



**RAPPORT D’EVALUATION – CONTRE-VERIFICATION
SUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET
RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE
DANS LA REGION SANITAIRE 3
PHASE II (FONDS BEKOU)
République Centrafricaine**

Auteurs :
Dr Peter Bob Peerenboom, coordinateur, Tangram
Dr Régina Edwige Lenguetama Kodia, MSP
M. Jacques Denamfea Semsona, RS3
Date : le 31^e mars 2018

Les auteurs tiennent à remercier tous ceux avec qui ils ont pu parler pour le bon déroulement de l'évaluation. Recevoir une équipe d'évaluation externe n'est pas une chose facile. Nous remercions particulièrement tous ceux avec qui nous avons parlé durant nos visites sur le terrain : les malades, le personnel de soins, les membres des COGES et ASLO, les relais communautaires. Ils ont donné leur temps et avec leur ouverture d'esprit ils nous ont permis de saisir les réalités du terrain. Nous remercions les autorités administratives et le personnel des services publics pour les discussions ouvertes et la mise à disposition de la documentation. Et en dernier lieu, mais pas moindre, Cordaid et le personnel de l'AAPRC de Bossangoa pour l'accueil et l'encadrement.

Projet	N° 113430
Auteur(s)	Dr P.B.G.Peerenboom; Dr R.E.Lenguetama Kodia ; M J.Denamfea Semsona
Date	Du 9 au 23 mars 2018
Nom fichier	RapportEvaluationContreVérification2ePhaseFondsBêkou.docx

CONTENU

ABBREVIATIONS	V
1. INTRODUCTION	1
2. METHODOLOGIE	2
2.1. Equipe	2
2.2. Revue des documents du projet	2
2.3. Interviews	2
2.4. Les données statistiques.....	2
2.5. Echantillon des FOSA enquêtées	3
2.6. Contre-vérification	3
3. ATTEINTE DES OBJECTIFS ET RESULTATS	4
3.1. Données générales sur le projet	4
3.2. Quelques résultats	4
3.2.1. Indicateurs.....	4
3.2.2. Qualité des soins.....	6
3.3. Suite donnée aux recommandations.....	7
3.4. Les différents organes du montage institutionnel à Bossangoa	8
3.4.1. Les COGES	8
3.4.2. Les ASLO	8
3.4.3. Les relais communautaires	9
3.4.4. Le district sanitaire	9
3.4.5. La région sanitaire	9
3.4.6. Le comité régional de suivi	9
3.4.7. L'Agence d'Achat de Performance	10
4. LA VERACITÉ DES RESULTATS	12
4.1. La contre-vérification quantitative	12
4.2. La contre-vérification qualitative.....	13
4.2.1. Résumé.....	16
4.3. Les résultats du régulateur.....	17
4.4. La satisfaction du client.....	18
5. COMPARAISON DES DEUX PROJETS	20
5.1. Description générale des deux projets.....	20
5.2. Analyse des résultats	21
5.3. Forces et faiblesses des deux projets.....	23
6. SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS	255
6.1. Recommandations	25
6.2. Conclusion.....	26
ANNEXES	27
Annexe 1. Termes de Référence	28
Annexe 2. Calendrier de travail.....	31
Annexe 3. Questionnaires sémi-structurés	33
Annexe 4. Documents consultés	38
Annexe 5. Recommandations évaluation interne avril 2016.....	39
Annexe 6. Contrevérification qualitative (détails).....	41

* * *

ABBREVIATIONS

AAPRC	Agence d'Achat de Performance et de Renforcement des Capacités
ACT	Active Community Treatment
BAQ	Bonus d'Amélioration de la Qualité
BM	Banque Mondiale
CODIS	Coordination Diocésaine de Santé
COGES	Comité de Gestion
CPN	Consultation Périnatale
CRAME	Centre Régionale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
CSR	Comité de Suivi Régional
CS	Centre de Santé
CTN	Cellule Technique Nationale
DS	District Sanitaire
FBR/R	Financement Basé sur la Performance/Résultats
FOSA	Formation(s) Sanitaire(s)
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
NC	Nouveaux Cas
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PASS	Projet d'Appui au Système de Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités (Hôpitaux)
PCV13-3	Vaccin contre le Pneumocoque numéro 3
PMA	Paquet Minimum d'Activités (CS)
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PS	Préfecture Sanitaire
RS	Région Sanitaire
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
TDR	Termes de Référence
UCM	Unité de Cession des Médicaments
VPO/VP1	Vaccin antipoliomyélitique Oral

* * *

1. INTRODUCTION

Cordaid met en œuvre depuis février 2015 le projet intitulé « Appui à la restauration du système de santé dans les Régions de Bangassou et Bossangoa » avec un financement du Fonds Bêkou. Dans le projet l'approche du Financement Basé sur les Résultats (FBR) est couplée avec la gratuité ciblée conformément aux Directives du Ministère de la santé¹. L'objectif général du projet est de contribuer à la restauration des services de santé de base dans les régions sanitaires (RS) 6 et 3.

Une première phase de 18 mois fut réalisée et les résultats des évaluations internes et externes réalisées à mi-parcours ont noté des progrès vers l'atteinte des objectifs. Des recommandations ont été formulées pour améliorer davantage la qualité de prestation (annexe 5). Il a été jugé pertinent de faire une prolongation dans le temps avec une extension géographique des activités en privilégiant l'approche District Sanitaire. Cordaid met ainsi en œuvre une deuxième phase du projet du 11/08/2016 au 30/06/2018.

Dans le document du projet il a été prévu une évaluation (contre-vérification) durant cette deuxième phase. A cause de l'insécurité dans la RS6, cette mission se réalisera uniquement dans le district sanitaire (DS) de Bossangoa dans la RS3. Le DS Bossangoa couvre 9 Centres de Santé (CS) et 16 Postes de Santé (PS).

Depuis septembre 2016, Cordaid met aussi en œuvre l'approche FBR dans deux districts (Bozoum-Bossemptélé et Paoua) de la même région sanitaire, avec le projet PASS du Ministère de la Santé. Cordaid aimerait profiter de cette évaluation pour comparer les deux projets dont l'un est mis en œuvre dans le DS de Bossangoa (fonds Bêkou) et l'autre dans le DS de Bozoum-Bossemptélé (PASS). Ces deux projets sont similaires en utilisant la stratégie du FBR. Cependant, il y a des différences par rapport à l'approvisionnement en médicaments, l'appui aux investissements et la façon dont on garantit l'accessibilité aux soins pour des groupes cibles.

Pour effectuer l'évaluation des termes de référence (TDR) ont été développés (annexe 1) et un bureau d'étude a été sélectionné par appel d'offre. Un résumé des objectifs formulés dans les TDR est donné ci-dessous.

Objectifs

« L'objectif global de l'évaluation est de mesurer le niveau de résultats obtenus dans le DS de Bossangoa et d'analyser les avantages comparatifs de la stratégie FBR mise en œuvre dans les DS de Bossangoa et de Bozoum-Bossemptélé par rapport au contexte socio-sanitaire et sécuritaire de la RS3 et dans une vision de Relance du Système de Santé et dans le pays en général. »

Spécifiquement, il s'agira de :

1. Analyser le niveau d'atteinte des objectifs et résultats prévus dans le contrat et par rapport aux résultats de la phase I et la suite réservée aux recommandations des évaluations de 2016 ; (comparaison des résultats ? et pourquoi les différences).
2. Vérifier à travers un échantillon la véracité des résultats :
 - a. quantitatifs et qualitatifs dans les FOSA ;
 - b. des différents organes administratifs (Région Sanitaire et District sanitaire) ;
 - c. de la vérification de la communauté concernant la satisfaction.
3. Analyser comment les deux projets contribuent à l'amélioration des 6 piliers du système de santé et dégager les forces et faiblesses de chacun d'eux.

Résultats attendus

Les résultats attendus sont induits par les objectifs spécifiques et incluent :

- I. Un rapport de maximum 25 pages (sans annexes) avec une analyse de la fiabilité des données, de l'efficacité de projet, le fonctionnement et l'efficacité des différents organes du montage institutionnel à Bossangoa et des recommandations pour améliorer le projet ;
- II. La stratégie FBR mise en œuvre dans les deux districts de Bossangoa et Bozoum est analysée et les forces et faiblesses des deux approches sont bien distinguées ainsi que des recommandations ; les similitudes et les différences ainsi que les avantages comparatifs ;
- III. Une présentation des recommandations les plus importantes de cette évaluation à toutes les parties prenantes et à Cordaid Siège.

¹ Arrêté 266/MSPASGAH/DIRCAB/DGSCEH/DEP-2014 du 11 août 2014.

Contenu du rapport

Le texte de l'actuel rapport est l'entière responsabilité de ses auteurs et il n'engage en aucune manière la coordination du projet (Cordaid) ou le bailleur (Fonds Békou).

Après son introduction, ce rapport contient un premier chapitre sur la méthodologie. Ensuite, le chapitre 3 analyse les résultats du projet dans le DS de Bossangoa ; le chapitre 4 contient la contre-vérification quantitative et qualitative des résultats déclarés. Au chapitre 5 une analyse des forces et faiblesses de deux projets Békou – PASS est donnée. Le rapport finit au chapitre six avec une synthèse et des recommandations.

2. METHODOLOGIE

Dans ce chapitre nous décrivons quelques sujets méthodologiques de l'évaluation et de l'analyse.

2.1. Equipe

L'équipe était composée de 3 personnes, telle que prévue dans les TDR. Un consultant international recruté sur appel d'offre, le Dr Peter Bob Peerenboom, médecin spécialiste en santé publique et gestion d'entreprises et directeur du bureau d'étude Tangram. Dr Régina Edwige Lenguetama Kodia, pharmacienne au MSP et M. Jacques Denamfea Semsona, responsable planification et SNIS à la RS3.

Le chef de mission a préparé les questionnaires semi-structurés (annexe 3), la grille d'analyse des résultats de contre-vérification, la présentation des résultats préliminaires auprès de Cordaid et la CTN et il a rédigé le draft du rapport. A chaque étape les autres membres ont donné leurs inputs afin d'enrichir les outils et documents.

2.2. Revue des documents du projet

Il s'agit des rapports et documents mis à la disposition de la mission, qui sont en rapport avec la conception, la mise en œuvre et le suivi du projet ou avec la politique de santé en générale. Les documents suivants ont fait l'objet d'une attention particulière : la proposition de l'intervention, le cadre logique, les contrats entre l'AAPRC et les formations sanitaires, les rapports intermédiaires, les factures, les statistiques sanitaires et les rapports du contrôle de la qualité. Une liste indicative des principaux documents figure en annexe 4 du présent rapport.

2.3. Interviews

Les interviews ont été réalisées avec les différents acteurs de mise en œuvre. Au niveau des FOSA la visite a démarré avec un tour dans les services, suivi par des entretiens avec notamment des membres des associations locales en charge de la vérification communautaire, les membres des Comités de Gestion (COGES), les malades et les relais communautaires. Ensuite la contre-vérification des registres et le pointage du score de qualité ont été exécutés et à la fin de la visite un entretien avec le personnel. L'équipe d'évaluation a également donné son feedback sur les constats majeurs durant la visite. En plus des FOSA nous avons eu des rencontres avec le personnel de l'AAPRC, les membres de l'équipe de la Préfecture Sanitaire de l'Ouham et de la RS3 et un membre du Comité Régional de Suivi (CRS). La Cellule Technique Nationale (CTN) a été visitée au début (briefing) et à la fin de la mission (réunion de restitution). Un calendrier détaillé des activités menées se trouve en annexe 2.

L'évaluation a utilisé des questionnaires semi-structurés pour les interviews. Pour chaque niveau, un questionnaire spécifique a été développé (annexe 3).

2.4. Les données statistiques

La contre-vérification quantitative a focalisé sur quatre indicateurs clés : la consultation des nouveaux cas, la CPN, la vaccination des enfants (Penta 3), et l'accouchement. Pour la contre-vérification qualitative les mêmes sujets sont choisis, auxquels nous avons ajouté la gestion des médicaments et la gestion financière.

Pour la comparaison du projet avec les données du DS Bozoum-Bossemptélé (PASS) nous avons utilisé les documents des deux projets et les statistiques du mois de décembre 2017. Il s'agit des données vérifiées.

Dans tous les deux projets beaucoup d'actes sont gratuits, tels que la vaccination et la CPN. C'est à dire qu'à ce niveau l'utilisation ne peut pas être influencée par le recouvrement de coûts. Pour d'autres indicateurs il y a une différence claire : les accouchements et les consultations de l'enfant de 0-5 ans sont gratuits dans le projet Bêkou. Dans le projet PASS les FOSA appliquent le recouvrement des coûts pour ces deux indicateurs.

2.5. Echantillon des FOSA enquêtées

Le choix des FOSA à visiter a été fait par l'équipe d'une façon raisonnée ; nous avons cherché une variété des circonstances : des Centres de Santé et des Postes de Santé, des FOSA qui ont eu un appui durant la première phase du projet, et d'autres qui ont démarré en juillet 2016 avec la deuxième phase du projet. Des FOSA publiques et une privée non-lucrative. Pour garantir la faisabilité par rapport au temps disponible, les distances à parcourir était un autre élément important ; ensuite la situation sécuritaire devrait être suffisamment assurée. C'est ainsi que nous avons choisi 6 FOSA à visiter et nous avons réalisé toutes les visites prévues. Successivement sont visités le CS de Ouham-Bac, le PS de Wikamon, le CS de Siriri, le CS de Raoul Follereau, le CS de Dow Kota et le PS de Kana.

2.6. Contre-vérification

Pour la vérification quantitative nous avons pris les mois de novembre et décembre 2017 et janvier 2018. Tous ces mois ont déjà été vérifiés par l'AAPRC. Après avoir compté la quantité, de retour à l'AAPRC les données de l'équipe ont été comparées avec la quantité déclarée par la FOSA et la quantité saisie dans le portail et payée par l'AAPRC. En faisant une sommation des données de trois mois, nous avons établi un écart entre les données contre-vérifiées et les données vérifiées, tout en acceptant que le risque d'erreur est de 5%.

La qualité des services dans les FOSA varie dans le temps. Après chaque supervision trimestrielle (pendant laquelle on remplit la fiche d'évaluation de la qualité) les FOSA mettent en place des améliorations ou d'autres changements qui ont eu lieu (ruptures du stock etc.). Afin d'éviter de grandes différences entre la vérification et la contre-vérification, la dernière évaluation de la qualité (janvier 2018) est utilisée comme base pour la comparaison. Nous considérons que les changements survenus dans les FOSA depuis janvier ne sont pas importants et acceptons qu'un écart de 0,5 point soit attribuable à ces quelques éventuels changements. L'équipe d'évaluation a remplis les rubriques choisies sur une fiche d'évaluation vierge. De retour de la visite, les données saisies ont été comparées avec les scores donnés sur la fiche signée par le DS qui se trouvait dans l'archive de l'AAPRC. Tous les scores ont été saisis en Excel pour analyse.

La contre-vérification des résultats du régulateur nous a confronté avec un problème de séparation des fonctions et une question sur l'ordonnateur de l'évaluation. La Région Sanitaire est évaluée par le niveau national (CTN) et le DS par la CTN ensemble avec la Région. Vu la composition de l'équipe d'évaluation, dont un membre du MSP et un membre du staff de la RS3, il n'était pas possible d'être impartial à ce niveau. Raison pour laquelle nous n'avons pas réalisé une vraie contre-vérification.

La contre-vérification communautaire a été réalisée par les interviews d'une dizaine de malades, des représentants de 4 ASLO et de quelques relais communautaires.

3. ATTEINTE DES OBJECTIFS ET RESULTATS

Au premier paragraphe de ce chapitre quelques données générales du projet ont été décrites et la suite donnée aux recommandations de l'évaluation externe de 2016. Le deuxième paragraphe concerne le montage institutionnel du projet avec ces différents acteurs.

3.1. Données générales sur le projet

Les objectifs du projet Bêkou dans sa deuxième phase de juillet 2016 à juillet 2018 ont été :

- Objectif général : *Contribuer à la restauration des services de santé de base dans la région de Bangassou et Bossangoa.*
 - Objectif spécifique 1 : *Améliorer l'accès aux soins de santé de bonne qualité en offrant un PMA et PCA aux populations avec une attention spécifique aux groupes vulnérables : femmes enceintes, femmes allaitantes, enfants de 0 à 5 ans et les cas d'urgences.*
 - Objectif spécifique 2 : *Accompagner le fonctionnement des deux préfectures sanitaires de Mbomou (Région Sanitaire 6 -Bangassou) et Ouham (Région Sanitaire 3 – Bossangoa) dans le suivi et la supervision des formations sanitaires.*

3.2. Quelques résultats

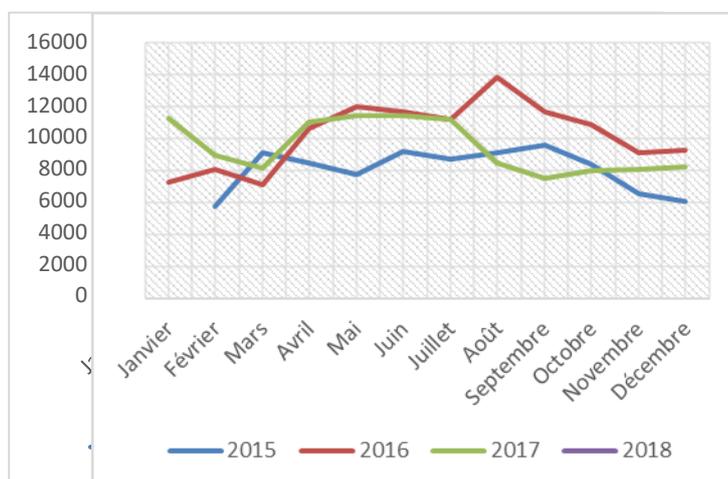
Après avoir visité 6 FOSA, nous avons pu constater que les résultats tels que décrit dans le rapport intermédiaire II de l'AAPRC sont réels. Le système de santé est de nouveau fonctionnel. Les FOSA fonctionnent et la population est, généralement parlant, satisfaite. Les médicaments traceurs sont présents, la gratuité pour les groupes cibles est appliquée. Le DS est fonctionnel et les vérificateurs de l'AAPRC font leur travail. Les enquêtes communautaires de satisfaction du client sont menées. En bref, la restauration des services de santé de base a été effective.

3.2.1. Indicateurs

Dans le document du projet et dans les rapports intermédiaires du projet plusieurs indicateurs ont été suivis de près. Ci-après nous avons copié les graphiques du dernier rapport intermédiaire du projet. Il faut interpréter ces données avec prudence, car ces graphiques sont données en chiffres absolus et pas par rapport aux cibles à atteindre par indicateur tel que décrit dans le manuel national FBR. Ensuite il faut tenir compte du fait que durant la deuxième phase du projet le nombre de FOSA a augmenté, ce qui signifie que les chiffres deviennent automatiquement plus élevés à partir de mi-2016. Cependant, la population couverte durant cette deuxième phase n'a guère augmenté (de 140.000 à 147.000 habitants) ; la majorité des FOSA ajoutées sont des PS dans les mêmes aires de santé des 12 CS déjà couverts durant la 1^e phase du projet.

