REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail-Justice-Solidarité
MINISTERE DE LA SANTE

République de GUINEE

Rapport du 74ème cours FBR

(Financement Basée sur les Résultats)

Du 10 au 22 Septembre 2018 à Coyah, Guinée

Les 47 participants du cours à Coyah

Version Finale 290918

Robert SOETERS
Abdoulaye KABA
Fodé Badara CONTE
Mohamed CAMARA
Ismael BALDE

CONTENU DU RAPPORT

1. RESUME DU 74EME COURS FBR ET RECOMMANDATIONS 4
1.1 CONTEXTE 4
1.1.1 But et objectifs du cours FBR 5
1.1.2 Les points forts identifies par les participants pour l'introduction du FBR 5
1.1.3 Analyse des problèmes par les participants du système de santé en Guinée 5
1.2 RECOMMANDATIONS DU COURS 6
1.2.1 Pour le Ministère de la Santé 6
1.2.2 Recommandations aux DRS et DPS, SERACCO, DMR et Collectivités Locales 9
1.2.3 Recommandations aux partenaires techniques et financiers 9
1.3 RECOMMANDATIONS DES GROUPES SPECIFIQUES DU COURS FBR DE COYAH 9
1.3.1 Groupe des hôpitaux 9
1.3.2 Groupe du niveau central 10
1.3.3 Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) 10
1.3.4 Groupe de KfW 10
1.4 ÉVALUATION DU COURS FBR A COYAH PAR LES PARTICIPANTS 11

2. SUMMARY IN ENGLISH OF THE 74TH RBF COURSE IN GUINEA 12
2.1 CONTEXT 12
2.1.1 Aim and objectives of the RBF course 13
2.1.2 Participant's analysis of the strengths for introducing FBR in Guinea 13
2.1.3 Participants' analysis of the problems of the health system in Guinea 13
2.2 RECOMMENDATIONS OF THE COURSE 14
2.2.1 For the Ministry of Health 14
2.2.2 For the regional and district authorities 15
2.2.3 For the technical and financial partners 15
2.3 RECOMMENDATIONS FROM SPECIFIC GROUPS IN THE RBF COURSE 16
2.3.1 Hospitals group 16
2.3.2 Central level group 16
2.3.3 Central Guinea Pharmacy (PCG) 16
2.3.4 KfW Group 17
2.4 EVALUATION OF THE RBF COURSE IN COYAH BY THE PARTICIPANTS 17

3. INTRODUCTION DU COURS FBR DE COYAH 18
3.1 HISTOIRE DES COURS FBR 18
3.2 OBJECTIFS DU COURS 18
3.3 METHODOLOGIE DU COURS 18
3.4 LA LISTE DES PARTICIPANTS ET DES FACILITATEURS 19
3.5 LES RESULTATS DU TEST FINAL 20

4. DEROULEMENT DU 74EME COURS FBR DE COHAY 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 COMMENT LES PARTICIPANTS APPRECIENT L'ORGANISATION DE LA FORMATION 29
6.4 METHODOLOGIE ET CONTENU DU COURS 30
6.5 COMMENT LES PARTICIPANTS APPRECIENT LA CONDUITE DU COURS ET LA FACILITATION 31
6.6 APPRECIATION PAR MODULE 31
6.7 REMARQUES SPECIFIQUES DES PARTICIPANTS 32

7. PLANS D'ACTION DES PAYS REPRESENTES PENDANT LE COURS FBR 34
7.1 GROUPE DES HOPITAUX 34
7.1.1 Analyse des problèmes des hôpitaux en Guinée 34

7.1.2 Est-ce que le FBR est une solution ? Scan de faisabilité *34*
7.1.3 Scan de faisabilité FBR *34*
7.1.4 Activités prévues par les directeurs des hôpitaux *36*
7.1.5 Recommandations *36*
7.1.6 Plan d'action opérationnel de six mois des hôpitaux DE *37*
7.2 NIVEAU CENTRAL 37
7.2.1 Contexte *37*
7.2.2 Principaux problèmes *38*
7.2.3 Analyse de faisabilité *38*
7.2.4 Plan d'action du groupe central *39*
7.2.5 Stratégies *39*
7.2.6 Activités prévues *40*
7.2.7 Plan d'action *40*
7.3 PHARMACIE CENTRALE DE GUINEE 42
7.4 GROUPE DE KFW 42
7.4.1 Présentation *42*
7.4.2 Informations sur la région de Kindia *43*
7.4.3 Information sur le projet FBR de KfW *44*
7.4.4 Score de faisabilité et commentaires *44*
7.4.5 Les problèmes *45*
7.4.6 Recommandations *46*
7.4.7 Plan d'action projet KfW *46*
7.5 GROUPE DRS FARANAH – REGION DE LABE 47
7.5.1 Contexte *47*
7.5.2 Justification pour le FBR *47*
7.5.3 Plan d'action DRS Faranah *48*
7.6 GROUPE DRS BOKE 49
7.6.1 Contexte et justification *49*
7.6.2 Scan de faisabilité *50*
7.6.3 L'analyse de la situation : *51*
7.6.4 Plan d'action *51*
7.6.5 Recommandations *52*
7.7 GROUPE DPS DE TELIMELE 52
7.7.1 Contexte *52*
7.7.2 Le District sanitaire de Télimélé : *53*
7.7.3 Analyse de la situation sanitaire du district *54*
7.7.4 Forces et faiblesses du montage FBR en Guinée *54*
7.7.5 Score de faisabilité / hypothèses fatales *54*
7.7.6 Problèmes identifiés du montage FBR *55*
7.7.7 Stratégies de résolution/ négociation des problèmes identifiés *55*
7.7.8 Recommandations *55*
7.7.9 Plan d'action *56*
7.8 DRS KANKAN 56
7.8.1 Contexte *56*
7.9 DRS LABE 58
7.9.1 Contexte *58*
7.9.2 Justification *59*
7.9.3 Objectifs du plan *59*
7.9.4 Plan d'action *60*

1. RESUME du 74ème COURS FBR et RECOMMANDATIONS

Le présent rapport rend compte du déroulement du 74ème cours international RBF tenu à Coyah en Guinée du 10 au 22 septembre 2018. Il y avait 43 participants gouvernementaux des niveaux central, régional et de district, trois représentants des partenaires et un représentant du secteur privé. Il y avait 31 fonctionnaires du Ministère de la santé, huit du Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation et trois du Ministère des finances.

L'impact du 74ème cours RBF s'est reflété dans la bonne qualité des plans d'action des groupes (voir le présent rapport). Le score moyen de prétest était de 32% ce que signifie un progrès de 30% par rapport au posttest de 62%. Les trois participants suivants ont obtenu la « mention favorable » pour leur test final avec un score de 83% :

- Dr Ahmed Sekou Tidiane BARRY — Ministère de Santé – DNESH
- Dr Moussa SOUMAH — Ministère de Santé – SNAS
- Dr Houssainatou BAH — DPS Dubreka

1.1 Contexte

Pour répondre aux besoins sanitaires de la population, le Ministère de la santé a expérimenté par le passé plusieurs approches visant à améliorer la qualité et l'efficience des services de santé en Guinée. Malgré ces efforts, l'analyse de la situation des soins de santé révèle que de graves problèmes de qualité et d'efficience persistent.

La qualité médiocre et l'inefficacité ont donc été au centre des préoccupations du Plan National de Développement de la Santé (PNDS) 2015-2024 et le Ministère de la Santé a identifié le financement basé sur les résultats comme une approche de réforme importante.

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

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

C'est dans ce contexte que le ministère de la Santé, en collaboration avec ses partenaires comme la Banque mondiale, KfW et GIZ, a organisé le *premier* cours international RBF en Guinée.

1.1.1 But et objectifs du cours FBR

Le **but** du cours est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en offrant des paquets d'activités de qualité d'une manière efficiente qui soit aussi (financièrement) accessibles pour la population.

Les objectifs du cours

- Comprendre ce que les marchés de santé font bien, mais aussi leurs défaillances, comment les corriger en appliquant des instruments fondés sur les mécanismes de marché;
- Atteindre une masse critique d'acteurs qui adhèrent au FBR et qui remettent en cause le système traditionnel d'input.
- Maîtriser les théories FBR, les meilleures pratiques et les outils pertinents pour sa mise en œuvre ;
- Développer les aptitudes et les attitudes pour pouvoir créer le changement.

1.1.2 Les points forts identifies par les participants pour l'introduction du FBR

- Le Ministère a développé des initiatives de développement d'une approche unique du FBR sous leur leadership ;
- Une bonne volonté politique avec l'adoption du FBR comme intervention prioritaire du PNDS 2015-2024. Cette volonté est illustrée par la présence du Ministre d'État de la Santé à la clôture du 74e cours FBR le 22 septembre 2018 à Coyah le Dr Edouard Niankoye LAMA ainsi que le Secrétaire Générale du Ministère de la santé, le Dr Sekou CONDE et le Représentant de l'OMS Dr Georges Alfred KI-ZERBO ;
- Un intérêt manifeste des partenaires.

1.1.3 Analyse des problèmes par les participants du système de santé en Guinée

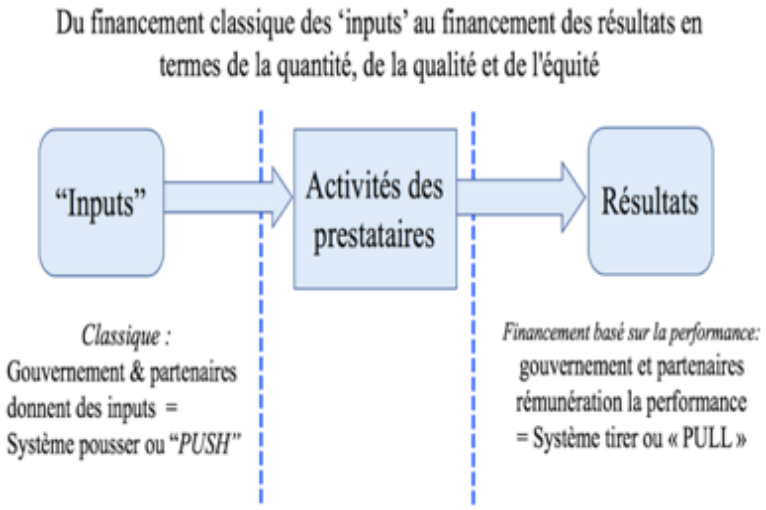
- La Cellule Technique Nationale FBR n'a pas encore été mise en place ;
- Les structures de santé privées ne sont pas encore intégrés dans le système de santé national et ne reçoivent pas le même soutien que les structures de santé publics ;
- Il n'y a pas encore une bonne séparation des fonctions, en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

Les problèmes ci-dessus ont conduit les participants du niveau central à constater que, dans la situation actuelle, le score de faisabilité du FBR n'était que de 28% ou 14 points sur 50. Le résultat souhaité du score pour un programme de FBR réussi devrait être de 80% ou plus. Les participants ont donc conclu que des améliorations significatives devaient encore être apportées dans le montage du nouveau programme pilote FBR en Guinée.

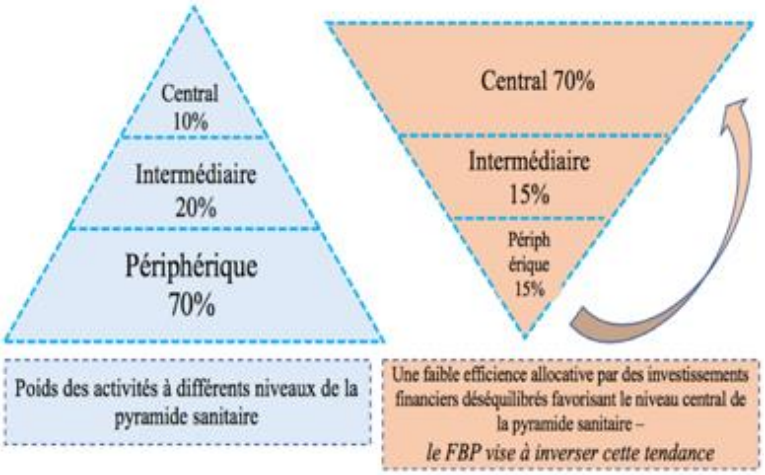
1.2 Recommandations du cours

1.2.1 Pour le Ministère de la Santé

1. Changer le paradigme « input » qui signifie l'achat centralisé des intrants par celui du paradigme « outputs » ou « performance » ce qui signifie qu'on contractualise, vérification et un payement pour des résultats et de la performance déjà réalisés. On trouve ce changement de paradigme dans l'illustration suivante d'aller de « push (pousser) vers pull (tirer) ».



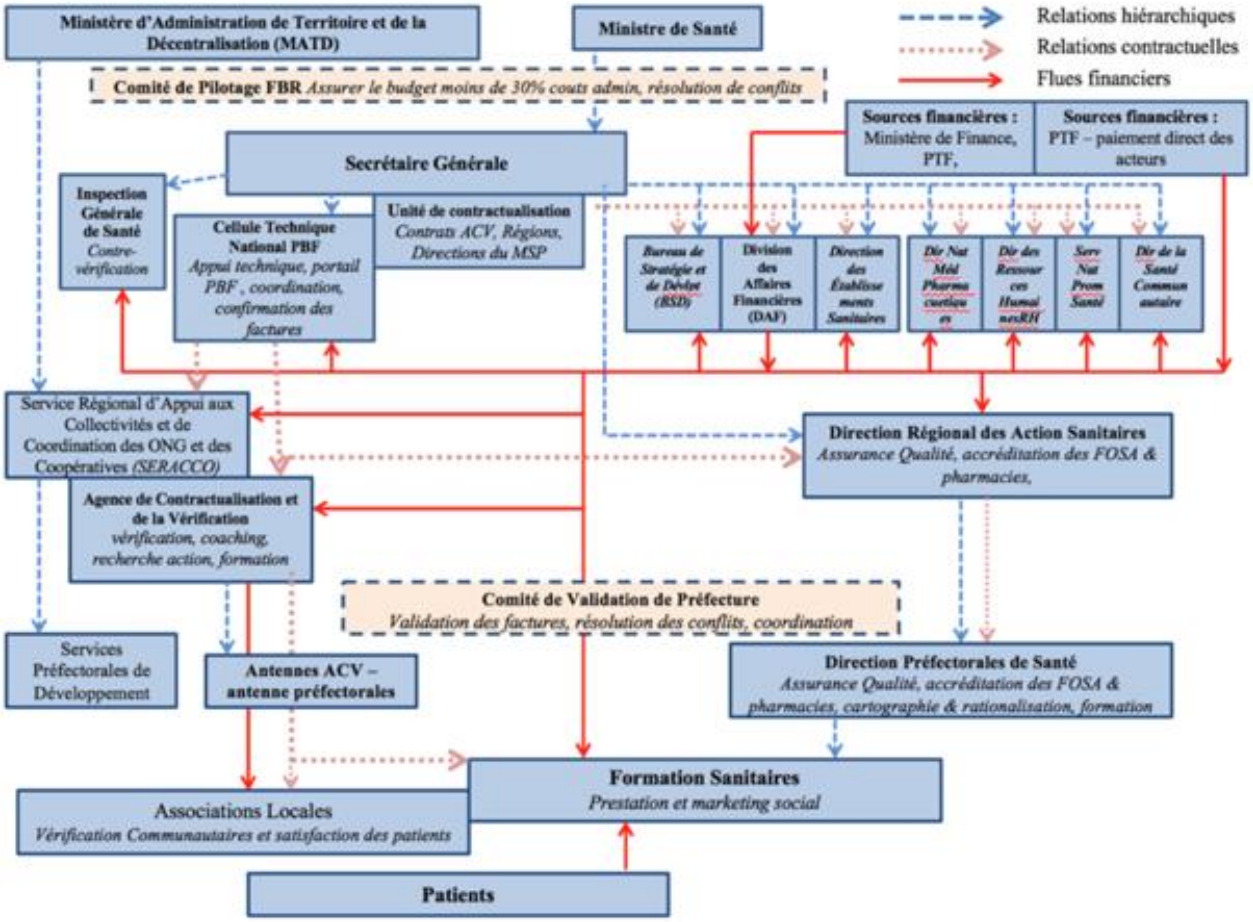
2. Injecter au moins 70% du budget public disponible du gouvernement et des partenaires directement dans les structures décentralisées (les CDS, les hôpitaux et les communautés). Cette approche est plus efficiente à travers de la connaissance supérieure des acteurs économiques décentralisés de l'offre de soins sur leurs besoins ainsi que l'importance pour créer des effets économiques multiplicateurs pour la croissance économique et la création de l'emploi dans l'économie locale du pays. Ce changement de paradigme est d'inverser la tendance de centraliser les décisions d'allocation des ressources. Il est illustré dans la figure suivante.



3. Créer d'urgence la Cellule Technique Nationale FBR intégrée au Ministère de la santé.
4. La pérennisation de l'approche FBR à travers un montage des ACV Régionales dans des structures déjà existantes (SERACCO-Service Régional d'Appui de Contrôle et de la Coordination des ONG, SPD-Service Préfectoral de Développement). Lors du cours FBR nous avons discuté une possibilité de montage institutionnel qui pourrait réunir les critères

d'appropriation du FBR par le gouvernement et les Ministères concernés comme notamment aussi le Ministère d'Administration Territoriale et de la Décentralisation. Il faut signaler que les contrats entre la CTN-FBR et les Agences de Contractualisation et de la Vérification Régionales pourraient se faire sous la coordination directe des structures décentralisées comme celui de SERACCO. Ainsi les contrats ne nécessitent pas des appels d'offre internationales qui ont tendance à durer pendant des mois voir l'année, qui ne sont pas appropriés par les acteurs locaux et de retarder l'introduction du FBR. Cependant lors des discussions, il est également ressortie qu'il existe à courte terme déjà des initiatives de certains PTF à introduire le FBR dans certains régions tel que la KfW et qu'il fallait tenir compte des engagements pris dans le cadre de la mise en œuvre des projets/programmes finances par les PTF.

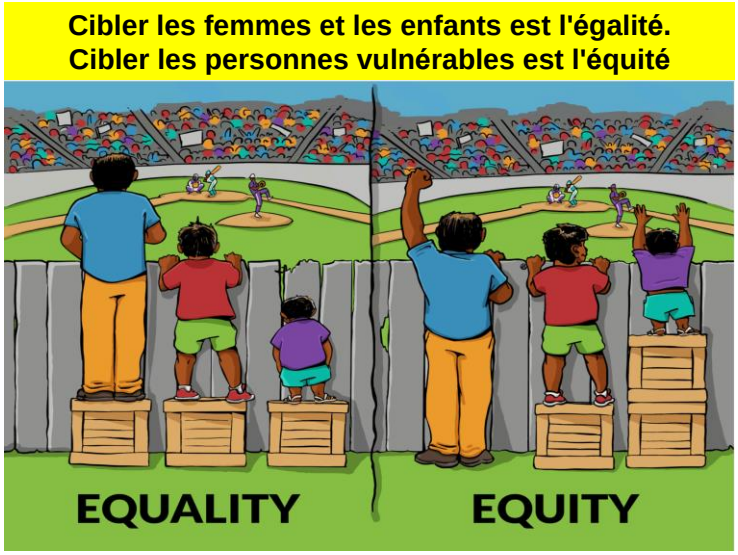
La figure suivante illustre les fruits des discussions pendant le cours.



