

**Contrat Cadre BENEFICIARIES 2013 - LOT 8 Health
EuropeAid/132633/C/SER/multi**

Fonds fiduciaire "Bêkou", Unité E1 - Afrique centrale, DG DEVCO

**Evaluation du Programme d'appui sectoriel santé
au Plan de Transition en République
Centrafricaine - Phases 1 et 2**

RAPPORT FINAL

22 Mai 2018



Projet financé par l'Union européenne

Mis en œuvre par ICE Consulting



ÉVALUATION DES INTERVENTIONS DU FONDS BEKOU DANS LE SECTEUR SANTE DE LA REPUBLIQUE CENTRE AFRICAINE

Contrat N°2018/395008

RAPPORT FINAL NARRATIF

22 Mai 2018

AVERTISSEMENT

Cette évaluation est soutenue et guidée par la Commission européenne et présentée par le consortium ICE. Le rapport ne reflète pas nécessairement les visions et les opinions de la Commission européenne

TABLE DES MATIERES

I. Introduction	7
1.1 Contexte du pays	7
1.1.1 Contexte général du pays	7
1.1.2. Contexte macroéconomique	7
1.1.3. Contexte du secteur de la santé	9
II. Présentation du programme Bêkou	11
2.1. Présentation générale	11
2.2. Zones d'interventions du projet	12
III. Réponses aux questions d'évaluation	15
3.1. Pertinence et valeur ajoutée de l'UE	15
3.1.1. Pertinence	15
3.1.2. Valeur ajoutée de l'UE	17
3.2. Efficience	19
3.3. Efficacité	25
3.3.1. Renforcement de la coordination	25
3.3.2. Disponibilité des médicaments essentiels génériques	28
3.3.3. Approvisionnement des structures de santé en médicaments et produits de santé	31
3.3.4. Mesure des indicateurs contractuels	33
3.4. Impact	37
3.5. Durabilité	41
3.6. Visibilité	42
3.7. Questions transversales	42
3.7.1. Equité et Protection sociale	42
3.7.2. Genre	43
3.7.3. Environnement	43
IV. Conclusions et recommandations	43
4.1. Conclusions	43
4.2. Recommandations	46
4.2.1. Recommandations stratégiques pour la phase III	46
4.2.2. Recommandations opérationnelles phase III	49
4.2.3. Recommandations sur la gouvernance pour le MSP avec l'appui des AT centraux et ONGs	51
V. Annexes	53
Annexe 1 – Termes de référence spécifiques	53
Annexe 2 – Société et CV de chaque évaluateur	69

Annexe 3 – Détail de la méthodologie.....	74
Annexe 4 – Matrice de la logique d'intervention	77
Annexe 5 – Matrice d'évaluation des risques	82
Annexe 6 – Cartographie de la RCA	83
Annexe 7 – Liste des personnes rencontrées	84
Annexe 8 – Littérature et documentation consultée	90
Annexe 9 – Questions d'évaluation.....	91
Annexe 10 – Résumé des solutions proposées par les études sur le développement d'un système national d'approvisionnement	94
Annexe 11 – Notes méthodologiques de calculs des indicateurs du Cadre de résultats niveau 2, version 2017 (EU Results Framework Indicator methodology note).....	96
Annexe 12 – Activités compilées de formations des six ONGs	106
Annexe 13 – Tableau de Ressources Humaines endo et exogènes	110

LISTE DES ACRONYMES

AAPRC	Agence d'Achat de Performance et de renforcement des capacités
ACAME	Association des Centrales d'Achat de Médicaments Essentiels
AEDES	Agence Européenne pour le Développement et la Santé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ASSOMESCA	Association des Œuvres Médicales des Églises pour la Santé en Centrafrique
AT	Assistant technique
BAD	Banque Africaine de Développement
BM	Banque Mondiale
CCIA	Comité de Coordination Inter-Agence
CCSSS	Cadre de Concertation Stratégique du Secteur de la Santé
COGES	Comité de Gestion
CPN	Consultation Périnatale
CRUE	Cadre de Résultat de l'Union Européenne
CS	Centre de Santé
CTN/FBR	Cellule Technique Nationale de suivi des financements basés sur les résultats;
DAD	Gestion des Base de Données
DCS	Direction de la Communication en matière de Santé
DEP	Direction des Etudes et de la Planification ;
DG ECHO	Direction générale pour la protection civile et les opérations d'aide humanitaire européennes de la Commission européenne
DGSP	Direction Générale de la Santé Publique
DPLMT	Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle
DR	Direction des Ressources
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DUE	Délégation de l'Union Européenne
ECR	Equipe Cadre Régionale
FBR ou FBP	Financement basé sur les résultats- Financement basé sur la performance ;
FED	Fonds Européen de Développement
FMI	Fonds Monétaire International
FOSA	Formation sanitaire
GAVI	Global Alliance for Vaccination and Immunisation
GT	Groupes Thématiques
HCR	Haut-Commissariat aux Réfugiés
HeRAMS	Health Resources Availability Mapping System
IEC	Information Education Communication
ICSPL	Inspection Centrale des Services Pharmaceutiques et des Laboratoires
IDA	International Dispensary Association (IDA Foundation)
INTERPOL	Organisation internationale de police criminelle
IRACM	Institut de recherche anti-contrefaçon de médicaments
ISPL	Inspection des Services Pharmaceutiques et des Laboratoires
LRRD	Liens entre l'aide d'urgence, la réhabilitation et le développement
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MEG	Médicaments Essentiels Génériques

MILD	Moustiquaire Imprégné d’Insecticide de Longue Durée
MINUSCA	Mission des Nations Unies de Soutien à la Centrafrique
MNT	Maladie Non Transmissibles
MPECI	Ministère du Plan, de l’Economie et de la Coopération Internationale
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PAO	Plan d’Action Opérationnel
PASS	Projet d’Appui au Système de Santé
PBF	Performance Based Financing
PCA	Paquet complémentaire d’activités
PCIME	Prise en charge Intégrée des Maladies de l’Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccinations ;
PISS	Plan Intérimaire du Secteur de la Sante 2018-2019
PMA	Paquet minimum d’activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPP	Partenariat Public Privé
PS	Préfecture Sanitaire
PSDRH	Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTSS	Plan de Transition du Secteur de la Santé
PUI	Première Urgence Internationale
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RCA	République Centrafricaine
RHS	Ressources Humaines en Santé
ROM	Result Oriented Monitoring
RS	Région sanitaire
RSS	Renforcement des systèmes de santé
SAV	Semaine Africaine de Vaccination
SCI	Save the Children International
SIDA	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
SNIS	Système National d’Information Sanitaire
SNU	Système des Nations Unies
SSP	Soins de santé primaires
STCCSSS	Secrétariat Technique du Cadre de Concertation Stratégique du Secteur Santé
TDR	Termes de Référence
UA	Union Africaine
UCM	Unité de Cession de Médicaments
UDP	Unité de Dépôt Pharmaceutique
UE	Union Européenne
UNDAF	Programme de Développement des Agences des Nations Unies
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l’Enfance
VIH	Virus Immuno déficitaire Humain
WWF	Fonds Forestier Mondial

I. Introduction

1.1 Contexte du pays

1.1.1 Contexte général du pays

Le conflit, qui a débuté en 2013 avec l'éviction du président François Bozizé, a fait des milliers de morts. Des groupes armés, en particulier les forces de l'ex-Séléka et des milices anti-balaka, contrôlent toujours de vastes parties du pays, aidés en cela par la circulation massive des armes légères. Des élections ont eu lieu pour remplacer le gouvernement de transition et un nouveau gouvernement a été formé le 11 avril 2016. À partir du mois de juin 2016, après une période d'accalmie relative, les combats entre groupes armés se sont intensifiés, et les attaques visant des civils se sont multipliées.

Dans le cadre de la Mission multidimensionnelle intégrée des Nations Unies pour la stabilisation en République centrafricaine (MINUSCA), dont le mandat a été renouvelé jusqu'au 15 novembre 2017, quelque 12.870 membres du personnel en uniforme ont été déployés. Les forces de la MINUSCA ont été renforcées à la suite de critiques portant sur sa capacité à réagir aux attaques. Son aptitude à protéger les civils reste toutefois limitée en raison de la taille du pays et de la présence importante de groupes armés et de milices. Les forces françaises, déployées dans le cadre de l'opération Sangaris, avaient presque achevé leur retrait en octobre 2017.

Le conflit se poursuit actuellement entre groupes armés et milices et au sein de ces formations, ainsi qu'entre celles-ci et les soldats de la force internationale de maintien de la paix. Il a donné lieu à de graves atteintes aux droits humains, notamment des crimes de droit international. Les auteurs présumés de ces agissements restent impunis. Plus de 434.000 personnes déplacées à l'intérieur du pays vivent dans des conditions très difficiles, et au moins 2,3 millions de personnes dépendent de l'aide humanitaire.

Une importante conférence des donateurs pour la République centrafricaine s'est tenue à Bruxelles le 17 novembre 2016. Le plan de redressement et de consolidation de la paix pour 2017-2021 a été présenté aux donateurs ; il nécessitait 105 millions de dollars des États-Unis sur une période de cinq ans pour soutenir les mesures visant à renforcer le système judiciaire du pays et à rendre opérationnel le tribunal spécial.

La réforme du secteur de la sécurité se poursuit. Les autorités ont lancé en août 2017 le processus de désarmement, démobilisation, réintégration et rapatriement (DDRR). Les 109 premiers ex-combattants ont rendu leurs armes et reçu une formation en vue d'intégrer les forces armées ou leurs communautés. Les autorités ont adopté un plan national de défense, ont recruté 500 agents de police et mettront à la retraite 706 soldats avant la fin 2017.

1.1.2. Contexte macroéconomique¹

La République centrafricaine (RCA) est un État fragile. Le principal axe économique, entre Bangui et Cameroun, reste stable, mais la sécurité se dégrade dans d'autres régions. Des groupes armés ont attaqué des civils, des travailleurs humanitaires ainsi que des soldats des Nations unies et la moitié de la population a besoin d'assistance humanitaire. Le gouvernement prend des mesures pour rétablir l'autorité de l'État, en particulier dans les provinces. Les prévisions de croissance à moyen terme ont été revues à la baisse en raison de l'impact de l'insécurité sur la production agricole. Le programme appuyé par le mécanisme de Facilité Elargie du Crédit (FEC) du FMI fait partie intégrante des efforts menés dans les pays de la Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale (CEMAC) pour redresser les déséquilibres régionaux et reconstituer des marges de manœuvre suffisantes.

¹ Extraits du rapport FMI 17/407 Décembre 2017

L'environnement des affaires en RCA reste l'un des moins attractifs d'Afrique. Le dernier rapport Doing Business 2017 de la Banque mondiale place la RCA au 185^e rang parmi les 190 pays classés. La RCA reste fortement contrainte par l'absence ou l'insuffisance des infrastructures, ainsi que par d'importantes difficultés liées à l'accès à l'électricité, au paiement des impôts et taxes, et à l'exécution des contrats.

Confrontées à un environnement sécuritaire difficile, les autorités ont adopté une stratégie d'élargissement progressif des zones de stabilité, avec l'appui de l'ONU. Cette stratégie a permis de redéployer des forces de police et de gendarmerie dans les villes principales, ce qui devrait permettre la reprise des investissements publics et de l'activité économique. Les services du FMI estiment que cette approche progressive est réaliste et crédible. Les mesures visant à améliorer le climat des affaires en rationalisant les taxes parafiscales et les procédures administratives et l'apurement des arriérés domestiques appuieront et renforceront cette stratégie.

Après une bonne évolution à Bangui et Bambari, les autorités se concentrent maintenant sur Birao et Ndélé, dans le nord du pays, pour y déployer des services de police et de gendarmerie et y détacher des fonctionnaires, en coopération étroite avec les forces de l'ONU.

Selon les indicateurs économiques du premier semestre 2017, la croissance a été plus faible que prévue. L'insécurité a entravé la production agricole et les investissements étrangers, tandis que la consommation des administrations a été inférieure aux projections. En revanche, l'évolution est plus satisfaisante dans les secteurs axés sur l'exportation. Les exportations de bois et de coton et les exportations officielles de diamant ont fortement augmenté dans les territoires sous contrôle de l'État. Les prévisions de croissance du PIB pour 2017 (4 %) sont inférieures aux projections initiales (4,7 %). L'inflation est conforme aux objectifs : le recul de la demande et l'augmentation de l'offre alimentaire le long de l'axe Douala-Bangui devraient contenir l'inflation à 3,8 % à la fin de l'année.

La crise a fortement fragilisé le secteur privé et la compétitivité de l'économie. Beaucoup d'entreprises ont en effet subi d'importants dégâts matériels et des pertes financières de taille, en raison des violences dans le pays et de l'accumulation d'arriérés de paiement de l'État vis-à-vis des fournisseurs locaux. Des efforts sont en cours pour améliorer les capacités de gestion du Guichet unique pour la formalisation des entreprises (GUFE) et favoriser la création de centres de gestion agréés au sein de la chambre de commerce. Après l'adoption récente d'un plan national pour relancer les réformes du secteur privé, la structure de concertation entre le secteur privé et l'État a également été réorganisée, avec la création du Cadre mixte de concertation pour l'amélioration des affaires. Celui-ci remplace les deux structures mises en place en 2010 pour promouvoir le développement du secteur privé : le Cadre permanent de concertation État/secteur privé et le Comité mixte pour l'amélioration de l'environnement des affaires. Ceux-ci avaient en effet été confrontés à des problèmes d'efficacité et de gouvernance bien avant le début de la crise de 2013, qui a finalement marqué l'arrêt total de leur fonctionnement. En 2015, le gouvernement de transition et les partenaires techniques et financiers (PTF) ont par ailleurs organisé plusieurs séminaires et forums à Bangui pour repenser et définir les actions nécessaires à la relance et au développement du secteur privé.

En définitive, la RCA est un État fragile pénalisé par les graves lacunes de ses capacités administratives et institutionnelles et un environnement sécuritaire instable. Dans ce contexte, les grandes priorités demeurent les suivantes : (i) renforcer le recouvrement et la performance des recettes, (ii) revenir à des procédures budgétaires normales et rendre plus efficace la dépense publique, y compris le cadre des dépenses en capital, (iii) renforcer les capacités et la stratégie de gestion de la dette et, (iv) améliorer l'établissement des données des comptes nationaux, des prix à la consommation, des finances publiques et du secteur extérieur.

Les autorités de la transition ont pourtant fourni, avec l'appui des PTF, des efforts encourageants pour améliorer l'environnement des affaires et relancer les activités du secteur privé. Elles ont ainsi repris les mesures adoptées avant que celle-ci ne survienne, en vue de faciliter la création d'entreprise : i) réduction de plus de 50 % des taxes pour créer une société ; ii) baisse de moitié des taxes sur le transfert de parts d'une société ; iii) simplification de la formalité de présentation de l'extrait de casier judiciaire ; iv) suppression des frais de création d'une société ; v) gratuité de l'inscription à la chambre de commerce ; et vi) suppression des frais d'immatriculation à la Sécurité sociale lors de la création d'entreprise.

Dans le cadre du Processus de Kimberley, initiative mondiale visant à empêcher les « diamants du sang » d'entrer sur le marché international, la République centrafricaine s'est vu interdire toute exportation de diamants en mai 2013. Cependant, le commerce du diamant s'est poursuivi dans le pays, notamment au profit de groupes armés impliqués dans des violences. En juillet 2015, le Processus de Kimberley a autorisé la reprise des exportations de diamants provenant de « zones conformes ». Durant l'année 2016, les zones de Berberati, Boda, Carnot et Nola, dans le sud-ouest du pays, étaient considérées comme « conformes ».

Perspectives et risques : Les perspectives à moyen terme se sont détériorées suite à la matérialisation des risques. Le plan d'investissement des autorités démarre progressivement en raison des faibles capacités, de l'enlisement du processus de paix et de la montée des violences. La croissance à moyen terme a été revue à la baisse, passant de 5,4 % à 4 % en moyenne. L'inflation annuelle, mesurée à Bangui, devrait tomber à 3 % d'ici à 2019, grâce à la normalisation escomptée de l'agriculture de subsistance et de l'amélioration croissante des échanges commerciaux le long de l'axe sécurisé Bangui-Douala.

Les risques pesant sur les perspectives sont élevés. En RCA, la recrudescence des violences pourrait ralentir encore la croissance, augmenter l'inflation et réduire les recettes fiscales. Le manque de cohésion politique et la faiblesse des capacités pourraient compromettre la stratégie des autorités pour la paix et le développement et entraver la croissance économique. Sur le plan extérieur, un recul de l'intégration transfrontalière pourrait entraîner une baisse de la croissance et des prix des principales exportations (coton, bois et diamant). D'éventuels retards dans l'octroi de l'aide budgétaire extérieure et des dons projets pourraient compliquer l'exécution du programme. En cas de non réalisation des hypothèses de croissance, les autorités sont déterminées à adopter certaines mesures d'urgence pour maintenir le cap du programme budgétaire. En revanche, la croissance pourrait augmenter fortement si le programme de réforme est mis en œuvre rapidement, si un accord de paix est conclu, si le processus de désarmement, démobilisation, réintégration et rapatriement s'accélère et si l'embargo sur les exportations de diamant est complètement levé ».

La mise en œuvre du **Plan national de relèvement et de consolidation de la paix** (PRCPA) est en cours. Le secrétariat permanent chargé de surveiller et de coordonner le programme d'investissement est opérationnel depuis octobre 2017. Sa priorité est de traduire les promesses de contributions de 2,2 milliards d'USD faites en novembre 2016 par les partenaires économiques et financiers de la RCA en projets d'investissement prioritaires et ciblés. Le secrétariat a établi une liste d'environ 150 projets structurants, dont 15 figurent au budget de 2018.

1.1.3. Contexte du secteur de la santé

La crise a considérablement affaibli le système de soins de santé de la RCA. En 2015, sur les quelques mille (1010) FOSAs, 276 structures ont été partiellement ou totalement détruites. Depuis le début de la crise, 75% des services de santé sont assurés par les acteurs humanitaires. Il manque actuellement environ 2 000 employés qualifiés, et les

structures de santé provinciales en particulier disposent de peu de médecins, de sages-femmes, d'infirmiers qualifiés et même d'assistants infirmiers.

L'accès aux médicaments et aux vaccins a été gravement entravé, provoquant des répercussions délétères sur le bien-être de la population.

L'Unité de cession du médicament (UCM) est en faillite du fait de sa mauvaise gestion, ce qui a donné lieu à la prolifération de contrefaçons et de ventes parallèles des médicaments par les agents de santé. L'insécurité alimentaire, quant à elle, toucherait environ 2 millions de personnes dans l'ensemble du pays. L'accès matériel ou financier aux denrées alimentaires a été entravé par le déplacement des populations, l'insécurité et les grandes perturbations du secteur agricole. Les personnes pauvres et vulnérables ne bénéficient pratiquement d'aucune protection sociale, hormis les programmes financés par les bailleurs de fonds. De plus, le manque de ressources humaines en santé (de médecins, d'infirmiers diplômés d'Etat et de sages-femmes) est notoire.

Quelques exemples de la situation épidémiologique : Entre 2012 et 2015² : (i) le risque de décès maternel a augmenté de 63 % : pour 100 000 naissances vivantes, 880 femmes sont décédées en couches en 2015 contre en 540 en 2012 ; (ii) la mortalité des moins de cinq ans a augmenté de 7,8 %, passant de 129 ‰ en 2012 à 139 ‰ en 2015 ; (iii) la mortalité infantile a augmenté de 5,5 %, passant de 91 ‰ en 2012 à 96 ‰ en 2015.

En 2014, dans un contexte de crise, le paludisme constituait encore la première cause de maladie avec 42,3 % des consultations dans les camps de déplacés.

Avant la crise de 2014, la situation nutritionnelle du pays était déjà préoccupante. 37 200 enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition aiguë sévère (MAS) et de malnutrition aiguë modérée. Le taux global de malnutrition aiguë sévère (MAS) atteint 7,8 %, tandis que le taux de malnutrition chronique a augmenté au cours des quatre dernières années pour atteindre 40 % en 2012. Le taux de séropositivité du VIH était estimé en 2010 à 4,9 % de la population, cette prévalence ayant sans doute augmenté du fait de la crise.

² En RCA il y a le deuxième plus haut taux de mortalité maternelle et le troisième plus haut taux de mortalité des moins de cinq ans dans le monde.

II. Présentation du programme Bêkou

Le Fonds fiduciaire³ de l'UE pour la République centrafricaine, dit « Fonds Bêkou⁴ » a été créé en février 2014, pour une période de cinq ans, jusqu'au 15 juillet 2019. Le lien entre l'aide d'urgence, la réhabilitation et le développement (LLRD) est le principe directeur du Fonds.