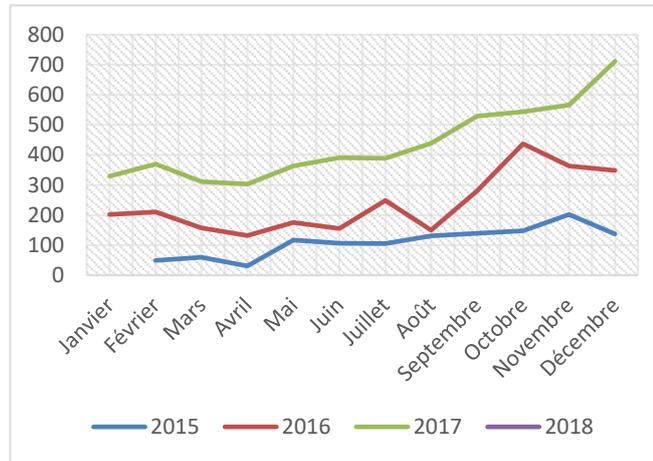
Depuis mi-2017 le projet Bêkou a harmonisé ses indicateurs quantitatifs avec ceux du manuel national. Avant cette période la contractualisation ne concernait qu'une partie du PMA.

Figure 1 : Evolution nouvelles consultations curatives 2015-2018 à Bossangoa



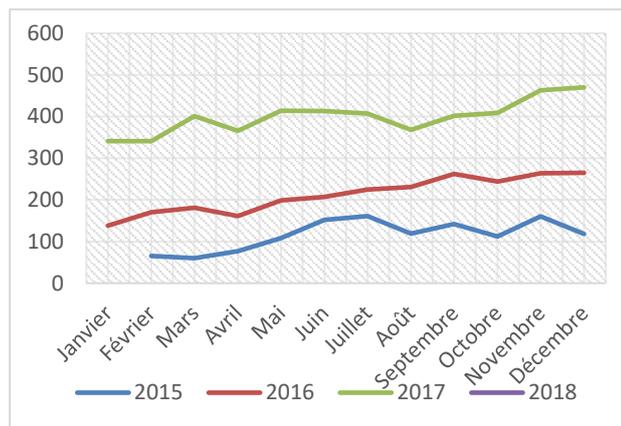
Le nombre de NC adultes reste plus au moins stable durant les années, bien que le nombre de FOSA contracté augmente. Mais la population cible pour faire les calculs, n'a guère changé. Les distances à parcourir pour les malades sont assez importantes, quelquefois des dizaines de kilomètres. Récemment certains CS ont développé une stratégie avancée pour la consultation curative. Mais le taux reste toujours assez bas. Avec l'introduction du recouvrement de coûts (introduction d'une tarification de la consultation curative) la fréquentation semble diminuer (ligne verte figure 1).

Figure 2 : Évolution PENTA3 de 2015-2018 à Bossangoa



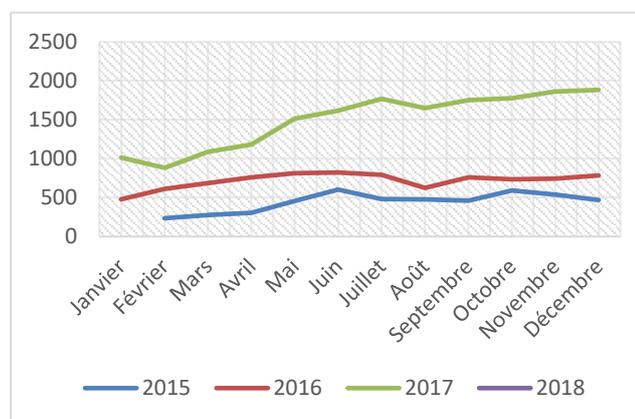
Au niveau de la vaccination on constate une progression positive durant le temps. Durant les visites nous avons constaté que la majorité des FOSA ont développé des stratégies avancées.

Figure 3 : Évolution accouchements assistés de 2015-2018 à Bossangoa



Aussi pour cet indicateur on constate une évolution positive. La grande majorité des femmes accouchent dans une FOSA. Les accouchements à la maison diminuent progressivement.

Figure 4 : Evolution CPN 1-4 de 2015-2018 à Bossangoa



Pour la CPN on constate également une évolution assez importante. Un service qui semble de plus en plus bien compris par la population.

En revanche, certaines prestations restent très basses. Le dépistage et le traitement de la tuberculose n'est assuré que par un seul CS. Le teste volontaire du VIH n'est pas encore très répandu et le suivi du traitement n'est pas décentralisé vers les CS comme dans des pays voisins. Le dépistage et le traitement des enfants malnutris connaît un ralentissement. Les FOSA accusent le programme PAM qui ne livre plus suffisamment d'intrants, mais les FOSA n'ont pas été suffisamment imaginaires non-plus, pour produire une bonne nourriture adéquate avec des produits locaux.

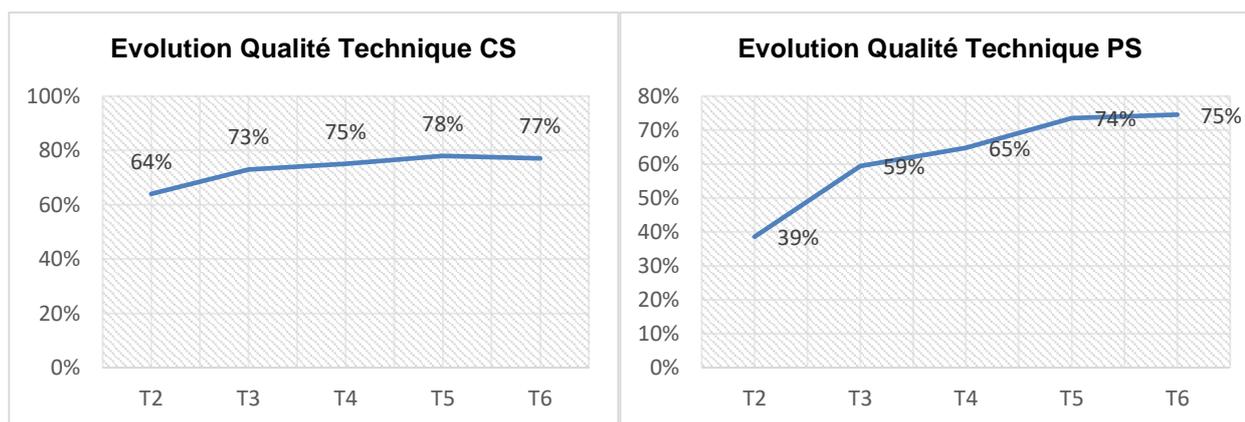
Les programmes nationaux de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose n'ont pas développé des stratégies avancées adaptées aux réalités du terrain. C'est la raison principale pour laquelle il est difficile pour les CS de compléter leur PMA avec ces indicateurs.

Cependant, beaucoup de FOSA viennent de démarrer la prestation du PF après avoir suivi la formation en octobre dernier. Les FOSA sont appuyées par le FNUAP pour l'approvisionnement en intrants.

3.2.2. Qualité des soins

Bien que les résultats quantitatifs du projet soient assez satisfaisants, il y a encore beaucoup à faire. Dans ce paragraphe nous nous focalisons plus sur la qualité des soins.

Figure 5 : Evolution score qualité technique à Bossangoa



Les scores de qualité montent, car les FOSA ont fait un grand effort pour disponibiliser les intrants. Le canevas national met actuellement l'accent sur ce cadre minimum pour pouvoir travailler. Après une période de guerre, ce type de contrôle de qualité est bien adapté. Mais après un certain temps les conditions minimales commencent à être réalisées. Bien qu'elles restent nécessaires, elles ne reflètent pas bien la qualité des soins. Les visites de terrain nous ont montré à ce niveau des grandes faiblesses :

- Il n'y a que 3 CS avec un IDE ; heureusement tous les CS ont au moins un infirmier assistant ; en revanche la majorité des PS n'ont pas de personnel formé ;
- L'essentiel des investissements en équipement est réalisé (mobilier, vélo, lits, pt équipement, etc.), mais par rapport aux infrastructures il y a encore beaucoup d'investissements à faire : construction des bâtiments, incinérateurs, eau courante, électricité, etc. La majorité des FOSA n'ont pas suffisamment de recettes pour financer tous ces investissements avec les recettes propres.
- Les outils de travail formel, tels que les registres de CPN, carnets de vaccination et de CPN, registres avec partogramme, etc. manquent ;
- L'approvisionnement en MEG semble bien fonctionner, mais l'approvisionnement en produits PAM, l'ACT du programme national de lutte contre le paludisme, etc. connaissent des ruptures de stock assez importantes ;
- Les formations dans plusieurs domaines ont été données (p.ex. gestion financière, gestion des médicaments, SONU, ordinogrammes) mais il manque un suivi rapproché de terrain. Les grossesses à risques ne sont pas dépistées lors de la CPN, les accouchements ne sont pas surveillés partout par un partogramme correctement rempli, la qualité des traitements curatifs est faible et par manque d'enregistrement non-contrôlable (le personnel ne précise pas la posologie du traitement) ; les outils de gestion sont distribués mais la majorité reste dans les armoires sans être utilisés.

- Le contrôle des sorties à la pharmacie n'est pas possible à cause d'un manque de posologie à la consultation.
- Il y a l'absence quasi totale des examens de laboratoire ; il n'existe pas un système de supervision et contre-expertise pour les labos existants.

Médicaments

La composition de l'équipe d'évaluation, dont un membre pharmacienne, nous a permis de regarder plus spécifiquement la gestion et l'utilisation des médicaments. Au niveau national Assomesca gère le dépôt des médicaments gratuits du projet Bêkou au nom de Cordaid Bangui. Assomesca assure également le transport entre Bangui et Bossangoa. A Bossangoa c'est l'équipe du CODIS de l'Eglise Catholique qui gère les médicaments de la gratuité. Sur demande de Cordaid les médicaments sont livrés aux FOSA.

A Bossangoa Cordaid a également appuyé la Région à réhabiliter le bâtiment de l'ancien dépôt pharmaceutique régional (CRAME) qui n'était plus fonctionnel les dernières années. Actuellement le bâtiment a été réhabilité ; il reste encore le financement de la clôture, l'entrée du terrain et l'équipement. L'Assemblée Générale du CRAME a nommé un petit comité afin d'étudier la possibilité de la réouverture.

A partir des visites de terrain nous aimerions noter plusieurs observations :

- Les gestionnaires de la pharmacie des FOSA ont été formés en 2017 et ils ont reçu les outils de travail tels que les registres, fiches de stock, fiches d'inventaire, etc. Cependant, en dehors d'une seule FOSA visitée, les autres n'utilisent pas correctement ces outils distribués. Il manque un suivi rapproché de terrain. D'ailleurs, le niveau d'éducation formelle de certains gestionnaires nous fait penser qu'il serait souhaitable de fixer un niveau minimum.
- L'origine des médicaments traceurs est claire, car ils sont livrés par le projet Bêkou. Raison pour laquelle le score de la grille de qualité par rapport à la provenance des médicaments est bonne. En revanche, 5 sur 6 FOSA gèrent également une 'pharmacie de vente' à côté de la 'pharmacie de la gratuité'. Cette deuxième pharmacie est généralement gérée sur le compte du COGES. Quelque fois le stock de cette deuxième pharmacie était plus important que celui de la gratuité. L'origine de ces médicaments de vente n'est pas toujours claire et leur qualité n'est pas garantie. Nous avons eu l'impression qu'il existe un certain conflit d'intérêt entre ces deux pharmacies. Par la suite, la situation pour le malade devient floue, car à chaque moment on peut dire que le médicament gratuit manque, sans que le malade puisse contrôler si cela est vraie. Pourtant les derniers mois il y a eu très peu de ruptures de stock à partir du dépôt de distribution de Bossangoa.
- Une seule FOSA visitée ne gérait qu'une seule pharmacie ; au moment de la rupture de stock des médicaments gratuits, le COGES achetait un complément sur le marché libre avec l'argent des subides FBR. Pour le malade, la situation ne change pas, les médicaments sont distribués gratuitement. Cette FOSA n'avait pas de plaintes par rapport aux ruptures de stock des médicaments gratuits.
- Etant donné qu'à la consultation on ne note pas le nombre de molécules prescrites, il est impossible de contrôler la quantité des médicaments sortis de la pharmacie de gratuité.

3.3. Suite donnée aux recommandations

L'annexe 6 contient toutes les recommandations du rapport d'évaluation d'avril 2016. C'était une évaluation interne à la fin de la 1^e phase d'exécution du projet. Dans ce paragraphe nous reprenons seulement quelques recommandations qui sont importantes pour la situation actuelle.

1. Une première recommandation concernait l'amélioration de la gestion des médicaments au niveau des FOSA et la faible tenue des fiches. Malgré la formation des gestionnaires, nous constatons que la situation reste insuffisante. La plupart d'outils de travail ne sont pas bien tenus. Il est probable que le niveau d'instruction des gérants de la pharmacie est généralement trop bas pour s'attendre au changement souhaité. Le DS pourrait formuler un niveau minimum d'embauche pour cette fonction.
2. Une deuxième recommandation tournait autour de la gestion financière avec l'ouverture des comptes et la création des réserves financiers. Cette recommandation a été suivie, car toutes les FOSA ont actuellement un compte bancaire à Bossangoa, qu'elles utilisent comme un compte d'épargne. Il faut encore insister auprès des FOSA/COGES pour qu'elles ouvrent un livre de banque.
3. La sous-contractualisation des postes de santé par les CS a été abandonnée en rapport avec une autre recommandation. Tous les PS ont un contrat principal. L'équipe d'évaluation n'a pas étudié la carte sanitaire pour comprendre si toutes les PS sont viables à long terme.
4. Les activités de l'AAPRC sont plus régulièrement menées et les rapports périodiques sont faits. Une faiblesse reste au niveau de l'encadrement technique des FOSA. Bien que les vérificateurs fassent un certain coaching, le rôle de l'AAP à jouer dans ce domaine n'est pas bien défini en rapport au travail à faire par

l'Equipe Cadre du DS. Cette dernière ne fait que peu de visites de supervision et coaching en dehors des visites de contrôle trimestriel de la qualité technique.

5. La question de la séparation du dispensaire de l'hôpital de Bossangoa et des services hospitaliers reste d'actualité. Elle ne dépend pas du projet mais de la politique sanitaire en général dans la matière. Une question complexe étant donné que certains services de l'hôpital sont appuyés par MSF et que l'hôpital en soi n'a pas de contrat FBR pour le PCA.
6. Les opportunités d'apprentissage sont créées, par exemple au niveau du choix des indicateurs qui sont actuellement harmonisés avec le programme national. C'est ainsi qu'on a également introduit les indicateurs spécifiques pour les indigents. Le projet utilise depuis mi-2017 le portail national. Mais l'échange entre les AAPRC de différentes régions et projets n'est pas réalisé. D'ailleurs le CRS ne fonctionne que pour le projet Bêkou.
7. Afin d'assurer une séparation adéquate des fonctions, un comité de validation des données a été créé.
8. L'objectif que toutes les FOSA assurent le PMA, n'est pas encore réalisé. Plusieurs programmes nationaux (p.ex. tuberculose, VIH-SIDA, paludisme) n'ont pas développé des stratégies pour que chaque CS puisse être impliqué. Il y a des multiples exemples dans les pays voisins qui ont réussi dans ce sens. Le CRS suit la situation trimestriellement. Pour le moment il n'existe pas d'indicateurs du DS concernant la complétude du PMA.
9. Le contrôle croisé de l'évaluation de la qualité technique des FOSA n'est pas réalisé. La contre-vérification qualitative exécutée durant cette évaluation (chapitre 4) souligne l'importance de cette recommandation.
10. Bien qu'une formation ait été organisée pour renforcer la gestion financière, cet effort n'a pas encore abouti à une amélioration substantielle. Dans plusieurs FOSA la gestion financière n'est pas suffisamment transparente. Nous accusons partiellement le manque de volonté dans certains endroits. A ce moment l'AAPRC devrait mieux prendre sa responsabilité en proposant des mesures correctrices auprès du CRS.

3.4. Les différents organes du montage institutionnel à Bossangoa

Le contenu de ce paragraphe concerne une description brève des acteurs impliqués dans l'approche FBR.

3.4.1. Les COGES

Le comité de gestion doit jouer un rôle d'interface entre la formation sanitaire et la population. Avec la stratégie du Financement Basé sur les Résultats, le contrat de la FOSA est signé conjointement par le responsable de la formation sanitaire et le président du COGES. Le comité de gestion participe normalement dans l'élaboration du plan d'action de la FOSA. Il participe également à la prise de décisions (pour les investissements par ex.) et collabore avec l'équipe de santé et aide à trouver des solutions pour les problèmes sanitaires locaux. Dans toutes les formations visitées il y a eu des élections pour les COGES et les membres ont été formés. Dans les plans d'action des formations sanitaires, 5% des recettes sont prévus pour soutenir les activités des COGES. Elles sont utilisées pour le transport, les réunions, etc. Nous avons trouvé plusieurs COGES fonctionnels avec des membres enthousiastes qui collaborent étroitement avec l'équipe de soins. Cependant, ce n'était pas partout le cas. Il y avait un COGES qui ne s'est pas réuni durant plus d'une année et dont les membres ne sont pas impliqués à la gestion financière de la FOSA ni de l'utilisation des subsides octroyés. L'AAPRC est bien au courant, mais il n'a pas proposé des mesures correctives auprès du CRS pour remédier à la situation. D'ailleurs, durant la contre-évaluation l'équipe a constaté que la tenue des registres de comptabilité laisse beaucoup à désirer dans la majorité des FOSA.

La majorité des FOSA ont ouvert un compte bancaire à Bossangoa. En principe le titulaire du poste et le président du COGES gèrent ce compte ensemble (double signature). Dans un premier temps Cordaid a utilisé ces comptes pour le paiement des subsides. La période de transfert de l'argent entre Bangui et Bossangoa était tellement longue, qu'on a repris l'ancienne habitude d'un paiement au comptant. Les comptes bancaires servent actuellement comme des comptes d'épargne.

3.4.2. Les ASLO

Dans toutes les FOSA visitées les enquêtes communautaires sont organisées. L'AAPRC établit trimestriellement un rapport avec les résultats des enquêtes. C'est-à-dire que la voix de la population est réellement entendue. Cependant, il était difficile aux équipes de nous donner des exemples spécifiques des mesures prises par la FOSA en liaison avec les résultats des enquêtes.

En pratique il est assez difficile d'organiser une contre-évaluation du travail réalisé par les ASLO. Pour éviter des faux résultats l'AAPRC a introduit un système de cas 'fantômes'.

Les ASLO contractées étaient généralement très contentes avec leur contrat. Les recettes reçues sont utilisées pour investir dans différentes activités telles que l'animation des jeunes, des activités génératrices de revenus (vente des produits agricoles) et l'achat d'une voiture d'occasion.

Les ASLO contractées se réunissent trimestriellement mais elles ne sont pas (encore) mis en réseau. A mi-terme le projet pourrait stimuler une telle collaboration. A ce moment un représentant pourrait devenir membre du CRS pour renforcer la voix de la population.

