



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Mémoire de fin d'étude

Titre :

Contribution de l'approche du financement basé sur la performance dans le système de santé en République

Présenté par : **Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA**

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université
Senghor

Sous la direction de : **Dr Thomas d'Aquin KOYAZEGBE,**
Médecin-Coordonnateur à la

CNARSS(RCA)

Département : **SANTE**

Spécialité : **Politiques Nutritionnelles**

Le 10 Avril 2013

Devant le jury composé de :

Dr Christian MESENGE Président

Directeur du département santé université
Senghor

Pr Hanane EL ZEYNY Examineur

Pr Anne-Marie MOULIN Examineur

Remerciements

Au Docteur Thomas D'Aquin KOYAWEGBE, coordonnateur du projet ASSB1&6 au MSPPLS pour vos orientations et votre soutien pendant le stage sans lesquels la réalisation de ce travail ne saurait être possible.

Au Professeur Matthieu SIBE : pour votre expertise combien indispensable dans la réalisation de ce travail.

Au Docteur Come Gervais KAMALO, chef de l'OCF Bimbo : pour tes sages et éclairants conseils tout le long de ce travail.

Au Docteur Christian MESENGE, Directeur du département santé à l'Université Senghor pour ton encadrement.

A mon frère aîné le Lieutenant Colonel Alexis NAGUEZAMBA, merci pour tout.

A tous mes collègues de promotion en particulier à Sidy Mokhtar et Osman Robleh : pour les moments inoubliables passé à Alexandrie.

A tous les Centrafricains de la 13^e promotion : Madress.I ; Ndoram.K ; Abdrassoul.N ; Namdenganana.M ; Malouf.S : Pour la solidarité Centrafricaine.

Au président de jury de notre mémoire : Merci pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre mémoire.

Aux membres du jury : Soyez rassuré de notre reconnaissance pour avoir accepté de siéger dans le jury de notre mémoire.

Dédicace

A mon défunt papa Michel NDANGO NAGUEZENGBA, pour tes conseils qui continuent de produire des fruits, reçois cher papa au delà de la mort mon éternelle gratitude filiale.

A ma défunte mère Joséphine GANA NAGUEZENGBA : Tes efforts déployés sans abnégation pour la réussite de ta progéniture continuent de donner des fruits. Merci maman.

A mon épouse BANGA Dorine Valérie, pour tes sacrifices et ton soutien infailibles pendant les deux années passée à Alexandrie. Merci Dou.

A mon fils Nick Innory NAGUEZAMBA, pour ton soutien par ta présence à Alexandrie. Merci Coucou

Résumé

Depuis 2010, la RCA expérimente une nouvelle approche de financement dans le secteur de la santé qui est le Financement Basé sur la performance.

Ce programme a été lancé sous forme de projet pilote dans deux Régions Sanitaires du pays, à savoir les Régions Sanitaires 1&6.

Dans cette étude, il est question d'évaluer la contribution de l'approche du Financement Basé sur la Performance dans le système de santé en RCA.

Pour y arriver, nous avons recueilli et analysé les données concernant les indicateurs de performance, la qualité des services ainsi que la satisfaction des clients.

Les résultats obtenus montrent une amélioration très significative des indicateurs ainsi que de la qualité des services et des soins offerts à la population de la RS1.

Les clients ont été dans la quasi-totalité satisfaits des prestations reçues.

Cependant, nous pensons qu'il est nécessaire d'intégrer tous les paramètres inhérents à l'amélioration de la santé de la population de la Région Sanitaire N°1, avant d'attribuer les changements constatés à

l'approche du Financement Basé sur la Performance et de penser à la vulgarisation de celle-ci dans toutes les autres Régions Sanitaires du pays.

Mot-clefs: Système de santé, financement basé sur la performance, République Centrafricaine.

Abstract

Since 2010, CAR testing a new approach to funding in the health sector that is performance based financing.

This program was launched as a pilot project in two Health Regions of the country namely Health Regions 1 & 6.

In this study, it is a question of assessing the contribution of the approach of Performance Based Financing in the health care system in the CAR.

To accomplish this, we collected and analyzed data on performance indicators, quality of service and customer satisfaction.

The results show a significant improvement of the indicators and the quality of care and services offered to the population of the RS1. Clients

were in almost all satisfied with the services received.

However, we believe it is necessary to integrate all the parameters inherent to improving the health of the population of the Health Region No. 1 before attributing observed changes to the approach of the performance-Based Financing and think the extension thereof in all other Health Regions of the country.

Key-words: Health system, performance based financing, Central African Republic.

Liste des acronymes et abréviations

AAP= Agence d'Achat de Performance

ASBL= Association sans But Lucratif

ASLO=Association Locale

ASSB1&6= Amélioration des Soins de Santé de Base dans les régions sanitaires¹

CNARSS= Cellule Nationale d'Appui à la Régulation du Système de Santé
COGES= Comité de Gestion
CPN= Consultation prénatale
DAO= Dossier d'Appel d'Offres
DSRP= Document Stratégique pour la Réduction de la Pauvreté
DP= Devis Programme
DPM= Direction de la Pharmacie et du Médicament
DS= District Sanitaire
ECD= Equipe Cadre de District
ECR= Equipe Cadre de Région
FBP= Financement Basé sur la Performance
FED= Fonds Européen de Développement
FOSA= Formation Sanitaire
MICS= Enquête à Indicateurs Multiples
MSPPLS= Ministère de la Santé Publique de la Population et de la Lutte contre le Sida
OCF= Organe de Canalisation des Fonds
OMD= Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS= Organisation Mondiale de la Santé
PCA= Paquet Complémentaire d'Activité
PMA= Paquet Minimum d'Activité
PNDS II= Plan National de Développement Sanitaire 2^e génération
RCA= République Centrafricaine
SNIS= Système National d'Information Sanitaire
RGPH= Recensement Général de la Population Humaine
RS = Région Sanitaire
SNIS= Système National d'Information Sanitaire
SSP= Soins de Santé Primaire
UE= Union Européenne

Table des matières

Remerciements.....	ii
Dédicace.....	iii

Résumé.....	iv
Abstract.....	v
Liste des acronymes et abréviations.....	vi
Table des matières.....	vii
Introduction.....	1
1 Chapitre 1 : Problématique.....	3
1.1 Question de recherche :.....	6
1.2 Hypothèses de recherche :.....	6
1.3 Objectifs de recherche.....	7
1.3.1 Objectif général :.....	7
1.3.2 Objectifs Spécifiques :.....	7
2 Chapitre 2 : Cadre théorique.....	7
2.1 Le Financement Basé sur la Performance.....	7
2.2 Le projet ASSB 1&6.....	8
2.3 Cadre stratégique.....	9
2.3.1 Objectifs du projet.....	9
Objectif Global :	9
Objectif Spécifique	9
2.3.2 Résultats attendus du projet.....	9
2.3.3 Procédures organisationnelle et de mise en œuvre du projet....	10
Maitre d’ouvrage	10
Maitre d’œuvre	11
2.3.4 Les indicateurs du projet.....	14
2.3.5 Budget du projet.....	14
2.3.6 Cadre logique du projet.....	15
3 Chapitre 3 : Cadre et méthode d’étude.....	20
3.1 Cadre d’étude : La Région Sanitaire N°1 a servit de cadre pour notre étude.....	20
3.1.1 Aperçu physique de la RS1	20
3.1.2 Répartition administrative.....	21
3.1.3 La Population.....	21
3.1.4 Le système de santé dans la RS1.....	22
3.2 Méthode d’étude.....	23
3.3 Déroulement de l’enquête :.....	23
3.3.1 Méthode de collecte de données.....	23

3.3.2 Visite de terrain.....	24
3.4 Stage.....	24
3.4.1 Cadre du stage.....	24
3.4.2 Contribution du stage	25
3.4.3 Saisie et analyse des données.....	25
3.4.4 Limites et contraintes.....	26
4 Chapitre 4 : Résultats et discussion.....	28
4.1 Évolution des indicateurs.....	28
4.1.1 Consultations externes.....	28
4.1.2 Accouchements assistés.....	29
4.1.3 Césariennes.....	30
4.1.4 Consultations prénatales(CPN).....	31
4.1.5 Qualité technique des services.....	32
Résultats des évaluations qualité dans le district sanitaire de Bégoua	32
Résultats des évaluations qualité dans le district sanitaire de Bimbo	34
Résultats des évaluations qualité dans le district sanitaire de Bossembele.....	35
Résultats des évaluations qualité dans le district sanitaire de Boda. .	36
Résultats des évaluations qualité dans le district sanitaire de Mbaiki	38
Satisfaction des clients.....	39
4.2 Discussion et commentaires.....	40
4.2.1 Méthodologie.....	40
4.2.2 Consultation externe.....	40
4.2.3 Accouchements assistés.....	41
4.2.4 Césariennes.....	42
4.2.5 Consultations prénatales.....	43
4.2.6 Qualité technique des services.....	43
4.2.7 Satisfaction des clients	44
5 Conclusion.....	46
6 Recommandations :.....	47
7 Bibliographie.....	I
8 Annexes.....	II

Introduction

Selon l'OMS, le système de santé désigne toutes les activités dont le but principal est de promouvoir, restaurer et maintenir la santé.

L'organisation du système de santé en RCA est calquée sur le scénario de développement sanitaire en trois phases en vue d'instaurer la santé pour tous les Africains adoptée par le 35^e comité régional de l'OMS pour l'Afrique à LUSAKA en ZAMBIE en 1985. Cette organisation est de type pyramidal et comprend trois niveaux : Le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

Le financement dans le secteur de la santé en Centrafrique s'est toujours opéré selon le type input qui est un modèle de financement traditionnel où les structures de soins recevaient tous les intrants nécessaires à leur fonctionnement sans aucune obligation de résultats.

Mais, avec ce type d'organisation, le système de santé en RCA n'a cessé de s'affaiblir avec pour conséquence des services et des soins de santé de moindre qualité offerts à la population, et l'état de santé de la population n'a cessé de se dégrader. Ainsi, l'analyse de la situation sanitaire faite en 2006 par le MSPPLS en vue de l'élaboration du PNDSII a montré que le secteur de la santé en RCA reste confronté à une forte charge de morbi-mortalité néonatale, infantile et maternelle. D'après le PNDSII, le taux de mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de 5 ans) en RCA est de 220 pour mille alors qu'il n'est que de 91 pour mille au Gabon et de 6 pour mille en France. Quant à la mortalité maternelle, elle est de 1355 pour 100.000 naissances vivantes contre 420 pour 100.000 naissances vivantes au Gabon et de 5 pour 100.000 naissances vivantes en France.

Par ailleurs, le PNDS II a pu identifier des problèmes qui seraient à l'origine de cette situation ce sont :

- ✓ La faible utilisation des services (mauvais accueil, lenteur dans la prise en charge des urgences et rackettage des malades)
- ✓ La faible performance du SNIS ;
- ✓ La vétusté des infrastructures et équipements sanitaires ;
- ✓ L'Insuffisance quantitative et qualitative en personnel qualifié ;

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

- ✓ L'Insuffisance des mesures incitatives du personnel ;
- ✓ Le faible niveau des décaissements des fonds alloués par l'Etat ;
- ✓ La mauvaise gestion et le détournement des fonds par les COGES ;
- ✓ Le faible pouvoir d'achat de la population ;
- ✓ L'analphabétisme prononcé.

Ces problèmes constituent donc des défis qui se sont présentés à la RCA. Ainsi, pour arriver à relever ces différents défis et espérer atteindre les objectifs du millénaire pour le développement relatifs à la santé à l'horizon 2015, le gouvernement de la RCA doit changer son fusil d'épaule en adoptant de nouvelles stratégies. C'est dans ce contexte que le gouvernement centrafricain a sollicité et obtenu de l'Union Européenne au titre du 9^e FED un financement pour l'introduction du financement basé sur la performance en tant que projet pilote dans les Régions Sanitaires 1 & 6. En effet, le FBP est une approche matérialisée par une relation contractuelle entre les différents acteurs du système de santé. Avec cette approche, l'argent injecté dans le système de santé doit aller directement au niveau des prestataires de service afin de donner des résultats plus probants.

C'est donc l'introduction de l'approche du Financement Basé sur la Performance dans le système de santé en RCA en tant que projet pilote dans la Région Sanitaire N°1 qui a fait l'objet de ce mémoire de fin d'étude en Master 2 de Politiques Nutritionnelles qui, si elle donne des résultats satisfaisants, peut être érigé en politique nationale de santé afin de contribuer à 'améliorer le système de santé en RCA avec pour corollaire la fourniture des services et des soins de santé de qualité à la population.

Nous allons donc présenter notre travail selon la méthodologie suivante :

Une première partie qui posera la problématique ;

Une deuxième partie qui présentera le cadre théorique, parlera du FBP et du projet ASSB1&6 ;

Une troisième partie qui présentera les résultats obtenus ;

Une quatrième partie qui sera consacrée à la discussion et aux différents commentaires autour des résultats.

1 Chapitre 1 : Problématique

La République Centrafricaine est un pays enclavé situé au cœur du continent Africain. Elle couvre une superficie de 623000Km² et est limitée :

- ✓ Au nord : par la République du Tchad
- ✓ Au sud : par la République Démocratique du Congo et la République du Congo
- ✓ A l'est : par les deux Soudans
- ✓ A l'ouest : par la République du Cameroun.

Sa population est de 4.216.666 habitants (RGPH 2003).

Sur le plan politique, économique et social :

La pays a été secoué depuis environs dix ans par une instabilité politique marquée par des mutineries à répétition ainsi que des tentatives de coup d'État qui ont dégradé le tissu économique, aggravant ainsi la pauvreté dans la pays. Ainsi, le PNUD, dans son rapport de 2008 sur la République Centrafricaine, a révélé que 62% de la population centrafricaine vivaient avec moins de un dollar par jour.

Sur le plan de la santé :

La couverture sanitaire en FOSA reste faible et inégalement répartie selon les Régions. Ainsi, d'après le PNDSII, on distingue trois groupes de répartition selon la densité d'infrastructures par 1000Km² :

Groupe 1 : Compte moins d'une infrastructure pour 1000 Km²

Groupe 2 : Compte un à deux infrastructures pour 1000 Km²

Groupe 3 : Compte a lui seul 567 infrastructures pour 1000 Km².

Il est à noter que le groupe 3 représente la Région de Bangui la capitale ; On constate donc que la majorité des FOSA est concentrée dans la capitale Bangui au détriment des zones rurales.

Par ailleurs, ces FOSA ont été classées en différentes catégories que sont :

- ✓ Les hôpitaux centraux qu'on retrouve au niveau de Bangui la capitale
- ✓ Les hôpitaux régionaux, au niveau des Bases des Régions Sanitaires
- ✓ Les hôpitaux de districts au niveau des bases des Districts Sanitaires
- ✓ Les centres de santé catégorie A et B au niveau des sous préfectures
- ✓ Les postes de santé au niveau des villages.

Cependant, le plateau technique reste très limité au niveau de chaque FOSA et est même inégalement réparti selon que l'on se trouve au niveau central, au niveau régional, au niveau du district, au niveau de la sous préfectures ou du village. En terme claire, les FOSA du niveau central sont mieux dotés en terme de plateau technique que celles de la base des régions sanitaires qui elles sont mieux dotés que celles de la base des districts et cela va continuer en descendant jusqu'à atteindre le niveau du village.

La disponibilité en personnel qualifié reste très limitée au niveau des FOSA(PNDSII). Cela est due au fait que l'État centrafricain reste le principal employeur des personnels formés. Mais compte tenu de sa capacité qui est saturée, mais aussi des difficultés financières dues à la crise financière internationale, l'État n'arrive pas à absorber la totalité du personnel formé avec pour corollaire un taux de chômage élevé du personnel formé. Heureusement qu'une bonne partie de ce personnel est souvent employé par les partenaires au développement de la RCA, notamment les ONG internationales œuvrant dans le domaine de la santé.

En outre, le peu de personnel qualifié disponible est inégalement réparti dans chaque région sanitaire avec un effectif plus concentré au niveau de Bangui la capitale et des grandes villes des provinces, au détriment des sous-préfectures et des villages.

Par ailleurs, la démotivation du personnel fait que ces derniers ne peuvent pas donner le meilleur d'eux même et se livrent même à des actes de rackettage sur les malades afin d'arrondir leur fin du mois.

La pauvreté étant monnaie courante dans le pays, et le système de santé fonctionnant selon le mode de paiement direct par les patients, la plupart de la population du pays qui constituent la couche la plus vulnérable, n'arrivent pas à faire face à leurs dépenses en matière de santé.

Tous ces facteurs ont fait que le système de santé en RCA n'arrive pas à produire des soins de qualité pour la population, et que la population n'a en grande partie pas accès aux services de santé ;

C'est ainsi que le PNDSII, dans son analyse de la situation sanitaire en 2006 a relevé que :

- ✓ Seulement 12% de la population fréquentent les FOSA
- ✓ Seulement 34% des femmes enceintes viennent en consultation prénatale
- ✓ Seulement 44% des femmes enceintes accouchent dans les FOSA.

Avec pour corolaire un taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile élevé dans le pays.

L'analyse de cette situation montre que le secteur de la santé en RCA souffre de grands maux contre lesquels des actions ont été entreprises pour y remédier et parmi ces actions : Le Financement Basé sur la Performance.

Cette nouvelle approche qui a été introduite en Asie en 1990 et en Afrique dans les années 2000, a déjà fait ses preuves dans d'autres pays de la sous région tel que le Rwanda, le Burundi, la République Démocratique du Congo et le Cameroun.

Au Rwanda par exemple, cette approche qui a été introduite en 2002 en tant qu'expérience pilote dans deux districts sanitaires du pays a été institutionnalisée en 2006 et généralisée en 2008 ou le financement basé

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

sur la performance fait maintenant partie intégrante du système national de santé. Au Rwanda, le Financement Basé sur la Performance a donné les résultats suivants :

- ✓ L'effectif du personnel de santé est passé de 7000 en 2005 à 15000 en 2010
- ✓ Le taux des femmes qui accouchent en milieu surveillé est passé de 31% en 2005 à 66% en 2010
- ✓ Le taux d'utilisation des services dépasse maintenant 70% alors qu'il était autour de 30% en 2005
- ✓ Les utilisatrices des méthodes contraceptives sont passées de 4% à 50%
- ✓ La mortalité infantile est passée de 107 pour mille en 2000 à 62 pour mille en 2007
- ✓ La mortalité infanto-juvénile est passée de 196 pour mille en 2000 à 103 pour mille en 2007
- ✓ La mortalité maternelle est passée de 1071 pour cent mille naissances vivantes à 383 pour cent mille naissances vivantes.

