



République Centrafricaine

Évaluation du Financement basé sur la Performance (FBP) dans la Préfecture de Nana Mambéré pendant la crise humanitaire 2013–2014



Un Centre de Santé détruit pendant la guerre

Version Finale : 07/07/2014

Dr Jean Pierre BANGA-MINGO
Dr Adolphe KOSSI-MAZOUKA
Célestin KIMANUKA
Dr Robert SOETERS
Julie LOVE



Cette évaluation a été faite sur la demande de Cordaid

PRÉFACE

L'organisation du système de santé en RCA est marquée par une hiérarchisation pyramidale des différents niveaux d'intervention, soit (i) le niveau central, chargé de définir la politique nationale de santé et de fournir l'appui stratégique ; (ii) le niveau intermédiaire (régional), chargé de fournir l'appui technique aux préfectures et districts sanitaires ; et (iii) le niveau périphérique, chargé de fournir l'appui opérationnel aux formations sanitaires (FOSA) pour la mise en œuvre de la politique nationale de la santé. Le pays compte 7 régions sanitaires et 16 préfectures sanitaires.

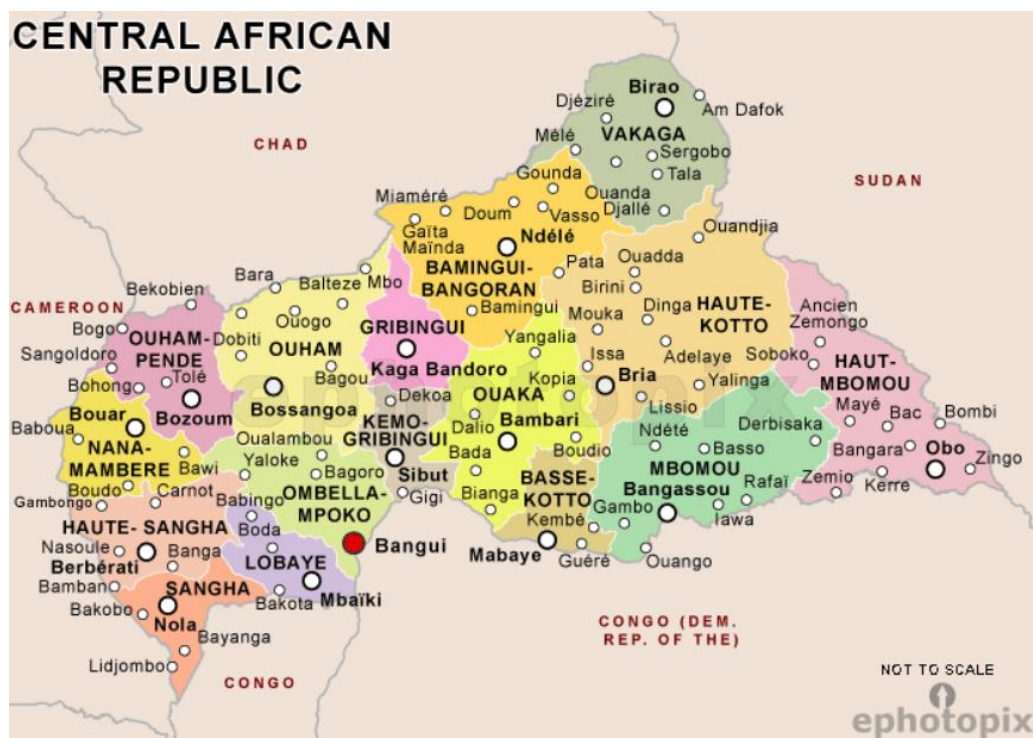
Située dans la partie ouest de la RCA, à la frontière avec le Cameroun, la Préfecture de la Nana Mambéré fait partie de la Région Sanitaire II et le contexte socio-sanitaire dans lequel elle évolue, reflète celui du pays. Avec une superficie de 38,000 km² et une population estimée à 288 216 habitants en 2014, la préfecture de la Nana Mambéré compte quatre sous-préfectures (Bouar, Baoro, Baboua et Abba), divisées en 18 communes. La préfecture compte 60 FOSA dont 54 formations sanitaires publiques et 6 privées confessionnelles, 4 hôpitaux, 22 CS (Centres de santé) 34 PS (Postes de santé).

La Préfecture de l'Ombella Mpoko en Région sanitaire n°1 a une population de 440.002 avec une superficie de 31, 825 km² et son chef -lieu est Bimbo. Elle compte six sous-préfectures : Bimbo, Boali, Damara, Bossembele, Yaloké et Bogangolo. La préfecture compte trois districts sanitaires avec 69 FOSA dont 40 formations sanitaires publiques et 29 privées confessionnelles, 3 hôpitaux, 44 CS, 22 PS (source : statistiques RS1).

En 2009, Cordaid a lancé un projet en santé publique dans la Préfecture de la Nana Mambéré avec la stratégie du Financement Basé sur la Performance (FBP).

Le FBP est définie comme : Une approche de système de santé, axée sur les résultats (définis comme la quantité et la qualité des services produits). Cela implique que les établissements de santé sont considérés comme des organismes autonomes qui peuvent réaliser un bénéfice au profit d'objectifs de santé publique et/ou de leur personnel. Le FBP est également caractérisé par des cadres de performance pour les acteurs de la régulation, les agences d'achat de performance, et le renforcement de la voix de la population. Le Financement Basé sur la Performance applique les forces du marché, mais vise aussi à corriger les échecs du marché. Le PBF dans le même temps vise la maîtrise des coûts et à un mélange durable des recettes provenant du recouvrement des coûts, et des contributions gouvernementales et internationales. Le PBF cherche sans cesse à tester ces théories par des recherches empiriques et des évaluations d'impact rigoureuses qui conduisent aux meilleures pratiques.

L'équipe de l'étude remercie le Dr. Christophe Ndoua, Directeur du Cabinet, Ministère de la Santé et de la Population et de la Lutte contre le VIH/SIDA pour sa grande disponibilité, accueil chaleureux et ses conseils. Nos remerciements s'adressent aussi au Docteur Nathan Moyangbai et à toute l'équipe de Cordaid Bouar pour leur hospitalité et leur appui. Nous remercions également tous les répondants de l'étude des centres de santé et les huit hôpitaux dans les Préfectures de la Nana-Mambéré et d'Ombella Mpoko. Et Mr. Loïck Nzerette qui était notre chauffeur pendant l'enquête.



UNE IMPRESSION DE L'ÉVALUATION

Lorsque l'équipe d'évaluation était dans l'Hôpital PBF de Baboua, il y avait des tirs de fusil à une courte distance d'environ 200 mètres. Le médecin de l'hôpital a regardé les évaluateurs et sans que des mots aient été échangés, le travail a continué. Pour autant que ce sont des problèmes qui ne concernent pas l'hôpital parce que l'hôpital est pour tout le monde ...

Cette petite histoire montre pourquoi pendant les 14 mois de la crise, aucune des 57 FOSA dans la préfecture de Nana Mambéré n'a été fermée. Le personnel a continué à travailler et à recevoir ses subsides PBF à la fin de chaque mois même quand il y avait des dégâts et des vols de médicaments. Les hommes armés qui ont pu menacer le personnel ont toujours été traités gratuitement. Ainsi les infirmiers ont évité des discussions qui auraient pu les mettre en danger. Il y avait donc des médicaments et du matériel disponibles et le travail a pu continuer. Quand un centre de santé était pillé, les mécanismes PBF ont assuré que la FOSA soit rééquipée dans un délai de quelques jours et aucune formation sanitaire n'a été détruite dans la préfecture de Nana Mambéré. Tout le personnel qualifié de Nana Mambéré est resté à son poste même dans les zones rurales éloignées.

Par contre, à Ombella-Mpoko, la situation était différente. La préfecture, depuis le début de la crise a utilisé une approche différente : une approche d'urgence de financement sur base d'inputs gérée par des ONG internationales. Ces ONG ont travaillé dans les zones relativement sûres de Begoua, Bossembele, Boali et Yaloke tandis que les 53 centres et postes de santé n'ont pas reçu d'appui. Les ONG ont pris en charge la gestion des hôpitaux et comme conséquence, certains atouts du PBF ont été interrompus comme notamment l'autonomie de gestion et le fonctionnement des COGES. Pendant notre passage sur le terrain nous avons constaté que plusieurs centres de santé étaient fermés et on a trouvé très peu d'infirmiers qualifiés encore en poste.

RESUMÉ

Ce rapport évalue le projet de santé axé sur le Financement Basé sur la Performance (FBP) mené par Cordaid dans la préfecture Nana Mambéré, région sanitaire 2, pendant la crise politique et humanitaire de Mars 2013 jusqu'en Mai 2014 pour voir si le FBP a pu répondre à la situation d'urgence. On a choisi la préfecture d'Ombella Mpoko, dans la région sanitaire 1, comme préfecture témoin où il y eu un projet FBP pendant trois ans de 2010 à 2012.

L'évaluation essaie aussi de comparer l'approche PBF avec une approche d'urgence des autres ONGs humanitaires. L'équipe a visité 30 formations sanitaires dans les deux préfectures où on a fait des interviews avec les responsables sur base d'un questionnaire et utilisé la liste standard de contrôle de la qualité utilisée dans le FBP.

On a constaté que l'approche FBP d'urgence semble avoir quelques résultats importants meilleurs en comparaison avec l'approche d'urgence conventionnelle des ONGs humanitaires. Aucune des FOSA dans la Nana Mambéré ont cessé de fonctionner en dépit de la crise, il y a même une légère augmentation du personnel qualifié et la fonctionnalité des COGES n'a pas changé, tandis que sous le régime de la gratuité totale, les COGES ont pratiquement cessé de fonctionner (-78%). La plus grande différence entre les FOSA dans les deux préfectures a été la disponibilité des médicaments et consommables traceurs avec un score de 88% dans la Nana Mambéré et 39% dans l'Ombella-Mpoko.

Sous le régime de la gratuité totale qui a été appliquée dans les hôpitaux de référence et dans quelques centres de santé urbains, la fréquentation des consultations externes a augmenté avec 32%. Par contre, on a vu un effet négatif majeur sur la fréquentation des centres de santé de 70% dans l'Ombella-Mpoko mais seulement 24% dans la Nana Mambéré. Cependant cette baisse de 24% montre la nécessité d'augmenter d'une manière plus flexible que dans le passé les subsides FBP pour les consultations externes. Pour les accouchements, dans les FOSA avec gratuité, le pourcentage d'accouchements a diminué de 42%, dans les FOSA de l'Ombella-Mpoko sans appui, la diminution a été 62% et dans les FOSA de Nana Mambéré avec le FBP et le recouvrement des coûts, la diminution a été limitée à 29%. La gratuité ne semble pas avoir beaucoup influencé la fréquentation. C'est probablement d'autres facteurs comme l'insécurité qui ont incité les femmes à accoucher chez elles. La mission a constaté que la gratuité n'a pas non plus eu d'influence positive sur le nombre de cas de petite chirurgie qui a diminué dans tous les FOSA. Pour la Planification Familiale, dans les FOSA avec gratuité, il n'y avait pas de diminution. Par contre, et dans les FOSA - FBP et dans les FOSA sans appui dans l'Ombella-Mpoko, la diminution était de 44% et 66% respectivement. La fonctionnalité de la vaccination dans les FOSA - PBF de la Nana Mambéré a un meilleur score de performance (12%) que dans les FOSA avec gratuité (-13%) ou les FOSA sans appui d'urgence (-44%). Même pendant l'urgence, le FBP a permis de ralentir la baisse des recettes globales des FOSA (-79% l'Ombella-Mpoko, -16% Nana Mambéré).

Dans l'enquête, les personnes interrogées n'ont signalé un effet positif de la gratuité que sur les consultations curatives, tous les autres effets (disponibilités des médicaments, effet sur les stratégies avancées, la durée d'attente, la motivation du personnel) sont perçus comme négatifs. Dans l'approche input gratuité totale géré pas les ONGs, les FOSA primaires ont été ignorées. En plus les gestionnaires des FOSA habitués à gérer leurs propres fonds sous un régime FBP deviennent dépendants des ONGs pour les besoins de fonctionnement, les médicaments et la réhabilitation. Ils ont perdu leur pouvoir d'agir et de résoudre les problèmes eux-mêmes. Aucune ONG d'urgence n'a continué les revues de qualité introduites avec le FBP et exécutées par les autorités régionales et préfectorales.

Le rapport recommande que dans une crise, l'approche FBP augmente les subsides pour les indigents d'une manière beaucoup plus flexible (et si nécessaire jusqu'à 100%). Le comité de pilotage FBP préfectoral pourra établir les taux d'exemption en fonction des problèmes dans chaque FOSA et du budget disponible. Les FOSA autonomes pourront développer les stratégies de décider qui sont les vulnérables dans leur zone cible. Il serait bien de revoir la répartition des aires de santé pour le PMA pour une moyenne entre 7.000 et 12.000 habitants et pour le PCA entre 50.000 et 200.000 pour mieux distribuer les ressources et créer les économies d'échelles. En plus, il est recommandé d'introduire le système de l'indice pour renforcer la transparence et introduire les évaluations par les pairs au niveau hospitalier.

Un changement de stratégie de financement d'urgence est recommandé pour la Banque Mondiale en RCA en faveur de l'introduction des principes et outils du FBP par toutes les parties prenantes pour améliorer l'efficacité et l'efficience. Il est souhaitable de relancer le FBP dans les régions 1 et 6 aussi vite que possible. Dans la région 2, on pourrait élargir le FBP pour inclure la Mambéré Kadeï. Si le gouvernement de la RCA et les bailleurs internationaux décident de poursuivre cette piste, il sera nécessaire d'établir un « costing » pour le contexte humanitaire avec une étude des mécanismes nécessaires pour exempter les vulnérables et définir clairement le processus de vérification.

La centralisation de l'achat des kits de médicaments ou équipements peut affaiblir le marché pharmaceutique interne en RCA. Ce marché a continué de fonctionner dans la Nana Mambéré même pendant la crise. L'injection d'espèces dans l'économie locale sur base de performance des formations sanitaires ou des écoles peut stimuler la demande économique et créer des effets économiques additionnels importants.

EXECUTIVE SUMMARY

This is the report of an evaluation of how Cordaid's health programme using Performance Based Financing (PBF) in Nana Mambéré functioned during the political and humanitarian crisis in CAR from March 2013 to May 2014. Ombella-Mpoko was chosen as a control prefecture. A PBF programme had been implemented here with funding from the European Union for three years between 2010 and 2012. The evaluation also attempts to compare the PBF emergency approach with the emergency approach of another international NGO. The evaluation team visited 30 health providers in both prefectures and conducted interviews on the basis of a questionnaire and also used the standard PBF questionnaire for quality review.

The team found that the PBF emergency approach appears to have several important advantages compared to the conventional emergency approach used by international NGOs. None of the health providers in Nana Mambéré had ceased to function despite the crisis. There was even a slight increase in the number of qualified staff and there was no change in the status of the COGES whereas under free health care, the COGES generally ceased to function (-78%). The biggest difference between the health providers related to the availability of medicines and medical supplies with Nana Mambéré scoring 88% for this compared to Ombella-Mpoko (39%).

Under the total free health care regime, which was applied in the referral hospitals and in a number of urban health centers, the number of outpatient consultations increased by 32%. On the other hand, this appears to have had a very considerable negative effect on visits in health centers in Ombella-Mpoko (70%) but only 24% in la Nana Mambéré. Although the decline in Nana Mambéré was less, this nonetheless shows the necessity for applying greater flexibility to PBF subsidies for curative services in times of emergency. Deliveries declined by 42% in health providers under the total free health care regime, by 62% in primary health providers in Ombella-Mpoko and by 29% in PBF providers in la Nana Mambéré. The free health care regime does not seem to have had much influence on the number of deliveries and probably other factors like the lack of security played a more significant role in deciding women's to deliver at home. Another area where the free health care regime does not seem to have been an important factor is minor surgery, which declined for all health providers. For health providers under free health care, family planning did not decline. However in both the PBF health providers and the primary health providers in Ombella-Mpoko, the decline was 44% and 66% respectively. Further research is required to examine what other factors may be involved here. Vaccination performed better in the PBF providers in la Nana Mambéré (12%) than in either the health providers with free health care (-13%) or in the primary health facilities with no support (-44 %).