3.4.3. Les relais communautaires

Les relais communautaires sont fonctionnels à certains endroits, mais nous avons eu l'impression que leur fonctionnement n'est pas très structuré. La CTN est en train d'élaborer une approche nationale avec des indicateurs bien définis dans la nouvelle version du manuel national.

3.4.4. Le district sanitaire

L'équipe de la PS de l'Ouham est trop restreinte pour pouvoir encadrer efficacement toute la préfecture. Leur contrat dans le projet Bêkou ne prévoyait que les activités pour 5 communes sur 6, du DS de Bossangoa. Récemment le découpage définitif de la PS de l'Ouham en 4 DS a eu lieu, et les médecins-chefs de district nommés. Prochainement suivra la nomination des autres membres des équipes cadres. D'ailleurs cette nomination doit être suivie des investissements en matériel et un budget de fonctionnement avant que ces équipes soient réellement fonctionnelles.

Nous n'avons pas fait une contre-vérification des résultats du projet FBR au niveau du DS. Le dernier score vérifié par la RS3/CTN était de 100%. On peut se poser la question sur la valeur réelle d'un tel score ; nous ne doutons pas ce score, mais beaucoup plus le rôle que joue cette équipe effectivement sur le terrain. Les indicateurs actuels de la contractualisation concernent surtout la coordination (réunions) et la régulation (SNIS, activités dans le cadre de l'approche FBR) et moins le vrai encadrement des FOSA (supervision, formation, approvisionnement en intrants des programmes nationaux). Raison pour laquelle le score de 100% ne peut se marier avec les faiblesses constatées au niveau des FOSA : absences des registres, trop peu de rigueur dans le contrôle de la qualité des soins, manque d'encadrement, outils de gestion non-utilisés, manque d'ACT dans certains endroits, etc.

Mais il y a également des points très positifs. La formation en PF a permis un grand nombre de FOSA de démarrer ce service. Cependant la formation en SONU, elle n'a pas encore abouti à un changement effectif du comportement des matrones. Il faut encore un encadrement beaucoup plus rapproché pour changer les anciennes habitudes. Autre point positif est la mise à disposition des vaccins et la maintenance de la chaîne de froid. Plusieurs FOSA ont récemment reçu des frigos électriques sur panneaux solaires.

La promptitude et la complétude dans le système de rapport du FBR est mieux que celui du SNIS. Dans le SNIS il y a beaucoup de données qui manquent. Actuellement l'AAPRC envoie chaque mois une copie des indicateurs vérifiés au DS pour faire une comparaison avec les données SNIS.

3.4.5. La région sanitaire

Le dernier score était également à 100%. La région s'occupe entre autres de la vérification des indicateurs au niveau du DS ensemble avec la CTN et l'organisation de la vérification de la qualité technique au niveau du PCA en collaboration avec les médecins (contrôle par les pairs). La région fait également une inspection des dépôts pharmaceutiques. De temps en temps elle contre-évalue également les scores de qualité attribués par les DS.

Il y a quelques différences entre le PASS et le projet Bêkou par rapport aux indicateurs et la hauteur des subsides. Il est souhaitable d'harmoniser davantage les deux projets.

3.4.6. Le comité régional de suivi

Le Comité de Suivi Régional (CSR) mis en place lors de la 1^e phase du projet a continué à fonctionner. Il se réunit semestriellement. Cette plate-forme est composée des autorités politico-administratives, des autorités sanitaires et d'autres secteurs de développement, de la société civile, des leaders communautaires et associatifs et d'autres partenaires ONG travaillant dans le secteur de la santé. Il suit avec attention la complétude du PMA par toutes les FOSA. Malheureusement l'AAPRC ne l'a pas encore utilisé pour corriger certains problèmes de gestion au niveau des FOSA/COGES. Une fois le CRS a conseillé aux FOSA d'apprêter plus d'attention à l'accueil des malades avec respect.

Un problème ressenti au niveau de la Région est l'absence totale d'une morgue dans toute la région.

3.4.7. L'Agence d'Achat de Performance

Pour faire l'analyse institutionnelle de l'AAPRC nous avons utilisé un modèle d'analyse simple. Ce modèle représente une organisation avec ses éléments clés de fonctionnement. En premier lieu le processus primaire, c'est-à-dire la raison d'être de l'organisation : intrants – activités – produits. Ensuite quelques éléments du fonctionnement interne : les objectifs, la culture, la technologie utilisée et la structure. Pour finir la communication avec l'environnement et l'évaluation interne et externe.

Le processus primaire

Toute organisation a sa raison d'être dans la production des effets dans son environnement. Généralement on appelle cette production en termes de gestion 'le processus primaire'. Dans ce processus primaire les ressources (intrants) sont mobilisées pour effectuer un travail afin qu'il y ait des produits et l'atteinte des objectifs assignés.

Pour l'AAPRC le document du projet a assigné deux missions importantes : (1) le système de contractualisation (contrats – vérification – paiement) et (2) l'appui auprès du DS de Bossangoa.

Il s'agit d'un domaine spécialisé avec des produits divers, qui demandent une expertise technique importante et diversifiée, qui a été mobilisée par l'ONG internationale Cordaid.

Les intrants ont été prévus dans le document du projet : les ressources humaines, équipement, transport, etc. En général les ressources sont suffisantes pour permettre à l'AAPRC de mener ces activités.

Les activités, c'est-à-dire le travail de contractualisation est bien décrit dans le manuel national FBR. La périodicité des activités à mener est claire et aussi les délais dans le temps.

Par rapport à l'appui auprès du DS les activités à mener sont beaucoup plus diffuses. L'AAPRC donne des appuis divers dans les séances de formation, la procédure de vérification de la qualité technique, la facilitation de la réunion du CRS, etc.

La programmation du travail se discute en réunion de l'équipe toutes les semaines.

Quatre éléments clés

Ces éléments sont des facteurs qui influencent l'exécution du processus primaire.

Les objectifs

En général la mission de l'AAPRC est claire par rapport à la contractualisation. L'équipe sais ce qu'on entend d'eux. Par rapport à l'appui à donner au DS, l'objectif est beaucoup plus flou. Quel est le rôle de la RS à ce niveau ? Et par rapport au renforcement des FOSA, qui doit prendre les initiatives ? Est-ce que ce n'est pas premièrement une tâche du DS de programmer cela. Et que l'AAPRC renforce à ce moment l'activité du ECD ?

La programmation du travail et la périodicité des reportages sont bien connues et respectées.

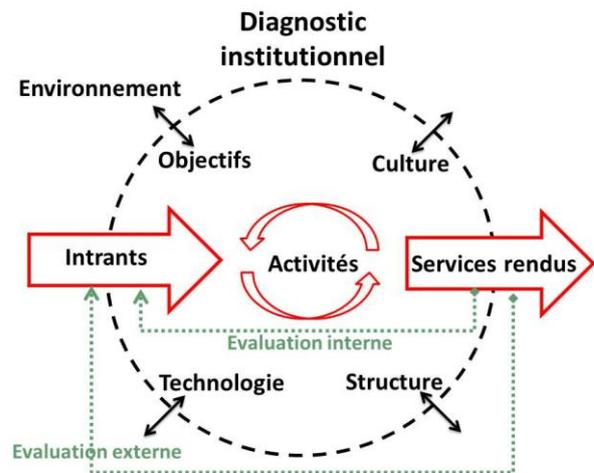
La culture

La culture est déterminante pour le comportement des individus dans un service. Il s'agit des sujets tels que la façon dont les bureaux sont organisés, comment les gens s'habillent, comment les réunions sont organisées, la ponctualité, l'accent sur les procédures ou sur le résultat, etc. C'est un facteur complexe et difficile à maîtriser. Un facteur important dans la culture de travail est l'organisation du leadership, la façon dont on organise la hiérarchie et comment le chef de service se comporte. L'AAPRC n'a qu'une petite équipe avec un leadership assez informel. L'AAPRC fait partie de l'ONG Cordaid et on constate que le bureau à Bangui grandit de jour en jour. Ceci nécessite de mieux structurer les différents services avec comme effet pour quelqu'un de l'extérieur l'augmentation de la lourdeur administrative.

La technologie

La technologie de contractualisation est complexe, mais assez claire et maîtrisée. Les outils sont présents. L'archivage régulier. Un problème se pose autour de l'utilisation du portail national dans lequel on ne peut pas saisir toutes les données.

Figure 6 : Cadre d'analyse institutionnelle



La structure

La structuration au niveau de l'équipe de l'AAPRC est claire avec peu de hiérarchie formelle. Chacun a une description des tâches. Le mandat du coordinateur est clair pour pouvoir agir localement. Pour certaines choses il faut l'aval de Bangui, mais les procédures à suivre sont claires.

L'évaluation interne

Périodiquement une évaluation interne est organisée. D'ailleurs Cordaid connaît une administration financière rigoureuse avec un contrôle périodique par des auditeurs internes.

L'évaluation externe

L'évaluation externe s'organise à chaque fin du projet. L'AAPRC ne connaît pas une contractualisation trimestrielle avec la CTN telle que dans le projet PASS.

En conclusion, le fonctionnement de l'AAPRC est assez satisfaisant avec des résultats assez clairs par rapport au volet de l'approche de FBR. Cependant, en ce qui concerne le volet 'appui à la DS', l'objectif, les résultats à atteindre et les activités à mener ne sont pas toujours bien définis. Quelquefois il semble exister une confusion de rôle entre l'AAPRC, le DS et la RS.

4. LA VERACITE DES RESULTATS

Dans les TDR il y a eu trois sujets à vérifier : les résultats quantitatifs et qualitatifs dans les FOSA, les résultats des organes administratifs et la satisfaction des clients.

4.1. La contre-vérification quantitative

Tels que décrit dans la méthodologie, nous avons pris les chiffres de trois mois sur les 4 indicateurs déjà indiqués dans les TDR. La quantité saisie par l'équipe d'évaluation a été comparée avec la quantité déclarée par la Formation Sanitaire d'une part, et la quantité enregistré par l'AAPRC d'autre part. Pour pouvoir compter un cas, les critères du manuel national FBR ont été utilisés. Le tableau 1 en donne les résultats.

Tableau 1. Comparaison entre les quantités déclarées, celles vérifiées par l'AAPRC et celles contre-vérifiées par l'équipe d'évaluation

Indicateur	Nombre déclaré	Vérifié par l'AAP	Contre-vérifié	Ecart	Ecart en %
Nv consultations externes à partir 5 ans	3.392	3.356	3.214	142	4,4%
Pentavalent 3, VPO3/VPI et PCV13 3	643	646	634	12	1,9%
Consultations prénatales 1-4	1.710	1.650	1.745	-95	-5,8%
Accouchements	426	425	427	-2	<1%

Nouvelles consultations externes

Définition : *Le registre doit contenir le nom, prénom, âge, sexe, localisation, contact, signe et symptômes, diagnostic, traitement, ou conduite à tenir, adresse, téléphone. Si un malade est vu plusieurs fois pour le même épisode de maladie, il ne doit être compté qu'une seule fois dans les déclarations.*

Cet indicateur est relativement facile à contrôler à partir du registre de consultation. Cependant, il y a eu des écarts assez importants pour plusieurs raisons. L'écart le plus important a été occasionné par un CS avec une stratégie avancée pour cet indicateur. Et l'équipe du centre a oublié de montrer ce registre à l'équipe d'évaluation. Il s'agissait de 148 cas. En dehors de quelques erreurs de comptage nous n'avons trouvé aucun cas où le nombre a été sagement manipulé.

L'indicateur 'NC-indigents' a été introduit à partir de juillet 2017 et les FOSA commencent à le déclarer. Dans un des centres nous avons constaté que le pourcentage d'indigents a monté en flèche en trois mois, de 0% à plus de 30%. Ce constat fait appel à l'AAPRC de réfléchir pour baliser la déclaration des indigents :

- De mettre un maximum de 20% tel qu'utilisé dans le projet PASS ; et de proposer au CRS de statuer sur un pourcentage plus élevé au moment où on peut prouver que les 20% ne suffit pas (p.ex. camp de réfugiés) ;
- D'introduire une méthodologie d'identification des indigents.

Pentavalent 3

Définition : *Le nombre d'enfant de 0-11 mois vacciné en pentavalent 3 VPO3/VPI et PCV13-3 au cours du mois. L'écart minimum entre les différentes doses doit être respecté.*

Le comptage de cet indicateur prend beaucoup de temps, car il faut fouiller toutes les dates de vaccination sur plusieurs pages par centre. D'ailleurs, l'indicateur est souvent enregistré dans plusieurs registres : celui de la FOSA et ceux des villages vaccinés en stratégie avancée. Raison pour laquelle on peut facilement trouver des petites différences. Actuellement il n'existe pas une méthode de pointer les Pentavalent 3 qui sont déjà déclarés durant la période postérieure.

Consultations prénatales

Définition : *Il s'agit de toutes les femmes enceintes reçues en CPN dans la FS au cours du mois. Tout cas de CPN1, ou CPN2 ou CPN3 ou CPN4 au cours du mois. Le numéro de visite doit être marqué.*

Un indicateur facilement à vérifier, car toutes les CPN sont enregistrées à chaque moment que la femme vient. La cause du grand écart trouvé est d'une part une erreur de comptage et d'autre part l'oubli d'un CS de déclarer les CPN en stratégie avancée auprès de l'AAPRC. Il s'agissait de 58 cas.

Les accouchements

Définition : *Il s'agit de la somme d'accouchements eutociques et dystociques assistés par un personnel qualifié (SF/IADE, AA, matrone qualifiée) capable de fournir les six soins obstétricaux de base. Nous comptons le livre d'accouchements.*

En dehors d'une seule erreur de comptage, il n'y avait aucun écart constaté.

Conclusion

En conclusion, nous pouvons dire que la contre-vérification n'a donnée aucun signe que les données quantitatives déclarées et vérifiées ne sont pas justes. Tous les écarts importants ont trouvé une raison quelconque.

4.2. La contre-vérification qualitative

Nous avons choisi 7 paragraphes de la grille de qualité nationale pour faire la contre-évaluation : la consultation curative, le programme de vaccination, la CPN, la maternité, la gestion des médicaments y inclus les médicaments traceurs, et la gestion financière. Dans 5 FOSA sur 6 nous avons eu le temps de remplir une grille vierge. Les résultats sont donnés ci-dessous. Dans les tableaux nous n'avons que cité les indicateurs dont l'écart entre le score moyenne de l'équipe d'évaluation (CV) et celui du DS a été >0,5. Les détails de tous les indicateurs se trouvent en annexe 6.

Consultation externe nouveaux cas

Tableau 2. Contre-vérification qualitative de la consultation externe

CONSULTATION CURATIVE DES MALADES	CV	DS	Ecart
La prise en charge du palu simple est correcte : voyez le registre les 5 derniers cas (CTA+TDR)	0	0,8	0,8
La prise en charge du palu grave est correcte : voyez dans le registre les 2 derniers cas traités (Artesunate/Arthemeter injectable)	0	0,8	0,8
La prise en charge des IRA est correcte (conformément à l'ordinogramme OMS qui doit être disponible et appliqué)	0	0,8	0,8
La prise en charge de la diarrhée est correcte conformément à l'ordinogramme qui doit être disponible et appliqué	0	1	1
Référence des malades bien faite selon l'ordinogramme : vérifier les motifs de références	1,2	2	0,8
Points TOTAUX - 33 points maximum	76%	92%	15%

Le grand écart entre le score de l'équipe d'évaluation et le DS a été sur la prise en charge du malade. Dans les registres de la consultation il existe une colonne 'traitement' dans lequel on devrait noter tout le traitement et les conseils donnés. En réalité cette colonne n'est rarement remplie correctement. On note plusieurs problèmes :

- Quelques molécules sont notées, mais pas tout le traitement ;
- La posologie et le nombre de jours à suivre le traitement est rarement noté ;
- Le diagnostic posé, par exemple palu simple, ne correspond pas du tout avec le traitement prescrit ;²
- La colonne est très étroite, dont le personnel accuse le manque de place (ce qui est vrai).

L'équipe d'évaluation a été bien stricte à cet endroit. Car le vrai contrôle de la qualité des soins curatifs dépend en large mesure du remplissage correct de cette colonne. Il est alors étonnant de constater que le DS donne moyennement un score de 0,8 sur 1. Ceci signifie qu'il n'existe pas un vrai encadrement du personnel à ce point, mais on accepte une réalité très médiocre.

² Dans une FOSA la moitié des malades avec palu simple était traité avec une perfusion avec quinine !

Programme de vaccination

Tableau 3. Contre-vérification qualitative du programme de vaccination

VACCINATION	CV	DS	Ecart
Absence d'autres produits en dehors des vaccins et les solvants dans le réfrigérateur : vérifiez le contenu du réfrigérateur	1,8	2,4	0,6
Existence d'un graphique de suivi de la Couverture Vaccinale à jour au BCG, PENTA3 et le VAR : vérifiez si la courbe a été complétée mensuellement à partir des doses cumulées administrées	0,6	2,4	1,8
Points TOTAUX – 33 points maximum	67%	82%	15%

En général les registres de vaccination sont très bien tenus. Dans certaines FOSA le personnel a des problèmes de remplissage des registres de stock de vaccins et le calcul du stock de sécurité. La différence de score par rapport à l'existence des graphiques de suivi de la couverture vaccinale peut être expliqué à cause de la date que nous sommes passée. En janvier l'équipe du DS a trouvé les tableaux de l'année 2017, tant que pour l'équipe d'évaluation externe on aurait déjà dû tracer les tableaux pour 2018. Un grand nombre du personnel qui s'occupe de la vaccination ne sais pas faire de tels graphiques. Nous avons suggéré aux titulaires des centres de donner un appui dans ce sens.

Consultation prénatale

Tableau 4. Contre-vérification qualitative de la consultation prénatale

CONSULTATION PRE-NATALE	CV	DS	Ecart
Fiche CPN disponible (au moins 10) et bien rempli : vérifier le remplissage sur les 5 dernières fiches	1,2	3	1,8
Registre de la CPN disponible et bien rempli : identité complète, état vaccinale, date de visite, rubrique Grossesse à Haut Risque (GHR) bien rempli incluant problématique et action prise	0,8	2	1,2
Points TOTAUX – 11 points maximum	55%	84%	29%

Très peu de FOSA ont les fiches de CPN disponibles ; le personnel se plaint que le DS ne met pas à leur disposition ces outils formels. Ensuite on se contente de tracer soi-même des tableaux dans des cahiers. Cette pratique est à louer, mais nous avons quand même donner un score zéro dans ce cas. Car les fiches officielles ne sont pas pour rien imprimées : le suivi devient beaucoup plus clair et on ne peut pas facilement oublier de vérifier certains éléments durant la CPN.

Les registres de CPN sont tenus, mais en dehors d'une seul FOSA, partout la colonne 'grossesse à risque' n'était pas remplie. La discussion avec les matrones montre qu'il existe un réel problème de manque de connaissance sur le dépistage des risques et la conduite à tenir.