(Source : Rwanda : Financement Basé sur les Résultats dans la santé-cop, 2011)

1.1 Question de recherche :

L'introduction de l'approche du Financement Basé sur la performance, va-t-elle donner des résultats satisfaisants dans le contexte de la RCA. ?

En d'autres termes, cette approche, pourra t'elle contribuer à améliorer la qualité des soins et des services offerts à la population de la région sanitaire N°1 ?

1.2 Hypothèses de recherche :

Les services de santé fournissent des soins de qualité à la population de la RS1

La population de la RS1 a accès aux services de santé.

1.3 Objectifs de recherche

1.3.1 Objectif général :

Étudier l'influence du FBP sur le renforcement du système de santé en RCA.

1.3.2 Objectifs Spécifiques :

OS1 : Évaluer l'évolution des indicateurs dans la Région Sanitaire n°1

OS2 : Évaluer la qualité des services

OS3 : Évaluer la satisfaction des clients

2 Chapitre 2 : Cadre théorique

2.1 Le Financement Basé sur la Performance

Le Financement Basé sur la Performance est une approche contractuelle mise en place pour aider au développement dans le secteur de la santé. Dans le cadre du FBP, les soins de santé sont financés en se basant sur des résultats mesurables et convenus au préalable dans les contrats. C'est un mécanisme par lequel le paiement des subsides est conditionné par la réalisation des objectifs préalablement définis. Il vise à inciter les prestataires des services (Médecins, Infirmiers, Enseignants, Directeurs d'écoles.....) aux initiatives positives pour améliorer de façon efficiente leurs services et la qualité des services sociaux de base.

C'est une stratégie de développement qui consiste à subventionner les résultats d'un travail bien fait. Plus les résultats ou les performances sont meilleurs, plus les subventions augmentent et par conséquent les primes au personnel. Le meilleur revenu va accroître la motivation du personnel, mais va également servir de point d'entrée pour exiger aux employés qu'ils rendent des comptes.

(Source : AAP SUD KIVU asbl)

2.2 Le projet ASSB 1&6

Le projet intitulé « Amélioration des Soins de Santé de Base dans les Régions Sanitaires 1&6 (ASSB1&6) développe une approche novatrice de financement basé sur la performance, qui se traduit, dans ce cas précis, par une approche contractuelle « de subvention aux soins réalisés (achat d'output) auprès des services de santé (Centres de santé et Hôpitaux). La séparation entre les acteurs, que sont les acheteurs de services, les organes de régulation du système de santé et les prestataires de soins renforce l'efficacité des prestataires et l'autonomie de gestion des formations sanitaires. Cette approche permettra de développer la concurrence entre les prestataires pour obtenir les subsides. Ainsi, plus les services de qualité seront produits, plus les prestataires de soins seront subventionnés. Parallèlement, un important programme d'appui à la formation et à la supervision du personnel, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, viendra compléter et renforcer l'amélioration de la qualité des soins.

Le projet cible la Région Sanitaire n°1 et la Région Sanitaire n°6. Les critères qui ont guidé au choix de ces régions sont les suivants : La taille de la population, l'accès géographique, la sécurité, la densité de la population, l'indice de pauvreté humaine, le niveau de performance dans les zones d'interventions du projet 8^e FED, la présence d'ONG, de ressources professionnelles ou d'associations.

Ce projet présente deux volets :

Le premier volet concerne la mise en œuvre d'une approche novatrice de financement basé sur la performance qui se traduit dans ce cas précis par une approche contractuelle « de subvention aux soins réalisés (achat d'output) » et qui s'articule autour d'une stratégie basée sur la séparation de la fonction de paiement et de la fonction de régulation des services de santé.

Le premier axe du volet achat de performance prend en charge des subventions additionnelles au financement des services de santé liées à leur performance,

Tandis que le deuxième axe finance l'appui du MSPPLS dans certaines tâches prioritaires de régulation du système de santé.

Le deuxième volet du projet concerne la construction ou la réhabilitation et l'équipement d'infrastructures de santé y compris de certaines infrastructures qui sont resté inachevées dans le cadre du projet d'appui au secteur de la santé (8^e FED) dans les préfectures de la Sangha Mbaéré et de la Mambéré Kadei.

(Source : Convention de Financement N°9822/CA)

2.3 Cadre stratégique

(NB : Toute la partie concernant le cadre stratégique jusqu'au cadre logique du projet est tirée de la Convention de Financement N°9822/CA)

Le projet « Amélioration des Soins de Santé de Base dans les Régions Sanitaire 1&6 (ASSB 1&6) » s'appuie sur le deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II) et consolide les acquis du programme d'Appui au Secteur de la Santé en RCA mise en œuvre de mars 2001 à septembre 2005 au titre du 8^e FED. Il s'intègre aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (plus particulièrement aux OMD 4, 5, 6 et 8) et aux objectifs prioritaires de réduction de la pauvreté et de bonne gouvernance de la politique de développement de la commission européenne.

Dans l'esprit de la déclaration de Paris, ce projet développe une approche novatrice de financement basé sur la performance.

2.3.1 Objectifs du projet

Objectif Global :

La santé des populations est améliorée

Objectif Spécifique

Les services de santé tant publics que privés offrent des soins de santé de base de bonne qualité à la population dans les Régions Sanitaire 1&6.

2.3.2 Résultats attendus du projet

- ✓ La régulation du système de santé est améliorée. Les services de santé tant publics que privés bénéficient de l'appui approprié des

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

équipes cadres des Préfectures et Régions Sanitaires en matière de supervision et de formation, indépendamment du dispositif de contractualisation mis en place ;

- ✓ Le financement des services de santé est amélioré dans la zone d'intervention, au travers d'un dispositif d'achat de prestations basé sur les performances des services de santé et centré sur la mise en place d'organes de canalisation des fonds autonomes ;
- ✓ Le rapport entre la qualité et le prix de l'offre des soins est amélioré pour les patients dans les services tant publics que privés qui ont un contrat avec les organes de canalisation des fonds ;
- ✓ La filière des médicaments est plus efficiente ;
- ✓ Les utilisateurs des services disposent de moyens de contrôle et de recours vis-à-vis des services de santé ;
- ✓ Un cadre de politique contractuelle a été formulé. Il vise entre autres, à octroyer une plus grande autonomie de gestion aux formations sanitaires ;
- ✓ La coordination sectorielle est améliorée aux différents niveaux.

Cette approche de financement basé sur la performance est testée, adaptée et approuvée par le niveau national en vue de son extension aux autres Régions sanitaires.

Volet construction : des infrastructures sanitaires sont construites ou réhabilitées et équipées y inclus des infrastructures inachevées et non équipées dans le cadre du 8^e FED.

2.3.3 Procédures organisationnelle et de mise en œuvre du projet

Maitre d'ouvrage

Le maitre d'ouvrage est le Ministère du Plan, Ordonnateur du FED. L'ordonnateur national approuve les devis programmes, donne son avis sur les procédures de dépenses, vérifie les documents justificatifs, fait les paiements et autorise des audits, et des évaluations.

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013
Maitre d'œuvre

Le Maitre d'œuvre est le MSPPLS, ministère bénéficiaire et ses niveaux décentralisée (Régions et Préfectures sanitaires). Il est l'organe de suivi technique. Au travers de la CNARSS, il met en œuvre le projet, assure le suivi régulier, évalue techniquement les services des organes de canalisation des fonds et autres organisations impliquées dans le projet.

La Cellule Nationale pour l'Appui à la Régulation du Système de Santé(CNARSS) du projet ASSB1&6 : Elle assure un rôle d'appui et de coordination dans la mise en œuvre du projet. Elle assure également la gestion des différents devis programmes menés par le projet, qui sont gérés en régie directe. Elle est composée de :

- ✓ Un coordinateur du projet (cadre national mis à la disposition du projet) qui assume le rôle de coordination horizontale entre les différentes directions du MSPPLS et avec les partenaires du secteur de la santé. Il doit assurer l'organisation générale du projet et sa compréhension par les autres secteurs.
- ✓ Un superviseur (cadre national mis à la disposition du projet) qui sera le responsable de la mise en œuvre du processus d'amélioration de la supervision et de la coordination verticale dans le système de santé, dans le cadre du projet et progressivement pour l'ensemble du pays.
- ✓ Un régisseur (cadre national mis à la disposition du projet) qui assure la gestion de la régie d'avance des devis programme, en étroite collaboration avec le coordinateur et l'assistant technique « manager ».
- ✓ Un comptable (cadre national mis à la disposition du projet) qui assure la vérification des comptes de la régie d'avance des devis programme, en étroite collaboration avec l'assistant technique « manager ».
- ✓ Un personnel d'appui (secrétaire, chauffeur et fille de salle).

Dans son rôle de gestionnaire, la CNARSS n'est responsable que des activités liées au renforcement de la régulation et du contrôle dans lesquels des contrats de performance (primes pour services rendus) seront signés entre, d'une part, la CNARSS(le régisseur des devis programme) et

d'autre part, les personnes impliquées dans le projet, à la Direction de la Pharmacie et du Médicament, dans les deux Régions Sanitaires et les dix Districts Sanitaires.

Une assistance technique de longue durée recrutée pour toute la durée de mise en œuvre du projet qui est composée de :

- ✓ Un Assistant Technique « conseiller en santé publique » auprès du ministre de la santé publique de la population et de la lutte contre le sida qui assure le rôle de formateur, dans le cadre d'un processus de formation continue, auprès des membres des équipes qui réalisent les supervisions formatrices. Il accompagne le superviseur dans le processus global d'amélioration de la supervision et de la coordination verticale dans le système de santé. Il organise l'ensemble des formations.
- ✓ Un Assistant Technique responsable de l'encadrement du « management » global du projet qui conseille le coordinateur du projet dans son rôle d'organisateur et de communicateur. Il assure le développement d'un système d'audit interne du projet. L'Assistant Technique « manager » gère le contrat de service de l'assistance technique. Il conseille les responsables des différents contrats en cours dans le cadre du projet, en collaboration avec les services de l'Ordonnateur National et la délégation de la Commission Européenne. Ce rôle de conseil concerne tous les aspects spécifiques de la gestion des contrats dans le cadre du FED, mais aussi les principes généraux de bonne gestion. Il a une grande expérience de la gestion des projets financés par le FED et ne doit pas nécessairement être du domaine médical ou de santé publique.
- ✓ Un pool d'Assistance technique de courte durée. Cette assistance technique de courte durée est recrutée dans le même contrat que celui de l'Assistant Technique de longue durée. Sa mobilisation est liée principalement aux activités de formations à tous les niveaux, au renforcement du SNIS et à la sélection des infrastructures sanitaires prioritaires pour une construction ou une réhabilitation,

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013
ainsi qu'à l'élaboration de leurs DAO. Par ailleurs, des expertises en santé publique en économie de la santé et dans d'autres domaines pourront être mobilisées si les besoins s'en font ressentir.

Les organes de canalisation des fonds(OCF)

Le rôle d'organe de canalisation des fonds sera confié aux attributaires des contrats de subvention, alloués au travers d'un appel à proposition ouvert. Ce choix est voulu pour permettre une totale indépendance entre les OCF et les services déconcentrés du MSPPLS dans la gestion des contrats avec les formations sanitaires et d'éviter ainsi les conflits d'intérêt. Ce choix permet aussi d'accélérer le processus de mobilisation des fonds vers les services de santé et d'assurer la fonctionnalité du paiement des prestations réalisées aux services de santé avec efficacité, avec souplesse et dans le respect des procédures FED. Si la responsabilité finale de l'attribution et de la gestion des contrats avec les formations sanitaires incombe exclusivement aux OCF, le processus de sélection et d'attribution des contrats implique bien entendu une concertation avec les différentes parties prenantes.

Les Organes de Canalisation des Fonds doivent :

- ✓ Développer les contrats de performance et les procédures de paiement des prestations aux prestataires de services de santé dans le respect de l'équité ;
- ✓ Réaliser les enquêtes de satisfaction auprès des communautés ;
- ✓ Faire réaliser les constructions, réhabilitations et équipements des formations sanitaires en fonction de leur performance ;
- ✓ Suivre la performance des structures de santé.

Dispositif d'évaluation

Un dispositif d'évaluation sera mis en place au moyen d'un contrat de service pour toute la durée du projet. Il réalisera l'analyse de la situation initiale au démarrage du projet dans la zone d'intervention ainsi que dans la zone témoin. Il évaluera l'évolution du projet et fera entre autres, l'analyse comparative annuelle entre les zones d'interventions et témoins du projet.

2.3.4 Les indicateurs du projet

Les principaux indicateurs du projet sont les suivants :

- ❖ Pourcentage des aires de santé qui réunissent les conditions minimales suivantes :
 - ✓ Taux de fréquentation (sup à 0,5 Nouvelle consultation/habitant/an) ;
 - ✓ Taux de couverture en Planification Familiale moderne sup à 10%
 - ✓ Disponibilité des latrines dans les ménages sup à 50%
 - ✓ Taux d'accouchement de qualité dans la Formation Sanitaire sup à 50%
 - ✓ Disponibilité en Médicaments Essentiels Génériques traceurs sup à 90%
 - ✓ Trois personnels de santé qualifiés ou plus(en tenant compte du genre)
- ❖ Pourcentage des hôpitaux qui réunissent les conditions minimales suivantes :
 - ✓ Bon plateau chirurgical sup à 30 interventions/mois
 - ✓ Au moins 1 médecin spécialiste.

2.3.5 Budget du projet

Tableau 1 : Budget

Description	Montants(Euro)
Type de marché	
Assistance Tech de démarrage contrats de service	200.000
Volet achat de performance	
AXE 1 : Achat de service basé sur la performance auprès des formations sanitaires	
Organes de canalisation des fonds(OCF)	5.400.000

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

Contrats de subvention		
AXE 2 : Renforcement de la régulation et du contrôle du système		
Amélioration de la régulation du système de santé(PSPPLS)	750.000	
Devis programme en régie directe		
AXE 3 : Renforcement des compétences		
Assistance technique de croisière	1.800.000	
Contrat de service		
Volet construction		
Travaux et surveillance des travaux de travaux et Contrats de service	270.000 et 30.000	Contrats
Equipement	150.000	
Contrats de fourniture		
Evaluations	300.000	
Contrats de service		
Autres	50.000	
Contrats de service		
Visibilité	50.000	
TOTAL COUTS DIRECTS	900.000	
Imprévus	500.000	
GRAND TOTAL	9.500.000	

2.3.6 *Cadre logique du projet*

Tableau 2 : Cadre Logique

LOGIQUE D'INTERVENTION	INDICATEURS OBJECTIVEMENTS VERIFIABLES	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES
OBJECTIF GENERAL			
La santé des populations est améliorée en vue de la réduction de la pauvreté en RCA	-Dépenses pour la santé/pers/an diminué de 20 à 10% -% des épisodes maladies qui ont des conséquences catastrophiques sur le ménage diminué de 60% -plaidoyer fait et accepté auprès d'autres partenaires pour des interventions dans la zone du programme dans le	-Enquête ménage de base -Rapports trimestriels des OCF	

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

	secteur de routes, agricultures, micro crédits et approvisionnement en eau potable		
OBJECTIF DU PROJET			
Les services de santé tant publics que privés offrent des soins de santé de base de bonne qualité à la population des RS1&6	<p>% des aires de santé avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Taux de fréquentation supérieur à 0,5 nouvelles consultations/hbts/an -Taux de couverture en PF moderne sup à 10% -Disponibilité latrines ménages sup à 50% -Taux d'accouchements de qualité dans la FOSA sup à 50% -Disponibilité en MEG traceurs sup à 90% -03 personnels qualifié ou plus -Bon plateau chirurgical sup à 30 interventions/mois -Au moins 01 Médecin spécialiste 	<p>-SNIS</p> <p>-Visites de supervision</p>	<p>Stabilité sociopolitique assurée</p> <p>Acteurs sont d'accord sur les préalables de l'approche achat des performances</p>
RESULTATS SPECIFIQUES			
R1 : La régulation du système de santé est améliorée, les services de santé tant publics que privés bénéficient de l'appui approprié des ECR et ECD en matière de supervision	<ul style="list-style-type: none"> -Taux des injections par visite de CE de moins de 25% -Nombre de supervisions réalisées sur nombre de 	Rapports de supervision	

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

<p>et de formation</p>	<p>supervision planifiée</p> <ul style="list-style-type: none"> -Grille de supervision normalisée disponible -Nombre de rapport de supervision fais sur nombre de supervisions réalisées - 		
<p>R2 :Le financement des services de santé est amélioré</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Paiement prompt des prestataires par l'OCF -Subsides payés aux FOSA conforme à la planification -SNIS mis en place et vérifié mensuellement par l'OCF <p>Données concernant les activités subventionnées sont vérifiés à travers les enquêtes des patients</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les OCF produisent des factures justificatives pour le paiement des subsides - 	<ul style="list-style-type: none"> -Enquêtes auprès des bénéficiaires - Factures -SNIS 	<ul style="list-style-type: none"> -Les attributaires des contrats sont autorisés à jouer le rôle d'OCF - Les organes de finance et de micro finance vont se développer dans la Région
<p>R3 : Le rapport entre la qualité et le prix de l'offre est amélioré pour les patients</p>	<p>Indicateurs quantitatifs payants : Situation de départ et cible</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Enquête ménage de base -Rapports mensuels du SNIS -Rapports de supervision 	<ul style="list-style-type: none"> -L'autonomie de gestion des FOSA par le MSPPLS -La bonne collaboration avec les agences des Nations Unies

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

R4 :La filière des médicaments est plus efficiente	Disponibilité en médicaments essentiels génériques et traceurs	-Rapports de supervision -Rapports SNIS	Recapitalisation et assistance technique à l'UCM
R5 :Les utilisateurs de service disposent de moyen de contrôle et de recours vis-à-vis des services de santé	Mécanismes de consultation pour vérifier la performance des prestataires mis en place -Feedback population et OCF -Feedback population et organes de régulations	Rapports des enquêtes de satisfaction	
R6 :Un cadre de politique contractuelle a été formulé	Mise à jour des textes	Texte de lois	
RESULTATS SPECIFIQUES			
R7 : La coordination sectorielle est améliorée	Nombre de participations aux réunions de coordination entre les partenaires des secteurs de la santé	Rapports de réunion	
R8 : Cette approche du PBF est acceptée et approuvée par le niveau national et étendue aux autres Régions Sanitaires	Un système de suivi et de consultation des expériences entre le Niveau Central, les Régions Sanitaires, les Districts et l'OCF est développé et fonctionnel	-Enquêtes trimestrielles de qualité -Enquêtes ménages -Textes réglementaires du MSPPLS	

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

<p>R9 : Les infrastructures sanitaires sont construites, réhabilitées et équipées</p>	<p>-Liste des infrastructures à construire ou réhabiliter -Nombre des infrastructures construites ou réhabilitées par rapport au nombre prévu</p>	<p>-Documents de travail -Rapports du bureau de contrôle -Rapports de supervision</p>	
<p>ACTIVITES</p>	<p>MOYENS</p>		
<p>Liées au R1 :</p> <p>A1 : Développer les compétences de formation à la supervision et de supervision à tous les niveaux</p> <p>A2 : Améliorer l'organisation des supervisions à tous les niveaux</p> <p>A3 : Améliorer la qualité et la fiabilité des données dans le cadre du SNIS</p>	<p>-1 contrat de service pour l'AT -1 contrat de service de 3ans pour le dispositif d'évaluation -1 à 3 contrats de subvention de 3ans pour l'OCF</p>		
<p>Liées au R2 :Le financement des services de santé est amélioré</p>	<p>-1 contrat de service pour le MSPPLS -2 contrats de service avec les Directions Régionales 1&6 -5 contrats de service avec les Districts Sanitaires</p>		

Liées au R3 :Le rapport entre la qualité et le prix de l'offre des soins est amélioré pour les patients	Des contrats de travaux, de services et de fournitures en engagement	
Liées au R4 : La filière des médicaments est plus efficiente		
Liées au R5 : Les utilisateurs de services disposent des moyens de contrôle et de recours vis-à-vis des services de santé		
Liées au R7 : La coordination sectorielle est améliorée		
Liées au R8 : Cette approche de FBP est testée, adaptée et approuvée par le niveau national en vue de son extension aux autres Régions Sanitaires		
Liées au R9 : Construction/Réhabilitation/Equi pement		

3 Chapitre 3 : Cadre et méthode d'étude

3.1 **Cadre d'étude** : La Région Sanitaire N°1 a servit de cadre pour notre étude

3.1.1 Aperçu physique de la RS1

La Région Sanitaire N°1 est l'une des sept régions que compte la République Centrafricaine. Elle est située au sud de la capitale Bangui. La

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

base de sa Direction est implantée à Bégoua chef lieu de la Préfecture de l'Ombella M'poko. Elle est limitée :

- ✓ A l'Est par la Kémo
- ✓ A l'Ouest par les Préfectures de la Nana- Mambéré, de la Mambéré-Kadei et de la Sangha-Mbaéré
- ✓ Au Nord par les Préfectures de l'Ouham et l'Ouham-Pendé
- ✓ Au Sud par la République Démocratique du Congo
- ✓ Elle couvre une superficie de 52 540 Km².