La composante santé du programme du Fonds Bêkou est en cohérence stratégique avec les objectifs du **Plan de Transition du Secteur de la Santé** (PTSS) élaboré par le Ministère de la Santé et de la Population (MSP), le programme s'appuie sur le renforcement des principales composantes du système de santé en priorisant les secteurs les plus affectés par les conséquences de la crise, c'est-à-dire l'offre de soins ainsi que la gouvernance et le leadership dans le secteur de la santé.

2.1. Présentation générale

Le programme avec ses 3 composantes vise à :

- mettre à disposition un paquet minimum de soins de santé;
- réduire la mortalité des populations vulnérables;
- appuyer le Ministère de la Santé et les Districts Sanitaires.

Composante 1.

Le fonds Bêkou a contractualisé avec des ONG internationales. Les 6 subventions avec la Croix Rouge Française (CRF), Save the Children, International Medical Corps (IMC), Cordaid, Alima, PUI ont été attribuées suite à un **appel à manifestation d'intérêt** (AMI).

Ce programme d'appui a pour cible les zones dont les conditions sont réunies pour proposer une véritable relance de l'offre de soins et une restructuration du système sanitaire. Cette relance se fera par étape en commençant par la mise à l'échelle d'un paquet minimum (PMA) de soins afin de réduire rapidement les taux de morbidité et mortalité, et vise à satisfaire les soins de santé de base du 1er niveau (formations sanitaires de premier contact et hôpitaux de 1ère référence).

L'approche par district est privilégiée avec comme objectifs généraux de soutenir directement les établissements sanitaires (de premier contact et niveau de référence), et de renforcer en parallèle le leadership des Equipes Cadres du District (ECD) et du personnel de santé pour l'exécution des fonctions principales du système de santé local.

Suite au lancement des actions menées par les 5 ONG sélectionnées un besoin d'extension géographique de l'action au nord du pays a été exprimé par le gouvernement centrafricain.

Le Fonds Bêkou, en association avec les autorités centrafricaines, a identifié la zone de Ndele pour la nouvelle action et Premières Urgences Internationale (PUI) comme partenaire de mise en œuvre. La subvention avec PUI a été attribuée en attribution directe compte tenu du fait que seules deux ONG internationales sont actives dans le domaine de la santé à Ndele (NB: l'autre ONG a indiqué ne pas vouloir s'engager sur ce projet).

Les activités ont débuté en janvier 2015 (les activités de PUI ont commencé dans la ville de Ndele en juillet 2015).

³ Les fonds fiduciaires multi donateurs existent depuis les années 1980, mais ils se sont multipliés au cours des vingt dernières années. Considérés comme un élément essentiel de l'efficacité de l'aide, ils sont récemment devenus une modalité de financement standard pour l'acheminement de l'aide internationale coordonnée vers des environnements fragiles et d'après-conflit et des situations d'urgence complexes.

⁴ Le Fonds Bêkou, (Espoir en langue Sango), regroupe quelques 160 millions d'euros d'engagements de l'UE et d'autres donateurs. La Commission Européenne y participe à hauteur de 75 millions d'euros, soit 50 millions d'euros du FED, 10 millions d'euros du programme thématique en faveur de la sécurité alimentaire, de l'Instrument de coopération au développement (ICD), 12 millions d'euros du programme thématique acteurs non étatiques et autorités locales, et 3 millions d'euros du budget d'aide humanitaire d'ECHO. A cela s'ajoutent les contributions des États membres de l'UE : Allemagne (10 millions €), France (10 millions €), Italie (1 million €), Pays-Bas (3 millions €) et Suisse (1 million CHF).

Composante 2 : appui institutionnel au Ministère de la Santé et de la Population (MSP)

Au cours du premier trimestre 2015 l'équipe Bêkou a rédigé les Termes de référence pour la composante 2 de la Fiche d'action « santé » qui prévoit une assistance technique au MSP afin d'assurer le lien entre le niveau périphérique (offre des soins et structures déconcentrées), et en concertation avec les autres expertises attachées au niveau central du Ministère pour la restauration durable du système de santé. Le contrat de service d'assistance technique a été attribué suite à une procédure concurrentielle négociée 3 consortia du contrat- cadre qui existe pour le secteur de la santé (lot 8 du contrat cadre BENE 2013). Une négociation a suivi avec le seul soumissionnaire et le contrat a été signé le 26 août 2015.

Composante 3 : Préparation d'une future action médicaments

Une étude sur les Centrales d'Achat de Médicaments, qui en analyse le mode de fonctionnement et présente des données comparatives aux autorités centrafricaines dans le secteur, a été lancée en vue de développer un modèle durable d'approvisionnement en médicaments en RCA. Le contrat pour cette étude a été signé en septembre 2015 avec la société qui rend le "Health Advisory Services" (HAS) à l'unité thématique de DEVCO. Les experts retenus ont procédé à une première mission en RCA en décembre 2015 et ont rendu leur rapport provisoire à la fin du mois de décembre 2015. Il faut préciser que dans chaque procédure le gouvernement centrafricain a été associé à chaque étape.

2.2. Zones d'interventions du projet

Phase I

Numéro/type de contrat	Titre du projet	Partenaire de mise en œuvre	Période de mise en œuvre	Région sanitaire	Préfecture sanitaire	Districts sanitaires
T03.9 (Subvention)	Appui à la restauration du système de santé de base dans les régions de Bangassou et Bossangoa	CORDAID	11/02/2015 - 10/08/2016 (18mois)	Région sanitaire 3	Ouham	Bossangoa
				Régions sanitaires 6	Mbomou	Bangassou, Ouango
T03.10 (subvention)	Strengthening the health system in Northeastern Central African Republic	INTERNATIONAL MEDICAL CORPS (IMC)	06/01/2015 - 31/07/2016 (18 mois et 25 jours)			
T03.11 (subvention)	Assistance médico-nutritionnelle auprès des populations résidentes et déplacées du Vle arrondissement de Bangui et du District Sanitaire de Bimbo	ALIMA - THE ALLIANCE FOR INTERNATIONAL MEDICAL ACTION	11/02/2015 - 10/08/2016 (18 mois)	Région sanitaire 7	Bangui	Bimbo, 6e arrondissement,)
T03.13 (subvention)	Assistance médico-nutritionnelle pour les populations affectées par le conflit armé et ses conséquences, et de reliance du système de santé des districts de Lakouanga et	SAVE THE CHILDREN	10/02/2015 - 30/09/2016 (19 mois et 20 jours)	Région sanitaire 7	Bangui	Lakouanga (1e et 2e arrondissement),)
						Ouango-Bangui (4e et 8e arrondissement)

Numéro/type de contrat	Titre du projet	Partenaire de mise en œuvre	Période de mise en œuvre	Région sanitaire	Préfecture sanitaire	Districts sanitaires
	Ouagno-Bangui dans la région sanitaire 7 de la République centrafricaine					
T03.14 (subvention)	Appui au district sanitaire des Castors dans le 3e arrondissement de Bangui	CROIX-ROUGE FRANÇAISE (CRF)	16/01/2015 - 15/07/2016 (18 mois)	Région sanitaire 7	Bangui	Castors (3e arrondissement)
T03.35 (subvention)	Appui à la restauration du système de santé de base à Ndele	PREMIERE URGENCE INTERNATIONALE (PUI)	01/07/2015 - (19 mois)	Région sanitaire 5		Ndéle
T03.36 (services)	Assistance technique en appui au MSP central	AEDES	04/09/2015 - 03/12/2016 (15 mois)	Région sanitaire 7	Bangui	

Phase II

Numéro/type de contrat	Titre du projet	Partenaire de mise en œuvre	Période de mise en œuvre	Région sanitaire	Préfecture sanitaire	Districts sanitaires
T03.91 (Subvention)	Assistance médico-nutritionnelle pour les populations vulnérables et de renforcement du système de santé des 1er, 2e et 4 ^e arrondissements de Bangui	PUI	19/11/2016 - 18/05/2018 (18 mois)	Région sanitaire 7	Bangui	1er, 2e, 3e (Castors) 4e, 6e (Bimbo) et 8e(Bédé Combattant) arrondissement
T03.92 (Subvention)	Strengthening the health system in North-eastern Central African Republic	IMC	01/08/2016 - 30/06/2018 (23 mois)			
T03.93 (Subvention)	Assistance médico-nutritionnelle auprès des populations résidentes et déplacées du VIe arrondissement de Bangui et du District Sanitaire de Bimbo	ALIMA	11/08/2016 - 30/06/2018 (22 mois 19 jours)	Région sanitaire 7	Bangui	6e (Bimbo)

T03.94 (Subvention)	Soutien au district de Castors pour la consolidation durable du système sanitaire dans le 3e arrondissement de Bangui et sa périphérie	CRF	16/07/2016 - 30/06/2018 (23,5 mois)	Région sanitaire 7	Bangui	3e Castors
---------------------	--	-----	-------------------------------------	--------------------	--------	------------

T03.95 (Subvention)	Appui à la restauration du système de santé dans les régions de Bangassou et Bossangoa	Cordaid	11/08/2016 - 30/06/2018 (22 mois 20 jours)	Région sanitaire 3 Régions sanitaire 6	Ouham Mbomou	Bossangoa Bangassou
T03.104 (Subvention)	Appui à la restauration du système de santé de base en faveur des populations vulnérables de la préfecture sanitaire de la Bamingui Bangoran	PUI	01/02/2017 - 31/07/2018 (18 mois)	Région sanitaire 5	Haute-Kotto, Vakaga, Bamingui-Bangoran	
T03.111 (Subvention)	Amélioration de la prise en charge sanitaire des populations vulnérables de la préfecture sanitaire de la Mambéré Kadei par le renforcement des capacités de la Croix-Rouge Centrafricaine	CRF	01/07/2017 - 31/12/2018 (18 mois)	Région sanitaire 2	Mambéré-Kadéi	
T03.115 (Subvention)	Amélioration de la prise en charge de la santé maternelle et infantile dans le district sanitaire de Boda en République centrafricaine	ALIMA	01/12/2017 - 31/05/2019 (18 mois)	Région sanitaire 1	Lobaye	Boda
T03.109 (Services)	Assistance technique en appui au MSP central en RCA visant à revitaliser le cadre institutionnel de la pyramide sanitaire (niveau périphérique)	AEDES	05/09/2017 - 04/03/2019 (18 mois)	Région sanitaire 7	Bangui	

Voir Annexe 6 : cartographie de la RCA

III. Réponses aux questions d'évaluation

L'évaluation a été conduite conformément aux normes internationales en la matière (OCDE/CAD), aux principes de l'AID et aux dispositions des TDR (annexe 1, 3, 4, 5). Les critères utilisés pour l'obtention des opinions relatives aux résultats des objectifs et des actions du projet, sont : La pertinence et valeur ajoutée de l'UE ; La cohérence ; L'efficacité ; L'efficience et gestion du projet ; L'impact ; La viabilité et les questions transversales (voir annexes 7, 8, 9).

3.1. Pertinence⁵ et valeur ajoutée de l'UE⁶

3.1.1. Pertinence

QE1. Dans quel degré la définition et mise en œuvre de l'action prend en compte l'accès des groupes vulnérables et des plus démunis aux soins de santé

➤ ***Le programme fiduciaire Bêkou santé a eu une réponse rapide à la crise sanitaire liée au conflit de 2013 en RCA***

Le programme créé en 2014 est intervenu dès janvier 2015 pour financer et déployer les ONGs d'appui de la phase I au niveau du système de santé périphérique (Fosas et districts appuyés par les ONG) associé à un appui central (AT AEDES). L'année 2015 a été l'une des plus difficiles du conflit centrafricain, il y a eu une dégradation de la situation sécuritaire à partir du mois de septembre. Cette situation a entraîné une aggravation des conditions sanitaires dans le pays, et en particulier à Bangui. L'accès aux FOSAs est devenu difficile voire impossible dans certaines zones, à la fois pour les patients et le personnel de santé. Les ONG contractualisées ont pour certaines été pillées et ont dû réduire provisoirement leurs activités et leur personnel sur place. Les répercussions de ces événements sécuritaires se sont faits ressentir jusqu'au début de l'année 2016, date à laquelle les ONG contractualisées sont reparties sur leur zone d'appui. De fait, ces scénarii de poussées insécuritaires n'ont pas cessées courant 2017 et les mesures sécuritaires pour les ONG contractualisées ont dû être révisées chaque jour. En mars 2018, lors de la présence sur le terrain de la mission d'évaluation, le quartier PK5 de Bangui s'est embrasé tandis que la région de Bangassou reste inaccessible depuis quelques mois pour les activités quotidiennes de l'ONG CORDAID qui a dû se retirer.

➤ ***L'action a amélioré l'accessibilité aux soins des populations vulnérables, des plus démunis et des populations ciblées malgré l'absence d'un véritable règlement du conflit sur l'ensemble du territoire jusqu'à ce jour.***

Dès que les situations sécuritaires s'améliorent les ONGs regagnent leurs lieux d'affectation et quoi qu'il en soit le programme a pu appuyer en phase I : 80 Fosas couvrant 1 250 787 habitants et en phase II: 128 Fosas couvrant 1 557 829 habitants⁷. Ceci a permis une relance efficace de la prestation des soins de santé primaire au travers de l'appui des FOSAs qui ont presté en 36 mois (phase I et II) de nombreuses consultations générales, effectué une prise en charge des accouchées par du personnel qualifié (formé par les ONG d'appui), réalisé de multiples prise en charge des maladies de l'enfant, effectué des interventions de sensibilisation communautaire. Dans le cadre du Programme Elargi de

⁵ Pertinence : Adéquation du projet avec les problèmes à résoudre. En quoi et comment le programme répond aux objectifs assignés ? En quoi et comment le programme répond aux attentes et besoins des bénéficiaires potentiels ? La pertinence concerne la valeur ajoutée du projet

⁶ La Commission européenne s'appuie sur les critères du CAD et en ajoute 2 supplémentaires : (i) la cohérence / complémentarité ; (ii) la valeur ajoutée communautaire.

⁷ Soit 30,5 % de la population totale estimée à 5 098 810 habitants en 2017.

Vaccination (PEV) de nombreuses vaccinations ont été réalisé dans les FOSAs et ces dernières ont participé aux campagnes de vaccination de masse. A cela s'est ajouté la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS) chez les enfants et la prise en charge psycho sociale des personnes victimes des conflits dont les victimes de violences du sexe. Enfin, le résultat principal atteint a été la présence quasi continue de MEG fournis par les ONGs au niveau des Fosas appuyées qui pratiquent la gratuité ciblée.

➤ ***L'action a amélioré l'accessibilité aux soins des populations cibles par l'application de la gratuité ciblée par la plupart des ONG contractualisées***

L'Instruction ministérielle sur la gratuité date du 14/01/2014 et les Directives pour la mise en œuvre du 11/08/2014. Les directives nationales (instructions ministérielles pour lever les barrières financières à l'accès aux soins de santé) sur la prise en charge gratuite ciblée sont appliquées à travers une grande majorité des projets ONG/Bêkou mais de façon diverse avec 2 variantes : gratuité ciblée ou la gratuité totale. Si la gratuité ciblée est la légalité, la gratuité totale se justifie dans les zones en crise ou les populations déplacées deviennent sans ressources et où la pauvreté est généralisée. Une somme de 100 FCFA pour toute consultation qui rentre dans le recouvrement des coûts devient impossible à être trouvée.

QE2. L'action répond-elle aux besoins d'appui du MSP ?

➤ **Le projet Bêkou est aligné sur les stratégies santé de la RCA**

Le programme Bêkou est en adéquation avec le second pilier ***du Plan de Relèvement et de Consolidation de la Paix en Centrafrique (RCPCA)*** qui a pour objectif de renouveler le contrat social entre l'Etat et la population, en renforçant sa présence et en développant son aptitude à fournir les services sociaux de base tels que l'éducation, la santé, l'eau et l'assainissement. Le Secrétariat Permanent du RCPCA est devenu officiellement opérationnel le 26 octobre 2017 avec la prise de fonction de son Secrétaire Général, et de 5 experts nationaux. Ils sont appuyés par des assistants techniques mis à disposition par les principaux partenaires au développement de la RCA.

Depuis la crise de 2013, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II) a dû être suspendu et un ***Plan de Transition du Secteur de la Santé (PTSS)*** a été élaboré pour tenir compte des priorités urgentes du secteur de la santé. Le PTSS a couvert la période 2015-2016 et a été prolongé d'une année jusqu'à fin 2017. Cette stratégie sectorielle de transition comporte cinq principaux domaines d'intervention : (i) renforcement du Ministère de la Santé dans ses fonctions de gouvernance; (ii) mise à disposition d'un paquet minimum d'activités de qualité; (iii) amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant; (iv) amélioration de la gestion des urgences et catastrophes; (v) amélioration de la lutte contre les maladies.

Le cadre logique du PTSS à partir duquel le Fonds Bêkou a été planifié, vise le passage du pays de la situation d'urgence humanitaire vers le développement du système de santé (LRRH). La santé de la mère et de l'enfant, la prise en charge du VIH/SIDA, de la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) dès le niveau communautaire, des cas de violences basées sur le genre (VBG), les urgences vitales et des maladies mentales font partie des priorités du PTSS que le Fonds Bêkou a repris dans son programme d'appui sectoriel santé (voir résultat 1 – fiche action phase 2, et cadres logiques des ONGs).

Comparaison des interventions du programme aux objectifs du Plan de Transition du Secteur de la Santé (PTSS 2015-2017) :

- S'agissant du Domaine d'intervention N° 1 du PTSS : « Gouvernance et renforcement institutionnel » l'objectif du programme Bêkou est de redynamiser le système de coordination du secteur de la santé à tous les niveaux de la pyramide ;

- S'agissant du Domaine d'intervention N° 2 du PTSS : « Paquet Minimum et Paquet Complémentaire d'Activités (PMA/PCA) », l'objectif du programme est d'offrir le paquet minimum et le paquet complémentaire d'activités à toutes les populations ciblées ;
- S'agissant du Domaine d'intervention N° 3 du PTSS : « Santé de la mère et de l'enfant », l'objectif du programme est de réduire à 500 pour 100.000 le taux de mortalité maternelle et à 70‰ le taux de mortalité infantile ;
- S'agissant du Domaine d'intervention N° 4 du PTSS : « Lutte contre la maladie », l'objectif du programme est de réduire la charge morbide des maladies prioritaires ;
- S'agissant du Domaine d'intervention N° 5 du PTSS : « Urgences et catastrophes », l'objectif du programme est de diminuer la morbidité et la mortalité dans les zones affectées par une urgence ou une catastrophe.

Enfin, le programme Bêkou est en adéquation avec la stratégie de coopération OMS 2016-2018 dont les priorités sont les suivantes :

- Assurer immédiatement les soins et les interventions chirurgicales pour les victimes de traumatismes ;
- Restaurer les services de santé de base et d'urgence, y compris les services hospitaliers ;
- Assurer un approvisionnement continu en médicaments et en fournitures médicales
- Assurer la surveillance épidémiologique, prévenir et combattre les maladies transmissibles ;
- Coordonner la réponse sanitaire globale, notamment en étendant la couverture géographique d'un ensemble minimal de services de santé.

Les insuffisances du Ministère de la santé sont notables : personnels insuffisants et peu compétents, leadership vis-à-vis des zones intermédiaires (Régions) et périphériques (Districts sanitaire) très insuffisant, système d'informations sanitaires inopérant, système de suivi et évaluation inexistant, faiblesse structurelle de la coordination. L'appui institutionnel central du Programme Bêkou garde donc toute sa pertinence. Comme cela a déjà été dit la rupture de communication entre le Ministère et l'AT1 lors de la phase I a été fortement préjudiciable à la partie nationale mais aussi à l'efficacité du programme lui-même.

3.1.2. Valeur ajoutée de l'UE⁸

➤ La cohérence interne⁹ :

QE3. L'action contribue-t-elle aux priorités stratégiques de l'Union européenne et du Fonds Bêkou en RCA ?

• ***L'action contribue aux priorités stratégiques de l'UE et du Fonds Bêkou en RCA***

Rappelons que la vision stratégique de développement de l'Union Européenne repose sur l'atteinte des objectifs de développement durable (ODDs) vers 2030. Cette vision propose un développement humain, avec des services publics qui répondent aux besoins fondamentaux de la population que sont la santé, l'accès à l'eau et à l'assainissement, l'égalité des sexes, la science, la technologie et l'innovation.