La maternité

Tableau 5. Contre-vérification qualitative de la maternité

ACCOUCHEMENT	CV	DS	Ecart
Disponibilité de partogramme correctement rempli	1,8	2,4	0,6
Tous les accouchements effectués par un personnel qualifié : identification des accoucheuses à partir des noms dans le registre	0,8	1,6	0,8
Points TOTAUX - 25 points maximum	82%	84%	2%

Pour la maternité il y a eu quelques observations. Pour l'indicateur de la disponibilité du partogramme le DS utilise un score maximum d'un. Dans le manuel national il a un score maximum de 3. Dans nos calculs nous avons rectifié celui du DS pour appliquer le score de 3 tel que prévu au niveau national. L'écart est surtout dû au remplissage correct.

Ensuite l'équipe d'évaluation était étonnée du fait qu'aucun PS n'utilise le partogramme et qu'un CS ne remplissait que le partogramme à partir d'une dilatation de 4 cm. Il est probablement vrai que les matrones, avec

des formations parfois dérisoires, auront des difficultés à remplir le partogramme tel que développé pour les CS. Mais l'OMS a développé un partogramme plus simple.³ Le dépistage de facteurs de risque avant l'accouchement, la surveillance en maternité avant une dilatation de 4 cm, le suivi de la dilatation du col sur le graphique, et le suivi de la fréquence du bruit de cœur sont à la portée de toutes les matrones. La condition est qu'on les forme et qu'on les suit sur le terrain. Le partogramme devrait justement aider à ces matrones peu formées de signaler à quel moment il faut référer.

Un problème réel reste les distances énormes et les moyens de transport pour évacuer les parturientes. Pour le moment le transport n'est à peine organisé. D'ailleurs les hôpitaux n'ont pas développé des structures d'attente pour les femmes à risques.

L'équipe d'évaluation a été plus stricte pour coter la qualification des matrones. Le suivi d'un stage de quelques semaines dans un hôpital ne suffit pas pour avoir une qualification officielle. Le fait qu'on ne distribue pas les partogrammes aux PS signifie que les autorités sanitaires jugent le niveau du personnel dans les PS insuffisant.

Devant cette réalité il sera difficile de changer la mortalité maternelle. Il faut mettre plus d'accent sur le dépistage des grossesses à risque et d'introduire un partogramme simplifié dans les PS. Cela demande tout un programme de recyclage et d'accompagnement.

Gestion des médicaments

Tableau 6. Contre-vérification qualitative de la gestion des médicaments

GESTION DES MEDICAMENTS	CV	DS	Ecart
Points TOTAUX - 12 points maximum	57%	58%	2%
MEDICAMENTS TRACEURS			
Points TOTAUX - 14 points maximum	100%	94%	-6%

Par rapport à la gestion des médicaments nous ne constatons aucune différence significative entre le score de l'équipe d'évaluation et le score donné par le DS. Le score pour les médicaments traceurs est élevé, pour la gestion des médicaments relativement bas. Nous avons juste deux observations :

- Sur la liste des médicaments traceurs du DS il manque 5 molécules qui figurent bien sur la liste nationale (marqués en vert dans l'annexe 6).
- La liste utilisée par le DS contient la méthergine, tandis que sur la liste nationale figure l'oxytocine.

Gestion financière

Tableau 7. Contre-vérification qualitative de la gestion financière

GESTION FINANCIERE	CV	DS	Ecart
Les fonds médicaments ne financent que les dépenses liées aux médicaments : renouvellement de stock, transport pour l'achat des médicaments, le salaire du gérant et éventuellement le gardien (vérifier les cahiers de recette et dépenses médicaments)	3	3	0
Marge bénéficiaire des médicaments atteints maximum 25% des coûts d'achat (comparer le prix d'achat (facture fournisseur) et le prix de vente (Affiché))	5	5	0
Primes prélevées uniquement sur les recettes (subsidés PBF et le recouvrement des coûts) et non sur les recettes de médicaments ; ces primes ne dépassent pas 30% de ces recettes.	2,4	3,2	0,8
Toutes les dépenses sont justifiées par des pièces bien remplies sans rature	1,2	0,4	-0,8
Points TOTAUX - 13 points maximum	62%	64%	2%

Il n'existe pas de grand écart entre le score donné par le DS et celui de l'équipe d'évaluation. Mais plusieurs remarques s'imposent :

³ http://afrolib.afro.who.int/documents/2011/Fr/SurveillanceTravail_Congo.pdf

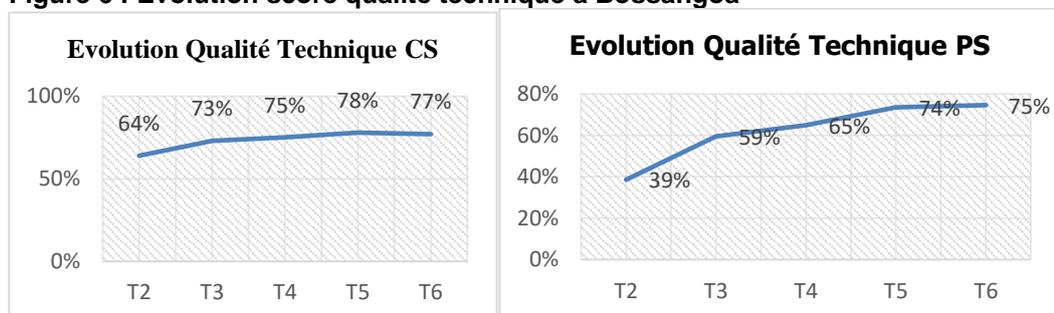
- Pour les premiers deux indicateurs en bleu (tableau 7) nous avons donné le score maximum tel que le DS a fait. Mais en réalité ces indicateurs ne sont pas applicables pour un programme dans lequel les médicaments sont distribués gratuitement ; ce score maximum gonfle la moyenne qui ne reflète pas la réalité de la gestion financière. Le niveau de gestion financière reste généralement très bas.
- Le troisième indicateur en bleu, n'est qu'applicable partiellement. Car les primes ne sont pas prélevées sur les recettes des médicaments dans un système de gratuité.
- Dans deux centres le personnel n'était pas impliqué dans le calcul de la prime ; un de ces FOSA ne payait même pas de prime depuis plus d'un an.
- Malgré la formation et la mise en disponibilité des outils de gestion, le score moyen reste bas. La grande majorité des FOSA visitées ne pouvaient pas nous montrer un livre de caisse. Partout un livre de banque a été absent bien que les FOSA ont ouvert des comptes d'épargne à Bossangoa.
- Les COGES sont formés et la majorité est fonctionnel. Il y en a qui sont bien impliqués dans la gestion financière. Mais d'autres COGES ne fonctionnent qu'à peine ou pas du tout. Cela nous fait poser la question pourquoi les livres élémentaires de comptabilité financière ne sont pas tenus ? Est-ce que c'est un manque de compétence, ou est-ce qu'il y a des gens avec un autre intérêt pour ne pas les tenir ?

Le FBR prévoit une certaine autonomie de gestion des FOSA. Mais le FBR devrait également promouvoir la bonne gouvernance et exiger une transparence dans la gestion des médicaments et de l'argent. A notre avis il n'est pas acceptable que le programme continu à payer les subsides au moment où les règles élémentaires de comptabilité ne sont pas assurées. Le manuel national FBR et le contrat entre la FOSA et l'AAPRC prévoit des mesures à prendre. Bien que la gestion financière de certaines FOSA laisse beaucoup à désirer durant plus d'un an, et l'équipe de l'AAPRC est bien au courant de cela, l'AAPRC n'a pas soumis des propositions concrètes auprès du CRS afin de prendre des mesures.

4.2.1. Résumé

Dans ce paragraphe nous comparais le score de qualité donné par le DS de Bossangoa avec celui donné par l'équipe d'évaluation. La figure 6 montre d'abord l'évolution de la moyenne du score durant l'exécution du projet par CS et PS.

Figure 6 : Evolution score qualité technique à Bossangoa



Au tableau 8 la comparaison est faite entre notre évaluation et le score donné par le DS sur les 7 sujets choisis.

Tableau 8. Résumé de la contre-vérification qualitative

GRILLE DE QUALITE / 7 SUJETS	CV	DS	Ecart
Moyenne totale	67%	76%	9%

Dans son ensemble l'équipe d'évaluation a été plus sévère que l'équipe de vérification du DS de Bossangoa ce qui explique l'écart de 9%. Surtout en ce qui concerne la qualité des soins (contrôle de la qualité des soins, grossesses à risque pour la CPN, e.a.) nous sommes d'avis qu'il faut rester très stricte. Car le niveau de formation du personnel est déjà assez bas. Au moment où le DS est trop souple on a l'impression que tout va plus au moins bien. Pourtant nous avons constaté qu'à ce niveau il y a encore bien du travail à accomplir. Jusqu'à l'heure actuelle une réelle possibilité de contrôler la qualité des soins n'est pas bien possible dans beaucoup de FOSA à cause d'un manque d'outils et d'enregistrement.

4.3. Les résultats du régulateur

Au chapitre 2 nous avons déjà expliqué pourquoi nous n'avons pas fait une vraie contre-vérification du contrat de la RS3 et le DS de Bossangoa avec la CTN. Nous avons mené une discussion avec des membres du staff de ces deux services. Ensuite ils ont tous les deux assistés à la réunion de restitution des résultats tenue à Bossangoa le 19 mars.

La région sanitaire 3

L'équipe de la région sanitaire est appuyée par le PASS et par le projet Fonds Bêkou. Ils ont deux contrats différents et les procédures de contractualisation et de paiement ne sont pas harmonisées entre les deux projets. La CTN fait la vérification. Chaque contrat ne concerne que les activités à mener dans les DS avec FBR. Pourtant, la RS3 est composé de 8 DS dont 5 sans FBR. C'est-à-dire que pour l'équipe de la RS3 il est très difficile d'atteindre de bons résultats dans toute la région. D'ailleurs dans les 5 autres districts les équipes cadres ne sont pas fonctionnels. Mais en ce qui concerne le contrat avec le projet Bêkou, le score était à 100% la dernière fois.

Le projet Bêkou a financé la réhabilitation des bureaux, tous les deux projets ont financé une moto. Le PASS financera probablement la construction des salles de réunion dans un bâtiment inachevé.

La vérification des données dans les hôpitaux est faite par des équipes 'des pairs' dans lesquelles s'ajoute un cadre de la Région. Cette méthodique est aussi appliquée dans l'hôpital universitaire de Bossangoa, bien que cet hôpital n'ait pas de contrat de performance.

La RS3 a dans sa mission le contrôle des dépôts pharmaceutiques. Dans ce cadre nous avons discuté le fonctionnement du dépôt géré par CODIS dans lequel se trouve uniquement les médicaments gratuits dans le cadre du projet BEKOU. Au début il y a eu beaucoup de problèmes avec un score de <50%. Durant la dernière vérification la situation s'est améliorée. Le dépôt des médicaments à l'enceinte du CS de Siriri, qui livre des médicaments à certaines CS, n'est pas connu ni contrôlé par la région. Il ne nous est pas clair sur quel statut ce dépôt a vu le jour.

Nous avons également discuté sur le fonctionnement du programme de lutte contre le paludisme. Il semble qu'il y a des FOSA qui ne figurent pas sur la liste. Le point focal de la Région Sanitaire n'est pas du tout au courant du fonctionnement du programme. Les commandes des ACT passe à côté de la RS et elle n'est non plus mis au courant au moment où les médicaments sont distribués. Les médicaments passent directement dans certaines FOSA au niveau des sous-préfectures, qui servent de points de distribution.

Comité Régional de Suivi

Le Comité Régional de Suivi fonctionne bien. Il se réunit chaque semestre. Le CRS fait le monitoring du PMA dans les FOSA. Dernièrement il a été recommandé que le DS soit plus impliqué à résoudre le problème de l'embauche d'un personnel qualifié dans les FOSA.

Pour le moment le CRS ne suit que le projet Bêkou. Les résultats du PASS ne sont pas à l'ordre de jour pour le moment. Vu sa composition (la majorité des gens viennent de Bossangoa), il sera assez difficile de le faire fonctionner pour toute la Région Sanitaire.

La Préfecture Sanitaire de l'Ouham

La préfecture est composée de 4 districts, dont le DS de Bossangoa. Les autres DS n'ont pas d'équipe cadre fonctionnel. Le contrat avec l'équipe de la Préfecture ne concerne que 5 sur 6 communes du DS de Bossangoa. Il est dommage que le projet ne concerne pas le 6^e commune. Les recettes FBR sont utilisées pour le fonctionnement du DS (environ 50%), 20% d'épargne et le reste pour le paiement d'un prime auprès du staff. Le dernier score était de 100%. A cet endroit il faut se réaliser que beaucoup de points comme l'appui du DS à l'approche FBR, mais aucun score n'est donné au vrai travail du DS, c'est-à-dire l'encadrement et la supervision formative des FOSA.

La collaboration avec l'équipe de l'AAPRC est bonne. Les sorties de vérification qualitative s'organisent ensemble. Pour la supervision formative des FOSA il manque souvent le temps.

Le programme de Planning Familial a connu un renforcement réel à cause d'un appui de la part du FNUAP qui a doté les FOSA avec du matériel. Le projet Bêkou a financé la formation du personnel. Raison pour laquelle on voit le programme PF fonctionnel dans la majorité des FOSA.

Le SNIS fonctionne actuellement encore comme un système parallèle. Il n'est pas informatisé. La promptitude et la complétude des données (autour de 76%) laisse beaucoup à désirer. Les FOSA FBR ont une promptitude qui vari autour de 38%, le reste des FOSA de la Préfecture sont à 14%. Mensuellement les données FBR sont vérifiées par l'AAPRC et ensuite communiquées avec le responsable SNIS de la préfecture. On constate toujours des différences, mais l'écart semble diminuer.

Un grand problème est l'absence quasi-totale des laboratoires dans les FOSA. Il n'y a que 3 laborantins diplômés pour tout le DS. La question du niveau de formation du personnel soignant est une préoccupation majeure. Dans toute la région il n'existe aucune école de formation. Les gens qui ne sont pas originaires de la région refuse souvent de venir. Le PASS finance actuellement la formation d'une dizaine de ressortissants de la région avec le souhait qu'ils restent après leur formation. L'AAPRC, le DS et MSF ont discuté sur cette problématique et ils ont développé l'idée de démarrer un type de recyclage des anciens infirmiers assistants. A mi-terme il faut penser à ouvrir une école de formation, car la RS est vaste et peuplée.

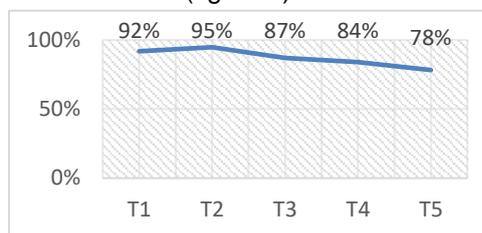
Le DS a instruit les FOSA à ouvrir des comptes d'épargne pour se créer des réserves afin de préparer la fin du projet Bêkou.

4.4. La satisfaction du client

Durant les visites de terrain nous avons eu le plaisir de parler avec une dizaine de malades. Des gens qui sont venus pour se faire soigner. Ils nous ont tous confirmé que les soins curatifs pour les groupes cibles sont gratuits. L'entretien avec les membres des ASLO qui font les enquêtes communautaires nous confirme, que l'AAPRC les a contractés, qu'ils font environ 70-80 enquêtes chaque trimestre, et qu'ils assistent trimestriellement à la réunion de restitution.

L'AAPRC rédige trimestriellement un rapport sur les résultats des enquêtes communautaires. Ce rapport est partagé avec le DS et les responsables des FOSA durant la 'réunion trimestrielle' de validation des données. Dans le dernier rapport nous avons soustrait les données ci-dessous (figure 7).

La figure 7 : Le score moyenne de la satisfaction du client



La moyenne est en baisse le dernier temps. Les points forts, les points faibles et les suggestions données par les malades sont montré au tableau 9.

Tableau 9. Points forts, points faibles et suggestions de la part des usagers⁴

Points forts	Points faibles	Suggestions
<ul style="list-style-type: none"> - L'amélioration de l'espace de travail grâce aux réhabilitations et à la construction de nouveaux bâtiments ; - L'amélioration de l'accueil ; - La disponibilité de personnels qualifiés dans certaines FOSA ; - La disponibilité de quelques médicaments ; - La mise en place de certains services manquants (garde, laboratoire) ; - La disponibilité de la lumière dans certaines FOSA. 	<ul style="list-style-type: none"> - La quantité de médicaments donnés est insuffisante ; - L'insuffisance en personnels dans certaines FOSA ; - L'insuffisance de matériels dans certaines FOSA ; - Le non-respect des horaires de travail par certains personnels ; - L'absence de certains services dans certaines FOSA (Laboratoire, garde) ; - L'insuffisance de lits et de matelas pour la mise en observation des patients ; - L'étroitesse de certaines FOSA. 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter la quantité des médicaments ; - Recruter du personnel supplémentaire dans certaines FOSA ; - Doter certains services en matériels et équipements supplémentaires (Laboratoires, Maternité, Mise en observation,...) ; - Agrandir l'espace de travail pour certaines FOSA (salle de mise en observation, maternité,...) ; - Veiller au respect des horaires de travail ; - Ajouter les services manquants dans certaines FOSA.

⁴ Rapport narratif intermédiaire II Cordaid Phase II, février 2018

La disponibilité des médicaments nous a étonné vu que le personnel des FOSA ne se plaint pas actuellement. Il est possible que cette plainte reflète la situation de mi-2017 au moment où il y avait plus de ruptures de stock. Autre explication peut être est que les FOSA vendent de plus en plus de médicaments de leur pharmacie 'COGES' où il faut payer. Il serait intéressant pour l'AAPRC d'approfondir cette question avec la formulation d'une ou deux questions supplémentaires sur les questionnaires.

La diminution de la moyenne de la satisfaction du client (figure 7) peut également être occasionnée par l'introduction du recouvrement des coûts pour la consultation curative mi-2017.

5. COMPARAISON DES DEUX PROJETS

Dans ce chapitre nous faisons une comparaison entre les deux projets (PASS – Fonds Bêkou). Dans le premier paragraphe nous donnons une description générale des deux projets. Ensuite nous analysons les résultats et comment les 2 projets contribuent au renforcement des 6 piliers du système de santé. Dans le dernier paragraphe nous résumons les forces et faiblesses de chaque projet.

5.1. Description générale des deux projets

Les deux projets ont un objectif général commun : la contribution à la restauration des services de santé de base qui étaient pratiquement à plat après la guerre. Dans la méthodologie ils utilisent tous les deux l'approche de financement basé sur les résultats avec la contractualisation des FOSA pour le PMA (CS, PS) et le PCA (PASS uniquement). Les résultats sont mesurés par rapport à la quantité, la qualité technique et la satisfaction des usagers. Les services du régulateur (DS et RS) sont également contractés. Pour la contractualisation et le renforcement des capacités les projets ont tous les deux créés des Agence d'Achat de Performance. Vu la situation catastrophique de départ les deux projets ont complété l'approche FBR avec le renforcement du système par un financement supplémentaire.

Le PASS connaît le Bonus d'Amélioration de la Qualité (BAQ) et le projet Bêkou a financé des investissements et la réhabilitation de certains centres au démarrage du projet. Ensuite le projet Bêkou garantit l'approvisionnement gratuit des médicaments de base pour toutes les FOSA contractées. En contrepartie les FOSA sont demandées d'appliquer la gratuité des soins pour les groupes cibles telle qu'elle est prévue dans le décret ministériel. Le flux d'argent est également différent.