3.1.2 Répartition administrative

Dans la région sanitaire N°1, le découpage sanitaire suit à l'instar de tout le pays.

Tableau 3 : Répartition administrative dans la RS1

Préfectures	Sous-préfectures	Communes	Villages
LOBAYE	Mbaïki	6	269
	Boda	2	115
	Mongoumba	1	67
	Boganda	1	29
	Boganangone	8	114
	Sous total	20	498
OMBELLA MPOKO	Bimbo	3	195
	Boali	1	122
	Bossebele	3	73
	Bogangolo	1	46
	Damara	1	89
	Yaloké	2	135
	Sous total	11	234
Total Région 1		31	1248

3.1.3 La Population

Tableau 4 : Répartition de la population dans la RS1

Préfectures	Sous-préfectures	Population
LOBAYE	Mbaïki	154.545
	Boda	51.238

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

	Mongoumba	24.347
	Boganda	15.106
	Boganangone	31.429
	Sous total	276.665
OMBELLA-M'POKO	Bimbo	239.851
	Boali	29.304
	Bossebele	38.140
	Bogangolo	8.826
	Damara	33.160
	Yaloké	50.499
	Sous total	399.770
RS1		676.435

3.1.4 Le système de santé dans la RS1

Basé sur le modèle du découpage administratif, la RS1 était divisé en deux préfectures sanitaires à savoir la préfecture sanitaire de l'Ombella Mpoko et celle de la Lobaye. Or, la préfecture sanitaire, de par sa taille (trop grande) et sa couverture géographique ne peut assurer la mise en œuvre opérationnelle des activités de santé destinée au niveau périphérique dans la pyramide sanitaire du pays. Ainsi, avec l'avènement du Financement Basé sur la Performance dans le cadre du projet ASSB1&6, les préfectures sanitaires des régions sanitaires 1et 6 ont été divisées en district sanitaire avec comme norme pour chaque district une population d'au moins 100000habitants et une largeur maximum de la zone couverte par le district de 125km. C'est ainsi que la préfecture sanitaire de l'Ombelle Mpoko a été divisé en trois districts sanitaires que sont : Le district de Bégoua, celui de Bimbo et celui de Bossembélé. Quant a la préfecture sanitaire de la Lobaye, elle a été divisée en deux districts sanitaires que sont : Le district de Mbaiki et celui de Boda. Ainsi donc, au lieu de deux préfectures sanitaires, la RS1 compte cinq districts sanitaires.

3.2 Méthode d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective allant de juillet 2010 à juin 2012.

Population d'étude : Elle est représentée par toute la population de la Région Sanitaire n°1.

Population cible : Elle est représentée par toutes les FOSA de la RS1, toutes catégories confondues.

Échantillonnage : Notre échantillon est constitué de toutes les formations sanitaires de la Région Sanitaire n°1, ayant un contrat principal de subvention avec l'OCF durant la période du projet.

Critères d'inclusion : Ont été inclus dans l'étude, toutes FOSA appartenant à la RS1 qu'elles soient publiques, privées ou confessionnelles, ayant un contrat principal de subvention avec l'OCF pendant la période du projet. Sur les 106 FOSA que compte la RS1, 65 FOSA avaient un contrat principal avec l'OCF et répondaient à notre critère d'inclusion.

Critères de non inclusion : Concernent toutes FOSA appartenant à la RS1 mais n'ayant pas de contrat de subvention avec l'OCF ou ayant un sous contrat avec l'OCF.

3.3 Déroulement de l'enquête :

3.3.1 Méthode de collecte de données

Les données quantitatives concernant les indicateurs de santé pour la vérification des performances ont été collectées dans la base de donnée du MSPPLS mais aussi au niveau de l'OCF.

Les données qualitatives concernant les rapports d'évaluation qualité des FOSA ont été collectées à la base de la RS1 mais aussi au niveau de l'OCF. Quand aux données d'enquête communautaire concernant la satisfaction des utilisateurs de service, elles ont été collectées uniquement au niveau de l'OCF.

3.3.2 Visite de terrain

Pendant notre stage, nous avons été associé à une mission d'évaluation interne du projet dans la RS1, mission au cours de laquelle nous avons profité pour effectuer une visite de terrain qui nous a permis d'avoir un entretien avec tous les acteurs impliqués dans le projet à savoir : L'équipe cadre de la RS1, les équipes cadres des cinq districts sanitaires de la RS1, les membres des différents comités de gestion des FOSA, les responsables des FOSA, les responsables des associations locales ainsi que les responsables de l'OCF. Un questionnaire a été administré à chaque responsable. Quant aux membres des COGES et des ASLO, des entretiens ont été organisés soit collectivement soit individuellement selon les cas afin de tester la véracité des informations collectées. Les différents questionnaires administrés figurent en annexe.

3.4 Stage

Au cours de notre formation, nous avons été soumis à un stage de mise en situation professionnelle de trois mois à la Cellule Nationale d'appui à la Régulation du système de santé (CNARSS) au MSPPLS à Bangui en RCA. Ce stage s'est déroulé du 10 mai au 10 août 2012.

3.4.1 Cadre du stage

Créé par Arrêté du Ministre de la santé publique de la population et de la lutte contre le sida du 12 mai 2008 dans le cadre du projet d'amélioration des soins de santé de base dans les Régions Sanitaires 1 & 6 (ASSB1&6), la CNARSS fait partie du comité de pilotage dudit projet et est chargée d'assurer la fonction de régulation au niveau national, à ce titre, la CNARSS a contribué au découpage des Préfectures Sanitaires en Districts sanitaires dans les zones du projet, à la mise en place des équipes cadres des Districts Sanitaires nouvellement créés, à l'équipement des Districts Sanitaires, au renforcement des compétences des membres des ECR et des ECD, au suivi de la gestion des médicaments dans les FOSA par les ECD.

Afin de leur permettre d'assurer leur fonction de régulation au niveau décentralisé, la CNARSS donne un appui financier sous formes de subsides aux ECR et aux ECD à travers des contrats de performance renouvelables chaque trois mois.

Au niveau des formations sanitaires, la CNARSS à contribué au renforcement des compétences du personnel des hôpitaux et des agents de santé et à mis à la disposition des ECR et ECD, des fonds nécessaires leur permettant d'assurer la formation des membres des COGES.

Au niveau du MSPPLS, la CNARSS à favorisé la définition des normes d'un District Sanitaire, la réforme du SNIS ainsi que la révision de l'ordinogramme.

3.4.2 Contribution du stage

Le stage nous a permis d'être en contact avec notre Directeur de mémoire pour les conseils et orientations sur notre sujet de mémoire, De rentrer en possession des documents officiels tels que la convention de financement du projet ASSB1&6 entre le Gouvernement Centrafricain et l'Union Européenne ainsi que les textes officiels relatifs à la mise en œuvre du projet , De participer à toutes les réunions techniques relatives au suivi de la mise en œuvre du projet, De participer à la réunion de coordination des Régions sanitaires 1&6, acteurs clés du projet, De prendre part à une mission d'évaluation interne du projet, mission qui nous a aidé dans la collecte de nos données et qui nous a permis d'avoir un entretien avec les différents acteurs du projet, enfin Le stage a facilité notre travail par la mise à notre disposition par la CNARSS d'une connexion internet permanente ainsi que d'un photocopieur.

3.4.3 Saisie et analyse des données

Les données ont été enregistrées et traitées par le logiciel épi-info. Concernant l'analyse des données, nous avons pensé qu'il était judicieux de comparer les cinq districts sanitaires concernés avec au moins deux districts témoins, malheureusement, cela n'a pas été possible dans le cadre de notre étude, car les données concernant ces deux districts

sanitaires n'étaient pas disponibles au niveau de la base de données du MSPPLS, mais aussi le temps ne nous a pas permis d'aller chercher ces données au niveau de la base de ces districts sanitaire, bien que ces Districts témoins avaient déjà été tirés au hasard. Ainsi, pour notre étude, nous allons utiliser la méthode de comparaison avant et après.

3.4.4 Limites et contraintes

L'OCF n'a pas créé un système supplémentaire et utilise les rapports SNIS pour la vérification des performances.

Cependant, nous avons eu des difficultés pour collecter les données à la base de la Région Sanitaire n°1 ainsi qu'au niveau des Districts Sanitaires. Selon le système de surveillance épidémiologique qui a été mis en place dans le pays, les rapports SNIS rédigé au niveau des FOSA doivent obligatoirement transiter par le District Sanitaire, une synthèse des rapports est fait à ce niveau et c'est la synthèse par District qui doit être envoyée à la Région Sanitaire, une deuxième synthèse est fait à ce niveau et c'est cette synthèse régionale qui sera acheminée au niveau centrale pour prise de décision. Malheureusement, la plupart des FOSA envoient leur rapport directement au niveau de l'organe de canalisation des fonds, car le paiement des subsides est conditionné par le dépôt et après vérification de ces rapports. Ce qui fait que les rapports sont disponibles en totalité au niveau de l'organe de canalisation des fonds tandis que la complétude reste très faible au niveau des Régions et des Districts Sanitaires. Etant donné que l'organe de canalisation des fonds a été mis en place juste dans le cadre du projet ASSB1&6, il est important que les Régions et les Districts Sanitaires trouvent un moyen de contraindre les responsables des FOSA a déposer obligatoirement une copie de leur rapport au niveau du District Sanitaire qui sera ensuite acheminée au niveau de la Région Sanitaire dans l'intérêt du pays.

Étant donné que nous ne disposons pas de données d'avant projet, nous allons donc pour cette étude utiliser la méthode de comparaison début et fin de projet.

Par ailleurs, l'efficacité du projet doit être appréciée à travers l'utilisation des services, l'accessibilité financière et l'accessibilité géographique. Le

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

but de notre travail étant d'évaluer la qualité des soins offerts à la population de la Région Sanitaire N°1 suite à l'introduction de l'approche du Financement Basé sur la performance, cela nous a donc amené à ne collecter que des données relatives à l'utilisation des services et à l'accessibilité financière des clients.

4 Chapitre 4 : Résultats et discussion

4.1 Évolution des indicateurs

4.1.1 Consultations externes

Tableau 5 : Évolution de la consultation externe en 2010 dans la RS1

CE	jan - 10	fev - 10	mar s-10	av r- 10	mai -10	Juin- 10	Juil- 10	aout -10	sept -10	oct- 10	Nov -10	Dec- 10
PSM					20	29%	41	37%	48%	48	48%	49%
P					%		%			%		
PSL					19	30%	34	36%	28%	35	36%	35%
B					%		%			%		

En mai 2010, période de démarrage du projet, 20% de la population dans la préfecture sanitaire de l'Ombella-Mpoko et 19% dans la préfecture sanitaire de la lobaye venaient en consultation externe. Cette tendance a évolué puisque en fin 2010, 49% de la population de la préfecture sanitaire de l'Ombelle-Mpoko et 35% de la préfecture sanitaire de la Lobaye étaient vu dans les FOSA pour une consultation externe.

Tableau 6 : Évolution de la consultation externe en 2011 dans la RS1

PMA	Janv	févr	mars	Avril	mai	juin	juil	août	sept	oct	nov	déc	Total
DS Bégoua	5744	6419	7469	7955	8268	7453	7558	6459	5221	7736	7681	8073	86036
Ds Bosembélé	2854	3601	3940	4467	4878	5213	5924	6382	5719	7011	6430	6702	63121
DS Bimbo	2746	2494	2905	2770	2129	1789	4039	4389	4175	4603	3533	4080	39652
DS Mbaïki	5625	5089	6102	6920	7744	6970	6890	7306	7587	7616	7437	5893	81179
DS Boda	3482	4073	4175	3655	4375	4418	4711	4412	3206	4594	4792	4678	50571
RSN°1	20451	21676	24591	25767	27394	25843	29122	28948	25908	31560	29873	29426	320559
	37,7	40	45,3	47,5	50,5	47,6	53,7	53,4	47,8	58,18	55,1	54,2	590,89

Le taux de la consultation externe a continué d'évoluer jusqu'à atteindre 55% en fin 2011.

Tableau 7 : Évolution de la consultation externe en 2012 dans la RS1

CE	janv-12	févr-12	mars-12	avr-12	mai-12	juin-12
DS Bégoua	79,5	69	70	70	71,4	79
Ds Bosembélé	155	129	129	142	120	126
DS Bimbo	54,1	65,4	52,8	68,7	65,6	64,2
DS Mbaïki	46,7	50,4	49,3	59,1	57	48,7
DS Boda	106	69	51	65	96	107,4
RSN°1(%)	65,9	58,9	54,5	62,8	63,1	64,2

Le taux de la consultation externe a évolué jusqu'à atteindre 64% en 2012

4.1.2 *Accouchements assistés*

Tableau 8 : évolution des accouchements assistés en 2010 dans la RS1

CE	Mai-10	Juin-10	Juil-10	Aout-10	Sept-10	Oct-10	Nov-10	Dec-10
PSMP	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
PSLB	6%	6%	6%	7%	5%	6%	7%	7%

Le taux des accouchements assistés n'a pas dépassé 1% de Mai en Décembre 2010 dans la préfecture sanitaire de l'Ombella-Mpoko et 7% dans la préfecture sanitaire de la Lobaye.

Tableau 9 : Évolution des accouchements assistés en 2011

Acc.ass	Janv	févr	mars	Avril	mai	juin	juil	août	sept	oct	nov	déc	Total
DS Bégoua	535	510	538	642	580	490	403	407	315	590	525	474	6009
Ds Bosembélé	348	493	498	635	588	678	694	698	669	655	699	738	7393
DS Bimbo	282	270	297	301	235	307	239	343	341	483	414	416	3928
DS Mbaïki	422	376	390	438	567	616	519	597	553	592	580	561	6211
DS Boda	399	391	411	412	533	610	543	495	402	490	449	521	5656
RSN°1	1986	2040	2134	2428	2503	2701	2398	2540	2280	2810	2667	2710	29197
%	83,	85,	89,	102	105	114	101	107	95,	118	112	114	

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

	5	8	7						8				
--	---	---	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Au cours de l'année 2011, le taux des accouchements assistés a atteint voire même dépassé les 100%.

Tableau 10 : Évolution des accouchements assistés en 2012 dans la RS1

Acc.ass	janv-12	févr-12	mars-12	avr-12	mai-12	juin-12
DS Bégoua	133	146	126	120	157	155
Ds Bosembélé	210	186	187	147	206	144
DS Bimbo	103	76	84	125	102	98
DS Mbaïki	76	72	81	83	71	72
DS Boda	149	134	136	107	130	140
RSN°1(%)	117	112	113	110	121	112

En 2012, ce taux s'est maintenu au-delà de 100%

4.1.3 Césariennes

Tableau 11 : évolution des césariennes en 2010 dans la RS1

Césarien	Mai-10	Juin-10	Juil-10	Aout-10	Sept-10	Oct-10	Nov-10	Dec-10
PSMP	3%	11%	11%	9%	15%	18%	19%	23%
PSLB	25%	25%	20%	20%	15%	20%	18%	23%

Le taux des césariennes était de 23% en 2010 dans la préfecture sanitaire de l'Ombella-Mpoko et de 23% dans la préfecture sanitaire de la Lobaye.