⁸ La valeur ajoutée européenne s'ajoute à la valeur créée par les actions d'États membres individuels. Elle peut découler de divers facteurs, par exemple une coordination efficace, une sécurité juridique, une plus grande efficacité ou des complémentarités. Elle reflète une plus grande pertinence et importance de l'action au niveau européen en vue de présenter des modèles et des mécanismes applicables à une échelle non seulement régionale ou nationale mais également européenne.

⁹ Quelle adéquation entre le projet et l'objet de l'organisation qui le porte ?

La programmation du Programme Indicatif National de la RCA s'inscrit dans le contexte de l'Agenda 2030 des objectifs de développement durable (ODDs). Il reflète dans son contenu les grandes priorités liées à la croissance durable et la création d'emploi, au lien 'développement et sécurité' et aux défis du changement de climat, tout en traitant la résilience et l'égalité de genres de manière transversale.

La Commission européenne, à elle seule, a investi € 136 millions d'aide humanitaire à l'intérieur du pays, depuis décembre 2013, outre les plus de € 83 millions débloqués en faveur des Centrafricains réfugiés dans les pays voisins.

Le PIN du 11^{ème} FED s'aligne complètement sur les orientations stratégiques du pays, tels que définies dans le Plan National de Relèvement et Consolidation de la Paix en Centrafrique (RCPCA) présenté à la conférence de Bruxelles le 17 novembre 2016. Le Plan national constitue la stratégie du gouvernement en matière de développement et de lutte contre la pauvreté à moyen terme, ainsi que le cadre de référence pour la coopération entre la RCA et ses partenaires au développement.

Le Fonds Bêkou dont une partie du financement (80,1 million d'€ est issu du FED) est en cohérence stratégique avec le Plan de Transition Secteur de la Santé (PTSS- 2015-2017) (voir paragraphe présentation du programme Bêkou).

Avec le déploiement des ONGs d'appui aux soins de santé primaire, le programme répond entièrement à la stratégie de l'UE en termes d'objectifs de développement durable et plus particulièrement en ce qui concerne les ODDs santé tel que l'objectif 3 de développement durable qui est spécifiquement consacré à la santé et au bien-être. Il vise à « permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».

➤ **La cohérence externe/complémentarité¹⁰ :**

QE4. L'action est-elle cohérente et complémentaire aux actions des autres bailleurs de fonds dans le secteur de la santé?

➤ **L'action est cohérente avec celles des autres bailleurs de fonds**

Concernant le Système des Nations Unies : Le Projet UE/OMS est un appui institutionnel aux autorités sanitaires qui vise à stimuler et contribuer à la relance et à la restauration du système de santé d'un montant de 3 000 000 € sur 3 ans issus du fonds 11^{ème} FED. L'OMS bénéficie d'une Convention de délégation en gestion indirecte. L'appui est réalisé au niveau central et dans les régions sanitaires cibles n° 1, 3, 4, 5 et 6.

Le Projet UE/UNICEF est un appui pour la santé communautaire, en complémentarité de l'appui à la fourniture de services de santé de base. Comme pour le projet UE/OMS, l'UNICEF bénéficie d'un montant de 3 000 000 € sur 3 ans issus du fonds 11^{ème} FED au travers d'une Convention de délégation de gestion indirecte.

L'UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population) : Les activités de l'UNFPA tournent autour de la Santé de la reproduction, de la sexualité des jeunes et des adolescents. Ses interventions principales en RCA d'un montant total de 72.000.000 USD¹¹, portent sur la fourniture de contraceptifs, de kits pour la santé de la reproduction, le traitement et la prise en charge des femmes atteintes de fistules vésico vaginales et de violences sexuelles (Hôpital de l'Amitié à Bangui). L'UNFPA vient de lancer le Programme conjoint des Nations Unies pour le Renforcement de la Résilience des adolescents et des jeunes (2017- 2021) dans 28 arrondissements de Bangui, 28 sous-préfectures ciblant 1.200.000 personnes de 15 à 35 ans.

Concernant la Banque Mondiale : Le projet d'urgence initial a été relayé depuis 2016 par un projet de développement axé sur une approche de financement basé sur les performances à

¹⁰ A mesurer en lien avec le critère de pertinence. Si le projet répond effectivement à un besoin, combien de structures sont-elles attelées à y répondre ? Les structures sont-elles complémentaires ou en situation de concurrence ?

¹¹ 72 000 000 USD répartis sur les thèmes suivants : Cohésion sociale 17, Emploi 26, Santé 20, Coordination 5, administration

partir de 2016, le projet d'appui au système de santé (PASS). Il est mis en œuvre à travers deux Agence d'Achat de Performance et de renforcement des capacités différentes.

Le PASS a pour objectif de développer et améliorer les services SMI en zones rurales. La composante 1 est financée par l'IDA et le fonds d'affectation spéciale multi donateurs pour l'innovation en matière de résultats sanitaires (HRITF) sur un mode de financement basé sur la performance dans neuf districts sanitaires ; la composante 2 également financée par l'IDA et l'HRITF vise le renforcement des capacités de suivi et d'évaluation. Le montant de cet appui est de 26,5 millions d'USD.

Concernant Médecins Sans Frontière (MSF) : MSF a signé un accord de siège avec le gouvernement centrafricain. MSF est constitué de quatre sections (Hollande, Espagne, France, Belgique) et met en œuvre 13 projets répartis entre 10 localités principalement dans 10 hôpitaux préfectoraux et sous-préfectoraux.

Concernant GAVI : Il avait été décidé de présenter au Comité d'examen indépendant de juin 2015 un projet de trois ans portant sur un budget de 7.560. 000 USD. GAVI a financé les vaccins à hauteur de 7.700.000 USD en 2014 et 2015

3.2. Efficience

QE5. Quel est le coût-efficacité des projets mis en œuvre? Dégagez une analyse comparative entre les projets des ONG.

Les budgets de la première phase ont été dépensés à près de 100% par toutes les ONGs. Il n'a pas été possible de recevoir des états de dépenses comparables les unes aux autres pour la seconde phase.

Pour la phase 1 : Les ressources ont été utilisées en conformité avec les contrats de subventions et conventions de financement.

Tableau 1.Utilisation des ressources – Sept contrats - Phase 1 :

DESIGNATION	BUDGET	DECAISSEMENT	TAUX EXECUTION
T03.9 (Subvention) (Financement Bêkou: 96,5%)	3.618.959	3.300.728	91,2%
T03.10 (subvention) (Financement Bêkou:100%)	3.020.000	3.001.844	99,3%
T03.11 (subvention) (Financement Bêkou:100%)	2.215.051	2.165.294	98%
T03.13 (subvention) (Financement Bêkou: 90,1%)	1.577.801	1.515.564	96%
T03.14 (subvention) (Financement Bêkou:100%)	2.300.000	2.300.000	100%
T03.35 (subvention) (Financement Bêkou:100%)	1.740.000	1.740.000	100%
T03.36 (Service) (Financement Bêkou : 100%	494.800	378.534	76,5%

Aussi, le tableau suivant : « Coût par an par habitant », pose l'hypothèse que les budgets de la seconde phase seront aussi dépensés à environ 100% et que le montant des lignes budgétaires effectivement dépensées ne variera pas de manière significative.

Tableau 2.Coûts par an par habitant

	Phase 1 Dépenses	%	par individu par an (€)
Ressources humaines (rh) contractuelles	1 419 573	10	
Appui au fonctionnement des structures	1 718 148	12	
Médicaments (avec transport)	2 398 644	17	
Total intervention	14 023 623	100	7,5

	Phase 2 Budget		par individu par an (€)
Rh contractuelles	1 606 777	7	
Appui au fonctionnement des structures	1 215 490	5	
Médicaments (avec transport)	2 761 248	12	
Total intervention	23 366 104	100	10,0

	Total Bêkou 1&2	%
Rh contractuelles	3 026 350	8
Appui au fonctionnement des structures	2 933 638	8
Médicaments	5 159 892	14
Total intervention	37 389 727	100

	Nombre FOSA	Population couverte
1ere Phase	80	1 250 597
2ème Phase	128	1 557 829
% augmentation couverture	60	25

Tableau 3.Coûts par an par habitants par ONGs

	Coût par an par habitants (euros)	
	Phase 1 (dépenses)	Phase 2 (budget)
Région de Bangui		
Alima Bimbo	7,02	5,71
CRF Castors	6,83	8,43
STC 7ème arrdt	8,25	
PUI Bangui		8,80
Régions		
CORDAID Bangassou/Bossangoa	6,43	5,28
IMC Vakaga Haute Koto	7,13	9,26
PUI Bamingui Bangoran	13,47	27,77
Alima Boda		39,18
CRf Berberati		8,43

Ainsi, l'analyse de la population couverte montre qu'en augmentant la couverture du nombre de FOSAs de 60%, le Fonds Bêkou a augmenté la population couverte de 25%, révélant combien l'accessibilité des populations les plus éloignées a été augmentée. La population couverte rapportée aux dépenses de la première phase et au budget de la seconde phase montre aussi l'augmentation consécutive du coût par habitant et par an de 7,5 à 10 euros sur l'ensemble des ONGs financées par le Fonds Bêkou.

Notons que le consultant de la Banque Mondiale annonce un coût par habitant et par an du PASS dans la région de Bangassou et Bossangoa de 6 euros. Le PASS laisse le COGES recouvrir le coût du médicament pour les patients hors cibles sans qu'aucune directive sur la qualité de celui-ci ne leur soit imposée. Par contre, en ce qui concerne la gratuité ciblée, les FOSAs qui hébergent le PASS et le projet financé par le Fonds Bêkou bénéficient des médicaments gratuits de qualité assurée, importés et transportés par la majorité des ONGs.

Enfin, le tableau 3, comparatif des coûts par habitants et par an des différentes ONGs a été élaboré afin de répondre à la question d'évaluation posée par les TdR, désagréé entre la région de Bangui et les autres régions. Cependant, ce tableau ne peut en aucun cas représenter une comparaison entre ONGs compte tenu de la grande diversité de contexte dans les régions, des coûts logistiques, et des types de FOSAs appuyées.

QE6 : Dans quelle mesure la planification des activités et des ressources dans le cadre des projets des ONG correspond-elle aux besoins sanitaires dans leurs zones d'intervention respectives?

- ***Capacités de planification des ONGs contractualisées en fonction des besoins sanitaires :***

Les ONG contractualisées dans le cadre du fonds Bêkou ont développé des expériences de planification à travers d'autres programmes gérés antérieurement. Leur démarche de planification tant dans Bêkou I que dans Bêkou II a été structurée et définie pour tenir compte, non seulement des objectifs, activités et ressources, mais aussi en intégrant les besoins sanitaires pratiques et explicites des Districts et des FOSAs appartenant à leurs zones d'intervention respectives, et en annonçant les types d'objectifs attendus et en fournissant des indicateurs afin de mesurer l'avancement. La mission au cours de ses visites de terrain a pu analyser les plans d'actions stratégiques et opérationnels budgétisés ; les plans de trésorerie, les plans de travail, etc de la plupart des ONGs.

Ces ONGs ont adopté une approche de planification consensuelle impliquant les partenaires locaux du Ministère de la Santé et de la Population, c'est-à-dire les équipes cadre des Districts, des Régions et les médecins Chefs des FOSAs. Pendant la mise en œuvre des activités des projets, ces ONGs ont fourni des appuis continus permettant d'atteindre un minimum d'efficacité et performance.

- ***Exécution budgétaire et des activités sans retard :***

L'exécution budgétaire des ONGs a été strictement limitée au programme. Dans ce contexte, la majeure partie des fonds a été affectée à des actions axées sur les résultats en faveur des besoins des Districts/FOSAS.

Au début du programme, l'exécution des activités ont été sérieusement impactées par le contexte sécuritaire du pays. La mission a relevé que de fin septembre à décembre 2015, la plupart des ONGs Bêkou ont été paralysées par la crise qui a prévalu pendant cette période ralentissant ou entraînant la suspension des activités. Les patients et les agents de santé ont éprouvé d'énormes difficultés pour accéder aux services. Les expatriés travaillant dans les

ONGs partenaires ont été rapatriés, des retards ont été constatés quant à la disponibilité de certains médicaments essentiels, certains travaux de réhabilitation des FOSAs ont dû être suspendus du fait de l'insécurité et des pillages subis.

Aujourd'hui les activités planifiées sont exécutées dans les délais. La mission a obtenu les plans opérationnels, les rapports d'activités, la mesure des indicateurs, les budgets et les dépenses réalisées.

- ***Gestion adéquate des moyens et ressources budgétaires :***

En fonction des objectifs poursuivis, des activités planifiées et des résultats attendus, les ONGs ont fourni des appuis dans différents domaines : formations, équipements de laboratoire, fournitures de médicaments, réhabilitations, matériels d'hygiène, bureautique et informatique, soutien au programme élargi de vaccination, suivi épidémiologique, réunion de coordination.

Pour la mission d'évaluation, le rôle et la participation à l'action des différents partenaires y compris les intrants fournis s'avèrent satisfaisants au regard de l'environnement parfois insécuritaire difficile de mise en œuvre de l'action. Les ressources financières sont mises à la disposition des différentes parties prenantes à temps. Les ONGs contractualisées ont de manière générale reçues un préfinancement de l'ordre de 60% de la contribution de l'UE, ce qui a facilité la mise en œuvre des activités de démarrage.

La mise à disposition à temps des ressources financières a permis certaines des ONGs d'accroître et développer des synergies supplémentaires ; c'est le cas notamment d'Action Contre la Faim (ACF) et ALIMA dans le cadre du traitement des MAS

QE7 : Dans quelles mesures les mécanismes de mise en œuvre choisis (y compris les modalités de mise en œuvre, les entités et les dispositions contractuelles choisies) sont-ils propices à la réalisation des résultats attendus?

- ***Réalisation des résultats attendus à travers le mécanisme d'appui financier mis en œuvre par les ONG qui ne pratiquent pas le PBF***

Les mécanismes d'appui financier des projets par les ONGs notamment : ALIMA, CRF, IMC, PUI, paraissent adéquats et semblent créer une assez bonne collaboration entre les personnels de santé des Centres de Santé et les membres de ces ONGs. Les décisions se sont prises en impliquant les médecins chefs des Districts, les chefs des centres de santé à travers des réunions et rencontres régulières et partage des informations.

Les contrats entre les prestataires de soins et les ONGs concernent les protocoles thérapeutiques, le contrôle des bénéficiaires, les primes mensuelles, les formations... etc, et prévoient également les modalités de révision de ces mesures. Conformément à la Directive ministérielle, sur la gratuité les contrats conclus autorisent les FOSAs des zones d'appui de pratiquer la gratuité ciblée pour les populations cibles et le recouvrement des coûts pour les autres.

Cependant, certains des outils de contrôle de la gratuité, notamment les bons de caisse n'ont pas été mis en œuvre partout ainsi que les outils de contrôle de prescriptions rationnelles, les ordonnanciers même correctement remplis par les prescripteurs, ne sont pas dans certains cas utilisés en tant que support d'analyse. Toutes ces insuffisances sont à améliorer.

Toutes les ONG ont payé des primes aux agents de santé de l'Etat, selon la nouvelle grille d'harmonisation des partenaires Békou et sur la base de l'annexe au décret de la gratuité des soins. Les primes variaient selon les différentes catégories de personnels: 100.000 FCFA pour un médecin entre 40 et 70.000 F CFA pour les autres personnels. L'ONG PUI,

par exemple, a versé à titre de prime une somme de 45 000 FCFA aux chefs de centre et 40 000 pour les autres catégories du personnel de District. En application de la Directive de la gratuité ciblée, les ONGs payaient également des subsides aux personnels des FOSAs qu'elles ont contractualisé ce qui leur faisait ainsi office de « salaire ».

Les ONGs ont fournis également des appuis au COGES en leur mettant à disposition des enveloppes financières pour la prise en charge des frais de fonctionnement ainsi qu'aux relais communautaires (25 000 CFA). Des primes sont également versées aux relais communautaires (Recos).

On admettra que les primes versées par le projet restent pertinentes car elles ont motivé les personnels à tous les niveaux.

- ***Réalisation des résultats attendus à travers le mécanisme de financement Basé sur la Performance***

Dans la cadre du Fonds Fiduciaire Bêkou, une seule ONG, CORDAID, a mis en œuvre le Financement Basé sur la Performance, associé au recouvrement des coûts et la gratuité des médicaments pour les patients visés par la Directive Ministérielle (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et allaitantes, urgences).

De l'avis de la mission d'évaluation, le versement mensuel des subsides résultant de l'achat des indicateurs paraît être une source notable motivation des personnels de santé et de dynamisation des ECD.

Par le paiement régulier des primes grâce à l'achat des indicateurs et le versement des bonus de qualité, la mission d'évaluation a constaté : (i) une nette amélioration de la motivation des ECD et du personnel des FOSA ; (ii) une amélioration de l'environnement de (peintures, réhabilitations, achat de motos, etc) (iii) certaines des FOSA, après paiement des primes et des dépenses de fonctionnement courant, ont constitué des économies positionnées dans des comptes ouverts dans les institutions de micro finance de leur localité.

Dans l'ensemble de la zone d'intervention du PBF deux éléments sont fondamentaux : (i) l'adjonction de « cash » aux FOSAs est un véritable ballon d'oxygène pour leurs fonctionnement et l'amorce d'une motivation ; (ii) les mécanismes de vérification et de contre vérification garantissent en grande partie l'utilisation réelle de ce cash à des fins d'amélioration du fonctionnement. C'est bien là l'apport essentiel du nouveau mode de financement de Financement Basé sur la Performance: savoir ce que les formations périphériques ont perçues et pour quelles activités elles ont reçu ces fonds.

Dans le mécanisme FBR mis en œuvre, la fonction essentielle de contrôle et de paiement était de la responsabilité de CORDAID qui a fait office d'Agence de vérification et c'est la validation des bordereaux des factures qui déclenchait le paiement après que la vérification ait montré un écart entre activité déclarée et activité constatée par les vérificateurs inférieure à 10%. La vérification a obligé l'agent vérificateur à reprendre l'ensemble des registres où sont enregistrés les actes effectués dans chaque FOSA et compter les nombres correspondants des actes déclarés. Cette vérification est complétée par des enquêtes communautaires dont les enquêtes en population établissent l'effectivité des actes en retrouvant les malades enregistrés à partir de leurs adresses. La procédure est évidemment assez lourde, mais elle a le mérite de sensibiliser les FOSA à l'exactitude et à la qualité du recueil de l'information sur l'activité.

Les vérificateurs rencontrés ont reconnu qu'il n'est pas toujours facile de lire les documents, mais, de façon générale, les écarts entre activité déclarée, activité constatée et activité mesurée par les enquêtes en population sont faibles ce, après une période d'apprentissage où des rectifications sont apportées à la facturation par les FOSA.

Toutefois, il faut reconnaître que l'impact positif du mécanisme PBF est diminué par le fait que les FOSAs n'ont que peu de capacité de gestion de leurs fonds et qu'ils gèrent l'argent au jour le jour. Dans plusieurs centres visités, il n'a pas été possible de consulter les livres de caisse, ni de trouver trace des versements effectués par les malades. En tout cas, les outils de gestion sont quasi inexistants, la tenue et l'organisation des registres sont insuffisantes et il ne semble pas y avoir de monitoring financier des FOSA. Enfin, les ECD ne semblent pas en mesure d'appuyer les FOSA en matière de gestion financière et l'existence des COGES crée parfois l'illusion d'une capacité de gestion financière.

Ainsi dans un cadre d'une mauvaise interprétation du mécanisme FBP et de l'absence de rigueur dans sa mise en œuvre, la mission à N'Délé dans le Bamingui-Bangoran, a observé que le CONGES semblait peu impliqué dans la transparence de la gestion des fonds FBP. Leur rôle se limitait à signer l'ordre de décaissement sans vision sur le contenu de la caisse et des coupons.

3.3. Efficacité

3.3.1. Renforcement de la coordination

QE8. Les résultats de l'intervention visant le renforcement de la coordination entre les niveaux de santé ont-ils permis de revitaliser le cadre institutionnel aux niveaux opérationnels ?

La mise en œuvre de la phase I du contrat de service T03.36 a été considérablement impactée par la rupture de collaboration entre les services centraux du MSP et l'Assistant Technique en appui institutionnel. Si la pertinence de la conception du programme demeure intacte, par contre, la pertinence des actions menées par l'AT a donné des résultats mitigés. Les appuis à la mise en place de trois structures fonctionnelles rattachées au cabinet du ministre : suivi-reportage, audit interne et évaluation, qui représentaient les sources majeures d'impact institutionnel n'ont pas été réalisés. Même si les résultats attendus¹² 2 et 3 ont été très correctement réalisés, l'efficacité du programme AEDES I a été très faible en raison de l'impossibilité dans laquelle s'est trouvé l'AT après la rupture de collaboration avec le MSP, rupture dont il est difficile de comprendre les raisons.

