction des centres de santé et les stratégies de sortie foraines et mobiles.

Malgré ces progrès, d'importants défis sont à relever afin de permettre un accès à des soins de santé de qualité. Il s'agit du renforcement des mesures visant à mobiliser non seulement les ressources financières et humaines en faveur de la santé, mais aussi motiver tous les acteurs à travers 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 recherché ;
- L'analyse des Résultats obtenus n'est pas en rapport avec le cout ;
- Les ressources sont limitées ;
- Insuffisance de qualité des services.

Objectifs du Plan d'Action Annuel

- Rehausser la couverture sanitaire qui est de 50% de 10 points/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 par ce 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) ;
- 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 de Niger montre un très faible score de 40%. Cela signifie qu'il faut encore faire plusieurs changements dans le montage du programme FBR au Niger pour le rendre fiable pour obtenir une plus grande possibilité 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 de 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 CSME dans l'approche FBP.
- Libéraliser le secteur pharmaceutique
- Libéraliser les tarifs de recouvrement des couts ;
- Permettre la vente des médicaments dans les structures et les achetés 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 est caractérisé par une croissance démographique élevée. 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 handicapé par la faible accessibilité financière des soins. 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) taux d'utilisation des services curatifs en 2019 est de 44%, (ii) la proportion des accouchements assistés par un 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 de 51,3 ‰ en 2015. (ENISED-2015).

L'offre des soins et 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 est caractérisé par l'affectation des ressources à l'aide de normes, souvent sans contrôle de la qualité (Meissen, 2017). Cette traditionnelle approche d'achat passif présente de nombreuses faiblesses en raison de problèmes tels que ses faibles rapports coût-bénéfice et 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 connu une baisse 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 reste encore très préoccupant et de nombreux défis doivent être relevés.

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'enregistrer des résultats mais qui sont loin d'être à la hauteur des objectifs.

A titre d'exemples, 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 2017 et 2021 la situation épidémiologique, s'est caractérisée par l'apparition des 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. Les malnutritions seraient un facteur contribuant à 43% de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans⁶ affectant 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 est caractérisé 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 avec 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 et les Services Techniques régionaux et communaux. La population est estimée 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) avec 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 d'input et sur fond de soins de santé primaires et de recouvrement des coûts. La bonne couverture vaccinale pour tous les antigènes n'a pas dédouané la population à 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 à 50 % en 2024 avec un taux de mortalité maternelle et périnatal 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-maitrise 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 du fait d'une insuffisance cruciale en personnel qualifiés dans toutes les structures sanitaires.

Les soins de qualité sont également affectés par insuffisance d'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 le non-remboursement de la gratuité d'autre part.

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

7.4.5 Score de faisabilité

L'analyse du scan de faisabilité donne 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 universités.
- Modifier certaines dispositions réglementaires (arrêtés, 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 enclavé, 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%) résident en milieu rural. La densité de la population est de 17,4 habitants / km².

Depuis 2012, le pays vit une crise socio - politico-sécuritaire sans précédent caractérisée par l'insécurité grandissante et l'instabilité politique avec leurs corollaires de déplacement massif des populations, l'inaccessibilité aux soins de santé de qualité, 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 concerne la mortalité néonatale, 67% des naissances ont lieu dans un établissement de santé. La mortalité maternelle reste l'une des plus élevée 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 de planification familiale sont de 24% parmi les femmes en âge de procréer. Le paludisme ou la fièvre constituait la principale pathologie dont souffrait la population malienne avec 64,4 %.

La prévalence nationale pour le 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 liées au 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 en charge de la santé au Mali, le nombre de cas de tuberculose notifiés en 2023 était de 8266 cas contre 7897 cas en 2022. Environ 1900 malades sont de la tranche d'âge de 25 à 44 ans. 85% de ces malades ont suivi avec succès le traitement des six mois.

Selon les résultats de l'enquête SMART 2022, environ plus d'un (1) enfant sur cinq (5) est atteint de retard de croissance (21,9%), quatre (4) enfants sur cinq (5) soit 82% 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 et 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 généré 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 : faible autonomie des FOSA (niveau Communautaire) est caractérisé par la mauvaise gestion des CSCom qui engendre le plus souvent des conflits compromettant le bon fonctionnement des centres ce qui privent, 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 au niveau de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) reste insuffisante. Ce monopole du marché est la cause 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 dans la santé moins de 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'infrastructure d'équipement, la rupture fréquente de médicaments et intrants et la faible qualité des soins et services de santé produits.
- 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 en ressources humaines et peu motivées, l'insuffisance d'infrastructure d'équipement, la rupture fréquente de médicaments et intrants.