Tableau 12 : évolution des césariennes en 2011 dans la RS1

PCA	janv-11	févr-11	mars-11	avr-11	mai-11	juin-11	juil-11	août-11	sept-11	oct-11	nov-11	déc-11
DS Bégoua	55,58 5548 59	61,14 4103 45	33,35 1329 15	61,14 4103 45	77,81 9768 03	22,23 4219 44	27,7 9277 43	55,58 5548 59	11,11 7109 72	38,90 9884 01	50,02 6993 73	44,46 8438 87
Ds Bos	185, 289	165, 436	172, 054	99,2 621	191, 906	132, 349	138 ,96	66,1 747	59,5 572	92,6 446	105, 879	99,2 621

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

emb élé	349	919	396	513	826	535	701 2	676	908	746	628	513
DS Mbaï ki	39,2 660 949	17,4 515 977	34,9 031 954	26,1 773 966	21,8 144 972	21,8 144 972	43, 628 994 3	30,5 402 96	34,9 031 954	47,9 918 937	34,9 031 954	43,6 289 943
DS Bod a	23,9 479 551	30, 131 280 3	23,9 479 551	7,98 265 17	15,9 653 034	55,8 785 619	15, 965 303 4	23,9 479 551	47,8 959 102	39,9 132 585	31,9 306 068	15,9 653 034
RSN °1	70,8 874 219	56,7 099 375	60,9 631 828	46,7 856 985	70,8 874 219	51,0 389 438	53, 874 440 7	42,5 324 531	35,4 437 11	52,4 566 922	52,4 566 922	49,6 211 953

En 2011, le taux de césariennes a évolué jusqu'à atteindre 70%

Tableau 13 : évolution des césariennes en 2012 dans la RS1

Césariennes	janv-12	févr-12	mars-12	avr-12	mai-12	juin-12
DS Bégoua	26,6	53,2	73,1	59,8	46,5	66,5
Ds Bosembél é	92,6	92,6	79,4	66,1	105,8	105,8
DS Mbaïki	42,5	19,3	38,7	34,8	50,2	61,9
DS Boda	38,1	53,4	53,4	68,7	45,8	68,7
RSN°1(%)	40,5	40,5	47,6	44	50	60,7

En 2012, ce taux a un peu chuté mais est resté aux alentours de 60%

4.1.4 Consultations prénatales(CPN)

Tableau 14 : Évolution des CPN en 2010 dans la RS1

CPN	Mai-10	Juin-10	Juil-10	Aout-10	Sept-10	Oct-10	Nov-10	Dec-10
PSMP	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
PSLB	3%	4%	3%	3%	3%	3%	4%	4%

En 2010, le taux de CPN n'a pas dépassé 1% dans la préfecture sanitaire de l'Ombella-Mpoko et 4% dans la préfecture sanitaire de la Lobaye.

Tableau 15 : Évolution des CPN en 2011 dans la RS1

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

CPN	Janv	févr	mars	Avril	mai	juin	juil	août	sept	oct	nov	déc	Total
DS Bégoua	1571	1490	1978	1912	1667	1539	1 072	1 104	1 036	1 501	1 321	1 392	17583
Ds Bosembélé	1104	1254	1606	1621	1603	1486	1 672	1 759	1 518	2 042	2 032	1830	19527
DS Bimbo	841	768	734	745	483	643	656	870	786	991	852	848	9217
DS Mbaïki	1386	1484	1650	1821	2324	2037	1 662	1 592	1 713	1 776	1 711	1 546	20702
DS Boda	1210	1339	1139	1123	1388	1547	1 505	1 267	1 284	1 427	1 308	1 462	15999
RSN°1	6112	6335	7107	7222	7465	7252	6 567	6 592	6 337	7 737	7 224	7 078	83028
%	57,8	59,9	67,2	68,3	70,6	68,6	62,1	62,4	59,9	73,2	68,3	66,9	

En 2011, le taux de CPN a évolué jusqu'à atteindre 70%

Tableau 16 : Évolution des CPN en 2012 dans la RS1

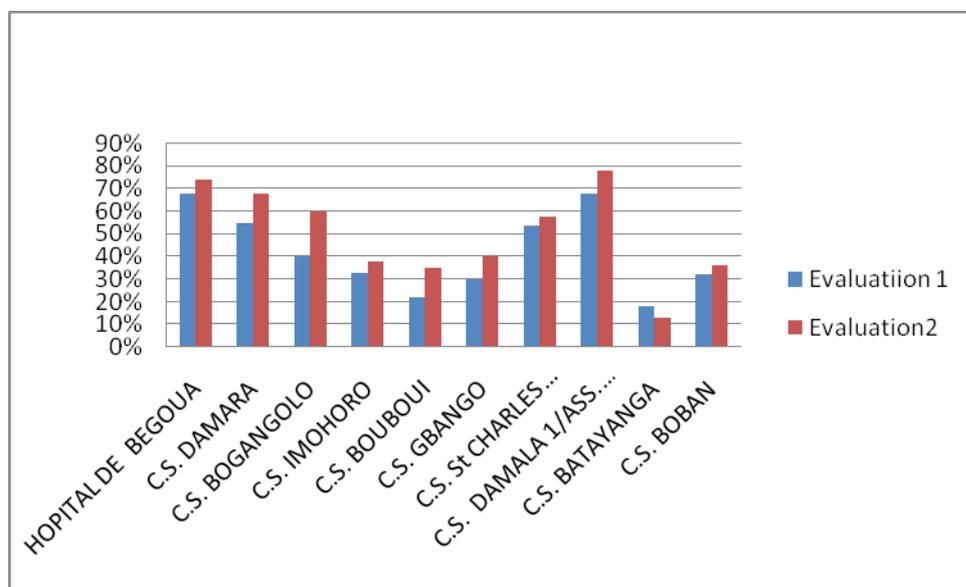
CPN	janv-12	févr-12	mars-12	avr-12	mai-12	juin-12
DS Bégoua	79,5	69	70	70	71,4	79
Ds Bosembélé	155	129	129	142	120	126
DS Bimbo	54,1	65,4	52,8	68,7	65,6	64,2
DS Mbaïki	46,7	50,4	49,3	59,1	57	48,7
DS Boda	106	69	51	65	96	107,4
RSN°1(%)	65,9	58,9	54,5	62,8	63,1	64,2

En 2012, ce taux a un peu régressé mais est resté aux alentours de 60%

4.1.5 *Qualité technique des services*

Résultats des évaluations qualité dans le district sanitaire de Bégoua

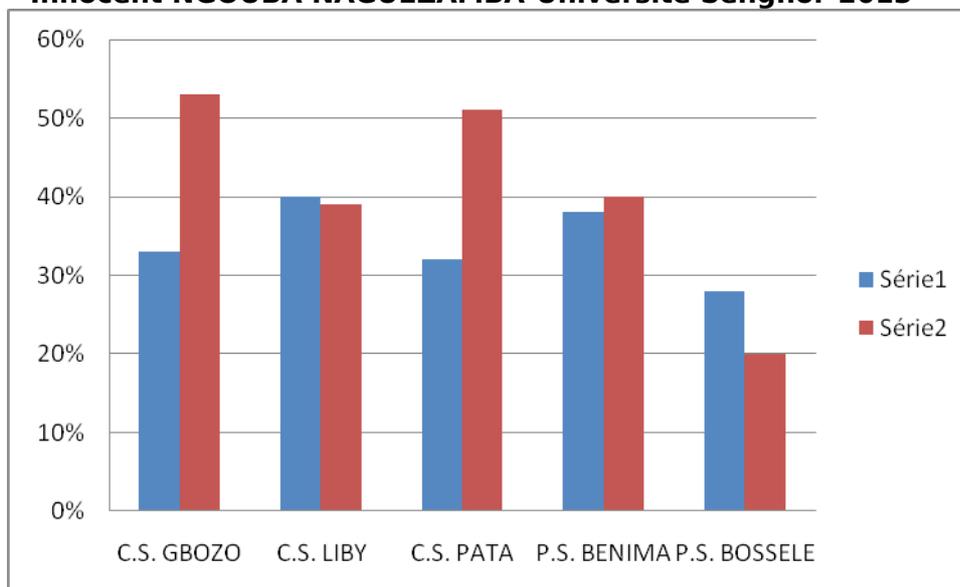
Figure 1 : De l'hôpital de district de Bégoua jusqu'au centre de santé de Boban



Il ya une amélioration de la qualité des soins offerts à la population entre la 1ere et la 2eme évaluation. L'exemple le plus marquant dans cette série se trouve au centre de santé de Bogangolo ou on enregistre une amélioration de 20%.

Figure 2 : Du centre de santé de Gbozo au poste de santé de Bossele

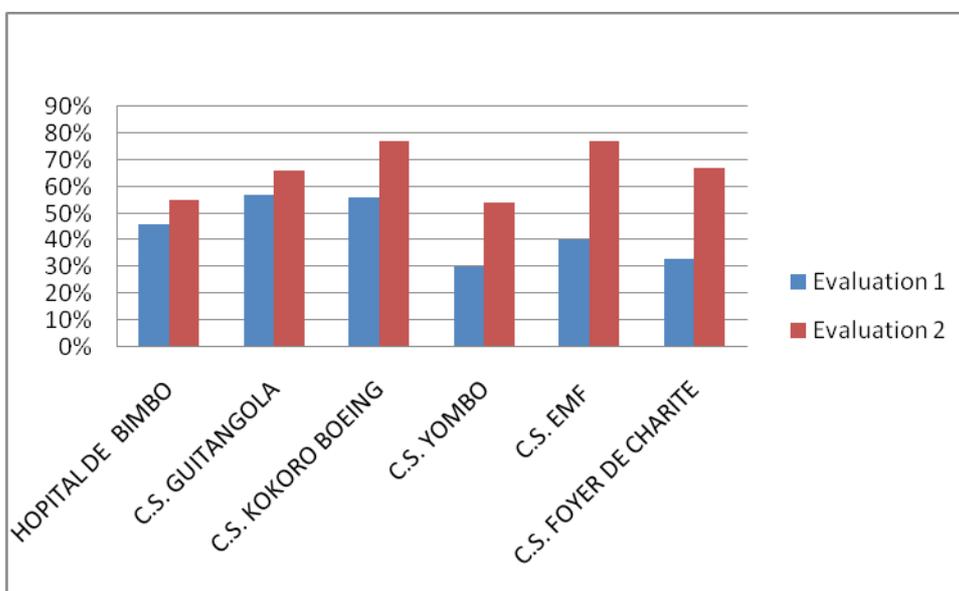
Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013



Dans cette série, le pourcentage le plus élevé à la première évaluation est de 40% et se trouve au C.S de Liby tandis qu'à la deuxième évaluation, ce pourcentage a évolué jusqu'à 52% et se rencontre au C.S de Gbozo.

Résultats des évaluations qualité dans le district sanitaire de Bimbo

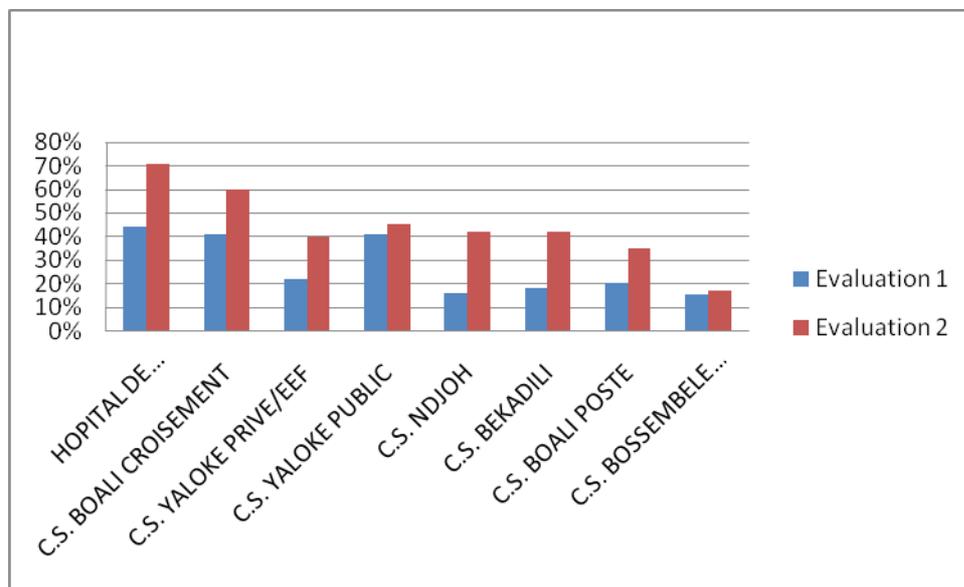
Figure 3 : De l'hôpital de district de Bimbo au centre de santé de foyer de charité



Dans le District sanitaire de Bimbo, le score maximum obtenu à la première évaluation est de 52% et est retrouvé au C.S de Guitangola, ce score a évolué pour atteindre 78% à la deuxième évaluation et est représenté par le C.S de Kokoro-Boing.

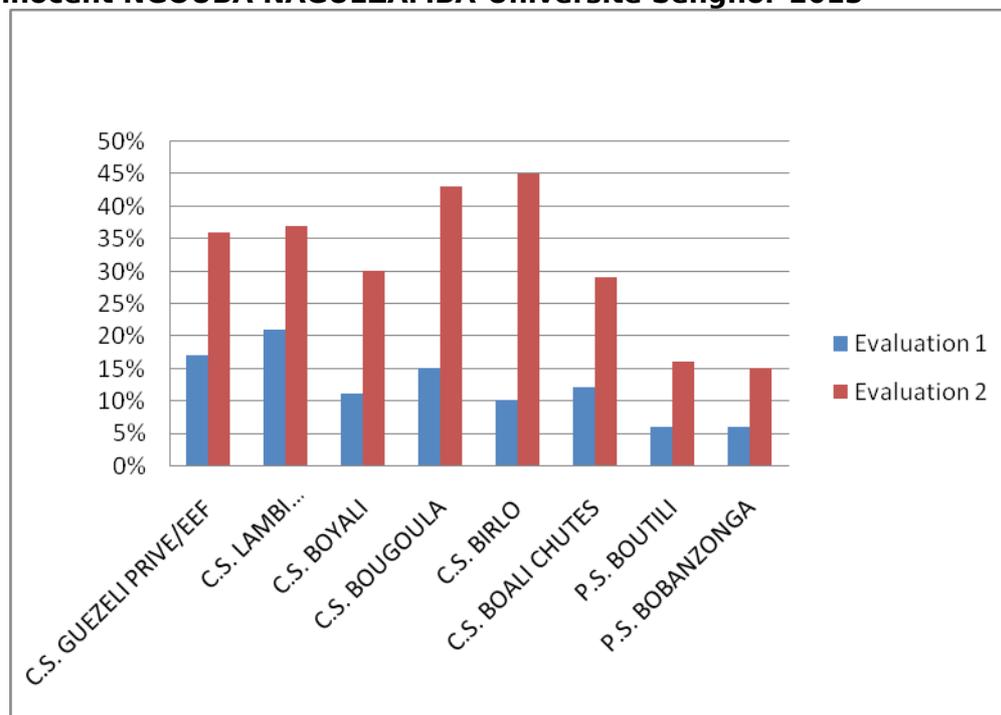
Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013
Résultats des évaluations qualité dans le district
sanitaire de Bossembele

Figure 4 : De l'hôpital de district de Bossembele au centre de santé de Bossembele



Dans cette série, le meilleur score obtenu à la première évaluation est de 42% et représente le score obtenu par l'hôpital de district de Bossembélé tandis qu'à la deuxième évaluation, le meilleur score est allé jusqu'à 70% et est retrouvé toujours à l'hôpital de district de Bossembélé.

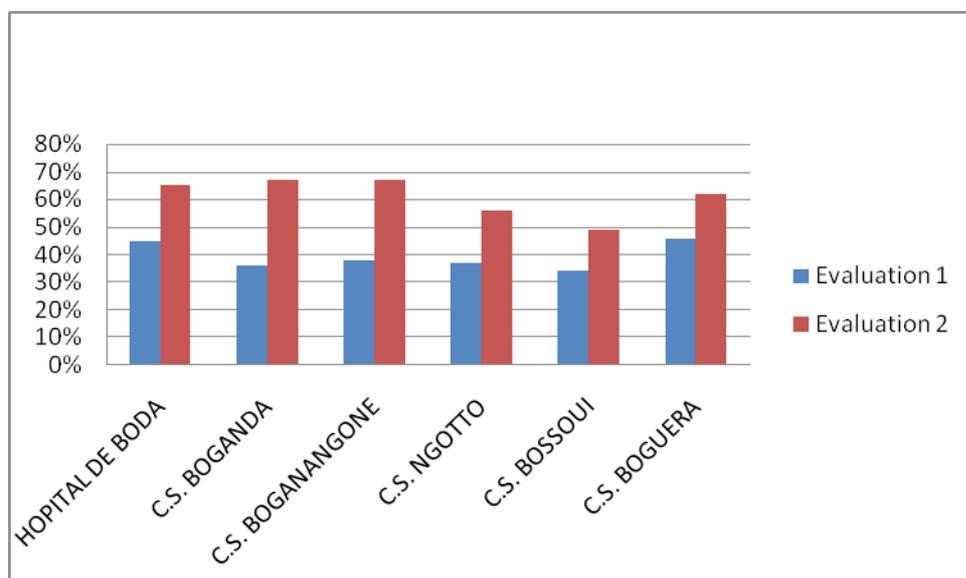
Figure 5 : Du centre de santé privé de Guezeli au poste de santé de Bobazonga.



Dans cette série, le score maximum obtenu à la première évaluation est de 20% et correspond au score retrouvé au C.S de Lambi tandis qu'à la deuxième évaluation, le meilleur score est de 45% et est retrouvé au C.S de Birlo.

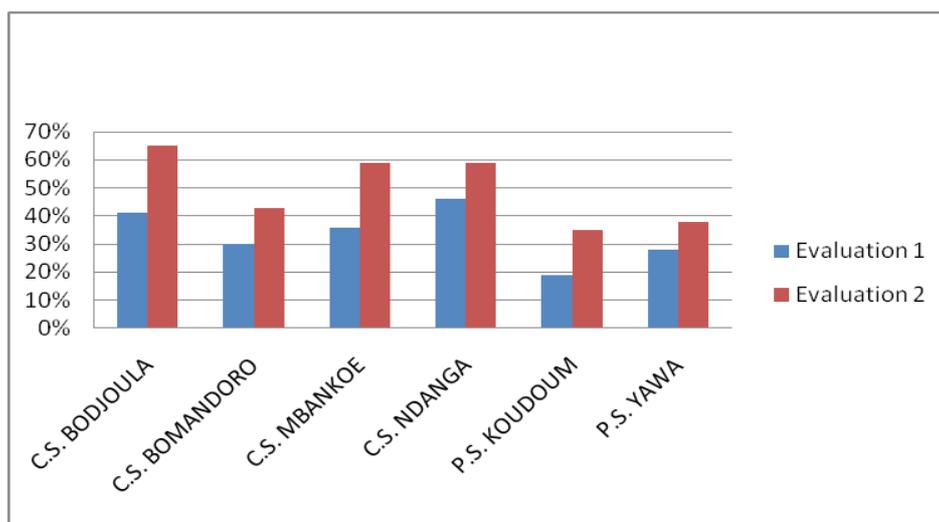
Résultats des évaluations qualité dans le district sanitaire de Boda

Figure 6 : De l'hôpital de district de Boda au centre de santé de Boguera



Dans cette série, le score maximum obtenu à la première évaluation est de 42% et correspond aux résultats retrouvés à l'hôpital de district de Boda et au C.S de Boguera tandis qu'à la deuxième évaluation le meilleur score est de 62% et correspond au score de l'hôpital de district de Boda, du C.S de Boganda et du C.S de Boganangone.