Par conséquent, le cadre institutionnel du niveau opérationnel qui est celui des districts n'a pas pu être revitalisé jusqu'à présent et c'est seulement à la fin de cette phase II du programme, suite aux décrets sur les districts du 18 octobre 2017, que les Médecins Chef de districts sont aujourd'hui progressivement installés et leurs équipes reconstituées.

La grande difficulté pour la fourniture adéquate de services de santé à la population est l'insuffisance des ressources humaines en santé en termes et quantitatifs mais aussi qualitatifs. La reprise des activités dans les districts aussi bien de l'équipe cadre de district (ECD) que du personnel clinique est impérativement liée à des effectifs de personnel quantitativement adéquats, qualifiés et stable sur place. C'est d'ailleurs dans ce cadre qu'un redéploiement des ressources humaines a été entrepris dès le changement du ministère fin 2017. L'arrêté n°043 du 18 octobre 2017 en définit la composition et les attributions des équipes cadres et la dotation en personnel.

Le redécoupage sanitaire du pays en districts de santé, y compris pour la capitale, a été finalisée par le MSP, avec l'appui technique et financier de l'OMS, GAVI-RSS et UE. Ceci pourra déjà faciliter les supervisions prévues et nécessaires pour le bon fonctionnement des services de base, communautaire, préventif et curatif des différents niveaux. Il s'agit de supervisions mensuelles par les ECD, supervisions bimensuelles par les ECR, et supervisions tri-mensuelles par le niveau central vers les régions, donc les districts sanitaires (DS) et FOSA.

¹² Les résultats du contrat AEDES I ne concernaient que le suivi-évaluation des subventions BÊKOU au groupe d'ONG agréé.

Ainsi la mission a observé la nomination récente de plusieurs médecins chef de district (MCD) suite à l'arrêté d'octobre 2017 portant création de 35 districts, mais il y a encore un manque de chefs de section. Les visites de terrain montrent déjà la mise en place des premiers éléments d'ECD, pas encore au complet, et une légère augmentation de leurs activités :

A Bimbo la nomination du MCD a permis de renforcer la collaboration entre l'ECD et ALIMA, avec des réunions mensuelles ECD/ALIMA et 16 supervisions conjointes au cours de la période de référence. La nomination récente du Médecin Chef de District (MCD) à N'Délé, un médecin travaillant à l'hôpital employé par l'ONG pourra contribuer également à la coopération étroite avec PUI.

Les COGES (et CONGES à l'hôpital) jouent un rôle important dans la redevabilité vis à vis des populations et également dans le cadre institutionnel et niveau opérationnel. Pour leur fonctionnement les COGES sont financés à hauteur de 2500 FCFA versés à chaque participant (CORDAID). Par exemple, IMC donne 100 000 FCFA par mois au COGES pour les frais de fonctionnement pour chaque centre de santé appuyé. PUI donne 20 000 pour la bureautique et l'essence.

Idéalement les services centraux du MSP valident régulièrement les résultats obtenus dans la mise en œuvre du Plan de transition du Secteur de la Santé (PTSS) et le suivi des priorités établies par le MSP. Celles-ci concernent l'approvisionnement et la régulation du sous-secteur pharmaceutique, le financement du secteur et la matière des ressources humaines.

La grande préoccupation actuelle du MSP et de ses partenaires reste l'appropriation ainsi que la mise en œuvre effective du PTSS. Pour cela, des organes de coordination opérationnelle et de suivi-évaluation doivent assurer la fonctionnalité du Cadre de Concertation Stratégique Sectoriel de la Santé (CCSSS) bénéficiant l'appui des PTF afin de garantir son efficacité (rapport de démarrage de l'AT2).

A ce jour, on constate que le remplacement du Secrétariat technique du CCSS (STP) jugé inopérant, n'a pas encore été mis en œuvre et il n'y a pas d'instance réellement opérationnelle au MSP pour la concertation avec les partenaires et la coordination des efforts de l'ensemble des acteurs de la santé sur des politiques et stratégies communes.

La mission principale du CCSS est d'appuyer de manière concertée le MSP dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et stratégies nationales pour un développement sanitaire durable. Le CCSS est composé de deux organes important : le Comité de Pilotage et le Comité Technique. Le Comité de pilotage du CCSS doit tenir des réunions régulières trimestrielles. Il fonctionne sous la présidence du Ministre de la Santé Publique et de la Population.

Le Cadre de Concertation des Partenaires de la Santé (CCPS) s'inscrit dans la politique sectorielle de santé du Gouvernement à travers le Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix en CA (RCPCA). Il prend également en compte la situation actuelle à travers le Plan Intérimaire du Secteur de la Santé (PISS 2018-2019) qui vient d'être élaboré en attendant les conditions favorables à un nouveau Plan National de Développement de la Santé (PNDS III). Dans ce cadre, le MSP s'engage à définir et préciser le dispositif de pilotage de la politique sectorielle et de ses différents plans stratégiques et opérationnels en collaboration avec le Groupe Local des Partenaires du secteur de la santé (GLPSS).

Cependant, il aurait été plus logique et primordial de définir en premier lieu la politique nationale de la santé (PNS) et ses visions stratégiques dans lesquelles se situeraient les priorités opérationnelles d'un futur et véritable Plan national de Développement Sanitaire avec ses thématiques prioritaires, comme : la couverture sanitaire, la qualité des soins et l'efficience à tout moment, un plan de développement des infrastructures, ainsi que des

ressources humaines, le développement de la politique de santé communautaire et l'instauration d'une gestion comptable et financière transparente au niveau central et déconcentré.

L'AT périphérique remplace actuellement l'AT central qui n'est pas encore nommé, il apporte son appui au MSP, en collaboration avec l'OMS et les autres partenaires techniques et financiers du secteur santé pour la mise en œuvre du Plan de Transition du Secteur de la Santé (PTSS), en vigueur depuis la fin du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II) en 2016.

Cette stratégie sectorielle de transition comporte cinq principaux domaines d'intervention : le renforcement du Ministère de la Santé dans ses fonctions de gouvernance ; la mise à disposition d'un paquet minimum d'activités de qualité ; l'amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant ; de la gestion des urgences et catastrophes ; ainsi que de la lutte contre les maladies.

Pour l'AT2, une subvention minime du financement du Fonds Bêkou (de l'ordre de 5% maximum), permettrait d'obtenir de meilleurs résultats d'action, et de garantir la participation effective des cadres du MSP à la mise en œuvre et au suivi des projets des ONG et la préparation de la reprise en main du système de santé par les autorités nationales. Ceci est essentiel dans le cadre d'une approche LRRD effective et bien comprise par l'ensemble des parties en présence.

<i>QE9. Au niveau opérationnel, les services de santé et de références sont-ils de qualité ?</i>

Dans un système sanitaire déjà très dysfonctionnel, caractérisé par une grande fragmentation, il y a un manque de connexions d'une part entre les FOSAs de premier niveau (Postes de Santé et Centres de Santé) et entre les FOSAs de premier et de deuxième niveau (Centres de Santé de niveau A et hôpitaux de District), d'autre part. La contre référence (retour orienté du malade vers la FOSA qui l'avait référé) n'est pas bien organisée et exige notamment l'actualisation des protocoles thérapeutiques à tous les niveaux de soins (PS, CD, HD).

Il est important de considérer que la contribution du Fonds Bêkou couvre 30 % des services de santé. Et si on considère les services au niveau national avec présence de staff à qualifications minimales et l'apport en intrants et médicaments de qualité dans des structures équipées la couverture est bien supérieure à 50% du pays. Ceci a comme conséquence que le Fonds Bêkou est un partenaire essentiel pour les services de santé en RCA et que cette substitution nécessite d'être d'une grande homogénéité et bien harmonisé pour rendre un transfert au MSP dans l'avenir facile, structurée et faisable. La qualité des services doit en tout temps correspondre aux attentes et politiques de santé du pays.

L'appui aux structures sanitaires de deuxième et troisième niveau déjà prévue dans la phase 2 mais qui a pris du retard et sera donc mis en œuvre dans la phase 3 devra permettre la prise en charge par des ressources humaines qualifiées. Ainsi le Complexe Pédiatrique de Bangui (CPB) fonctionnera plus efficacement comme référence nationale. L'activité était prévue de démarrer en 2017 avec l'ONG Emergency déjà actif au CPB depuis 2013 et intervenant dans l'hygiène, les médicaments et une partie des primes à payer au personnel. Un quiproquo dans le contrat sur Fonds Bêkou avec Emergency a causé un retard dans le développement de l'initiative pilote de formation théorique et pratique. Il était prévu dans le cadre du relèvement du Complexe Pédiatrique de Bangui (CPB) des échanges d'étudiants et professeurs. Cette activité sera reprise par CUAMM du Saint Siège et est prévue débiter en Mai – Juin.

Actuellement les structures sanitaires de référence (hôpitaux de district et régionaux) ont une part plutôt faible de fonds alloués. Ces structures, qui sont en particulier les seules offrant des compétences en ressources humaines qualifiées pour la prise en charge des urgences médicales, chirurgicales et obstétricales sont le plus souvent démunies en médicaments et autres intrants ainsi qu'en termes de moyens roulants et budgets de fonctionnement correspondants pour le transport des malades. Ce sont également celles pour qui la politique de gratuité actuelle entraîne le plus grand manque à gagner mais où le FBP et la privatisation (PPP) pourront contribuer au budget de fonctionnement et investissements, à condition d'être géré en transparence et avec un système de redevabilité (par exemple avec le CONGES).

Le rôle essentiel de la formation des cadres pour assurer des services de qualité est élaboré sous la question de l'Impact et la sous question sur les formations.

3.3.2. Disponibilité des médicaments essentiels génériques

QE10. Les résultats visant l'amélioration de la disponibilité des médicaments pour les populations les plus vulnérables ont-ils permis de fournir les produits de santé de qualité au niveau des districts ?

Depuis 2014, l'Unité de Cession de Médicaments (UCM), structure à caractère public créée en 1994 avec l'appui des PTF, n'est plus du tout en mesure d'assurer sa mission d'approvisionner en médicaments essentiels les formations sanitaires du pays. La structure est en cessation d'activité, décapitalisée, sans trésorerie ni stock, avec un endettement auprès des fournisseurs et des banques très important, ainsi que des charges qui étaient liées à un effectif surdimensionné. Il reste actuellement 1,8 milliards de CFA à apurer. Les conditions matérielles sont également dégradées (infrastructures à entretenir, système informatique dépassé, moyens de transport absents). Aussi, est-il admis en République Centrafricaine que cette situation n'est pas due à la crise mais à une dégradation progressive, liée à la gestion et la gouvernance plutôt qu'à des aspects techniques.

Des études financées par l'UE, Expertise France et la Banque Mondiale en collaboration avec l'OMS se sont succédées depuis 2014 dans le but de proposer des solutions aux besoins humanitaires d'urgence actuels et d'aborder progressivement le développement d'un système national d'approvisionnement en médicaments essentiels durable. Le résumé des solutions proposées par ces études a été présenté dans la note de démarrage de cette évaluation, il est ici reporté en annexe 10.

Les différentes propositions issues de ces études convergent toutes vers :

1. Une liquidation de l'UCM,
2. Une étape intermédiaire appuyée par un opérateur externe et financée par les PTF,
3. La création d'une nouvelle centrale d'achat nationale, dont le statut pourrait être une association à but non lucratif ayant un contrat avec l'Etat.

Situation actuelle au niveau central :

La mission d'évaluation a été informée du rejet par l'Assemblée Nationale de l'intervention d'opérateurs externes telle que proposée dans les études ci-dessus citées. Le choix du Ministère est le maintien et la restructuration de l'UCM.

A ce jour, aucune stratégie d'approvisionnement n'est validée par le Ministère de la Santé, l'OMS et les PTF.

Conscient de la perte de confiance auprès des fournisseurs européens, le développement d'une coopération Sud-Sud est en cours, afin de pouvoir approvisionner cette UCM restructurée et un audit pharmaceutique a été mené par une équipe nationale en Egypte auprès de l'European Egyptian Pharmaceuticals Industry. Des contacts ont aussi été pris avec une entreprise marocaine occupant 80% du marché dans ce pays, de même avec l'Afrique du Sud, au sein d'un programme de renforcement du système de santé.

Aujourd'hui, il existe en République Centrafricaine trois grossistes répartiteurs : Centrpharm, UCM et l'UDP (Unité de Dépôt Pharmaceutique) et, deux dépositaires que sont Shalina et Roffe Pharma, qui cependant importent des médicaments qui n'ont pas d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) faute d'un dispositif règlementant l'importation des médicaments en RCA¹³.

Un réseau de distribution confessionnel, l'Association des Œuvres Médicales des Églises pour la Santé en Centrafrique (ASSOMESCA) possède aujourd'hui trois dépôts (Bouar, Bambari et Bangassou). Il distribue des médicaments provenant d'une source unique (IDA, Netherlands) à des prix jugés trop élevés par les parties prenantes consultées.

Parmi les textes clés aujourd'hui existant et permettant la régulation des produits pharmaceutiques, citons :

- Le Décret n° 94.196 portant réglementation de l'entrée des produits pharmaceutiques en RCA datant du 04 juin 1994,
- La Politique Pharmaceutique Nationale, 2011,
- L'arrêté n° 100/MSPPLS/DIRCAB/DGSP/DSPLMT/SRC.12 du 04 Octobre 2012 portant création d'une Commission technique pluridisciplinaire des produits pharmaceutiques en RCA,
- La décision du DSPLMT n° 058/MSPPLS/DIRCAB/DGSP/DSPLMT/SEVEM.011 du 31 Janvier 2011 précisant les « Conditions d'autorisation de mise sur le marché des produits pharmaceutiques ».

En ce qui concerne les autorités de régulation du médicament, le PTSS révisé et plus précisément, le projet de cadre de Performance du plan Intérimaire du secteur de la Sante 2018-2019 (PISS), élaboré après l'évaluation du PTSS, prévoit :

Dans son axe stratégique 1 : « Renforcement du ministère en charge de la santé dans ses fonctions de gouvernance », de :

- Renforcer le Ministère en charge de la santé d'une assistance technique perleée sur des thématiques spécifiques dont la réforme de l'approvisionnement en médicaments.

Dans son axe stratégique 2, « Mise à disposition d'un Paquet Minimum et Complémentaire d'Activités de qualité », le PISS prévoit entre autres de :

- Evaluer le niveau d'application de la réglementation pharmaceutique communautaire
- Renforcer les capacités des acteurs de media, des professionnels de la santé, des leaders communautaires et autres intervenants en matière de lutte contre les faux produits de santé
- Elaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de communication sur la lutte contre les faux produits médicaux
- Mettre à jour le plan opérationnel de la politique pharmaceutique communautaire

Au moment de l'évaluation du Fonds Békou, la Direction de la Pharmacie, du Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle (DPLM) est constituée de trois pharmaciens actifs, dont le Directeur vient d'être affecté récemment. Le système de régulation de l'importation des médicaments est en souffrance par manque de ressources humaines, de structuration et de

¹³PTSS, Chapitre 1.4.3. Médicaments, dispositifs médico-chirurgicaux et réactifs de laboratoire

textes actualisés. La DPLM fait partie de la Direction Générale de la Santé Publique¹⁴. L'Inspection Centrale des Services Pharmaceutiques et des Laboratoires (ICSPL) fait partie de l'Inspection Centrale, l'inspectrice est pharmacien. Il est dénombré 33 pharmaciens dans le pays, formés à l'étranger.

Si la politique et le plan stratégique de régulation de l'importation des médicaments restent à rédiger, il est à féliciter le tout premier projet de Loi, actuellement à l'étude, portant organisation de l'exercice de la profession de pharmacien.

Un plan opérationnel OCEAC sur les contrefaçons existe, il n'a cependant pas été transmis à cette mission d'évaluation. Une Loi sur les contrefaçons incluant l'Organisation internationale de police criminelle (INTERPOL), est en cours de finalisation avec l'« Institut de recherche anti-contrefaçon de médicaments, IRACM ».

Enfin, la DPLM prévoit de s'équiper d'un laboratoire de Contrôle Qualité niveau 1 (type Minilab, pour dépister les contrefaçons), dans cette zone du monde particulièrement infesté de contrefaçons et dont les frontières sont poreuses.

QE11. Est-ce que l'approvisionnement des médicaments effectués par les FOSA/Equipes Cadres de District est viable (approche du financement basé sur la performance)?

Le Projet d'Appui au Système Santé (PASS) de la Banque Mondiale et le Financement Basé sur la Performance (FBP) qu'il met en œuvre auprès des FOSAs ne prend pas en compte l'approvisionnement en intrants.

Il existe aussi un contrat FBP sur l'Inspection Pharmaceutique, qui devrait permettre à celle-ci de jouer son rôle une fois qu'elle pourra s'appuyer sur des textes solides visant à garantir la qualité des médicaments présents sur le sol centrafricain. Aujourd'hui, les COGES s'approvisionnent donc en médicaments à partir des sources existantes sur le marché centrafricain afin de servir les patients qui ne sont pas pris en compte par la gratuité ciblée. Il est donc urgent et particulièrement opportun de mobiliser les moyens nécessaires pour restructurer la DPLM, et appuyer le renforcement de son autorité nationale de réglementation pharmaceutique (DPLM), afin de garantir la qualité des médicaments présents et distribués sur le territoire et enrailler ainsi le développement du marché illicite, la pénétration des faux médicaments dans les circuits officiels et la distribution de médicaments de qualité inconnue. De plus, ce renforcement est parfaitement aligné avec le PTSS puis le PISS (indicateur 2.3.1 « Un système d'assurance qualité des médicaments, vaccins, produits sanguins et intrants est révisé et mis en œuvre »).

Ce renforcement devra concerner avant tout le renforcement des ressources humaines présentes, la restructuration de la DPLM, la définition du nombre de RH nécessaires et les fonctions de chacun. Elle inclura aussi le rafraichissement des textes afin de les amener au niveau des standards internationaux, la révision des coûts d'enregistrement des médicaments en République Centrafricaine (actuellement particulièrement bas, 100 000 XAF) et le processus d'octroi des AMM assuré par la DPLM. Grâce au contrat FBP du PASS auprès de l'ICSPL, celle-ci sera alors en capacité d'inspecter les grossistes répartiteurs, distributeurs et officines et assurer ainsi à la population la présence de médicaments enregistrés en République Centrafricaine selon les standards de qualité définis par les autorités en la matière.

Cet appui devra être mis en place dès le début de la phase 3 du Fonds Bêkou, grâce à la présence de deux assistants techniques spécifiques (un AT spécialisé sur l'assurance qualité de l'importation des médicaments et les DPLM et un autre AT spécialisé sur les centrales d'achat en Afrique) à plein temps durant un minimum d'un an au niveau de la DPLM, puis perléée pour une durée de six mois supplémentaires de travail tout au long de la

¹⁴ Selon l'organigramme de 2016

durée de cette troisième phase. Il nécessitera aussi la tenue de quatre ateliers de travail sur les textes à élaborer pour réguler la qualité de l'importation des médicaments et de deux autres ateliers sur la centrale d'achat.

Ce renforcement sera complété par la synthèse des études réalisées depuis 2014 et le travail sur les statuts des centrales d'achat en Afrique ci-dessus cités. Elle rassemblera les différentes options avancées pour approvisionner le pays en médicaments essentiels génériques. Cette étude fera ressortir les défis et les risques de chacune des options, afin de lancer les réflexions sur la centrale d'achat nationale à reconstruire ou restructurer. Le Fonds Bêkou appuiera alors une table ronde sur les médicaments pour présenter cette synthèse. Cette table ronde ou atelier sera convoquée par le Ministère de la santé, et mettra en présence toutes les parties prenantes actrices et consommatrices de médicaments et les PTF.

Enfin, la portée du plan opérationnel OCEAC et l'application de la Loi sur les contrefaçons bénéficieront sans aucun doute d'une forte action sur la demande à réaliser par une campagne d'information sur les méfaits des médicaments illicites, visant non seulement la capitale mais aussi toutes les régions sanitaires particulièrement touchées par ce fléau. L'approche inclura les autorités douanières depuis la conception de la campagne jusqu'à la mise en œuvre de la lutte active contre les produits illicites. Le réseau des FOSAs et ses relais communautaires appuyés par le Fonds Bêkou permettraient de servir de relais à cette campagne dans les zones les plus reculées, particulièrement vulnérables.