The only positive effect of free health care mentioned by the individuals interviewed was on curative consultations, all other criteria (availability of medicines, effect on outreach services, waiting time, staff motivation) were perceived as negative. Under free health care, the health managers who were used to managing their own funds under PBF became dependent on the NGOs for running costs, medicines and repairs. They lost their power to act and resolve problems independently. None of the emergency NGOs continued the quality controls introduced by PBF and executed by the regional and prefectural authorities. Moreover, the free health care approach using inputs and managed by NGOs completely ignored primary health providers.

The report recommends that in a crisis, the PBF approach should increase subsidies for the most vulnerable in a much more flexible way (and if necessary up to 100%). The prefectural PBF steering committee could set exemption levels depending on the problems for each health

provider and according to the budget available. The autonomous health providers could develop strategies for deciding who are the vulnerable for their target area. It would also be advisable to redraw the health catchment areas for the minimum health package and the supplementary health package to between 7.000 and 12.000 inhabitants and 50.000 and 200.000 respectively in order to achieve economies of scale. Moreover, the indices system should be introduced to strengthen transparency and at the secondary level, peer reviews should be started.

The team recommends that the World Bank change its emergency funding strategy in CAR in favour of introducing PBF principles and tools in the efforts of all stakeholders to maximise efficiency and effectiveness. PBF should be started again as quickly as possible in Regions 1 and 6. In Region 2, it would be feasible to extend PBF to la Mambéré Kadeï. If the government of CAR and the international donor community decide to follow this avenue, it will be necessary to commission a costing study for the humanitarian context with thorough attention for the mechanisms required to exempt the poorest and most vulnerable from fees and to define the verification process clearly.

The report points out that the centralised purchase of kits for medicines or equipment risks damaging the internal pharmaceutical market in CAR. This market has continued to function during the crisis. On the other hand, injecting cash into the local economy on the basis of the performance of health providers or schools can stimulate economic demand and create significant additional economic effects.

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ACV	Agence de Contractualisation et de Vérification
CE	Consultation Externe
COGES	Comité de Gestion
CS	Centre de santé
CPN	Consultation Périnatale
DS	District Sanitaire
F CFA	Franc de la Coopération Financière en Afrique centrale
FOSA	Formation sanitaire
MSF	Médecins sans Frontières
OCF	Organe de Canalisation des Fonds
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PBF	Performance Based Financing (Financement basé sur la performance)
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PF	Planification Familiale
PEV	Programme Élargi de vaccination
PMA	Paquet Minimum d'Activités
RCA	République Centrafricaine
SCF	Save The Children Fund
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

TABLE DE MATIÈRES

PRÉFACE	- 2 -
UNE IMPRESSION DE L'ÉVALUATION	- 3 -
RESUMÉ	- 4 -
EXECUTIVE SUMMARY	- 6 -
ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	- 8 -
TABLE DE MATIÈRES	- 9 -
1. INTRODUCTION ET CONTEXTE	- 10 -
1.3 CONTEXTE DANS LA PRÉFECTURE TÉMOIN D'OMBELLA MPOKO	- 11 -
1.4 OPPORTUNITÉ NATURELLE DE FAIRE DES ÉTUDES DE COMPARAISON	- 11 -
1.5 DESCRIPTION APPROCHE ONG D'URGENCE PENDANT LA CRISE	- 11 -
1.6 OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION	- 12 -
1.7 MÉTHODOLOGIE.....	- 12 -
2. LES CONSTATS	- 14 -
2.1 CONSTATS GÉNÉRAUX SUR LES INTERVENTIONS DES ONG INTERNATIONALES :	- 14 -
2.2 CONSULTATIONS EXTERNES	- 14 -
2.3 ACCOUCHEMENTS	- 15 -
2.4 LA GRANDE CHIRURGIE	- 16 -
2.5 LA PETITE CHIRURGIE.....	- 16 -
2.6 LA PLANIFICATION FAMILIALE	- 17 -
2.7 LA VACCINATION	- 17 -
2.8 FONCTIONNEMENT DES COGES.....	- 18 -
2.9 CAPACITÉ DE RÉSOUDRE LES PROBLÈMES DE FONCTIONNEMENT DES FOSA	- 18 -
2.10 CRITÈRE : QUI DÉCIDE SUR LES DÉPENSES DES FOSA ?	- 19 -
2.11 QUALITÉ DES SOINS.....	- 19 -
2.12 DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS.....	- 20 -
2.13 CRITÈRE DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL	- 22 -
2.14 LES POINTS DE VUE DU PERSONNEL DES FOSA CONCERNANT LA GRATUITE TOTALE.....	- 23 -
2.15 LES EFFETS SUR LES INFRASTRUCTURES ET ÉQUIPEMENTS	- 23 -
2.16 ANALYSE FINANCIÈRE DES RECETTES DES FOSA.....	- 24 -
2.17 APPRÉCIATION DE LA CONTRIBUTION DE L'ÉTAT ET DES PARTENAIRES	- 25 -
2.18 DEGRÉ DE RÉALISATION DES MESURES D'ÉQUITÉ.....	- 26 -
2.19 BONUS D'ISOLEMENT.....	- 26 -
2.20 NOUVEAUX INDICATEURS PENDANT UNE CRISE	- 27 -
2.21 SUGGESTIONS ET SOUHAITS DES RESPONSABLES DES FORMATIONS SANITAIRES	- 27 -
<i>Suggestions adressées à Cordaid et l'OCF Bouar</i>	- 27 -
<i>Suggestions adressées au Ministère de la Santé</i>	- 27 -
3. RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX CONSTATS	- 28 -
3.1 LES CONSTATS CONCERNANT LES CONSULTATIONS EXTERNES ET D'AUTRES ACTIVITÉS	- 28 -
3.2 CONSTATS CONCERNANT L'APPROCHE DE GRATUITE TOTALE GÉRÉE PAR LES ONG	- 29 -
3.2.1 <i>Dépendance du personnel des intrants (input) des ONG</i>	- 29 -
3.2.2 <i>Les FOSA primaires ont été ignorées</i>	- 29 -
3.2.3 <i>Les mécanismes d'assurance qualité ont été interrompus</i>	- 30 -
3.2.4 <i>L'effet des différentes approches sur le personnel</i>	- 31 -
3.3 LES EFFETS DES DEUX APPROCHES D'URGENCE SUR LES RECETTES DES FOSA	- 31 -
4. RECOMMANDATIONS (EN FRANÇAIS)	- 32 -
4.1 RECOMMANDATIONS POUR LES ORGANISATIONS D'URGENCE	- 32 -
4.2 RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER L'APPROCHE FBP URGENCE	- 33 -
4.3 RECOMMANDATIONS POTENTIEL FBP SECTEURS ÉCONOMIQUES ET ÉDUCATION	- 33 -
5. RECOMMANDATIONS (IN ENGLISH)	- 34 -
5.1 RECOMMENDATIONS TO HUMANITARIAN AID ORGANISATIONS	- 34 -
5.2 RECOMMENDATIONS FOR IMPROVING THE PBF EMERGENCY APPROACH.....	- 35 -
5.3 RECOMMENDATIONS CONCERNING THE EDUCATION AND ECONOMIC SECTORS	- 35 -
ANNEXE 1: TERMES DE REFERENCE	- 36 -
ANNEXE 2: QUESTIONNAIRE TITULAIRE	- 37 -
ANNEXE 3: QUESTIONNAIRE DE QUALITE	- 40 -

1. INTRODUCTION ET CONTEXTE

Dans des périodes de guerre, la gratuité des soins est justifiée pour aider la population. Pendant les combats une grande partie de la population devient indigente par absence des activités économiques, le non-paiement des salaires et le non fonctionnement des banques. La situation est fluctuante et change chaque fois que les groupes armés se déplacent et font des pillages et des dégâts dans les villages et quartiers. Ainsi la population se déplace également et reste souvent sans moyens pour payer les soins.

Logiquement, pendant la crise il faut également changer les stratégies pour voir comment cibler les populations affectées et comment utiliser les ressources avec le meilleur ratio coût-efficacité possible. Cependant les stratégies pour aider la population sont fondamentalement différentes.

D'un côté, il existe la *stratégie classique des ONG internationales humanitaires* qui remplacent les gestionnaires locaux et qui habituellement appliquent la gratuité totale. Ces ONG organisent l'approvisionnement en intrants en médicaments, équipements pour les formations sanitaires et paient des primes fixes au personnel. De l'autre côté, il existe *l'approche FBP d'urgence* qui est caractérisée par un appui direct aux gestionnaires et qui est basée sur le principe de maintenir et renforcer l'autonomie des formations sanitaires. L'appui est en espèces (ou virement bancaire) sur base de paiement pour les activités réalisées. Pour la réhabilitation ou l'achat des équipements on peut donner des unités d'investissement en cash aussi basées sur des réhabilitations déjà réalisées par le personnel des formations sanitaires. On peut également aider les personnes affectées en offrant la gratuité pour les activités curatives en augmentant les subsides pour rembourser les dépenses réalisées par les formations sanitaires. Ainsi on continue tous les mécanismes du FBP habituels mais on augmente les subsides en fonction de la sévérité de la crise spécifique par préfecture et formation sanitaire.

Ce rapport évalue le Financement Basé sur la Performance (PBF en sigle Anglais) pendant la crise politique et humanitaire en République Centrafricaine (RCA) de Mars 2013 jusqu'en Mai 2014 et le compare avec l'approche de l'Urgence classique par les ONG humanitaires.

1.1 Contexte de la crise en RCA

En RCA, les mouvements et combats entre les groupes armés SELEKA et Anti BALAKA ont entraîné des morts, des blessés, des déplacements de la population, des pillages des biens, des destructions des maisons ainsi que des traumatismes psychologiques. Pendant les combats intenses de fin décembre 2013 et au début de 2014, on a estimé que presque 25% de la population - un million de personnes - ont été déplacées dans le pays. Pendant la crise, la fréquentation et les recettes des FOSA ont fortement diminué, avec une population qui s'était cachée dans la brousse et ne pouvait plus circuler en sécurité, et qui n'avait pas l'argent pour se faire soigner. Une nouvelle estimation du niveau de déplacement date d'Avril 2014 où le gouvernement de transition et les ONGs donnent le chiffre de 200.000 personnes déplacées.

1.2 Contexte dans la préfecture PBF à Nana Mambéré

Depuis 2009, l'ONG internationale Cordaid a mis en œuvre un projet pilote du FBP dans la préfecture sanitaire de la Nana Mambéré qui durera au moins jusqu'à la fin de 2014 avec ses fonds propres. Dans la préfecture de Nana Mambéré, la crise aigüe a commencé en octobre 2013 quand les Anti-Balaka ont attaqué les SELEKA et plusieurs CS ont été pillés. En février 2014, les grands combats entre les deux groupes se sont arrêtés avec le départ des SELEKA qui souvent ont été accompagnés par les nomades Peulhs. Toutefois, des petits groupes de Musulmans restent encore dans la préfecture de Nana Mambéré.

L'Organe de Canalisation de Fonds de Bouar (comparable avec « les Agences de Contractualisation et Vérification ACV ») a mis sous contrat 57 FOSA et a acheté les différents indicateurs d'activités FBP, réalisées en termes d'un Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) pour les hôpitaux et d'un Paquet Minimum d'Activité (PMA) pour les centres de santé. Un renforcement de la régulation sanitaire pour assurer une séparation des fonctions a été fait, notamment dans la préfecture sanitaire de Nana Mambéré.

1.3 Contexte dans la préfecture témoin d'Ombella Mpoko

Pour notre mission, la préfecture d'Ombella-Mpoko a été choisie comme témoin. Cette préfecture a bénéficié également d'une intervention FBP entre 2010 et 2012, sous financement de l'Union Européenne qui fut hélas arrêté à la fin de 2012. Comme la préfecture de la Nana Mambéré, la préfecture d'Ombella-Mpoko a aussi connu plusieurs phases de guerre comparables. Le conflit le plus récent était en Avril 2014 quand un grand groupe de SELEKA et des nomades Peulhs sont passés par le DS de Bossembele en se retirant du Sud du pays (Lobaye et Mambéré Kadeï) vers le Nord. Le travail d'Urgence dans la préfecture d'Ombella-Mpoko a été fait par une ONG Allemande, Cap Anamur, et par Médecins du Monde.

1.4 Opportunité naturelle de faire des études de comparaison

Cette constellation ci-haut citée a donné une opportunité d'étudier :

- L'effet d'une intervention FBP dans une préfecture pendant la crise, et de la comparer à une approche d'urgence classique dans une autre préfecture qui a connu le FBP avant, mais qui a abandonné cette approche dès le début de la crise.
- Une opportunité supplémentaire pour l'étude était qu'en novembre 2013, l'ONG Save the Children Fund (SCF) a remplacé l'intervention FBP de Cordaid par une intervention d'urgence dans l'hôpital de Bouar et les trois CS urbains - Herman, St Joseph et Haoussa de la ville de Bouar dans la préfecture de la Nana Mambéré. Cette intervention d'urgence a continué à Herman et Haoussa jusqu'au mois de février 2014 et à St. Joseph jusqu'à fin Mai. Après, le FBP a recommencé.
- Enfin, MSF Suisse a travaillé aussi à l'hôpital de Bouar pendant une période de quelques mois.

1.5 Description approche ONG d'Urgence pendant la crise

Une instruction ministérielle concernant la gratuité des soins est ordonnée qui stipule qu'un hôpital devrait recevoir \$ 5000 pour son fonctionnement et un CS autour de \$ 2000. Selon l'instruction ministérielle, un médecin devrait recevoir une prime de 250.000 FCFA et un infirmier qualifié devrait recevoir une prime de 170.000 FCFA.

Dans les deux préfectures que nous avons analysées, la situation au cours de la crise récente était caractérisée par la participation de plusieurs organismes :

Nana Mambéré

- Deux ONG – Save the Children Fund SCF et Médecins Sans Frontières Suisse - sont intervenues dans l'hôpital de Bouar depuis Octobre 2013. L'organisation MSF Suisse est seulement restée quelques mois puis est partie.
- SCF est intervenue en plus dans les CS urbains d'Herman, Haoussa et St Joseph depuis Novembre 2013.

Ombella-Mpoko

Deux ONG - CAP ANAMUR et Médecins de Monde - sont intervenues à partir de novembre 2013.

1.6 Objectifs de l'évaluation

1. Tirer des leçons des efforts du FBP dans la préfecture de la Nana Mambéré
2. Étudier la qualité des services de santé :
 - Comparer les FOSA de la Préfecture de Nana Mambéré en termes de qualité de services avec d'autres FOSA dans une autre préfecture témoin où le PBF a été arrêté (Ombella-Mpoko).
 - Mener des entretiens qualitatifs semi-structurés avec le personnel des FOSA.
3. Étudier ce que le FBP a fait pendant la crise en 2013. Comment Cordaid et l'OCF de Nana Mambéré ont pu répondre dans des situations d'urgence.
4. Essayer de comparer l'approche FBP de Nana Mambéré avec une approche d'urgence d'une autre ONG internationale (par ex. cas Save The Children – ou d'autres).
5. Déterminer les structures qui ont survécu pendant la crise y inclus les structures publiques, communautaires, religieuses, privé-lucratives.
6. Déterminer comment l'accès aux médicaments et aux autres intrants a évolué.
7. Formuler des recommandations à Cordaid et aux autorités sanitaires de la RCA.

1.7 Méthodologie

Ce rapport est basé sur une visite de terrain qui a été effectuée entre le 15 et 22 Mars 2014 dans 15 formations sanitaires de Nana Mambéré (11 centres de santé et quatre hôpitaux), dans la Région Sanitaire deux. Cela a inclus les hôpitaux de Bouar, Galo, Baboua et Maigaro. Des enquêtes sur la qualité au moyen d'un questionnaire standard ont été réalisées ainsi qu'un questionnaire adressé aux responsables des FOSA.