5. L'importance de l'intégration du secteur privé et leur meilleur accompagnement dans le système de santé. Cette importance est illustrée par le constat que par exemple la Préfecture de Coyah a seulement six structures publiques et plus de 110 structures privées. Cela signifie que la majorité des contacts de santé sont réalisée par le secteur privé. L'enjeu est que le régulateur devrait mieux réguler et accréditer les structures de santé du secteur privé. Les ACV régionales peuvent offrir des contrats de performance aux structures privées qui sont capables de rendre les paquets d'activités au niveau primaire et secondaire de qualité qui respecte les normes définis par le Ministère de Santé. Ainsi les prestataires privés devraient avoir la même opportunité d'obtenir des contrats FBR que les prestataires publics.

6. Les autorités de régulation au niveau des préfectures devraient faire annuellement la cartographie et le découpage en unités (zone de responsabilité) pour une population cible d'entre 5000 (rural) et 14000 (urbain) pour le niveau primaire (CS) et 150 - 250 000 pour les hôpitaux de première référence.
7. Associer des organisations communautaires dans la mise en œuvre du FBR. Dans le FBR cela implique le financement des indicateurs communautaires comme ceux de la visite à domicile, l'identification des vulnérables, l'identification des malnutris et le suivi des abandons.
8. Accorder l'autonomie de gestion aux structures sanitaires pour l'achat des intrants, la gestion des ressources humaines et la tarification. Ces préalables du FBP nécessitent des dérogations vis-à-vis de certains textes pour les zones FBR.
9. Assurer la motivation et la fidélisation du personnel surtout en zone rurale à travers des primes de performance variables.
10. Appliquer les instruments d'équité en FBR :
    a. Des subsides élevés pour les *biens publics, externalités positives,* comme la planification familiale, la vaccination, la prévention de la transmission de tuberculose ou de la maladie à virus Ebola.
    b. Les subsides, pour les services curatifs, qui réduisent les tarifs du recouvrement de coûts. comme le traitement du paludisme, des Insuffisances Respiratoires Aiguës (IRA), de la diarrhée, du diabète, etc. Cela donne un signal pour que les prestataires publics et privés baissent leurs prix.
    c. *Les bonus régionaux, ou de district* qui corrigent la différence entre les régions et districts pauvres et riches.
    d. *Les bonus des structures* qui corrigent les différences entre les FOSA.
    e. Les fonds *d'équité individuels*. ce qui permet aux prestataires d'exempter ces patients de paiements directs.
    f. Subsides élevés pour le curatif *en cas de crises*. Les subsides plus élevés pour les établissements de santé qui sont dans des situations d'urgence humanitaire ou naturelle afin qu'ils puissent exempter une grande proportion de la population des paiements directs.

L'image suivant illustre la différence entre l'égalité qui bénéfice tout le monde inclusivement les fortunés (= gratuité générale) et l'équité ou la gratuité ciblée qui bénéficient surtout ceux qui sont vulnérables. L'approche FBR vise surtout le concept d'équité comme expliqué dans les six instruments équité FBR ci-haut.



11. La nécessité d'avoir un manuel de procédures national du FBR unique pour le Ministère de la santé et non des manuels de procédures des projets des différents partenaires. Bien sûr, cela n'exclut pas que chaque partenaire aura son manuel de procédures qui spécifie les aspects spécifiques opérationnels ;
12. Trouver des financements de l'État pour le FBR à travers la transformation des lignes existantes de la Loi de Finances.

1.2.2 Recommandations aux DRS et DPS, SERACCO, DMR et Collectivités Locales

13. Trouver le financement pour la poursuite de l'expérience de FBR dans le district sanitaire Mamou (GIZ?) ;
14. Commencer dès le retour à préparer les responsables administratifs, élus locaux, société civile, prestataires de santé à la mise en place du FBR dans les districts et régions de la phase pilote;
15. Faire la cartographie des structures publiques et privées ;
16. Faire le plaidoyer en faveur du FBR au niveau des autorités gouvernorats / communales / communautaires et organisations de la société civile pour leur participation effective ;
17. Susciter/stimuler la création d'associations locales dans les zones qui n'en disposent pas ;
18. Appuyer les districts sanitaires dans le processus de mise en place du FBR.

1.2.3 Recommandations aux partenaires techniques et financiers

19. Changer la pratique de subvention basée sur les inputs par celle basée sur les outputs ;
20. Soutenir l'extension de la mise en place du financement basé sur les résultats dans d'autres régions et préfectures du pays ;
21. Réaffecter la totalité du budget de la composante infrastructure et équipements à la composante FBR (KFW).

1.3 Recommandations des groupes spécifiques du cours FBR de Coyah

1.3.1 Groupe des hôpitaux

- Le gouvernement et les PTF doivent allouer un budget FBR à hauteur d'au moins 4 USD par habitant et par an ;
- Faire le recrutement des ACV ;
- Prendre les dispositions institutionnelles requises au niveau central comprenant les procédures de vérification, de validation et de paiement à l'échelle nationale des subsides FBR et commencer à négocier pour que les meilleures pratiques de réforme du FBR remplacent les lois et procédures en vigueur dans les structures de santé du FBR ;
- Revoir les indicateurs FBR des hôpitaux qui sont adaptées aux orientations internationales ;
- Le groupe des hôpitaux propose de restituer les résultats du cours FBR aux autorités préfectorales et au personnel des hôpitaux ;
- Initier le système FBR à partir des recettes propres des hôpitaux en utilisant l'outil indice du FBR ;
- Assurer la perception de toutes les recettes de recouvrement de l'hôpital au bureau des entrées et faire les versements à la banque ;
- Utiliser rationnellement les Bonus d'Amélioration de Qualité ou des unités d'investissement pour l'amélioration de l'infrastructure et de l'équipement des hôpitaux.

1.3.2 Groupe du niveau central

- Intégrer le FBR dans l'ordre du jour du prochain comité technique de coordination (CTC) et des partenaires ;
- Favoriser l'adoption de la stratégie de financement basé sur les résultats dans le système de santé guinéen par les autorités compétentes comme les directions du ministère, au conseil de cabinet et à la réunion de cabinet de Ministre ;
- Élaborer le projet de texte relatif à la mise en place de l'organe national de coordination de l'assurance qualité et actualise des normes de l'offre de soins. Cela inclut d'identifier, valider et disséminer les paquets de soins (PMA et PCA) ;
- Planifier la mise en place d'un cadre de concertation avec le secteur privé ;
- Planifier l'intégration des structures du secteur privé lucratif et non lucratif dans le système d'information et le suivi de la qualité des prestations ;
- Planifier la révision des normes et standards de l'offre de soins et les indicateurs quantitatifs et qualitatifs ;
- Planifier l'organisation de l'évaluation par les pairs des hôpitaux.

1.3.3 Pharmacie Centrale de Guinée (PCG)

- Élaboration du rapport de la participation du Chef de service des Ressources Humaines à la 74ème formation sur le FBR. Présenter ce rapport à tous les cadres de PCG ;
- Sensibiliser pour le FBR en organisant des échanges avec des collègues ;
- Proposer une équipe technique pour l'élaboration des outils FBR/PCG ;
- Élaborer un plan de business FBR – PCG
- Faire un plaidoyer de financement auprès des PTFs pour l'intégration du système FBR dans les activités de la PCG et des autorités de la régulation du marché pharmaceutique.

1.3.4 Groupe de KfW

Les régions de Kindia et Boké sont éligibles au Projet « Promotion de la santé reproductive et familiale » financé par le KfW qui concerne le financement d'un programme d'amélioration de l'offre et d'augmentation de la demande des services de Santé Reproductive avec trois composantes : 1. Infrastructure (réhabilitation, extension et équipement) ; 2. Paiement basé sur les resultats (Results based financing = FBR) et ; 3. Communication, sensibilisation et distribution à base communautaire.

Les problèmes :

- Le projet KFW a trois composantes avec des budgets différents. Le coût de la composante FBR n'atteint pas 4 $US par habitant et par an, mais seulement 1,30 $US au niveau de la zone du projet ;
- Les FOSA et les autorités ne sont pas informées et sensibilisées sur le PBF ;
- Le personnel n'est pas formé sur le FBR ;
- La cartographie et le découpage des aires de santé ne sont pas réalisés ;
- Les stratégies du partenariat public-privé ne sont pas encore inclut dans le montage du projet.

Recommandations :

Scénario 1: Réaffecter la composante budgétaire unde KfW pour les infrastructures / équipements à la deuxième composante du FBR en modifiant la stratégie pour toutes les composantes du financement d'input centralisé au financement décentralisé basé sur les performances.

Scénario 2: Réduisez la zone de couverture. Sélectionnez une population de manière à ce que le budget annuel par habitant soit de 4,00 USD. Cela pourrait entraîner le choix de deux districts dans les deux régions.

Scénario 3: Mettre au point une approche commune associant le gouvernement et les différents partenaires afin de garantir que, dans les zones FBR, tous les indicateurs seront incités et que le budget atteint au moins 4,00 USD par personne et par an. Tenez compte de tous les indicateurs de résultat du paquet minimum de santé et du paquet complémentaire de santé au lieu de concentrer uniquement sur la santé de la reproduction. Ceci pour éviter que le projet KfW ne devienne un programme vertical au détriment des indicateurs non-incités. Créer une structure qui intègre la contribution de tous les donateurs (CTN-FBR). Mettez au niveau de SERACCO régional une structure d'État durable, l'ACV plutôt que l'AGFA.

1.4 Évaluation du cours FBR à Coyah par les participants

Les évaluations journalières de la formation ont connu un score moyen de 78%. Les scores pour les critères « facilitation », « participation » et « respect du temps » étaient supérieurs aux 41 cours francophones précédents avec respectivement 4,5%, 8,4% et 12,8%. La préparation et la méthodologie du cours étaient considérées par les participants comme très bonnes. Quant à la durée du cours, elle a été considérée trop court par la moitié des participants et surtout pour le travail des groupes comme celui de l'outil indices. Pour le prochain cours il faut donner plus d'attention aux participants du Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation.

Le critère organisation était évalué à 43%, ce qui est 31% inférieure par rapport aux cours précédents. Cette faible évaluation pour l'organisation est liée aux mauvaises conditions d'hébergement des participants au niveau des quatre hôtels, des multiples problèmes avec les repas et la mauvaise qualité des services des hôtels. Les gestionnaires des hôtels n'étaient pas également ouverts pour des suggestions d'amélioration et pour cela nous n'avons pas pu améliorer les services lors du déroulement du cours. Plusieurs participants nous ont conseillé de chercher un autre hôtel s'il y a lieu d'organiser le cours en Guinée en 2019.

2. SUMMARY in ENGLISH of the 74th RBF COURSE in Guinea

This is the report on the 74th International RBF course held in Coyah in Guinea from the 10th to the 22nd of September 2018. There were 43 government participants from the central, regional and district levels, three representatives of partners organizations and one representative from the private sector. There were 31 civil servants from the Ministry of Health, 8 from the Ministry of Territorial Administration and Decentralization and three from the Ministry of Finance.

The impact of the 74th RBF course has been reflected in the good quality of the group action plans (see this report). The average pretest score was 32% and the post-test score was 62% which means a 30% improvement. Three participants obtained a favorable mention for their final test with a score of 83% :

- Dr. Ahmed Sekou Tidiane BARRY	Ministry of Health - DNESH
- Dr Moussa SOUMAH	Ministry of Health - SNAS
- Dr. Houssainatou BAH	District Health Directorate Dubreka

2.1 Context

To meet the health needs of the population, the Ministry of Health has experimented in the past with several approaches to improve the quality and efficiency of the health services. Despite these efforts the analysis of the health care situation reveals that severe quality and efficiency problems continue.

Poor quality and inefficiency was therefore placed at the center of concerns in the National Health Development Plan 2015 – 2024 and the Ministry of Health identified results-based financing prominently as an important reform approach. The first experience in Guinea with RBF was implemented in the Mamou's region during the 2016-2018 pre-pilot project that covered 19 health facilities. It was supported by various partner organizations, including the NGO Health Focus, KIT Amsterdam, HDP Rwanda, World Bank and GIZ. The results were encouraging with : a. A substantial increase in the number of primary curative consultations in the RBF health facilities compared to the period before ; b. A significant increase in the number of referral and counter-referrals between health centers and the regional hospital and ; c. A considerable improvement in the quality score of the health facilities.

On the basis of these results and also the promising results in other countries such as Burundi, Rwanda, Cameroun, Zimbabwe and DRC, the government is moving towards a more robust pilot phase in four regions covering in total around 2-4 million inhabitants. During this pilot phase it will be decided in how far RBF will become the national policy in Guinea.

It is in this context that the Ministry of Health in collaboration with its partners the World Bank, KfW and GIZ have organized the first international RBF course in Guinea.

2.1.1 Aim and objectives of the RBF course

The **aim** of the course is to contribute to improving the health status of the population by offering health packages of good quality in an efficient way that is also (financially) accessible for the population.

The objectives of the course

- Understand what health markets do well, but also where health markets fail and how to correct them by applying market-based instruments ;
- Reach a critical mass of actors who adhere to the RBF reforms and who understand the limitations of the traditional input system ;
- Master the RBF theories, best practices and the tools for its implementation;
- Develop the right skills and attitudes to promote change.

2.1.2 Participant's analysis of the strengths for introducing FBR in Guinea

- The Ministry of Health has developed initiatives to develop a unique RBF approach under their leadership ;
- There is favorable political climate for the adoption of the RBF approach as a priority intervention of the National Health Development Plan (PNDS) 2015-2024. This willingness was clearly illustrated by the presence of the Minister of State of Health Dr. Edouard Niankoye LAMA at the closure of the 74th FBR course on September 22, 2018 in Coyah. He was seconded by the Secretary General of the Ministry of Health, Dr. Sekou CONDE and the WHO Representative Dr. Georges Alfred KI-ZERBO;
- There exists a unique interest of the development partners to promote RBF ;

2.1.3 Participants' analysis of the problems of the health system in Guinea

- The national PBF Unit has not yet been put into place ;
- Private health facilities are not yet been integrated into the national health system and do not receive the same support compared to government health facilities ;
- There is not yet the separation of functions, in particular of the regulatory authorities from health provision, contract development and verification, payment and consumer voice empowerment ;
- The central input planning and distribution system is still in place.
- There is an inefficient monopolist system for the purchase of inputs by government and partners through the Central Medical Stores of Guinea to the detriment of other suppliers ;
- There is still limited autonomy of government health facilities of where to buy inputs, human resource management and the setting of tariffs ;
- The RBF funding for the KfW and Bank financed RBF program are too low compared to the intended target population with less than $ 4 per person per year ;
- There is the centralized recruitment of government health facility staff leading to a unequal distribution of qualified staff to rural areas ;
- There are several initiatives of generalized free health care that are not effective instead of applying the targeted RBF free health care instruments.

The above problems resulted that the participants from the central level during the course found that in the current situation the RBF feasibility score was only 28% or 14 points out of 50. The desired score for an successful RBF program should be 80% or more. The participants therefore concluded that significant improvements must still be implemented in the design of the new RBF pilot program in Guinea.

2.2 Recommendations of the course

2.2.1 For the Ministry of Health

1. Change the paradigm of the centralized paying for "inputs" towards the paradigm of paying for "outputs" or “performance”.
2. Inject at least 70% of the public budget available from the government and partners directly into the decentralized structures (health centers, hospitals and communities). This approach is more efficient as the result of the superior knowledge of the local economic actors of supply on their needs. Injecting money in the periphery will also create economic multiplier effects of economic growth and the creation of the employment. This paradigm shift is to reverse the trend of centralizing resource allocation decisions.
3. Create urgently the national RBF Unit embedded in the Ministry of Health.
4. Promote the long-term sustainability of the RBF approach through the creation of regional Contract Development and Verification (CDV) Agencies embedded in already existing organizations such as the decentralized structures of the Ministry of Territorial Administration and Decentralization (SERACCO at regional level and the SPD at prefectural level). It should be noted that the contracts between the national RBF Unit and the Regional CDV Agencies could be done under the direct coordination of the decentralized structures such as SERACCO. Such contracts *do not require international tenders* that tend to delay implementation for months or even years. Such institutional arrangements will also be more acceptable for the authorities as it builds on existing organizations and they will be lower cost solutions than recruiting international organizations. However, during the discussions, it was also noted that there were already convention signed by some partners such as KfW with the government. These specific institutional set-up should be respected at the short-term while they can change gradually towards a better harmonized approach at the mid-term.
5. Integrate private sector health facilities into the RBF contracting mechanisms and make use of their comparative advantages. This is illustrated by the finding that for example in the semi-urban District of Coyah with 360 000 people, there are only six government health facilities and more than 110 private ones. The regulator should play its role of quality assurance and accreditation instead of ignoring the private sector. The regional CDV Agencies can offer performance contracts both to government and private health facilities able to deliver high quality primary and secondary health package services that meet the standards set by the Ministry of Health. Thus private providers should have the same opportunity to obtain RBF contracts as public providers.
6. District regulators should map and subdivide each year the district health map into catchment areas at primary level for target populations of between 5000 (rural) and 14000 (urban) people. At first referral or hospital level they should subdivide the health map into catchment areas of between 100 000 and 250 000 target population.
7. Involve community organizations in the implementation of RBF. In the RBF reforms, this involves the funding of community indicators such as home visits following a protocol, the identification of the vulnerable, the identification of the malnourished, and identifying the drop outs for example of tuberculosis treatment, immunization.
8. Allow health facilities to have a large degree of autonomy to buy their inputs, to recruit their human resources and to set their tariffs. These prerequisites for the successful implementation of RBF require that the RBF health facilities must be exempted from certain existing texts or laws.
9. Ensure motivation and retention of staff especially in rural areas through district and health facility specific higher subsidies so that these health facilities can provide more attractive performance bonuses to staff willing to work in remote areas.

10. Apply targeted free health care instead of generalized free health care by introducing the following RBF equity instruments:
    a. Provide high subsidies for public goods and positive externalities, such as family planning, vaccination, prevention of TB transmission or Ebola virus disease.
    b. Provide modest subsidies for curative services with the aim to slightly reduce the tariffs for patients to be treated for common diseases such as malaria, acute respiratory infections (ARI), diarrhea, diabetes, etc. This subsidy has the effect of providing a signal towards public and private providers to lower their prices.
    c. Introduce regional, and district equity bonuses that correct the differences in vulnerability between regions and districts.
    d. Provide health facility specific equity bonuses that correct the differences in vulnerability between health facilities.
    e. Provide individual equity bonuses with the aim to exempt vulnerable people or groups from fee paying. This allows health facilities to choose which patients to exempt from direct payments. Yet, there should be a ceiling for the proportion of patients that can be exempted.
    f. Provide a higher ceiling of up to 100% for patients to be exempted from fee paying in case of humanitarian or natural emergencies. This means that health facilities will be reimbursed with a higher subsidy for each patient that was exempted.
11. Develop only one national RBF manual endorsed by the Ministry of Health and not several RBF manual produced for the different donor programs. Yet, this does not exclude that partners will develop their own manual for their specific procedures and operational aspects ;
12. Transform existing government lines into RBF budget lines in the Finance Law.