Il ne restera plus qu'à renforcer dans une phase ultérieure ou grâce à l'appui d'autres bailleurs de fonds les capacités de distribution des sociétés présentes afin qu'elles correspondent aux Bonnes Pratiques de Distribution (BPD), pour assurer la présence de trois distributeurs par régions, prônée par la BM, capables d'approvisionner les populations avec des médicaments de qualité contrôlée par les autorités nationales renforcées dès l'étape de sélection des fournisseurs et jusqu'à la dispensation à toutes les populations du pays.

3.3.3. Approvisionnement des structures de santé en médicaments et produits de santé

QE12. L'approvisionnement des médicaments a-t-il été effectué de manière efficace, à temps, et a-t-il atteint les bénéficiaires ciblés?

Depuis la phase 1 du Fonds Bêkou, les ONGs s'approvisionnent en médicaments auprès de sources internationales reconnues par la Direction générale pour la protection civile et les opérations d'aide humanitaire européennes de la Commission européenne (DG ECHO) afin de les distribuer dans les formations sanitaires où ils sont dispensés gratuitement. Ce moyen d'approvisionnement garantit la disponibilité de médicaments essentiels génériques de qualité dans toutes les FOSAs appuyées par les Fonds Bêkou en palliant à la rareté des dépôts pharmaceutiques dans les zones ciblées et au système de régulation de l'importation des médicaments actuellement faible.

Une quantité moyenne de 10-12 tonnes par ONG sur 18 mois est ainsi acheminée depuis Bangui jusque dans les entrepôts de l'ONG ou d'un hôpital en capitale de région. Le transport est assuré par les vols humanitaires à un coût moyen de 3 EUR/Kg (vols UNHAS/UNOPS/MINUSCA). Ce seul moyen de transport possible n'est pas seulement onéreux, mais il dépend aussi de la disponibilité d'espace et de poids dans ces vols.

Ces médicaments sont tous gérés par des responsables des ONGs, formés à la gestion des stocks. Le volume financier des médicaments et de leur transport représente 17% des dépenses durant la phase 1 et 12% du budget total sur la phase 2 (tableau 2).

Les ONG approvisionnent les FOSAs mensuellement sur commandes calculées à partir de la consommation du mois précédent et d'un stock de sécurité de quinze jours. Les agents de pharmacie ont été formés à la gestion des stocks par l'ONG elle-même. Compte tenu du niveau de base assez faible, les bonnes pratiques de gestion des stocks ne sont pas toujours observées (traçabilité du numéro de lot à renforcer, fiches de stock absentes pour certains produits, inventaire physique et théorique non concordants lors de la visite). Il est aussi important de souligner que les outils de gestions de stocks rencontrés au cours des visites ne sont pas harmonisés entre eux mais surtout ne correspondent pas tous à ceux du Ministère de la Santé.

Les ruptures de stock enregistrées jusqu'à ce jour au niveau des FOSAs par les ONGs oscillent autour de 5 à 8 jours par mois. Elles sont régulièrement observées sur le paracétamol 500 mg, l'amoxicilline 500 mg, l'ibuprofène et l'Albendazole.

Enfin, la prescription des médicaments est assez souvent irrationnelle, notamment dans les zones reculées et proches des frontières (exemple de la Vakaga). En effet, il est constaté un afflux plus important de la population vers la FOSAs durant les jours qui suivent l'arrivée des médicaments dans la FOSA et une forte demande de prescription. Les stocks sont alors épuisés plus rapidement que prévus.

Alors que la fin de la phase 2 est proche, les ONGs sont encore en attente de livraison de deux des trois commandes réalisées depuis le tout début de la phase 2. Les entrepôts commencent donc à avoir eux-mêmes des ruptures de stocks à cause de ces retards de livraison observés sur la livraison depuis l'Europe. La cause de ce retard est probablement à rechercher dans le choix restreint de fournisseurs auprès de qui sont faites les commandes mais aussi dans la durée très courte des phases de ce Fonds Bêkou (18 mois) et donc aux contraintes budgétaires qui en découlent. Les ONGs, n'ayant pas de fonds propres, elles doivent adapter la quantité de médicaments à acheter en fonction du montant des tranches versées.

Une optimisation de l'efficacité de ces achats a été recherchée durant cette évaluation, au cours de réunions avec les ONGs. En effet, une économie d'échelle serait possible si les commandes de médicaments étaient groupées. L'analyse de cette solution a montré que la dépendance en une seule ONG responsable de la commande puis la distribution à partir de Bangui vers les zones de l'intervention compromettraient l'efficacité et ajouteraient aux retards déjà observés. Il serait plus judicieux que les ONGs réalisent la quantification des besoins en médicaments dès le début de la phase 3 pour couvrir toute la troisième phase (30 mois) et demandent alors des livraisons et paiements fractionnés. Les distributeurs pourraient ainsi faire inclure les quantités à livrer durant les trois ans à venir dans les plans de fabrication et diminuer ainsi les délais de livraison. De même, les pharmaciens responsables des achats aux sièges sociaux des ONGs pourraient aussi rechercher à répartir les achats en utilisant la palette de centrales d'achat agréées par ECHO et en utilisant de manière optimale les prévisions de livraison des médicaments par les fabricants/distributeurs.

La gratuité ciblée n'est pas toujours respectée et il est quelquefois appliqué la gratuité totale par les ONGs dans les régions considérées encore comme vulnérables. Lorsque la gratuité ciblée est appliquée dans la FOSA, le COGES s'approvisionne en médicaments auprès des grossistes présents sur le marché (Roffe Pharma étant le plus cité, il est évident que le

marché illicite est aussi un fournisseur) et applique le recouvrement des coûts pour les personnes non ciblées. Sachant que la gratuité ciblée pour les urgences, les mères et les enfants de moins de 5 ans est caduque depuis le 10/07/2016, et qu'il est prévu qu'elle soit révisée et étendue à tous les niveaux du système de soins¹⁵, le système de recouvrement des coûts continuera donc à s'appliquer pour les patients hors cible, tout au moins avant que le système de financement de la santé ne soit révisé par le Ministère.

La gratuité ciblée, si renouvelée par le Ministère devra être appliquée dans toutes les FOSAs au cours de la phase 3. Compte tenu du standard de qualité des médicaments que se fixe l'Union Européenne, le recouvrement des coûts du médicament devrait être appliqué sur les molécules approvisionnées par les ONGs. Il permettra ainsi d'assurer l'approvisionnement pharmaceutique dans toutes les régions et pour toute la population.

Pour ce faire, il est ici proposé que le Fonds Bêkou participe activement à cette transition vers le développement en révisant et actualisant ce principe de gestion des FOSAs.

Deux autres assistances techniques spécialisées (tarification et gestion des médicaments selon le principe de recouvrement des coûts), sur une durée d'environ six mois perlés chacune permettront alors de réaliser :

- Une étude sur la tarification des actes, basée sur la capacité économique des ménages, et le souci d'équité ;
- Au moins quatre ateliers avec la DLPM et l'ICSP dont les objectifs seront de
 - i) Réactualiser des principes de recouvrement des coûts des médicaments et de son contrôle ;
 - ii) Etablir la tarification des actes et la marge à appliquer sur les médicaments, en se basant sur les résultats de l'étude ;
 - iii) Elaborer les outils nécessaires avant production et diffusion
- Une formation de formateurs de cinq jours au moins au niveau national et les formations en cascade de cinq jours à l'attention d'un membre du COGES, des responsables de pharmacie, d'un membre de l'ECD et ECR, dans toutes les régions et FOSAs considérées.

Ces formations seront une excellente opportunité de transmettre et entretenir les messages clés de lutte contre le marché illicite développés pour la Campagne de sensibilisation.

3.3.4. Mesure des indicateurs contractuels

QE13. Les résultats planifiés ont-ils été atteints au niveau des FOSA? Quelles appréciations sur l'amélioration de l'état de santé de la population, en particulier les groupes vulnérables (par exemple, femmes enceintes et allaitantes, enfants âgés de moins de 5 ans), dans un contexte de reprise du système de santé et de reconstruction du pays?

Les ONGs mesurent l'atteinte d'indicateurs contractuels de manière mensuelle et en rendent compte dans leurs rapports annuels. Elles ont aussi adapté leurs actions de santé aux besoins propres au contexte de chaque région dans laquelle elles opèrent. Il a été ainsi développé des interventions de détection et prise en charge de patients atteints de problèmes de santé mentale, dans la région de Bria, suite à une prévalence élevée de stress post traumatiques (40 000 déplacés). Des interventions relatives à la prise en charge médicales des victimes de viols commencent aussi à voir le jour.

L'efficacité de l'intervention est indéniable, comme en témoigne le tableau suivant, faisant état de ces indicateurs contractuels.

¹⁵ Résultat 2.7.1 du projet du PIS

Au cours de la première phase, mise en œuvre par six ONGs sur une durée de 18 à 19 mois, l'efficacité obtenue est la résultante de deux actions complémentaires.

L'action sur la demande repose sur la constitution de groupes de femmes qui sensibilisent les communautés sur la présence de soins gratuits pour les femmes enceintes, allaitantes, les enfants de moins de cinq ans et les urgences vitales, mais aussi sur les bonnes pratiques de nutrition grâce à des démonstrations culinaires. Cette action est renforcée par la redynamisation des Relais Communautaires (RECO) qui relaient l'information et participent aux dépistages des enfants malnutris, des cas de maladie mentale dans certaines régions et au suivi des femmes enceintes.

Cette mobilisation de la demande de soins est associée à un renforcement de l'offre de soins, grâce à l'appui en formations, en équipements et en réhabilitation des formations sanitaires.

Dès la première phase, cette stratégie a ainsi permis de dépasser les attentes en termes de nombre d'accouchements assistés par du personnel de santé (102%), de prise en charge de Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) sans complication (195%) et de participation aux groupes psycho-sociaux lorsqu'ils étaient mis en place (144%).

A côté de ceux-ci, des indicateurs de réalisations concernant l'appui aux équipes cadres de districts sont moins constamment reportés, ils affichent aussi un pourcentage d'atteinte plus faible durant la première phase, essentiellement à cause de l'absence de membres d'ECD et ECR en régions jusqu'à aujourd'hui.

En ce qui concerne la phase 2, alors qu'elle se terminera pour la majorité des cinq ONGs en Juin 2018¹⁶, et aura duré entre 18 et 23 mois, il est intéressant de constater que les sensibilisations commencent à produire un effet plus net sur le nombre de Consultations Prénatales (CPN) et sur le nombre de nouveaux cas de consultations curatives qui atteint déjà respectivement 185% et 113% de la cible escomptée en fin de projet. Alors que les projets sont majoritairement à 83% de leur durée de mise en œuvre de cette seconde phase, l'atteinte de 88% du nombre ciblé d'accouchements assistés laisse présager une excellente efficacité à venir en fin de projet sur ces interventions essentielles à la santé de la mère et de l'enfant de ces populations vulnérables.

Enfin, l'augmentation du nombre de FOSAs réalisant les stratégies avancées mais aussi la nomination récente des membres des ECD par le Ministère permettent d'espérer une augmentation de la couverture vaccinale en fin de phase 2, qui sera renforcée par un appui direct aux Districts au cours de la phase 3.

Cependant, les visites des formations sanitaires dans les régions révèlent des variations significatives par rapport aux normes existantes, véritable frein à l'efficacité et à la pérennité des interventions mises en œuvre par le Fonds Bêkou. Parmi les variations les plus essentielles, citons:

- Absence de forages dans les formations sanitaires,
- Constructions de maternités de façon anarchique, lancées sous l'impulsion du FBP, observées dans la région de Bamingui Bangoran. La population couverte par ces maternités n'atteint pas toujours le nombre fixé par les normes ministérielles. De plus, la qualité de la construction n'est pas attestée par le Ministère de la Santé. Dans cette région, des retards sont rencontrés par l'Agence d'Achat de Performance et de Renforcement des Capacités (AAPRC), ces constructions sont d'ailleurs interrompues et les communautés perdent confiance en ce FBP.

¹⁶ A l'exception de la Croix Rouge française, contracté jusqu'en décembre 2018 et de l'appui au Centre Pédiatrique de Bangui non encore commencé

➤ Qualité des indicateurs de résultats

Les méthodes de calculs des indicateurs varient légèrement entre les ONGs, notamment dans l'estimation de population attendue (ex : pourcentage de femmes enceinte et allaitantes). Dans les régions où la population comprend des déplacés, ceux-ci n'ont pas toujours été comptés dans la population de l'aire de santé, sous estimant le dénominateur et conduisant donc à une cible surestimée. Certaines ONGs reportent une prise en charge des victimes de viols mais n'ont pas défini ou n'ont pas communiqué à la mission d'évaluation le contenu de la prise en charge.

Compte tenu du manque d'harmonisation des données collectées dans les FOSAs avec celles nécessaires au SNIS, et de la surcharge de travail et source d'erreurs qui en sont la conséquence directe, il serait donc judicieux de tirer des leçons de ces deux phases et de restreindre le nombre d'indicateurs contractuels à mesurer par les ONGs tout en assurant la qualité de leurs mesures en définissant une et une seule méthode de calcul.

➤ Indicateurs de résultats contractuels pour les ONGs pour la phase 3

Compte tenu de l'accent de plus en plus affirmé de l'Union Européenne sur les approches orientées sur les résultats, et de l'absence de cadre de résultats spécifique au Fonds Bêkou¹⁷, il est proposé ici de définir une liste d'indicateurs de résultats adaptée aux résultats attendus de la phase 3 que les ONGs mettront en œuvre. Afin de permettre l'agrégation des données et leur participation au niveau 2 du cadre de résultats de l'UE (CRUE), il est fortement conseillé de reporter les valeurs brutes (nombre plutôt que pourcentage). Les notes méthodologiques permettant de calculer de manière superposable ces indicateurs sont disponibles à l'adresse : <https://europa.eu/capacity4dev/eu-rfi> (annexe 11 en date de mars 2018) et devront être utilisées pour calculer les mesures.

Les indicateurs de résultats ci-dessous listés suivent bien sûr ceux du PTSS et du PIS, donc du SNIS :

- Nombre de consultations curatives par an, désagrégées en sexe, moins de 5 ans, (contribution au 3.2.3 PISS)
- Nombre d'accouchement assistés par du personnel de santé qualifié (CRUE n°18 et 3.1.3 PIS)
- Nombre de CPN (3.1.2 PISS)
- Nombre de CPN 4 (3.1.2 PISS)
- Nombre d'enfants de un an vaccinés (CRUE n°19 et 3.2.4 PISS), désagrégé par sexe
- Nombre de femmes et d'enfants bénéficiant de programmes de nutrition (CRUE n°9)
- Nombre de MAS sans complication prises en charge (3.2.5 PISS), désagrégé par sexe
- Nombre de femmes utilisant une méthode contraceptive (CRUE n°20 et 3.1.1 PISS)
- Etat (ou statut) du plan d'action opérationnel de district : cet indicateur de résultat permettrait de mieux mesurer l'effet de l'appui aux districts que les indicateurs de réalisations utilisés dans la phase 2.

Il sera essentiel de réaliser un atelier de toutes les ONGs impliquées dans la phase 3 afin de définir précisément les méthodes de mesure des indicateurs à utiliser et comprendre ensemble celles des quatre indicateurs de résultats de niveau 2 du CRUE.

¹⁷ Contrairement aux autres fonds fiduciaires de l'UE signés à partir de 2015

Tableau 4. Atteinte des résultats en phase 1, phase 2 et sur l'ensemble du Fonds Bêkou

	TOTAL PHASE 1			TOTAL PHASE 2			TOTAL de Janvier 2015 à Janvier 2018
	Cibles	Atteint en fin de phase 1	% atteinte	Cibles	Atteint en Janvier 2018	% atteinte janvier 18	
Nombre de FOSAS		80			128		128
Population Cible/bénéficiaires	1 250 597			1 556 365			
Consultations curatives nombre de nouveau cas par an par habitant	1 005 323	788 760	78	743 905	839 134	113	1 627 894
Enfants vaccinés PENTA 3	25 496	17 942	70	54 649	28 090	51	46 032
Nb d'enfants de moins d'un an vaccinés contre la rougeole	11 717	6 089	52	22 228	8 014	36	14 103
Nombre accouchements assistés	32 457	33 059	102	40 357	35 701	88	68 760
Nombre Femmes visitées CPN toutes confondues	65 806	45 451	69	32 028	59 283	185	104 734
Nombre d'enfants de moins de 0 à 59 mois MAS sans complication pris en charge	25 891	50 551	195	4 374	2 770	63	53 321
Nombre de personnes participant aux groupes de discussion psychosociale	1 440	2 074	144	14 517	582	4	2 656
Nombre de victimes de violences sexuelles (VVS) médicalement prises en charge.	360	141	39	200	144	72	285
Nombre réunions de suivi avec ECD	88	79	90	156	124	79	203
Nombre FOSA réunions COGES	898	592	66	832	482	58	1 074
Nombre de revue semestrielle ONG-ECR-ECD	21	13	62	21	6	29	19
Nombre FOSAs stratégies avancées	716	296	41	150	210	140	506
Missions de supervision conjointe	357	188	53	195	110	56	298

3.4. Impact

QE14. Les résultats obtenus permettent-ils d'atteindre des effets à long terme sur la santé des populations ciblées par le PTSS?

Les seuls effets à long terme déjà visibles en fin de phase 2, concernent la remise en activité des FOSAs, et la présence de l'équipement adéquat pour réaliser le PMA et le PCA. Si l'évolution de la mesure des indicateurs sur les mortalités ne peut pas encore être exploitée, les discussions avec les notables de chaque district visité révèlent clairement et constamment l'observation de la diminution des mortalités infantiles et maternelles par les membres des communautés où les ONGs mettent en œuvre le Fonds Bêkou. Le ressenti de la population associe continuellement la diminution des mortalités à la présence des médicaments et des équipements dans les FOSAs, démontrant ainsi le lien direct avec le projet évalué.

QE15. Comment le développement et planification des Ressources humaines dans le cadre Bêkou peut-elle contribuer à l'impact du programme ?

Quelle est la situation et l'élaboration des documents de la politique et du plan de développement des RHS basé sur l'analyse de la situation des RHS ?

La Fiche d'Action (FA II) du Fonds Bêkou a prévu un appui dans l'analyse de la situation des ressources humaines et dans l'élaboration d'un plan du développement des ressources humaines dans lequel une attention particulière serait prêtée en termes de disponibilité, qualifications, formation, et distribution) (FA II p13).

Le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PSDRHS 2017-2021), finalisé et approuvé, ne permet pas aujourd'hui d'être mis en œuvre tant qu'il n'est pas chiffré et budgétisé et tant qu'il manque de lien avec un état de lieu au démarrage (Baseline) et un suivi de données dynamique (data base).

Au niveau central, la Direction des Ressources du MSP est caractérisée par une faible capacité institutionnelle (espace, équipements...) et une insuffisance quantitative et qualitative en personnels. Globalement, le SRH dispose de huit agents dont quatre cadres de la catégorie A et quatre Agents appartenant à la hiérarchie inférieure qui n'ont pas été formés dans le domaine de la Gestion des Ressources Humaines et de la Formation GRH (document PSDRHS p24).

La structuration actuelle du SRH ne permet pas de prendre en compte les principales fonctions relatives à une gestion moderne des ressources humaines, à savoir : les fonctions de planification (définition quantitative et qualitative des effectifs, identification, projection et programmation des besoins), de production (formation en fonction des besoins et profils des emplois), et de gestion (courante et prévisionnelle). (PSDRHS p24).

Il est difficile de donner de façon précise des éléments sur la disponibilité des RHS. Car il est pratiquement impossible de croiser les données provenant du MSP avec celles des autres acteurs de la santé tels que les Ministères (chargés des Forces Armées, Finance et Fonction Publique) et le privé.

Le plan de développement des ressources humaines de la santé, accompagné d'un suivi des plans, tant au niveau central que périphérique, n'est pas élaboré, pourtant une nécessité préalable au redéploiement du personnel et élaboration des curricula (Voir annexe 13).

Dans l'ensemble, il y a des insuffisances chroniques dans tous les Ecoles de Formations Professionnelles de Santé (EPFPS) par rapport aux normes liées à ces standards en dehors de la Faculté des Sciences de la Santé (FACSS) et de l'Institut Universitaire de Formation Paramédicale (IUFP) de la Croix Rouge Centrafricaine (PSDRHS p37). Quand on parle de standards on se réfère aux Ressources humaines : nombre et qualité des enseignants ; aux

ressources physiques et matérielles : matériels pédagogiques (salles des démonstrations adéquatement équipées) ; et à l'organisation de la formation : Programmation et exécution des cours, apprentissage pratique et clinique, recrutement, sélection et admission des candidats.