Tableau 10. Résumé des deux projets

PASS DS Bozoum/Bossemptélé	Bêkou DS de Bossangoa (5 communes)
Population couverte 94.420	Population couverte 207.187 habitants ⁵
Démarrage septembre 2016	Démarrage août 2016 (2 ^e phase)
FOSA contractées : 16 CS ; 7 PS avec sous-contrat et 2 hôpitaux	FOSA contractées : 9 CS et 16 PS tous avec contrat principal
BAQ	Fonds de démarrage ; réhabilitation, investissements
Recouvrement des coûts soins curatifs	Gratuité des soins pour les groupes cibles
Achat du PMA et du PCA	PMA uniquement (changement des indicateurs en cours d'exécution)
Appui à l'agrandissement du stock des médicaments (BAQ)	Approvisionnement en médicaments gratuits
Déclaration des indigents limité à 20%	Nombre pas limité
Circuit financier centralisé	Circuit financier Cordaid
CTN avec contrat avec l'AAPRC	AAPRC sans contrat

La comparaison des deux projets ne concerne pas tous les DS où Cordaid exécute le PASS et le projet Bêkou, mais uniquement le DS de Bozoum (PASS) et le DS Bossangoa (5 sur 6 communes ; projet Bêkou). Ces deux DS s'avoisinent et les conditions naturelles et économiques sont plus au moins les mêmes. Le PASS a démarré plus tard que le projet Bêkou. Il est possible que cela joue sur les résultats, étant donné qu'il y a toujours un effet de temps par rapport à la progression des indicateurs. Dans le projet PASS le paiement s'organise par le niveau central du Ministère qui a créé une unité de gestion. Pour le fonds Bêkou le paiement se passe par l'ONG qui gère le projet (Cordaid).

Dans le DS de Bozoum 16 CS ont un contrat avec l'AAPRC et 7 PS ont un sous-contrat avec le CS dans la même aire de santé. Dans le DS Bossangoa les PS n'ont pas de sous-contrat, mais ils ont tous un contrat principal.

Une autre différence est l'approche de la promotion de la qualité. Les deux projets connaissent tous les deux le calcul trimestriel d'un score de qualité qui donne droit à une prime de qualité au-dessus du paiement des

⁵ La population initiale a été estimée à 147257 (document du projet) ; le nombre a été actualisée récemment

indicateurs quantitatifs. Dans le projet Bêkou toutes les FOSA ont droit à cette prime, indépendamment du score octroyé. Le projet paie trimestriellement la prime de qualité. Le PASS connaît de la même manière le score de qualité qui figure dans le manuel national FBR. Dans le PASS les FOSA n'ont que le droit à ce prime au moment qu'on atteint le seuil de 50%.

Le projet Bêkou a démarré l'approche FBR en mobilisant un montant fixe pour chaque FOSA contractée dès le démarrage du projet ; ce montant a permis les FOSA une certaine mise à niveau. Une partie a également servi à fournir des kits solaires à certains centres. Ensuite la majorité des FOSA ont eu un appui du projet pour réhabiliter les bâtiments. De cette manière les FOSA ont pu démarrer les activités dès le début du projet. En revanche, le PASS a l'instrument du BAQ, le Bonus d'Amélioration de la Qualité. Un bonus ad hoc, attribué sous demande spécifique de chaque FOSA. Il peut être utilisé à améliorer la qualité des soins. Il a pris du temps pour que les acteurs comprennent ce mécanisme et qu'ils commencent à formuler des demandes pour les investissements. La direction du projet a essayé de stimuler l'embauche du personnel qualifié avec cet instrument. Ceci veut dire qu'on s'attend normalement à plus de personnel formé dans les FOSA appuyées par le PASS que les FOSA appuyées par le fonds Bêkou.

Une grande différence entre les deux projets est le financement des frais liées à certains actes tels que la consultation curative, la prescription des médicaments et les accouchements. Le projet Bêkou connaît dans toutes les FOSA la gratuité totale des soins pour les groupes cibles (femmes enceintes, accouchement, consultation curative pour les enfants de moins de 5 ans) et la gratuité des médicaments pour toute la population. Les FOSA sont actuellement en train d'introduire le recouvrement des coûts pour la consultation curative adulte. C'est le projet qui rend les médicaments essentiels disponibles auprès des FOSA. Dans le projet PASS, les FOSA appliquent le recouvrement des coûts pour les consultations curatives, les accouchements et les médicaments. Uniquement les indigents profitent des soins gratuits.

Le projet Bêkou a été formulé au moment où il n'y avait pas encore un manuel national de FBR. Ce n'est durant son exécution mi-2017 qu'on a adapté les indicateurs achetés pour se conformer à la politique nationale. A partir de ce moment on a introduit l'indicateur de soins curatifs pour les indigents.

5.2. Analyse des résultats

Dans les TDR une des questions posées est l'analyse des deux projets en termes de résultats sur le renforcement des 6 piliers du système de santé. Le tableau 11 en résume l'essentiel. Pour les indicateurs quantitatifs et le calcul des recettes moyennes, nous avons pris les données validées du mois de décembre.⁶

Tableau 11. Comparaison quantitative des deux projets⁷

	PASS DS Bozoum	Bêkou DS Bossangoa (5 communes)
Population couverte par les CS/PS contractées	94.420	207.187
Population moyenne par FOSA	4.105	8.287
Pourcentage de FOSA avec IDE	22%	30 %
Pourcentage de PS avec personnel formé	14%	12,5 %
Pourcentage de FOSA qui exécute le PF	65%	68 %
NC consultation externe >5 ans/mois/habitant (80%)	0,32	0,33
NC consultation externe <5 ans/mois/habitant/2	0,46	0,60
Couverture en CPN par mois	86%	85%
Couverture en accouchements assistés par mois	97%	97%
Couverture en Penta 3	83%	136%
Score de qualité Moyenne	62%	76% ⁸

⁶ Pour le DS Bozoum le calcul s'est réalisé sur 22 centres étant donné que les chiffres manquaient pour un CS.

⁷ Pour le calcul des cibles par indicateur nous avons pris les formules décrits dans le manuel national FBR.

⁸ Score moyenne contre-vérifiée : 67%

	PASS DS Bozoum	Bêkou DS Bossangoa (5 communes)
Recettes FBR moyennes par habitant en décembre 2017 (quantité PMA uniquement)	121 FCFA	98 FCFA
Recettes FBR moyennes par CS par mois (quantité/qualité)	476.260 FCFA 101.744 FCFA	915.000 FCFA/ 441.000 FCFA
Recettes FBR moyennes par PS par mois (quantité/qualité)	188.158 FCFA/ 32.516 FCFA	367.000 FCFA/ 137.000 FCFA
Recettes FBR moyennes BAQ par FOSA par mois	130.435 FCFA	

Prestation des services

Par rapport aux indicateurs qualitatifs achetés par les deux projets, on ne constate pas une grande différence entre les deux projets. L'utilisation des services curatifs par les adultes est la même, malgré la différence entre les deux projets. Le PASS avec un recouvrement total des coûts et le projet Bêkou avec depuis quelques mois l'introduction d'un recouvrement des coûts des actes et un système de médicaments partiellement gratuit et partiellement par recouvrement.

Pour les soins aux enfants on s'attend à un taux d'utilisation plus élevé dans le projet Bêkou qui applique la gratuité. Le taux d'utilisation de 0,6 par rapport à la cible semble plus élevé que l'utilisation dans le projet PASS. Mais cette différence n'est pas significative.⁹ Par rapport à la CPN (gratuite dans les deux projets) et les accouchements (gratuit dans le projet Bêkou, recouvrement dans le projet PASS) il n'y a pas non plus des différences.

Personnel de santé

On s'attendait à une différence nette entre les deux projets étant donné que le PASS connaît le BAQ avec lequel les FOSA sont stimulées à embaucher du personnel diplômé. En réalité, on ne voit pas une différence significative entre les deux projets. Le nombre du personnel avec un diplôme formel reste très bas par rapport aux normes nationales. Il semble très difficile pour les FOSA d'intéresser les diplômés à venir travailler dans la région, et ceci compte pour tous les deux DS. Il ne s'agit pas uniquement d'assurer un salaire convenable. On constate que les conditions secondaires de travail sont également médiocre (logement, écoles pour les enfants, sécurité, etc.). D'ailleurs, dans le PASS les montants FBR reçus par les CS sont relativement bas. Ceci n'est pas occasionné par des moindres prestations par ces FOSA, car elles reçoivent même plus d'argent par habitant que dans le projet Bêkou. Mais la grande différence est la population couverte. Moyennement ce nombre est petit dans le DS de Bozoum, ce qui veut dire que les FOSA ont simplement trop peu de recettes pour pouvoir embaucher ce personnel et le payer à long terme.

Information sanitaire

Les deux projets utilisent tous les deux le portail FBR national pour saisir les données. Cependant, ce portail ne permet pas encore de bien saisir les scores de qualité et les indicateurs communautaires. Dans le projet PASS, avec son système de paiement centralisé, cela donne un problème. Jusqu'à l'heure actuelle le projet PASS n'a pas encore payé les primes de qualité aux FOSA du dernier trimestre 2017. Dans le projet Bêkou, l'administration de Cordaid est en mesure de calculer ces primes à la main et de les payer régulièrement.

Techniques et produits médicaux essentiels

Pour le bon fonctionnement du système sanitaire la disponibilité des MEG dans les FOSA est essentielle. Les deux projets ont connu des grands problèmes par rapport à cela. Au démarrage du projet PASS les FOSA s'approvisionnaient pour une grande partie dans un marché non-contrôlé dans lequel la qualité des médicaments n'était pas garantie. A partir de septembre 2017, il y a eu l'ouverture du dépôt pharmaceutique de Bozoum par la collaboration d'ASSOMESCA et Secours Médical ; ce dépôt dessert les FOSA de Paoua et Bozoum. Au début du projet Bêkou il y a eu des retards assez importants de livraison des médicaments commandés. Actuellement les FOSA ne se plaignent plus et l'approvisionnement semble bien fonctionner pour le moment. Cependant, les COGES ont introduit des pharmacies de vente, qui font concurrence avec les pharmacies de la gratuité. L'origine de ces médicaments vendus n'est pas contrôlée.

⁹ Students t-test p=0,54

Financement de la santé

Le projet Bêkou a promu la gratuité des soins pour les groupes cibles. On s'attendait à une utilisation plus importante des soins curatifs dans ce projet par rapport au PASS. Cependant, on n'a pas pu constater cette différence. On peut se poser plusieurs questions.

Est-ce qu'il y a eu trop de ruptures de médicaments dans le passé, raison pour laquelle la population n'a pas encore perçu que le traitement est gratuit ? Est-ce que la population est suffisamment sensibilisée sur cette gratuité ciblée ?

Est-ce que la vente des médicaments de la pharmacie de vente a pris une telle ampleur, qu'elle fait une réelle concurrence avec la politique de la gratuité ?

Est-ce que les distances à parcourir pour arriver à une FOSA sont plus importantes à Bossangoa en comparaison avec le DS Bozoum où les aires de santé semblent bien plus petites en nombre d'habitants ?

Est-ce que les données sur le nombre d'habitants sont fiables ? Dans le projet Bêkou on vient de revoir la population à la hausse.

Est-ce qu'il y a d'autres facteurs (en dehors de l'accessibilité financière et géographique) qui limitent le recourt aux services, comme les facteurs comportemental et sociaux (recours aux guérisseurs, à la médecine par les plantes de la forêt, automédication) ou les prestataires des FOSA qui font des traitements parallèles dans les villages, etc ?

De toute manière, la confiance de la population dans les soins curatifs pour les adultes reste toujours très faible, si les soins sont gratuits ou non. Le taux d'utilisation est toujours très bas dans tous les deux projets. Le fait que le personnel de soins reste pour une partie importante non-qualifié pourrait être une des causes. D'ailleurs regagner la confiance de la population prendra du temps. Ceci compte probablement moins sur l'utilisation de la CPN, la couverture vaccinale et l'utilisation des maternités.

Leadership et gouvernance

La contre-vérification du score de qualité au DS de Bossangoa nous a montré que l'équipe du district devrait être plus sévère avec l'attribution du score. Il est important de montrer les faiblesses existantes des FOSA pour pouvoir y remédier.

La gestion des médicaments reste dans les deux projets un problème d'une part la prescription rationnelle, d'autre par le contrôle de la gestion. Par endroit il se pose un sérieux problème de source d'approvisionnement et la garantie de la qualité des médicaments. Dans le projet Bêkou il y a le problème de l'existence de deux pharmacies dans la même FOSA. Ensuite le contrôle de stock et le contrôle de la quantité des médicaments sortie, par rapport aux malades traités, laisse beaucoup à désirer.

Dans les deux projets, le fonctionnement des COGES et la façon dont la gestion financière est organisée sont faibles. Le niveau des trésoriers du COGES est souvent faible. Les AAPRC et le DS acceptent trop facilement la non-tenue des livres comptables. Dans le projet Bêkou le projet a prévu de payer 5% du montants des subsides pour le fonctionnement du COGES, ce qui favorise le fonctionnement des COGES.

5.3. Forces et faiblesses des deux projets

Dans ce paragraphe nous donnons un résumé des forces et faiblesses des projets.

Tableau 12. Forces et faiblesses des deux projets

PASS DS Bozoum/Bossemptélé	Bêkou DS de Bossangoa (5 communes)
Forces	
BAQ	Démarrage rapide par fonds de démarrage
Contractualisation de l'AAPRC	Gratuité des soins pour les groupes cibles
Gratuité des soins pour les indigents	Qualité des médicaments assurée
Concordance avec la politique nationale	Flexibilité administrative
	Création des comptes d'épargne
	Possibilité de l'introduction d'un système de tarification forfaitaire
Faiblesses	
Démarrage ralenti avec un manque d'investissements dans les petits centres	Formulation initiale non-conforme à la politique nationale
Retard dans les paiements	Pas de clarté sur le financement des FOSA et le système de recouvrement des coûts
Approche projet	Approche projet
Gestion financière des FOSA faible	Gestion financière des FOSA

Qualité des soins y inclus personnel formé	Qualité des soins y inclus personnel formé
Financement du fonctionnement des COGES	CTN sans contrat avec l'AAPRC
Gestion financière des médicaments faible	Absence d'un fonds d'investissements
	Faible contrôle de la gestion des médicaments

Qualité des soins

La façon dont les deux projets ont essayé de stimuler la qualité des soins est partiellement similaire (score de qualité) et partiellement différente. Les fonds de démarrage ont permis une certaine mise à niveau au début du projet Bêkou ; l'avantage du BAQ a été sa disponibilité jusqu'à l'heure actuelle. D'ailleurs il connaît une certaine flexibilité, par exemple pour augmenter temporairement le nombre d'indigents au moment où il y a beaucoup de réfugiés à certains endroits (cas de Paoua p.ex.). Mais nous constatons dans les deux projets, que pour les FOSA avec relativement peu de population, les investissements importants ne peuvent pas se faire correctement avec uniquement les recettes FBR. D'ailleurs même le financement des salaires pour les diplômés pose problème.

Financement complémentaire

Comment résoudre le manque de financement dans les FOSA, surtout celles avec une population restreinte dans leur aire de santé ? Une augmentation importante du taux de recouvrement de coûts n'est pas souhaitable, car elle diminuera davantage l'accessibilité financière aux soins. Alors, il faut une source de financement extérieure. Il y a deux options :

1. Une augmentation de la tarification FBR ; cette option a le désavantage que les FOSA qui profitent déjà beaucoup du projet (celles qui fonctionnent déjà bien) auront encore plus d'argent. Tandis que les FOSA qui ne fonctionnent pas encore resteront en arrière. On pourrait l'envisager dans certains cas (critères à préciser) pour que toutes les FOSA soient en mesure d'embaucher du personnel diplômé.
2. La création d'un fonds d'investissement. Les deux projets ont fait des investissements (BAQ et fonds de démarrage), mais avec un modèle temporaire, ad hoc. Bien que le BAQ soit encore disponible, la formulation du projet n'envisageait pas de maintenir le BAQ pour une longue période. Mais les besoins en investissements sont encore énormes. Un fonds d'investissement pourrait se gérer au niveau de la Région Sanitaire ; il faut définir les modalités de gestion et les critères pour accorder un investissement. Dans un bref délai, la tâche pourrait revenir au CRS à statuer sur l'utilisation de l'argent, à condition qu'il fonctionne pour toute la région. C'est-à-dire qu'il faut revoir son fonctionnement actuel. La gestion administrative du fonds pourrait se faire par l'AAPRC. A mi-terme les fonds régionaux au Cameroun pourraient inspirer la RCA comme un des modèles possibles à développer.

Personnel diplômé

Le problème du personnel qualifié ne peut qu'être partiellement résolu avec l'approche actuelle. Beaucoup de FOSA ne gagnent pas suffisamment d'argent pour pouvoir payer un salaire correct au personnel. Mais le financement n'est pas le seul problème. Il y a plusieurs mesures à prendre à la fois :

- Un recyclage assez profond du personnel actuel ;
- Le financement partiel des salaires par le biais des projets, par 75% du salaire fixe ; bien sûr ce n'est que pour des salaires des diplômés, argent 'libellé' tel qu'actuellement le BAQ, mais pour une période plus importante afin de sécuriser davantage la position du personnel diplômé ;
- La création d'une école de formation d'infirmiers dans la RS3, pour que les autochtones auront la possibilité de se former ; avant ce temps, disponibiliser des bourses d'études ;¹⁰
- L'embauche par l'Etat des fonctionnaires et les affectations effectives dans les régions ;
- Création de meilleures conditions d'accueil du personnel qualifié (par exemple logement du personnel avec équipement).

Le rôle de l'AAPRC

L'AAPRC a dans les deux projets un rôle double : la gestion de l'approche FBR (contractualisation, vérification, e.a.) et le renforcement des capacités des acteurs. Par rapport à ce dernier rôle il existe une certaine confusion, car le renforcement des capacités des FOSA contractées est autant un rôle du DS. Dans l'objectif spécifique 2 du document du projet on parle d'*accompagner le fonctionnement de la préfecture sanitaire dans le suivi et la supervision des formations sanitaires*. Il est souhaitable que la CTN fasse une distinction nette entre ces deux organisations pour que ce soit claire pour les deux ce qu'on attend de l'un et de l'autre.

¹⁰ Cordaid finance actuellement 10 bourses d'étude pour la RS3 avec fonds propres en complémentarité au PASS. Une pratique très appréciée par les FOSA.

Approche projet

Les deux projets ont encore une approche de projet, au lieu de s'engager davantage dans une approche programme d'appui à la politique nationale. Les deux contrats de la RS3 en sont un exemple. Et le CRS qui ne fonctionnent que pour un seul projet. D'ailleurs à mi-terme il est également nécessaire de réfléchir sur la pérennité institutionnelle de l'approche. Qui prendra la relève après la sortie des ONG's internationales ? Des ONG's locales telles qu'au Congo Brazzaville ? Ou des organisations locales d'achat (exemple RDC) ou encore un fonds régional tel qu'au Cameroun ?

6. SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

6.1. Recommandations

Auprès du régulateur :

- Mettre plus d'accent sur la supervision formative par rapport à la qualité des soins : consultation curative, CPN, accouchement, e.a. ;
- Améliorer la disponibilité des différents registres et outils des programmes ;
- Développer des stratégies avancées pour les programmes de lutte contre la tuberculose et le SIDA ;
- Impliquer toutes les FOSA contractées, le DS et la RS dans le fonctionnement du programme de lutte contre le paludisme et la distribution de l'ACT ;
- Introduire un programme simplifié au niveau des PS et recycler le personnel par rapport à la CPN et l'accouchement ;
- Définir le niveau minimum souhaité pour le gestionnaire de la pharmacie d'une FOSA et le trésorier du COGES ;
- Organiser régulièrement des contrôles croisés de la qualité technique des FOSA ;
- Programmer la mise en fonction du CRAME dans la RS3 ; y formuler un projet d'appui ;
- Prévoir l'inspection du dépôt pharmaceutique à l'enceinte du CS de Siriri ;
- Créer une école de formation en soins infirmiers dans la RS3.

Auprès de Cordaid/l'AAPRC :

- Revoir le circuit d'approvisionnement en médicaments pour qu'au niveau des FOSA on ne gère qu'une seule pharmacie. Développer un système administratif de contrôle de l'utilisation quantitative des médicaments prescrits et les sortis à la pharmacie ;
- Accepter un maximum de 20% d'indigents pour les NC (sauf cas exceptionnel à discuter au niveau du CRS) ;
- Proposer des mesures correctrices auprès du CSR par rapport aux FOSA qui ne respectent pas les clauses du contrat avec l'AAPRC et qui refusent de gérer la FOSA dans la transparence ;
- Introduire la contractualisation par la CTN de l'AAPRC de Bossangoa dans la phase 3 du projet ;
- Créer un fonds régional d'investissement dans la phase 3 du projet ;
- Réfléchir ensemble avec la CTN sur la problématique du personnel diplômé et son financement à courte et mi-terme ;
- Développer un projet pilote de recherche-action ensemble avec la CTN sur la tarification forfaitaire.

Auprès de la CTN :

- Faire fonctionner le CSR pour toute la région sanitaire ; créer un cadre d'échange d'expériences ;
- Introduire la contractualisation de l'AAPRC de Bossangoa dans la phase 3 du projet Bêkou ;
- Réfléchir sur l'encrage institutionnel future du FBR et le rôle des AAPRC dans les régions ;
- Harmoniser la contractualisation des DS et de la RS3 entre PASS et Bêkou ;
- Développer un projet pilote de recherche-action ensemble avec Cordaid sur la tarification forfaitaire ;
- Améliorer le fonctionnement du portail par rapport à la saisie des indicateurs qualité et communautaires ;
- Différencier la grille de qualité par rapport aux différents stades d'avancement de l'introduction du FBR dans une région ;
- Réfléchir ensemble avec la CTN sur la problématique du personnel diplômé et son financement à courte et mi-terme ;
- Distinguer et définir précisément le rôle de l'AAPRC et celui du DS par rapport à l'encadrement des FOSA et de l'AAPRC et la RS par rapport à l'encadrement du DS ;
- Revoir le contenu du contrat avec le régulateur (RS, DS) et l'AAPRC pour qu'ils donnent plus d'attention à l'encadrement des FOSA et la qualité des soins.

6.2. Conclusion

Après 20 mois de mise en œuvre du projet Bêkou dans 5 sur 6 communes du DS de Bossangoa, on peut constater une relance effective du système de santé. Les FOSA sont fonctionnelles et délivrent une bonne partie du PMA auprès de la population. Surtout l'utilisation des services préventifs tels que le PEV, la CPN et le PF est encourageante. Néanmoins il y a encore beaucoup à faire avant de pouvoir garantir à la population un PMA de qualité. Le circuit d'approvisionnement en MEG de qualité, la qualité du personnel, et la qualité des soins en général demandent encore une attention prolongée. Le FBR permet aux FOSA de fonctionner à un certain niveau, mais il faut plus de moyens pour pouvoir faire des investissements importants et de garantir des salaires convenables à un personnel qualifié. Des mesures doivent être prises pour que la gestion financière et des pharmacies se fassent désormais avec plus de transparence.

ANNEXES

Annexe 1. Termes de Référence

Termes de Référence pour une évaluation – contre vérification sur la mise en œuvre d'un projet de Renforcement du Système de Santé avec la stratégie du Financement Basé sur la Performance dans le district sanitaire de Bossangoa (Fonds Bêkou) Région Sanitaire 3 République Centrafricaine

I- CONTEXTE

Cordaid met en œuvre depuis février 2015 le projet intitulé « Appui à la restauration du système de santé dans les Régions de Bangassou et Bossangoa » avec un financement du Fonds Bêkou et en utilisant l'approche du Financement Basé sur les Résultats couplée avec la gratuité ciblée conformément aux Directives du Ministère de la santé.

L'objectif général du projet est de contribuer à la restauration des services de santé de base dans la région de Bangassou et Bossangoa. Les objectifs spécifiques sont i) améliorer l'accès aux soins de santé de bonne qualité en offrant un PMA et PCA aux populations avec une attention spécifique aux groupes vulnérables : femmes enceintes, femmes allaitantes, enfants de 0 à 5 ans et les cas d'urgences et ii) accompagner le fonctionnement des deux préfectures sanitaires de Mbomou (Région Sanitaire 6 -Bangassou) et Ouham (Région Sanitaire 3 – Bossangoa) dans le suivi et la supervision des formations sanitaires

Une première phase de 18 mois fut réalisée et les résultats des évaluations internes¹¹ et externes réalisées à mi-parcours ont noté avec satisfaction des progrès vers l'atteinte des objectifs de ce projet et des recommandations ont été formulées pour améliorer davantage la qualité de prestation. Il a été jugé pertinent de faire une prolongation dans le temps avec une extension géographique des activités en privilégiant l'approche District Sanitaire. Cordaid met ainsi en œuvre une deuxième phase de plus de 22 mois (du 11/08/2016 au 30/06/2018). Le projet dessert les populations couvertes par les 53 formations sanitaires (FOSA) ciblées dans les deux régions, estimées à 341600 habitants, situés dans les Districts Sanitaires de Bangassou, Ouango et Bossangoa.

Il a été prévue une évaluation (contre vérification) au cours de cette deuxième phase du projet. A cause de l'insécurité dans la RS6, cette mission se réalisera dans le **district sanitaire de Bossangoa** dans la Région Sanitaire 3 avec une couverture de **25 formations sanitaires** procurant le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et desservant une population de **147257 habitants**.

Depuis septembre 2016, Cordaid met aussi en œuvre, dans deux districts (Bozoum-Bossemptélé et Paoua) dans la même RS3, le projet PASS du Ministère de la Santé avec l'approche FBR. Nous allons profiter de cette évaluation pour comparer les deux projets dont l'un est mieux en œuvre dans le district sanitaire de Bossangoa avec fonds Bêkou et l'autre dans le district de Bozoum-Bossemptélé avec le projet PASS qui couvre 20 formations sanitaires dont 2 hôpitaux desservant une population d'environ 90.663 habitants.

Ces deux projets sont similaires avec les mêmes objectifs et utilisant la stratégie du FBR. Cependant, alors que dans le projet Fonds Bêkou, le FBR est couplée avec la gratuité ciblée et parfois applique la gratuité totale en cas de nécessité, l'apport des médicaments essentiels de qualité en nature et des investissements pour les réhabilitations des infrastructures, le projet PASS initie le recouvrement des coûts avec seulement des incitations financières aux prestataires sur base de leurs résultats et avec des subsides spécifiques pour les soins des indigents et le BAQ (Bonus d'Amélioration de la Qualité de l'ordre de 750.000 FCFA / 1140 euro pour les FOSA-PMA)) qui fonctionne comme un fond souple, pouvant être accordé aux FOSA plusieurs fois. Les formations sanitaires doivent s'approvisionner elles-mêmes en médicaments essentiels et autres produits.

¹¹ Rapports de l'évaluation interne, avril 2016 + Evaluation externe ROM juin 2016

II-OBJECTIFS DE L'EVALUATION

L'objectif global de l'évaluation est de mesurer le niveau de résultats obtenus dans le district sanitaire de Bossangoa et d'analyser les avantages comparatifs la stratégie FBR mise en œuvre dans les districts sanitaires de Bossangoa et Bozoum-Bossemptélé par rapport au contexte socio-sanitaire et sécuritaire de la région sanitaire 3 et dans une vision de Relance du Système de Santé et dans le pays en général.

Spécifiquement, il s'agira de :

1. Analyser le niveau d'atteinte des objectifs et résultats prévus dans le contrat et par rapport aux résultats de la phase I et la suite réservée aux recommandations des évaluations de 2016 ; (comparaison des résultats ? et pourquoi les différences)
2. Vérifier à travers un échantillon la véracité des résultats :
 - a. quantitatifs et qualitatifs dans les FOSA
 - b. des différents organes administratifs (Région Sanitaire et District sanitaire)
 - c. de la vérification de la communauté concernant la satisfaction
3. Analyser comment les deux projets contribuent à l'amélioration des 6 piliers du système de santé et dégager les forces et faiblesses de chacun d'eux.
 - Prestation de services
 - Personnels de santé
 - Information sanitaire
 - Techniques et produits médicaux essentiels
 - Financement de la santé
 - Leadership et gouvernance

III- RESULTATS ATTENDUS

Les résultats attendus sont induits par les objectifs spécifiques et incluent :

- Un rapport de maximum 25 pages (sans annexes) avec une analyse de la fiabilité des données, de l'efficacité de projet, le fonctionnement et l'efficacité des différents organes du montage institutionnel à Bossangoa et des recommandations pour améliorer le projet ;
- La stratégie FBR mise en œuvre dans les deux districts de Bossangoa et Bozoum est analysée et les forces et faiblesses des deux approches sont bien distinguées ainsi que des recommandations ; les similitudes et les différences ainsi que les avantages comparatifs ;
- Une présentation des recommandations les plus importantes de cette évaluation à toutes les parties prenantes et à Cordaid Siège

IV – METHODOLOGIE

La latitude est laissée au consultant expert pour déterminer la méthodologie la plus appropriée pour atteindre les résultats escomptés ; cependant, il est suggéré une démarche méthodologique qui suivrait les étapes suivantes :

- Une première étape commencera par une préparation à distance avec la lecture des documents clés : le document projet Bêkou II, le rapport narratif intermédiaire de Bêkou II, le rapport d'évaluation de Bêkou I, l'évaluation externe ROM, le Manuel FBR national version février 2017, le document du projet PASS dans la RS 3, les derniers rapports trimestriels des AAP de Bossangoa et Bozoum, le rapport de suivi & évaluation de l'AT Fonds Bêkou. Les résultats et les données recueillies de l'étude¹² effectuée dans le district de Bozoum en octobre 2016 seront utilisés ;
- Une deuxième étape avec une prise de contact avec le Coordonnateur du projet, l'AT du Fonds Bêkou et la CTN/FBR à Bangui ainsi que la validation de la méthodologie proposée par un groupe technique constitué par le l'AT du Fonds Bêkou et la CTN/FBR ;
- Une troisième étape suivra par une visite sur le terrain dans le district sanitaire de Bossangoa. Un tirage d'un échantillon de 6 à 10 FOSA dans le district de santé de Bossangoa en tenant compte des CS/PS et du lieu d'implantation (urbain et rural) en tenant compte des distances à parcourir et du contexte sécuritaire. La contre vérification des données sera faite pour les 4 indicateur

¹² Rapport de l'étude sur la viabilité des centres de santé et sur la prise en charge des indigents

clés : consultants externes NC, Accouchements Assistés, Enfants vaccinés Penta3 et Consultations prénatales 1-4. Une évaluation du fonctionnement et de l'efficacité de l'AAP sera aussi faite ainsi que les actions communautaires et fonctionnement des organes du montage institutionnel. L'évaluation de la contribution du FBR au renforcement des piliers du système de la santé décentralisé.

- Une quatrième étape est la compilation des résultats et une restitution à Bangui des premières conclusions aux différents acteurs (UE, CTN-FBR, MSP, Cordaid Bangui)
- Une cinquième étape est l'élaboration du rapport.

V- PROFIL DU CONSULTANT

Un consultant externe sera recruté pour cette étude avec le profil suivant : un médecin en santé publique maîtrisant parfaitement la langue française avec une expérience d'au moins 10 années en Afrique centrale et une expertise assurée en FBR/FBR en théorie et en pratique, de préférence avec une connaissance du système de santé de la République Centrafricaine et surtout avec une expérience régionale pour partager avec nous les bonnes pratiques.

Le consultant sera assisté par un membre de l'Equipe Cadre de la Région Sanitaire 3 et par un cadre national de la santé non impliqué dans le FBR mais qui a reçu la formation dans le domaine avec lesquels une répartition des tâches sera faite et sera encadré et accompagné par le bureau de Cordaid Bangui avec qui le contrat de consultance sera signé.

VI- DUREE DE LA MISSION

La mission totalisera 22 jours de travail dont 2 jours de voyage, 3 jours de préparation, 13 jours sur le terrain et 4 jours de rapport.

La période proposée de la mission sur le terrain est du 9 au 24 mars 2018, jours de voyage inclus.

VII- APPEL A RECRUTEMENT DU CONSULTANT EXTERNE

Les Termes de Références seront envoyés à trois (3) bureaux de consultance renommés ayant l'expertise souhaitée.

Cordaid attend recevoir par courriel :

- Une lettre de manifestation d'intérêt pour la réalisation de cette mission ;
- Le CV du consultant expert proposé et
- Une offre de prix pour les prestations fournies.

Le tout à envoyer avant le 16 février 2018 à :

Monsieur André Zra,
Coordonnateur du projet
Cordaid RCA
Zra.Andre@cordaid.org

Avec cc à :
Béatrice Looijenga
Programme Manager
Cordaid Siège
Beatrice.looijenga@cordaid.org

Fait à La Haye / Bangui,
Le 29 janvier 2018

Annexe 2. Calendrier de travail

	Activité	Endroit	Sujet
Fin janvier	Appel d'offre		
Mars	Préparation de la mission	Pays-Bas	
08-03-2018	Visite Mme Beatrice Looijenga	Cordaid La Haye	TDR
09-03-2018	Voyage Pays-Bas - RCA		
	Rencontre staff du projet	Cordaid	Briefing
10-03-2018	Rencontre équipe	CAM	Discussion TDR et méthodologie de travail
10 au 11 mars 2018	Travail individuel		Lecture des documents ; préparation des questionnaires et outils de travail
12-03-2018	Rencontre équipe	Cordaid	Préparation voyage ; discussion questionnaire e.a.
	Rencontre CTN Dr Koss-Mazouka Adolphe et staff	CTN	TDR
	Rencontre M. Julien Basile Gounouman, SE Assomesca et son staff	Assomesca	Fonctionnement chaîne d'approvisionnement en médicaments et appui de Cordaid
13-03-2018	Voyage Bangui - Bossangoa		
	Rencontre staff AAP	AAP	TDR
	Rencontre équipe	AAP	TDR, méthodologie de travail ; programme
14-03-2018	Visite CS de Ouham Bac	CS	Entretiens malades, ASLO, COGES, équipe ; vérification
	Visite PS de Wikamon	PS	Entretiens équipe, COGES, relais communautaires
15-03-2018	Rencontre Cdt Marcel Guela, préfet de l'Ouham	Préfecture	Visite de courtoisie
	Rencontre M. Paul Vincent Mbogue, directeur régional des affaires sociales, membre du CSR	DRAS	Fonctionnement CSR ; projet CRAME ; identification des indigents
	Visite CS de Siriri	CS	Entretiens ASLO, malades, COGES, équipe, vérification
16-03-2018	Rencontre avec le staff du DS Bossangoa	DS	Entretien avec les membres de l'ECD sur le projet
	Rencontre avec Dr Parfait Constant Seboulo, DRS et le staff	RS	Entretien sur l'exécution du projet, le fonctionnement du RS et la différence entre PASS et Békou
	Visite CS Raoul Follereau	CS	Entretiens ASLO, président COGES, équipe, vérification
17-03-2018	Visite CS Ndow-Kota	CS	Entretiens COGES, ASLO, malade, équipe
	Visite PS Kana		Entretien équipe
18-03-2018	Travail individuel	Hôtel	Analyse des données
	Réunion de l'équipe	Hôtel	Préparation restitution
19-03-2018	Rencontre M. Heracles Namkoiset, commissaire aux comptes Coges CS Siriri	AAP	Fonctionnement COGES
	Réunion avec équipe de l'AAP	AAP	Questionnaire ; analyse institutionnelle
	Réunion avec AAP / DS / RS	DS	Restitution des résultats

	Activité	Endroit	Sujet
20-03-2018	Réunion de l'équipe	AAP	Evaluation du travail ; suite
	Voyage Bossangoa - Bangui		
	Préparation rapport	Hôtel	
21-03-2018	Préparation restitution ; rédaction rapport	Hôtel	
22-03-2018	Réunion de l'équipe	Cordaid	Restitution et recommandations
	Réunion de restitution staff Cordaid	Cordaid	
	Réunion avec staff du projet du fonds Bêkou	UE	Restitution
	Réunion de restitution CTN	CTN	Restitution et recommandations
23-03-2018	Rédaction du rapport	CAM	
	Voyage Bangui - Amsterdam		
	Echanges avec Mme Beatrice Looijenga	Cordaid La Haye	Restitution et recommandations

Annexe 3. Questionnaires sémi-structurés

CTN

- Nouveau manuel FBR ?
- L'idée de formation des infirmiers secouristes ? Normes ? CS ou PS ?
- Existence d'une réunion de cadrage et d'échanges des deux projets ?
- Deux types de projets dans une région sanitaire ?
- Contractualisation de la Région / Préfecture sans toutefois tenir compte de tout le territoire ?
- Renforcement des capacités des DS ?

Région sanitaire

- Comment les deux projets ont appuyé la RS en termes d'investissements, réhabilitation, financement du fonctionnement ?
- Quel est le rythme des réunions de l'ECR ?
- Est-ce que la RS est suffisamment capacité pour jouer son rôle ? Si non, quels sont les problèmes majeurs ?
- Est-ce que vous êtes évalué vous-mêmes régulièrement et avec quels résultats ? Est-ce que le paiement de la prime se fait régulièrement ? Comment vous utilisez cet argent ? Outil d'indice ? Une clé de répartition ?
- Est-ce qu'il existe un Comité de Suivi Régionale ? Comment fonctionne-t-il ?
- Est-ce que vous avez un système SNIS fonctionnel ? Quelle est le taux de complétude et de promptitude ?
- Vous avez combien de DS dans la Région ? Est-ce que tous les DS sont évalués avec la même fréquence et de la même façon ?
- Est-ce que la RS est impliquée à la vérification du contrat avec les DS ensemble avec la CTN ? Avec quel rythme ?
- Est-ce que la RS est impliquée à la vérification de la qualité dans les FOSA ?
- Est-ce que les Equipes Cadre district (ECD) sont-ils capables (capacités) d'exécuter leurs tâches ?
- Est-ce qu'il y a suffisamment de nombre de supervision formative ? Est-ce qu'il y a des rapports ?
- Comment le contrôle de la qualité dans les hôpitaux est organisé ?
- Quelles sont les différences entre les deux projets ? En termes de Prestation des services, Personnel de santé, Information sanitaire, Techniques et produits médicaux essentiels, Financement de la santé, Leadership et gouvernance ? Vous pouvez donner des exemples ?
- Quels sont les points forts et points faibles de chaque approche ?