2.2.2 For the regional and district authorities

13. Find funding for the continuation of the RBF pilot experiment in the Mamou Health District (GIZ?);
14. Start upon return at the office to prepare the administrative officials, local elected officials, civil society, health providers for the establishment of RBF in the regions and districts ;
15. Start the process of mapping and rationalizing public and private structures in the future RBF areas ;
16. Advocate for RBF at the level of the governorate / communal / community authorities and civil society organizations for their effective participation in the RBF reforms ;
17. Stimulate the creation of local associations in areas that do not have them ;
18. Support health districts in the process of setting up their RBF programs.

2.2.3 For the technical and financial partners

19. Change the input-based policies towards output and results based policies ;
20. Support the extension of the implementation of results-based financing in other regions and districts in the country ;
21. Reallocate all or part of the centralized infrastructure and equipment component budget towards the RBF component (KFW).

2.3 Recommendations from specific groups in the RBF Course

2.3.1 Hospitals group

- Government and partners should allocate for the RBF pilot interventions at least USD 4 per capita per year ;
- Recruit the regional CDV Agencies ;
- Make the required institutional arrangements at the central level that includes the verification, validation and payment procedures nationwide and start negotiating that the RBF reform best practices replace existing laws and procedures in the RBF health facilities ;
- Review the hospital RBF indicators so that they are adapted to international orientations ;
- Share the main findings and recommendations of the RBF course with the district authorities and hospital staff ;
- Start using the RBF indices management tool system for the already existing hospital revenues ;
- Ensure that all revenues from user fee payment are collected at one point in the hospitals and that they are deposited into the commercial bank account of the hospitals ;
- Use the Quality Improvement Bonus or Investment Unit bonus to improve the infrastructure and equipment of the hospitals.

2.3.2 Central level group

- Put RBF on the agenda of the next Technical Coordinating Committee (CTC) and meetings with partners organizations ;
- Promote the adoption of the results-based financing in the Guinean health system among the relevant authorities such as the directorates of the Ministry, the cabinet council and the Minister's cabinet meeting ;
- Develop the draft text for the establishment of the national quality assurance coordination body and update the standards for health care delivery for the quantitative and qualitative indicators. This includes to identify, validate and disseminate the care packages at primary (MPA) and first referral level (CPA) ;
- Plan the establishment of a consultation framework with the private sector ;
- Plan the integration of the structures of the lucrative and non-profit private sector in the information system and the monitoring of the quality of services
- Plan the organization of the hospital peer reviews.

2.3.3 Central Guinea Pharmacy (PCG)

- Prepare the course report by the Head of Human Resources Department PCG of the 74th RBF training in Coyah. Present this report to all the PCG executives ;
- Create awareness about RBF by organizing exchanges with colleagues ;
- Propose a technical team for the development of the RBF - PCG tools;
- Develop a business plan for RBF in PCG
- Make a funding plea to partners for the integration of the RBF system in the activities of the PCG and regulatory authorities for the pharmaceutical market.

2.3.4 KfW Group

The regions of Kindia and Boké are eligible for the KfW-funded Project "Promotion of Reproductive and Family Health", which aims to improve the supply and the increase in demand for Reproductive Health services. This project has three components : 1. Infrastructure (rehabilitation, extension and equipment); 2. Results Based Financing (RBF) and; 3. Communication, outreach and community-based distribution.

Problems :

- The KFW project has three components with different budgets. The available budget for the RBF component is only US $ 1.30 for the target population of 2.1 million and does not reach the US $ 4 per capita per year such as recommended ;
- Health facilities and authorities are not yet informed, sensitized and trained in RBF ;
- Mapping and rationalization of health facility catchment areas is not done ;
- Public-private partnership mechanisms are insufficiently build in the project design.

Recommendations:

Scenario 1: Reallocate the KfW budget component for infrastructure / equipment towards the second RBF component by change the strategy *for all components* from centralized input financing towards decentralized performance financing.

Scenario 2: Reduce the coverage area. Select a population in such a way that the per capita budget per year is USD 4.00. This could result in the choice of two districts in both regions.

Scenario 3 : Develop a common basket approach by allying government and different donors in assuring that in the RBF areas all indicators will be incentivized and that the budget reaches at least USD 4,00 per person per year. Take into account all output indicators of the Minimum Health Package and Complementary Health Package instead of only concentrating on reproductive health. This to avoid that the KfW project becomes a vertical program at the detriment of the non-incentivized indicators. This would require to create a structure that integrates the contribution of all donors (national RBF Unit). Put at the level of SERACCO a sustainable state structure, the CDV agency instead of the AGFA.

2.4 Evaluation of the RBF course in Coyah by the participants

The daily evaluations of the course had an average score of 78%. The scores for "facilitation", "participation" and "time keeping" were higher than the 41 previous francophone courses, with respectively 4.5%, 8.4% and 12.8%. The preparation and methodology of the course were considered by the participants as very good. As for the duration of the course, it was considered too short by half of the participants and especially the time for the working groups was considered too short such as for the indices management tool. For the next course, more attention should be paid to the participants of the Ministry of Territorial Administration and Decentralization.

The organization was evaluated extremely poor by the participants with only 43%, which is 31% below the average of the previous francophone courses. This poor evaluation was due to inadequate accommodation of the participants in the four hotels, multiple problems with meals and in general the poor quality of hotel services. The hotel managers were not open to suggestions for improvement and we could therefore not improve the services during the course. Several participants advised us to look for another hotel in case there will be another course in Guinea in 2019.

3. INTRODUCTION du COURS FBR de COYAH

3.1 Histoire des cours FBR

Le premier cours FBR a eu lieu en République Démocratique du Congo en 2007. Ce premier cours et quelques autres cours FBR francophones ont été possibles grâce au financement régulier de Cordaid Pays Bas et la collaboration de plusieurs organisations comme l'AAP Sud Kivu et HDP Rwanda. Plus récemment le BEST-SD de Bénin, le BASP96 de Burkina et le FRPS de Littoral de Cameroun ont organisé entre eux au moins 25 cours FBR. 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 FBR a été édité en 2009 et est continuellement mis à jour. À ce jour, presque 2300 participants ont pris part à ces cours et la plupart sont devenus des défenseurs du FBR dans leurs pays.

Le FBR attire l'attention dans le monde entier. Il constitue une bonne voie pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durables et la Couverture Sanitaire Universelle. Le FBR s'éloigne des idées traditionnelles existantes du système sanitaire, ce qui entraine 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.

3.2 Objectifs du cours

Le cours FBR 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 FBR différent des paradigmes des Soins de Santé Primaires ou de l'Initiative de Bamako. Les ressources pour atteindre les objectifs sociaux sont *rares* 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 FBR en position d'entrepreneurs sociaux plaidant pour la justice sociale.

En effet, l'objectif du FBR en général, et du cours FBR 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 FBR indique comment corriger les échecs en appliquant des instruments de marché tels que les subsides, les taxes, les outils réglementaires et le marketing social.

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

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

3.3 Méthodologie du cours

La méthodologie appliquée était mixte à savoir les exposés-débats. Un accent particulier a été mis sur le fait de poser des questions aux participants auxquelles chacun pouvait répondre par technologie Turing Point. Le récapitulatif / synthèse journalier des sessions antérieures permet aux participants de fixer les points clés et essentiels des modules, des débats et des travaux de groupes. On a aussi pendant les derniers cours mis plus d'accent sur le développement des

plans d'action de chaque participant : Qu'est-ce que le participant ou la participante va faire à son retour dans son lieu de travail pour améliorer le système de santé / éducation.

3.4 La liste des participants et des facilitateurs

Le 74ème cours FBR a connu la participation de 47 personnes dont seulement 4 de sexe féminin. Sur l'ensemble des participants la majorité sont fonctionnaires du Ministère de Santé du niveau central, intermédiaire et périphérique, 3 des PTF (KfW et GIZ). Il y a avait 8 personnes qui travaillent pour le Ministère d'Administration Territoriale et de Décentralisation. Trois personnes sont des fonctionnaires du Ministère de Finances et du Budget, un du Ministère des Affaires Sociales et un représentant du secteur privé. Il y avait six (6) personnes qui travaillent dans les hôpitaux.

Tableau 1 : Liste des participants au 74ème cours FBR

Nom	Prénom	Profession	Sexe	Service	Statut	Lieu de travail
BAH	Houssainatou	médecin	f	DPS Dubreka	public	Kindia
BAH	Mamadou	administrateur	m	SPD DMR Dubreka	public	Kindia
BAH	Mamadou Houdy	médecin	m	DRS	public	Labé
BAKAYOKO	Sekou Sidaty	médecin	m	Dir Hop Préf	public	Durbreka / Kindia
BALDE	Alpha Oumar	administrateur	m	SERACCO	public	Boké
BALDE	Thierno Abdoulaye	médecin	m	DPS Mamou	public	Mamou
BANGOURA	Abubakar	médecin	m	Inst Nat Santé Enf	public	Conakry
BANGOURA	Sakamassy	Ingénieur Agr	m	SPD DMR Télimélé	public	Télimélé / Kindia
BARRY	Abdoulaye	médecin	m	DRS	public	Kindia
BARRY	Ahmed Sekou Tidiane	médecin	m	MS - DNESH	public	Conakry
BARRY	Mamadou Diouhe	médecin	m	DRS Boké	public	Boké
BARRY	Mamadou Lamarana	administrateur	m	SERACCO	public	Kindia
BARRY	Yaya 1	médecin	m	DPS Télimélé	public	Kindia
BAYO	Mouctar	médecin	m	GIZ	GIZ	Conakry
BEAVOGUI	Maurice Ony	médecin	m	Dir Hop Préf	public	Télimélé / Kindia
BERETE	Mory	médecin	m	DRS Kankan	public	Kankan
CAMARA	Ansoumane	médecin	m	DPS Mandiana	public	Kankan
CHERIF	Lamine	infirmier	m	Chef CS	public	Mamou
CONDE	Abdourahamane	administrateur	m	SPD Mandiana	public	Kankan
CONDE	Kaba	médecin	m	Dir Hop Préf	public	Mandiana/Kankan
CONDE	Kemo	statisticien	m	DPS Télimélé	public	Kindia
DIALLO	Abdourahamane	médecin	m	DPS Mamou	public	Mamou
DIALLO	Ahmadou	médecin	m	DRS Serv Comm	public	Labé
DIANE	Amara	médecin	m	Dir Hop Préf	public	Kouroussa
DIANE	Laye Karamoko	administrateur	m	PCG	public	Conakry
DIANE	Mohamed Lamine	statisticien	m	DPS Mandiana	public	Kankan
DIANE	Sogbe Mady	administrateur	m	Commune	public	Kindia
DOUKOURE	Mamady	infirmier	m	MS - DNESH	public	Conakry
DOUMBOUYA	Sory	médecin	m	DRS Faranah	public	Faranah
KAMANO	Finde Solange	médecin	m	DPS Finda	public	Boké
KEITA	Issifou	administrateur	m	Min Aff Soc	public	Conakry
KEITA	Youssouf	infirmier	m	DPS Kouroussa	public	Kankan
KOLIE	Michel	médecin	m	Clinique Fleming	privé	Coyah
KOUROUMA	Nowai Geneviève	comptable	f	MS DAF	public	Conakry
KPOGHOMOU	Youssouf	médecin	m	Dir Hop Reg	public	Kinda
MAMY	Cé Augustin	statisticien	m	DPS Kouroussa	public	Kankan
MAOMOU	Ismael	médecin	m	Hop Reg Ophta	public	Boké
MORY	Koman	administrateur	m	SPD Kouroussa	public	Kouroussa-Kankan
OULARE	Sambou	médecin	m	MS - BSD	public	Conakry
SOUMAH	Moussa	médecin	m	MS - SNAS	public	Conakry
SYLLA	Aissata M'Balia	statisticien	f	DPS Dubreka	public	Durbreka / Kindia

SYLLA	Ibrahim	administrateur	m	DRS SAF	public	Faranah
SYLLA	Mohamed Sako	médecin	m	DRS Kankan	public	Kankan
SYLLA	Sekou Sidate	médecin	m	DPS - MCM	public	Mamou
TOURE	Leonie Yvonne	médecin	f	DRS - MCM	public	Kindia
TRAORE	Mamoudou	pharmacien	m	MS - DNPM	public	Conakry
YATARA	Ousmane	médecin	m	DPS Coyah	public	Kindia
ZOUNGRANA	Damien	financier	m	GFA/Conakry	KfW	Conakry
BAH	Oumar	chef d'équipe	m	GFA/Conakry	KfW	Conakry

Tableau 1 : Liste des participants au 74ème cours FBR.

Le cours était animé par Dr Robert SOETERS de SINA Health comme facilitateur principal, Dr Abdoulaye KABA, directeur du BSD, Dr Fodé Badara CONTE, Dr Mohamed CAMARA, de Health Focus, et Dr. Ismael BALDE de Health Focus. L'administration et la logistique ont été assurées par Mme Bailaou DIALLO (RAF) Mme Salimatou DIALLO, Mme Kadiatou DIALLO, M. Facinet BANGOURA (comptable) et M. Sako I SORY (comptable) de Health Focus

3.5 Les résultats du test final

Le score moyen des 47 participants qui ont fait le test final était de 62% ce qu'était en dessous des résultats de tests des deux dernières années. Le score moyen de prétest était de 32% ce que signifie un progrès de 30% par rapport au posttest de 62%. Trois participants ont obtenu un mention avec des scores de 83%. Dix participants ont reçu un certificat de participation.

Scores	Nbr	%	Certificat
80% - 87%	3	6%	Mérite - mention
73% - 77%	11	23%	Mérite
63% - 70%	11	23%	Mérite
57% - 60%	12	26%	Mérite
0% - 53%	10	21%	Participation
TOTAL	**47**	100%	

Trois participants ont obtenu une « mention » avec un score de 83% :

Dr Moussa SOUMAH, du Ministere de Santé – SNAS
Dr Houssainatou BAH, DPS Dubreka
Dr Ahmed Sekou Tidiane BARRY Ministère de Santé – DNESH

4. DEROULEMENT du 74ème COURS FBR de Cohay

Ce chapitre présente le déroulement du 74ème cours international sur le FBR qui s'est tenu à l'Hôtel Maison Blanche de Coyah en Guinée du 10 au 22 Septembre 2018.

Le Dimanche 9 Septembre 2018 : les participants ont été accueillis et installés dans les différents complexes hôteliers par les facilitateurs avec le comité d'appui de Health Focus et les agents de l'hôtel. Les kits de travail et les pré-questionnaires leur ont été remis.

Le **Lundi 10 Septembre 2018 :** Le cours a démarré avec un mot d'accueil adressé aux participants par le Dr CONTE (Point Focal FBR au MS). Après l'ouverture officielle par Monsieur Le Conseiller Spécial du Ministre de la santé Dr M. L. Yansané, le module 1 a été lancé. Il s'agit de l'Introduction et l'Organisation du cours qui ont consisté à la présentation des participants, leurs attentes et craintes. Ensuite, les facilitateurs ont présenté le but et les objectifs, le programme, l'historique et la méthodologie du cours. Pendant les discussions, le module équité a été introduit.

L'équipe dirigeante du « village » du 74ème cours FBR a ensuite été mise en place et l'élection a conduit à l'intronisation du gouvernement constitué de la manière suivante :

- Chef de village : Dr Amara DIANE,
- Chef de village Adjoint : Dr Finda Solange Kamano
- Collecteur des taxes : Mr Mamadou Lamarana Ditinn Barry
- Berger -Time Keeper: Dr Ansoumane Camara
- Energizer: Dr Aboubacar Bangoura

Après l'introduction au cours (module 1), les participants ont passé pendant 20 minutes leur prétest. Ensuite, après la pause-café, ils se sont retrouvés en groupes – thèmes afin de réfléchir sur une série de quatre questions en lien avec la performance actuelle de leur système de santé : a. Dans quelle mesure votre système de santé est-il cout-efficace ? b. Quels sont les principaux défis et pourquoi? c. Quel défi est la priorité pour améliorer et comment ? d. Est-ce que le FBR est une solution ? Ces travaux de groupes ont ensuite donné lieu à une restitution des résultats en plénière. La journée a été clôturée par l'évaluation de la journée, l'élection du meilleur participant et la rencontre avec le groupe des cadres du niveau central (……).

La **deuxième journée Mardi 11 Septembre 2018,** a démarré avec la lecture et l'amendement du récapitulatif des travaux de la 1ème journée suivie des présentations des résultats des travaux de groupes sur l'exercice donné à la veille. Le récapitulatif des travaux de groupes a montré que les principaux défis pour que le système de santé soit coût/efficace sont la faiblesse dans la qualité des soins et des services, le monopole dans l'approvisionnement des structures de santé en médicaments, l'insuffisance d'accompagnement de la gratuité et de la motivation des agents et l'insuffisance d'intégration des structures privées.

Tous les groupes ont été favorables que le Financement Basé sur la Performance (FBP) soit une solution. Le reste de la journée a été consacré aux module 2 et 3 (Définition FBR, Meilleures Pratiques, Sujets de Changements**).** Ainsi tour à tour ont été abordés les points sur la comparaison du FBR avec les soins de santé primaire et l'Initiative de Bamako.. Après-midi le Module 4 sur les théories liées au FBR a été lancé. L'évaluation de la journée, la désignation du meilleur participant et la rencontre avec le groupe des Directeurs des Hôpitaux (Dubréka, Mandiana, Telimélé et Kindia).

La **troisième journée**, **Mercredi 12 Septembre 2018,** les travaux ont commencé par la lecture et la synthèse des travaux de la 2ème journée. Pour capitaliser les différents échanges lors

du cours et formuler des recommandations finales, une *équipe de synthèse et de recommandations de l'atelier* a été constituée avec 6 participants. Après la finalisation du Module 4 sur les Théories du FBR, le module 5 concernant la Micro-économie et l'économie de la santé a fait l'objet de la présentation et des discussions tout au long de la journée**.**
L'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant ont clôturé la journée. Dans la soirée, il y'a eu la rencontre avec le groupe des Directeurs Régionaux de la Santé (Boké, Kindia, Labé, Faranah).

La **quatrième journée**, **Jeudi 13 Septembre 2018,** a débuté par la tenue d'une minute de silence en la mémoire du décès de l'oncle d'un des participants suivie du récapitulatif de la journée précédente. Les travaux se sont ensuite poursuivis par la présentation de la suite du module 5 et le module 6 portant sur la régulation.
En effet, le module 5 axé sur l'économie de la santé a été abordé et a permis aux participants de comprendre les éléments suivants : 1. Les objectifs de l'économie sanitaire sur le plan macro et micro-économique ; 2. Les types de besoins qui sont entre autres : les besoins ressentis par les consommateurs, les besoins définis par les professionnels et les besoins non satisfaits ; A ce niveau, les discussions ont porté sur l'importance des assurances pour le partage des risques vu que les demandes de soins ne sont pas prévisibles.

L'évaluation quotidienne et le choix du meilleur participant ont mis fin aux travaux de la journée. Le soir les facilitateurs ont rencontré le groupe des Directions (DNSF, DNPM , DNP).