Les seules données rudimentaires sur les RH sont disponibles dans le HeRAMS de mars 2016 : Les ECR à ce moment comptaient 28 ressources humaines. Les ECD avec 111 staff et dans les FOSAs il y avait un médecin pour 22013 habitants, une sage-femme pour 17440 habitants, un infirmier d'état (IDE) pour 16565 habitants, et un agent de santé communautaire (ASC) pour 2014 habitants.

Il n'existe pas pour le moment de politique ni des plans de développement des RHS (PSDRHS p23).

Est-ce qu'il y a un travail fait avec les ressources humaines pour établir les standards minimums en PMA/PCA ?

La fourniture de services de santé adéquats à la population rencontre de nombreuses difficultés, e.a. l'insuffisance des ressources humaines en santé en termes quantitatifs mais aussi qualitatifs. La reprise des activités dans les districts (ECD et staff Clinique) est impérativement liée à des effectifs de personnel satisfaisants sur place ; c'est pourquoi un redéploiement des ressources humaines a été entrepris dès le dernier trimestre de 2017 de la mise en œuvre dans les districts du projet.

La problématique de disposer d'un personnel médical formé demeure une contrainte structurelle en RCA. Le déficit quantitatif et qualitatif de ressources humaines en santé (RHS) qualifiées reste également le principal défi à relever pour le MSP. Actuellement, ces ressources sont insuffisantes et essentiellement concentrées sur la capitale du pays, et cette situation chronique a encore été aggravée par la crise suite aux destructions des infrastructures sanitaires périphérique et à l'exode des populations et du personnel de santé. Une stratégie de redéploiement du personnel est développée au travers du recrutement d'un grand nombre de fonctionnaires par le MSP, à partir du vivier constitué d'une part par les personnels nouvellement formés en attente d'intégration dans la fonction publique, et d'autre part par le grand nombre de personnels qualifiés actuellement employés par les ONG ou dans le secteur privé. Le MSP vient d'intégrer 100 à 150 médecins et compte sur 300 médecins dans un proche avenir.

Le MSP a fait l'effort d'accélérer le fonctionnement effectif des Districts Sanitaires, jusqu'à présent le handicap majeur dans l'exécution des projets et programmes de santé au niveau opérationnel des FOSA et du niveau communautaire.

Une feuille de route est à élaborer pour bien clarifier la situation actuelle et celle souhaitée sur le renforcement des Districts Sanitaires.

En deuxième lieu est préconisé le redéploiement des RHS sur l'ensemble du territoire national, avec une politique d'incitation à mettre en place. Ainsi l'intégration et nomination des cadres et leur affectation pourra dynamiser les services de santé à la population. Une approche serait de verser les salaires sur place et non à Bangui.

Un travail est fait par les ONGs avec les cadres MSP pour le renforcement et l'acquisition des connaissances de prise en charge des malades. L'augmentation de la couverture du pays en RHS qualifiées dotant en personnel les équipes d'encadrement régionales et préfectorales, préconise également des formations complémentaires pour renforcer leurs capacités de gestion et de supervision des activités de soins. La formation des formateurs est prévue avec le support du ATP/Bêkou, de cadres des ONG/Bêkou, et des Equipes Cadres Régionales (ECR) sur des modules de formation des ECD, et d'organiser des supervisions conjointes incluant des cadres du niveau central. Les modules couvriront la performance des services de santé selon les normes de l'OMS et leur qualité, le SIS, ainsi que le suivi de la planification opérationnelle et trimestrielle des FOSA, et l'organisation des ASC.

L'appui au niveau du district a donc progressé malgré les contraintes en termes de disponibilité des ressources humaines pour les équipes cadres de district, de moyens de fonctionnement, et avec le support et liens établis avec les ONG qui les appuient. La phase I a permis d'appuyer les équipes cadres dans la reprise de leurs fonctions de coordination, de formation et de supervision, et la Phase II accentuera et complètera ce processus. Des efforts devront être déployés pour un appui davantage standardisé entre les différentes zones et opérateurs, comme par exemple la possibilité de mutualiser des outils (de gestion, formation, etc.) développés et mis en place.

Dans le rapport de l'AT périphérique il est proposé d'inclure dans le budget de la 3ème phase une composante d'appui institutionnel au MSP comprenant le financement de formations continues de courte durée (de 3 mois) de cadres du MSP au niveau central et déconcentré sur le management du District Sanitaire (Politique et Gestion du système de santé, Gestion des Services de Santé, Gestion du District Sanitaire, Epidémiologie, et le Système d'Information Sanitaire), et bien sur les supervisions conjointes avec participation du niveau central, régional et périphérique.

Dans le cadre de cette deuxième phase santé, le Fonds Bêkou devait développer une initiative pilote de formation (théorique et pratique) au Complexe Pédiatrique de Bangui (CPB). Cette activité a connu un retard d'exécution et combiné avec une référence de nutrition et PCIMA. Afin de répondre au souci de renforcement des capacités des RHS il est envisagé d'assurer au CPB la formation de médecins et infirmiers. La formation pratique et théorique, alignée aux standards internationaux et protocoles nationaux, des étudiants en médecine et en soins infirmiers permettra au gouvernement de redéployer les ressources dans toutes les régions de la RCA et donc d'assurer le même accès et la même qualité de soin à tous les Centrafricains.

La FA II du Fonds Bêkou (p13) prévoyait de prêter une attention particulière aux ressources humaines (leur disponibilité, qualifications, formation, et distribution), et au financement du secteur (meilleure stratégie à adopter à la fin de la validité de l'instruction ministérielle sur la gratuité).

On observe d'ailleurs une relance effective des PMA et PCA dans toutes les zones d'intervention des projets des ONG/Bêkou grâce aux infirmiers secouristes recrutés par les COGES (les organes de gestion des Centres de Santé et CONGES pour les Hôpitaux de District) et aux infirmiers qualifiés fonctionnaires ou recrutés et formés par les ONG/Bêkou (éducation pour la Santé, activités de triage, de soins curatifs, de vaccination, de CPN & PF, de prise en charge intégrale des VVS, de gestion et de dispensation des médicaments aux malades, d'hospitalisation de jour dans les Postes et Centres de Santé) et hospitalisation dans les hôpitaux). La formation est facilitée avec un appui des ECR et du MSP central.

Cependant, la performance des PMA et PCA diffèrent entre les Districts Sanitaires et entre les FOSA d'un même District Sanitaire (insuffisance du personnel qualifié, mauvaise gestion de certaines FOSA, insuffisance des ASC, leur mauvais encadrement et motivation financière non basée sur leur performance).

Tous les infirmiers secouristes recrutés par les COGES et les infirmiers qualifiés fonctionnaires ou recrutés par les ONG/Bêkou ont bénéficié et continuent à bénéficier de formations continues (protocoles thérapeutiques, gestion des épidémies, gestion et dispensation des MEG, vaccination, éducation pour la Santé), voir annexe 13.

Dans les zones appliquant la stratégie du FBP, le personnel est formé en business plan et gestion financière.

Le recrutement du personnel qualifié (Assistant de Santé, Assistant Accoucheur) est en cours dans certaines FOSAs des zones appliquant la stratégie de FBP mais il reste très insuffisant par rapport aux besoins actuels.

Il y a un manque d'harmonie dans la formation des Agents de Santé Communautaire (ASC) ou relais communautaire (RECO) sur un paquet intégré d'actions communautaires en santé visant à améliorer l'accessibilité des enfants et des femmes enceintes aux soins de santé curatifs et préventif (mentionné également dans le rapport de démarrage de l'AT2 Février 2018).

Plusieurs ASC travaillent dans les PS ou CS au détriment de l'action communautaire. Dans son exécution le FBP devrait pouvoir prendre en compte le paiement basé sur des indicateurs communautaires de santé comme inscrits dans le Manuel National. Mais plusieurs ASC œuvrant dans le DS (dans les CS et PS visitées par l'AT2) ne sont pas intégrés dans le FBP de la zone de responsabilité de leurs FOSA. Dans le cadre de la politique des soins de santé primaires (SSP), la participation communautaire reste primordiale. Or on constate jusqu'à maintenant un fonctionnement déficient des organes de coordination et de gestion du système, tant au niveau central (Comité national de coordination des SSP non fonctionnel) qu'au niveau périphérique (Comités de Gestion - COGES- inopérants et au rôle mal défini dans l'environnement de crise actuel, particulièrement par rapport à la politique de gratuité, et même exclus dans le FBP). Une redynamisation de ces organes est indispensable pour pouvoir envisager un retour progressif à un système de santé fonctionnel.

Avec les ECD il est prévu de traiter le module : L'organisation des Agents de Santé Communautaire en Groupement à Assise communautaire œuvrant de façon encadrée et motivé financièrement, supervisé et évalué.

QE16. Quel est l'impact de la formation sur la qualité des soins ?

Il s'avère que dans les rapports finaux et intermédiaires des ONGs, relativement peu d'attention est portée aux formations des personnels qui sont peu développées et encore parfois uniquement dans le contexte des supervisions.

L'impact des formations sur la qualité des soins n'est donc pas encore mesurable. La formation sur la qualité des soins a été essentiellement conduite par les ONGs en fonction des besoins prioritaires (PMA/PCA, SONUB, PCIME, etc).

Voir Annexe 12 Analyse des activités de formation offertes par les ONG ;

Il n'est pas possible d'en déterminer l'impact car ces formations ont été non harmonisées d'une ONG à l'autre et n'ont pas été l'objet d'évaluations systématiques. Les ONGs avec les cadres MSP se sont attelés au renforcement et l'acquisition des connaissances des RHS pour la prise en charge des maladies, mais ces efforts n'ont été ni harmonisés ni standardisés. La durabilité n'en est pas assurée par manque d'approche systématique. Ainsi dans la phase I, les ONGs ont renforcé la formation des FOSAs à partir de modules du MSP. Dans la Phase II l'appui a été plus dirigé vers les ECD dans la reprise de leurs fonctions de coordination.

Le redéploiement du personnel qualifié au niveau opérationnel commence à peine à être effectif dans les Districts Sanitaires et selon les nouveaux découpages. Ceci devrait permettre aux ECD de la zone d'intervention du Fonds Bêkou d'assurer la supervision des services (Résultat 2) avec l'appui des ONGs et également une meilleure gestion du SIS. La qualité des prestations des FOSAs pourra aussi s'améliorer par leur encadrement et surtout au travers des supervisions formatives qu'effectueront les ECD.

Dans la période de la deuxième phase, le Fonds Bêkou avait prévu de développer une initiative pilote de formation (théorique et pratique) dans le cadre du Complexe Pédiatrique de Bangui (CPB) mais cette activité a pris du retard et n'est pas encore mise en œuvre.

Avec le Médecin Chef du DS, l'ECD devrait comprendre un superviseur polyvalent chargé de la supervision de la gestion financière des FOSAs, un chargé du Système d'Informations sanitaires (SIS) et un chargé de l'encadrement des agents de santé communautaire (ASC). Les ONGs devront mieux appuyer de façon complémentaire les Districts Sanitaires ayant déjà reçu le matériel roulant, imprimantes et support de données par le projet OMS/FED.

Les protocoles de soins et ordinogrammes existent dans les FOSAs et le personnel soignant témoigne qu'il a reçu une formation mais il ressent le besoin urgent d'un recyclage ; Cependant beaucoup des protocoles ne sont pas harmonisés. Cela témoigne de la nécessité de disposer de modules agréés par le MSP.

Pour assurer la qualité des activités de soins il sera également nécessaire d'augmenter la couverture du pays en RHS qualifiées et de laisser bénéficier le personnel des équipes d'encadrement régionales et préfectorales de formations complémentaires pour renforcer leurs capacités de gestion et de supervision des activités de soins (Résultat 2).

Les programmes et formations de malnutrition communautaires MAM, ANJE et la PEC des PCIMA et MAS ne sont pas bien développés par la plus grande partie des ONGs ([Voir Annexe 12](#)).

3.5. Durabilité

<i>QE17. Dans quelle mesure, les systèmes introduits sont-ils viables sur le long terme?</i>

L'appropriation par les parties prenantes (FOSA, ECD, ECR) c'est à dire la viabilité des transferts de connaissance à long terme ne sera acquise qu'à condition de mettre en place des agents dotés de compétences adéquates soit en prestations de soins soit en gestion financière et administrative des services de santé, qu'il s'agisse de questions spécifiques comme la gestion des stocks de médicaments que des questions plus générales comme l'analyse des conditions de production des soins de santé et la détermination des recettes nécessaires pour les couvrir.

Au-delà de l'aspect motivation (paiement des primes aux agents), l'action développée dans un contexte de crise généralisé dans le pays n'a pas été assez longue pour obtenir une appropriation des parties prenantes.

La permanence du financement externe (UE et autres bailleurs de fonds) est aujourd'hui incontournable face aux difficultés rencontrées par l'Etat mais le relais devra être assumé un jour ou l'autre par ce dernier.

La première des réformes sera d'assurer le paiement régulier des salaires des agents de l'Etat et d'intégrer les contractuels actuels qui fournissent les prestations dans la majorité des FOSAs sans oublier les ECD qui n'ont pour rémunération que les primes octroyées par les ONGs d'appui. En deuxième lieu, c'est le renforcement des capacités des ressources humaines en santé qui restera le problème prioritaire.

De l'avis des évaluateurs, tous les projets financés par le Fonds Bêkou ont réussi de manière générale à changer à un certain degré la gestion et l'organisation de la mise en œuvre des programmes de santé, grâce aux appuis multiformes fournis. La réorganisation enclenchée au niveau des Districts par le MSP et appuyée par les ONGs, sera sans doute durable, puisqu'elle a été adoptée comme stratégie nationale.

Il est aussi important de constater que l'octroi des indemnités d'incitation, l'appui aux fonctionnements des structures sanitaires et l'apport des intrants (médicaments et consommables médicaux), en application de la directive sur la gratuité ciblée, représente

30% du montant alloué aux ONGs par le Fonds Bêkou (soit 11 120 000 euros sur trois ans, pour 1,56 millions d'habitants). La pérennité financière de ce Fonds Bêkou dépend donc de la capacité financière de l'Etat à reprendre en charge ces frais. Or, elle est à ce jour considérée comme très faible.

3.6. Visibilité

QE18. Dans quelle mesure les activités mises en œuvre contribuent-elles à rendre visible les résultats des interventions ONG partenaires ?

Globalement, l'équipe a noté, pendant les visites sur le terrain, que les équipements et voitures achetés avec les fonds du projet sont généralement bien étiquetés avec le logo du projet et de l'UE.

A cela se sont ajoutées des activités propres à chaque ONG comme :

- *La Croix Rouge Française* : En collaboration avec l'ECD du district des Castors dans le 3ème arrondissement de Bangui, la CRF a préparé et organisé un reportage sur le témoignage des bénéficiaires et des séances d'information sur la prise en charge psycho sociale dans le cadre du programme SGBV. CRF a publié les résultats d'une enquête de satisfaction auprès de la population sur la mise en œuvre de la gratuité réalisée en juillet et août 2015, qui globalement montre que la directive sur la gratuité ciblée est bien mise en place dans les FOSA de la zone.

- *ALIMA* : l'ONG a réalisé un spot radio pour faciliter la libre circulation de son ambulance aux points de passage contrôlés par les Anti Balaka. Un publiportage sur le Centre de Santé de Bimbo en français et en Sango sur les radios est en cours de préparation.

- *Save The Children* : l'ONG a réalisé des panneaux de visibilité avec les deux logos (SCI et Bêkou) installés dans les 4 Centre de Santé Universitaires ; Elle a installé le logo Bêkou sur les véhicules et le matériel d'assainissement des Centres. Elle a distribué des blouses au personnel, portant également les logos (SCI et Bêkou).

Première Urgence/AMI : elle a réalisé et validé un plan de communication et de visibilité des projets appuyés.

IMC : Mise en place continue de la visibilité dans tous les sites d'intervention. Communication avec les leaders communautaires, les autorités locales et les membres de comités de gestion des FOSA sur la gestion rationnelle des moyens logistiques mis à la disposition des FOSA ;

3.7. Questions transversales.

3.7.1. Equité et Protection sociale

La protection sociale est essentielle dans le développement durable. L'augmentation de la couverture de protection sociale pour les pauvres et les personnes vulnérables est l'un des objectifs de l'ODD 1 visant à éradiquer la pauvreté et constitue un élément fondamental de l'ODD 8 pour un travail décent et la croissance économique. L'élargissement et l'approfondissement de la couverture sociale contribueront également à la réalisation de nombreux autres objectifs, tels que l'élimination de la faim (ODD 2), une bonne santé et le bien-être (ODD 3), l'égalité des sexes (ODD 5) et la réduction des inégalités (ODD 10).

Le fonds Bêkou contribue prioritairement à la santé de la femme et de l'enfant et par l'achat et distribution de médicaments essentiels pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes, dans le contexte de la gratuité ciblée. Il est prouvé que les enfants du quintile de richesse le plus faible sont trois fois plus susceptibles de mourir avant leur cinquième anniversaire que les enfants dans le quintile de richesse le plus élevé.

Dans le contexte de la protection sociale Bêkou intervient dans la santé mentale et psycho sociale avec une attention particulière dans la prévention de la VBG et en traitant et accompagnant les victimes de violence sexuelle (y compris le mariage précoce et les

conséquences, les fistules vésico-vaginales sachant que ce groupe a des chances supérieures à la moyenne de devoir engager des dépenses de santé catastrophiques.

En RCA également les femmes dans les zones rurales ont plus de chances de mourir pendant l'accouchement que les femmes vivant dans des centres urbains. De là l'importance du déploiement des ONG à l'intérieur du pays. Il y a des régions qui souffrent d'instabilité et d'insécurité pour lesquels le Fonds Bêkou fait encore une couverture avec la gratuité totale.

Tout ceci est important car la protection sociale fournie par le Fonds Bêkou est un outil efficace pour renforcer la résilience et la capacité de la RCA à faire face à la crise. En apportant un soutien aux populations affectées et aux victimes de déplacements forcés et faisant partie d'un cadre global, la protection sociale offerte par le Fonds Bêkou contribue à mieux gérer la situation de fragilité extrême et de crise prolongée.

3.7.2. Genre

L'approche selon le genre souligne les rôles et les responsabilités sociales qui sont attribuées aux femmes et aux hommes dans un contexte donné, et (re) produits au jour le jour à «faire genre». Une analyse sous l'angle du genre étudie les relations de pouvoir entre les femmes et les hommes, les garçons et les filles. Cependant, les rôles de « genre » peuvent changer, et devraient changer, par exemple pour assurer une répartition équitable et non discriminatoire des ressources et des opportunités.

Dans le programme Bêkou il n'y a pas de vraie composante liée au genre cependant certaines activités en particulier celles relatives à la prise en charge psychosociale des violences sexuelles rejoignent les relations de pouvoir entre les femmes et les hommes.

3.7.3. Environnement

En ce qui concerne le financement du fonds Bêkou pour la santé, les projets mis en œuvre par les ONGs comportent tous la réhabilitation ou la construction lorsque besoin d'incinérateurs dans les FOSAs. Dans les FOSAs visitées à Bangui, ces incinérateurs sont construits sur le modèle de l'incinérateur de Montfort, en matériaux locaux bien plus efficaces que ceux trouvés en région. Certaines ONGs ont instauré les trois poubelles permettant de trier les déchets dans les FOSAs.

De même l'installation de panneaux solaires permet de pallier au manque d'électricité en produisant une énergie verte. Malheureusement, il n'est pas possible de faire fonctionner deux générateurs d'électricité indispensables au fonctionnement pour les hôpitaux reculés avec ce moyen.

IV. Conclusions et recommandations

4.1. Conclusions

- **Pertinence**

Le programme présente une forte pertinence autant en ce qui concerne les attentes des bénéficiaires que les attentes du MSP.

- **Efficiencia**

Le fonctionnement des structures de pilotage au niveau provincial, notamment les Districts et Régions sanitaires reste à 100% dépendant des appuis financiers des PTF. Le leadership de supervision n'a pas d'autonomie, ni de capacité de financement. Les capacités en gestion des services de santé au niveau intermédiaire

et surtout périphérique restent très limitées et un appui dans ce domaine, à travers l'AT et le renforcement continu des capacités est nécessaire.

Les projets Bêkou ont beaucoup investi dans l'amélioration de la capacité en gestion et en organisation de la mise en œuvre des programmes de santé au niveau intermédiaire et périphérique. Cependant, il persiste beaucoup de problèmes de gestion, comme par exemple la gestion des infrastructures et équipements et la gestion financière au niveau des FOSAs.