Nous avons comparé l'expérience du FBP dans la Préfecture de Nana Mambéré avec l'expérience de la Préfecture d'Ombella-Mpoko dans la Région Sanitaire I où le FBP a été arrêté fin 2012. On a visité des formations sanitaires avec dans chaque préfecture 11 centres de santé et 4 hôpitaux. Dans Nana Mambéré la gratuité totale était appliquée dans les hôpitaux de Baboua et Bouar. Dans la préfecture d'Ombella Mpoko la gratuité totale était appliquée dans les quatre hôpitaux. Tous les centres de santé de la Nana Mambéré ont continué de recevoir un appui en PBF mais dans la préfecture d'Ombella Mpoko les ONG humanitaires ont appuyé seulement les hôpitaux. Dans chacune des 30 formations sanitaires visitées nous avons réalisé une enquête qualité et un entretien avec le directeur de l'hôpital et les titulaires du centre de santé. Les questionnaires sont attachés à ce rapport.

NB : Il faut aussi souligner que dans cette étude les dénominateurs par exemple pour les consultations, grande chirurgie n'étaient pas toujours les mêmes car les données n'étaient pas toujours disponibles.

	Groupe	Prefecture	Fosa		Nom	Statut FoSa	Lits	PopAire de Santé:	Rec par per par an
1	Interv	Nana Mamb	Centre Santé	PBF	Herman	pu	11	14,389	\$ 2.76
2	Interv	Nana Mamb	Centre Santé	PBF	Haoussa	pu	6	12,301	\$ 1.93
3	Interv	Nana Mamb	Centre Santé	PBF	Saint Joseph	pu	5	10,617	\$ 4.72
4	Interv	Nana Mamb	Centre Santé	PBF	Gallo Public	pu	16	5,101	\$ 0.94
5	Interv	Nana Mamb	Centre Santé	PBF	Garoua Sounglélé	pu	4	3,315	\$ 1.52
6	Interv	Nana Mamb	Centre Santé	PBF	Lokoti Bangui	pu	2	1,500	\$ 1.20
7	Interv	Nana Mamb	Centre Santé	PBF	Cantonnier	pu	6	6,493	\$ 8.48
8	Interv	Nana Mamb	Centre Santé	PBF	Yenga	pr	6	2,453	\$ 1.71
9	Interv	Nana Mamb	Centre Santé	PBF	Ngorom	pu	3	5,892	\$ 0.33
10	Interv	Nana Mamb	Centre Santé	PBF	Douaka	pr	6	13,176	\$ 0.35
11	Interv	Nana Mamb	Centre Santé	PBF	Wentiguera	pr	13	5,650	\$ 6.80
								80,887	\$ 2.83
12	Temoin	Omb Mpoko	Centre Santé	Sans Appui	Zawa	pu	4	21,298	\$ 0.03
13	Temoin	Omb Mpoko	Centre Santé	Sans Appui	Dawili public	pu	6	4,216	\$ 0.10
14	Temoin	Omb Mpoko	Centre Santé	Sans Appui	Bojali	pu	10	8,114	\$ 0.15
15	Temoin	Omb Mpoko	Centre Santé	Sans Appui	Birlo	pu	4	4,888	\$ 0.15
16	Temoin	Omb Mpoko	Centre Santé	Sans Appui	Bogula	pu	2	8,447	\$ 0.00
17	Temoin	Omb Mpoko	Centre Santé	Sans Appui	Boali Chute	pu	7	5,125	\$ 0.54
18	Temoin	Omb Mpoko	Centre Santé	Sans Appui	Boali Poste	pu	13	10,497	\$ 0.49
19	Temoin	Omb Mpoko	Centre Santé	Sans Appui	Bouboui	pu	4	9,169	\$ 0.03
20	Temoin	Omb Mpoko	Centre Santé	Sans Appui	Liton	pu	4	10,545	\$ 1.08
21	Temoin	Omb Mpoko	Centre Santé	Sans Appui	Boutili	pu	6	8,775	\$ 0.21
22	Temoin	Omb Mpoko	Centre Santé	Sans Appui	Saint Charles Lwanga	pr	10	13,962	\$ 1.55
								105,036	\$ 0.44
23	Interv	Nana Mamb	Hopital	Gratuité	Bouar	pu	80	134,239	\$ 0.14
24	Interv	Nana Mamb	Hopital	PBF	Gallo Emmanuel	pr	16	35,000	\$ 1.71
25	Interv	Nana Mamb	Hopital	Gratuité	Baboua	pu	36	43,976	\$ 1.71
26	Interv	Nana Mamb	Hopital	PBF	Maigaro	pr	56	75,000	\$ 1.60
								288,215	\$ 0.95
27	Temoin	Omb Mpoko	Hopital	Gratuité	Bossembele	pu	34	22,613	\$ 2.55
28	Temoin	Omb Mpoko	Hopital	Gratuité	Yaloke	pu	12	54,435	\$ 0.00
29	Temoin	Omb Mpoko	Hopital	Gratuité	Boali croisement	pu	22	31,400	\$ 1.76
30	Temoin	Omb Mpoko	Hopital	Gratuité	Begoua	pu	20	100,000	\$ 1.18
								208,448	\$ 1.11

L'équipe d'évaluation a été constituée de deux membres du Ministère de la Santé : Dr Jean Pierre BANGA-MINGO et Dr Adolphe KOSSI MAZOUKA ; un représentant de Cordaid : Mme Julie LOVE comme observatrice ; le coordinateur de l'étude Mr Célestin KIMANUKA et le consultant indépendant Dr Robert SOETERS.

2. LES CONSTATS

2.1 Constats généraux sur les interventions des ONG internationales :

- Aucune ONG d'Urgences n'a donné un subside de fonctionnement en cash. En conséquence, les gestionnaires des FOSA - en l'absence de recettes de recouvrement des coûts - sont devenues dépendants des ONG pour leurs besoins en fonctionnement.
- Les primes payées pour un infirmier qualifié étaient de 35.000 FCFA par SCF (Hôpital de Bouar), et CAP ANAMUR (Hôpital Bossembele) et 70.000 FCFA par Médecins du Monde (Hôpital de Bégoua).
- Pour le démarrage de la gratuité, les trois ONGs ont utilisé le stock de médicaments des FOSA avec la promesse que la quantité des médicaments serait remboursée plus tard. Jusqu'au moment du passage des évaluateurs, ce remboursement n'avait pas encore été effectué, ce qui a créé beaucoup de tensions auprès du personnel car le stock de médicaments dans le FBP est la propriété du personnel. Par contre, dans l'approche d'urgence de type inputs, les ONGs Internationales gèrent les médicaments. Les gestionnaires Centrafricains des FOSA qui étaient habitués à gérer les médicaments ont du céder ce pouvoir et étaient obligés de faire les demandes pour leurs besoins en médicaments auprès des ONG. Par conséquent, la disponibilité de médicaments par rapport aux besoins a diminué et était évaluée par les répondants entre 50% et 80%.
- Dans l'approche FBP, le personnel a des primes variables individuelles de performance basées sur le bénéfice réalisé par la formation sanitaire. Dans l'approche d'urgence, ces primes sont remplacées par des primes fixes forfaitaires. Cela diminue fortement la motivation des infirmiers parce que cela signifie qu'un infirmier qui travaille moins reçoit la même prime, contrairement aux primes variables FBP où un infirmier qui travaille plus reçoit aussi plus.

2.2 Consultations externes

- Dans les 11 FOSA enquêtées sous un régime de gratuité totale, la fréquentation des consultations externes a augmenté de 32%. Ces FOSA comprennent les trois CS urbains de Bouar, l'hôpital de Bouar et de Baboua, qui se trouvent dans la préfecture de Nana Mambéré.

Tableau 1 : Influence de l'approche d'urgence utilisée sur la Consultation Externe

Influence du type d'approche d'urgence sur la Consultation externe	N	Avant la crise avec le FBP	Pendant visite étude	% Changement
Approche d'urgence gratuité ONG	11	630	829	32%
Approche d'urgence niveau CS (= sans appui)	10	185	55	-70%
Approche d'urgence PBF	8	291	221	-24%

- Dans les 10 centres de santé de la préfecture d'Ombella-Mpoko sans appui la fréquentation des consultations externes a diminué de 70% en moyenne.
- Dans la préfecture d'Ombella-Mpoko, les quatre hôpitaux enquêtés qui appliquent la gratuité ont vu leur fréquentation augmenter. Cependant, le choix des ONG humanitaires de ne pas appuyer le niveau primaire a eu un effet négatif sur la fréquentation dans les autres 53 centres de santé de la préfecture. Les FOSA sous un régime de gratuité totale ont traité beaucoup de patients provenant des structures proches qui n'avaient plus l'appui du FBP ou des ONG Internationales d'Urgence. Plusieurs structures sans appui n'avaient plus de moyens de fonctionnement, surtout quand leurs médicaments avaient été volés par les groupes armés. Cela a obligé des patients à voyager sur de longues distances pour arriver

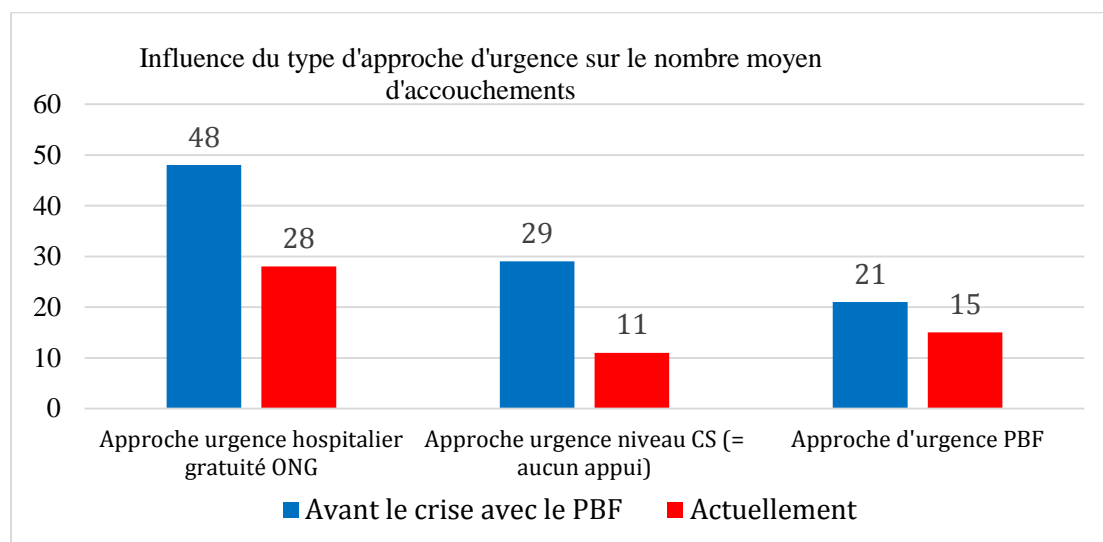
aux structures de la gratuité. En conséquence, la fréquentation des consultations externes dans les 53 FOSA d'Ombella-Mpoko au niveau primaire a diminué de 70%.

- Par contre, dans la préfecture de Nana Mambéré, pour les 52 FOSA qui restaient sous un régime FBP, et qui appliquaient le recouvrement des coûts, la fréquentation a seulement diminué de 24%. Cependant, même si une telle diminution est un meilleur résultat que dans les CS de Ombella-Mpoko, le chiffre montre aussi que durant la récente crise, l'approche d'urgence FBP ne s'est pas suffisamment adaptée aux besoins de la population. Il est clair que dans l'éventualité d'une nouvelle crise, ou du prolongement de la crise, il faut augmenter les subsides FBP pour les consultations externes de la manière que les FOSA puissent diminuer leurs tarifs ou traiter un nombre plus élevé de patients vulnérables (orphelins, déplacés, communautés Peulhs, etc.) gratuitement.

2.3 Accouchements

Tableau 2 : Influence de l'approche d'urgence utilisée pour les accouchements

Influence du genre d'approche d'urgence sur les Accouchements	N	Avant la crise avec le FBP	Pendant visite étude	% Changement
Approche d'urgence hospitalier gratuité ONG	9	48	28	-42%
Approche d'urgence niveau CS (= aucun appui)	10	29	11	-62%
Approche d'urgence FBP	6	21	15	-29%

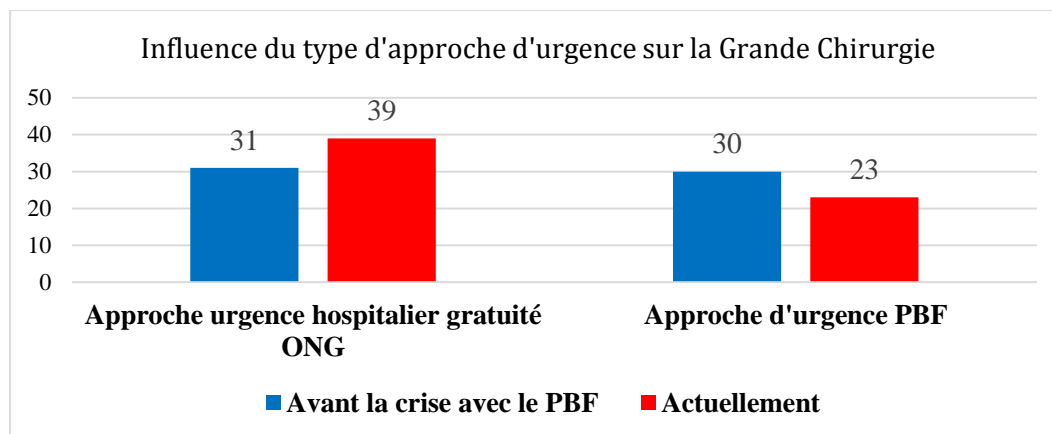


- Dans les neuf FOSA (huit hôpitaux et un CS) qui appliquent la gratuité, le pourcentage d'accouchements a diminué de 42%. Pour les 10 FOSA d'Ombella-Mpoko qui n'ont pas reçu un appui des ONGs d'urgence, cette diminution était de 62%. Par contre, dans les FOSA de Nana Mambéré avec un régime de PBF et avec le recouvrement des coûts la diminution a été limitée à 29%.
- Il semble que la gratuité n'a pas beaucoup influencé la fréquentation d'accouchements. D'autres facteurs ont plutôt joué un rôle, comme l'insécurité qui provoque les femmes enceintes à accoucher chez elles. Le constat que la réduction d'accouchements dans les FOSA FBP de Nana Mambéré est restée limitée peut être lié à la meilleure qualité de soins (68%) dans ces FOSA par rapport aux FOSA d'Ombella-Mpoko (42%) et au fait qu'une proportion plus élevée des sages-femmes de Nana Mambéré a continué de travailler.

2.4 La grande chirurgie

Tableau 3 : Influence de l'approche d'urgence utilisée sur les cas de Grandes Chirurgies

Influence du genre d'approche d'urgence sur la Grande chirurgie	n	Avant la crise avec le PBF	Pendant visite étude	% changement
Approche d'urgence hospitalière gratuité ONG	6	31	39	26%
Approche d'urgence FBP	2	30	23	-23%



- Pour des interventions chirurgicales majeures, on a constaté des effets similaires à ceux des consultations externes.
- Pour le total des six hôpitaux sous le régime de la gratuité dans les deux préfectures (y compris les hôpitaux de Bouar et de Baboua) le nombre de cas de chirurgie majeure a augmenté de 26%. Par contre dans les deux hôpitaux de Nana Mambéré (Maigaro Catholique et Gallo Luthérien) il a diminué de 23%.
- La sœur en charge de l'hôpital Maigaro a indiqué que le pouvoir d'achat des patients a diminué pendant la crise et après. Elle a constaté que l'approche d'urgence FBP manque la flexibilité pour augmenter les subsides pour la grande chirurgie et les autres indicateurs. On a suggéré, que la prochaine fois pendant une crise l'approche FBP urgence puisse compenser le manque à gagner et la réduction du pouvoir d'achat avec une augmentation des subsides.

2.5 La petite chirurgie

Il s'agit d'un indicateur important, compte tenu du grand nombre de blessés pendant une crise.