La **cinquième journée, Vendredi 14 Septembre 2018,** a débuté comme les précédente par la présentation du récapitulatif de la journée précédente. Ensuite il y a eu la présentation de la suite du module 6 : **Buts socio-économiques & sanitaires, Rôle des acteurs de la régulation, Contrats de performance de la régulation ; Assurance qualité**.
Les travaux ont continué avec la constitution des groupes de visites de terrain. Dix (10) groupes ont été constitués et les visites ont eu lieu dans les dix formations sanitaires suivantes :

- Groupe 1 : Centre de Santé du Km36
- Groupe 2 : Hôpital Préfectoral de Coyah
- Groupe 3 : Centre de santé Doumbouya
- Groupe 4 : Centre de Santé Fily
- Groupe 5 : Centre de Santé de Manéah
- Groupe 6 : Centre de Santé de Wonkifong
- Groupe 7 : Clinique MAZ
- Groupe 8 : Centre de santé de Kouriah
- Groupe 9 : Clinique Fleming
- Groupe 10 : Clinique de Sanoyah

Objectif de la visite de terrain: Collecter et analyser les données conformément aux termes de références définis, puis restituer les observations en plénière. Les questions à l'entrevue lors des visites de terrain étaient entre autre :

- La structure reçoit-elle des inputs (médicaments, équipements) ? Lesquels ? et de qui ?
- La structure a-t-elle une gestion autonome (achat des inputs, recrutement du personnel, définition des tarifs de recouvrement des coûts) ?
- Quelles sont les sources de financement de la structure ? Existe-t-il des paiements en espèces ? Procédures qui doivent être suivies pour obtenir un financement ?
- Calculez les recettes de la structure par an et par personne cible dans l'aire de santé. Est-ce que ces recettes excèdent $US 7.00 par personne par an pour des structures au niveau primaire et $US 20 par personne par an pour les hôpitaux ?

- Y-a-t-il une ACV dans le milieu ?
- Y-a-t-il une séparation des fonctions telles que la régulation, l'ACV, le paiement des factures, la prestation de services et le renforcement de la voix des consommateurs ?
- Selon le personnel, est-il nécessaire de développer des activités de FBR multi-secteur ? Si oui, lesquelles et pourquoi ?
- Quels sont les mécanismes utilisés pour connaître la satisfaction des patients ?
- Est-ce qu'il y a suffisamment de personnel qualifié ? Norme : 1 personnel qualifié pour 1000 habitants ?
- Est-ce que la FOSA applique un outil de gestion indices de manière à ce que le personnel soit rémunéré sur la base des différents critères de performance (responsabilité, heures additionnelles ou perdues, évaluation des performances de qualité ou individuelle, bonus d'absence d'exercice de la pratique privée) ?

Les visites dans les structures de santé étaient guidées par une liste de questions auxquelles les participants devaient trouver des réponses en discutant avec les prestataires desdits centres. A la reprise des activités à 16 h, les différents groupes ont présenté la synthèse de l'exercice.

A la lumière des différentes présentations les conclusions suivantes ont été tirées :

1. Les recettes des structures sont très faibles pour satisfaire les besoins des FOSA (moins de USD 1 au lieu de USD 7 par population cible par an) ;
2. L'adhésion totale des responsables des FOSA à l'esprit de la reforme FBR, malgré cette adhésion certains restent pessimiste pour la réussite de cette réforme ;
3. La réticence d'une structure privée à la réalisation de l'exercice visite de terrain.

L'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant ont clôturé cette 5ème journée. Le soir les facilitateurs ont rencontré le groupe des Directions Préfectorales de la Santé (Dubreka, Telimélé, Boké, Kindia, Mamou) et celui de la DNPM, DAF, SAF

La **sixième journée, Samedi 15 Septembre 2018,** a débuté par la présentation et l'amendement du récapitulatif de la 5e journée puis le compte rendu de l'entretien entre les facilitateurs et le groupe des ECD de Boké, Kindia, Mamou et le groupe 2 (Ministère des Finance et la PCG). Un débat intéressant a suivi chaque présentation. Ensuite, le module 7 (ACV/collecte de données) et le Module 9A: Développement d'un programme FBR ont été abordés. Au terme des activités de la journée, quelques propositions d'action ont été faites :

- Promouvoir la collaboration publique et privée pour favoriser l'égalité et l'équité pour mieux desservir la communauté;
- Tout mettre en œuvre pour relancer le projet de Mamou par l'obtention d'un nouveau bailleur;
- Assurer une bonne cartographie sanitaire avant le lancement des projets;
- Revoir la négociation des dérogations pour assurer une bonne autonomie des structures (achat des intrants et consommables).
- Revoir le fonctionnement les mutuelles, qui sont peu rentables pour les structures et l'adapter au FBR afin de favoriser le recouvrement des coûts des structures.
- Avoir des preuves de vos décisions par la documentation des faits pour amorcer le changement.
- Tenir compte du code de travail en vigueur dans la contractualisation des stagiaires dans le FBR.
- Faciliter la mise en place des ASLO (accréditation et accompagnement sur le terrain) par les SERACCO.

L'évaluation quotidienne et le choix du meilleur participant ont mis fin aux travaux de la journée.

La **septième journée, Dimanche 16 Septembre 2018 était une journée touristique**.
Une grande partie des participants et 2 facilitateurs ont effectués la visite du lieu touristique « Le Chien qui Fume » dans la préfecture de Dubréka. Au retour de la randonnée sur le Mont, les participants ont participé à un banquet dans le complexe hôtelier du « Chien qui fume ». Les participants ont regagné leurs logements aux environs de 16h30.

La huitième journée lundi 17 Septembre 2018, a débuté avec la présentation du rapport de la 6e journée et du compte rendu de la rencontre entre l'équipe de facilitation et les membres du groupe 1 sur le montage institutionnel. Ensuite, les débats sur l'ACV ont conduit à l'analyse de la possibilité d'implication des SERACCO et SPD dans le circuit du montage institutionnel (pour abriter les ACV régionales). Ensuite, les résultats des travaux de groupe portant sur les 23 critères de pureté d'un programme FBR ont été présentés en plénière suivi d'une simulation sur le plaidoyer en fonction des problèmes prioritaires identifies.
Après ces présentations, le module **Gestion de conflits et technique de négociation en FBR** a été présenté puis le module 12 portant sur **le choix des indicateurs output, cibles et subsides pour le paquet Minimum et Complémentaire d'Activités** a été abordé.

Pour finir, Il a été demandé aux différents groupes de traiter les Exercices N°1 et 2 (pages 174-175) sur les indicateurs et le cas pratique du centre de santé d'IBO. La journée a été clôturée par l'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant.

La neuvième journée, mardi 18 Septembre 2018, Les activités de la 9ème journée du cours international en FBR ont commencé par la lecture, l'adoption du rapport du J8 sous réserve des prises en compte des critiques et amendements. Dans le souci de permettre aux différents groupes de finaliser les exercices du J8, 45 mn supplémentaires ont été accordées á chaque groupe. Après les présentations des résultats des exercices, Le module 10 portant sur les Techniques de gestion de conflits et de négociation a été abordé. La journée s'est terminée par l'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant.

La **dixième journée, mercredi 19 Septembre 2018, les travaux,** les activités ont débuté par le récapitulatif de la 9e journée ; a suivi, la présentation du module 11 : Étude de base avant démarrage d'un programme FBR. La journée a aussi été marquée par la visite du DRS de Mamou qui a présenté des effets positifs de la phase pré pilote du FBR à Mamou et invité les participants à soutenir la mise en place du FBR dans notre pays en entrant dans le cours de l'histoire et révolutionner le système de santé en Guinée.

Après cette visite, le module 14: Plan Business a été introduit par le concept de boite noire qui ne veut pas dire manque de transparence mais autonomie de gestion. Après la pause déjeuné, le module 15 portant sur l'outil indice a été abordé. Les débats ont conduit à la proposition de faire un plaidoyer auprès des ministères en charge de l'enseignement pour instaurer l'esprit d'entreprise et d'innovation dans les curricula de formation. La journée a pris fin officiellement comme il est de coutume par l'évaluation de la journée et la désignation du meilleur participant et la lecture et amendement du manuel de procédure de KFW.

La onzième journée, jeudi 20 Septembre 2018. Les travaux de la 11ème journée ont débuté par la lecture du rapport du J10 qui, après suggestions et amendements a été adopté par l'ensemble des participants. Suite à cette lecture, le représentant de KFW a présenté les domaines d'intervention de son institution dans les régions de Boké et Kindia.
Au cours cette journée les thèmes suivant ont été présentés, il s'agit :

1. Présentation des résultats de la phase pilote FBR réalisée dans la région de Mamou

2. Poursuite de l'élaboration des plans d'action dans les travaux de groupe module outil de la boite noire ou indice

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

Vendredi 21 Septembre 2018, douzième et dernier jour du programme

Après le récapitulatif de la journée précédente, les facilitateurs ont une révision de certaines notions de microéconomie et d'économie de la santé. Enfin a suivi la présentation suivie des discussions du **module 15 « outil d'indices »**. Un exercice pratique a clôturé le module. Comme d'habitude, il y a eu l'évaluation de la journée et l'évaluation générale du cours. Les participants ont profité de l'après-midi qui était libre pour réviser les différents modules.

Samedi 22 Septembre 2018 : L'examen basé sur le test des connaissances des participants au 74ème cours international sur le FBR a commencé à 8h30. Les résultats de cet examen ont donné 37 certificats de Mérite et 10 de Participation.

La cérémonie de clôture du cours a eu place avec : 1. La correction du post test; 2. Résultats de l'évaluation globale du cours par les participants ; 3. Mots du Chef de Village; 4. Mots du facilitateur principal ; 5. Présentation de la synthèse du 74e cours; 6. Discours de clôture par le Ministre de la santé Dr Edouard Niankoye LAMA; 7. La remise des certificats 8. La photo de famille; 9. Cocktail.

Le soir, les facilitateurs se sont retrouvés pour finaliser le rapport de la formation.

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 78%. Cela est de 1,3 point inférieur à la moyenne des 41 cours précédents francophones et de 5 points inférieur à la moyenne des 23 cours anglophones précédents. Les critères « facilitation », « organisation » et « respect du temps » étaient supérieurs aux cours précédents francophones avec respectivement 4,5%, 8,4% et 12,8%. La participation était inférieure par rapport aux cours précédents avec -31,0%.

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

Évaluations journalières pendant 10 jours par les participants	Cours Anglophones (23x)	Cours Francophones (41x)	Coyah Septembre 2018	Comparaison Coyah Septembre 2018 - Cours Francophones précédents
Méthodologie et facilitation	87,4%	84,6%	89,1%	4,5%
Participation	87,5%	81,9%	90,3%	8,4%
Organisation	86,2%	73,7%	42,7%	-31,0%
Respect du temps	72,6%	75,4%	88,2%	12,8%
Score total	**83%**	**79%**	**78%**	**-1,3%**

L'aspect de **la facilitation & méthodologie** a été évalué en moyenne à 89,1% comme étant « très satisfait ». Cela est un score supérieur de 4,5% points par rapport aux 40 cours francophones précédents qui ont accusé un score moyen de 87,4%. Ce score de facilitation est satisfaisant et aussi 2% supérieur par rapport aux cours anglophones.

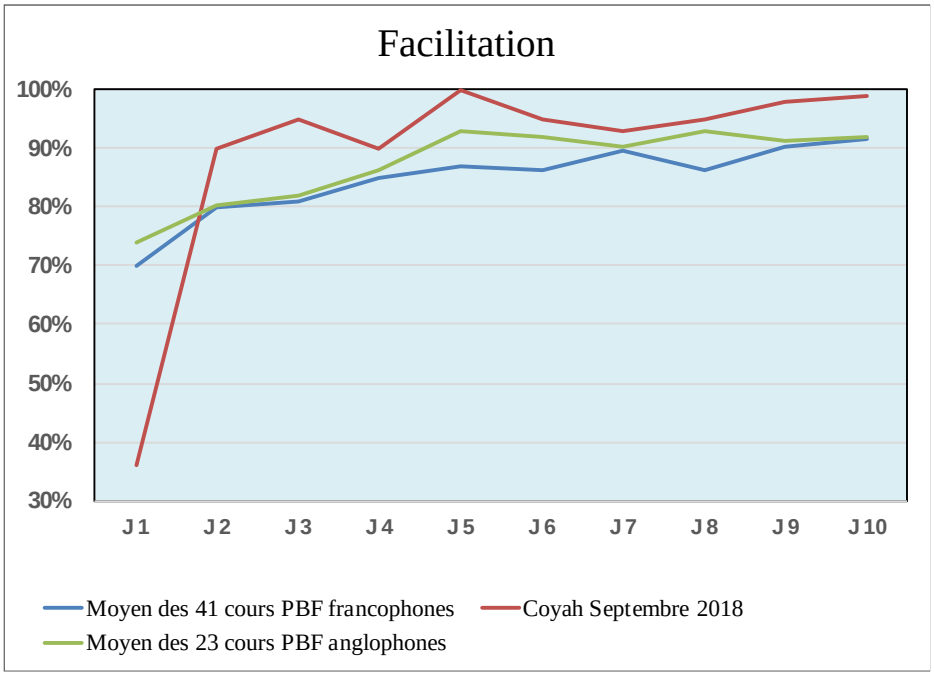


Figure 1 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *facilitation & méthodologie*

La participation a été évaluée en moyenne à 90,3% pour tous les jours ; ce qui est 8,4% *supérieur* par rapport à la moyenne des 40 cours francophones précédents qui ont connu un score moyen de 81,9% (et 3% supérieur par rapport au cours anglophones). La satisfaction avec la participation des participants a connu une pente croissante pendant le cours. Ce score est satisfaisant.

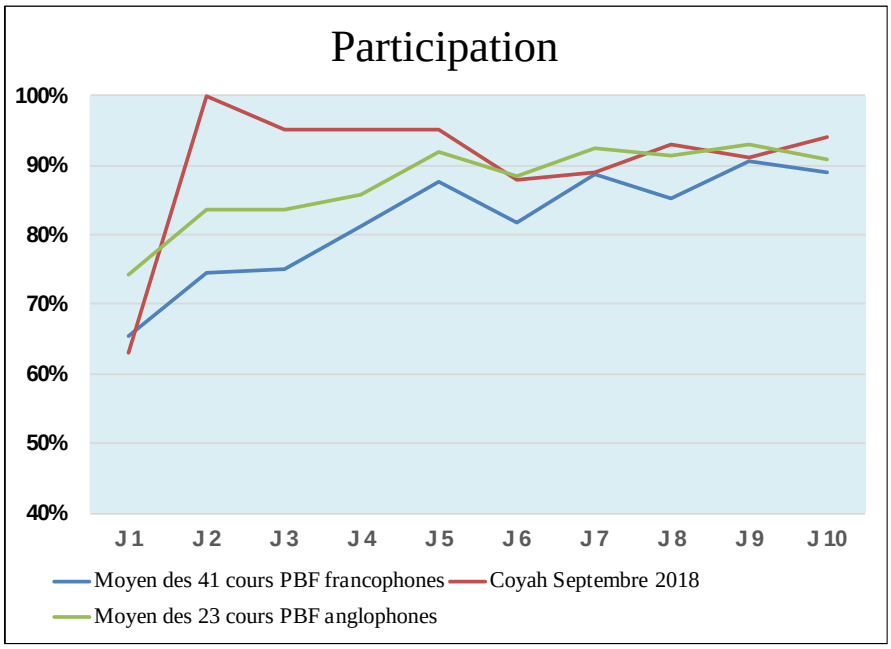


Figure 2 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *participation.*

L'organisation du cours était évaluée en moyenne à 42.7% « très satisfait » ce qui est de 31% inférieurs aux 40 cours francophones précédents avec une moyenne de 73,7% et 44% inférieurs aux cours anglophones avec une moyenne de 86%. Ce score est le pire score de tous les 74 cours FBR depuis 2007. Cette évaluation était le résultat du mauvais hébergement dans les quatre hôtels, des multiples problèmes avec les repas et la mauvaise qualité des services des hôtels. Les gestionnaires des hôtels n'étaient pas également ouverts pour des suggestions d'améliorations et pour cela nous n'avons pas pu améliorer les services lors du déroulement du cours. Nous proposions de chercher un autre hôtel pour le possible prochain cours en Guinée.

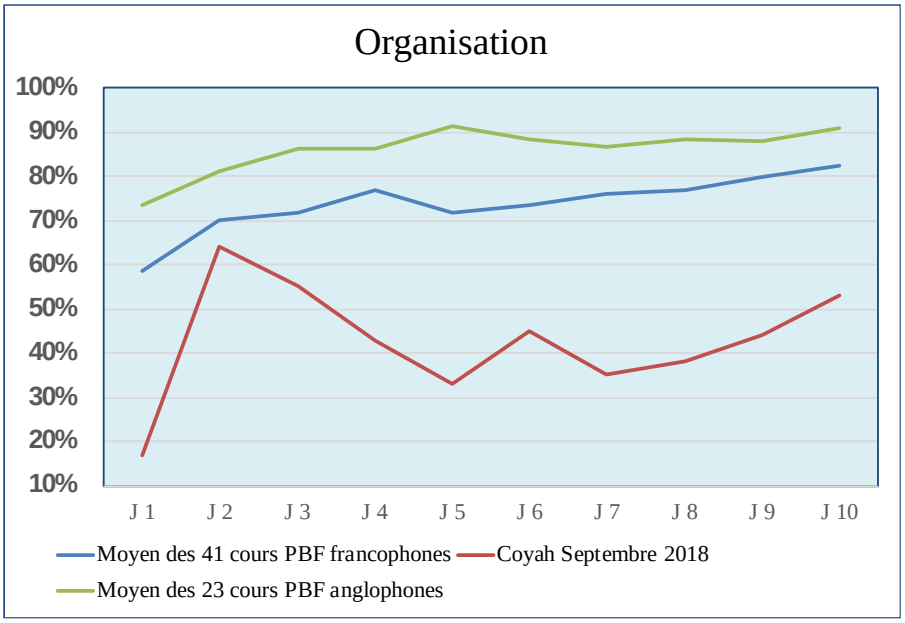


Figure 3 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *organisation.*

Le respect du temps a été évalué en moyenne à 88,2% « très satisfait » ce qui est un score supérieur de 13 points par rapport à la moyenne des autres cours francophones, qui avaient un score moyen de 75,4% et un score supérieur de 16 points par rapport à la moyenne des cours anglophones.

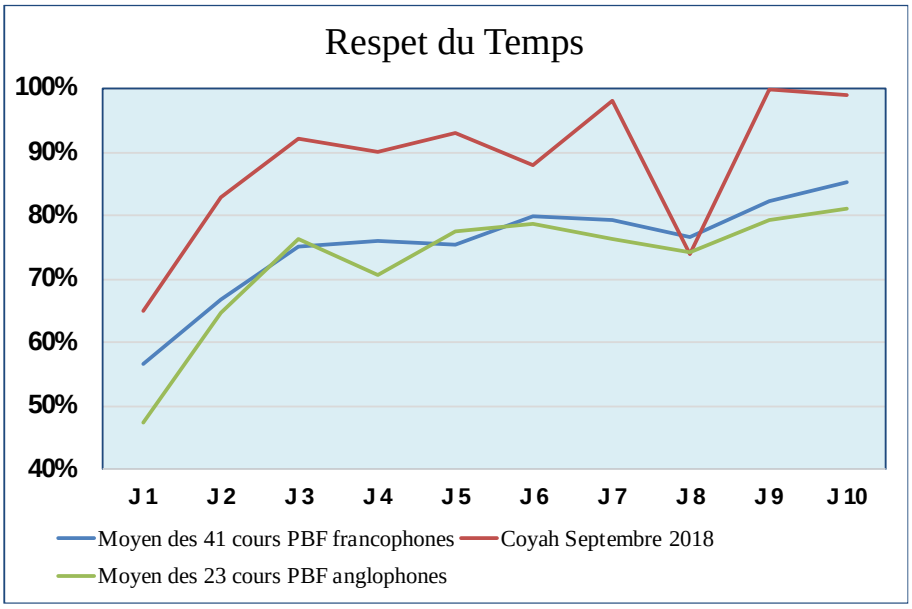


Figure 4 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *Respect du temps*.

6. EVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS

Le vendredi 29 juin 2018, 33 participants au cours ont réalisé une évaluation finale du cours à l'aide d'un questionnaire final de sorte qu'on a obtenu des impressions et suggestions d'amélioration.

6.1 Préparation et impression générale sur le cours

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

- La question « *J'ai été suffisamment informé des objectifs du séminaire* » a été évaluée à 93% (c'est-à-dire 6 points supérieur par rapport à la moyenne des autres cours FBR francophones et 15 points supérieurs par rapport aux cours anglophones).
- La question « *Le programme a répondu à mes attentes* » a été évaluée à 95% (11 points supérieurs par rapport à la moyenne des autres cours FBR francophones et anglophones).
- La question *« Les objectifs du séminaire sont en relation avec mes activités professionnelles » a* été évaluée à 95% (c'est-à-dire 6 points supérieurs à la moyenne des autres cours FBR francophones et des cours précédents en anglais).

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

Préparation	**Les 38 cours FBR francophones précédents**	**Les 24 cours FBR anglophones précédents**	**Coyah Guinée Sept 2018**	**Comparaison Coyah Sept 2018 / 38 cours FBR Francophones précédents**
Q1: J'ai été suffisamment informé des objectifs du cours	87%	78%	93%	6%
Q2. Le programme a répondu à mes attentes	84%	85%	95%	11%
Q3. Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles	89%	89%	95%	6%
Ensemble	**86,7%**	**84,1%**	**94,3%**	**7,6%**

6.2 Aspects relatifs à la durée de la formation

46% des participants trouvent que la durée de la formation était appropriée, mais 56% ont dit que la durée du cours était trop courte. Aucun participant a dit que la durée du cours était longue.

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

Durée du cours	**Les 38 cours FBR francophones précédents**	**Les 24 cours FBR anglophones précédents**	**Coyah Guinée Sept 2018**	**Comparaison Coyah Sept 2018 / 38 cours FBR Francophones précédents**
Trop court	33%	23%	54%	22%
Bon	61%	64%	46%	-15%
Trop longue	6%	12%	0%	-6%

6.3 Comment les participants apprécient l'organisation de la formation

- Sur l'ensemble de six questions concernant l'organisation, le score était de 53% en moyenne ce qui est de 17 points inférieurs aux cours francophones précédents avec 70% et de 24 points inférieurs aux cours anglophones précédents avec 77%.
- La distribution du matériel pédagogique a été évaluée à 89% ; ce qui est de 10 points supérieur à la moyenne des cours francophones précédents avec un score moyen de 79%.
- La salle de formation a obtenu un score de 19%. Ce score est de 49 points inférieurs par rapport aux autres cours francophones.

- Le milieu du centre de conférence de *l'Hôtel Maison Blanche* où s'est déroulé le cours a été évalué avec 26%. Ce score est de 34 points inférieurs aux cours précédents.
- Les participants ont bien évalué *l'accueil par les facilitateurs et l'Hôtel* à 95%. Cela était de 7 points supérieurs par rapport aux autres cours francophones et de 4 points supérieurs par rapport aux cours anglophones.
- La *restauration* a obtenu un score de 2% qui est de 61 points inférieur aux autres cours FBR francophones quoi ont eu une moyenne de 63%.
- La qualité du *transport* a été évaluée à 87% ce qui est de 22 points supérieurs à la moyenne des autres cours francophones de 65%.

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

Comment évaluez-vous l'organisation de la formation?	**Les 40 cours FBR francophones précédents**	**Les 24 cours FBR anglophones précédents**	**Coyah Guinée Sept 2018**	**Comparaison Coyah Sept 2018 / 40 cours FBR Francophones précédents**
Qualité du matériel éducatif	79%	88%	89%	10%
La salle de conférence	68%	67%	19%	-49%
Centre Hôtel Maison Blanche	60%	74%	26%	-34%
Comment avez-vous été reçu et convivialité des facilitateurs	88%	91%	95%	7%
Aliments et boissons, y compris pauses café	63%	60%	2%	-61%
Transport	65%	80%	87%	22%
Moyenne	**70%**	**77%**	**53%**	**-17%**

6.4 Méthodologie et contenu du cours

- La méthodologie et contenu du cours étaient évalués sur 5 indicateurs avec un score moyen de 92%. Cela est de 10 points supérieurs aux cours francophones précédents.
- La question « *Le contenu des modules FBR m'a aidé à atteindre mes objectifs* » a été évaluée à 95% (13 points supérieurs à la moyenne des autres cours FBR francophones).
- La question « *Est ce que la méthodologie du cours était bonne* » a été évaluée à 98% qui est 15 points supérieurs par rapport aux 40 cours français précédents.
- La question « *Est-ce que l'équilibre entre les cours et les exercices était bonne* » a été évaluée à 76% (de 6 points supérieurs à la moyenne des autres cours FBR francophones).
- La question « *Est ce que l'interaction et les échanges dans les groupes de travail était bonne* » a été évaluée à 93% (de 4 point supérieurs à la moyenne des autres cours FBR francophones).
- La question « *Est ce que les méthodes de travail adoptées au cours ont stimulé ma participation active* » a été évaluée à *98%* (13 points supérieurs à la moyenne des autres cours FBR francophones).

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

Méthodologie et contenu du cours	Les 40 cours FBR francophones précédents	Les 24 cours FBR anglophones précédents	Coyah Guinée Sept 2018	Comparaison Coyah Sept 2018 / 40 cours FBR Francophones précédents
Le contenu des modules FBR m'a aidé à atteindre mes objectifs	82%	90%	95%	13%
La méthodologie du cours	83%	87%	98%	15%
L'équilibre entre les cours et les exercices	70%	78%	76%	6%
Interaction et les échanges dans les groupes de travail	89%	91%	93%	4%
Les méthodes de travail adoptées au cours ont stimulé ma participation active	85%	90%	98%	13%
Moyenne	**82%**	**87%**	**92%**	**10%**

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

- Concernant la facilitation, 100% des participants ont donné le score très satisfait pour *l'esprit ouvert des facilitateurs* ; ce qui est supérieur de 20 points aux scores des autres cours francophones et 26% supérieurs aux cours anglophones.
- 50% des participants ont pensé que le temps pour les *travaux des groupes* était suffisant ce qui est de 13 points inférieurs aux autres cours FBR francophones et de 27 points inférieurs aux autres cours FBR anglophones.
- Une proportion de 84% des participants a dit qu'ils étaient très satisfaits du *temps imparti pour les discussions ;* ce qui est de 8 points supérieurs aux autres cours francophones.

Tableau 8 : Exécution du programme et facilitation.

Les aspects liés à l'exécution du programme et la facilitation	Les 40 cours FBR francophones précédents	Les 24 cours FBR anglophones précédents	Coyah Guinée Sept 2018	Comparaison Coyah Sept 2018 / 40 cours FBR Francophones précédents
Les animateurs avaient l'esprit ouvert à des contributions et critiques	80%	74%	100%	20%
Le temps alloué au travail de groupe était adéquate	63%	77%	50%	-13%
Le temps des discussions est adéquat	76%	82%	84%	8%
Moyenne	**73%**	**77%**	**78%**	**5%**

6.6 Appréciation par module

Concernant la satisfaction par module, le tableau suivant montre qu'il y avait un score moyen de 85,8% qui était de 3,2 points supérieurs par rapport aux cours francophones (82.7%). Les modules relativement mal évalués étaient l'outil indices (69%), la micro-économie et économie de santé (61%) et les théories (74%).

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

Appréciation des Modules	Les 40 cours FBR francophones précédents	Les 24 cours FBR anglophones précédents	Coyah Guinée Sept 2018	Comparaisson Coyah Sept 2018 / 38 cours FBR Francophones précédents
Pourquoi le FBR & Qu'est-ce que est le FBR? Mod 1 & 2	93%	93%	98%	5%
Les notions de micro-économie et l'économie de la santé	64%	83%	61%	-3%
Théories FBR, meilleures pratiques, bonne gouvernance et décentralisation	85%	92%	74%	-11%
Enquête de recherche de base - évaluation, le processus d'analyse	77%	79%	84%	7%
Les indicateurs des outputs dans une intervention FBR	86%	89%	98%	12%
Agence de Contractualisation & Vérification (ACV), la collecte des données	86%	89%	93%	7%
Régulateur - assurance de la qualité	82%	93%	91%	9%
Techniques de négociation et de résolution des conflits	88%	90%	91%	3%
Boîte noir : Plan de Business	85%	89%	89%	4%
Boîte noire : Outil Indices: recettes - dépenses - les primes de performance	79%	81%	69%	-10%
Renforcer la Voix de la Population et le marketing social	80%	88%	89%	9%
Faisabilité program FBR, les hypothèses fatales et le plaidoyer	87%	90%	93%	6%
Élaboration d'un projet FBR - costing				
Moyenne pour 13 modules	**82,7%**	**88,0%**	**85,8%**	**3,2%**

6.7 Remarques spécifiques des participants

Hébergement et la restauration (36 commentaires)

- La salle est petite avec des piliers qui masquent la projection 15x
- Diversifier toujours les repas, faire un banquet pour le choix libre 7x
- Changer le lieu de la formation (par exemple Hôtel Bel Air Boffa) 7x
- Le Palmier n'est pas un hôtel mais un motel où les conditions ne sont pas au top 3x
- Remettre directement le primes aux participants qui doivent se débrouiller et vous insistez sur le respect de l'heure
- Afficher le budget pour que tous les participants soient informés
- Prendre en charge les chauffeurs par rapport au repas et au logement
- Tous les participants doivent être logés dans un même hôtel confortable.

Méthodologie et organisation (29 commentaires)

- Augmenter le nombre de jours vu l'importance des modules 10x
- La méthodologie est précise, excellente programme et a répondu à mes attentes 5x
- Revoir le temps pour les travaux de groupe très chargé pour ce genre de travail 3x
- La distribution du matériel didactique était très satisfaisante 2x
- Pages manquants et améliorer la police dans la rédaction du livre 2x
- Multiplier la formation pour avoir beaucoup d'adhérents
- Innovation dans le cours avec le Turning Point
- Absence de la direction nationale des laboratoires et les gestionnaires des ressources humaines des différents services
- Plateforme pour suivre à distance
- Ajouter dans le document récapitulatif du processus de mise en œuvre du FBR dans le pays et dans une formation sanitaire
- La participation interministérielle doit être renforcée
- Absence d'ordinateur pour tous les participants pour des exercices

Le contenu des modules (9 commentaires)

- Prendre en compte le Ministère de l'Administration et de la décentralisation 2x
- Le choix public est la partie du cours qui peut convaincre les opposants 2x
- Intégrer l'aspect socio-anthropologique du FBR dans le contexte africain
- Rappeler aussi les limites du FBR
- Les notions indices, bonus, grades, échelon ne sont pas connus par la majorité des participants
- Approfondir le module micro-économie et économie de la santé
- Le détail du plan business à approfondir par des exemples concrets

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

7.1 Groupe des hôpitaux

7.1.1 Analyse des problèmes des hôpitaux en Guinée

En Guinée, les besoins de la population ne sont pas satisfaits dans les hôpitaux parce que les services sont inaccessibles et de mauvaise qualité. Plus spécifiquement, les problèmes sont les suivants :

- La norme est de seulement 1 agent de santé pour 3 milles habitants. La norme FBR est de 1 agent de santé qualifié pour 1000 habitants ;
- Le système de gestion centralisée pour l'approvisionnement des inputs ne répondent pas aux besoins des hôpitaux ;
- L'existence de monopole du PCG pour les intrants n'est pas un bon système et crée des ruptures de stock et un circuit de vente informelle des produits ;
- Le financement des activités des hôpitaux est largement insuffisant = 0,7 USD par personne par an contre 20 USD désiré selon le standard FBR ;
- Un manque de motivation de personnels.

7.1.2 Est-ce que le FBR est une solution ? Scan de faisabilité

Face à tous ces problèmes le financement basé sur la performance pourrait être la solution car il s'appuie sur :

- Une amélioration de la qualité des services ;
- Une plus grande autonomie de gestion des hôpitaux ;
- La création d'un environnement plus concurrentiel ;
- Le passage d'un paiement input à un paiement output basé sur la performance

7.1.3 Scan de faisabilité FBR

Quelles meilleures pratiques peuvent être difficiles à atteindre en Guinée

- Refus du principe de séparation des fonctions par les autorités ;
- Les gestionnaires des hôpitaux ne sont pas autorisés à dépenser dans la subvention selon leur besoin réel ;
- Le budget FBR pour les programmes financé par la Banque Mondiale et de KfW est inférieur à 4 USD par personne et par an ;

Critères de pureté du programme	Points dispo	Points donnés	Recommandations
1. Le budget du programme FBR n'est pas inférieur à 4,00 $US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	0	Le gouvernement et les PTF doit allouer les subventions FBR à hauteur d'au moins 4 USD / habitant / an
2. Au moins 20% du budget FBR vient du gouvernement et le programme FBR a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	0	Faire le montage institutionnel au niveau central qui inclut le circuit de financement à travers l'État
3. La Cellule Technique Nationale FBR est intégré dans le Ministère de Santé à un niveau qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes.	2	2	Régulariser la mise en place du CTN
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	2	2	Formaliser les contrats avec ces directions

5. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	0	Diligenter le montage institutionnel
6. Le programme FBR contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	2	Diligenter le montage institutionnel
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	Diligenter le montage institutionnel
8. Le programme FBR a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des districts, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA	2	2	Diligenter le montage institutionnel
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	Diligenter le montage institutionnel
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	2	Faire la dérogation pour l'exécution des dépenses à la source
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.	2	2	Faire la dérogation pour l'exécution des dépenses à la source
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2	Faire la dérogation pour l'exécution des dépenses à la source
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides FBR.	2	2	Utiliser l'outil de gestion des structures (outil indices) pour lequel l'analyse et les dépenses de toutes les recettes et des subsides FBR sont effectuées.
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	Diligenter le montage institutionnel
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0	Faire la dérogation pour la détermination des tarifs de recouvrement par les structures
16. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	2	0	Faire la dérogation pour permettre au DH de recruter et de licencier(ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leurs personnels
17. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.	2	0	Diligenter le montage institutionnel
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	0	Diligenter le montage institutionnel
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	0	Faire en sorte que le montage institutionnel soit clair sur cet aspect
20. Le programme a des bonus d'amélioration de qualité (BAQ) ou des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure, des équipements des structures et du personnel qualifié	2	0	Diligenter le montage institutionnel

21. Les structures publiques, privées lucratives et non-lucratives ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	4	0	Diligenter le montage institutionnel
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	0	Diligenter le montage institutionnel
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	0	Intégrer les fonds de réhabilitation, d'équipement, extension, construction de la composante FBR dans les TDR
	50	**18**	**36%**

Le score de scan de pureté FBR donné par le groupe des hôpitaux était de 36% ce que signifie que le Ministère doit encore faire beaucoup pour améliorer le montage du programme FBR.

7.1.4 Activités prévues par les directeurs des hôpitaux

1. Restituer les recommandations du cours aux autorités et au personnel de l'hôpital
   - Rencontre avec l'ECD et tout le personnel hospitalier;
   - Rencontre avec les autorités préfectorales et communales

   Toutes ces rencontres visent à donner de larges informations sur le bien-fondé de l'approche FBR et de son introduction au niveau de l'hôpital.
2. Sensibiliser du personnel sur la mise en œuvre du futur contrat de performance à signer dans le cadre du FBR
3. Initier le système FBR à partir des recettes propres des hôpitaux en utilisant l'outil indice du FBR.

7.1.5 Recommandations

1. Niveau central et les PTF
   - Faire le montage institutionnel en considérant que le budget du programme FBR est supérieur à USD 4 par habitant et par an, dont au moins 70% sont utilisés pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ ;
   - Faire le recrutement des ACV ;
   - Négocier les dérogations liées au FBR à tous les niveaux.
2. Niveau DRS et DPS
   - Faire la cartographie de toutes les structures privées et confessionnelles
   - Faire le découpage des aires de santé selon les normes FBR
3. Niveau hôpital :
   - Signer le contrat avec l'ACV recruté ;
   - Assurer la perception de toutes les recettes de recouvrement de l'hôpital au bureau des entrées et faire les versements à la banque. Autoriser les dépenses à la source pour les besoins urgents ;
   - Utiliser l'outil de gestion du plan de business qui inclue la demande des BAQ ;
   - Utiliser l'outil de gestion des structures (outil indices) pour lequel l'analyse et les dépenses de toutes les recettes et des subsides FBR sont effectuées ;
   - Utiliser rationnellement les BAQ ou des unités d'investissement pour l'amélioration de l'infrastructure et de l'équipement de l'hôpital.

7.1.6 Plan d'action opérationnel de six mois des hôpitaux DE

Activités	Période	Responsable
1. Rencontrer l'ECD	4 octobre 2018	DH
2. Rencontrer tout le personnel hospitalier	5 octobre 2018	DH
3. Rencontrer les autorités préfectorales	9 octobre 2018	DH
4. Rencontrer les autorités communales	10 octobre 2018	DH
5. Assurer la formation du personnel sur les principes clefs du FBR	Du 15 octobre au 15 novembre 2018	Cellule de formation
6. Initier le système à partir des recettes propres en utilisant l'outil indice du FBR.	A partir de décembre 2018	Surveillant général
7. Participer aux ateliers de mise en œuvre du projet FBR organisés par le niveau central	Avant la mise en œuvre du FBR	Tous les acteurs de l'hôpital invités aux ateliers
8. Commencer la mise en œuvre du FBR au niveau de l'hôpital	Dès la mise en œuvre du FBR	DH
9. Incorporer un indicateur de motivation des agents n'exerçant pas d'activités privée	Dès la mise en œuvre du FBR	DH

7.2 Niveau central

7.2.1 Contexte

En Guinée, pour répondre aux besoins de la population en matière de services de santé, le Ministère de la santé a expérimenté avec plusieurs approches d'amélioration de la qualité, parmi lesquelles on peut citer: le COPE; le MOST; la Supervision Facilitante; le Concours Qualité; le Monitorage, le SBM-R. Malgré ces différents appuis, l'analyse de la situation de la qualité des soins a identifié plusieurs problèmes.

C'est ainsi que la qualité des prestations est placée au centre des préoccupations inscrites dans le PNDS 2015 - 2024. Le résultat d'effet attendu est : "Au moins 80% de la population ont accès à des soins promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité". Le défi des services de santé guinéens est de satisfaire 70% de la population (résultat d'impact du PNDS 2015 - 2024) à travers l'amélioration de la qualité des services. Pour atteindre ces résultats, la mise en œuvre du financement basé sur la performance figure en bonne place. Sur le plan international, se fondant sur le bon sens et les preuves scientifiques, après avoir tiré les leçons des forces et des faiblesses de la stratégie des soins de santé primaires, de l'initiative de Bamako et des réformes engagées dans le système hospitalier, de nombreux pays ont adopté l'approche du financement basé sur la performance (FBP) pour satisfaire les besoins des populations en matière de services de santé de qualité, efficients et accessibles à tous.