- **Efficacité**

La mise en œuvre des interventions par les ONGs a été particulièrement efficace sur les soins maternels et infantiles (SMI), ce qui est attesté par les indicateurs clés de la santé de la mère et de l'enfant dès la phase 1. Cette efficacité s'accroît au cours de la phase 2, montrant l'effet de la mobilisation communautaire, toujours plus longue à porter ses fruits. L'appui aux ECD a été par contre peu efficace car ces équipes n'étaient ni organisées ni pourvues en ressources humaines. Avec la nomination et l'affectation récentes de ces ECD en régions, il est fort probable que la phase 3 permettra au système de santé de se restructurer dans les régions et districts.

Pour des raisons restées obscures, de rupture de dialogue entre le Cabinet du ministre, les services centraux du MSP et l'AT 1 AEDES, le premier contrat n'a pas atteint le résultat attendu 1 qui portait sur les appuis institutionnels à l'organisation et au fonctionnement du ministère. L'AT a très bien réalisé les activités de suivi-reportage des interventions BÊKOU Santé (subventions aux ONGs) prévues en résultat attendu 2 et la préparation de l'assistance technique phase II (résultat attendu 3).

L'approvisionnement en médicaments essentiels génériques apporté par les ONGs a permis d'assurer la présence de médicaments de qualité dans toutes les régions concernées par le Fonds Bêkou à un moment où les autorités nationales de régulation du médicament sont encore particulièrement faibles et le système d'enregistrement des médicaments quasiment inexistant. Rappelons aussi que la Centrafrique subit les effets dramatiques des contrefaçons de médicaments circulant dans la région, à cause de la porosité de ses frontières.

La gratuité ciblée n'a pas toujours été respectée et il a été quelquefois appliqué la gratuité totale par les ONGs pour les populations considérées encore comme vulnérables dans les régions en crise. Lorsque la gratuité ciblée est appliquée dans la FOSAs, le COGES s'approvisionne auprès des grossistes présents sur le marché (Roffe Pharma étant le plus cité, il est évident que le marché illicite fait partie des fournisseurs dans les régions éloignées où aucuns distributeurs ne sont installés) et applique le recouvrement des coûts des médicaments pour les personnes non ciblées. Sachant que la Gratuité ciblée pour les urgences, les mères et les enfants de moins de 5 ans est caduque depuis le 10/07/2016, et qu'il est prévu qu'elle soit révisée et étendue à tous les niveaux du système de soins¹⁸, le système de recouvrement de coûts des médicaments continuera donc à s'appliquer pour les patients hors cible, tout au moins avant que le système de financement de la santé ne soit révisé par le Ministère.

¹⁸ Résultat 2.7.1 du projet du PISS

La qualité et l'utilité de la mesure des indicateurs contractuels des ONGs mériteraient à être améliorées en incluant des indicateurs de résultats du cadre de résultat de niveau 2, et en évitant d'y inclure des indicateurs de réalisations. Ces indicateurs devront aussi être concordants avec les documents stratégiques de santé en cours et les données collectées par le SNIS.

Leçons tirées

- La relance du Cadre de Concertation Stratégique du Secteur de la Santé (CCSS) est un moyen incontournable pour assurer une meilleure gouvernance du MSP.

- L'existence d'un plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines (PSDRH 2016) n'assure pas à lui seul une stratégie opérationnelle pour une couverture de qualité des RHS. Il n'existe pour le moment pas de politique ni de plan opérationnel de développement des RHS mais l'intégration et nomination actuelle des ECD et ECR pourra revitaliser les services de santé périphériques.

- Le récent redécoupage des districts sanitaires et l'intégration et la nomination ou réintégration des cadres devraient être les éléments essentiels durant la phase III pour redynamiser les services de santé à la population.

- Le mécanisme de FBP pourra motiver le personnel et les ECD s'il est bien appliqué et bien suivi comme c'est le cas avec CORDAID, mais il pourra causer des effets pervers quand le suivi et l'application des règles est insuffisant comme c'est le cas à N'Délé (FBP appliqué par AEDES sans intégration de PUI).

- Les COGES (et CONGES à l'hôpital) ne jouent pas encore leur plein rôle dans la redevabilité vis à vis des populations et également dans le cadre institutionnel et niveau opérationnel. Il faudra faire un gros effort dans leur formation et leur participation dans le suivi des médicaments.

- Les ONGs se sont attelés au renforcement et l'acquisition des connaissances des RHS pour la prise en charge des malades, mais ces efforts ne sont ni harmonisés ni standardisés. La durabilité n'en est pas assurée par manque d'approche systématique.

- L'analyse des tableaux de ressources humaines contractés par les ONGs souligne l'importance d'une description de tâches du personnel des FOSAs plus harmonisée et plus standardisée.

- La qualité des soins ne sera pas au rendez-vous tant que les protocoles de soins et les ordinogrammes ne seront pas harmonisés et peu suivis par le niveau central.

- La capacité de suivi et évaluation des PMA et PCA par les ONGs et l'harmonisation des activités étant rendu difficile par la diversité des inputs du Fonds Bêkou et des autres activités comme celles de MSF, Unicef et autres, une gestion centralisée et renforcée des contributions par les ONGs nationales et internationales devient inévitable dans le contexte de l'efficacité.

En conclusion :

Les ambitions d'un passage de l'aide humanitaire au développement durable en RCA doivent rester modestes dans le temps et il faut reconnaître que le programme Bêkou a vocation à perdurer sur plusieurs années.

Le défi de reconquête géographique du pays face à des bandes armées difficiles à identifier, l'absence du leadership de l'Etat au niveau décentralisé, l'insuffisance généralisée de gouvernance au niveau central, la pléthore de personnels peu qualifiés, les insuffisances de capacités gestionnaires à tous les niveaux du système de soins, seront malheureusement et probablement encore présentes dans les années à venir et seront difficile à changer à court terme.

4.2. Recommandations

4.2.1. Recommandations stratégiques pour la phase III

R1 : Augmenter la durée de la phase III à 30 mois.

Compte tenu de la forte pertinence et efficacité qu'a montré la mise en œuvre du Fonds Bêkou grâce aux activités des ONGs sur les soins de santé de base dont en particulier la santé maternelle et infantile, la phase 3 devra s'étaler sur 30 mois.

Cette phase devrait être reconduite avec l'ensemble des ONGs actuels, elle devrait couvrir toutes les FOSAS dans chacun des districts appuyés. L'appui aux districts sanitaires devrait prioriser les gestionnaires (voir R3). Enfin, la gratuité ciblée devrait être appliquée dans toutes les régions appuyées. La formation des personnels de santé des FOSAs et celle des ECD devraient être prioritaires.

L'appui institutionnel au niveau central devrait se poursuivre sur 2 thèmes majeurs : le renforcement de la gouvernance et la formation des cadres administratifs et des personnels de santé universitaires (voir R2).

L'enveloppe financière souhaitable devrait atteindre 40 millions d'euros dans le but d'accompagner le passage vers le développement durable.

PROPOSITION D'UN BUDGET PREVISIONNEL DE LA PHASE III

Composante institutionnelle	Base	Unités	30 mois	TOTAUX
Contrat AT central	906000	50333,333		1510000
Formation RHS niveau central		120000		3600000
Appui gouvernance MSP		50000		1500000
Expertises techniques				1000000
Composante Districts				
Contrats ONG	3300000	183333,33	5500000	27500000
Formation RHS districts		120000		3600000
Composante Médicaments				1500000
Divers et imprévus (5%)				200000
Audit et évaluation				90000
			TOTAL	40000000

Au titre de la formation des RHS :

R2 : Prioriser le renforcement des capacités à tous les niveaux du système afin que les projets futurs trouvent un équilibre entre la contractualisation de ressources humaines externes et le renforcement des capacités des ressources humaines locales.

Il serait souhaitable que l'AT périphérique puisse collaborer avec le MSP, l'OMS et les autres partenaires du secteur (ONGs et PTFs), afin de faciliter la planification des activités et d'apporter un appui spécifique relatif au renforcement et au fonctionnement des équipes-cadres de district (ECD) et de région (ECR) dans leurs fonctions. Il s'agit d'élaborer des outils de planification, de gestion, et de suivi, et des procédures.

Il est également souhaitable d'apporter un appui à la standardisation des PMA et PCA par les ONGs, l'harmonisation des activités et rapports des ONGs, ainsi que des ordinogrammes, plans de construction, plans de maintenance, gestion de médicaments etc. La plupart de ces activités ne sont pas encore mis en œuvre.

L'expérience des projets financés par le Fonds Fiduciaire Bêkou démontre qu'il est difficile de trouver des ressources humaines qui soient à la fois compétentes et adaptées au contexte. Localement, il existe un manque de ressources humaines avec des qualifications suffisantes dans certains domaines et les ressources humaines externes (représentées par les ONGs contractualisés mais aussi tous les acteurs des PTF) ont souvent des difficultés à s'adapter ou ne sont pas familiers du pays.

Il faudra une analyse approfondie pour savoir quelles seront les expertises à faire venir de l'extérieur et quelles sont les expertises déjà présentes sur le terrain. Dans cette analyse, il faudra faire attention à ne pas affaiblir le système de santé en recrutant les meilleurs éléments locaux et à éviter l'«assistance technique» par des personnes d'un même profil. Bien que le transfert de capacité reste important et doive être prolongé, il faudra accepter un certain degré de substitution en ressources humaines dans les années à venir. L'utilisation de certaines ressources humaines des ONGs déjà présentes sur le terrain n'est pas exclue, mais seulement dans le cadre de certains appuis très spécifiques exigeant des expertises particulières.

Dans un rapport de l'AT2 il est proposé d'inclure dans le budget de la 3ème phase de l'appui Bêkou, une composante d'appui institutionnel au MSP comprenant : le financement de formations continues de courte durée (<3mois) de cadres du MSP au niveau central et périphérique sur le management du District Sanitaire (Politique et Management du système de santé, Gestion des Services de Santé, Management du District Sanitaire, Epidémiologie, Système d'Information Sanitaire), les supervisions communes et le fonctionnement du Secrétariat technique du CCSS (organe essentiel dans la mise en œuvre de la stratégie sectorielle jusqu'à fin 2018 et probablement au-delà). Cette subvention, qui ne devrait représenter qu'un pourcentage minime du financement du Fonds Bêkou (de l'ordre de 5% maximum), permettrait d'obtenir de meilleurs résultats de l'action, en garantissant la participation effective des cadres du MSP à la mise en œuvre et au suivi des projets des ONGs et la préparation de la reprise en main du système de santé par les autorités nationales, dans le cadre d'une approche LRRD effective et bien comprise par l'ensemble des parties en présence. Cette évolution reste bien entendu liée à la question sécuritaire dans le pays.

Il est important de revoir les modules de formation ensemble avec le MSP central et périphérique et d'harmoniser les modules et curricula, afin de pouvoir transmettre la totalité du transfert de connaissances et compétences au MSP dans un avenir plus ou moins proche. Une AT RH pourrait donner un appui aux AT en place.

Durant la phase III deux niveaux de renforcement des capacités pourront être déployés :

- au niveau universitaire : réaliser des partenariats avec les Universités Européennes et poursuivre l'appui au niveau du Complexe Pédiatrique de Bangui (CPB) pour la formation de pédiatres.
- au niveau des infirmiers et SF, les ONGS doivent identifier les RHS compétentes, motivées qui seront désignées pour être formées dans des écoles de formation nationales déjà existantes et reconnues des PTF et du MSP.

R3 : Prioriser le renforcement des capacités gestionnaires au niveau des Districts et Régions sanitaires avec l'appui de l'AT2

En dépit des efforts d'amélioration des capacités en gestion par les formations par les ONGs contractualisées, certaines faiblesses en gestion persistent et réduisent l'impact des financements mis à disposition (par exemple, pour l'identification des besoins, la gestion des équipements et infrastructures, la gestion des ressources humaines).

L'équipe d'évaluation est consciente du grand défi qui existe pour améliorer les capacités de gestion. Le projet dans sa phase III devrait en prendre la mesure et trouver des solutions. La restructuration actuelle des Districts sanitaires déjà entamée par le MSP est une opportunité de même que le renforcement de l'Assistance technique par l'arrivée du futur AT1 au niveau central qui va permettre le déploiement de l'AT2 actuel vers la périphérie pour l'appui aux ECD et ECR.

L'appui à la gestion devrait faire partie de l'analyse des besoins en ressources humaines externes et devrait recevoir plus d'attention de la part de l'assistance technique.

Un accent particulier devrait être mis sur l'apprentissage et la mise en place des techniques comptables dans les hôpitaux des Régions sanitaires et les ECD, pour le compte des FOSAs car il paraît exclu de demander aux centres et aux postes de santé de tenir elles-mêmes des comptes rigoureux.

Les équipes cadres de district (ECD) seront appuyées dans leurs fonctions et en ressources, en formation, en assistance technique, et renforcées dans leurs tâches de planification, coordination stratégique, gestion et suivi, y inclus la supervision des formations sanitaires. Ceci inclut notamment : (i) les outils de supervision ; (ii) les outils de suivi; (iii) les contenus de formations courtes (moins de un mois) dispensées aux personnel nationaux et assimilés (inclus les agents de santé communautaire par exemple-; etc.).

Ceci cadre dans les principaux résultats attendus et communs à toutes les ONGs en charge de la mise en œuvre de l'action au niveau des districts et/ou préfectures de santé :

- Résultat 1 : l'Offre de Soins : Mise à disposition d'un paquet minimum de soins de qualité ;
- Résultat 2 : l'Encadrement des structures déconcentrées : Appui aux Préfectures et Districts Sanitaires afin d'améliorer l'exécution des fonctions principales des équipes cadres.

R4 : Harmoniser les mécanismes de financement de l'appui pour toutes les ONGs partenaires.

On peut imaginer que :

- ✓ toutes les ONGs appliquent le mécanisme de Financement Basé sur les Résultats (FBR) comme l'a pratiqué CORDAID lors des précédentes phases 2 et 3, ceci pour donner « un cash rationnel » aux FOSAs visant à motiver les RHS et améliorer la performance des prestations ;

- ✓ toutes les ONGs appliquent la gratuité ciblée au nom de l'équité ;
- ✓ toutes les ONGs font une dotation initiale de médicament au COGES pour sauvegarder le recouvrement des coûts ou lancer le recouvrement des coûts lorsqu'il n'est pas appliqué.

4.2.2. Recommandations opérationnelles phase III

Au titre du renforcement de la gouvernance :

R5 : Appuyer la mise en œuvre d'une unité fonctionnelle de suivi-reportage au sein du MSP.

Afin d'assurer l'harmonisation et un suivi-reportage moderne et efficace des interventions cruciales des PTF et des ONG dans le secteur de la santé, il serait utile de créer une cellule fonctionnelle rattachée au Cabinet. Le caractère conceptuel des attributions de cette structure ne devrait pas être assuré par une direction (DEP) opérationnelle chargée d'exécuter et non de concevoir.

R6: Appuyer la mise en œuvre d'une unité fonctionnelle d'évaluation au sein du MSP.

Afin d'assurer la crédibilité de toutes les publications du ministère, il serait utile de créer une cellule fonctionnelle chargée de l'évaluation systématique de tous les rapports de suivi-reportage du ministère, ainsi que d'autres évaluation portant sur les performances des programmes mis en œuvre dans le secteur par les PTF et les ONG. Cette unité devrait intervenir lors du passage du secteur en gestion axée sur les résultats.

La capacité de suivi et évaluation des PMA et PCA par les ONGs et l'harmonisation des activités étant rendu difficile par la multitude d'interventions échappant à l'ownership du MSP, une AT pourrait contribuer au suivi et à la standardisation des interventions, en créant avec l'aide d'une AT perleée une entité au sein du service suivi-évaluation chargé de suivre la performance des services prestées par les ONGs, qualité, standards minimums, suivi et respect des modules, etc. Il est même conseillé de créer au sein de l'unité un Partenariat basé sur la performance qui augmenterait le budget de l'ONG contracté d'une tranche variable en fonction d'une checklist de supervision régulier. Ceci aurait plusieurs avantages : la redevabilité des ONGs vis-à-vis de la SP de la RCA et du MSP, le renforcement de la cellule de suivi et évaluation, l'ownership du MSP, mise en phase avec le suivi nécessaire pour le FBP, la bonne gestion des FOSA etc. La couverture de santé de la population sera basé sur le même principe que le FBP, c'est à dire un budget fixé per capita (entre 6 et 10 Euros). L'autre avantage est que ce système pourra servir de base du cadre de dépenses à moyen terme (MTE framework), pour le moment complètement inexistant en RCA mais une condition pour une bonne gestion des dépenses en santé, un FBP fonctionnel et d'une meilleure efficience des services de santé couteux.

Au titre de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments :

R7 : Mobiliser les moyens nécessaires pour appuyer le renforcement de l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique (DPLM, ICSPL), à côté des autres PTF.

Ceci afin de garantir la qualité des médicaments présents et distribués sur le territoire et enrainer ainsi le développement du marché illicite, la pénétration des faux médicaments dans les circuits officiels et la distribution de médicaments de qualité inconnue. En accord avec le PISS, ce renforcement devra concerner avant tout le renforcement des ressources humaines

présentes à la DPLM, sa restructuration, la définition du nombre de RH nécessaires et les fonctions de chacun. Elle inclura aussi le rafraîchissement des textes pharmaceutiques afin de les amener au niveau des standards internationaux, la révision des coûts d'enregistrement des médicaments en République Centrafricaine et le processus d'octroi des AMM assuré par la DPLM. Grâce au contrat FBP du PASS auprès de l'ICSPL, celle-ci sera alors en capacité d'inspecter les grossistes répartiteurs, distributeurs et officines et assurer ainsi à la population la présence de médicaments enregistrés en République Centrafricaine selon les standards de qualité définis par les autorités en la matière.

Ce renforcement sera complété par la synthèse des études réalisées depuis 2014 et le travail sur les statuts des centrales d'achat en Afrique. Elle rassemblera les différentes options avancées pour approvisionner le pays en médicaments essentiels génériques. Cette étude fera ressortir les défis et les risques de chacune des options, afin de lancer les réflexions sur la centrale d'achat nationale à reconstruire ou restructurer. Le Fonds Bêkou appuiera alors une table ronde sur les médicaments pour présenter cette synthèse. Cette table ronde ou atelier sera convoquée par le Ministère de la santé, et mettra en présence toutes les parties prenantes actrices et consommatrices de médicaments et les PTF.

R8 : Lutter contre le marché illicite et les contrefaçons

La portée du plan opérationnel OCEAC et l'application de la Loi sur les contrefaçons bénéficieront sans aucun doute d'une action forte sur la demande à réaliser par une campagne d'information sur les méfaits des médicaments illicites, dits « de la rue », visant non seulement la capitale mais aussi toutes les régions sanitaires, particulièrement touchées par ce fléau. L'approche inclura les autorités douanières depuis la conception de la campagne jusqu'à la mise en œuvre de la lutte active contre les produits illicites. Le réseau des FOSAs et ses relais communautaires appuyés par le Fonds Bêkou permettra de servir de relais à cette campagne dans les zones les plus reculées, qui sont aussi particulièrement vulnérables.

R9: Optimiser l'approvisionnement en médicaments

Les ONGs devront réaliser la quantification des besoins en médicaments dès le début de la phase 3 pour couvrir les besoins de toute la troisième phase (30 mois) et demander alors des livraisons et paiements fractionnés.

Les distributeurs pourront faire inclure les quantités à livrer durant les trois ans à venir dans les plans de fabrication et diminuer ainsi les délais de livraison. De même, les pharmaciens responsables des achats aux sièges sociaux des ONGs devront aussi rechercher à répartir les achats en utilisant la palette de centrales d'achat agréées par ECHO et en utilisant de manière optimale les prévisions de livraison des médicaments par les fabricants/distributeurs.

R10 : Revitaliser et réglementer le mécanisme de recouvrement des coûts.

Compte tenu du standard de qualité des médicaments que se fixe l'Union Européenne, le recouvrement des coûts du médicament devrait être appliqué sur les molécules approvisionnées par les ONGs. Il permettra ainsi d'assurer l'approvisionnement pharmaceutique de qualité dans toutes les régions et pour toute la population.

Pour ce faire et sachant que le recouvrement de coûts selon l'Initiative de Bamako fonctionnait avant la crise, et est encore appliqué lorsque la gratuité ciblée est appliquée, il est ici proposé que le Fonds Bêkou participe activement à cette transition vers le développement en réactualisant ce principe de gestion des FOSAs à côté de la gratuité ciblée.