Tableau 4 : Influence de l'approche d'urgence utilisée sur les cas de petites chirurgies

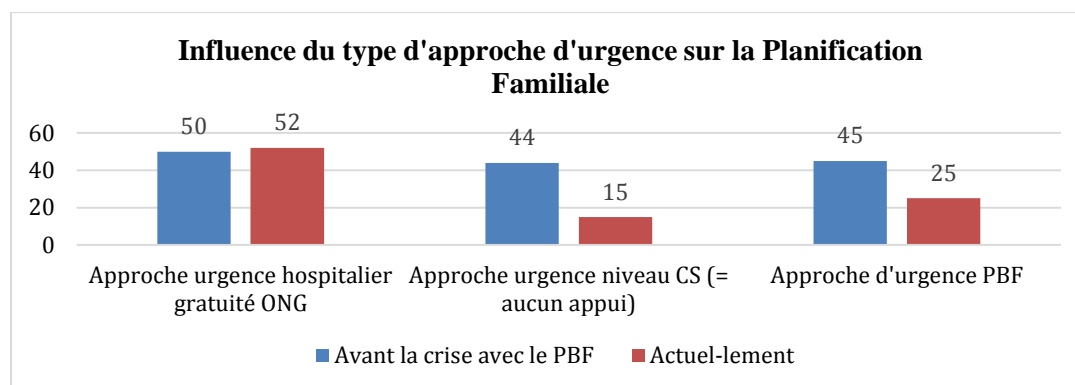
Influence du type d'approche d'urgence sur la Petite chirurgie	n	Avant la crise avec le FBP	Pendant visite étude	% changement
Approche d'urgence hospitalière gratuité ONG	9	57	47	-18%
Approche d'urgence niveau CS (= aucun appui)	9	20	10	-50%
Approche d'urgence FBP	8	15	12	-20%

6. Dans toutes les FOSA, le nombre de cas de petite chirurgie a diminué entre 18% et 50%.
7. On a constaté que la gratuité des soins n'a pas eu une influence plus positive sur le nombre de cas de la petite chirurgie que dans les FOSA qui appliquent le FBP avec le recouvrement de coûts.
8. Par contre, dans les CS de la préfecture d'Ombella-Mpoko qui n'ont pas reçu d'appui des ONG d'urgence, la réduction du nombre de cas de petite chirurgie a été de 50%; à Nana Mambéré 20%.

2.6 La planification familiale

Tableau 5 : Influence de l'approche d'urgence utilisée sur les cas de la Planification Familiale

Influence du type d'approche d'urgence sur la Planification Familiale	n	Avant la crise avec PBF	Pendant visite étude	% changement
Approche d'urgence hospitalière gratuité ONG	7	50	52	4%
Approche d'urgence niveau CS (= aucun appui)	8	44	15	-66%
Approche d'urgence FBP	4	45	25	-44%

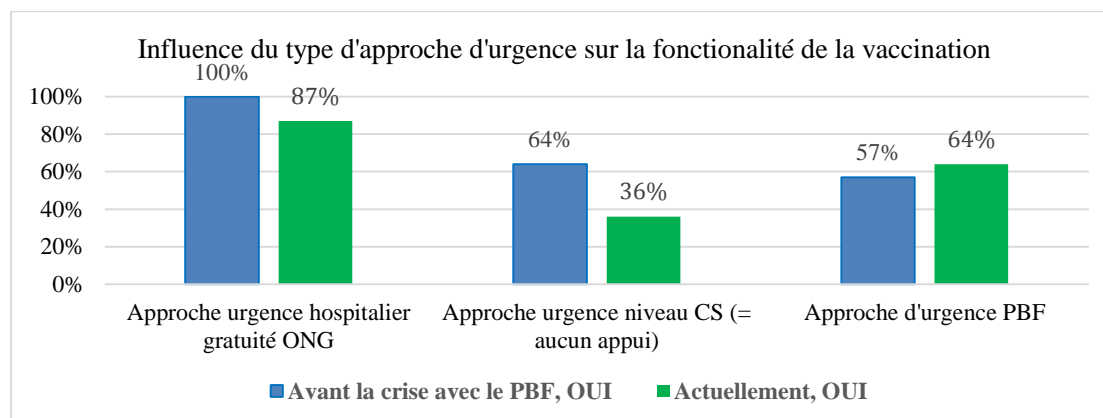


- Dans les sept hôpitaux enquêtés qui appliquent la gratuité, la planification familiale (PF) moderne n'a pas diminué.
- Dans les FOSA FBP ainsi que dans les FOSA sans appui des ONGs dans la préfecture d'Ombella-Mpoko, le nombre de cas de PF la planification moderne a diminué avec respectivement 44% et 66%. Cependant, la PF est aussi gratuite dans les FOSA FBP. Il faut donc étudier quels autres facteurs ont joué un rôle.

2.7 La vaccination

Tableau 6 : Influence de l'approche d'urgence utilisée sur la fonctionnalité de la vaccination

Influence du type d'approche d'urgence sur « Vaccination Fonctionnel »	n	Avant la crise avec le FBP	Pendant visite étude	% changement
Approche d'urgence hospitalière gratuité ONG	8	100%	87%	-13%
Approche d'urgence niveau CS (= aucun appui)	11	64%	36%	-44%
Approche d'urgence FBP	14	57%	64%	12%

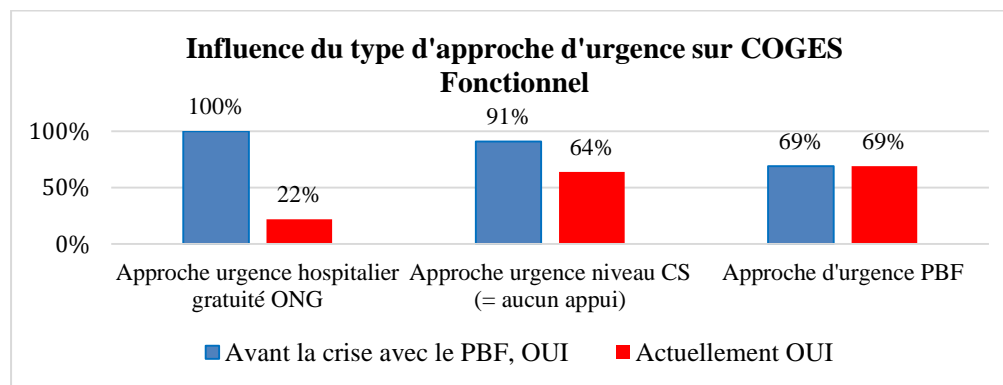


- La fonctionnalité de la vaccination dans les FOSA FBP de la Préfecture de Nana Mambéré a eu un meilleur score de performance que dans les FOSA d'Urgence gratuité et dans les FOSA au niveau primaire de la Préfecture d'Ombella-Mpoko qui n'ont pas reçu l'appui des ONG internationales.

2.8 Fonctionnement des COGES

Tableau 7 : Influence de l'approche d'urgence utilisée sur le fonctionnement du COGES

Influence du type d'approche d'urgence sur COGES Fonctionnel	N	Avant la crise avec le FBP	Pendant visite étude	% changement
Approche d'urgence hospitalière gratuité ONG	9	100%	22%	-78%
Approche d'urgence niveau CS (= aucun appui)	11	91%	64%	-30%
Approche d'urgence PBF	13	69%	69%	0%



- Dans sept des huit hôpitaux appuyés par les ONGs d'Urgence – l'hôpital de Baboua exclus, qui ont appliqué la gratuité totale avec le FBP – les Comités de Gestion (COGES) ont arrêté de fonctionner.
- Cet effet était moindre (-30%) dans les FOSA sans appui dans la préfecture d'Ombella-Mpoko.
- En général, huit sur neuf des COGES sont devenus non fonctionnels suite à l'arrêt des incitations pour leurs membres. Les problèmes de fonctionnement des COGES rendaient la relation entre la FOSA et l'ONG plutôt technique sans un propre lien avec la communauté. Ceci était dangereux pour la sécurité du personnel et pour l'appropriation par la communauté des biens de la FOSA.
- L'effet était absent dans les FOSA FBP. Toutefois, il faut noter que parmi les 13 FOSA FBP, dans quatre (surtout les Catholiques) les COGES n'étaient pas fonctionnels même avant la crise.

2.9 Capacité de résoudre les problèmes de fonctionnement des FOSA

Tableau 8 : Influence de l'approche d'urgence utilisée sur des problèmes de fonctionnement

Influence du type d'approche d'urgence sur la résolution des problèmes de fonctionnement	n	Avant la crise avec le FBP, OUI	Pendant visite étude	% changement
Approche d'urgence hospitalière gratuité ONG	9	100%	11%	-89%
Approche d'urgence niveau CS (= aucun appui)	11	100%	0%	-100%
Approche d'urgence FBP	13	100%	69%	-31%

- Avant la crise, dans les FOSA sous le régime FBP, 100% des gestionnaires ont dit qu'ils pouvaient résoudre leurs problèmes de fonctionnement eux-mêmes.
- Par contre dans les FOSA avec un appui des ONG humanitaires appliquant la gratuité, huit ont dit qu'il n'était plus possible de résoudre les problèmes de fonctionnement et de gestion autonome. L'exception était l'hôpital de Bouar qui a adopté la gratuité, mais qui a aussi continué de fonctionner dans le FBP.
- Aucune des FOSA du niveau primaire dans la préfecture d'Ombella-Mpoko n'a dit qu'on pouvait résoudre les problèmes de fonctionnement indépendamment.

2.10 Critère : Qui décide sur les dépenses des FOSA ?

Tableau 9 : Influence de l'approche d'urgence utilisée sur qui la question qui décide sur les dépenses

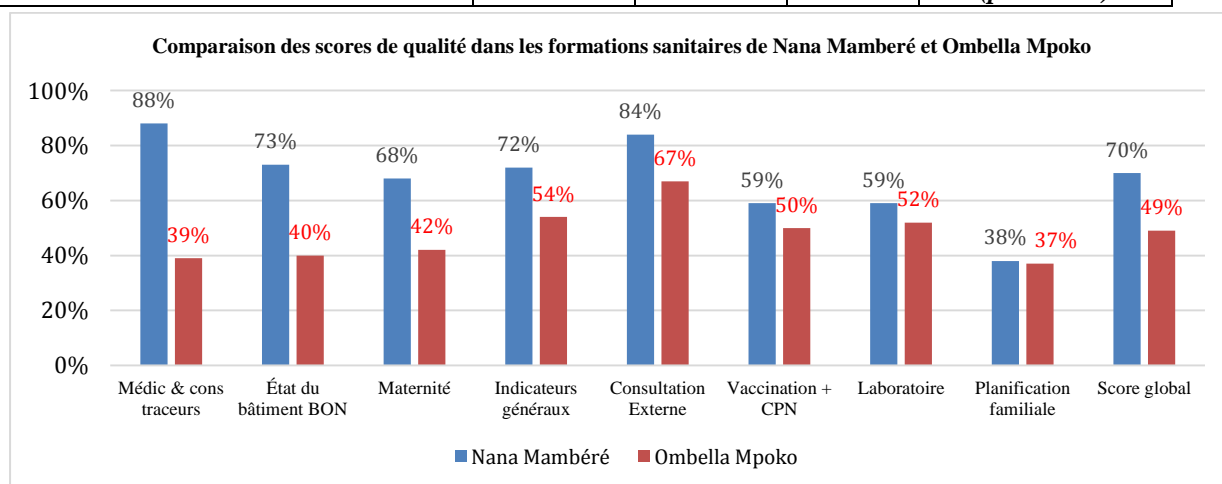
Influence du type d'approche d'urgence sur qui décide sur les dépenses	n	Pendant FBP => FOSA	Actuellement => FOSA	Actuellement => ONG
Approche d'urgence hospitalière gratuité ONG	9	9	1	8
Approche d'urgence CS (= aucun appui)	11	11	11	0
Approche d'urgence FBP	14	14	14	0

- Les gestionnaires de toutes les FOSA qui étaient dans le FBP avant la crise ont dit que c'étaient eux qui décidaient sur les dépenses.
- Également, pendant la crise, les FOSA qui appliquaient une approche d'urgence FBP et les FOSA qui n'ont pas reçu d'appui, les gestionnaires ont dit qu'elles continuaient de décider sur les dépenses.
- Par contre, dans les FOSA appuyées par les ONG humanitaires, toutes les décisions de dépenses sont prises par les membres des ONGs. L'exception est l'hôpital de Baboua qui a continué avec la gestion autonome FBP même pendant l'application de la gratuité totale.

2.11 Qualité des soins

Tableau 11 : Comparaison des indicateurs de qualité pour les Hôpitaux et Centres de Santé

Indicateurs de la qualité pour l'ensemble des Hôpitaux et CS	Nbr indicateurs	Nana Mambéré	Ombella Mpoko	Différence absolue en faveur du FBP
Score global de qualité	58	70%	49%	21% (p = 0.002)
Médicaments & consommables traceurs	13	88%	39%	49% (p < 0.001)
État du bâtiment BON	1	73%	40%	33% (p = 0.069)
Qualité dans la Maternité	10	68%	42%	26% (p = 0.014)
Qualité pour les Indicateurs généraux	11	72%	54%	18% (p = 0.016)
Qualité de la Consultation Externe	9	84%	67%	17% (p = 0.037)
Qualité Vaccination + CPN	6	59%	50%	9% (p = 0.413)
Qualité Laboratoire	3	59%	52%	7% (p = 0.673)
Qualité Planification familiale	5	38%	37%	1% (p = 0.947)



- Le score global des 15 FOSA de la préfecture de Nana Mambéré (quatre hôpitaux et 11 CS et PS) est de 70%. Il est de 21% plus élevé que celui des 15 FOSA de la préfecture d'Ombella-Mpoko, qui est de 49%.
- La plus grande différence a été notée pour l'indicateur 'disponibilité des médicaments et consommables traceurs'. Dans les FOSA de la préfecture de Nana Mambéré le score était 88%. Dans les FOSA de la préfecture d'Ombella-Mpoko 39%. Les différences entre les

deux préfectures pour « l'état des bâtiments » et « la qualité dans la maternité » sont aussi considérables (avec 33% et 26%).

- Le score relativement bas pour la qualité de la PF est lié au fait que les trois structures catholiques enquêtées n'appliquent pas la PF moderne : par conséquent leur score est zéro.

Tableau 12 : Comparaison du Score global de qualité dans les deux préfectures

Comparaison du Score global	Nombre de FOSA par préfecture	Nana Mambéré	Ombella-Mpoko	Différence absolue en faveur du FBP
Hôpitaux	4	86%	67%	19%
Centres de santé	11	64%	42%	22%

- Il n'existe pas une différence significative entre la différence des scores des hôpitaux et des CS dans les deux préfectures avec respectivement 19% et 22%

2.12 Disponibilité des médicaments

Tableau 13 : Score de disponibilité des médicaments et consommables traceurs

Disponibilité des médicaments et consommables traceurs	Nombre de FOSA par préfecture	Nana Mambéré	Ombella-Mpoko	Différence absolue en faveur du FBP
Hôpitaux	4	92%	52%	40%
Centres de santé	11	87%	34%	53%

- Concernant la disponibilité des médicaments et consommables traceurs la différence en faveur de Nana Mambéré est considérable, et plus élevée pour les CS par rapport aux hôpitaux avec respectivement 53% et 40%.