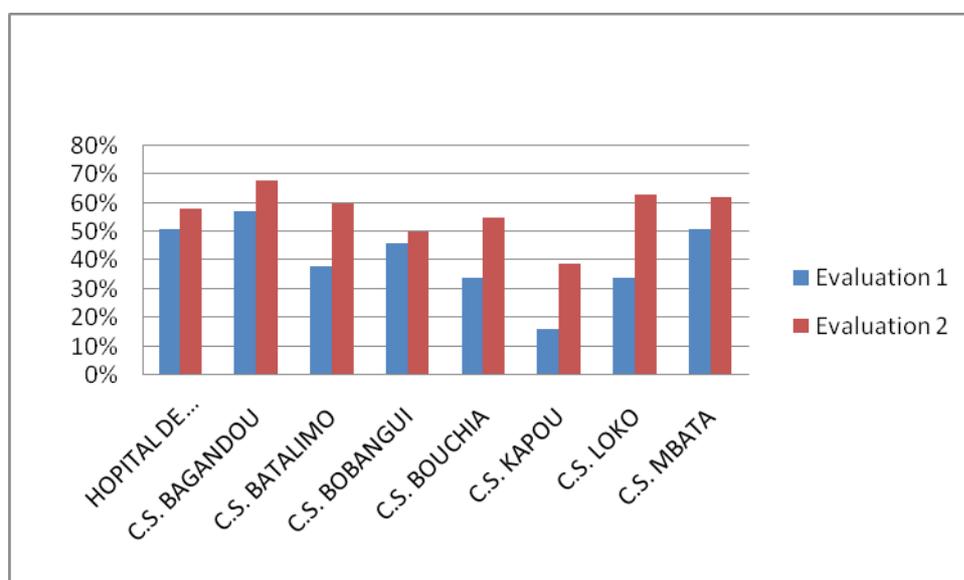
Figure 7 : Du centre de santé de Bodjoula au poste de santé de Yawa



Dans cette série, 45% est le meilleur score de la première évaluation obtenu par le C.S de Ndanga et 62% représente le meilleur score de la deuxième évaluation obtenu par le C.S de Bodjoula.

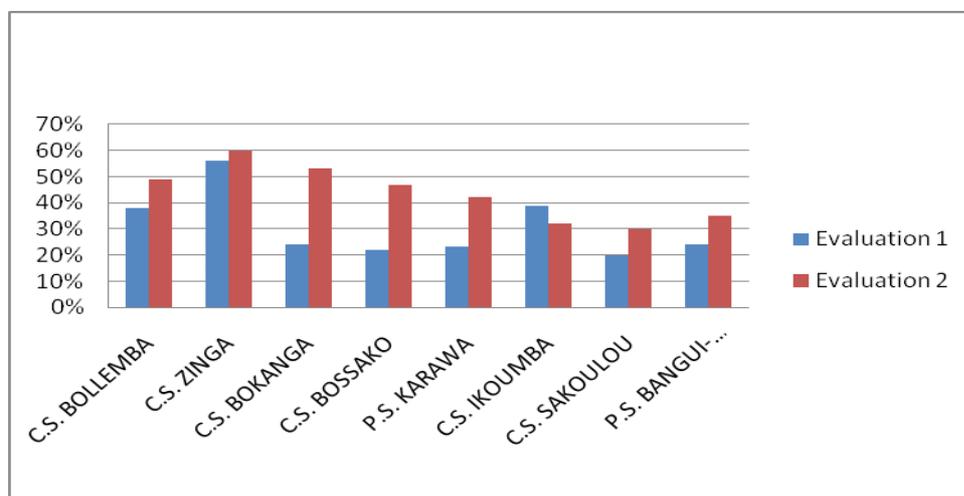
Résultats des évaluations qualité dans le district sanitaire de Mbaiki

Figure 8 : De l'hôpital de district de Mbaiki au centre de santé de Mbata



Dans cette série, 55% est le plus grand score obtenu lors de la première évaluation par le C.S de Bagandou et 68% à la deuxième évaluation toujours par le C.S de Bagandou.

Figure 9 : Du centre de santé de Bolemba au poste de santé Bangui



Dans cette série, 55% est le meilleur score obtenu à la première évaluation par le C.S de Zinga et 60% à la deuxième évaluation toujours par le C.S de Zinga.

Satisfaction des clients

Tableau 17 : Synthèse des résultats des deux enquêtes communautaires réalisées au cours de l'année 2011

Districts Sanitaires	Existence des patients		Confirmation		Satisfaction		Perception de Coût(cout acceptable)		Coût moyen	
	Enq 1	Enq 2	Enq 1	Enq 2	Enq 1	Enq 2	Enq 1	Enq 2	Enq 1	Enq 2
DS Bégoua	95%	97%	96%	97%	70%	71%	63%	59%	2994	3253
DS Bossembélé	95%	96%	96%	97%	69%	72%	67%	56%	2743	3410

En 2011, 79% des patients ont été satisfait des services reçus à la première enquête contre 76% à la deuxième enquête.

68% des patients ont trouvé le cout des soins acceptable à la première enquête contre 66% à la deuxième.

Tableau 18 : Synthèse des résultats d'enquête communautaire du 1er semestre 2012

DISTRICTS SANITAIRES	Existence	Confirmation	Perception de coûts (coûts acceptables)	Taux de satisfaction
DS Bimbo	97%	99%	61%	65%
DS Bégoua	97%	99%	60%	68%
DS Bossembélé	97%	99%	60%	67%
DS Mbaïki	96%	98%	73%	73%
DS Boda	96%	98%	66%	75%
RSN°1	97%	99%	64%	70%

En 2012, 70% des patients ont été satisfaits des services reçus et 64% ont trouvé que le coût des soins est acceptable.

4.2 Discussion et commentaires

L'étude rétrospective que nous avons menée nous a permis d'évaluer l'influence de l'approche du financement basé sur la performance dans le système de santé en République centrafricaine.

4.2.1 Méthodologie

De mai 2010 à juin 2012, soixante cinq FOSA toutes catégories confondues de la RS1 ont signé un contrat principal avec l'OCF ici représenté par l'ONG CORDAID dans le cadre du projet ASSB1&6 et répondent à notre critère d'inclusion.

4.2.2 Consultation externe

Les tableaux 5, 6 et 7 nous montrent que le pourcentage des patients vu dans les FOSA de la RS1 pour une consultation externe ne cesse d'augmenter. De 49% en 2010, cette tendance a évolué jusqu'à atteindre 64% en 2012. Cette tendance semble être en accord avec certains auteurs, notamment l'ONG CORDAID qui a affirmé en 2010 après une évaluation externe du programme de financement basé sur la performance dans le Sud-Kivu en République Démocratique du Congo que les performances

pour les consultations externes ce sont améliorées dans toutes les zones au cours du programme, et aussi avec le Ministère de la santé et de la lutte contre le sida du Burundi qui, dans son rapport sur la mise en œuvre du Financement basé sur la performance en décembre 2011, a affirmé que le taux d'utilisation des consultations externes est resté durant toute l'année au dessus de la cible et que cet indicateur à même dépassé la cible prévue.

En ce qui concerne les causes de l'augmentation de la consultation externe pendant la période de mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance, le Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida du Burundi a pointé du doigt la gratuité des soins instaurée par le FBP, l'ONG CORDAID a mis en exergue dans le cas du Sud Kivu la consultation de proximité qui se faisait au moins deux fois par semaine.

En RCA, cela peut s'expliquer par l'effet FBP qui est ici caractérisé par la réduction du tarif des consultations externes dans toutes les FOSA sous contrat avec l'OCF, un bon accueil des patients ainsi que la réduction de la file d'attente.

4.2.3 *Accouchements assistés*

Les tableaux 8,9 et 10 nous montrent que le taux des accouchements assistés (par du personnel qualifié) qui, en 2010, n'a pas dépassé 1% dans la préfecture sanitaire de l'Ombella-Mpoko et 7% dans la préfecture sanitaire de la Lobaye, a évolué pour atteindre voir même dépasser 100% des accouchements en 2011 et est resté au-delà de 100% en 2012.

CORDAID a affirmé dans le cadre d'une évaluation externe du Financement Basé sur la Performance dans le Sud Kivu que les performances pour les accouchements assistés ont augmenté dans toutes les zones ayant appliqué le Financement Basé sur la Performance allant jusqu'à atteindre 96% dans le district sanitaire du nord alors que pour le Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida du Burundi, cette augmentation est resté autour de 60%.

En RCA, le cout élevé pour la prise en charge d'une grossesse depuis les examens prénataux jusqu'à l'accouchement, le mauvais accueil des parturientes ainsi que les rackettages ont fait que les femmes ont délaissé

les maternités. Mais, avec le Financement Basé sur la Performance, l'accouchement assisté par du personnel qualifié est devenu un indicateur subventionné c'est-à-dire que plus les femmes accouchent à la maternité, plus cela fait rentrer de l'argent dans la formation sanitaire du coup, l'effet FBP caractérisé ici par le bon accueil ainsi que l'accouchement à moindre coup a fini par faire reprendre aux femmes le chemin de la maternité et même attirer celles des préfectures environnantes, ce qui explique les taux dépassant parfois les 100%.

4.2.4 Césariennes

La césarienne est recommandée lorsque l'accouchement par voie basse représente un danger pour la mère ou pour l'enfant.

Les tableaux 11,12 et 13 nous montrent que le taux de césarienne chez les femmes présentant un accouchement difficile dans la RS1 n'a pas dépassé 23% en 2010 et que ce taux a augmenté pour atteindre 70% en 2011 avant de subir une légère régression pour finalement rester stationnaire à 60% en 2012.

Ces résultats corroborent ceux donnés par CORDAID dans le cas du Sud Kivu en 2010 qui a affirmé que les pourcentages des césariennes ont augmenté pendant la période FBP.

En RCA, cette augmentation du taux de césariennes peut s'expliquer par le fait qu'avec les subsides perçus et l'autonomie de gestion accordée aux FOSA par le FBP, certaines FOSA ont pu à leur niveau et sans attendre une quelconque subvention de l'État, construire et équiper des blocs opératoires(cas du centre de santé de Boali croisement dans le District Sanitaire de Bossembélé) et même recruter du personnel qualifié pour la réalisation de cette activité.

Le problème avec la césarienne concerne la pertinence de cet indicateur quantitatif car, bien que les responsables des FOSA nous ont certifié pendant l'entretien que leur position éthique ne leur permettrait pas d'effectuer une césarienne contre-indiquée du point de vue médical, il n'en demeure pas moins qu'il peut y avoir une incitation perverse car, les moyens de vérifier si une césarienne est indiquée ou non ne sont pas

disponibles. Ainsi donc, nous avons pensé que cet indicateur peut valablement être supprimé.

4.2.5 Consultations prénatales

Les tableaux 14,15 et 16 nous montrent que le taux de CPN qui n'a pas dépassé en 2010 1% dans la préfecture sanitaire de l'Ombella-Mpoko et 4% dans la préfecture sanitaire de la Lobaye, a évolué pour atteindre 70% en 2011 avant de se stabiliser aux alentours de 60% en 2012, CORDAID a montré qu'en 2010 dans le cas du Sud Kivu que les performances globales pour les CPN ont augmenté dans toutes les zones.

En RCA, cette augmentation peut toujours s'expliquer par l'effet FBP caractérisé par un coût abordable et un bon accueil, mais aussi par un vaste travail de sensibilisation abattu par les autorités politico-administrative et sanitaires avant le démarrage mais aussi au cours de l'exécution du projet afin de montrer l'importance de la CPN à une population comportant 41% d'analphabètes.

Dans le cas de la CPN, le taux d'abandon étant souvent très élevé entre les quatre consultations, il est donc recommandé de subventionner toutes les CPN en augmentant la prime pour chaque visite de manière à renforcer l'incitation à chaque consultation.

4.2.6 Qualité technique des services

L'évaluation de la qualité technique des services offerts à la population est réalisée par une équipe composée des équipes cadres de la Région Sanitaire, des équipes cadres des Districts Sanitaires et une équipe de l'OCF.

Le projet ASSB1&6 a démarré dans la RS1 en mai 2010. La première évaluation qualité a eu lieu en janvier 2011 soit huit mois plus tard tandis que la seconde a eu lieu en juillet 2012 soit dix huit mois plus tard. Pour cette activité, l'équipe d'évaluation utilise la fiche d'évaluation qualité située en annexe.

Les figures de 1 à 9 nous montrent une très nette progression des scores de qualité dans toutes les FOSA de la RS1 sous contrat pour le FBP.

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

L'exemple le plus parlant se trouve être le centre de santé de Birlo dans le District Sanitaire de Bossembélé qui a obtenu un score de 10% à la première évaluation et de 45% à la deuxième évaluation. Ces résultats semblent être en accord avec le Ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida du Burundi qui, en 2010, dans son rapport sur la mise en œuvre du FBP a constaté une nette progression des scores de qualité technique dans toutes les zones de santé appliquant le FBP.

En outre, ces résultats montrent pour la majorité des FOSA un faible score de qualité à la première évaluation. Les exemples les plus marquants se retrouvent au poste de santé de Boutili dans le District Sanitaire de Bossembélé qui a obtenu 5% à la première évaluation et au centre de santé de Kapou dans le District Sanitaire de Mbaiki qui a obtenu 15% à la première évaluation.

En RCA, ce faible score de qualité existant avant et au début de la mise en œuvre du projet peut s'expliquer par l'absence d'évaluation qualité, l'insuffisance de supervision formative que devraient mener les équipes cadres de Région et des Districts Sanitaires compte tenu des moyens limités dont dispose la Région et les Districts Sanitaires, l'insuffisance ou même l'absence du personnel qualifié dans certaines FOSA (certains postes de santé sont tenus par des agents de santé communautaires), une mauvaise répartition du personnel qualifié disponible enfin par la non motivation du personnel.

Ces résultats montrent enfin une disparité de score entre les FOSA d'un même District Sanitaire. L'exemple le plus marquant se trouve dans le District Sanitaire de Bossembélé entre le centre de santé de Lambi qui a obtenu 20% à la première évaluation qualité et le poste de santé de Boutili qui n'a obtenu que 5%.

En RCA, cette disparité peut s'expliquer par le fait que les FOSA de la base du District Sanitaire sont mieux dotés en terme de plateau technique que celles des bases des sous-préfectures qu,elles sont mieux doté que les postes de santé.

4.2.7 Satisfaction des clients

Vérification par les ASLO de l'existence effective des patients

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

Les ASLO ont été mandatées par l'OCF pour vérifier si les personnes dont les noms figurent sur le registre des patients existent réellement. Cela se fait sur la base d'un échantillon. Après un tirage aléatoire ; les membres des ASLO se rendent dans les ménages concernés afin de vérifier l'existence réelle des patients qui ont été enregistrés dans les registres.

Les tableaux 17 et 18 nous montrent que 96% des patients déclarés en 2011 et 97% en 2012 ont réellement existé.

Ces résultats semblent être en accord avec des auteurs tel que CORDAID qui a déclaré en 2010 dans le cas du Sud Kivu que 100% des patients déclarés ont réellement existé.

En RCA, 3% des patients n'ont pu être retrouvés. Cela peut s'expliquer par des erreurs lors de la transcription des adresses des patients dans le registre, ou par un changement de domicile par le patient après la consultation.

Toute fois, l'OCF prévoit des sanctions pouvant aller jusqu'à la rupture de contrat s'il est établi que la FOSA a déclaré des malades fictifs.

Vérification par les ASLO de l'utilisation effective des services par les patients

Les ASLO vérifient que les patients de l'échantillon ont bien utilisé les services en leur posant certaines questions.

Les tableaux 17 et 18 nous montrent que 97% des patients en 2011 comme en 2012 ont déclaré avoir utilisé les services. Ces résultats corroborent ceux donnés par CORDAID en 2010 dans le cas du Sud Kivu qui a affirmé que 98% des patients ont confirmé avoir utilisé les services.

En RCA, les 3% restant qui n'ont pas été retrouvés, l'ont été pour des raisons évoquées plus haut.

Perception des coûts par les patients

Les tarifs des services de soins de santé ne sont pas les mêmes pour toutes les FOSA inclus dans le programme FBP, car ils sont fixés par les FOSA ensemble avec les populations qu'elles servent afin d'assurer que

les tarifs soient adaptés aux moyens des patients tout en garantissant des revenus corrects aux FOSA.

Pendant leur vérification auprès de la population, les ASLO demandent aux patients combien ils ont payé pour les services et s'ils pensent que les coûts sont en adéquation avec leurs moyens.

Les tableaux 17 et 18 nous montrent que 68% des patients en 2011 et 64% en 2012 ont trouvé les coûts des soins acceptables. Ces résultats sont un peu en dessous de ceux trouvés par CORDAID en 2010 dans le cas du Sud Kivu qui a affirmé que 70 à 85% des patients pensent que les coûts des soins sont raisonnables.

En RCA, les crises militaro-politiques que le pays a connues ces dix dernières années ont détérioré les conditions de vie de la population et amplifié la pauvreté, ce qui fait que, malgré que les coûts des soins aient été fixés en accord avec la population en fonction des réalités de chaque région, une frange de la population continue de trouver ce coût hors de leur portée.

Satisfaction des clients

Les ASLO demandent aux patients interrogés s'ils sont satisfaits des services reçus.

Les tableaux 17 et 18 nous montrent que 79% des patients en 2011 ont été satisfaits des services reçus contre 70% en 2012. Ces résultats semblent être en accord avec CORDAID qui a affirmé en 2010 dans le cas du Sud Kivu que la satisfaction des patients vis-à-vis des services de santé a augmenté avec le temps dans toutes les zones de santé et en moyenne, plus de 90% sont satisfaits des services.

En RCA, étant donné que nous sommes dans le cadre d'un projet pilote, nous pensons qu'avec le temps, la totalité des patients sera satisfaite des services.