En effet, le FBP (FBR en Anglais), plus qu'une simple stratégie de financement, est une réforme du système de santé qui offre une réponse à la marche vers la couverture Santé Universelle (CSU) et des Objectifs de Développement Durable 2015-2030. C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé en collaboration avec les PTFs a jugé nécessaire d'organiser une série de formations sur le FBR afin de constituer une masse critique de cadres nationaux chargés de sa mise en œuvre. Dans la même dynamique, un projet pilote FBR a été mis en place à Mamou. Les résultats encourageants de ce projet sont capitalisés pour la poursuite du processus.

7.2.2 Principaux problèmes

L'analyse situationnelle du système de santé guinéen, réalisée dans le cadre de l'élaboration du PNDS 2015-2024, a identifié les problèmes suivants :

- L'insuffisance du cadre législatif et réglementaire ; absence/insuffisance/ inadaptation au contexte actuel de plusieurs textes par rapport au partenariat, la contractualisation, la collaboration intersectorielle et la redevabilité ;
- La faible qualité des prestations de santé ; par rapport aux normes et procédures techniques et par rapport aux attentes des différentes parties prenantes (usagers, PTF, Organisations de la société civile, collectivités locales..).
- L'insuffisance de financement du système de santé ; allocation budgétaire insuffisante, faiblesse de système de recouvrement de coût, faible financement communautaire, insuffisance de mutualisation du risque maladie, mauvaise qualité de la gestion financière.
- La faible motivation des prestataires ;
- Le développement insuffisant de la santé communautaire.

Problème prioritaire: Compte tenu de toutes ses dimensions (accessibilité, équité, innocuité, pertinence, continuité, acceptabilité, efficacité, efficience) la faible qualité des prestations est retenue comme problème prioritaire. Le problème de la faible qualité des prestations peut être résolu par le FBR. Dans le développement des prestations de santé, le FBR met en avant la qualité des services, puis l'efficience de l'utilisation des ressources publiques et privées rares, l'équité et l'accès financier.

7.2.3 Analyse de faisabilité

L'analyse de la faisabilité du FBR a permis de constater un score de 28%, soit 14 points sur 50. Ce score obtenu est inférieur à 80% considéré comme le standard d'un programme FBR. D'importantes actions d'améliorations doivent donc être planifiées et mises en œuvre pour développer le programme FBR.

Critères de pureté	Points Dispo	Points obtenus
1. Le budget du programme FBR n'est pas inférieur à 4,00 $US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	0
2. Au moins 20% du budget FBR vient du gouvernement et le programme FBR a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	2
3. La Cellule Technique Nationale FBR est intégré dans le Ministère de Santé à un niveau qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes.	2	0
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité	2	2
5. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	0
6. Le programme FBR contient l'indicateur "deux visites de ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	0
7. Les régulateurs de district réalisent des revues de la qualité faite avec au moins 125 indicateurs composites auprès des FOSA publiques et privées. Ils font également annuellement la cartographie et le découpage des aires de santé en unités d'entre 6.000 et 14.000 habitants.	2	0
8. Le programme FBR a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des districts, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA	2	0
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	0
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	2
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	4

12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	0
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides FBR.	2	0
14. L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	0
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	0
16. Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	2	2
17. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.	2	0
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	0
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	0
20. Les ACV ont des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	2	0
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	0
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	0
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2
TOTAL POINTS	**50**	**14 = 28%**

Problèmes identifies lors du scan de faisabilité :

- Aucune structure formelle pérenne n'est encore en place pour la gestion du FBR: Le programme en est à ses débuts ;
- Les structures privées sont peu intégrées dans le fonctionnement du système national de santé ;
- La séparation des fonctions, notamment par les autorités de la régulation n'est pas facile à mettre en place, compte tenu des habitudes ;
- Le système central de planification-distribution des inputs est toujours en place ;
- L'autonomie des structures de prestations de soins, surtout les centres de santé est limitée ;
- Le financement du système est encore faible: moins de 4USD/personne/an.

7.2.4 Plan d'action du groupe central

Durée du projet : Les activités prévues couvrent la période du 24 septembre au 31 Décembre 2018.

Objectifs

- Favoriser l'adoption de la stratégie de financement basé sur la performance dans le système de santé guinéen par les autorités compétentes ;
- Contribuer à la mise en place du cadre institutionnel d'amélioration de la qualité des prestations dans les structures sanitaires.

7.2.5 Stratégies

Objectifs spécifiques	Stratégies
1. Favoriser l'adoption de la stratégie de financement basé sur la performance dans le système de santé guinéen par les autorités compétentes	Faire le plaidoyer en faveur du FBR auprès des différentes instances du ministère
	Élaborer le cadre institutionnel du financement basé sur la performance dans le système de santé guinéen
2. Contribuer à la mise en place du cadre institutionnel d'amélioration de la qualité des prestations dans les structures sanitaires	Élaborer des projets de textes règlementaires de l'amélioration de la qualité des prestations
	Mettre l'amélioration de la qualité des prestations au centre des PAO 2019

7.2.6 Activités prévues

Stratégies	Activités
Faire le plaidoyer en faveur du FBR dans les différentes instances du ministère	Faire la restitution de la formation au FBR dans les réunions de direction, au conseil de cabinet et à la réunion de cabinet
	Élaborer à l'intention du ministre un document de plaidoyer à l'intention du gouvernement
	Intégrer le FBR dans l'ordre du jour du prochain comité technique de coordination (CTC)
Élaborer le cadre institutionnel du financement basé sur la performance dans le système de santé guinéen	Finaliser le montage institutionnel du FBR en Guinée
	Finaliser le document de procédures harmonisées de FBR en Guinée
Élaborer les projets de textes règlementaires de l'amélioration de la qualité des prestations	Élaborer le projet de politique nationale de contractualisation en santé
	Élaborer le projet de texte relatif à l'institutionnalisation des comités de relation avec les usagers dans les hôpitaux
	Élaborer le projet de texte relatif à la mise en place de l'organe national de coordination de l'assurance qualité
	Soumettre le document de PMA et PCA révisé à la validation du cabinet
Mettre l'amélioration de la qualité des prestations au centre des PAO 2019	Planifier les activités de mise en œuvre et de suivi des activités dans le cadre du FBR
	Disséminer les paquets de soins (PMA et PCA) validés
	Planifier le suivi de la mise en place des comités de relation avec les usagers (CRU)
	Planifier le suivi de la mise en place des cellules qualité dans les structures sanitaires
	Planifier la mise en place d'un cadre de concertation/conseil national avec le secteur privé
	Planifier l'intégration des structures du secteur privé lucratif et non lucratif dans le système d'information et le suivi de la qualité des prestations
	Planifier l'actualisation des normes de l'offre de soins
	Planifier la révision des normes et standards de l'offre de soins et les indicateurs quantitatifs et qualitatifs
	Planifier l'organisation de l'évaluation par les pairs des hôpitaux

7.2.7 Plan d'action

Stratégies et activités	Sept	Oct	Nov	Déc	Lieux	Responsables
1. Faire le plaidoyer en faveur du FBR dans les différentes instances du ministère	X	X				
- Faire la restitution de la formation au FBR au conseil de cabinet et à la réunion de cabinet	X	X			Ministère de la santé	Point focal FBR
- Élaborer à l'intention du ministre un document de plaidoyer à l'intention du gouvernement	X	X			MS	DG BSD
- Intégrer le FBR dans l'ordre du jour du prochain comité technique de coordination (CTC)		X			MS	DG BSD
2. Élaborer le cadre institutionnel du financement basé sur la performance dans le système de santé guinéen						
- Finaliser le montage institutionnel du FBR en Guinée	X	X			MS	DG BSD
- Finaliser le document de procédures harmonisées de FBR en Guinée et assurer sa diffusion	X	X			MS	Point focal FBR
- Finaliser les projets de textes relatifs aux structures FBR en Guinée	X	X			MS	Point focal FBR

- Mettre en place le comité de pilotage et le comité technique national FBR			X		MS	SG MS
- Élaborer la liste nationale des indicateurs FBR	X	X	X	X	MS	DG BSD
3. Faire la restitution de la formation au FBR lors des réunions de directions/services	X	X				Participants du niveau central
4. **Élaborer les projets de textes règlementaires de l'amélioration de la qualité des prestations**		X				
- Élaborer le projet de politique nationale de contractualisation en santé		X			Coyah	Chef section normes et agréments DNEHHS
- Élaborer le projet de texte relatif à l'institutionnalisation des comités de relation avec les usagers dans les hôpitaux		X			MS	DNAEHHS
- Élaborer le projet de texte relatif à la mise en place de l'organe national de coordination de l'assurance qualité		X			MS	Chef DROS DNEHHS
- Soumettre le document de PMA et PCA révisé à la validation du cabinet			X		MS	Chef section normes et agréments DNEHHS
- Disséminer les paquets de soins (PMA et PCA) validés				X	Structures centrales et déconcentrées du MS	Chef DEP BSD
5. **Mettre l'amélioration de la qualité des prestations au centre du PAO 2019 de la DNEHHS**						
- Planifier les activités de mise en œuvre et de suivi des activités de FBR			X	X	MS	Point focal FBR
- Planifier le suivi de la mise en place des comités de relation avec les usagers (CRU)			X	X	MS	DNAEHHS
- Planifier le suivi de la mise en place des cellules qualité dans les structures sanitaires			X	X	MS	DNAEHHS
- Planifier la mise en place d'un cadre de concertation/conseil national avec le secteur privé			X	X	MS	DNAEHHS
- Planifier l'intégration des structures du secteur privé lucratif et non lucratif dans le système d'information et le suivi de la qualité des prestations			X	X	MS	DNAEHHS
- Planifier l'actualisation des normes de l'offre de soins			X	X	MS	Chef DEP BSD
- Planifier la révision des normes et standards de l'offre de soins et les indicateurs quantitatifs et qualitatifs			X	X	MS	Chef DEP BSD
- Planifier l'organisation de l'évaluation par les pairs des hôpitaux			X	X	MS	Point focal FBR
- Diligenter la mise en place des points focaux promotion de la santé régionaux et préfectoraux	X	X			MS	Chef cellule ESDC
- Proposer les indicateurs FBR de promotion de la santé	X	X	X	X	MS	Chef cellule ESDC
- Créer un cadre de collaboration multisectoriel en faveur de la promotion de la santé dans l'approche FBR	X	X	X	X	MS	Chef cellule ESDC
- Elaborer un manuel de procédures FBR de promotion de la santé	X	X	X	X	MS	Chef cellule ESDC
- Organiser une formation sur FBR à l'intention des cadres non bénéficiaires au BSD		X	X		MS	Assistant S.E BSD
- Elaborer la cartographie des dépôts pharmaceutiques et officines privées	X	X	X	X	MS	DNPM
- Valider le manuel de procédures d'enregistrement des médicaments			X		MS	DNPM

7.3 Pharmacie Centrale de Guinée

Stratégies et activités	Sept	Oct	Nov	Déc	Lieux	Responsables
1. Faire connaitre le FBR à la Direction et au personnel de la PCG						
- Élaboration du rapport de la participation du Chef de service des Ressources Humaines à la 74ème formation sur le FBR dans la préfecture de Coyah	X				PCG	RH
- Présenter le rapport synthèse en plénière en présence de tous les cadres de la PCG	X				PCG	RH
- Établir des échanges autour du FBR avec les collègues pour créer de l'engouement	X	X			PCG	RH
2. Mettre en place un comité technique d'élaboration du manuel de procédure FBR/PCG (les différents outils)						
- Élaborer les TDRs pour la mise en place du comité technique d'élaboration des outils FBR/PCG		X			PCG	RH
- Proposer une équipe technique pour l'élaboration des outils FBR/PCG		X			PCG	RH
- Mettre à la disposition des membres du comité toute la documentation nécessaire pour l'appropriation du processus FBR		X			PCG	RH
- Faire une étude de base de mise en place du processus FBR à la PCG		X			PCG	Comité
- Élaborer les outils (indicateurs output, costing des indicateurs) au niveau de chaque entité			X	X	PCG	Comité
- Élaborer un plan de business (plan de financement du projet)			X	X	PCG	Comité
3. Faire un plaidoyer de financement auprès des PTFs pour l'intégration du système FBR dans les activités de la PCG						
- Faire un plan de plaidoyer auprès du ministère et les PTFs pour le financement du processus	X				à determiner	Direction
- Rencontrer les responsables des structures PTFs pour le financement du projet		X			à determiner	Direction

7.4 Groupe de KfW

7.4.1 Présentation

La région administrative de Kindia est l'une des huit régions du pays et a cinq préfectures qui sont : Coyah, Dubréka, Forécariah, Kindia et Telimélé. Le découpage administratif et territorial se présente comme suit : 5 communes urbaines (CU), 42 sous-préfectures ou communes rurales (CR), 51 quartiers et 461 districts. Elle couvre une superficie totale de 30 987 km2 avec une densité de 59 habitants au km^2.

Elle est limitée : A l'est par la région de Mamou ; A l'ouest par l'océan Atlantique et la région de Conakry ; Au nord et au nord-est par les régions de Boké et de Labé et ;Au sud par la République de Sierra-Léone et l'océan atlantique

La région est éligible au Projet « Promotion de la santé reproductive et familiale » financé par le KfW qui concerne le financement d'un programme d'amélioration de l'offre et d'augmentation de la demande des services de Santé Reproductive (SR) avec trois composantes :

1. Infrastructure (réhabilitation, extension et équipement) ;
2. Paiement basé sur la performance (Performance based financing = FBR) et ;

3. Communication, sensibilisation et distribution à base communautaire » dans les régions de Kindia et Boké.

L'objectif du projet est d'augmenter l'utilisation et la qualité des services SR dans les 3 Préfectures (Kindia, Coyah et Forécariah) pour contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la mère et du nouveau-né.

7.4.2 Informations sur la région de Kindia

Population Totale et cibles interventions

Districts	**Populations 2017**
Coyah	280 817
Dubréka*	359 918
Forécariah	366 292
Kindia	519 453
Telimélé*	316 142
Total Région	**1 842 622**
Cibles Zones du Projet	**926 473**

*Zones FBR appuyé par la Banque Mondiale

Situation des infrastructures sanitaires
Au niveau des centres de santé, neuf sont en mauvais état sur 53 (17%) et 7 des 9 sont dans la Préfecture de Telimélé. Quant aux postes de santé, 80 sont en mauvais état sur 230 (35%). La plupart de ces postes de santé sont réalisés par les communautés.

L'atteinte des indicateurs par rapport à la cible au niveau des centres de santé :
Le nombre de 1ers contacts en CPN est très faible ainsi que la prévalence contraceptive. La situation financière des centres de santé est que 94% sont des recettes locales et 6% des subventions. Le niveau des recettes est conditionné par l'utilisation des services qui à son tour dépend de la disponibilité pharmaceutique essentiellement.

Les Hôpitaux de Kindia
- Un hôpital régional de 105 lits ;
- Quatre hôpitaux préfectoraux de 40 lits respectivement ;
- Un centre médico-communal (CMC) de 40 lits ;
- Deux (2) Centres de Santé Améliorés (CSA) à Maferinyah Forécariah de 20 lits et à Tanènè / Dubréka de 14 lits.

Soit au total 339 lits ce qui est autour de 15% par rapport de la cible.

Dans l'ensemble, le taux de référence est faible dans la région autour de 4,0-4,5%
Celui de la contre référence est relativement plus acceptable d'entre 33% et 36%.

Les charges financières des Hôpitaux au cours du 2ème semestre 2017 se présentent comme suit :

Items	% dépenses
Salaires du personnel ocntractuel	15%
Produits Pharmaceutiques	37%
Fournitures	12%
Entretien/ Réparation	31%
Autres	4%
Total	**100%**

7.4.3 Information sur le projet FBR de KfW

Population cible du Projet	1 100 000
Montant Total du composant FBR en EURO	Euro 5 000 000
Coût du Projet FBR KFW	Euro 4 300 000
L'argent disponible par an et par habitants pour 3 ans	USD 1,30
L'argent disponible par an et par habitants pour 2 ans	USD 1,95
Communication	Euro 500 000
Achats produits contraceptifs	Euro 400 000

7.4.4 Score de faisabilité et commentaires

Les 23 critères de pureté d'un programme FBR	**Points dispo**	**Points donnés**	**Commentaires (3/5 districts sont dans le FBR) Kindia**
1. Le budget du programme FBR n'est pas inférieur à 4,00 $US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	0	Le coût moyen par habitant et par an dans la zone du projet KFW est de 1,95 $US et donc inférieur à 4 $US. En dehors des Hôpitaux, le Budget de l'État prend en compte seulement le salaire.
2. Au moins 20% du budget FBR vient du gouvernement et le programme FBR a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	0	Seul 9,5% du budget vient de l'État
3. La Cellule Technique Nationale FBR est intégré dans le Ministère de Santé à un niveau qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes.	2	0	Processus en cours
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	2	2	En cours après les directions centrales du MS
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	Indicateurs du MS dans le SNIS
6. Le programme FBR contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	2	En cours au niveau communautaire
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	la faiblesse réside dans la non formalisation des visites des structures
8. Le programme FBR a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des districts, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA	2	0	En cours
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	A planifier
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	2	Au niveau de toutes les FOSA publiques mais sans application stricte
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	l'achat groupé n'est plus en vigueur et les structures sont autonomes pour leur approvisionnement en consommable

12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	0	le programme est en cours
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides FBR.	2	2	Les FOSA font l'équilibre du budget à chaque période. Une grille est utilisée par niveau de FOSA pour la motivation des agents en fonction des recettes.
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	l'ACV n'est pas encore recruté
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	2	En dehors des produits subventionnés (PF et Paludisme), les FOSA établissent les couts des prestations,
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	les gestionnaires des FOSA sont libre de gérer leur personnel
17. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.	2	0	le programme est en cours
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	0	le programme est en cours
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	0	le programme est en cours
20. Le programme a des bonus d'amélioration de qualité (BAQ) ou des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure, des équipements des structures et du personnel qualifié	2	0	Le programme est en cours
21. Les structures publiques, privées lucratives et non-lucratives ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	2	les structures privées ont la liberté de s'établir et d'exercer dans le territoire national
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	0	Seuls les hôpitaux ont des fonds d'indigence
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2	il existe des programme de subvention couvrant toutes les structures (VIH, TB, Vaccination, SR, ...)
TOTAL :	**50**	**24**	**= 48%**

7.4.5 Les problèmes

- Le projet KFW a trois composantes avec des budgets différents. Le coût du composant FBR n'atteint pas 4 $US par habitant et par an, mais seulement 1,30 $US ;
- Les FOSA et les autorités ne sont pas informées et sensibilisées sur le FBR ;
- Le personnel n'est pas formé sur le FBR ;
- La cartographie et le découpage des aires de santé n'est pas réalisée ;
- L'insuffisance du partenariat public/privé

Défis majeur : comment améliorer le montant du budget alloué au FBR en respectant le principe de 4 $US par an et par habitant dans la zone de couverture du projet KFW ?