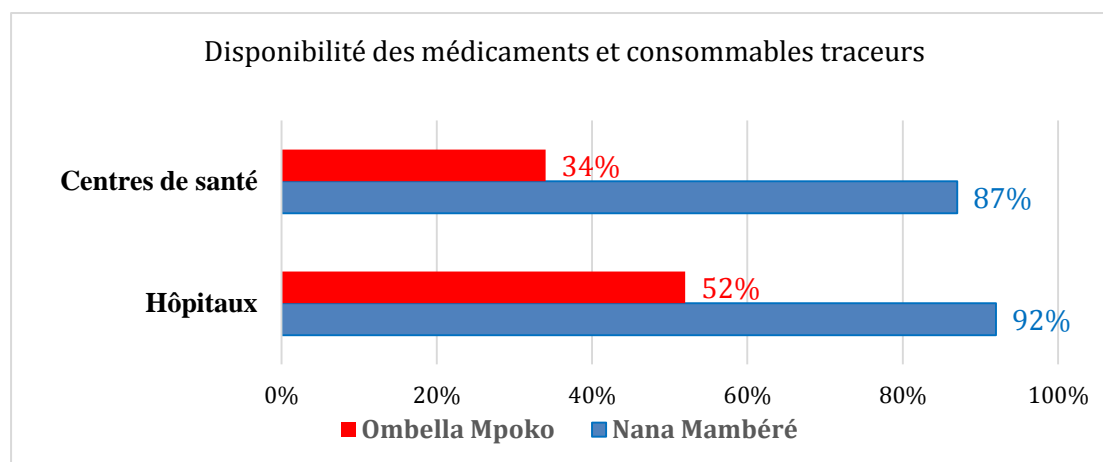
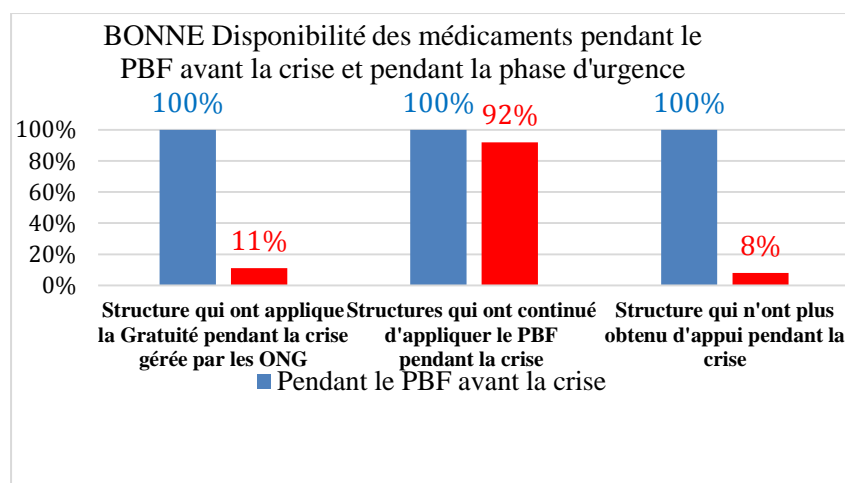


Tableau 14 : Appréciation de la disponibilité des médicaments avant et pendant la crise

Type d'approche pendant la crise	Nbr de FOSA	Bonne disponibilité de médicaments avant la crise	Bonne disponibilité des médicaments pendant la crise
Structures qui ont appliqué la Gratuité pendant la crise gérée par les ONG	9	100%	11%
Structures qui ont continué d'appliquer le FBP pendant la crise	13	100%	92%
Structures qui n'ont plus obtenu d'appui pendant la crise	12	100%	8%



Dans les structures avec FBP, la disponibilité des médicaments a été maintenue avant la crise comme pendant la phase d'urgence contrairement à ce que l'on observe pour les structures qui ont appliqué la gratuité et celles qui n'ont pas reçu d'appui.

Tableau 15 : Qui achète les médicaments pendant le FBP et l'état d'urgence

Type d'approche pendant la crise - qui achète les médicaments	Nbr FOSA	Avant la crise toutes FOSA en FBP	Phase d'urgence: FOSA achète les médicaments	Phase d'urgence: ONG achète les médicaments
Structures qui ont appliqués la Gratuité pendant la crise gérée par les ONG	9	100%	13%	87%
Structures qui ont continué d'appliquer le FBP pendant la crise	13	100%	100%	0%
Structure qui n'ont plus obtenu d'appui pendant la crise	12	100%	100%	0%

- Avant la crise, toutes les formations sanitaires étaient sous un régime FBP, donc elles ont acheté leurs propres médicaments selon le principe d'autonomie de gestion. Pendant l'urgence, les FOSA FBP dans la Nana Mambéré ont continué à acheter les médicaments. Par contre, dans les structures sous le régime de la gratuité, les ONGs ont pris en charge l'achat des médicaments pour les FOSA. Il est révélateur que les FOSA qui n'ont pas reçu de soutien des ONGs ont également pris en charge l'achat de leurs propres stocks de médicaments elles-mêmes.

Tableau 16 : Les lieux d'approvisionnement en médicaments

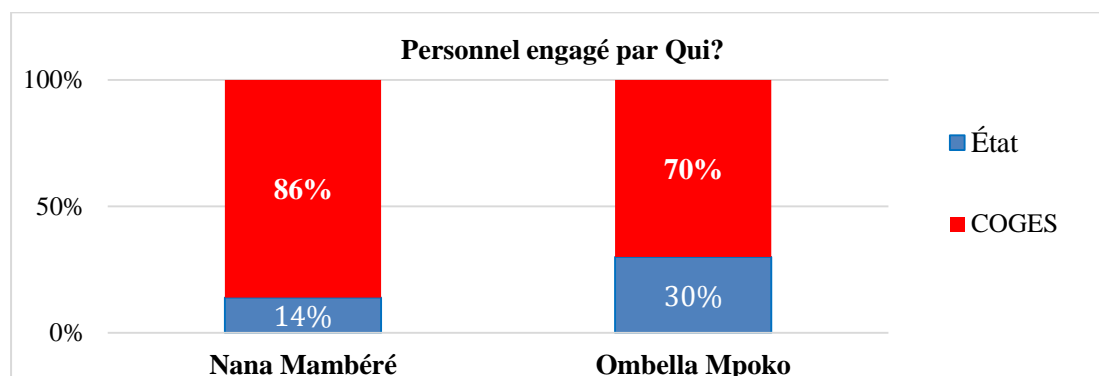
Lieu d'approvisionnement en médicaments	Sur 30 FOSA	Sur 30 FOSA
Pharmacie diocésaine Bouar	15	50%
Roff Pharma Bangui	15	50%
UCM Bangui	11	37%
Autres pharmacies privées de Bangui	6	20%
Grossiste du Cameroun	2	7%
Dans le quartier	1	3%
Total	50	

- La moitié des formations sanitaires acquièrent leurs médicaments auprès de la Pharmacie Diocésaine de Bouar et / ou de Roff Pharma à Bangui. Une partie non-négligeable s'approvisionne à l'UCM Bangui (37%) et chez d'autres pharmacies privées de Bangui (20%).

2.13 Critère disponibilité du personnel

Tableau 17 : Qui a engagé le personnel des formations sanitaires?

Personnel engagé par Qui?	Nana Mambéré	%	Ombella-Mpoko	%
État	30	13%	58	29%
Mairie	1	0.4%	1	0.5%
COGES	192	86%	138	70%
Total	223	100%	197	100%



- Avec 30%, la préfecture d'Ombella-Mpoko dispose d'une proportion plus élevée du personnel engagé par l'État ou de la Mairie par rapport à la préfecture de Nana Mambéré avec seulement 14%.

Tableau 18 : Situation du personnel avant la crise et actuellement dans les deux préfectures

Personnel pour l'Ensemble de formations sanitaires enquêtées	Nana Mambéré avant la crise avec le FBP	Nana Mambéré actuellement	Écart %	Ombella-Mpoko avant la crise avec le FBP	Ombella-Mpoko actuellement	Ecart %
Personnel qualifié	88	94	7%	87	75	-14%
Personnel Non qualifié	123	129	5%	128	122	-5%
Total	211	223	6%	215	197	-8%

- Dans la préfecture de Nana Mambéré, on a constaté une légère augmentation du personnel qualifié, de sept pour cent (7%). Par contre, dans la préfecture d'Ombella-Mpoko, il y avait une légère diminution (de 14%). Pour le personnel non-qualifié, il y avait la même tendance. Cela pourrait signifier que les FOSA FBP sont plus capables de maintenir leur personnel.

Tableau 19 : Rémunération du personnel non-qualifié

Indicateur de rémunération	Nana Mambéré avant crise avec FBP	Nana Mambéré actuellement	Écart %	Ombella-Mpoko avant pendant le FBP	Ombella-Mpoko actuellement	Écart %
Rémunération du personnel Non Qualifié	F 36,300	F 33,100	-9%	F 25,600	F 20,700	-19%

- Avant la crise, dans la préfecture de Nana Mambéré, la rémunération du personnel qualifié dans les FOSA FBP était déjà supérieure par rapport à la préfecture d'Ombella-Mpoko (avec respectivement 36.300 FCFA et 25.600 FCFA).
- Pendant la crise, la diminution de la rémunération du personnel qualifié dans la préfecture de Nana Mambéré était moindre que dans la préfecture d'Ombella-Mpoko (avec respectivement 9% et 19%).

2.14 Les points de vue du personnel des FOSA concernant la gratuite totale

- Dans l'étude, 30 personnes ont été interrogées. Lorsqu'on les interroge sur leur appréciation de la qualité, les résultats sont les suivants :
- Sauf un effet positif (92%) sous le régime de la gratuite totale sur la fréquentation des consultations curatives, tous les autres critères sont perçus comme négatifs.
- Notamment la gratuite totale a un effet négatif sur les stratégies avancées (92% négatif), la durée d'attente (92%), la disponibilité de médicaments (92%), la motivation du personnel (92%). La majorité des répondants étaient d'avis que la gratuite totale a un effet négatif sur la qualité de soins.

Tableau 20 : Influence de la gratuite totale sur les activités

Influence de la gratuite sur les activités des formations sanitaires selon les répondants qui ont travaillé avec la gratuite	Effet positif	Effet négatif
Fréquentation des activités curatives (CE)	92%	8%
Fréquentation des activités préventives (PEV, CPN)	33%	67%
Accouchement	25%	75%
Stratégie avancée	8%	92%
Durée d'attente	8%	92%
Disponibilité des médicaments	8%	92%
Motivation du personnel	8%	92%
En résumé, l'effet de la gratuite sur la Qualité?	0%	100%
Moyenne de l'appréciation du personnel sur les effets de la gratuite	23%	77%

2.15 Les effets sur les infrastructures et équipements

Tableau 21 : Influence de l'approche d'urgence sur les grandes constructions

Type d'approche pendant la crise	Nombre de FOSA	Grande constructions réalisées pendant le FBP avant la crise	Grande constructions réalisées pendant la phase d'urgence
Structures qui ont appliqué la Gratuité pendant la crise gérée par les ONG	11	78%	22%
Structures qui ont continué d'appliquer le FBP pendant la crise	14	43%	21%
Structures qui n'ont plus obtenu d'appui pendant la crise	11	34%	0%

- Pendant la crise, il est logique que, ni dans les institutions pratiquant la gratuite, ni dans celles du FBP, il n'y a eu de grandes constructions en cours (seulement dans deux ou trois FOSA) en raison de la situation d'urgence.

Tableau 22 : Influence de l'approche d'urgence sur les réhabilitations

Type d'approche pendant la crise	Nbr FOSA	Réhabilitations réalisées pendant le FBP avant la crise	Réhabilitations réalisées pendant la phase d'urgence
Structures qui ont appliqué la Gratuité pendant la crise gérée par les ONG	9	100%	22%
Structures qui ont continué d'appliquer le FBP pendant la crise	13	100%	62%
Structures qui n'ont plus obtenu d'appui pendant la crise	11	100%	0%

- Pendant la phase d'urgence, les structures sanitaires qui ont continué à appliquer le FBP étaient plus performantes en matière de réhabilitations.

Tableau 23 : Influence de l'approche d'urgence sur l'achat des équipements

Type d'approche pendant la crise	Nombre de FOSA	Équipements achetés pendant le FBP avant la crise	Équipements achetés pendant la phase d'urgence
Structures qui ont appliqué la Gratuité pendant la crise gérée par les ONG	9	100%	33%
Structures qui ont continué d'appliquer le FBP pendant la crise	13	100%	54%
Structures qui n'ont plus obtenu d'appui pendant la crise	11	100%	0%

- Concernant l'achat des équipements, la performance des FOSA qui ont continué le FBP était plus élevée que celle des FOSA qui ont appliqué la gratuité, et surtout celles qui n'ont pas eu d'appui.

Tableau 24 : Influence de l'approche d'urgence sur les supervisions

Type d'approche pendant la crise	Nombre de FOSA	Supervision réalisée pendant le FBP avant la crise	Supervision réalisée pendant la phase d'urgence
Structures qui ont appliqué la Gratuité pendant la crise gérée par les ONG	11	100%	27%
Structures qui ont continué d'appliquer le FBP pendant la crise	14	100%	69%
Structures qui n'ont plus obtenu d'appui pendant la crise	11	100%	55%

- Les supervisions ont été plus maintenues dans les formations qui ont continué à appliquer le FBP ainsi que dans celles qui n'ont pas reçu l'appui que dans celles qui ont appliqué la gratuité.

2.16 Analyse financière des recettes des FOSA

L'évaluation comprend également un calcul des niveaux de revenus.

Tableau 25 : Comparaison des recettes globales et par personne par an

Formations sanitaires	Grand Total Recettes Avant Mars 2013	Recettes par personne par an	Grand Total Recettes Avril 2014	Recettes par personne par an	Différence en %
11 CS Nana Mambéré	11.309.000 FCFA	\$ 3.36	9.554.050 FCFA	\$ 2.83	-16%
11 CS Omb Mpoko	9.326.500 FCFA	\$ 2.13	1.918.000 FCFA	\$ 0.44	-79%
4 Hop Nana Mambéré	23.979.000 FCFA	\$ 2.00	11.409.000 FCFA	\$ 0.95	-52%
4 Hop Omb Mpoko	23.200.000 FCFA	\$ 2.67	9.600.000 FCFA	\$ 1.11	-59%

- La diminution des recettes a été beaucoup plus forte dans les CS de Ombella-Mpoko (-79%) que dans les CS de Nana Mambéré (seulement -16%). Pour les hôpitaux également les baisses ont été légèrement en faveur de Nana Mambéré. On peut donc observer que même pendant l'urgence le FBP a permis de ralentir la baisse des recettes globales des Formations sanitaires.

Tableau 26 : Comparaison des recettes du recouvrement de coût et par personne par an

Formations sanitaires	Recettes recouvrement de coût avant Mars 2013	Recettes par personne par an	Recettes recouvrement de coût Avril 2014	Recettes par personne par an	Différence en %
11 CS Nana Mambéré	5.525.000 FCFA	\$ 1.64	4.352.200 FCFA	\$ 1.29	-21%
11 CS Omb Mpoko	4.807.000 FCFA	\$ 1.10	346.000 FCFA	\$ 0.08	-93%
4 Hop Nana Mambéré	9.100.000 FCFA	\$ 0.76	2.480.000 FCFA	\$ 0.21	-73%
4 Hop Omb Mpoko	12.300.000 FCFA	\$ 1.42	0 FCFA	\$ 0.00	-100%

- Les recettes de recouvrement des coûts ont fortement chuté dans les 11 CS de Ombella-Mpoko (de 93%), par rapport à celles des CS de Nana Mambéré avec une réduction de 21%. Cette forte baisse des recettes dans les CS de Ombella-Mpoko a eu des conséquences considérables pour leur fonctionnement.
- Pour les quatre hôpitaux de Nana Mambéré qui ont fonctionné avec le système de gratuité totale (y compris l'hôpital de Bouar qui continue) la baisse des recettes de recouvrement de coûts a été forte (-73%). Les quatre hôpitaux d'Ombella-Mpoko qui sont sous le régime de la gratuité n'ont plus de recettes de recouvrement de coûts (c'est-à-dire une diminution de 100%).

Tableau 27 : Comparaison des subsides FBP et par personne par an

Formations sanitaires	Subsides FBP Avant Mars 2013	Subsides par per par an	Subsides FBP Avril 2014	Subsides par per par an	Difference en %
11 CS Nana Mambéré	3.987.000 FCFA	\$ 1.18	3.404.850 FCFA	\$ 1.01	-15%
11 CS Omb Mpoko	3.847.500 FCFA	\$ 0.88	0 FCFA	\$ 0.00	-100%
4 Hop Nana Mambéré	6.950.000 FCFA	\$ 0.58	4.500.000 FCFA	\$ 0.37	-35%
4 Hop Omb Mpoko	6.800.000 FCFA	\$ 0.78	0 FCFA	\$ 0.00	-100%

- Les subsides FBP payés aux FOSA de Nana Mambéré ont baissé de 15% et 35% respectivement pour les CS et les hôpitaux. Comme dit précédemment à la date d'enquête les FOSA d'Ombella-Mpoko n'étaient plus dans le projet FBP.

2.17 Appréciation de la contribution de l'État et des partenaires

Les représentants de tous les 30 établissements visités ont déclaré que la contribution de l'État et des partenaires était insuffisante. La principale raison est que leurs dépenses de fonctionnement et les salaires ne sont pas couverts.

Tableau 28 : Raisons pour lesquelles la contribution de l'État et des partenaires ne suffisent pas?