5 Conclusion

L'étude rétrospective que nous avons menée de juillet 2010 à juin 2012 nous a permis d'affirmer que l'approche du Financement Basé sur la

Performance a effectivement contribué à l'amélioration de l'offre des services offerts à la population de la Région Sanitaire N°1. En effet, les résultats obtenus ont montré une évolution positive dans l'accessibilité aux soins, mais aussi dans l'utilisation des services à travers une amélioration significative des indicateurs subventionnés. Cette évolution positive a été aussi observée dans la qualité des soins offerts à la population ainsi que pour la satisfaction des clients.

Cependant, cette étude ne nous permet pas de tirer une conclusion définitive quant au rôle joué par l'approche du FBP sur ces résultats étant donné que nous n'avons pas pris en compte d'autres facteurs tel que la situation économique générale du pays ou les interventions d'autres partenaires ou bien la situation sécuritaire du pays qui peuvent aussi influencer ces résultats.

Ainsi, notre étude qui s'est porté sur un projet pilote, constitue une porte d'entrée à d'autres études qui pourront prendre en compte tous les facteurs pouvant contribuer à l'amélioration de la santé de la population de la Région Sanitaire N°1 avant de donner une conclusion définitive quant au rôle joué par cette approche sur les résultats obtenus.

6 Recommandations :

En vue des résultats obtenus, nous faisons des recommandations suivantes :

- ✓ Au MSPPLS : De négocier auprès de l'Union Européenne, partenaire dudit projet ou des autres partenaires au développement de la RCA, un financement pour la poursuite des activités dudit projet, car, trois ans d'activités ne suffisent pas pour capitaliser les acquis et espérer obtenir la pérennité du programme.
- ✓ Aux Districts Sanitaires : De continuer d'assumer efficacement le rôle de régulation qui leurs incombent à travers l'intégration des différentes ressources disponibles.
- ✓ Aux FOSA : D'épargner suffisamment de l'argent gagné pendant la période du projet de manière à gérer sans trop de difficulté la période d'après projet.

7 Bibliographie

- 1) AGIKNANE.A, MBESSAN.P et coll. Gestion des soins de santé primaires et mobilisation sociale.
- 2) Basinga P, Mayaka S et al (2011). Performance-based financing: the need for more research. *Bull World Health Organ* 89(9), 698-699.
- 3) Bulletin d'Information de l'Agence d'Achat des Performances (AAP asbl) N01) 2011.
- 4) Cartographie de l'offre des services de santé. Rapport final 2006.
- 5) Convention de Financement N° 9822/CA
- 6) Cordaid : Programme de Financement Basé sur la performance. Sud Kivu(RDC) : Evaluation externe juin/juillet 2010.
- 7) Cordaid & SINA Health (2011) PBF in Action: Theory and Instruments, PBF Course Guide .Chapter 3 Theories underlying PBF and good governance Robert Soeters, Peter Bob Peerenboom, Frankvan de Looij.
- 8) Dieleman, M et al, 2003. Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Vietnam. *Human Resources for Health*, 1(1), 10.
- 9) Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2008-2010
- 10) Enquête a indicateurs multiples(MICS) :2006.
- 11) Ireland M, Paul E et al, (2011) Can performance-based financing be used to reform health system in developing countries? *Bull World Health Organ* 89(9), 695-698.
- 12) Macq J, and Chiem JC, (2011): Looking at the effects of performance-based financing through a complex adaptive systems lens. *Bull World Health Organ* 89(9), 699-700.
- 13) Manuel des procédures des organes de canalisation des fonds(OCF) dans la mise en oeuvre du FBP. CORDAID RCA.
- 14) Meessen B, et al, (2012). Community participation and voice mechanisms underperformance-based financing schemes in Burundi. *Trop Med Int Heath*.
- 15) Ministère de la Santé Publique de la Population et de la Lutte contre le Sida 2006.
- 16) MSPPLS : Rapport d'évaluation FSVIH avril 2010.

- 17) Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le sida. Rapport de la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance au Burundi. Décembre 2011.
- 18) OMD- site web du PNUD Centrafrique.
- 19) Perrot, J et al, 2010. L'incitation à la performance des prestataires des services de santé. WHO, Working paper.
- 20) Plan National de Développement Sanitaire 2006-2015
- 21) PNUD : Rapport National sur le Développement Humain, République Centrafricaine, 2008.
- 22) Rapport d'évaluation nana Mambéré Cordaid. Version finale du 24-05-11.
- 23) Rapport sur la santé dans le monde. OMS 2000.
- 24) Remme, M, Douzima, PM & Peerenboom, PBG (2011) : Rapport d'Evaluation - Evaluation des deux premières années d'Achat de Performance dans la Préfecture de Nana Mambéré. ETC Crystal: Leusden.
- 25) Rwanda: Financement Basé sur la Performance dans la santé-cop, 2011.
- 26) Soeters, R, Habineza, C, & Peerenboom, P, B, (2006): Performance-based financing and changing the district health system. Experience from Rwanda. Bulletin of the World Health Organization, 84(11), 884-889. World Health Organization.
- 27) Soeters R & Kimanuka C (2009) : Résultats de l'Enquête Ménage et de l'Enquête Qualité de Base pour le programme Achat de Performance Cordaid dans la Préfecture de Nana Mambéré 2009-2011.
- 28) Transparence International 2010.

8 Annexes

Liste des tableaux

Tableau 1 : Budget

Tableau 2 : Cadre Logique

Tableau 3 : Répartition administrative dans la RS1

Tableau 4 : Répartition de la population dans la RS1

Tableau 5 : Evolution de la consultation externe en 2010 dans la RS1

Tableau 6 : Evolution de la consultation externe en 2011 dans la RS1

Tableau 7 : Evolution de la consultation externe en 2012 dans la RS1

Tableau 8 : Evolution des accouchements assistés en 2010 dans la RS1

Tableau 9 : Evolution des accouchements assistés en 2011 dans la RS1

Tableau 10 : Evolution des accouchements assistés en 2012 dans la RS1

Tableau 11 : Evolution des césariennes en 2010 dans la RS1

Tableau 12 : Evolution des césariennes en 2011 dans la RS1

Tableau 13: Evolution des césariennes en 2012 dans la RS1

Tableau 14 : Evolution de la consultation prénatale en 2010 dans la RS1

Tableau 15 : Evolution de la consultation prénatale en 2011 dans la RS1

Tableau 16 : Evolution de la consultation prénatale en 2012 dans la RS1

Tableau 17 : Synthèse des résultats des deux enquêtes communautaires Réalisées au cours de l'année 2011

Tableau 18 : Synthèse des résultats d'enquête communautaire du 1^{er} semestre 2012

Liste des illustrations

Figure 1 : De l'hôpital de district de Bégoua au CS de Boban

Figure 2 : Du CS de Gbozo au PS de Bosselé

Figure 3 : De l'hôpital de district de Bimbo au CS de Foyer de charité

Figure 4 : De l'hôpital de district de Bossembélé au CS de Bossembélé

Figure 5 : Du CS privé de Guezeli au PS de Bobazonga

Figure 6 : De l'hôpital de district de Boda au CS de Boguera

Figure 7 : Du CS de Bodjoula au PS de Yawa

Figure 8 : De l'hôpital de district de Mbaiki au CS de Mbata

Figure 9 : Du CS de Bolemba au PS de Bangui

Questionnaire niveau district

1. Comment le district a été impliqué dans la mise en œuvre du projet ASSB1&6 dans votre zone de responsabilité?
2. Quel rôle joue le district sanitaire dans la mise en œuvre des interventions du Projet ASSB1&6?

3. Disposez-vous des textes réglementant la mise en œuvre du FBP dans le district Sanitaire?
4. Avez-vous élaboré des textes réglementant la mise en œuvre du FBP dans votre Zone de responsabilité? Si oui, produire une copie
5. En dehors des financements du 9^e FED, quels sont les autres partenaires qui Interviennent dans le financement des interventions dans le district sanitaire?
6. Quel type d'appui la CNARSS apporte telle au district sanitaire?
7. Est ce que membres de l'ECD ont -ils bénéficié d'une formation sur le FBP?
8. Le district sanitaire dispose t'il des plans d'action opérationnels annuels? Si oui Produire les copies de 2010 à 2011
9. Quel est la composition et la qualification des membres de l'ECD?
10. Combien de FOSA existent dans le district sanitaire?
11. Quel est le nombre d'aires de santé au niveau du district?
12. Combien de FOSA ont une aire de santé bien défini répondant aux normes?
13. Combien de centre de santé dispensent un PMA complet?
14. Combien d'hôpitaux dispensent un PCA complet?
15. Existe-t-il un cadre de concertation des intervenants de la santé dans le District? Si oui, décrire comment cela fonctionne?
16. Quel est le rythme de supervision des FOSA par l'ECD?
17. Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, quel sont les indicateurs des Performance subventionné par l'OCF à l'ECD?
18. Selon vous, le projet FBP répond-il aux besoins de santé de la population de Votre zone de responsabilité?
19. Si non, à quels besoins des populations cibles les interventions du FBP ne réponde-t'il pas?
20. Selon vous, quels sont les changements positifs apportés par le FBP dans le District sanitaire?
21. Avez-vous des recommandations à formuler sur la façon dont le système FBP pourrait être amélioré?

Questionnaire Organe de Canalisation des Fonds

Quel est le nombre de FOSA qui ont signé un contrat de performance avec l'OCF?

Quels sont les critères d'éligibilités des FOSA pour le contrat de performance?

Combien de FOSA répondent aux critères d'éligibilité?

Ya t'il des FOSA qui ne répondent pas aux critères mais qui sont contractualisés

Comment les indicateurs achetés et leurs prix ont été déterminés?

Le nombre des indicateurs achetés a-t-il varié depuis le début du projet?

Quel est le rythme de vérification médicale au niveau des FOSA?

Combien de temps est nécessaire pour la vérification au niveau d'une FOSA?

L'OCF dispose-t-il suffisamment de personnel pour la vérification médicale?

Quel est le rythme de la vérification au sein de la communauté?

Quel est le nombre d'association locale contracté pour la vérification?

Combien de temps est nécessaire pour une enquête dans la communauté?

Lors de chaque enquête quel est nombre de patients à qui l'association doit rendre visite?

Quel est délai de paiement des subsides aux FOSA?

Quel est le nombre d'infrastructures construits ou réhabilités?

Quel est le nombre d'infrastructures équipés?

Pensez vous que les changements enregistrés sont seulement induits par le FBP?

Avez-vous des recommandations à formuler sur la façon dont le FBP pourrait être amélioré?

Questionnaire FOSA

1. Général CS

a. Quelle est la population de la zone de couverture ? Quel est le nombre de villages ? À combien de Kilomètres le centre est-il situé du village le plus éloigné ? À combien de km est-il situé du centre de référence ?

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

b. Effectif, postes et qualifications du personnel

c. Commodités : électricité, eau courante, transports, communication

d. Le CS dispense-t-il le PMA en totalité ? Sinon, quels sont les services qui ne sont pas dispensés et Quelle en est la raison ?

2. Général FBP

a. Pourquoi avoir introduit le projet PBF ? Quels étaient les défis associés avec l'introduction du PBF?

b. Quels sont les changements positifs apportés par le PBF ? Donnez des exemples de changements positifs et négatifs.

c. Le CS développe-t-il des plans d'affaires trimestriels ? Si oui, qui y a participé ? La Préfecture Sanitaire a-t-elle donné un avis sur ces plans pour des améliorations dans le trimestre suivant ?

d. Quelles stratégies ont-été mis en œuvre pour améliorer la performance du CS sur les indicateurs rémunérés par le PBF ?

e. Le CS a-t-il perçu des contributions de la part de l'AAP ? De la part d'autres donateurs ?

f. Le personnel a-t-il suivi une formation par l'intermédiaire de l'AAP ? Dans ce cas, sur quel sujet ? Est-ce utile ?

g. Le CS a-t-il bénéficié d'investissements dans l'infrastructures financés par l'AAP ?

h. Existe-t-il des services importants du PMA qui ne sont pas subventionnés par l'AAP ?

i. Comment le CS s'assure qu'un patient référé vers un hôpital y est bien reçu et que la référence est Prise en compte dans la subvention de l'AAP?

j. Quels sont les horaires d'ouverture du CS et ont-ils été modifiés avec la mise en œuvre du FBP ?

3. Equité

a. Tarification par acte ou forfaitaire ?

b. Le CS prévoit-il une procédure particulière pour la prise en charge des indigents ? Comment et par qui sont-ils identifiés ? Quels en sont les critères ?

c. Combien de patients ne peuvent pas régler les frais ou ne les règlent pas ? Ont-ils la possibilité de Régler les frais en nature ? Comment le CS récupère-t-il l'encours de la dette ? Si un patient a une dette et s'il demande une nouvelle fois à se faire soigner, quelle est la politique du CS ? Est-il à nouveau pris en charge ?

d. Le CS touche-t-il le bonus d'équité de l'AAP ? Si oui, comment est elle utilisé ?

4. Gestion et supervision :

a. Combien de personnes composent le Comité de Gestion et quel est leur parcours ? Quelles sont les tâches effectuées par le COGES ? Prend-t-il part à la réalisation des plans d'affaires / rapports SNIS ? Quelle est sa responsabilité du point de vue financier ? Quelle est son autorité ? A-t-il un droit de décision, ou sert-il uniquement de conseil ? Formule-t-il des idées pour répondre aux besoins ?

b. Avec quelle fréquence une équipe du District Sanitaire intervient-elle à des fins de supervision ? Comment la grille de qualité est-elle évaluée ? Ces visites de supervision sont-elles utiles ? Et qu'en est-t-il de l'évaluation de la qualité au trimestre ? Donnez un exemple de changement apporté par ces supervisions.

c. Les visites mensuelles de vérification réalisées par l'AAP sont-elles utiles? Donnez un exemple de changement apporté par ces supervisions.

d. La vérification de la communauté réalisée par les associations est-elle utile ? Quels sont les

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

problèmes dont fait état la communauté ? Des suggestions concrètes sont-elles ressorties de ces vérifications ? Ont-elles apporté des changements ?

5. Sous contractualisation :

- Quelles sont les tâches accomplies par les Postes de Santé et les Relais Communautaires ? Sont-ils supervisés par les CS ? Vérifiez les rencontres mensuelles.
- Le CS a-t-il déjà pensé à passer des sous-contrats avec les Postes de Santé ou les relais communautaire à l'aide du FBP ?

6. Utilisation des primes

- Les revenus du personnel ont-ils évolué (avant/après le FBP)
- Comment la prime est-elle allouée au personnel ? Utilisez-vous l'outil d'indice ?
- Quel est le pourcentage du revenu total provenant des frais d'utilisation et des subventions de L'AAP ?
- De quelle façon le CS a-t-il dépensé les fonds provenant des recettes et de l'AAP (salaires, investissement, médicaments, autres frais de fonctionnement) ?

7. **Recommandations** : Avez-vous des suggestions à apporter en vue d'améliorer le système FBP?

Questionnaire – Clients

- Etes-vous satisfait(e)
 - des types de soins offerts par cet hôpital ?
 - du coût des soins que vous recevez ?
 - de la transparence de la tarification des soins (est-elle annoncée de manière transparente et est-elle respectée par le personnel) ?
 - de la propreté et l'infrastructure de l'hôpital ?
 - de l'attitude du personnel de santé (aimable, respectueux) ?
 - du temps d'attente?
 - de la disponibilité de personnel qualifié?
 - de la disponibilité de tests de laboratoire, d'équipement etc. pour effectuer un diagnostic ?
 - de la disponibilité des médicaments ?
- Avez-vous remarqué des changements (positifs/négatifs) dans ces domaines depuis 2010 ?
 - Noter les changements observés soit « très positive » (++) , « positive » (+) , "pas de changement" (0) , "négative" (-) ou « très négative » (--)
 - Et pourquoi ça?
- Quel changement au niveau de l'hôpital demanderiez vous au Médecin Chef du District afin d'améliorer la santé de votre Préfecture ?

Grille d'évaluation technique des FOSA

IDENTIFICATION		
Date	Nom(s) Evaluateurs	RSN° :
District Sanitaire de :	Nom FOSA	FOSA : Publique/Agrée/Privée

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

Population couverte :	CS/HD/HR	Nombre de Lits :
-----------------------	----------	------------------

1. INDICATEURS GÉNÉRAUX	Protoco le respecté	Protoco le NON respecté
1. Carte sanitaire de l'aire de santé/carte de district disponible et affichée <i>Carte affichée dans la FOSA en montrant les villages/quartiers, routes principales, barrières naturelles, les point spéciaux et distances</i>	1	0
2. Rapports mensuels, PV réunions et autres documents importants des COGES/CONGES bien archivés <i>Avec classeurs, dans des étagères et accessible à tout moment</i>	2	0
3. Horaire du travail et Planning de garde disponible et affiché	1	0
4. La FOSA dispose d'un plan de développement d'infrastructure nécessaire pour rendre opérationnel toutes les activités PMA/PCA	1	0
5. Procès verbal des réunions techniques de FOSA fait mensuellement et disponible (<i>Vérifier le PV techn. dernier mois</i>)	1	0
6. Fiches de référence disponible (<i>au moins 10</i>)	1	0
7. Supports de collecte de données SNIS sont-ils disponibles? <i>-Au moins 10 fiches disponibles</i>	2	0
8. Supports correctement remplis? <i>Vérifier le contenu de la fiche du rapport SNIS</i>	1	0
9. Derniers rapports ont-ils été transmis selon la périodicité voulue? <i>-Vérifier au plus tard le 5 du mois suivant pour le remplissage et l'envoi au District Sanitaire</i>	3	0
10. Les copies des Rapports Mensuels des six derniers mois existent-elles à la FOSA?	1	0
11. Les rapports sont-ils classés par ordre chronologique et dans un classeur? - <i>Vérifier l'ordre des rapports</i>	1	0
12. Données SNIS utilisées localement? <i>-Vérifier le feed back et les recommandations</i>	2	0
13. Cuisine pour les patients hospitalisés est disponible et propre <i>Evacuation des déchets dans une poubelle</i>	1	0
14. Disponibilité d'une morgue <i>Une chambre ou petit bâtiment servant de transit</i>	1	0
Points TOTAUX - 19 points maximum		