Cette situation est aggravée par la crise politico-sécuritaire avec une insécurité persistante rendant l'accès aux services difficile dans certaines régions du pays (nord et centre surtout) avec son corolaire de personnes déplacées et de fermeture de structures de santé.

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

OUI, le FBP permet d'améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, adolescente et 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 des services de soins de qualité comme la rupture 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 de données et la supervision, 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 appropriation des concepts clés par les acteurs ;
- Le FBP fonctionne bien dans un contexte d'insécurité comme le cas de Djenné pour permettre la réouverture de FOSA fermées ou endommagées (le système de santé devient plus résilient).

7.5.4 Contexte du FBP au Mali

La mise en œuvre du FBR (FBP) au Mali est survenue dans un contexte marqué par une situation plus alarmante en ce qui concerne les indicateurs liés à la Santé Maternelle et Infantile. Pour faire face à ces problèmes suscités, 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 : IDA 34 millions USD et 3 millions USD du GFF et 29.4 millions de dollars US des Pays-Bas.

Pour accélérer la réalisation des objectifs de développement durable, et à 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, Vue 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 d'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.

A cet effet, au cours des quatre dernières années, ce sont 2 257 formations sanitaires qui sont engagées dans des contrats de performance pour offrir des soins de qualité à nos concitoyens, *y compris dans les zones d'insécurité, et précisément grâce à l'approche FBR*. Ces formations sanitaires incluent des CSCom, des cliniques privées, des sites ASC, des Maternités et des CSRéf. Outre les 697 nouveaux bâtiments construits et 265 autres bâtiments rénovés ou réhabilités, le PACSU a permis d'équiper 104 CSCom en laboratoire d'analyse et de recruter 337 personnels qualifiés dont des médecins, des sage-femmes, des infirmières obstétriciennes, des techniciens de labos etc. Le PACSU a permis également 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 à 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 et nutritionnelle est une initiative transformatrice qui permettra de capitaliser les résultats et les acquis des interventions basées sur le FBR dans l'optique non seulement de les consolider mais aussi dans une perspective de mise 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 inefficent.

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 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 des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	4	RAS	RAS
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2	RAS	RAS

Les 23 critères de pureté d'un programme FBP	Points dispo	Points donnés	Problèmes identifiés	Solutions
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépendent toutes les recettes et non seulement les subsides 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 permis de mettre 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 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 améliorer la contribution financière directe du gouvernement malien à la mise en œuvre du FBP afin d'assurer une pérennité.
- Le sous financement des indicateurs des structures en zone d'insécurité est une difficulté majeure.

7.5.6 Recommandations

Afin de contribuer positivement à la mise en œuvre de l'approche FBP dans notre pays, nous faisons ces 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 aux subventions accordées aux collectivités pour le financement des activités de santé en ligne FBP (création de ligne FBP- FOSA).

A la CTN FBP

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

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 du Mali, la mise en œuvre de l'approche FBP a permis d'améliorer les indicateurs, la prise en charge des indigents, le ratio 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 avec le changement de paradigme. Elle a aussi permis l'efficience dans 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 contrat de performance à la DGSHP, et L'ANAES ...) constituera une base solide pour le projet ARISE.

7.5.9 District de Djenné

Le district de Djenné (population 335.306 hbts) connaît une situation d'insécurité depuis 2016. Le FBR a mis en œuvre du mois 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), 1 PCA dans le district ont obtenu un contrat (avec 96 sous contractants) 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 chéquiers. Avant le FBP, les membres volontaires d'ASACO étaient les seules signataires, qui étaient la source de beaucoup de conflits.

- La mise en œuvre du FBP a permis aux CSCom d'éviter les ruptures de médicaments du paniers (possibilité de s'approvisionner auprès des grossistes agréés) et les CSCom connaissent mieux leurs besoins. A travers la concurrence entre les distributeurs de médicaments, le dépôt répartiteur était forcé de diminuer leur prix de médicaments et d'assurer une bonne disponibilité de stock de médicaments et surtout d'appliquer l'objectif du dernier kilomètre.
- Les primes trimestriels ont été payés au personnel afin d'améliorer les subsides et la qualité des soins et 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 personnel qualifié avant FBR 2022, 53% et avec FBR en 2023, 79% et
 2. taux de CPN 4 en 2022 33,5%e et avec FBR en 2023 61,3% ;
- Taux d'abandon entre la première dose Penta 1 et le dernier dose VAR1 (enfants complètement vacciné) diminué de 8%, avant FBP et 4% pendant FBP ;
- Les taux d'abandon et perdu de vue des enfants pour la vaccination, malnutris, consultation prénatale ont diminué de façon drastique avec la mise en œuvre du FBR avec l'indicateur payant du « suivi des abandons ».