Raisons pour lesquelles les Contributions de l'État et des partenaires sont perçues comme insuffisantes	Nana Mambéré (n=15)	Ombella-Mpoko (n=15)
Il y a des dépenses non couvertes (fonctionnement et salaire)	7	10
Nous avons le projet d'agrandir le Centre	3	0
Nous dépendons de l'appui extérieur	2	0
La population s'est déplacée, le niveau du revenu a baissé	1	0
Beaucoup de services manquent	1	0
Nous avons des ruptures de stocks des médicaments (Gallo Public qui est sous la gratuité totale)	1	0
On vend les médicaments à un prix très bas	1	0
Nous n'avons aucune ressource	0	1
Pas de recouvrement de coûts, ni de primes	0	1
Pas de transparence des ONGs	0	1

2.18 Degré de réalisation des mesures d'équité

Tableau 29 : Paiement des subsides pour la prise en charge des vulnérables en général

Type d'approche pendant la crise	Nombre de Fosa	Pendant le FBP (% pour les OUI)	Phase d'urgence (% pour les OUI)	Ecart absolu
Structures qui ont appliqué la gratuité pendant la crise gérée par les ONGs	6	100%	17%	83%
Structures qui ont continué d'appliquer le FBP pendant la crise	13	100%	92%	8%
Structures qui n'ont plus obtenu d'appui pendant la crise	11	100%	0%	100%

- Avec le FBP, 5% des subsides sont prévus pour prendre en charge des indigents. Avant la crise, les formations sanitaires visitées avaient cet argent à leur disposition. Dans la phase d'urgence, seulement les FOSA FBP ont continué à recevoir et utiliser ce subside.

Tableau 30 : Paiement des subsides ciblés pour les enfants et femmes enceintes

Type d'approche pendant la crise	Nombre de Fosa	Pendant le FBP (% pour les OUI)	Phase d'urgence (% pour les OUI)	Ecart absolu
Structures qui ont appliqué la Gratuité pendant la crise gérée par les ONG	6	17%	17%	0%
Structures qui ont continué d'appliquer le FBP pendant la crise	13	8%	38%	-30%
Structures qui n'ont plus obtenu d'appui pendant la crise	11	9%	0%	9%

- Parmi les structures FBP, le nombre de FOSA qui recevaient des subsides pour la gratuité ciblée pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes a augmenté de un à cinq. Pour les FOSA qui appliquaient la gratuité, le nombre est resté le même (seulement 1 structure).

2.19 Bonus d'isolement

On a évalué les bonus d'isolement. Il s'agit d'un bonus payé aux FOSA en fonction de leur éloignement des milieux urbains ou selon le niveau socio-économique de leurs populations.

Tableau 31: Structures qui recevaient le bonus d'isolement

Type d'approche pendant la crise	Nbr de Fosa	Pendant le FBP (% pour les OUI)	Phase d'urgence (% pour les OUI)	Ecart absolu
Structures qui ont appliqué la Gratuité pendant la crise gérée par les ONGs	6	33%	17%	16%
Structures qui ont continué d'appliquer le FBP pendant la crise	13	23%	15%	8%
Structures qui n'ont plus obtenu d'appui pendant la crise	11	82%	0%	82%

- Parmi les six formations qui appliquaient la gratuité, seul l'hôpital de Baboua recevait le bonus d'isolement.
- Parmi les formations sous FBP, deux FOSA ont continué à recevoir le bonus d'isolement.

2.20 Nouveaux indicateurs pendant une crise

Pendant l'enquête, nous avons demandé aux répondants quels indicateurs pensent-ils pouvoir appliquer pendant l'urgence et les réponses étaient les suivantes

En Nana Mambéré (10 sur 15 formations sanitaires ont répondu)

- Indicateur PEC des vulnérables (orphelins, déplacés, Peulhs) (3x)
- Violence basée sur le genre (2x)
- Acheter les nouvelles consultations prénatales CPN1 et CPN3 (2x)
- Prise en charge des blessés (2x)
- Distribution des préservatifs (1x)
- Prise en charge des traumatisés et les maladies psychosociales (1x)
- Les visites à domicile (1x)
- Dépistage du VIH (1x)

En Ombella-Mpoko (2 sur 15 formations sanitaires)

- Indicateurs sur l'hygiène et assainissement
- Indicateurs de nutrition

2.21 Suggestions et souhaits des responsables des formations sanitaires

Suggestions adressées à Cordaid et l'OCF Bouar

- Subsidés pour équipements (3x)
- Revoir à la hausse les prix des indicateurs (2x)
- Formation sur le FBP (1x)
- Le FBP dans d'autres domaines comme l'agriculture et l'éducation (1x)
- Nous aider à faire un voyage d'échange d'expériences sur le FBP (1x)
- Acheter indicateur petits enfants à un prix plus élevé que les adultes (1x)
- Améliorer la communication entre Cordaid et les FOSA (1x)
- Éviter le retard de paiement des subsidés (1x)
- Subsidés pour construction (1x)
- Prévoir le bonus d'équité à cause du déplacement de la population (1x)

Suggestions adressées au Ministère de la Santé

Par les FOSA de Nana-Mambéré :

- Élargir le FBP dans d'autres régions (3x)
- La pérennisation de l'expérience du FBP (2x)
- C'est bien d'arrêter avec SCF et continuer avec le FBP (1x)

Par les FOSA d'Ombella-Mpoko :

- Nous souhaitons que le FBP revienne (10x)
- Appui en équipements (6x)

3. RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX CONSTATS

Dans cette évaluation, on a comparé deux préfectures qui ont connu un système FBP avant la crise, mais qui ont suivi une autre voie au cours de la crise. Au début de la crise, le Ministère de la Santé a décrété la gratuité des soins afin d'augmenter l'utilisation des services curatifs. La préfecture de Nana Mambéré a continué de travailler avec une approche d'urgence FBP. La préfecture d'Ombella-Mpoko a arrêté le FBP et a changé vers une approche d'urgence gérée par les ONG internationales. Nous avons comparé plusieurs indicateurs qui sont décrits dans le chapitre 3. Ici, nous soulignons seulement les principaux constats.

3.1 Les constats concernant les consultations externes et d'autres activités

- On constate que la fréquentation des 'consultations externes' dans les 11 FOSA enquêtées sous un régime gratuit a augmenté de 32%. Ces FOSA comprennent les trois CS urbains de Bouar, l'hôpital de Bouar et de Baboua qui se trouvent dans la préfecture de Nana Mambéré.
- Pour une bonne compréhension de la situation, il est important de souligner que les structures de la gratuité totale ont également traité des patients provenant des structures proches qui n'avaient plus l'appui du FBP ou des ONGs Internationales d'Urgence. Plusieurs FOSA sans appui n'avaient plus des moyens de fonctionnement, surtout quand leurs médicaments ont été volés par les groupes armés. La situation a obligé des patients de voyager des longues distances pour arriver aux structures de la gratuité. Comme conséquence, la fréquentation des consultations externes dans les 53 structures d'Ombella-Mpoko au niveau primaire a diminué de 70%.
- Avec 24%, les FOSA dans la préfecture Nana Mambéré sous un régime FBP ont une diminution qui était beaucoup moindre que les FOSA d'Ombella Mpoko. Cependant, ce constat signifie aussi que l'approche d'urgence FBP n'a pas suffisamment été adaptée aux difficultés de la population à payer les tarifs. Il leur manquait un mécanisme d'augmenter les subsides. Il est donc important d'installer un mécanisme d'augmenter les subsides FBP pour les indicateurs curatifs afin que les FOSA puissent diminuer leurs tarifs ou traiter un nombre plus élevé de patients vulnérables (orphelins, déplacés, communautés Peulhs, etc.) gratuitement.

Influence du type d'approche d'urgence sur la Consultation Externe	N	Avant la crise avec le FBP	Pendant visite étude	% Chan- gement
Approche d'urgence gratuité ONG	11	630	829	32%
Approche d'urgence niveau CS (= aucun appui)	10	185	55	-70%
Approche d'urgence FBP	8	291	221	-24%

- Pour la grande chirurgie on a constaté des effets similaires aux consultations externes.

Influence du type d'approche d'urgence sur la Grande Chirurgie	n	Avant la crise avec le FBP	Pendant visite étude	% Chan- gement
Approche d'urgence hospitalière gratuité ONG	6	31	39	26%
Approche d'urgence FBP	2	30	23	-23%

- Dans les neuf FOSA (8 hôpitaux et 1 CS) qui appliquent la gratuité, la fréquentation des accouchements pendant la crise a diminué 42%. Dans les FOSA d'Ombella-Mpoko qui n'ont pas reçu un appui des ONGs d'urgence, cette diminution était de 62%. Par contre, dans les FOSA de Nana Mambéré avec le FBP et avec le recouvrement des coûts en place, la diminution fut de 29%.

Influence du type d'approche d'urgence sur les Accouchements	n	Avant la crise avec le FBP	Pendant visite étude	% Changement
Approche d'urgence hospitalière gratuité ONG	9	48	28	-42%
Approche d'urgence niveau CS (= aucun appui)	10	29	11	-62%
Approche d'urgence FBP	6	21	15	-29%

- La fonctionnalité de la vaccination dans les FOSA FBP de Nana Mambéré a été meilleure que dans les FOSA d'Urgence gratuité et les FOSA au niveau primaire dans Ombella-Mpoko, qui n'ont pas reçu d'appui des ONG internationales.

Influence du type d'approche d'urgence sur « Vaccination Fonctionnelle »	n	Avant la crise avec le FBP, OUI	Pendant visite étude	% Changement
Approche d'urgence hospitalière gratuité ONG	8	100%	87%	-13%
Approche d'urgence niveau CS (= sans appui)	11	64%	36%	-44%
Approche d'urgence FBP	14	57%	64%	12%

3.2 Constats concernant l'approche de gratuité totale gérée par les ONG

3.2.1 Dépendance du personnel des intrants (input) des ONG

- On a constaté que la faiblesse la plus importante de l'intervention d'urgence inputs était que les gestionnaires des FOSA - qui étaient habitués à gérer leurs propres fonds sous un régime FBP – devenaient dépendants des ONGs pour leurs besoins de fonctionnement, de médicaments, et pour la réhabilitation. Dans une mesure considérable, ils ont perdu leur pouvoir d'agir et de résoudre les problèmes eux-mêmes, qui a affecté leur sentiment d'appropriation de la situation.
- La dépendance des FOSA des ONGs a eu les effets suivants :
 - Huit sur neuf des COGES sont devenus non fonctionnels suite à l'arrêt des incitations pour les membres. Les problèmes de fonctionnement des COGES rendaient la relation entre la FOSA et l'ONG plutôt technique sans un propre lien avec la communauté. Ceci était dangereux pour la sécurité du personnel et pour l'appropriation par la communauté des biens de la FOSA.
 - Les médicaments et l'équipement n'étaient plus gérés par le personnel de la FOSA mais par les employés de l'ONG. Cela a diminué le sentiment d'appropriation parmi le personnel pour la FOSA et a même contribué à la vente des médicaments par le personnel parce qu'ils n'avaient pas d'autres moyens de survivre. Cela a aussi augmenté le risque d'inadéquation entre l'offre et la demande.
 - Dans plusieurs FOSA, il y a des problèmes avec la référence des patients, causés par le manque d'argent pour le transport, le gasoil et la maintenance.
 - Il y avait des problèmes d'entretien de la FOSA par manque de produits. On a aussi observé des problèmes de fonctionnement par manque de fournitures de bureau – registres, impossibilité de faire des photocopies, etc.

3.2.2 Les FOSA primaires ont été ignorées

- Dans la préfecture d'Ombella-Mpoko, les ONG ont choisi d'appuyer seulement les hôpitaux et non les autres FOSA, les 53 centres de santé. Cela a causé une diminution de 70% de la fréquentation des consultations externes. Par contre, on a observé une diminution de 24% dans la préfecture de Nana Mambéré où les CS sont restés fonctionnels.

3.2.3 Les mécanismes d'assurance qualité ont été interrompus

Avec l'abandon du FBP, les ONGs ont aussi abandonné l'assurance qualité qui fait partie intégrante du système FBP. Aucune ONG d'urgence n'a continué les *revues de qualité* introduites avec le FBP et exécutées par les autorités régionales et préfectorales. Les ONG n'avaient pas non plus des alternatives pour assurer la qualité pour les formations sanitaires au niveau des préfectures.

En conséquence, quelques constats sur la qualité étaient présentés dans les évaluations qualités et dans les entretiens avec les chefs de FOSA :

- Avec 49%, le score global de la qualité dans les 15 FOSAs de la préfecture d'Ombella-Mpoko était de 21% inférieur au score des 15 FOSAs de la préfecture de Nana Mambéré, qui était de 70% ($p=0.002$).

Indicateurs de la qualité pour l'ensemble des Hôpitaux et CS	Nbr indicateurs	Nana Mambéré	Ombella Mpoko	Différence absolue en faveur du FBP
Score de qualité global	58	70%	49%	21% ($p = 0.002$)
Médicaments & consommables traceurs	13	88%	39%	49% ($p < 0.001$)
État du bâtiment BON	1	73%	40%	33% ($p = 0.069$)
Qualité dans la Maternité	10	68%	42%	26% ($p = 0.014$)
Qualité pour les Indicateurs généraux	11	72%	54%	18% ($p = 0.016$)
Qualité de la Consultation Externe	9	84%	67%	17% ($p = 0.037$)
Qualité Vaccination + CPN	6	59%	50%	9% ($p = 0.413$)
Qualité Laboratoire	3	59%	52%	7% ($p = 0.673$)
Qualité Planification familiale	5	38%	37%	1% ($p = 0.947$)

- La qualité était la plus négativement affectée pour l'indicateur 'disponibilité des médicaments et consommables traceurs' qui était de 39% dans les FOSA de la préfecture d'Ombella-Mpoko contre 88% dans les FOSA de la préfecture de Nana Mambéré (= différence 49% = $p < 0.001$). Cela a créé des ruptures de stocks multiples en quantité et qualité et a rendu difficile la qualité de soins, comme cela a été démontré par exemple, dans les CS urbains de Bouar.
- On a constaté une différence entre l'état de bâtiments entre les deux préfectures pour les deux indicateurs 'l'état du bâtiment' ($p = 0.069$) et 'la qualité dans la maternité' ($p = 0.014$) avec respectivement 33% et 26% dans la préfecture qui était appuyée par les ONG d'urgence.
- On a constaté que le système de référence – contre-référence a été arrêté dans l'hôpital de Bouar quand l'ONG internationale a pris la gestion car on a arrêté le subside FBP pour cet indicateur.
- On a constaté certaines inefficacités dans l'utilisation des ressources: Par exemple, l'hôpital de Bouar possédait déjà un groupe électrogène, ce qui était suffisant. Pourtant, les deux ONGs ont donné des nouveaux groupes électrogènes.
- La distribution des intrants manque aussi de flexibilité. Par exemple, elle n'a pas pris en compte que les FOSA dans les zones frontalières de la CAR obtenaient leurs médicaments au Cameroun - comme c'est le cas à Baboua, Cantonnier, Abba.
- Certaines ONGs selon leur logique de l'input centralisé achètent les médicaments à l'extérieur. Cela crée souvent des ruptures de stock. D'autres ONGs achètent leur médicaments localement, mais pour des raisons inconnues n'ont pas opté pour la continuation du système qui existait avant où les gestionnaires achetaient leurs médicaments eux-mêmes.

3.2.4 L'effet des différentes approches sur le personnel

- La préfecture de Nana Mambéré a légèrement augmenté le nombre du personnel qualifié avec 7%. Par contre, dans la préfecture d'Ombella-Mpoko le nombre de personnel qualifié a diminué de 14% mais c'est surtout le personnel des centres de santé ruraux de la préfecture d'Ombella-Mpoko qui a abandonné son poste. Cela signifie que les FOSA FBP ont été mieux capables de maintenir le personnel surtout dans les zones rurales.
- Sous le régime d'urgence adopté en Ombella-Mpoko, la motivation du personnel a diminué. Dans une des formations sanitaires d'Ombella-Mpoko avec le système de gratuité, on nous a déclaré: "On travaille comme des robots." Plusieurs exemples de manque de compréhension entre l'ONG internationale et le personnel ont été notés. Dans trois CS Urbains de Bouar, il y avait des grèves de trois jours car les primes n'étaient pas payées à temps par l'ONG.
- Les répondants du personnel (n=30) se sont exprimés de façon critique sur la gratuité totale gérée par les ONG internationales à l'exception de la 'fréquentation des consultations curatives' pour laquelle 92% des répondants ont répondu que ce développement était positif.