<

2. PLAN DE BUSINESS	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Plan de Business trimestriel de la FOSA disponible et accessible <i>Superviseur vérifie le Plan de BUSINESS en vigueur</i>	2	0
2. Plan de Business élaboré avec les acteurs clés - Responsables de services de la FOSA, COGES (si fonctionnel) - Responsable(s) Disp. Privé / Poste Santé sous contracté (si applicable)	2	0
3. Plan de Business contient une stratégie de couverture géographique convaincante <i>Stratégies avancées (PEV, PF, CPN, distribution MILD)</i>	2	0
4. Plan de Business analyse la présence de praticiens non formés (les « pirates ») et propose des stratégies pour les décourager <i>Responsable a traité ce sujet dans son PB et a proposé une stratégie</i>	1	0
5. Plan de Business analyse la présence de praticiens formés, qui opère SANS avis d'implantation de la RS. <i>Responsable propose de les intégrer ou de les décourager si les conditions de qualité ne sont pas réunies</i>	1	0
5. Plan de Business analyse la présence de praticiens formés, qui opère SANS avis d'implantation de la RS. <i>Responsable propose de les intégrer ou de les décourager si les conditions de qualité ne sont pas réunies</i>	1	0
6. Plan de Business montre une analyse de l'accessibilité financière et contient une stratégie raisonnable <i>Responsable a rempli cette question et le PB montre qu'il a négocié les tarifs avec COGES / relais communautaires</i>	2	0
Points TOTAUX - 10 points maximum / 10	

3. GESTION FINANCIERE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Présences des documents financiers et comptables , journal de caisse, journal de banque, cahier de recette <i>- Rapport mensuel de trésorerie disponible et correctement</i>	2	0

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

rempli - Solde théorique du livre de caisse conforme à la liquidité en caisse		
2. Toute dépense est-elle justifiée? <i>Vérifier les factures disponibles</i>	2	0
3. Exécution du budget respectée? Vérifier la conformité des dépenses avec les lignes budgétaires	2	0
4. Rapport financier mensuel établi dans lequel les recettes, dépenses de fonctionnement & investissements et l'enveloppe variable pour la prime de performance sont calculées correctement <i>(a) Responsable garantit les dépenses de fonctionnement : = prime de base fixe, achat ME & équipements, les sous-contracts, fonctionnement, relais communautaire, maintenance et réhabilitations. (b) Responsable calcule l'enveloppe pour la prime de perf. selon la formule Prime de perf. = recettes du mois - les dépenses de fonctionnement</i>	3	0
5. La prime de base + prime de performance n'est pas supérieure à 50% du TOTAL des recettes de la FOSA <i>Superviseur fait la somme des primes fixes, prime de performance et les salaires des agents (si applicable) et les comparent avec les recettes</i>	2	0
6. Formule du calcul mensuel des primes de performance (+ des primes de base) et connu par le personnel <i>- Prime de base établie - Critères pour le calcul de la prime de performance établie calculé à travers de (a) indice de base de performance + (b) ancienneté + (c) responsabilité + (d) heures supplémentaire / perdu + (e) évaluation trimestrielle de performance</i>	3	0
Points TOTAUX - 10 points maximum / 14	

4. HYGIENE & STERILISATION	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Clôture disponible et bien entretenue <i>Si haie vive => taillé ; Si en sticks ou en dur => sans passage</i>	2	0
2. Disponibilité de l'eau potable	3	0
3. Disponibilité de savon dans chaque salle	1	0
4. Disponibilité de petites poubelles dans chaque salle	1	0

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

5. Disponibilité de poubelle dans la cour <i>Poubelle avec couvercle accessible aux clients - non pleine</i>	1	0
6. Présence de latrines en nombre suffisant et en bon état <i>- PS / DP / CS au moins 2 ; HRU au moins 5 ; - Plancher sans fissures avec un seul trou et couvercle - Portes à fermer- superstructure avec toiture - sans mouches ni odeurs - Nettoyés récemment- sans matières fécales visibles</i>	2	0
7. Présence de douches en nombre suffisant et en bon état <i>- PS / DP / CS au moins 2 ; HD au moins 5 - Douche avec eau courante, ou récipient avec au moins 20 litres - Evacuation de l'eau usée dans un puits perdu</i>	1	0
8. Incinérateur et fosse à placenta en enclos <i>- Incinérateur fonctionnel, utilisé et vidé - Fosse à placenta avec couvercle - Enclos sans passages bien construit avec porte sous clé</i>	3	0
9. Fosse à déchet de matériel non infectés disponible <i>Trou de minimum 3 mètres profondeur avec enclos sans matériel infectés ni matériel non décomposable</i>	1	0
10. Propreté/ Entretien de la cour <i>Déchets et produits dangereux dans la cour - aiguilles - ampoules - gants - compresses usagées, Herbes coupé - jardin bien entretenu - pas d'excréta (animaux)</i>	2	0
11. Le personnel stérilise les instruments selon les normes <i>Stérilisateur en bon état. Protocole de stérilisation affiché</i>	3	0
Points TOTAUX - 20 points maximum / 20	

5. CONSULTATION EXTERNE / URGENCE		
1. Bonnes conditions d'attente pour la Consultation Externe <i>Avec bancs et / ou chaises suffisantes, protégé contre soleil et pluie</i>	1	0
2. Les tarifs du recouvrement de coût sont affichés <i>Tarifs visibles pour les malades avant la consultation</i>	1	0
3. Existence d'un système de triage avec des jetons numérotés	1	0
4. Salle de la Consultation Externe en bon état <i>Murs en dur avec crépissage et peinture, pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état, fenêtres en vitres avec rideaux, et portes fonctionnel avec serrure</i>	2	0
5. Salle de la CE et l'espace d'attente séparés assurant la confiance <i>Salle avec porte fermé - rideaux sur la fenêtre - pas de passage</i>	1	0
6. Salle de la CE et / ou Urgence éclairée pendant la	1	0

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

nuit <i>Electricité ou lumière solaire</i>		
7. Toutes les CE sont faites par un infirmier qualifié <i>Identification des infirmiers consultants à partir d'écriture dans le registre</i>	2	0
8. Infirmier de CE en tenue conforme <i>Blouse propre - boutonné avec identification, en chaussure (pas de culottes)</i>	1	0
9. La numérotation mensuelle correcte dans le registre de CE <i>Numérotation correcte et clôturée à la fin du mois</i>	1	0
10. Disponibilité de services 24/24 et 7 / 7 <i>Superviseur vérifie entrées dans registre les derniers 3 dimanches</i>	1	0
11. Corrélation entre le diagnostic et le traitement	1	0
12. Protocole affiché sur le mur pour la prise en charge du paludisme <i>Protocole national avec palu simple et grave avec leur traitement</i>	1	0
13. La prise en charge correcte du paludisme simple <i>Voyez le registre les 5 derniers cas (CTA)</i>	1	0
14. La prise en charge correcte du paludisme grave <i>Voyez le registre 2 derniers cas (quinine injectable en perfusion)</i>	1	0
15. La prise en charge correcte des IRA <i>Ordinogramme OMS disponible et appliqué</i>	1	0
16. La prise en charge correcte de la diarrhée <i>Ordinogramme OMS disponible et appliqué</i>	1	0
17. La proportion de malades traités avec des antibiotiques < 50% <i>Voyez le registre les 30 derniers cas en analysant le diagnostic et calcule le taux - pas plus de 14</i>	1	0
18. Connaissance de signes précoces de la tuberculose qui mérite une référence à un centre de dépistage de TB <i>Réponse doit contenir au moins 4 : Amaigrissement, Asthénie, Anorexie - Température, Toux de 15 jours, Transpiration</i>	1	0
19. Référence des malades bien faite? <i>Vérifier les motifs de références</i>	1	0
20. Disponibilité de stéthoscope / tensiomètre fonctionnel <i>Prend la tension artérielle de quelqu'un pour la vérification</i>	1	0
21. Disponibilité de thermomètre fonctionnel <i>Fait l'inspection du thermomètre</i>	1	0
22. Disponibilité d'otoscope fonctionnel <i>Fait l'inspection : piles chargés et disponibles avec lumière forte</i>	1	0
23. Lit d'examen disponible en métallique avec matelas	1	0
24. Disponibilité de balance fonctionnelle <i>Fait l'inspection en comparaison le poids connu du superviseur, après pesage aiguille balance revient à zéro</i>	1	0
Points TOTAUX - 26 points maximum / 26	

6. PLANIFICATION FAMILIALE		
1. Présence d'au moins un (e) infirmière/Assistant (e) accoucheur (se) formé en PF	2	0
2. Local disponible garantissant la confiance <i>Salle avec porte fermé - rideaux sur la fenêtre - pas de passage</i>	2	0
3. Affiche murale ou boite à image avec les méthodes PF disponible pour la démonstration	2	0
4. Personnel calcule correctement le nombre de femmes attendues mensuellement pour les contraceptifs oraux et injectables <i>Par exemple pour 10.000 hab = 10.000 x 24% x 20% / 12 x 4 = 147</i>	1	0
5. FOSA atteint au moins 50% de cible mensuelle en contraceptifs oraux et injectables <i>Exemple 10.000 hab = 147 x 50% = 73</i>	3	0
6. Plan de Business contient une stratégie de couverture Planification Familiale convaincante <i>- Intégration du personnel de la FOSA dans les stratégies - Collaboration avec secteur privé et relais communautaire - Stratégies avancées, plaidoyer auprès leaders locaux</i>	3	0
7. Stock de sécurité intrants contraceptifs oraux et inj. disponible <i>147 doses DEPO et pilule 3 plaquettes / 4 = 36 doses</i>	2	0
8. Méthodes DIU disponibles et personnel capable de les placer <i>- Au moins 5 DIU</i>	2	0
9. Méthodes Norplan disponibles et personnel capable de les fixer <i>- Au moins 5</i>	2	0
10. Stratégie disponible pour référer à l'hôpital les couples pour la ligature <i>- Bon système de référence élaboré - stratégie de diminuer les prix - Stratégies avancée de l'hôpital dans les CS</i>	2	0
11. Registre de la PF disponible et bien rempli	2	0
12. Fiche de la PF disponible et bien remplie (5 fiches) <i>(tension art, hépatomégalie, varices, poids)</i>	2	0
Points TOTAUX - 25 points maximum / 25	

7. LABORATOIRE (applicable au CS et HD)		
1. Laborantin ou autres personnel qualifié (TSL, AS, AH disponible)	1	0
2. Le laboratoire est fonctionnel tous les jours ouvrables de la semaine	1	0

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

<i>Superviseur vérifie les 2 derniers dimanches dans le registre du LABO</i>		
3. Résultats enregistrés correctement dans le registre du labo et conforme aux résultats dans le carnet du malade ou bon d'examen <i>Superviseur vérifie les 5 derniers résultats</i>	1	0
4. Liste des examens possibles affichée dans le labo	1	0
5. Disponibilité des démonstrations des parasites - Sur papier plastifié, dans un livre en couleur, ou affichés - Goutte Epaisse : <i>Falci-parum, Malariae</i> - Selles : <i>Ascaris, entamoebae, ankylostome, schistosome</i>	1	0
6. Disponibilité d'un microscope fonctionnel - objectifs fonctionnels - huile à immersion - miroir ou électricité - lames - lamelles - <i>GIEMSA</i> disponible	2	0
7. Disponibilité d'une centrifugeuse fonctionnelle	1	0
8. Evacuation des déchets - Déchets organiques dans une poubelle avec couvercle - Boîte de sécurité disponible et détruit dans l'incinérateur	1	0
9. Personnel plonge les lames et pipettes souillés dans un récipient contenant un désinfectant	1	0
10. Possédez-vous des protocoles standards, procédures ou guide pour la coloration de Gram, sérologie et culture bactérienne ?	1	0
11. Existe-t-il un responsable de l'assurance de la qualité dans votre Laboratoire	1	0
12. Avez-vous adapté une check-list pour vérifier le système qualité de votre laboratoire ? <i>Vérifier le check-list</i>		0
13. Avez-vous mis en place un système de gestion des erreurs ? <i>Si oui, veuillez décrire quelles sources de données utilisez-vous</i>	1	0
14. Disponibilité d'une unité de banque de sang Réfrigérateur avec du sang testé et non périmé	1	0
Points TOTAUX - 16 points maximum /16	

8. SALLE d'HOSPITALISATION (applicable au CS, HD)		
1. Programme de garde affiché et respecté <i>Superviseur vérifie le rapport de garde - noms et signature</i>		
2. Equipements disponibles et en bon état <i>Lits, matelas, moustiquaires, draps, tables de nuit</i>		
3. Bonnes conditions d'hygiène - Nettoyage régulier, accès à l'eau potable, lits bien espacés - Bonne aération sans mauvaises odeurs		
4. Salle d'hospitalisation éclairée pendant la nuit		

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

<i>Electricité, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable</i>		
5. Confidentialité assurée <i>Femmes - hommes séparés - sans être vu par l'extérieur</i>	1	0
6. Existence de dossier de chaque malade feuille de température, carnet de malade, bilan demandé	1	0
7. Registre d'hospitalisation disponible et bien rempli <i>Identité complète, journées d'hospitalisation</i>	1	0
8. Fiches d'hospitalisation disponibles et bien remplies <i>- Au moins 10 vierges - Superviseur vérifient 5 fiches remplis - Température TA, examens de labo bien rempli - Suivi de traitement coché</i>	1	0
Points TOTAUX - 10 points maximum / 10	

9. GESTION DES MEDICAMENTS	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Disponibilités de fiche de stock	1	0
2. PV d'un inventaire de chaque mois	1	0
3. Personnel tient les fiches de stock en montrant stock de sécurité = <i>Consommation moyenne mensuelle (CMM) / 2 Stock dans les fiches correspond avec le stock physique ⇒ Superviseur fait un échantillon de trois médicaments</i>	1	0
4. Preuve d'achat de médicament équipement et consommables dans une structure agréée par le MSPPLS	2	0
5. Les médicaments sont gardés correctement <i>Local propre, bien aéré avec armoires, étagères étiquetés, et rangés par ordre alphabétique</i>	2	0
6. La pharmacie dépôt livre les médicaments selon la réquisition à la pharmacie détail (petit stock) ou services de soins <i>- Superviseur vérifie l'existence du dépôt et si la quantité commandée est conforme à la quantité servie</i>	2	0
7. Absence médicaments périmés où avec des étiquettes falsifiées <i>- Superviseur vérifie au hasard 3 médicaments et 2 consommables - Produits périmé bien séparé de stock - Système de destruction des médicaments fonctionnel</i>	1	0
Points TOTAUX - 10 points maximum / 10	

10. MEDICAMENTS TRACEURS <i>Stock de Sécurité = Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) / 2</i>	Disponible OUI > CMM /	Disponible NON < CMM /

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

	2	2
1. Amoxicilline sirop 125mg ou 250 mg	1	0
2. Amoxicilline gel 500 mg	1	0
3. CTA/Coartèm 20/120 mg	1	0
4. Cotrimoxazole comp 480 mg	1	0
5. Diazepam 10 mg / 2ml - injectable	1	0
6. Fer - acide folique 200 mg + 25 mg	1	0
7. Mebendazole comp 100 mg	1	0
8. Methergine amp 10 Unités	1	0
9. Metronidazole comp 250 mg	1	0
10. Paracetamol comp 500 mg	1	0
11. Quinine comp 500 mg	1	0
12. SRO / oral sachet	1	0
13. Gants stériles	1	0
14. Compresses	1	0
15. Solutés glucose 5%	1	0
Points TOTAUX - 15 points maximum / 15	

11. MATERNITÉ	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. L'eau suffisante avec savon dans la salle d'accouchement <i>Un point d'eau fonctionnel ou au moins 20 litres</i>	1	0
2. Salle d'accouchement éclairée pendant la nuit <i>Electricité, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable</i>	1	0
3. Déchets collectés correctement dans la salle d'accouchement <i>- poubelle + boîte de sécurité pour les aiguilles</i>	1	0
4. Salle d'Accouchement en bon état <i>- Murs en dur avec crépissage et peinture - Pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état - Fenêtres en vitres avec rideaux, et portes fonctionnel</i>	1	0
5. Disponibilité du partogramme <i>Au moins 10 fiches</i>	1	0
6. Prise de la tension artérielle pendant le travail d'accouchement <i>Rempli dans le partogramme régulièrement pendant le travail - au moins une fois par heure - superviseur vérifie 3 partogrammes</i>	1	0
7. Prise systématique de l'APGAR lors de l'accouchement <i>Rempli dans le partogramme 1^{ier}, 5^{ème} et 10^{ème} minute Superviseur vérifie 3 partogrammes</i>	1	0
8. Tous les accouchements effectués par un personnel qualifié <i>Identification des accoucheuses à partir des noms dans le registre</i>	2	0
9. Disponibilité d'une toise (pour mesurer la taille), d'un stéthoscope obstétrical et d'une poire (plongé dans un désinfectant non irritant) ou aspirateur manuel / électrique fonctionnel	1	0

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

10. Disponibilité d'une ventouse fonctionnelle <i>Infirmière formée et la ventouse est utilisée</i>	2	0
11. Disponibilité des gants stériles (au moins 10 paires)	1	0
12. Disponibilité d'au moins 2 boîtes obstétricales stérilisées , <i>Avec au moins 1 paires de ciseau, 2 pinces</i>	2	0
13. Disponibilité d'une boîte d'épisiotomie <i>Fil catgut et fil non résorbable, désinfectant, anesthésie local, compresse stérile. Une boîte stérilisée avec porte aiguille, aiguille, 1 pince anatomique et 1 pince chirurgicale</i>	1	0
14. Table d'accouchement propre et en bon état <i>Table avec matelas/skai démontable avec deux jambiers fonctionnels</i>	2	0
15. Disponibilité d'un pèse bébé fonctionnel <i>Superviseur vérifie le pèse avec un objet</i>	1	0
16. Matériel disponible pour les soins aux nouveaux nés <i>Fil de ligature du cordon stérile, bande ombilicale stérile, pommade tétracycline 1% (appliqué à chaque nouveau né)</i>	1	0
17. Sceau ou bassin à linge souillé disponible	1	0
18. Disponibilité de moustiquaires dans la salle de suite des couches	2	0
19. Lits avec matelas et literie en bon état dans la salle de suite des couches <i>Matelas couverts de toile cirés avec couverture et draps</i>	1	0
20. Salle de travail adéquate <i>CS : au moins 2 lits avec matelas ; HD au moins 4</i>	1	0
Points TOTAUX - 25 points maximum / 25	

12. BLOC OPERATOIRE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Salle d'OPERATION en bon état et propre - Murs en dur avec crépissage et peinture à huile - Pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état - Fenêtres en vitres sans être vu par l'extérieur, et portes fonctionnelles	2	0
2. Table d'opération en bon état - Facilement maniable avec mousse garnie de toile cirée - Menottes fonctionnelles des membres	1	0
3. Illumination en bon état - Lampe scialytique avec ampoules fonctionnelles - Lumière de réserve assurée (groupe électrogène, énergie solaire, lampe avec batterie rechargeable	2	0
4. Equipement de base disponible - Anesthésie général et rachi anesthésie - Respirateur - Aspirateur - bistouri électrique et cautérisation	2	0
5. Kits d'intervention stérilisée prêt à être utilisé pour les urgences (césarienne - hernie étranglée) - Superviseur vérifie la présence d'au moins 2 kits	2	0