Plusieurs investissements/réalisation ont été faits à travers les BAQ et les 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 dans 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 régional de Sikasso et est limité par : Ouellessebougou, Yanfolila, Kolondièba, Diola, Sikasso, Koulikoro, et Côte d'Ivoire. Il compte 25 communes dont 1 commune urbaine et 24 rurales.

La superficie : 20 029 km². Population en 2023 : 711 999, CSCOM fonctionnels 45, CSCOM tenus par un Médecin : 8, nombre de site ASC : 146, nombre de cabinet médical : 12, nombre de clinique médicale : 1, nombre officine pharmacie : 11.

La mise en œuvre du FBR dans le district sanitaire de Bougouni et 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 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 caractérisé par la mauvaise gestion des CSCOM qui engendre le plus souvent des conflits compromettant le bon fonctionnement des centres ce qui privent, 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 d'infrastructure d'équipement, la rupture fréquente de médicaments et intrants et la faible qualité des soins et services de santé produits.

Au niveau de l'aire de santé :

Les taux de la CPN4 en 2023% est de 5,4% contre 1,38% en 2024 et le taux d'accouchement par personnel qualifié en 2023 est de 37,05% contre 35,51% 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 Benin - 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 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 pour 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 sur la base de leurs performances, la quantité et la qualité des prestations de soins de santé rendues à la population. Il s'agira notamment d'augmenter 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 fournir 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 cheminé parallèlement avec le modèle dit « modèle de la CTB » sous 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 la santé maternelle et néonataux seront utilisés pour mesurer les résultats du projet, tout en espérant que le projet aura aussi un impact sur d'autres indicateurs de santé.

Le projet, démarré en 2011, a connu un arrêt à la fin du premier trimestre 2017.

7.6.2 Analyse des problèmes lié à l'arrêt du FBP au Benin

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 fondé le financement du 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

Aussi le Fond Mondial a assuré la mise en œuvre du FBR dans 21 ZS comptant une population de 5 878 731. Le FM a payé comme subsides 5 979 561 777. Le cout de production revient à 509 Fcfa par tête d'habitant soit environ un \$ 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 qu'a été initié l'instauration des subsides en faveur des formations sanitaires privées libérales. Longtemps ignoré, ce secteur a eu du mal à connaître le FBR. Cette initiative a eu du mal à se mettre en route à cause de l'érection de critères d'éligibilité extrêmement sélectifs qui excluaient un grand nombre des FS privées candidates. La conformation aux réglementations d'installation et d'exercice en clientèle privée en vigueur a pris le pas sur la priorité à donner à la mobilisation des cibles que sont les enfants de moins de cinq ans et femmes enceintes. Cette œuvre était également confrontée au manque d'habitude et de volonté des acteurs du secteur public à collaborer avec ceux du secteur privé. Ceci explique le grand retard mis avant de démarrer cette initiative seulement en 2016. Un démarrage timide au T1 2016, qui s'est arrêté au T2 2016 avec seulement 20 742 013 Fcfa de subsides versés.

C. Insuffisance d'arguments pour la pérennité du projet.

A l'avènement du régime actuel au Bénin, les gouvernants n'ont pas eu des arguments convaincants qui auraient pu leur faire prendre la décision de la poursuite du FBR. Mieux ils ne comprenaient pas comment il fallait payer des primes de performance à des agents qui ont déjà un salaire 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 utilise aussi le décaissement des ressources lié 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.
- Si c'est possible de démarrer une initiative de recherche dans la zone sanitaire Abomey Calavi SO-Ava, avec une introduction de primes de performance dans les formations sanitaires privées. Cela serait un élément de plus pour faire un bon plaidoyer pour la reprise du PBF après la fin du PforR. A 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 de ENABEL ayant piloté le FBR, les responsables du PRPSS)
- Développer la stratégie de mise en œuvre du FBR dans le secteur sanitaire privé.
- A 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