Influence de la gratuité sur les activités des formations sanitaires selon les répondants qui ont travaillé avec la gratuité	L'effet était positif	L'effet était négatif
Fréquentation des activités curatives (CE)	92%	8%
Fréquentation des activités préventives (PEV, CPN)	33%	67%
Accouchement	25%	75%
Stratégie avancée	8%	92%
Durée d'attente	8%	92%
Disponibilité des médicaments	8%	92%
Motivation du personnel	8%	92%
En résumé, l'effet de la gratuité sur la Qualité?	0%	100%
Moyenne de l'appréciation du personnel sur les effets de la gratuité	23%	77%

- Selon eux, l'approche d'urgence traditionnelle a eu un effet négatif perçu sur les stratégies avancées (92%), sur la durée d'attente (92%), sur la disponibilité des médicaments (92%) et sur la motivation du personnel (92%). En résumé tous les répondants interviewés étaient d'accord que la gratuité totale a eu un effet négatif perçu sur la qualité de soins.

3.3 Les effets des deux approches d'urgence sur les recettes des FOSA

- La diminution des recettes a été beaucoup plus forte dans les CS de Ombella-Mpoko (-79%) que dans les CS de Nana Mambéré (seulement -16%). Pour les hôpitaux également les baisses ont été moindres en faveur de Nana Mambéré. On peut donc observer que même pendant l'urgence le FBP a permis de ralentir la baisse des recettes globales des Formations Sanitaires.
- Dans les FOSA qui appliquent l'approche d'urgence classique, il n'existe presque plus de recettes pour fonctionner, avec respectivement \$ 0.44 pour les CS et \$ 1.11 pour l'hôpital. Dans le FBP on juge qu'un minimum d'USD 7 par personne par an soit la norme. Mais on constate également que dans les FOSA FBP l'appui externe était aussi insuffisant avec \$ 2.83 par personne par an.

Formations sanitaires	Grand Total Recettes Avant Mars 2013	Recettes par personne par an	Grand Total Recettes Avril 2014	Recettes par personne par an	Différence en %
11 CS Nana Mambéré	11.309.000 FCFA	\$ 3.36	9.554.050 FCFA	\$ 2.83	-16%
11 CS Omb Mpoko	9.326.500 FCFA	\$ 2.13	1.918.000 FCFA	\$ 0.44	-79%
4 Hop Nana Mambéré	23.979.000 FCFA	\$ 2.00	11.409.000 FCFA	\$ 0.95	-52%
4 Hop Omb Mpoko	23.200.000 FCFA	\$ 2.67	9.600.000 FCFA	\$ 1.11	-59%

4. RECOMMANDATIONS (EN FRANÇAIS)

4.1 Recommandations pour les organisations d'urgence

- Lors de la crise humanitaire qui a surgi en RCA depuis Mars 2013, une approche d'urgence FBP a eu des meilleurs résultats que l'approche d'urgence classique caractérisée par la distribution des intrants par des ONG internationales. Telle est la principale conclusion d'une enquête menée auprès de 30 formations sanitaires.
- Dans la RCA, l'Union Européenne a introduit en 2010 le FBP dans les Régions I et VI avec le projet 9^{ème} FED qui a hélas été arrêté fin 2012 quand la crise a commencé. Le FBP n'a pas été repris par l'UE département d'Urgences ECHO. On a adopté une approche fondée sur les intrants plus classique et gérée par des ONGs humanitaires. Sur la base des constats de notre enquête, cette modification de l'approche FBP vers une approche inputs dirigée par des ONG internationales était moins favorable.
- Un changement de la stratégie semble nécessaire pour le financement d'urgence de la Banque Mondiale pour lequel le Ministère de la Santé en Mai 2014 a signé un contrat avec l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA et qui inclut surtout l'achat des intrants en kits de médicaments. En tenant compte des nouveaux efforts maintenant prévus par les organismes internationaux, les résultats de notre étude nous incitent à présenter un certain nombre de recommandations visant à introduire des concepts et des outils FBP dans l'arsenal stratégique, qui à notre avis permettront d'améliorer l'efficacité de la stratégie d'urgence.
 - Il est fortement recommandé de continuer l'approche FBP dans les régions où ce système a fonctionné, comme c'était le cas dans la Préfecture d'Ombella-Mpoko. Pour la Région II, le FBP pourrait continuer dans la Nana Mambéré et pourrait être élargi vers la Mambéré Kadeï. Nous proposons que les Régions I et VI retournent dès que possible à une approche FBP.
 - Le redémarrage du FBP ne devrait pas prendre beaucoup de temps car les OCF de Bimbo et de Bangassou sont encore en place. L'OCF de Bouar pourrait couvrir la Région II qui inclut la préfecture de Mambéré Kadeï.
 - Notre estimation est que l'approche d'urgence FBP pourrait être étendue à l'ensemble du pays en quelques mois. Une base de cette conviction, c'est que le personnel des formations sanitaires est déjà habitué et formé en FBP. Depuis 2009, 49 hauts dirigeants de la République centrafricaine ont été formés en FBP, dont beaucoup d'experts du Ministère de la Santé. En outre, 30% de la population de la RCA était déjà couverte par le FBP avant le début de la crise en Mars 2013 et ainsi plusieurs des routines de base sont déjà en place.
- Il faut donc diminuer l'achat des intrants en faveur d'une stratégie FBP qui injecte de l'argent dans l'économie locale. Cela stimule la demande et permet aux mécanismes de l'offre de reprendre. Injecter du cash dans l'économie aura des effets économiques multiplicateurs importants. Par contre, l'achat centralisé de kits de médicaments peut affaiblir les mécanismes du marché pharmaceutique en RCA, comme par exemple les distributeurs Roff Pharma, UCM et les dépôts diocésains comme celui de Bouar, qui a continué de fonctionner pendant la crise.
- Si la Banque Mondiale (avec l'OMS, UNICEF et UNFPA) ou ECHO décident de financer la continuation du FBP Urgence, il est important d'organiser une mission de formulation pour les Régions I, II et VI. Cela pourrait inclure un « costing » adapté au contexte humanitaire, les mécanismes d'exempter les déplacés et d'autres vulnérables, et pourrait valider le processus de vérification FBP.

4.2 Recommandations pour améliorer l'approche FBP Urgence

- Dans la Nana Mambéré, Cordaid avait plafonné la proportion des exemptions jusqu'à 5%. Notre étude a montré que c'était trop peu. Dans la crise, l'approche d'urgence FBP pourrait augmenter les subsides d'une manière à exempter le recouvrement des coûts de 25%, 50% ou - dans des circonstances extrêmes - même de 100% des patients. Les mécanismes FBP pour faire une telle augmentation des subsides sont déjà en place, mais exigent une augmentation du budget qui vient par exemple de l'aide d'urgence.
- Cette mesure exige que le comité de pilotage FBP de chaque préfecture se réunisse régulièrement pour que les taux d'exemption soient établis en fonction des problèmes dans chaque FOSA et du budget disponible. Dans l'approche d'urgence FBP, la FOSA pourrait par exemple bénéficier de 750 FCFA pour une consultation externe en appliquant la gratuité ciblée, ou d'un remboursement de 250 FCFA pour un patient qui est capable de payer les tarifs du recouvrement de coûts.
- Nous proposons également que les FOSA autonomes puissent développer des stratégies de décider qui sont les vulnérables dans leur zone cible. Au Cameroun, l'expérience avec une telle approche décentralisée d'identification des vulnérables dans le programme FBP 2011-2014, financé par la Banque Mondiale, était très favorable
- Nous pensons que dans des conditions non-extrêmes, il n'est pas nécessaire d'exempter toutes les femmes enceintes et tous les petits enfants. Une telle population constitue 60% des patients. En réalité, toutes les femmes ne sont pas pauvres. Économiquement, il est plus logique d'adopter une gratuité ciblée (pour des déplacées, personnes âgées, malades mentaux, vrais indigents, etc.) où les gestionnaires des formations sanitaires autonomes identifient les vulnérables.
- Enfin, nous recommandons pour la RCA:
 - de revoir la répartition des Aires de Santé pour le Paquet Minimum d'Activités (pour en moyenne entre 7.000 et 12.000 habitants) et le Paquet Complémentaire d'Activités d'un hôpital (entre 50.000 et 200.000). Cela peut mieux distribuer les ressources et ainsi créer des économies d'échelle.
 - d'introduire le système de l'indice pour renforcer la transparence. On propose une mission par un expert qui maîtrise bien l'outil de l'indice pour renforcer l'équipe qui était déjà en place en RCA depuis 2009.
 - d'introduire les évaluations par les pairs au niveau hospitalier plutôt que par le système actuel d'évaluations hiérarchiques par des Équipes Régionales de Santé;
 - d'organiser des réunions plus régulières du comité préfectoral avec les responsables des FOSA.

4.3 Recommandations potentiel FBP secteurs économiques et éducation

Il existe un grand potentiel en RCA pour aussi appliquer le FBP dans d'autres secteurs que celui de la santé.

- Le potentiel dans le secteur d'éducation est particulièrement grand. Madame le Ministre Gisèle BEDAN a indiqué qu'elle voulait considérer la possibilité d'introduire - avec l'UNICEF - le FBP dans les écoles de la RCA. En effet, Cordaid a déjà testé avec succès le FBP dans 70 écoles de la préfecture de la Nana-Mambéré. Madame le Ministre a aussi indiqué qu'elle voulait envoyer aussi vite que possible une équipe de son Ministère dans une formation FBP.
- Dans le secteur économique, il est important que les ONGs et les OCF préfectoraux commencent à développer des contrats de performance avec les villages et quartiers du pays avec le but principal de stimuler les activités économiques et en même temps stabiliser politiquement les communautés.

5. RECOMMENDATIONS (IN ENGLISH)

5.1 Recommendations to humanitarian aid organisations

- During the humanitarian crisis which has arisen in the Central African Republic since March 2013, applying a PBF Emergency approach proved to have better outcomes than the conventional emergency approach characterized by the distribution of inputs by international NGOs. This is the main conclusion of a survey carried out among 30 health facilities.
- In regions in which the European Union had introduced PBF (Regions I and VI) in 2011, but discontinued this approach just before the crisis began, the subsequent conditions proved more deleterious. After March 2013, the Emergency Department of the EU, ECHO, did not return to PBF in the regions where PBF had been practised before, but adopted a more conventional inputs-based approach run by international NGOs. Based on the findings of our study, this choice led to less advantageous results in the facilities concerned.
- In light of the new efforts now being considered by the international agencies, the results of our study urge us to present a number of recommendations to introduce PBF concepts and tools into the strategic arsenal of all emergency stakeholders, which in our view would enhance the efficiency and effectiveness of the emergency strategy.
 - First, we propose a change in strategy for the emergency funding by the World Bank for which the Ministry of Health in May 2014 signed a contract with WHO, UNICEF and UNFPA. At the moment, this contract covers mainly the purchase of inputs such as drug kits.
 - Secondly, we propose that the Regions I and VI return as quickly as possible to a PBF *modus operandi*.
 - In Region II, we think PBF could be continued in the prefecture of Nana Mambéré in which it already exist, and at the same time be expanded to the prefecture of Mambéré Kadeï. Restarting PBF in the other regions should not take too much time either, because the Contract Development and Verification agencies (CDV) in Bimbo and Bangassou are still in place and the health facility personnel are fully trained in PBF. The CDV Agency of Bouar could cover Region II, which includes the prefecture of Mambéré Kadeï.
 - It is our professional estimation that the PBF Emergency approach could be expanded to the whole country within a few months. One basis for this conviction is that since 2009, 49 senior executives from the Central African Republic have been trained in PBF, many of whom from the Ministry of Health. They are not mere theoretical persons, but seasoned in PBF. In addition, 30% of the population of the CAR was already covered by the PBF before the crisis started in March 2013 and so several of the basic routines were put in place.
- Injection of money into the local economy on the basis of the performance of health facilities, schools and communities provides, has often been noted to stimulate economic demand and allow the supply agents to recover. Injecting cash into the economy furthermore creates important economic multiplier effects.
- By contrast, recentralizing the purchasing of drug kits or equipment could weaken the internal pharmaceutical market in CAR, which was just developing before, with certified distributors (Roff Pharma, UCM and the Pharmacy of the Diocese of Bouar). This market continued to operate even during the crisis.
- If the World Bank (with WHO, UNICEF and UNFPA), ECHO and any of the other agencies would decide to pull their forces and fund the continuation of the PBF approach in the CAR, it would be desirable to mount a formulation mission (for Regions I, II and VI), which would have to include a costing adapted to the humanitarian context, a solid assessment of the necessary mechanisms to exempt the displaced and other vulnerable people and a clear delineation of the verification processes.

5.2 Recommendations for improving the PBF Emergency approach

- In Nana Mambéré, Cordaid capped the proportion of patient exemptions at 5%. This figure was the same before and during the crisis. Our study demonstrates that the 5% exemption was too low. During the crisis, an emergency PBF approach should have increased the subsidies in such a manner that cost recovery could be waived for 25%, 50% or in extreme cases even for all (100%) of the patients. The PBF mechanisms to execute such an increase in subsidies were already in place. But this would, of course, have required a budget increase justified by the emergency, money then channelled through a PBF approach.
- A targeted exemption approach clearly requires a well-functioning PBF Steering Committee at the Regional or Prefectural level, which meets regularly to establish the exemption rates in each health facility based on the specific problems in the area and the available budget. For example, in the emergency PBF approach, health facilities could receive a subsidy of 750 F CFA (\$ 1.50) for each outpatient consultation patient who is exempted. This could be compounded by e.g. a 250 F CFA (\$ 0.50) subsidy for each patient who also pays user fees.
- We propose that even under emergency circumstances health facilities themselves develop and implement the exemption strategies autonomously. They decide who are vulnerable instead of developing some kind of centralized approach. Experience with such a decentralized approach proved favourable, for instance, during the 2011-2014 Cameroon PBF program financed by the World Bank.
- It is normally not a sustainable option to exempt all pregnant women and small children. This would constitute more than 60% of the patients. Under most circumstances, not all parents of children or all women are poor. It makes better economic sense to adopt a targeted free health care/exemption approach whereby the managers of autonomous health facilities identify the vulnerable such as the displaced, old, mentally ill, very poor, etc. This discretionary approach we deem also the best practice under emergency circumstances.
- Finally, we recommend in the CAR:
 - to review the population of the Catchment Areas of the principal contract holders for the Minimum Health Package of Activities at primary level (average between 7,000 and 12,000 inhabitants) and the Complementary Package of Activities for the hospitals (between 50,000 and 200,000). This will create better economies of scale;
 - to introduce the indices management system in the health facilities to enhance transparency. A mission by an expert with thorough mastery of the indices tool may be necessary to strengthen the team in the CAR;
 - to introduce quality peer reviews at hospital level rather than the current more hierarchical evaluations reviews undertaken by the Regional Health Department;
 - to organize regular meetings at prefectural level with the principal contract holders.

5.3 Recommendations concerning the education and economic sectors

There is a great potential in the CAR for applying PBF in other sectors besides health. This applies in particular to:

- The educational sector. Cordaid has already successfully tested PBF in 70 schools in the prefecture of Nana-Mambéré. The honourable Minister of Education Gisèle BEDAN indicated a special interest to introduce PBF schools in the CAR (together with UNICEF). The Minister also indicated a desire to send a team of her Ministry to one of the PBF courses.
- The economic sector. It is equally important that the NGOs and the prefectural CDV Agencies begin to develop performance contracts with the peripheral urban settlements and villages with the primary goal of stimulating economic activities while at the same time reducing political instability and ethnic tensions.

ANNEXE 1: TERMES DE REFERENCE



Depuis 2009, Cordaid a mis œuvre un projet *pilote* de Financement Basé sur la Performance dans la préfecture sanitaire de Nana Mambéré, région sanitaire II avec des fonds propres. Une Agence d'Achat de Performance (AAP) a été créée selon le modèle similaire aux Organes de Canalisation de Fonds (OCF).

Deux volets d'action concernent ce projet principalement: la santé et l'éducation.