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

6. Disponibilité d'une salle de vestiaire et un espace de lavage et brosse adéquat <i>- Dispositif de désinfection approprié à pédale ou à coude - Disponibilité de l'eau courante, de brosses avec savon</i>	2	0
7. Disponibilité de tenues adéquates <i>- Blouse chirurgicales, masques, bonnets, sandales</i>	1	0
8. Registres de protocole opératoire bien remplis et à jour	1	0
9. Conditions d'hygiène assurées dans la salle d'opération <i>- Poubelles pour matériaux infectés avec couvercle - Boîte de sécurité pour les aiguilles bien placée et utilisée</i>	2	0
Points TOTAUX - 15 points maximum / 15	

13. TUBERCULOSE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Conditions réunies pour le DOTS <i>- Infirmier formé en DOTS, laborantin formé en dépistage, - Fiches de prise en charge, registre & manuel technique disponibles</i>	2	0
2. Disponibilité d'une Porte lames	1	0
3. Disponibilité d'un crayon diamant	1	0
4. Le dépistage est-il basé sur la clinique et la baciloscopie	2	0
5. Malades traités selon protocole préconisé par le programme? <i>Vérifier le protocole de traitement dans les fiches des malades</i>	2	0
6. Existe-il des doubles de rapports mensuels	1	0
7. Données des supports correctes à celles des registres?	2	0
8. Rifampicine-isoniazide-pyrazinamide : cp120+50+300mg	1	0
9. Streptomycine 1 gr	1	0
10. Etambutol comp 400 mg	1	0
11. Crachoirs	1	0
12. Lames et réactifs disponibles	2	0
Points TOTAUX - 17 points maximum	... / 17	

14. VACCINATION (PEV)	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Existe-t-il un micro plan du centre PEV pour l'année en cours	3	0
2. Personnel calcule correctement la cible pour les ECV (enfants complètement vaccinés) Cible = Population x 3,5% / 12 x 100%	1	0
3. Le Centre PEV dispose -t-il d'un réfrigérateur, de deux portes vaccins et d'au moins 16 accumulateurs de froid? <i>- Vérifiez l'existence physique de ces matériels</i>	3	0
4. Chaîne de froid - contrôle régulier de la chaîne de	3	0

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

<p>froid et thermomètre présent dans le compartiment du réfrigérateur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité cahiers ou fiche de température - remplis 2 fois par jour - inclusivement le jour de la visite - Température reste entre 2 et 8 degré Celsius sur la fiche - Superviseur vérifie la fonctionnalité du thermomètre - Température est entre 2 et 8 degré Celsius sur le thermomètre 		
<p>5. La périodicité des Commandes des vaccins est elle respectée?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifiez la preuve des commandes mensuelles dans le bon de commande et bordereau de livraison 	1	0
<p>6. Pas de rupture de DTC+HepB, BCG, VAR+VAA, VPO, VAT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présence des fiches de stock à jour - Superviseur vérifie le stock physique dans le Réfrigérateur 	1	0
<p>7. Les vaccins sont correctement disposés dans le réfrigérateur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etage supérieure : VPO, VAR, VAA - Etage moyen : BCG, DTC, VAT, Hép. B et Hib - 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 	1	0
<p>8. Y a-t-il concordance des quantités de vaccins et autres intrants reprises dans les fiches individuelles/cahier de gestion de vaccins et le stock physique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comptez les doses des vaccins/autres intrants 	1	0
<p>9. ETAT CHAINE de FROID Réfrigérateur à pétrole : stock d'au moins 14 L Réfrigérateur solaire : batterie en bon état</p>	1	0
<p>10. Les accumulateurs de froid sont bien congelés</p>	1	0
<p>11. La maintenance préventive est-elle assurée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	2	0
<p>12. Existence de seringues</p> <ul style="list-style-type: none"> - autobloquantes - au moins 30 - pour dilution - au moins 3 	1	0
<p>13. D'autres produits en dehors des vaccins et les solvants ne sont pas conservés dans le réfrigérateur?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifiez le contenu du réfrigérateur 	3	0
<p>14. Existe-t-il un graphique de suivi de la Couverture Vaccinale au BCG, PENTA3 et le VAR ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifiez si la courbe a été complétée mensuellement à partir des doses cumulées administrées 	3	0
<p>15. La stratégie avancée est elle R organisée?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifiez le cahier de la stratégie et les fiches de pointage 	3	0
<p>16. Les déchets sont collectés dans des poubelles</p>	1	0

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

appropriées - Disponibilité de boîte sécurité (réceptacle)		
17. Stock de carnets ou cartes de croissance PEV - Pour la maman - au moins 10	1	0
18. Registre de PEV bien rempli - ou système de fiches disponible - Système capable d'identifier les abandons et les ECV (Enf Comp Vac)	1	0
19. Bonnes conditions d'attente - Avec bancs et / ou chaises suffisants, protégé contre soleil et pluie	1	0
20. Remise de jetons numérotés selon l'ordre d'arrivée	1	0
Points TOTAUX - 33 points maximum/ 33	

15. CONSULTATION PRE-NATALE		
1. Plan de business contient une stratégie convaincante pour atteindre toutes les femmes enceintes <i>Stratégie fixe - stratégie avancée pour les villages éloignés</i>	1	
2. Pèse personne disponible et bien tarée à zéro (<i>pèse propre pour la CPN</i>)	1	
3. Fiche CPN (<i>pour la FOSA</i>) disponible et bien rempli <i>Superviseur vérifie 5 dernières fiches</i> <i>Examens : Poids - TA - Taille - Parité - Date Dernière Règle (DDR)</i> <i>Labo : Albuminurie - Glucose - Hgl, Selles, PV , BW, VIH, CD4 ,Toxo</i> <i>Examen obstétrical fait : BCF (Bruit Coeur Foetal), HU (Hauteur Utr),</i> <i>Présentation, mouvement foetal</i>	3	
4. Fiche CPN (<i>pour la FOSA</i>) montre l'administration de Fer Folate, CTM et Chimio prophylaxie systématique (Fansidar)	3	
5. Carnet de la CPN (<i>pour la maman</i>) disponible - au moins 10	1	
Registre de la CPN disponible et bien rempli <i>Identité complète, état vaccinale, date de visite, rubrique Grossesse à Haut</i> <i>Risque (GHR) bien rempli incluant problématique et action prise</i>	2	
Points TOTAUX - 11 points maximum / 11	

16. PERSONNEL		
1. Personnel qualifié selon les normes du MSPPLS	3	
2. Tout le personnel est en place?		
3. - Vérifier la présence physique sur le fichier du personnel(en dehors de garde	1	
4. Existence de cahier de présence du personnel bien tenu Heure arrivée,/départ et signature	2	
5. Chaque activité a-t-il un responsable? - Vérifier l'organigramme et le nom des responsables	1	

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

6. . Chaque agent à t-il un programme de travail? - Vérifier la fiche de poste (taches	2	
7. .Les Agents reçoivent t-ils régulièrement leur ristourne /motivation? - Vérifier les fiches d'émargement	1	
Points TOTAUX - 5 points maximum / 10	

17. COMITE DE GESTION		
1. Existe-t-il un comité de gestion (COGES) ?	2	0
2. Les membres du comité sont -ils formés ?	2	0
3. le COGES est -il fonctionnel ? <i>vérifier le plan d'action et les PV des réunions</i>	2	0
Points TOTAUX - 3 points maximum / 6	

SYNTHESE D'EVALUATION

ENSEMBLE COMPOSANTES	DES	QUELLE FOSA	POINTS disponible s	POINTS GAGNES	%
1. Indicateurs généraux		TOUTES	19		
2. Plan de business		TOUTES	10		
3. Gestion financière		TOUTES	14		
4. Hygiène & stérilisation		TOUTES	20		
5. Consultation Externe / Urgence		TOUTES	26		
6. Planification Familiale		TOUTES	25		
7. Laboratoire (HD, CS)			16		
8. Salle d'hospitalisation (HD, CS)		TOUTES	10		
9. Gestion de médicaments		TOUTES	10		
10. Médicaments traceurs			15		
11. Maternité		TOUTES	25		
12. Bloc opératoire HOP (HD, CS)		HOP	15		
13. Tuberculose CDT		CDT	17		
14. Vaccination		TOUTES	33		
15. Consultation prénatale		TOUTES	11		
16. Personnel		TOUTES	10		
17. Comité de gestion		TOUTES	6		
TOTAL			282		

Etablir le % en fonction des rubriques applicables pour la FOSA.

Attentes des évaluateurs

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Problèmes prioritaires identifiés

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Recommandations des évaluateurs

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signature du Responsable de la FOSA : Signatures des
évaluateurs



CONTRAT DE SUBVENTION DU CENTRE DE SANTÉ BASE SUR LA PERFORMANCE

Entre,

D'une part,

CORDAID à travers l'Organe de Canalisation des Fonds,
représenté par : Directeur de l'OCF BIMBO, ci – après
dénommé « CORDAID »

Et

D'autre part,

Médecin Chef de l'hôpital : **tél. : et** Président du Comité de
Gestion, **tél. : tous** de l'hôpital de : couvrant l'aire de
santé de District Sanitaire de : ci-après dénommé la
« formation sanitaire».

CORDAID, la Délégation de l'Union

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

CORDAID pour sa part, à travers l'Organe de Canalisation des Fonds (OCF) prévoit d'assurer le financement en numéraire des FOSA sur base de leurs performances. Pour pouvoir en bénéficier, les formations sanitaires doivent satisfaire aux conditions d'éligibilité définies.

Respectant le principe qu'il faut donner un maximum d'autonomie de gestion aux formations sanitaires afin qu'elles puissent orienter leur gestion sur base de leurs priorités.

Considérant que le premier acteur du système de santé est la population ; que son rôle d'utilisateur des services de santé lui donne la possibilité d'apprécier la qualité des services offerts et d'émettre des suggestions visant à améliorer les prestations fournies par la Formation sanitaire.

Il est librement convenu ce qui suit :

Article 1 : Objet du présent contrat de subvention

Le présent contrat a pour objet la subvention du fonctionnement de l'Hôpital de : Cette subvention au fonctionnement s'effectue sur base de l'achat par l'OCF de prestations effectivement fournies par la formation sanitaire à la population.

Article 2 : Durée

Le présent contrat couvre une période de trois mois renouvelable allant du 1er février 2012 au 30 avril 2012.

Article 3 : Nature des prestations à financer

Sur base des priorités de santé publique identifiées au niveau de la RCA, le Comité de Suivi du projet a défini et validé une liste de services de santé ou prestations à acheter au niveau de l'Hôpital de la manière ci-après.

En matière d'offre de PCA il s'agit des indicateurs pour les activités suivantes :

Consultations Médecins (nouveaux cas) ;

Journées d'hospitalisation (1 lit /1000) ;

Retro – information arrivée ;

Actes Chirurgicaux Majeures (population x 0,5%) ;

Actes Chirurgicaux Mineures (population x 1%) ;

Transfusion de Sang – Don bénévolat

Accouchements eutociques de l'Aire de santé

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

Césariennes (30% des accouchements dyst.)

Autres accouchements dystociques (césariennes exclues)

PF : Ligatures

Article 4 : Modes de financement des prestations

L'hôpital bénéficiera d'un versement par virement bancaire (ou dans la mesure du possible au comptant) dont la valeur est égale à la somme des prestations déclarées par l'hôpital et validé par les vérificateurs de l'OCF, multiplié par le montant défini par le comité de suivi ci-dessous.

Ce versement s'effectuera sur base régulière. La périodicité est fixée du 5 au 15 dans le deuxième mois après le mois concerné.

Ces montants peuvent être réajustés par le Comité de Suivi du projet sur base des informations concernant la capacité à payer de la population, la situation de l'enveloppe budgétaire et les priorités de santé publique.

Une copie du rapport SNIS et le Résumé Mensuel de prestations doivent être transmis au bureau de l'OCF au plus tard le 05 du mois suivant. La périodicité est mensuelle. Dans les quinze jours après la réception du rapport SNIS et du Résumé Mensuel du Centre de Santé, l'OCF va procéder à la vérification de ces rapports et si ces derniers sont conformes, l'hôpital élabore le bordereau de subvention pour remettre sur place au vérificateur de l'OCF et ce dernier procède au paiement de la subvention prévue. Le paiement aura lieu dans les deux semaines après la vérification.

Le tableau suivant fixe le montant unitaire de la subvention à octroyer pour chaque type d'indicateurs :

N°	Indicateurs	Calcul des cibles	Montant en F. CFA
PCA			
1	Consultations Médecins (nouveaux cas)	Population/12 x 5%	700
2	Journées d'hospitalisation (1 lit /1000)	Population/1000 x 1 x 30 jrs	600

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

N°	Indicateurs	Calcul des cibles	Montant en F. CFA
3	Retro – information arrivée	Population x 1/12 x 2%	700
4	Actes Chirurgicaux Majeures (population x 0,5%)	Population/12 x 0,5%	11000
5	Actes Chirurgicaux Mineures (population x 1%)	Population/12 x 1%	3000
6	Transfusion de Sang – Don bénévolat	Population/12 x 0,5%	1100
7	Accouchements eutociques de l’Aire de santé	Population x 5% / 12	1400
8	Césariennes (30% des accouchements dyst.)	Population x 5% / 12 x 10% x 30%	11000
9	Autres accouchements dystociques (césariennes exclues)	Population x 5% / 12 x 10% x 70%	8000
10	PF : Ligatures	Population x 22% / 12 x 1%	0

Article 5 : Obligations de l’Hôpital (comité de gestion et personnel de soins)

L’hôpital s’engage à :

- Dynamiser ses organes de gestion (comité de gestion). Pour cela (i) il réunira mensuellement son comité de gestion, (ii) établira un compte rendu systématique de ces réunions ou un procès verbal au cas où des décisions y ont été prises ;
- Afficher la tarification des MEG et des actes lisiblement ;
- Envoyer mensuellement au niveau de district sanitaire et avant le 5ième jour du mois prochain (M+1) les rapports SNIS et le rapport financier ;
- Envoyer mensuellement à l’OCF avant le 5ième jour du mois prochain (M+1) une copie des rapports SNIS, une copie du rapport financier et une copie du résumé mensuel correctement remplis ;
- Respecter les contrôles financiers, le contrôle des données et d’autres vérifications ainsi que les visites de supervision de la région sanitaire et de district sanitaire ;
- Assurer une tenue parfaite des registres d’activités et des différents outils de gestion (MEG et financière) ;

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

- Rendre tous ces outils de gestion et d'administration accessibles aux personnes en charge du contrôle de la bonne exécution du contrat ;
- Dénoncer au Comité de suivi par écrit toute tentative d'extorsion de fonds de la part de toute personne en charge de la supervision ou du contrôle de son activité ;
- Ne plus participer au financement ascendant du système de santé et dénoncer au comité de suivi du projet toute tentative de la part d'un membre de l'Equipe Cadre de District ou Régionale ou d'autres personnes provenant de la hiérarchie de prélever de l'argent au niveau de l'hôpital.

Article 6 : Obligations de l'OCF (CORDAID)

Organe de Canalisation des Fonds s'engage à :

- Documenter et archiver les informations concernant le niveau d'utilisation de l'hôpital avant la mise en œuvre de ce contrat, les modes et niveaux de tarification qui y sont appliqués. Ces informations seront issues de l'enquête de base organisée avant la mise en œuvre du projet, mais aussi des données SNIS de l'hôpital relevées, analysées et corrigées ;
- Evaluer la satisfaction de la population suite aux prestations fournies par les structures de santé, à travers des enquêtes de vérification et de suivi, qui sont effectuées trimestriellement par des enquêteurs locaux ;
- Assurer la vérification des prestations déclarées par l'hôpital comme effectuées ;
- Subventionner le fonctionnement de l'hôpital à travers le financement en numéraire des cas prestés ;
- Informer trimestriellement le comité de suivi du niveau de la mise en œuvre de ce contrat (évolution du niveau d'utilisation de l'hôpital, respect par l'hôpital de ses engagements, montant de la subvention en numéraire reçu par l'hôpital...).

Article 7 : Vérification

Un rapport mensuel de vérification des prestations faites devra être contresigné par le Médecin Chef de l'hôpital et le vérificateur de l'Organe de Canalisation des Fonds (OCF).

Article 8 : Évaluation du présent contrat

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

Il est prévu une évaluation trimestrielle de l'exécution du présent contrat, par le District Sanitaire. A l'issue de cette évaluation, une décision sera prise (i) soit pour sa reconduction ou (ii) soit pour sa suspension pendant une période déterminée (non respect par l'hôpital des engagements) (iii) soit pour sa résiliation.

Article 9 : Règlement des litiges

Tout litige qui surviendrait pendant l'exécution du présent acte, sera réglé à l'amiable entre les parties.

Les parties signataires prennent l'engagement de ne pas recourir aux instances de la justice civile et/ou militaire.

Article 10 : Résiliation

Ce contrat pourra être rompu dans les cas suivants :

Force majeure :

Des événements graves se produisent en RCA privant l'OCF et CORDAID de leurs moyens de financement, de sécurité et /ou d'action sont réputés constituer une force majeure dégageant le Partenaire de ses engagements.

Faute grave :

- ☐ En cas de fraude dans le remplissage des registres, mise en évidence à la vérification des registres ou suite aux enquêtes dans la population, **20 % du montant de la subvention sera retranché pour la 1ère fois** et il y aura la **résiliation définitive du contrat pour la deuxième fois.**

Innocent NGOUBA NAGUEZAMBA-Université Senghor-2013

- ☐☐ Il en va de même pour tout manquement grave d'une des parties à ses obligations. Le manquement grave est celui qui rend impossible la poursuite de la collaboration.
- ☐☐ En cas du non-respect de bonnes pratiques de gestion financière, et après avertissements, le contrat sera résilié.

Article 11 : Autres

Aucune indemnité n'est prévue à la fin du présent contrat.

Article 12 : Avenant

Toute matière n'ayant pas fait l'objet du présent contrat fera l'objet d'un avenant qui fera partie intégrante au présent contrat après concertation et accord des parties.

Ce contrat est établi à Bangui, le 29 février 2012 ; en deux (2) exemplaires originaux dont chacune en reçoit un.

Pour la Formation Sanitaire

Pour l'Organe de Canalisation des Fonds

Dr

Dr :

Chef de l'Hôpital
l'O.C.F.

Directeur de

Pour le Comité de Gestion

Mr

Président.