7.4.6 Recommandations

Scénario 1 : Réaménager les montants des infrastructures/équipements en subsides FBR en transformant les inputs en outputs pour le projet KFW :

- Prendre en compte tous les indicateurs (outputs) pour éviter la verticalité des interventions dans le projet de la KFW
- Faire un panier commun - alliance entre les 2 bailleurs de FBR dans la région (BM et KFW) en vue d'avoir un budget consistant
- Créer une structure qui intègre l'apport de tous les bailleurs (CTN-FBR)

Scénario 2 : Réduire la zone de couverture. Sélectionner une population de telle manière que le budget par personne par an sera de USD 4,00. Cela pourrait signifier de choisir seulement deux districts de la région

Scenario 3

- Sélectionner les ONG locales pour la soumission au compte de l'ACV
- Mettre au niveau de SERACCO structure pérenne de l'État, l'ACV en lieu et place de l'AGFA.

7.4.7 Plan d'action projet KfW

Activités	QUOI	QUAND	QUI	COMMENT	Observations (Acteurs)
Restituer l'atelier de formation sur le FBR	Information et sensibilisation des autres membres des EC DRS / DPS/PTF et parties prenantes	27/9/2018	DRS/ DPS : Kindia, Coyah et Forécariah	Présentation et débats en plénière	EC DRS et DPS
Réaliser un Plaidoyer	Information et sensibilisation des autorités politico-administrative	14/10/2018	Communes /Préfectures	Présentation et débats en plénière	Une équipe de 2 membres repartie entre les 32 communes du projet
Faire la cartographie des structures (privée, publique, confessionnelle)	Recensement des structures par aire de santé	15-16 /10/2018	DRS/DPS :Kindia, Coyah et Forécariah	Population repartie par quartier/district et gros village	32 CCS, 32 Maires et 32 secrétaires com et 32 Sous-préfet
Organiser un atelier de validation pour le découpage en fonction de la démographie	La carte sanitaire / population du district	19 au 21 /10/2018	DPS :Kindia, Coyah et Forécariah	Atelier de validation de la cartographie de 3 jours	50 participants en moyenne par districts et pour 3 jours
Réaliser une étude de base des FOSA retenue au niveau primaire	Évaluer la performance/identifier les faiblesses Élaborer le plan business	21 au 30/10 2018	DPS :Kindia, Coyah et Forécariah	Visites des sites, revue documentaire et interview Élaboration du PB des FOSA	3 agents par localité (32) et pour 3 jours d'activité
Réaliser une étude de base des FOSA retenue des niveaux secondaires	Évaluer la performance/identifier les faiblesses Élaborer le plan business des DPS et des Hôpitaux	21 au 30/10 2018	DPS :Kindia, Coyah et Forécariah	Visites sites, revue documents Élaboration du PB des FOSA	3 agents par Préfecture (3) pour 5 jours

Organiser un atelier Préfectoral pour partager et valider les résultats des études de base des FOSA	Données recueillies analysée et validées	06-8 /11/2018	DPS :Kindia, Coyah et Forécariah	Atelier préfectoral de validation de la cartographie de 3 jours	32 CCS, 32 secrétaires com 20 membres ECD /PTF et 3 régional
Élaborer les contrats avec les FOSA (publiques, privées, paraétatiques et confessionnelles)	Contrat de performance	15/11/2018	DRS/DPS : Kindia, Coyah et Forécariah	Validation des PB des FOSA au niveau des Districts	1 atelier de 30 personnes (DPS y compris les privées, les ONG et PTF) par district pendant 3 jours
Identifier les ASLO	Sélection des ASLO pour le FBR Communautaire	21 au 30/10 2018	32 commu-nes dans les 3 Préfectures	Accréditer les ASLO	1 ASLO par Préfecture au moins
Organiser un atelier formation des prestataire et des ASLO sur l'approche FBR	Formation des prestataires sur le FBR	17 au 25/11/2018	DPS :Kindia, Coyah et Forécariah	Élaboration des modules, préparer l'équipe et réaliser la formation	75 participants en moyenne par districts et pour 10 jours
Faire le suivi de la mise en œuvre du FBR	Suivi des activités sur le terrain	26/12/2018 au 26/03/2019	DPS Kindia Coyah et Forécariah	Évaluation des performances	A déterminer

7.5 Groupe DRS Faranah – Région de Labé

7.5.1 Contexte

La région administrative de Faranah compte quatre préfectures qui sont : Faranah (chef-lieu de la région), Dabola, Dinguiraye, et Kissidougou. Sa population est de 1.06 millions habitants avec une superficie de 40.122 km² soit une densité de 26 habitants au km². Les structures étatiques d'offre de soins sont : un centre régional ophtalmique, un hôpital régional, trois hôpitaux préfectoraux, un centre de santé amélioré en construction, 48 centres de santé et 147 postes de santé fonctionnels cinq Infirmeries Militaires. Sur le plan des infrastructures privées la région dispose de sept pharmacies privées, deux cliniques médicales, dix (10) cabinets de soins privés.

Dans la Région de Faranah :

Le taux de naissance est de	3,4%
Les enfants ayant un carnet de vaccination	45%
La couverture vaccinale est de	45%
La couverture de PF est de	8.1%
Le taux d'accouchement assisté est de	36%
La couverture VAT est de	80%

Ces taux faibles d'utilisation des services expliquerait le taux élevé de mortalité maternelle et les faibles taux de couvertures dans différents domaines.

7.5.2 Justification pour le FBR

Afin de contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le gouvernement a entrepris une série des réformes pour toute l'administration publique. Pour le secteur santé, quatre réformes importantes sont en cours : a. la décentralisation ; b. la réforme des ressources humaines ; c. la réforme hospitalière et ; d. la réforme du financement. En rapport avec la réforme du financement, il y a eu la mise en place de la Cellule Technique

Nationale (CTN) pour améliorer la coordination des interventions des différents partenaires du FBR.

Le Financement Basé sur les Résultats en Guinée vise à améliorer la performance des structures de soins, la performance des différents acteurs, la qualité de services et de réduire le poids financier du coût des soins supportés par les malades. Il permet également de promouvoir des actions incitatives en vue d'améliorer la performance des agents de santé. Ce qui contribue à la politique de rétention des ressources humaines en santé aussi dans les zones rurales. Cette approche est un mécanisme de paiement en faveur des prestations produites au niveau des structures contractantes du niveau opérationnel, régional et district permettant ainsi d'adopter une approche holistique de soutien au système de santé.

A l'heure de la mise en œuvre du FBR conformément aux orientations nationales, la DRS de Labé se propose de mettre en œuvre au niveau des structures de la région la démarche FBR pour renforcement la qualité et l'efficience.
La mise en œuvre de cette approche se fera dans un esprit de recherche action et d'ajustement progressif de son contenu à l'épreuve des faits.

Ce plan d'action présente les résultats qui doivent être atteints à tous les niveaux. Il sera éventuellement actualisé en cas de nécessité par concertation avec les différents acteurs sous l'égide du DRS.

Objectifs Général du plan d'action :

- Améliorer la qualité et l'efficience de nos structures sanitaires (publique et privée)

Objectifs Spécifiques du plan d'action d'ici fin 2019:

- Augmenter la couverture vaccinale chez les enfants de 0-11 mois de 45 à 60% ;
- Augmenter le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié de 36 à 60% ;
- Augmenter de couverture PF de 8% à 20% ;
- Augmenter la couverture en CPN de 45 à 60% ;
- Augmenter de la couverture PTME de 47 à 60% ;
- Augmenter le taux de dépistage de la malnutrition de 30% à 60% ;
- Augmenter la motivation du personnelle de 25% à 60% ;
- Augmenter le taux de satisfaction des clients de 30% à 90% ;
- Augmenter le taux de consultation curative au niveau des structures de 25 à 40%.

7.5.3 Plan d'action DRS Faranah

Activités	T3/18	T4/18	QUI
Phase préparatoire			
Faire la restitution aux équipes cadres des districts et aux partenaires	X		DRS
Faire un plaidoyer à l'endroit des autorités locales (région et préfecture)	T3		DRS/DPS
Mise en place des structures des structures de mise en œuvre	T3		DRS / Gouvernorat
Négocier avec les partenaires locaux pour le financement des activités	T3		DRS / Gouvernorat
Faire la cartographie	T3		DPS / DPS
Faire une étude de faisabilité au niveau des structures pilotes dans laquelle il faut déterminer le pré requis, le coût de production de services de santé (PMA, PCA) ainsi que le costing du montage et la fonctionnalité des structures. Cette étude pourra aussi permettre de déterminer le niveau de départ des indicateurs de performance		T4	DRS / partenaires d'exécution
Présentation des résultats des études et négociation avec les acteurs		T4	DRS
Réajuster potentiellement et signer les accords avec les parties prenantes		T3	FOSA
Phase de mise en œuvre proprement dite			

Sensibilisation des parties prenantes sur les modalités de la MEO.			DRS/DPS
Le renforcement des capacités des institutions et acteurs de MEO			DRS
Élaboration participative du plan de mise en œuvre du FBR et son endossement par les instances attitrées (CNP CNT, CPP CA ECD CPR CPV Partenaires)			FOSA/ACV
Exécution des activités dans les structures			
L'élaboration des plans de travail/ Business plan/ plan de management budgétisé et subsidié des structures contractantes			Régulateur
La négociation et la signature des contrats de performance et éventuellement des sous contrats ou contrats secondaires			ACV / FOSA
Exécution des activités			ACV
Le coaching/supervision de la structure contractante			
La vérification quantitative et qualitative des prestations		X	ACV
Le paiement des subsides aux structures contractantes			Partenaire / ACV
Suivi et évaluation			
L'élaboration des plans de formation			Régulateur
Recherche action et documentation			Régulateur /DRS/DPS
L'élaboration d'un plan de recherche région intégrant les différents sujets par province			Régulateu /DRS/DPS
L'appui aux structures dans l'élaboration des protocoles de recherche			Régulateur / DRS/DPS
La mise en place d'un système de diffusion des résultats de recherche (mise en place d'un site internet pays, un bulletin ou une revue semestrielle.			Régulateur / DRS/DPS

7.6 Groupe DRS Boké

7.6.1 Contexte et justification

La région de Boké est située à 300 km de la capitale Conakry et couvre une superficie de 35 717 km^2 pour une population de 1.08 millions habitants. Elle compte quatre préfectures en plus du chef lieux de la région. Il existe quatre hôpitaux préfectoraux, un hôpital régional et 28 centres de santés. La population de la région a considérablement augmenté ces dernières années à cause de l'explosion des sociétés minières pour l'exploitation de la bauxite et l'affluence massive de population à la recherche l'emploi.

Pour améliorer le bien-être de la population plusieurs interventions ont été mises en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional, district et communautaire) à travers des programmes de santé déclinés suivant le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2015-2024) et le Plan de Relance et de Résilience du Système de Santé (PRRSS 2015-2017).

Souvent, ces programmes dans leur mise en œuvre se font de façon parallèle et verticale, qui s'écarte dans certaines mesures des orientations dont ils font l'objet.
Dans le souci de rendre les résultats des interventions plus performantes, la mise en place du programme FBRest une approche à capitaliser dans la région. C'est dans cette perspective que le Ministère de la santé en collaboration avec les partenaires, a sollicité la mise en place d'un projet pilote de FBR financé par la KFW.

7.6.2 Scan de faisabilité

Les 23 critères de pureté d'un programme FBR	Points dispo	Points Boké	Points Kindia	Observation
1. Le budget du programme FBR n'est pas inférieur à 4,00 $US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	0	0	En dehors des Hôpitaux, le Budget de l'État prend en compte seulement le salaire
2. Au moins 20% du budget FBR vient du gouvernement et le programme FBR a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	0	0	Le coût moyen par habitant et par an est de 2,32 $US dans la zone du projet KFW (Boké et Kindia)et donc inférieur à 4 $US
3. La Cellule Technique Nationale FBR est intégré dans le Ministère de Santé à un niveau qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes.	2	0	0	
4. Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité	2	2	2	
5. Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	2	2	Indicateurs du MS dans le SNIS
6. Le programme FBR contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	2	2	En cours au niveau communautaire
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	2	La faiblesse réside dans la non formalisation des visites des structures
8. Le programme FBR a un comité de validation de districts qui réunit le régulateur des districts, l'ACV et un ou plusieurs représentants des FOSA	2	0	0	
9. Le programme inclut une étude de base des ménages et de la qualité, qui permet d'établir des priorités et de mesurer les progrès.	2	0	0	
10. Les recettes du recouvrement FOSA sont utilisées au point de collecte, et les FOSA ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA sont les signataires.	2	2	2	
11. Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	4	4	L'achat groupé n'est plus en vigueur et les structures sont autonomes pour leur approvisionnement en consommable
12. Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	2	2	Le programme est en cours
13. Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides FBR.	2	2	2	Le programme est en cours
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	0	L'ACV n'est pas encore recruté
15. Les structures sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	2	2	En dehors des produits subventionnés (PF et Paludisme), les FOSA établissent les coûts des prestations,

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	2	Les gestionnaires des FOSA sont libres de gérer leur personnel
17. Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.	2	0	0	Le programme est en cours
18. Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	0	0	Le programme est en cours
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	0	0	Le programme est en cours
20. Les ACV ont des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure et des équipements des structures.	2	0	0	Le programme est en cours
21. Les structures publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	2	2	Les structures privées ont la liberté de s'établir et d'exercer dans le territoire national
22. Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	0	0	Seuls les hôpitaux ont des fonds d'indigence
23. Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	2	2	Il existe des programmes de subvention couvrant toutes les structures (VIH, TB, Vaccination, SR, ...)
TOTAL :	**50**	**26**	**24**	**48%**

7.6.3 L'analyse de la situation :

- Le coût du projet n'atteint pas 4 $US par habitant et par an (2,32 $US) ;
- La cartographie et le découpage des aires de santé n'est pas réalisée ;
- Les FOSA et les autorités ne sont pas informées et sensibilisées sur le FBR ;
- Le personnel n'est pas formé sur le FBR ;
- L'insuffisance du partenariat public/privé ;
- Faible utilisation des services par la population : (mauvais accueil, mauvaise qualité des infrastructures, faible qualité des soins …..) ;
- Insuffisance du personnel : (mauvaise répartition du personnel, la non motivation du personnel, la non fidélisation des agents en poste…) ;
- Insuffisance des ressources financières et matérielles (manque d'autonomie des structures, monopole du marché médicament…).

7.6.4 Plan d'action

Activités	Qui	Quoi	Quand	Ou	Comment
Restituer l'atelier de formation sur le FBR	Cadres formés	Information et sensibilisation des autres membres DRS / DPS / partenaires	27/09/18	DRS/DPS	Compte rendu de mission et transmission du rapport
Réaliser un Plaidoyer	Cadres formés	Information et sensibilisation des autorités politico-administratives	05/10/18	Région Préfecture Commune	Compte rendu de mission et transmission du rapport

Faire cartographie des FOSA privée, publique et confessionnelle.	ECD CCS	Recensement des structures par aire de santé	du 9 au 14/10/18	Chaque district à la DPS	Réunion de travail avec les acteurs du terrain
Organiser un atelier pour le découpage en fonction de la démographie	ECD CCS	Carte sanitaire / population	22 au 24/11/18	DPS	Atelier de validation de la cartographie de 3 jours avec 170 participants
Réaliser une étude de base des FOSA retenues au niveau primaire	ECD	Pour évaluer la performance et déterminer les faiblesses, déterminer l'éligibilité des FOSA au contrats de performance	du 29/11 au 12/12/18	Dans les FOSA primaires	Visite de site, revue documentaire et interview
Réaliser une étude de base des FOSA retenues au niveau secondaire	DRS	Pour évaluer la performance et les faiblesses, déterminer l'éligibilité des FOSA au contrat de performance	du 29/11 au 12/12/18	FOSA secondaires et les DPS	Visite de site, revue documentaire et interview
Formation des agents de la santé du DS de Boké et de la région de Boké	ECD / DRS	Former 46 agents de santé au FBR	du 17 au 30/12/18	DPS / DRS	Élaboration des module préparer l'équipe des formés et réaliser la formation

7.6.5 Recommandations

Au regard des défis prioritaires identifiés, le groupe après avoir échangé avec le facilitateur et le représentant de la KFW a fait les recommandations suivantes :

- **Scénario 1 :** Réaménager le montant du projet en alignant tout le budget sur le FBR en transformer les inputs (Infrastructures et communication) en outputs
- **Scénario 2 :** Réduire la zone de couverture 3 Préfectures (Boké, Gaoual et Fria) sur 5 au niveau de la région de Boké.
- Mettre au niveau de SERACCO l'Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV) au lieu et place AGFA
- Prendre en compte tous les indicateurs output pour éviter la verticalité du projet PSR

7.7 Groupe DPS de Télimélé

7.7.1 Contexte

Le fonctionnement du système de santé de la Guinée était basé sur les soins de santé primaires et le district sanitaire. Ce système de santé s'est progressivement détérioré depuis ces quinze dernières années sous l'effet de facteurs liés à l'instabilité sociopolitique récurrente dans la sous-région (conflits armés dans les pays voisins, afflux de réfugiés, etc.), et à la multiplicité des initiatives globales qui souvent sont contradictoires. On note également la récurrence des épidémies dont Ebola en 2013 (3811 cas et 2543 décès), la poliomyélite au poliovirus sauvage en 2015 et la rougeole en 2016. Les maladies non transmissibles liées aux modes de vie prennent de plus en plus d'importance. Tous ces facteurs ont entrainé la fragmentation du système de santé dans un contexte général d'affaiblissement de la gouvernance et d'altération du tissu socioéconomique national.

Dans le contexte de rareté des ressources vis-à-vis des besoins illimités du secteur, les approches de Soins de Santé Primaires (SSP), de l'Initiative de Bamako (IB) et la gratuité de certains services ciblés de soins ont montré leurs limites depuis des décennies à travers la faible qualité des soins à tous les niveaux.

D'après des expériences démontrées en Asie, en Afrique, notamment au Rwanda, au Cameroun et au Burundi, la démarche du Financement Basé sur la Performance (FBR) augure une alternative pour assurer une bonne qualité de service de santé, l'utilisation efficiente des ressources, l'accès financier aux soins et l'équité pour les plus vulnérables. Parmi les interventions prioritaires du PNDS 2015-2024, le Financement Basé sur la Performance (FBR) est identifié comme une approche à mettre en œuvre en vue d'améliorer la performance globale du système de santé vers l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle en Guinée (2024).

Un projet pré pilote de Financement basé sur la performance (FBR) a été mise en œuvre dans le district sanitaire de Mamou depuis Aout 2016. Ce projet, a montré des indices d'encouragement suivant ses résultats avec l'amélioration significative des indicateurs de quantité (CPN, Vaccination, CPC, etc.) et de qualité (Accueil, Organisation des services, données sanitaires, hygiène, etc.) au niveau de cinq formations sanitaires au départ, puis 19 formations sanitaires publiques à la fin projet. Ces acquis seront consolidés à l'ensemble des structures sanitaires et dans les autres Districts sanitaires du pays.

C'est dans le cadre de palier aux faiblesses suscitées et améliorer la faisabilité du FBR en Guinée que le Ministère de la Santé en collaboration avec ses PTF (banque mondiale et KFW) a organisé la participation de 47 cadres à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et d'autres secteurs ministériel pour une mise en œuvre adéquate, cohérente du FBR en Guinée du 10 au 22 Septembre 2018 à Coyah.

Le PNDS 2015-2024 fournit des orientations stratégiques claires, pertinentes et consensuelles tenant compte des opportunités nationales et internationales pour le développement d'une action sectorielle mieux ciblée sur les problèmes prioritaires du pays. Il constitue le cadre unique de mise en œuvre de la politique nationale de santé.