- La santé, avec 54 Formations sanitaire sous contrat l'appui consiste à acheter les différents indicateurs d'activités réalisées en termes de Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) pour les hôpitaux et de Paquet Minimum d'Activités (PMA) pour les centres de santé.
- L'éducation avec un appui à 70 écoles primaires actuellement, dans le cadre du renforcement de l'amélioration de la qualité de l'enseignement des enfants à l'école primaire.
- Le renforcement de la régulation sanitaire pour assurer son rôle, notamment la région sanitaire N°2 et la préfecture sanitaire de Nana Mambéré dans le cadre de séparation de fonction.

Depuis les événements politico-militaires que la RCA a connus depuis le 24 Mars 2013, Cordaid a maintenu son appui aux 54 centres de santé de la préfecture de Nana Mambéré, ce qui a permis aux différentes FOSA d'assurer les activités. Depuis la dernière crise de Décembre, nous avons allégé les procédures liées à l'approche PBF en l'adaptant au contexte d'urgence. Cette approche a permis aux structures d'être fonctionnelles, avec son personnel de santé en place au bénéfice de la population.

Cinq ans après la mise en œuvre du PBF une évaluation s'avère nécessaire pour en tirer des leçons apprises, en vue de renforcer le plaidoyer à tous les acteurs concernés.

A. Objectifs de l'évaluation

1. Tirer des leçons des efforts du PBF dans la préfecture de la Nana Mambéré depuis 2009
2. Étudier la actualité des services de santé - Analyse qualitative :
 - a. Comparer les établissements de santé de Nana Mambéré en termes de qualité de services avec d'autres établissements de santé dans une autre préfecture voisine non PBF (ex. Mambéré-Kadeï). Il pourrait être intéressant de mener une étude sur la qualité simple, par exemple dans 20 établissements de santé de Nana Mambéré et de les comparer avec les 20 autres facilités de santé choisies au hasard dans une autre préfecture non PBF;
 - b. Mener des entretiens qualitatifs avec le personnel des établissements de santé dans les deux préfectures.
3. Étudier ce que le FBP a fait pendant la crise en 2013, Comment Cordaid et l'OCF Nana Mambéré ont pu répondre dans la situation d'urgence.
4. Essayer de comparer l'approche PBF de Nana Mambéré avec une autre approche du type d'urgence d'une autre ONG internationale (cas de Merlin/Save The Children).
5. Déterminer les structures qui ont survécu pendant la crise y inclus des structures publiques, communautaires, religieuses, privé-lucratif.
6. Comment l'accès aux médicaments et d'autres d'intrants ont évolué?
7. Formuler des recommandations à Cordaid et à l'autorité sanitaire.

B. Durée de la mission :

La mission durera deux semaines, soit 14 jours, **du 11 au 24 mai 2014.**

Un débriefing sera effectué à la fin de cette mission d'évaluation à la Cordaid Directrice du Pays et un rapport final sera présenté une semaine plus tard.

ANNEXE 2: QUESTIONNAIRE TITULAIRE**Interview Chefs FOSA et Directeurs Hôpitaux VF 180514**

de fiche : Téléphone de la personne interviewée :

Date: ... / ... / 2014	Nom enquêteur 1 :	Nom enquêteur 2 :
Région :	Préfecture:	District
Nom PS / CS / Hop :	FoSa : publique / agréée / privée	Lits :
Pop. Aire de Santé:	FOSA appuyé par Cordaid / ONG autre / Autres	
Dans l'Urgence actuellement : oui / non	Dans le PBF actuellement : oui / non	

Personnel dans l'Aire de Santé Avant Mars 2013 et Après Mars 2013

Formations Sanitaires	Staff qualifié Médecin <i>Avant</i>	Staff Q TSS/L IDE/SF/ AS/AAC	Staff NON qualifié <i>Avant</i>	TOTAL Staff <i>Avant</i>	Staff qualifié Médecin <i>Après</i>	Staff Q TSS/L IDE/SF/ AS/AAC	Staff NON qualifié <i>Après</i>	TOTAL Staff <i>Après</i>
Hôpitaux								
Centre de Santé Publique								
Centre de Santé Privé								
CS/PS Publique (<i>sous contrat</i>)								
CS/PS Privé (<i>sous contrat</i>)								
TOTAL :								

Engagé par État : .. , Engagé par Mairie : .. Engagé par COGES : .. Engagé par ONG ..

1. Votre FOSA paie actuellement un salaire ou prime **fixe** ? Oui / non
 Votre FOSA paie actuellement une prime (de performance) **variable** ? Oui / non
 Si variable, comment vous répartissez cette prime?
 Outil de l'indice / forfait / % des recettes
 Comparaison rémunération moyenne personnel.

Catégorie	Avant Mars 13 Fonct / COGES	Phase intermédiaire de à Fonct / COGES	Avril 2014 Fonct / COGES
Salaire - prime fixe Chef CS / MC Hop	F	F	F
Prime de performance	F	F	F
Total titulaire	F	F	F
Salaire - prime fixe infirmier AS ou AA	F	F	F
Bonus de performance	F	F	F
Total infirmier AS ou AA	F	F	F
Salaire - prime fixe personnel d'appui	F	F	F
Bonus de performance	F	F	F
Total infirmier personnel d'appui	F	F	F

2. Avez vous déjà participé à la **gratuité totale** Oui / non
 Avant mars 2013 oui / non
 Après mars 2013 oui / non
 Si oui, quelle période : de jusqu'au

Si gratuité **totale**, quelle était votre appréciation *sur la tendance* :

de la fréquentation des activités curatives (CE) : augmentation / diminution
 de la fréquentation des activités préventives (PEV / CPN) : augmentation / diminution
 de la stratégies avancées : augmentation / diminution
 de la durée d'attente des patients : positif / négatif
 de la disponibilité de médicaments : positif / négatif
 de la motivation du personnel : positif / négatif
 de la qualité en résumé : positif / négatif

3. Appréciation des activités et du fonctionnement de la FOSA dans les différentes phases ?

Activités	Avant crise PBF	Approche Urgence Quand :	Approche PBF Quand :	Aucun Appui Quand :
Consultation Externe # mois				
Accouchements # mois				
Grande chirurgie # mois				
Petite chirurgie / blessures # mois				
Planification familiale # mois				
PEV fonctionnel	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non
COGES fonctionnel	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non
Résolution des problèmes fonctionnement	Bon / app-mv	Bon / app-mv	Bon / app-mv	Bon / app-mv
Qui décide de la répartition des dépenses	FS / PS / ONG	FS / PS / ONG	FS / PS / ONG	FS / PS / ONG
Revue Qualité Trim réalisée DS / PS / RS	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non
Supervision FOSA réalisé DS / PS	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non
Réalisations en infrastructure ?	X	X	X	X
<i>Grande construction</i>	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non
<i>Réhabilitation</i>	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non
<i>Équipement</i>	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non

4. Disponibilité en médicaments

Médicaments	Avant crise PBF	Approche Urgence Quand :	Approche PBF Quand :	Aucun Appui Quand :
Disponibilité en médicaments	Bon / Pas bon	Bon / Pas bon	Bon / Pas bon	Bon / Pas bon
Qui achète les médicaments ?	FOSA/ONG/ OSNU	FOSA/ONG/ OSNU	FOSA/ONG / OSNU	FOSA/ONG / OSNU
Est-ce que vous avez bénéficié de l'appui de médicaments en intrants?	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non
Si des intrants, quelle est votre appréciation ?	Bon / pas bon	Bon / pas bon	Bon / pas bon	Bon / pas bon

Si c'est la FOSA qui a acheté les médicaments, où ?

Roff Pharma, Autres Privé UCM, ONG Distributeurs conf

5. Quelles sont les sources de recettes en l'argent liquide de votre CS / hôpitaux et comment sont-elles réparties ?

RECETTES – argent liquide - FOSA - hôpital	Avant Mars 13	Phase intermédiaire de à	Avril 2014
a. Recouvrement de coût: Paiement direct	F	F	F
b. Remboursement mutuelle / Ass Maladie	F	F	F
c. Salaires fixes de l'État	F	F	F
d. Subsidés fixes de l'État fonctionnement	F	F	F
e. Subsidés PBF :	F	F	F
f. Autres subsidés – partenaire(s)	F	F	F
GRAND TOTAL RECETTES	F	F	F
Solde de mois (cash + banque)	F	F	F

6. Recettes par personne par an : \$ (Standard \$ 7.00)

7. Les contributions de l'Etat et des partenaires sont-elles suffisantes? Oui / à peu près - non

Si à peu près ou non, pourquoi ? :

.....

8. Quelles mesures d'équité sont appliquées à la FOSA ?

Mesures d'équité	Avant crise PBF	Approche Urgence Quand :	Approche PBF Quand :	Aucun Appui Quand :
Subsides vulnérables générales 5%	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non
Subsides ciblés aux enfants < 5 ans et femmes enceintes	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non
Gratuité totale	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non
Bonus d'isolement PBF	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non

9. Faudrait-ils introduire des nouveaux indicateurs pendant une phase d'urgence ? Oui / non
Si oui, lesquels ?10. La FOSA a travaillé ou travaille actuellement avec le PBF ? Oui / non
En résumé, comment jugez-vous cette expérience? Bon / à peu près bon - pas bon11. La FOSA - a travaillé / ou travaille actuellement - avec système input ONG ? Oui / non
En résumé, comment jugez-vous cette expérience? Bon / à peu près bon - pas bon

12. Autres suggestions / recommandations à proposer

ANNEXE 3: QUESTIONNAIRE DE QUALITE**QUESTIONNAIRE** Version Finale 15/05/14
ENQUÊTE QUALITÉ FORMATIONS SANITAIRES

*Interviewer explique le but de visite que le MSP vise d'améliorer les soins de santé .
La confidentialité est assurée. L'enquête n'est pas une inspection mais un point de départ pour une
intervention future et de connaître la réalité*

Date: .. / .. / 2014	Nom enquêteur:	Région:
Préfecture:	Nom FOSA :	FoSa : publique / agréé / privée
Pop Aire de Santé :	Nombre de lits :	
Etat du bâtiment ? Bon / à peu prêt / mauvais		

A. INDICATEURS GÉNÉRAUX	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Disponibilité d'une carte sanitaire de l'aire d'attraction affichée	1	0
2. Plan de business (ou plan d'action) du FOSA <u>trimestriel</u> disponible et utilisé	1	0
3. Procès verbal des réunions techniques du FOSA fait <u>mensuellement</u> et disponible	1	0
4. Fiches de référence disponible	1	0
5. Disponibilité de radio ou portable pour la communication entre le centre de santé et l'hôpital de première référence	1	0
6. Les tarifs du recouvrement de coût sont affichés visibles pour le public	2	0
7. L'infirmier stérilise les instruments selon les normes <i>Stérilisateur disponible et utilisé chaque jour</i>	1	0
8. Les déchets sont collectés dans des poubelles appropriées Disponibilité de poubelles - boîte sécurité	1	0
9. Incinération effectuée correctement - fosse à déchet présent	1	0
10. Présence de latrines en quantité suffisante et en bon état de fonctionnement	1	0
11. Propreté de la cour <i>Déchets et produits dangereux dans la cour</i>	1	0
Points TOTAUX - 12 points maximum / 12	XXXXXX

B. Protocole - CONSULTATION EXTERNE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. La numérotation correcte dans le registre de CE	1	0
2. Services disponibles 24/24 heures, 7/7 jours, <i>- voire le registre de CE : dernier dimanche</i>	1	0
3. Protocole affiché pour la prise en charge du paludisme	1	0
4. La prise en charge satisfaisante du <u>paludisme simple</u> <i>Voyez le registre les 5 derniers cas (Coartem – quinine cp)</i>	2	0
5. La prise en charge satisfaisante du <u>paludisme grave</u> <i>Voyez registre les 2 derniers cas (quinine ou artémether inj)</i>	1	0
6. Disponibilité de stéthoscope / tensiomètre fonctionnel	2	0
7. Disponibilité de thermomètre fonctionnel	1	0
8. Disponibilité d'otoscope fonctionnel	1	0
9. Disponibilité de balance fonctionnel	1	0
Points TOTAUX - 11 points maximum / 11 points	XXXXXX

C. Protocole de diagnostic et traitement - MATERNITÉ	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Disponibilité du partogramme	1	0
2. La prise de la tension artérielle lors de l'accouchement <i>Rempli dans le partogramme ou sur la fiche d'admission</i>	1	0
3. La prise systématique de l'APGAR lors de l'accouchement <i>Rempli dans le registre de maternité</i>	1	0
4. Disponibilité d'une toise (<i>pour mesurer la taille</i>)	1	0
5. Disponibilité d'un stéthoscope obstétricale	1	0
6. Table d'accouchement en bon état (<i>pose pieds fonctionnel</i>)	2	0
7. Disponibilité de 2 boîtes obstétricales stérilisés, qui contiennent au moins 1 ciseau, 2 pinces, 1 porte aiguille	1	0
8. Disponibilité d'une pèse bébé fonctionnel	1	0
9. Disponibilité d'un poire (= aspirateur manuel)	1	0
10. Disponibilité moustiquaires dans la salle d'hébergement	2	0
Points TOTAUX - 12 points maximum / 12	XXXXXX

D. Protocole - PLANIFICATION FAMILIALE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Registre de la PF disponible et bien rempli	2	0
2. Méthodes contraceptives orales et injectables disponibles et en quantité (<i>au moins 20 plaquettes et 10 ampoules</i>)	2	0
3. Méthodes DIU disponibles et en quantité (<i>au moins 5</i>)	1	0
4. Fiche de la PF disponible et bien remplie (5 fiches) <i>(tensiomètre art, hépatomégalie, varices, poids)</i>	2	0
5. Infirmier calcule le nombre de femmes attendus pour la PF dans son aire d'attraction	1	0
Points TOTAUX - 8 points maximum / 8	XXXXXX

E. Protocole - VACCINATION – CONSULTATION PRE-NATALE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Disponibilité DTC+Hib+Hep, BCG, VAR, VAP, VAT	1	0
2. Contrôle régulier de la chaîne de froid <i>Disponibilité de cahiers ou fiche de température (2 x jour)</i>	1	0
3. Respect des normes de la conservation des vaccins <i>La disposition vaccins - VAR & VAP dans congélateur</i> <i>- Autres vaccins dans le réfrigérateur</i>	1	0
4. Stock de carnets PEV pour les clients - au moins 10	1	0
5. Registre de la CPN disponible et bien rempli – 10 derniers	2	0
6. Stock fiches CPN – au moins 25	1	0
Points TOTAUX - 7 points maximum / 7	XXXXXX

F. Protocole de diagnostique - LABORATOIRE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Disponibilité d'une centrifugeuse fonctionnelle	1	0
2. Disponibilité d'un microscope fonctionnel – huile à immersion – miroir ou électricité - lames	3	0
3. Disponibilité GIEMSA	1	0
Points TOTAUX - 5 points maximum / 5	XXXXXX

G. Disponibilité de MÉDICAMENTS TRACEURS Stock de sécurité = Consommation moyenne mensuelle / 2 = CMM / 2	Disponible OUI > CMM / 2	Disponible NON < CMM / 2
1. Amoxicilline caps 250 mg	1	0
2. Coartem comp	1	0
3. Cotrimoxazole comp 480 mg	1	0
4. Diazépam 10 mg / 2ml - injectable	1	0
5. Mebendazole 100 mg ou albendazole comp 400 mg	1	0
6. Méthergine ou ocytocine amp injectable	1	0
7. Metronidazole comp 250 mg	1	0
8. Paracétamol comp 500 mg	1	0
9. Quinine comp 300 mg	1	0
10. SRO / Oracel sachet	1	0
Points TOTAUX - 10 points maximum / 10	XXXXXX

H. Disponibilité de CONSOMMABLES TRACEURS Stock de sécurité = Consommation moyenne mensuelle / 2 = CMM / 2	Disponible OUI > CMM / 2	Disponible NON < CMM / 2
1. Gants stériles	1	0
2. Compresses	1	0
3. Solutés glucose 5%	1	0
Points TOTAUX - 3 points maximum / 3	XXXXXX

SCORE TOTAL / 68	XXXXXX
--------------------	-------------------	---------------

*VERIFIER QUE TOUTES LES QUESTIONS SONT REMPLIES
Enquêteur remercie le personnel*