Districts sanitaires

- Est-ce que le CRS fonctionne ? Avec quelle fréquence il se réunit et quels sont les sujets à l'ordre de jour ?
- Est-ce que la RS vous supervise régulièrement ? Ce sont des visites dans le cadre du projet (vérification) ou des visites plus générales de supervision / encadrement ?
- Est-ce que le staff de l'hôpital est impliqué à la formation et la supervision des CS ?
- Comment fonctionne le SNIS ? Est-ce que vous comparez des chiffres du SNIS avec la déclaration des indicateurs FBR ? Et si oui, quelles sont vos observations ? Quelle est la complétude et la promptitude des rapports ? Peut-on montrer des tableaux ou graphs ? Est-ce qu'il y a une sorte de suivi ?
- Est-ce que le DS joue son rôle de régulateur (gouvernance, leadership, encadrement) ? Est-ce que vous pouvez en donner des exemples ?
- Vous avez un plan d'activités ? Est-ce que vous arrivez à l'exécuter ? Si non, quels sont les obstacles majeurs ? Est-ce que l'ECD est capacité pour exécuter ses tâches (RH, argent, transport, etc.) ?
- Est-ce que les évaluations du DS ont été faites régulièrement par la RS/CTN ? Quelles ont été les forces et faiblesses constatées ?

- En dehors des tournées de vérification et/ou de contrôle de la qualité dans les CS, est-ce que vous faites des tours de supervision formative aux CS/PS ? Quelle est le nombre moyen trimestriellement ?
- Combien des réunions mensuelles sont organisées ? Y a-t-il des rapports ?
- Est-ce que les subsides pour les indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont-ils suffisants pour améliorer vos services ? Est-ce que les subsides sont payés régulièrement ?
- Comment vous utilisez cet argent ? Est-ce qu'il y a une clé de répartition ? Est-ce que le niveau de la tarification est-elle acceptable ?
- Comment on paye / calcule la motivation du personnel du DS ? Utilisation de l'outil indice ?
- Est-ce qu'il y a des supervisions conjointes (ECD/AAP) qui sont réalisées ?
- Comment jugez-vous votre relation de travail avec l'AAP ?
- Quel est le rôle du DS pour la rédaction du plan de travail trimestriel des CS ?
- Vous êtes impliqués à la vérification de la qualité dans les CS/PS. Quelles sont vos observations par rapport à l'instrument, les critères, etc. ?
- Est-ce que vous avez un tableau avec le personnel formé et non-formé par CS du DS ?
- Quelle est votre opinion concernant l'évolution de la fréquentation dans les FOSA ? Est-ce qu'on peut voir une augmentation ? Quels sont les défis ?
- Est-ce que la qualité des services de santé est améliorée ?
- Est-ce que le PMA est complet ? Est-ce que vous avez un tableau qui montre la complétude du PMA dans chaque CS/PS et du DS dans son ensemble ?
- Est-ce que les indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont-ils SMART ? Y a-t-il des erreurs ou complications ?
- Comment jugez-vous l'autonomie de gestion des FOSA ?
- Est-ce que l'approche FBF a certains effets pervers ? Vous pouvez donner des exemples ?
- Est-ce qu'il y d'autres programmes / interventions dans le district qui obstruent ?

Comité Régional de Suivi

- Quelle est son rôle dans le projet ? Y a-t-il suffisamment de capacité ?
- Quelle est le rythme des réunions ? Quels sont les sujets discutés ?
- Pensez-vous que ce programme répond aux préoccupations de la population ? Comment ?
- Pensez-vous que le personnel est suffisant et compétent ?
- Est-ce que l'organisation est satisfaisante ?
- Est-ce que les médicaments sont disponibles et suffisants ?
- Comment apprécier la qualité des soins du PAM : Quels changements avec le projet ?
- Quel impact a le projet sur le prix des services ?

Satisfaction du client

- Avez-vous utilisé le centre de santé dernièrement ?
- Pourquoi vous-étiez au CS ? Consultation curative ? CPN ? Vaccination ? Accouchement ?
- Comment vous-avez trouvé l'accueil ?
- Avez-vous trouvé les médicaments nécessaires ? La totalité ? Combien vous avez payé ?
- Que pensez-vous des coûts des soins ? Chers ou abordables ? Est-ce que vous avez payé un sous-table ?
- Avez-vous constaté des améliorations ces dernières années ? Si oui, lesquelles ?
- Qu'est-ce qui doit être encore amélioré selon vous ?

Relais communautaires

- Est-ce que vous avez un contrat avec le CS, le COGES ou l'AAP ?
- Qui vous paye, l'AAP, le CS ou le COGES ?
- Est-ce que vous avez reçu une formation ? Sur quels sujets ?
- Si oui, pour quel type de service ? Comment on fait le contrôle sur la prestation ?
- Est-ce que vous assistez à des réunions du staff du CS et/ou du COGES ?

- Sont les indicateurs formulés d'une façon SMART ? Combien on paye ?
- Est-ce que vous arrivez à orienter les femmes/enfants vers le CS/PS ? Pour quel type de prestation ?

ASLO

- Qu'est-ce que votre association fait en général ? Vous avez combien de membres ?
- Quelle est votre appréciation du projet ?
- Depuis quand est-ce que vous faites les enquêtes ? Comment vous avez été sélectionné ?
- Combien de membres ont reçu une formation initiale ?
- Combien d'enquêtes vous menez par trimestre ?
- Est-ce que l'AAP organise des réunions de feedback ? Si oui, est-ce que les membres des CS/COGES sont présents ?
- Comment vous appréciez l'encadrement par l'AAP ?
- Qu'est-ce que l'ASLO fait avec l'argent gagné ?

Comité de gestion

- Est-ce que les réunions s'organisent régulièrement ? Est-ce que vous pouvez nous montrer le dernier rapport de réunion ?
- Quelle est la composition du COGES ? Y-a-t-il de différentes fonctions ?
- Est-ce que le COGES reçoit 5% des recettes FBR de l'AAP ou du titulaire ?
- Qu'est-ce que vous faites avec cet argent ?
- Est-ce que le CS a un compte bancaire ? Qui en est signataire ?
- Est-ce que le CS a un livre de caisse ? Un livre de banque ?
- Est-ce que le COGES est impliqué à l'élaboration du plan de business ?
- Est-ce que vous assistez à des réunions de restitution de l'enquête communautaire ?
- Est-ce qu'il y a des exemples des changements sur recommandation de la population ?

Centre de santé / poste de santé

- Vous exécutez tout le PMA (voir fiche de déclaration) ? Si non, pourquoi pas ?
- Quelle est votre opinion concernant l'évolution de la fréquentation dans la FOSA ? Peut-on voir une augmentation ? Peut-on montrer des tableaux ou graphs ? Y a-t-il un suivi qui a été effectué ?
- Est-ce que les indicateurs sont SMART et il n'y a pas de discussion avec l'AAP/DS sur la vérification ?
- Est-ce que l'AAP visite-t-elle la FOSA pour vérification sur une base mensuelle ?
- Est-ce que l'AAP discute-t-elle de la réalisation du « business plan » lors de la vérification ?
- Est-ce qu'il existe un écart entre les indicateurs FBR et le SNIS ?
- Est-ce que la qualité des services de santé est-elle améliorée ? Donnez des exemples.
- Est-ce que le PMA est-il gratuit ? Si non, qui fixe la tarification ? L'équipe ? Le COGES ?
- Est-ce que les prix sont-ils clairement affichés ?
- Rédaction du plan de business ? Comment le COGES a été impliqué ? Est-ce que ce plan est réellement une guide pour développer les activités dans le trimestre ?
- Est-ce que l'AAP joue bien son rôle de coaching dans l'élaboration et l'exécution de votre plan de business ?
- Combien de subsides vous recevez ? Est-ce que vous utilisez une clé de répartition ?
- Utilisation de l'outil indice ? Cela sert également pour réserver l'argent pour les investissements ? Ou c'est uniquement pour calculer les primes du personnel ?
- Est-ce que le CS/PS peut décider lui-même comment utiliser les subsides (recrutement, approvisionnement) ?
- Est-ce que ce paiement vous permet de faire tous les investissements et de payer le fonctionnement nécessaire ? Est-ce que 'il y a des exemples des investissements réalisés ? Si non, où se trouve les problèmes ?
- Y a-t-il combien de personnel ? Quelles sont leurs qualifications ? Existe-t-il une liste ? Est-ce que la présence du personnel est-elle enregistrée ? Y a-t-il un nombre suffisant de personnel ?

- Est-ce que le personnel des CS est suffisamment formé en gestion financière ?
- Est-ce que le personnel a suivi des formations par le projet ? Et si oui dans quels domaines ?
- Comment se fait la gestion des médicaments ? Système d'approvisionnement ? Formation ? Utilisation des outils ? Ruptures de stock ? Est-ce que les outils de gestion sont disponibles ?
- Est-ce que vous vendez des médicaments ? Si oui, existe-t-il une gestion séparée par rapport aux médicaments donnés gratuitement ou ceux des programmes nationaux ?
- Est-ce qu'il y a la liste des médicaments traceurs ? Y a-t-il des ruptures de stock ? Si oui, où est-ce que vous vous approvisionnez dans ce cas ?
- Est-ce qu'il y a la vérification de la présence des médicaments chaque jour ? Est-ce qu'il y a des ruptures de stock dans le registre (inventaire) ? Est-ce que les factures de médicaments et bon de livraison sont-elles disponibles ? Les documents de gestion sont à jours ?
- Est-ce qu'il y a du personnel qui suivi la formation sur l'ordinogramme ?
- Quels sont les points forts et points faibles de l'approche ?
- Quelles sont les leçons les plus importantes que vous avez appris du projet ?
- Est-ce que l'ECD supervise la FOSA ? Combien de fois par mois ? (Demandez le rapport ou vérifiez le registre des visiteurs). C'est réellement une supervision formative ou uniquement la vérification dans le cadre du projet ?
- Est-ce que votre COGES est fonctionnel ? Quel est son rôle ? Est-ce qu'il y a eu des formations des membres de COGES ?
- Est-ce que les préoccupations communautaires sont-elles transmises aux FOSA par l'ASLO ? Utilisez-on les résultats de l'enquête communautaire ?
- Est-ce qu'il y a eu des changements au CS à partir des enquêtes communautaires ?

AAP

- Comment vérifie-t-on l'exécution du plan de business ? Quel accompagnement ? Quel est le rôle du DS dans ce sens ?
- Activités prévues dans le document du projet :
 - Faciliter l'approvisionnement en intrants, notamment en médicaments ; comment cela fonctionne ?
 - Former les prestataires en FBR ; est-ce que c'est suffisant ?
 - Contracter les FOSA en fonction d'un plan de business ; comment cela fonctionne ?
 - Former le personnel de santé sur les ordinogrammes PMA/PCA ; comment les ordinogrammes sont suivis maintenant ? On voit une amélioration ?
 - Participer aux supervisions avec les équipes cadres des DS ? Est-ce que le DS supervise réellement ? Ou ce sont des visites de vérification de la qualité ?
 - Comment fonctionnent les ASLO ? On les a formés ? Est-ce que les CS utilisent les résultats des enquêtes ? Exemples ?
 - Est-ce qu'on partage les résultats des enquêtes communautaires avec les responsables des FOSA et du DS ? Rapports ?
 - Est-ce que les COGES sont fonctionnelles ? Les membres sont formés ? Quelles sont les facteurs qui entravent leur fonctionnement ?
 - Est-ce que le CSR est fonctionnel ? Quel est son rôle ?
 - Est-ce que la réunion trimestrielle d'analyse et de validation des données fonctionne-t-elle ?
 - Organiser les évaluations de qualité des FOSA par les ECD ; l'AAP est associé ? Est-ce qu'on constate une amélioration de la qualité ?
- Est-ce qu'on applique un bonus d'isolement et/ou un bonus d'investissement dans le projet ?
- Monitoring du PMA complet ? Quels sont les principaux facteurs qui entravent la complétude ?
- Est-ce que l'ECD est-il capable d'exécuter ses tâches ?
- Quels sont les aspects qui ont entravé le programme et qui ont aidé ?
- Est-ce qu'il y a suffisamment de capacité financière des FOSA ?
- Comment s'organise la documentation et l'échange des leçons dans le projet ?

- Est-ce qu'il existe des indicateurs communautaires ? Comment vous jugez fonctionner le programme avec les relais communautaires ? Est-ce que vous avez des suggestions pour améliorer ce volet ?
- Est-ce qu'il y a suffisamment les subsides pour les indicateurs quantitatifs et qualitatifs pour améliorer les services ?
- Est-ce qu'il y a des indications des effets pervers ?
- Est-ce que tous les acteurs ont des contrats avec l'AAP ? Est-ce que le contrat avec FOSA est renouvelé et basé sur une analyse des résultats ? Est-ce qu'il y a eu des constats des fraudes ? Et si oui, comment on a résolu le problème ?
- Comment on enregistre les indicateurs ? Excel ? Est-ce que le portail est fonctionnel ? Existe-t-il des différences entre le portail et d'autres bases des données ? SNIS ?
- Est-ce que les FOSA envoient ils des rapports à temps ? Quel sont les écarts entre le nombre déclarés d'indicateurs et le nombre validé ?
- Est-ce que les fonctions du régulateur, acheteur et prestataires sont suffisamment séparés ?
- La fonction du paiement et d'achat ne sont pas séparées ? Est-ce que cela cause des problèmes ?
- Est-ce que les des FOSA peuvent décider comment utiliser les subsides (autonomie de gestion) ?
- Y a-t-il suffisante d'autonomie de gestion au niveau de l'AAP ?
- Est-ce qu'il y a des programmes verticaux qui obstruent ?
- Est-ce que toutes les FOSA du DS sont-elles incluses ?
- Est-ce qu'il existe des déviations budgétaires de plus 20% par ligne ?
- Est-ce qu'AAP a des outils pour suivre des résultats et faire des estimations financières ?
- Est-ce que les financements sont-ils reçu à temps ?

Annexe 4. Documents consultés

- ✓ Rapport évaluation interne projet Bêkou, mai 2016
- ✓ Tableau de suivi Bêkou I Fev2015 - Oct2016
- ✓ Document du projet Bêkou, phase II, avril 2016
- ✓ Bonus qualité T2 2017 et population par FOSA et Score qualité des FOSA DS Bozoum (PASS)
- ✓ Manuel d'exécution du FBR en RCA, version février 2017
- ✓ Rapport d'Etude sur la viabilité financière des FOSA et l'identification des indigents Projet PASS novembre 2017
- ✓ Facture synthèse FBR décembre 2017 DS Bozoum (PASS)
- ✓ Subsidés T4 RS2, janvier 2018 (PASS)
- ✓ Rapport de mission de monitoring ATP2 Békou - Cordaid Bossangoa, décembre 2017
- ✓ Tableau de suivi des indicateurs (PASS) Août 2016 – Janvier 2018
- ✓ Rapport narratif intermédiaire II Cordaid Phase II, février 2018
- ✓ Rapport de synthèse de l'AAPRC de la RS3 période octobre-décembre 2017, projet PASS
- ✓ Population FOSA Bossangoa
- ✓ Exemple d'un contrat type AAPRC - FOSA
- ✓ Bonus qualité 5^e trimestre DS Bossangoa
- ✓ Subsidés décembre 2017 DS Bossangoa
- ✓ Partogramme : http://afrolib.afro.who.int/documents/2011/Fr/SurveillanceTravail_Congo.pdf
- ✓ Rapport Formation des formateurs en gestion des médicaments et produits de la santé, Cordaid e.a. novembre 2017

Annexe 5. Recommandations évaluation interne avril 2016

9. Il est bien entendu que Cordaid peut partiellement influencer la disponibilité des médicaments en RCA. Néanmoins, certaines mesures peuvent être mises en place pour assurer une disponibilité suffisante. Il s'agit par exemple d'un soutien des FOSA concernant le calcul de la Consommation Mensuelle Moyenne afin de permettre une estimation de consommation des médicaments. En outre Cordaid et ASSOMESCA peuvent négocier le délai des commandes et la livraison des médicaments avec une durée de conservation plus longue. Lors de la formulation des plans de business, l'AAP peut aussi encourager les FOSA à constituer un fonds de réserves pour les médicaments, capables d'assurer l'achat de médicaments pendant au moins trois mois, en cas d'une situation inattendue pour éviter les ruptures de stock.
10. Il est aussi crucial d'assurer la disponibilité des **moyens financiers**. A long terme on pourrait utiliser les services bancaires mobiles. A court terme, Cordaid peut commencer des négociations avec la procure de l'église catholique pour créer des comptes pour les FOSA. De cette manière on peut déposer l'argent sur une base périodique.
11. Le projet a visé **une sous-contractualisation des postes de santé** par les FOSA. L'équipe de la revue conseille de modifier cette stratégie. L'AAP pourrait donner un contrat principal avec des postes de santé qui sont très éloignés (40 km et plus) de la FOSA de leur ressort et dont le plateau technique est identique à celui dudit FOSA.
12. Le projet devrait renforcer le **suivi** de l'exécution pour s'assurer de la mise en œuvre de toutes les composantes et améliorer la performance technique et fiduciaire du projet. Afin d'améliorer le suivi il pourrait créer une fiche avec des données mensuelles en intégrant les indicateurs clés, comme le pourcentage des patients confirmé, la couverture des indicateurs et le nombre des patients dans l'enquête communautaire qui ont indiqué qu'ils ont payé pour une prestation qui devrait être gratuite. Une telle fiche facilite aussi une standardisation des analyses. En outre, il est important d'assurer la fréquence de l'accompagnement des vérificateurs sur le terrain. Le directeur de l'AAP peut joindre les vérificateurs une fois par trimestre au cours d'une vérification afin de mieux comprendre les défis liés à la vérification et l'état de lieux dans les FOSA.
13. Au niveau de l'AAP il faut introduire des éléments **formatifs** pendant la **vérification**. De cette manière, les vérificateurs peuvent aider à la résolution des problèmes au niveau des FOSA et stimuler les gestionnaires à trouver des solutions créatives et innovatrices.
14. Pour améliorer la performance des équipes des FOSA, les équipes cadre des districts doivent prêter une attention particulière sur les FOSA à faible score en faisant un **coaching** rapproché sur les aspects techniques (médicaux) et les aspects liés à la gestion. Aussi, de faire un feedback aux FOSA sur les rapports SNIS (collecte des données).
15. Il faut améliorer la définition de quelques indicateurs, notamment les indicateurs suivants :
 - L'indicateur pour les enfants complètement vaccinés
 - Nombre d'accouchements réalisés dans les centres de santé
 - Nombre de femmes vues en CPN
 - Plan de business (dans la grille d'évaluation de la qualité)
 - Gestion financière (dans la grille d'évaluation de la qualité) Pour s'assurer que tout le personnel qui est impliqué dans ce programme utilise les mêmes définitions pour les indicateurs, il faut créer un guide d'évaluation. Un tel guide contient :
 - Le nom de l'indicateur (contenant les mots-clés)
 - La définition SMART
 - La source de vérification
 - Le processus de vérification
11. Il est recommandé de suspendre l'achat des prestations sur l'indicateur de «référence» à l'endroit du dispensaire de l'hôpital de Bossangoa et d'entamer des concertations afin de bien définir le circuit du patient à l'hôpital de Bossangoa. Et enfin permettre aux patients référés des centres de santé de rencontrer immédiatement le médecin. Cette recommandation concerne aussi tout dispensaire qui serait dans les mêmes conditions que celui de Bossangoa.
12. Il faut créer plus d'opportunités d'apprentissage à plusieurs niveaux afin que le programme s'adapte aux changements dans son contexte et intègre des leçons apprises. Il s'agit par exemple de :
 - Echanges entre les AAP des différentes régions et entre les différents programmes ;