L'opérationnalisation du PNDS se traduit au niveau des districts sanitaires par l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'actions qui reposent essentiellement sur les trois objectifs stratégiques de la politique nationale de santé à savoir :

- Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgences,
- Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie,
- Améliorer la performance du système national de santé.

7.7.2 Le District sanitaire de Télimélé :

Données géographiques et administratives
La préfecture de Telimelé est l'une des 5 circonscriptions administratives de Kindia.
Elle est située à 137 km de Kindia et 272 km de Conakry. La superficie est de 9000 km^2 et la population est de 316 000 soit 35 habitants au Km^2. Télimélé est imites à l'est par les Préfectures de Pita et Lélouma, à l'ouest par les Préfectures de Fria, Boké et Boffa, au sud par les Préfectures de Kindia, Dubréka et au nord par la Préfecture de Gaoual.

Données sanitaires
Le district a 13 médecins et 169 autres personnel qualifiés. Il y a 1 hôpital préfectoral, 14 centres de santé, 56 postes de santé et 4 structures privées.

7.7.3 Analyse de la situation sanitaire du district

Le district sanitaire de Télimélé est confronté à de nombreux problèmes dont:

- La faible accessibilité géographique aux soins pour la majorité de la population,
- L'insuffisance globale de l'offre de soins aussi bien en quantité qu'en qualité ;
- La faible accessibilité de la population aux médicaments de qualité
- Le développement du marché illicite de médicaments et produits médicaux ;
- L'insuffisance de régulation du secteur à tous les niveaux ;
- Le faible développement du partenariat secteur public, privé et confessionnel du secteur de la santé,
- Le monopole et la faible capacité financière et logistique de la PCG
- La faible disponibilité en produits sanguins.

Les ménages constituent la source de financement des dépenses de santé par le paiement direct et les partenaires.

7.7.4 Forces et faiblesses du montage FBR en Guinée

Forces

- Volonté politique avec inscription comme intervention prioritaire du PNDS 2015-2024
- Initiative de développement d'une approche unique du FBR sous le leadership du Ministère de la santé ;
- Résultats encourageants de la phase pré pilote à Mamou ;
- Intérêt manifeste des partenaires (GAVI, FM, UNICEF, KfW, UE/PASA, OMS, AFD) ;
- Suivi et évaluation conjointe (MS, KIT, BM, Health Focus) du projet avec correction des faiblesses à Mamou.
- La formation certifiant en FBR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Faiblesses

- Absence de séparation des fonctions de régulation, de vérification, du marketing social, de paiement des FOSA ;
- Monopole de l'achat des intrants par l'État (priorité accordée à la PCG au détriment des autres fournisseurs) ;
- Recrutement centralisé du personnel des FOSA publique ;
- Absence d'appui de l'État aux FOSA privées et confessionnelles.
- Absence de gratuité ciblée.

7.7.5 Score de faisabilité / hypothèses fatales

Les 23 critères de pureté d'un programme FBR	Points dispo	Points donnés	Recommandations
Le budget du programme FBR n'est pas inférieur à 4,00 $US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*).	4	0	Faire un Plaidoyer auprès des autorités pour l'instauration du FBR dans le système de santé : Allouer donc les 70% du budget de la santé au niveau périphérique
Au moins 20% du budget FBR vient du gouvernement et le programme FBR a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs.	2	2	
La Cellule Technique Nationale FBR est intégré dans le Ministère de Santé à un niveau qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes.	2	0	Créer une cellule technique nationale FBR au MS afin de coordonner toutes les activités du MS avec les directions et programmes
Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité	2	2	

Le PMA et le PCA disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour la PF moderne, et pour lesquels les FOSA reçoivent des subsides.	2	0	Autonomie des structures
Le programme FBR contient l'indicateur "deux visites à ménage annuellement suivant un protocole d'entretien", qui est utilisé par les contractants principaux niveau primaire.	2	2	

7.7.6 Problèmes identifiés du montage FBR

- Paquet d'indicateurs outputs (PMA et PCA) des Formations sanitaires (18 pour les CS et 18 pour Hôpital) est limité ;
- Répartition des subsides 40% (30% pour la motivation du personnel et 10% pour le COSA) et 60% pour l'investissement n'est pas adaptée au principe du FBR.
- Absence de contrat de performance pour les régulateurs à tous les niveaux;
- Absence de comité de validation du district ;
- Formations Sanitaires (FOSA) sont obligées de s'approvisionner à partir de la Pharmacie Centrale de Guinée puis dans d'autres agences en cas de rupture;
- Structures ne peuvent pas influencer les tarifs du recouvrement de coûts ;
- FOSA n'ont pas l'autonomie de gestion des ressources humaines (recruter et licencier du personnel);
- Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV) n'est pas intégrée dans le manuel de mise en œuvre du FBR;
- Découpage des Aires de santé (mapping) n'est pas réalisé ;
- Absence de gratuité ciblée ;
- Absence d'une Cellule Technique Nationale FBR.

7.7.7 Stratégies de résolution/ négociation des problèmes identifiés

Pour la résolution des problèmes identifiés, l'équipe Pays décline les stratégies ci-après :

Niveau DPS

- Cartographie annuelle et découpage des aires de santé ;
- Inspection des pharmacies de détail (officine)
- Organisation des réunions de validation des données et des factures de paiement des subsides des FOSA
- Organisation des réunions trimestrielles de coordination/évaluation/planification
- Saisir les données de la revue de la qualité technique des FOSA/PMA sur le portail FBR
- Assurer la bonne documentation et l'archivage .

Centres de Santé

- Visites à domiciles;
- Consultation externe patient indigent / vulnérable ;
- BAQ ;
- Consultation externe médecin;
- Consultation externe infirmier;
- Petite Chirurgie ;
- Cas d'IST prise en charge selon le protocole.

7.7.8 Recommandations

A l'endroit du MS

- Mettre en place une Cellule Technique Nationale FBR ;

- Accorder des dérogations aux FOSA dans les zones FBR (achat des médicaments auprès des différents distributeurs, gestion du personnel plus autonome, et libre tarification du coût de recouvrement)
- Appuyer la mise en œuvre et le suivi du Plan d'Action Opérationnel du Groupe du 65e Cours FBR à Cotonou Janvier 2018;
- Assurer la formation des acteurs (Santé, Finances, Décentralisation, Éducation…) en FBR.

A l'endroit de la DPS de Telimelé

- Poursuivre les activités FBR de le Projet Santé Région Mamou/GIZ/BM/HF ;
- Mettre en place un comité de validation du District.
- Faire le mapping des aires de santé en aires de responsabilité

Engagements des Participants

- Faire le compte rendu de la formation du 65ème cours FBR tenue à Cotonou, Benin, Janvier 2018 aux autorités sanitaires (SG, BSD, PASSP) ;
- Restituer la formation du 65ème Cours FBR aux personnels de nos structures / organisations respectives;
- Promouvoir le FBR en Guinée.

7.7.9 Plan d'action

Activités à faire par l'ECD	Moyen de vérification	Ressources	Période
Cartographie annuelle et découpage des aires de santé	Présence de la cartographie sanitaire du district	DPS	Octobre 2018
Inspection des pharmacies de détail (officine)	Rapport d'inspection	DPS/PTF	Bimestrielle
Organisation des réunions de validation des données et des factures de paiement des subsides des FOSA	Rapport	DPS/PTF	Trimestrielle
Organisation des réunions trimestrielles de coordination/évaluation/planification	Rapport	DPS/PTF	Trimestrielle
Saisir les données de la revue de la qualité technique des FOSA/PMA sur le portail FBR	Le portail FBR	DPS/PTF	Mensuelle
Assurer la bonne documentation et l'archivage	Accessibilité des documents dans moins de 5mn	DPS	Permanente
Supervision intégrée (Publiques et Privées)	Rapport de supervision	DPS/PTF	Bimestrielle

7.8 DRS Kankan

7.8.1 Contexte

La région sanitaire de Kankan est l'une des huit régions sanitaires du pays, y compris la zone spéciale de Conakry. La Région est composée de cinq préfectures qui sont Kankan, Kérouané, Kouroussa, Mandiana et Siguiri. La région de Kankan à une population totale estimée à 2.1 millions habitants en 2018 avec une densité de 29 habitants aux km² ; cette population se repartie comme suit dans la région :

- Kankan : 504 500 habitants (23,8%)
- Kérouané : 225 400 habitants (10,6%)
- Kouroussa : 286 500 habitants (13.5%)
- Mandiana : 362 700 habitants (17,1%)
- Siguiri : 742 900 habitants (35%)

La Région Sanitaire de Kankan a une direction régionale de la santé et cinq districts sanitaires (Kankan, Kérouané, Kouroussa, Mandiana et Siguiri). Les prestations sont assurée par 65 Centres de Santé fonctionnels et 292 Postes de Santé fonctionnels. Il y a un l'hôpital régional, quatre hôpitaux préfectoraux, et un CSA de Banankoro Au compte du privé, il existe 1 centre

de santé à but lucratif, 1 centre de santé confessionnel, 9 cabinets de soins et 9 cliniques privées. Il y a trois hôpitaux d'entreprise (l'hôpital de la SAG, de la SMD, et de Gbenko)

Indicateurs de santé

- Indices synthétique de fécondité : 6,9 (EDSIV)
- Taux de natalité : 34 pour mille (EDSIV)
- Taux de mortalité maternelle : 724 / 100 000 naissances vivantes
- Taux de mortalité infantile : 100 pour mille
- Taux de mortalité néonatale : 50 pour mille naissance vivantes
- Espérance de vie : 55 ans
- Les enfants ayant un carnet de vaccination 35%
- La couverture vaccinale de routine 18%
- Le taux d'accouchement assisté 62%
- Le taux de Césarienne 1,7%
- La couverture de PF est de. 2,4 %
- Le taux de VAT1 81 %
- Le taux de VAT2+ 70%
- Taux de détection de la TBC 3%
- Taux de Guérison 58%
- Taux de dépistage VIH. 57%
- Le taux de malnutrition modérée : 9%
- Le taux de malnutrition sévère : 2%

Ce taux faible d'utilisation des services expliquerait le taux élevé de mortalité maternelle et les faibles taux de couvertures dans différents domaines

Le Financement Basé sur les Résultats en Guinée vise à améliorer la performance des structures de soins, la performance des différents acteurs, la qualité de services et de réduire le poids financier du coût des soins supportés par les malades. Il permet également de promouvoir des actions incitatives en vue d'améliorer la performance individuelle des agents de santé sur base des résultats réalisés. Ce qui contribue à la politique de rétention des ressources humaines en santé.

Cette approche est un mécanisme de paiement en faveur des prestations produites au niveau des structures contractantes du niveau opérationnel, régional et district permettant ainsi d'adopter une approche holistique de soutien au système de santé. A l'heure de la mise en œuvre du FBR conformément aux orientations nationales, la DRS de Kankan se propose de mettre en œuvre au niveau des structures de la région la démarche FBR pour renforcement de la qualité et l'efficience. La mise en œuvre de cette approche se fera dans un esprit de recherche action et d'ajustement progressif de son contenu à l'épreuve des faits.
Ce PAO présente les résultats qui doivent être atteints à tous les niveaux. Il sera éventuellement actualisé en cas de nécessité par concertation avec les différents acteurs sous l'égide de la DRS.

Les objectifs sont :

- Améliorer la qualité et l'efficience de nos structures sanitaires(publique et privée)
- Augmenter la couverture vaccinale chez les enfants de 0-11mois de 18 à 50% d'ici fin 2019
- Augmenter le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié à 60 d'ici fin 2019 ;
- Augmenter la couverture en CPN et PTME de 38% à 65% d'ici fin 2019 ;
- Augmenter le taux de satisfaction des clients à 50%
- Augmenter le taux de dépistage du VIH de 57% à 70%

Activités	T3/18	T4/18	QUI
Phase préparatoire			
Faire la restitution aux équipes cadres des districts et aux partenaires	X		DRS
Faire un plaidoyer à l'endroit des autorités locales (région et préfecture)	X		DRS/DPS
Mise en place des structures des structures de mise en œuvre	X		DRS / Gouvernorat
Négocier avec les partenaires locaux pour le financement des activités	X		DRS/Gouvernorat
Faire la cartographie	X		DRS / Gouvernorat
Faire une étude de faisabilité au niveau des structures pilotes dans laquelle il faut déterminer le pré requis, le coût de production de services de santé (PMA, PCA) ainsi que le costing du montage et la fonctionnalité des structures. Cette étude pourra aussi permettre de déterminer le niveau de départ des indicateurs de performance		X	DRS / Partenaires d'exécution
Présentation des résultats des études et négociation avec les acteurs		X	DRS
Réajuster potentiellement et signer les accords avec les parties prenantes		X	FOSA
Phase de mise en œuvre proprement dite			
Sensibilisation des parties prenantes sur les modalités de la mise en œuvre.	X		DRS/DPS
Le renforcement des capacités des institutions et des acteurs de mise en œuvre.	X		DRS
Élaboration participative du plan de mise en œuvre du FBR et son endossement par les instances attitrées (CNP, CPP et CA)		X	FOSA/ACV
Exécution des activités dans les structures			
L'élaboration des plans de travail/ Business plan/ plan de management budgétisé et subsidié des structures contractantes	X		REGULATEUR
La négociation et la signature des contrats de performance et éventuellement des sous contrats ou contrats secondaires	X		ACV/FOSA
L'exécution des activités			ACV
Le coaching/supervision de la structure contractante			
La vérification quantitative et qualitative des prestations		X	ACV
Le paiement des subsides aux structures contractantes		X	Partenaire
Suivi et évaluation			
L'élaboration des plans de formation			DRS/DPS
Recherche action et documentation			DRS/DPS
L'élaboration d'un plan de recherche région intégrant les différents sujets par province			DRS/DPS
L'appui aux structures dans l'élaboration des protocoles de recherche			DRS/DPS

7.9 DRS Labé

7.9.1 Contexte

La région administrative de Labé compte cinq préfectures qui sont : Labé (chef-lieu de la région) Lélouma, Mali, Koubia et Tougué. Sa population est de 1 126 330 habitants avec une superficie de 22 860 km² soit une densité de 49 habitants au km². Comme structures de gestion des services de santé, la région compte une Direction Régionale de la santé et cinq Directions préfectorales de santé.

Les structures étatiques d'offre de soins sont : un centre régional ophtalmique, un hôpital régional, quatre hôpitaux préfectoraux, un centre de santé amélioré, 57 centres de santé et 174 postes de santé. Sur le plan des infrastructures privées la région dispose de huit pharmacies privées, deux cliniques médicales, cinq cabinets de soins prives, une clinique AGBEF. Selon l'enquête MICS 2016 le taux d'accouchement assisté dans la région est de 25,5%. Le pourcentage des enfants de 12 à 23 mois complétement vaccine est de 7%. Le pourcentage

des femmes utilisant la PF est de 4 ,6% et les besoins non satisfaits est de 24,6% dans la région de Labé. Ces faibles taux d'utilisation des services expliqueraient le taux élevé de mortalité maternelle et infantile.

7.9.2 Justification

Afin de contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Gouvernement a entrepris une série des réformes pour toute l'administration publique. Pour le secteur santé, quatre réformes importantes sont en cours, à savoir : la décentralisation, la réforme des ressources humaines, la réforme hospitalière et la réforme du financement. En rapport avec la réforme du financement, il y a eu la mise en place de la Cellule technique nationale (CTN) pour améliorer la coordination des interventions des différents partenaires du FBR.

Le Financement Basé sur les Résultats en Guinée vise à améliorer la performance des structures de soins, la performance des différents acteurs, la qualité de services et de réduire le poids financier du coût des soins supportés par les malades. Il permet également de promouvoir des actions incitatives en vue d'améliorer la performance individuelle des agents de santé sur base des résultats réalisés. Ce qui contribue à la politique de rétention des ressources humaines en santé.
Cette approche est un mécanisme de paiement en faveur des prestations produites au niveau des structures contractantes du niveau opérationnel, régional et district permettant ainsi d'adopter une approche holistique de soutien au système de santé.
A l'heure de la mise en œuvre du FBR conformément aux orientations nationales, la DRS de Labé se propose de mettre en œuvre au niveau des structures de la région la démarche FBR pour renforcement la qualité et l'efficience
La mise en œuvre de cette approche se fera dans un esprit de recherche action et d'ajustement progressif de son contenu à l'épreuve des faits.

Ce PAO présente les résultats qui doivent être atteints à tous les niveaux. Il sera éventuellement actualisé en cas de nécessité par concertation avec les différents acteurs sous l'égide du DRS.

7.9.3 Objectifs du plan

- Améliorer la qualité et l'efficience de nos structures sanitaires (publique et privée)
- Augmenter la couverture vaccinale chez les enfants de 0-11mois de 7 à 50% d'ici fin 2019
- Augmenter le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié 36 à 60 d'ici fin 2019 ;
- Augmenter de couverture PF de 7 à 20% d'ici fin 2019 ;
- Augmenter la couverture en CPN et PTME de 25 à 60% d'ici fin 2019 ;
- Augmenter le taux de dépistage de la malnutrition de 30 à 60 pour la même période ;
- Augmenter la motivation du personnelle de 25 à 60%
- Augmenter le taux de satisfaction des clients de 30 à 90%.

7.9.4 Plan d'action

Activités	T3/18	T4/18	QUI
Faire la restitution aux équipes cadres des districts et aux partenaires	X		DRS
Faire un plaidoyer à l'endroit des autorités locales(région et préfecture)	X		DRS/DPS
Mise en place des structures des structures de mise en œuvre	X		DRS / Gouvernorat
Négocier avec les partenaires locaux pour le financement des activités	X		DRS/ Gouvernorat
Faire la cartographie	X		DPS/DPS
Faire une étude de faisabilité au niveau des structures pilotes dans laquelle il faut déterminer le pré requis, le coût de production de services de santé (PMA, PCA) ainsi que le costing du montage et la fonctionnalité des structures. Cette étude pourra aussi permettre de déterminer le niveau de départ des indicateurs de performance		X	DRS / Partenaires d'exécution
Présentation des résultats des études et négociation avec les acteurs		X	DRS
Réajuster potentiellement et signer les accords avec les parties prenantes		X	FOSA
Phase de mise en œuvre proprement dite			
Sensibilisation des parties prenantes sur les modalités de la mise en œuvre.			DRS/DPS
Le renforcement des capacités des institutions et des acteurs de mise en œuvre.			DRS
Elaboration participative du plan de mise en œuvre du FBR et son endossement par les instances attitrées (CNP, CPP et CA)			FOSA/ACV
Exécution des activités dans les structures			
L'élaboration des plans de travail/ Business plan/ plan de management budgétisé et subsidié des structures contractantes			REGULATEUR
La négociation et la signature des contrats de performance et éventuellement des sous contrats ou contrats secondaires			ACV/FOSA
Exécution des activités			ACV
Le coaching/supervision de la structure contractante			
La vérification quantitative et qualitative des prestations		X	ACV
Le paiement des subsides aux structures contractantes			Partenaire
Suivi et évaluation			
L'élaboration des plans de formation			REGULATEUR
Recherche action et documentation			DRS/DPS
L'élaboration d'un plan de recherche région intégrant les différents sujets par province			DRS/DPS
L'appui aux structures dans l'élaboration des protocoles de recherche			DRS/DPS
La mise en place d'un système de diffusion des résultats de recherche (mise en place d'un site internet pays, un bulletin ou une revue semestrielle			DRS/DPS