- Documentation des photos, les leçons, etc. ;
 - Discussion sur les différents thèmes au cours des réunions techniques des vérificateurs.
13. Il est crucial d'introduire un indicateur qui motive le régulateur d'assurer la disponibilité des antigènes pour la vaccination. Cela peut être un pourcentage des subventions pour l'indicateur «Enfants complètement vaccinés» et «Femmes enceintes complètement vaccinées» qui sont payées aux FOSA.
14. Réorientation concernant les prix des indicateurs (augmentation des indicateurs faibles comme le CPN, la vaccination, traitement des cas de VBC et les indicateurs communautaires), selon la théorie de FBR.
15. Application des primes d'équité basées sur la sécurité, les distances et la pauvreté. Il faut aussi considérer d'appliquer des indicateurs spécifiques pour les indigents, comme dans le projet de la Banque Mondiale.
16. Afin d'assurer une séparation des fonctions adéquate, il est nécessaire d'établir un comité de validation au sein des comités de suivis régionaux. Les responsabilités d'un tel comité sont décrites dans le manuel d'exécution du projet FBR de la Banque Mondiale.
17. Il est conseillé à Cordaid Bangui d'organiser un atelier d'harmonisation pour les projets FBR dans le cadre du programme Fonds Békou et du programme de la Banque Mondiale.
18. Pour améliorer l'accès géographique aux soins de santé de qualité au profit de la population bénéficiaire, les FOSA sont appelées à compléter le PMA tel que décrit dans les normes sanitaires pour le district de santé. Les FOSA dont le PMA est encore incomplet, doivent développer dans leur plan Business, des stratégies pour la couverture totale du PMA. Les évaluations de la qualité technique fait trimestriellement doivent constituer un moyen d'inciter lesdites formations sanitaires à compléter leur PMA et PCA. Par conséquent on doit aussi utiliser le score maximal comme dénominateur pendant le calcul des scores de qualité. Dans ce cadre, il est également important d'introduire un indicateur sur la complétude du PMA dans les FOSA dans la grille d'évaluation de la préfecture/district sanitaire.
19. L'équipe de la revue recommande de croiser les équipes cadres lors de l'évaluation de la qualité technique des FOSA de façon que chaque équipe cadre évalue la qualité technique des prestations des formations sanitaires de son district sanitaire voisin au lieu d'évaluer les formations sanitaires dont il est chargé d'encadrer (évaluation par les pairs).
20. Afin de renforcer la capacité de gestion financière des formations sanitaires, les AAP sont conseillées de :
- Encourager les FOSA à recruter un personnel aux profils et compétences de gestions requises ;
 - Organiser une formation de renforcement de capacités en gestion financière ;
 - Faire un encadrement de proximité en matière de gestion pendant la supervision et la vérification.
19. Il est conseillé à L'AAP de Bossangoa de faire un plaidoyer pour que la gestion du dispensaire de l'hôpital de Bossangoa soit séparée de celle de l'hôpital.
20. Il existe encore un besoin de renforcement des capacités lié à l'archivage, la gestion financière, le fonctionnement des COGES, la tenue des registres et l'application de l'outil indices. Le renforcement de ces capacités peut avoir lieu à travers des sessions de formation formelle ou pendant la vérification et supervision.
21. Il est crucial d'appliquer strictement les règles de marge d'erreur d'indicateurs (paiement annulé s'il y a des différences de plus de 5 %) afin d'améliorer la fiabilité des données.

Annexe 6. Contrevérification qualitative (détails)

INDICATEUR GRILLE DE QUALITE	Totale		Ecart
	CV	DS	
CONSULTATION CURATIVE DES MALADES			
Bonnes conditions d'accueil pour les malades en attente de la consultation : présence de bancs et / ou chaises suffisantes, protégés contre le soleil et la pluie	2	2	0
Les tarifs pour le recouvrement de coût sont affichés d'une manière visible pour les malades avant la consultation	1,6	1,6	0
Existence d'un système de triage avec des jetons numérotés sauf pour les urgences	1	1	0
Salle de la Consultation de malades propre aérée en bon état : murs en dur avec crépissage et peinture, sol en ciment sans fissures, plafond en bon état, fenêtres en bon état avec rideaux, et portes avec serrure fonctionnelle.	1	1	0
Salle de consultation séparée de l'espace d'attente assurant la confidentialité : salle avec porte fermé – rideaux sur la fenêtre – pas de passage	1,6	2	0,4
Toutes les Consultations sont faites par un personnel qualifié : identifier le personnel consultant à partir d'écriture dans le registre	1,2	1,6	0,4
Le personnel de la Consultation est en tenue conforme : blouse propre, boutonnée avec identification, en chaussures et en pantalons (pas de culottes)	1	1	0
La tenue du registre de Consultation SNIS est conforme aux instructions (numérotation, date, adresse, motif de consultation, etc...)	1,6	2	0,4
Disponibilité de services 24 h /24 et 7 jours / 7 (vérifier les entrées dans le registre les derniers 3 dimanches)	1	0,8	-0,2
Corrélation entre le diagnostic et le traitement	1,6	1,2	-0,4
Le Protocole pour la prise en charge correcte du paludisme est affiché sur le mur : Protocole national avec palu simple et grave avec leur traitement	0,6	1	0,4
La prise en charge du palu simple est correcte : <u>voyez le registre les 5 derniers cas (CTA+TDR)</u>	0	0,8	0,8
La prise en charge du palu grave est correcte : <u>voyez dans le registre les 2 derniers cas traités (Artesunate/Arthemeter injectable)</u>	0	0,8	0,8
La prise en charge des IRA est correcte (conformément à l'ordinogramme OMS qui doit être disponible et appliqué)	0	0,8	0,8
La prise en charge de la diarrhée est correcte conformément à l'ordinogramme qui doit être disponible et appliqué	0	1	1
La proportion de malades traités avec des antibiotiques est < 50% (voyez sur le registre les 30 derniers cas, analyser le diagnostic et le traitement et calculer le taux : on ne doit pas avoir plus de 14 cas traités avec antibiotiques)	2	2	0
Connaissance de signes précoces de la tuberculose qui mérite une référence à un centre de dépistage de TB : la réponse doit contenir au moins 4 symptômes entre : amaigrissement, asthénie, anorexie – température, toux > 15 jours, transpiration	2	2	0
Référence des malades bien faite selon l'ordinogramme : vérifier les motifs de références	1,2	2	0,8
Disponibilité de stéthoscope et de tensiomètre fonctionnels : prendre la tension artérielle de quelqu'un pour la vérification	1	1	0
Disponibilité de thermomètre fonctionnel : Inspecter et tester le thermomètre	1	1	0
Disponibilité d'otoscope fonctionnel : vérifier les piles chargées avec lumière disponibles.	0,8	0,6	-0,2
Lit /table d'examen métallique avec matelas et skaï en bon état	1	1	0
Disponibilité de balance fonctionnelle : faire l'inspection en comparaison du poids connu du superviseur, après la pesée, l'aiguille de la balance doit revenir à zéro	1	1	0
Salle de consultation des malades éclairée : électricité ou lumière solaire ou lampe tempête (à vérifier par les évaluateurs)	1	1	0
Points TOTAUX - 33 points maximum	76%	92%	15%
VACCINATION			
Existence d'un micro plan de la vaccination pour l'année en cours	1,8	1,8	0
Calcul correct de la cible mensuelle) : Cible = Population x 3,04 / 12 x 100	1	1	0

Le Centre PEV dispose d'un réfrigérateur, de deux portes vaccins et d'au moins 16 accumulateurs de froid : vérifiez l'existence physique de ces matériels	2,4	2,4	0
Chaîne de froid : - contrôle régulier de la chaîne de froid et thermomètre présent dans le compartiment du réfrigérateur - disponibilité de cahiers ou fiche de température remplis 2 fois par jour, y compris le jour de la visite - température comprise entre 2 et 8 degré Celsius sur la fiche (vérifier la fonctionnalité du thermomètre)	2,4	2,4	0
Respect de la périodicité des Commandes des vaccins : vérifiez la preuve des commandes mensuelles dans le bon de commande et bordereau de livraison	0,6	0,8	0,2
Rupture de stock de vaccin PENTAVALENT, BCG, VAR+VAA, VPO, VAT : vérifiez la présence des fiches de stock à jour et le stock physique des vaccins dans le Réfrigérateur	0,2	0,8	0,6
Disposition correcte des vaccins dans le réfrigérateur : - Etage supérieure : VPO, VPI, VAR, VAA - Etage moyen : BCG, PENTAVALENT, VAT, PCV13 - Etage inférieur : Diluants - Les vaccins anciens à droite et nouveaux à gauche en tenant compte de la date de péremption et de l'état de la PCV - Absence de vaccins périmés ou pastille de contrôle de vaccins virés - Etiquettes sur les flacons de vaccin lisibles	0,6	0,8	0,2
Concordance des quantités de vaccins et autres intrants reprises dans les fiches individuelles/cahier de gestion de vaccins et le stock physique : Comptez les doses des vaccins/autres intrants	0,4	0,8	0,4
Source d'énergie de la CHAÎNE de FROID : '-Réfrigérateur à pétrole : stock d'au moins 14 L '-Réfrigérateur solaire : batterie en bon état	0,8	0,8	0
Les accumulateurs de froid sont bien congelés	0,8	0,6	-0,2
Maintenance préventive de la chaîne de froid : vérifiez la qualité de la flamme, l'absence de givre, la propreté de la cheminée et le cahier de suivi de la CDF/verseau fiche de température.	1,2	1,6	0,4
Existence de seringues : - autobloquantes : au moins 30 - pour dilution : au moins 3	0,8	1	0,2
Absence d' autres produits en dehors des vaccins et les solvants dans le réfrigérateur : vérifiez le contenu du réfrigérateur	1,8	2,4	0,6
Existence d'un graphique de suivi de la Couverture Vaccinale à jour au BCG, PENTA3 et le VAR : vérifiez si la courbe a été complétée mensuellement à partir des doses cumulées administrées	0,6	2,4	1,8
Organisation de la stratégie avancée : vérifiez le cahier de la stratégie et les fiches de pointage	2,4	2,4	0
Collecte des déchets dans des poubelles (réceptacles) appropriées : vérifiez la disponibilité de boîte sécurité (réceptacle)	0,8	1	0,2
Stock de carnets ou cartes de croissance PEV : au moins 10	0,6	1	0,4
Registre de vaccination bien rempli ; système capable d'identifier les abandons et les ECV (Enf Comp Vac)	0,8	1	0,2
Bonnes conditions d'attente : avec bancs et / ou chaises suffisants, protégé contre le soleil et la pluie	1	1	0
Remise de jetons (cartes) numérotés selon l'ordre d'arrivée	1	1	0
Points TOTAUX – 33 points maximum	67%	82%	15%
CONSULTATION PRE-NATALE			
Plan d'affaire contient une stratégie appropriée pour atteindre toutes les femmes enceintes : stratégie fixe et stratégie avancée pour les villages éloignés	0,4	0,4	0
Pèse personne, tensiomètre et stéthoscope obstétrical disponibles et fonctionnels pour le service et bien tarée à zéro	1	1	0

Fiche CPN disponible (au moins 10) et bien rempli : vérifier le remplissage sur les 5 dernières fiches.	1,2	3	1,8
Fiche CPN montre l'administration de Fer Folate et Chimio prophylaxie systématique sulfadoxine pyriméthamine (Fansidar)	1,8	1,8	0
Carnet de la CPN disponible : au moins 10	0,8	1	0,2
Registre de la CPN disponible et bien rempli : identité complète, état vaccinale, date de visite, rubrique Grossesse à Haut Risque (GHR) bien rempli incluant problématique et action prise	0,8	2	1,2
Points TOTAUX – 11 points maximum	55%	84%	29%
ACCOUCHEMENT			
Salle d'Accouchement en bon état : - Murs en dur avec crépissage et peinture - Pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état - Fenêtres en bon état avec rideaux, et portes fonctionnelles	1	1	0
L'eau suffisante avec savon et serviette propre dans la salle d'accouchement : un point d'eau fonctionnel ou au moins 20 litres disponibles	1	1	0
Salle d'accouchement éclairée : électricité, lumière solaire, lampe à batterie rechargeable ou à pétrole	1	1	0
Déchets collectés correctement dans la salle d'accouchement : poubelle + boîte de sécurité pour les aiguilles et les tranchants, le placenta jeté dans la fosse à placenta	1	1	0
Disponibilité de partogramme correctement rempli	1,8	2,4	0,6
Prise de la tension artérielle pendant le travail : au moins une fois par heure : vérifier 3 partogrammes	0,4	0,2	-0,2
Evaluer systématiquement l' APGAR du NNé: à la 1 ^{ère} , 5 ^{ème} et 10 ^{ème} minute : vérifier 3 partogrammes	0,4	0,2	-0,2
Tous les accouchements effectués par un personnel qualifié : identification des accoucheuses à partir des noms dans le registre	0,8	1,6	0,8
Disponibilité d'une toise (<i>pour mesurer la taille</i>), d'un stéthoscope obstétrical et d'une poire (<i>plongé dans un désinfectant non irritant</i>) ou aspirateur manuel / électrique fonctionnel	1	1	0
Disponibilité des gants stériles et/ou gants d'accoucheurs (<i>au moins 10 paires</i>)	1	1	0
Disponibilité d'au moins 2boites d'accouchement stérilisées , avec au moins 1 paire de ciseau, 2 pinces par boîte.	2	2	0
Disponibilité d'une boîte d'épisiotomie (stérile avec un porte aiguille, 2 pinces à disséquer, 4 pinces hémostatique, vicryl, fil à peau serti, anesthésique local, antiseptique, compresse stérile) :	1	1	0
Table d'accouchement métallique propre et en bon état Table avec matelas / skaï démontable avec deux jambiers fonctionnels	2	2	0
Disponibilité d'un pèse bébé fonctionnel Superviseur vérifie le pèse avec un objet	1	1	0
Produits disponibles pour les soins aux nouveaux nés : fil de ligature du cordon stérile, bande ombilicale stérile, pommade tétracycline 1% / gentamycine collyre (appliqué à chaque nouveau-né)	1	0,8	-0,2
Seau ou bassin à linge disponible	1	1	0
Disponibilité de moustiquaires dans la salle de suite des couches	1,6	1,6	0
Lits métalliques avec matelas et skaï en bon état dans la salle de suite des couches	1,4	1,2	-0,2
Disponibilité de l'horloge murale			
Points TOTAUX - 25 points maximum	82%	84%	2%
GESTION DES MEDICAMENTS			
Disponibilités de fiches de stock	0,8	0,2	-0,6
PV d'un inventaire de chaque mois	0,4	0,4	0
Fiche de stock par produit et par forme galénique bien remplie et bien tenue : (stock de sécurité, Consommation moyenne mensuelle,) : vérifier sur un échantillon de trois médicaments	0,2	0,2	0
Preuve d'achat de médicament, équipement et consommables dans le dépôt pharmaceutique agréé.	3,2	3,2	0

Les médicaments sont gardés correctement : local propre, bien aéré avec armoires ou étagères étiquetées, et rangées par ordre alphabétique	1,2	1,6	0,4
Le dépôt livre les médicaments au point de vente conformément à la commande	0,6	0,6	0
Produits périmés : - Absence de médicaments périmés ou avec des étiquettes falsifiées (vérifier au hasard 3 médicaments et 2 consommables) ; - Produits périmés bien séparés de stock - Système de destruction des médicaments fonctionnel (procès-verbal de destruction ou de remise au district pour la destruction disponible)	0,4	0,8	0,4
Points TOTAUX - 12 points maximum	57%	58%	2%
MEDICAMENTS TRACEURS avec Stock de Sécurité = consommation moyenne mensuelle (CMM) * 2			
PARACETAMOL 500 mg	1	1	0
AMOXICILLINE 500 mg	1	1	0
OXYTOCINE / METHERGIN	1	0,6	-0,4
COTRIMOXAZOLE 480	1	0,8	-0,2
METRONIDAZOLE 250 mg	1	1	0
MEBENDAZOLE / ALBENDAZOLE	1	1	0
SRO	1	1	0
ACT forme adulte	1	1	0
ACT forme pédiatrique	1	1	0
QUININE 300 mg comp			
SULFADOXINE PYRIMETHAMINE	1	1	0
QUININE ou ARTHEMETER ou ARTESUNATE Injectable	1	0,8	-0,2
SERUM GLUCOSE 500 ml	1	1	0
FER AC FOLIQUE	1	1	0
VITAMINE A	1	1	0
GENTAMYCINE Collyre			
ALCOOL ou CHLORHEXIDINE ou SOLUTION HYDR6ALCOOLIQUE			
SERUM SALE 0,9%			
GLUCOSE 30 ou 50%			
Points TOTAUX - 14 points maximum	100%	94%	-6%
GESTION FINANCIERE			
Présence de journaux de caisse et de banque et de cahier de recette tenus correctement	0,4	0,8	0,4
Les fonds médicaments ne financent que les dépenses liées aux médicaments : renouvellement de stock, transport pour l'achat des médicaments, le salaire du gérant et éventuellement le gardien (vérifier les cahiers de recette et dépenses médicaments)	3	3	0
Marge bénéficiaire des médicaments atteints maximum 25% des coûts d'achat (comparer le prix d'achat (facture fournisseur) et le prix de vente (Affiché))	5	5	0
Primes prélevées uniquement sur les recettes (subsidés PBF et le recouvrement des coûts) et non sur les recettes de médicaments ; ces primes ne dépassent pas 30% de ces recettes.	2,4	3,2	0,8
Toutes les dépenses sont justifiées par des pièces bien remplies sans rature	1,2	0,4	-0,8
Existence d'un budget provisionnel			
L'exécution du budget est respectée (Vérifier la conformité des dépenses avec les lignes budgétaires)	0,4	0,4	0
Rapport financier mensuel conforme aux recettes et aux dépenses.	0,2	0	-0,2
Formule du calcul mensuel des primes de performance (+ des primes de base) connue par le personnel : (1) Prime de base établie (2) Critères pour le calcul de la prime de performance établie calculé à travers (a) indice de base de performance + (b) ancienneté + (c) responsabilité + (d) heures supplémentaire / perdu + (e) évaluation trimestrielle de performance).	0,4	0,6	0,2
Points TOTAUX - 21 points maximum	62%	64%	2%
Score total par FOSA et la moyenne totale	67%	76%	9%