Deux autres assistances techniques spécialisées (tarification et gestion des médicaments selon le principe de recouvrement des coûts), sur une durée d'environ six mois perlés chacune permettront alors de réaliser :

- Une étude sur la tarification des actes, basée sur la capacité économique des ménages, et le souci d'équité ;
- Au moins quatre ateliers avec la DLPM et l'ICSP dont les objectifs seront de
 - a. Réactualiser des principes de recouvrement des coûts des médicaments et de son contrôle ;
 - b. Etablir la tarification des actes et la marge à appliquer sur les médicaments, en se basant sur les résultats de l'étude ;
 - c. Elaborer les outils nécessaires puis production et diffusion
- Une formation de formateurs de cinq jours au moins au niveau national et les formations en cascade de cinq jours à l'attention d'un membre du COGES, des responsables de pharmacie, d'un membre de l'ECD et ECR, dans toutes les régions et FOSAs considérées.

Ces formations seront une excellente opportunité de transmettre et entretenir les messages clés de lutte contre le marché illicite et les contrefaçons développés pour la campagne de sensibilisation.

Au titre des activités des ONGs :

R11: Mesurer régulièrement les indicateurs contractuels

- Nombre de consultations curatives par an, désagrégées en sexe, moins de 5 ans, (contribution au 3.2.3 PIS)
- Nombre d'accouchement assistés par du personnel de santé qualifié (CRUE n°18 et 3.1.3 PIS)
- Nombre de CPN (3.1.2 PIS)
- Nombre de CPN 4 (3.1.2 PIS)
- Nombre d'enfants de un an vaccinés (CRUE n°19 et 3.2.4 PIS), désagrégé par sexe
- Nombre de femmes et d'enfants bénéficiant de programmes de nutrition (CRUE n°9)
- Nombre de MAS sans complication prises en charge (3.2.5 PIS)
- Nombre de femmes utilisant une méthode contraceptive (CRUE n°20 et 3.1.1 PIS)
- Etat (ou statut) du plan d'action opérationnel de district

Il sera essentiel de réaliser un atelier avec toutes les ONGs impliquées dans la phase 3 afin de définir précisément les méthodes de mesure des indicateurs à utiliser et comprendre ensemble celles des quatre indicateurs de résultats de niveau 2 du CRUE.

R12: Au niveau central le futur AT1 Békou viendra en appui, complété d'expertises ponctuelles et perlées externes.

4.2.3. Recommandations sur la gouvernance pour le MSP avec l'appui des AT centraux et ONGs

R1 : Définir la politique nationale de santé et ses visions à long terme dans lequel se situent les priorités opérationnelles avant de définir des politiques et stratégies avec premier objectif : la couverture sanitaire, la qualité des soins et l'efficience à tout moment ;

R2 : Améliorer la gouvernance du recouvrement des coûts au niveau des COGES (contrôle interne mensuel et externe trimestriel par le district conjointement avec l'ONG) ;

R3 : Développer un plan de renforcement du système de santé avec un plan de développement des infrastructures, ainsi que des ressources humaines, et de développer la

politique de santé communautaire et d'instaurer une gestion comptable et financière transparente au niveau central et déconcentré ;

R4 : Développer une standardisation des modules de renforcement des capacités en santé publique et la reconnaissance et certification par une instance au sein des RH du MSP. Ces deux interventions pourront renforcer la gouvernance des RH par le MSP.

R5 : Renforcer les ECD/R sur les 6 piliers de RSS : financement, RH, SSP, SNIS et suivi, médicaments et vaccins avec le support du MPS central, AT Békou et ONG ;

R6 : Renforcer les capacités des ECD en matière de gestion et de supervision des activités de soins par des formations complémentaires.

R7 : Prévoir des expertises en ingénierie en infrastructures et normes PMA/PCA, ainsi qu'un technicien de maintenance ;

R8 : Le MSP devra faire un choix politique clair et opter soit pour le FBP qui préconise un système compétitif de fourniture et achat de médicaments (la BM précise d'avoir au moins trois options par régions), soit de choisir pour le monopole paraétatique de l'UCM, qui ne permet pas de compétition.

V. Annexes

Annexe 1 – Termes de référence spécifiques

Evaluation du Programme d'appui sectoriel santé au Plan de Transition en République centrafricaine - Phases 1 et 2

**Contrat Cadre BENEFICIARIES 2013 - LOT 8 Health EuropeAid/132633/C/SER/multi
Fonds fiduciaire "Bêkou", Unité E1 - Afrique centrale, DG DEVCO**

1. CONTEXTE

1.1 Contexte du pays et du secteur concerné

La République centrafricaine (RCA) a traversé une crise majeure en 2012/2013, laquelle a débouché sur deux ans de transition politique précédant les élections d'un nouveau chef d'Etat et gouvernement.

Depuis la crise, la situation sécuritaire en RCA reste fragile avec des périodes d'accalmies alternant avec des épisodes de flambée de violences localisées comme celles de septembre/octobre 2015 et mars/avril.

Malgré les avancées réalisées par le gouvernement du Président Touadéra et l'engagement de la communauté internationale à soutenir son Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix (RCPCA) adopté en octobre 2016, la situation sécuritaire dans l'arrière-pays s'est nettement détériorée en 2017, causant de nouveaux déplacements de population et un remaniement du gouvernement en septembre 2017.

Depuis la crise de 2013, le PNDS II a dû être suspendu et un Plan de transition a été élaboré pour tenir compte des priorités urgentes du secteur de la santé. Ce Plan de transition (PTSS) couvre la période 2015/2016 et pourrait être prolongé d'une année jusqu'à fin 2017. Cette stratégie sectorielle de transition comporte cinq principaux domaines d'intervention :

1. Renforcement du Ministère de la Santé dans ses fonctions de gouvernance;
2. Mise à disposition d'un paquet minimum d'activités de qualité ;
3. Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant ;
4. Amélioration de la gestion des urgences et catastrophes ;
5. Amélioration de la lutte contre les maladies.

L'enjeu actuel est l'appropriation ainsi que la mise en œuvre effective du PTSS. Pour cela, des organes de coordination opérationnelle et de suivi-évaluation doivent être mis en place au plus vite pour assurer la fonctionnalité du Cadre de Concertation Stratégique Sectoriel (CCSSS). Ceci doit être réalisé avec l'appui des partenaires à travers une assistance technique résidente et une coordination accrue des interventions afin de garantir leur complémentarité.

Dans le domaine de la santé comme dans d'autres, il appartient au nouveau gouvernement de fixer les orientations qu'il jugera les plus appropriées afin d'assurer le relèvement et le renforcement du système de santé, ainsi que les prestations indispensables à la population centrafricaine. La crise de 2013 a affaibli un système sanitaire déjà très dysfonctionnel, caractérisé par une grande fragmentation, un manque des connexions d'une part entre les formations sanitaires (FOSA) de premier niveau (postes de santé et centres de santé) et d'autre part entre les FOSA de premier et de deuxième niveau (centres de santé et hôpitaux de district), ainsi qu'une insuffisance des ressources humaines en termes quantitatifs et qualitatifs. Le manque dramatique de médecins, infirmiers diplômés d'Etat et sages-femmes ne permet pas de couvrir les besoins de la population et a un impact direct sur le taux de mortalité de la population, en particulier des couches les plus vulnérables, comme les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de 5 ans. Les traitements, notamment dans les centres et postes de santé de premier niveau non soutenus par des organismes internationaux (ONG, CICR, MSF), sont administrés par du personnel qui ne possède ni les compétences ni les connaissances nécessaires à établir des thérapies et des traitements indiqués par rapport aux conditions sanitaires des patients, y inclus ceux atteints

de malnutrition aiguë sévère. Ceci cause une augmentation des complications liées aux pathologies et donc un accroissement de la mortalité. Les complications chez des sujets dont l'état de santé est compromis par la malnutrition, la dénutrition, l'anémie, etc. peuvent être létales.

Depuis la fin de la période de transition, la priorité du secteur de la santé pour la période à venir était l'élaboration par le nouveau gouvernement et les partenaires d'un plan de sortie du Plan de transition, tout en assurant le fonctionnement des services de santé (fourniture des intrants, par exemple réapprovisionnement des formations sanitaires en médicaments) qui était avant la crise dépendant du système de recouvrement des coûts, dans un contexte général d'extrême pauvreté, et dans la volonté de préserver l'accès des groupes vulnérables et des plus démunis aux soins de santé. Ainsi, la problématique du financement du secteur de la santé dans son ensemble reste essentielle.

Dans le cadre de la politique des soins de santé primaires (SSP), la participation communautaire reste primordiale. Or on constate jusqu'à maintenant un fonctionnement déficient des organes de coordination et de gestion du système, tant au niveau central (Comité national de coordination des SSP non fonctionnel) qu'au niveau périphérique (Comités de Gestion -COGES- inopérants et au rôle mal défini dans l'environnement de crise actuel, particulièrement par rapport à la politique de gratuité). Une redynamisation de ces organes est indispensable pour pouvoir envisager un retour progressif à un système de santé fonctionnel.

Dans le cadre de la politique des soins de santé secondaires, le support aux structures de référence capables de prendre en charge les cas cliniques plus compliqués à l'échelle nationale, comme dans le cas du Complexe Pédiatrique de Bangui (CPB), et d'associer la fourniture des soins à des activités de formation continue est cruciale pour garantir, non seulement, la couverture des besoins sanitaires spécifiques de la population, en baissant le taux de mortalité, mais aussi pour créer des cercles vertueux au bénéfice de l'entièreté du système sanitaire.

Un autre enjeu essentiel du secteur est la réforme du système d'approvisionnement en médicaments et intrants nutritionnels. La centrale d'achat nationale (Unité de Cession du Médicament - UCM) est en faillite, minée par une mauvaise gouvernance chronique et un niveau d'endettement catastrophique. Le système d'approvisionnement actuel, basé sur des kits, est coûteux et peu fonctionnel et répond mal aux besoins. De plus, les sources d'approvisionnement sont éparpillées et le stockage et la distribution ne sont pas mutualisés entre les différents partenaires impliqués (PTF, ONG, ...). Le nouveau système qui sera mis en place devra tenir compte de ces paramètres et garantir la disponibilité et la qualité des médicaments dans l'ensemble des formations sanitaires du pays, avec des mesures d'accompagnement permettant d'augmenter les capacités de régulation des autorités de tutelle, y compris sur le secteur privé pharmaceutique, tout en garantissant un approvisionnement pour les structures publiques efficace.

Enfin, le déficit quantitatif et qualitatif de ressources humaines en santé (RHS) est le principal défi à relever pour le Ministère de la Santé et Population (MSP). Actuellement, ces ressources sont insuffisantes et essentiellement concentrées sur la capitale du pays, et cette situation chronique a encore été aggravée par la crise suite aux destructions des infrastructures sanitaires périphériques et à l'exode des populations et du personnel de santé. Les priorités sectorielles dans ce domaine sont:

le recrutement d'un grand nombre de fonctionnaires par le MSP (qui prévoit d'intégrer 100 à 150 médecins dans un proche avenir), à partir du vivier constitué d'une part par les personnels nouvellement formés en attente d'intégration dans la fonction publique, et d'autre part par le grand nombre de personnels actuellement employés par les ONG ou dans le secteur privé;

le redéploiement des RHS sur l'ensemble du territoire national, avec une politique d'incitation à mettre en place.

L'augmentation de la couverture du pays en RHS qualifiées permettrait entre autres de doter en personnel les équipes d'encadrement régionales et préfectorales, qui devront par ailleurs bénéficier de formations complémentaires pour renforcer leurs capacités de gestion et de supervision des activités de soins.

Afin de répondre à ce souci de renforcement des capacités des RHS, une action pilote est envisagée au CPB pour assurer la formation de médecins et infirmiers. La formation pratique et théorique, alignée aux standards internationaux et protocoles nationaux, des étudiants en médecine et en soins infirmiers permettra au gouvernement de redéployer les ressources dans toutes les régions de la RCA et donc d'assurer le même accès et la même qualité de soin à tous les Centrafricains. Le redécoupage sanitaire du pays en districts de santé, y compris pour la capitale, actuellement en cours de finalisation par le MSP, constitue un préalable indispensable à l'organisation des services de santé, et plus particulièrement à la définition de la composition et des attributions de ces équipes cadres et à leur dotation en personnel.

1.1.1 Actions complémentaires dans le secteur de la santé

Le nombre de bailleurs du secteur Santé est relativement limité. Un effort de coordination entre les partenaires du secteur de la santé est formellement fait par une réunion hebdomadaire du « cluster santé ». Le « cluster santé » réunit les autorités sanitaires centrafricaines et tous les intervenants (opérateurs, ONG locales et internationales) et bailleurs du secteur (multilatéral, bilatéral, SNU) ; l'OMS le préside. A ce dispositif de coordination sont rattachés des groupes de sous-thématiques du secteur santé. L'efficacité du « cluster santé » est fortement liée à celles de ses membres et de son leadership. Les capacités de cet organe de coordination devront être revues en fonction des objectifs du secteur. Par exemple, il serait opportun de voir le Ministère de la Santé prendre le leadership de la coordination sectorielle regroupant l'ensemble des acteurs et des bailleurs afin d'assurer une cohérence vis-à-vis du Plan de Transition gouvernemental. Le dispositif de coordination, ainsi que les groupes de sous-thématiques du secteur, garderont un rôle central dans les discussions de choix stratégiques, et la mise en œuvre des activités gérées par le Fonds.

1.1.2 Enseignements tirés du secteur de la santé

Les progrès du secteur avant la crise aiguë, qualifiés comme insuffisants au terme de la période 2008-2010 couverte par le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté I, ont été anéantis par les événements en 2013.

Les taux de mortalité infantile et maternelle, ainsi que les principaux indicateurs sanitaires, sont alarmants depuis de nombreuses années et traduisent le manque d'accès et de qualité des interventions essentielles ainsi qu'une profonde faiblesse des institutions.

Actuellement, des interventions d'urgence réalisées par des ONG et des organisations internationales sur le territoire restent largement tributaires de la situation sécuritaire, et des moyens humains et financiers disponibles pour répondre aux besoins immédiats d'une forte majorité de la population. Face à ces contraintes et à une densité de population disparate, les capacités de couverture resteront limitées.

1.2 L'action à évaluer¹⁹

1.2.1 Le fonds fiduciaire "Bêkou"

Le fonds fiduciaire "Bêkou" pour la République centrafricaine (Fonds Bêkou) a été lancé le 15 juillet 2014 pour une durée initiale de 5 ans par l'Union européenne (UE), la France, l'Allemagne et les Pays-Bas, afin d'appuyer la sortie de crise et la reconstruction de la RCA dans toutes ses dimensions, selon une approche LRRD (Linking Relief, Rehabilitation and Development). La Suisse et l'Italie ont rejoint le fonds par la suite.

¹⁹ Les projets et programmes à évaluer sont ci-après dénommés « actions »

Le Fonds Bêkou, premier fonds fiduciaire de l'UE, constitue un instrument innovateur, reliant les interventions humanitaires à celles pour la résilience communautaire et le renforcement des capacités centrafricaines dans un contexte de relèvement du pays. Les domaines d'intervention du fonds se concentrent prioritairement sur les services essentiels (dont la santé), la relance économique, et la réconciliation/cohésion sociale.

1.2.2 Programme d'appui sectoriel santé au Plan de Transition en RCA

Le programme de santé financé par le Fonds Bêkou vise à mettre en œuvre de façon réactive une aide pérenne à moyen terme tout en assurant une complémentarité et une continuité des actions humanitaires financées notamment par la DG ECHO. Ainsi, il s'inscrit sur les trois niveaux du Système national de Santé de la RCA à savoir : (i) le niveau central, (ii) le niveau de la gouvernance préfectorale (Districts de Santé) et, (iii) le niveau des Formations Sanitaires (FOSA).

La crise ayant entraîné un effondrement du pouvoir d'achat des populations déjà très faible au demeurant, une directive ministérielle a mis en place à partir d'août 2014 un système de gratuité ciblée des soins de santé dans les FOSA bénéficiant d'un appui des partenaires, dont le Fonds Bêkou. Les cibles de la gratuité ciblée sont les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de 0 à 5 ans, les urgences engageant le pronostic vital, et toute la population en zone de crise aiguë. Ces mesures au départ prévues pour une durée de 12 mois, ont fait l'objet d'une prolongation jusqu'à fin mars 2016. A défaut d'une révision de la directive, celle-ci reste de facto toujours d'application.

Phase 1

Ce programme a été initié par une 1^e phase à hauteur de €15 millions, adoptée par le Comité de gestion du Fonds Bêkou le 29 septembre 2014. Il a été ensuite mis en œuvre à travers les projets/contrats suivants:

Numéro/type de contrat	Titre du projet	Partenaire de mise en œuvre	Montant final du projet (EUR)	Période de mise en œuvre
T03.9 (subvention)	Appui à la restauration du système de santé de base dans les régions de Bangassou et Bossangoa	Cordaid	3.185.203,17 (financement Bêkou: 96,5%)	11/02/2015 - 10/08/2016 (18 mois)
T03.10 (subvention)	Strengthening the health system in Northeastern Central African Republic	International Medical Corps (IMC)	2.987.454,12 (financement Bêkou:100%)	06/01/2015 - 31/07/2016 (18 mois et 25 jours)
T03.11 (subvention)	Assistance médico-nutritionnelle auprès des populations résidentes et déplacées du VI ^e arrondissement de Bangui et du District Sanitaire de Bimbo	ALIMA - The Alliance for International Medical Action	2.160.830,68 (financement Bêkou:100%)	11/02/2015 - 10/08/2016 (18 mois)
T03.13 (subvention)	Assistance médico-nutritionnelle pour les populations affectées par le conflit armé et ses conséquences, et de relance du système de santé des districts de Lakouanga et Ouango-Bangui dans la région sanitaire 7 de la République centrafricaine	Save the Children	1.358.133,00 (financement Bêkou: 90,1%)	10/02/2015 - 30/09/2016 (19 mois et 20 jours)

T03.14 (subvention)	Appui au district sanitaire des Castors dans le 3e arrondissement de Bangui	Croix-Rouge française (CRF)	2.300.000,00 (financement Bêkou:100%)	16/01/2015 - 15/07/2016 (18 mois)
T03.35 (subvention)	Appui à la restauration du système de santé de base à Ndele	Première urgence Internationale (PUI)	1.736.845,70 (financement Bêkou:100%)	01/07/2015 - (19 mois)
T03.36 (services)	Assistance technique en appui au MSP central	AEDES	378.476,10	04/09/2015 - 03/12/2016 (15 mois)

La 1e phase du programme s'est attachée à couvrir de manière équilibrée les différentes localités du pays, en complémentarité aux zones couvertes par d'autres bailleurs de fonds (par exemple, ECHO, OMS, UNICEF, Fonds mondial, Banque mondiale, France). Pour ce faire, le Fonds Bêkou œuvre dans le cadre d'une coopération avec le Ministère de la Santé intégrant les actions des ONG internationales contractualisées par le Fonds Bêkou dont les activités s'inscrivent dans le Plan de Transition du Secteur Santé en RCA. Ainsi, la 1e phase a ciblée les régions et districts sanitaires suivants:

Région sanitaire	Préfecture sanitaire	Districts sanitaires
Région sanitaire 3	Ouham	Bossangoa
Région sanitaire 5	Haute-Kotto, Vakaga, Bamingui-Bangoran	Bria, Birao, Ndélé
Régions sanitaire 6	Mbomou	Bangassou, Ouango
Région sanitaire 7	Bangui	Bimbo, 6e arrondissement, Lakouanga (1e et 2e arrondissement), Ouango-Bangui (4e et 8e arrondissement), Castors (3e arrondissement)

Les groupes vulnérables, et notamment les femmes et les enfants de moins de 5 ans bénéficiant de la directive ministérielle sur la gratuité ciblée des soins sont considérés comme des groupes prioritaires.

Les objectifs de la 1e phase du programme de santé ont été les suivants :

Objectif global : Contribuer à la restauration des services de santé en République centrafricaine dans une logique permettant d'assurer la continuité et le renforcement des services entre l'urgence, la réhabilitation et le développement

Objectif spécifique : Venir en appui à la fourniture des services de soins de santé dans les zones du pays en situation de transition, et de contribuer à la restauration durable du système de santé.

Les résultats à atteindre ont été les suivants:

R1. Offre de Soins : Mise à disposition d'un paquet minimum de soins de qualité;

R2. Encadrement des structures déconcentrées : Appui aux Districts Sanitaires (préfectures) afin d'améliorer l'exécution des fonctions principales des équipes cadres;

Résultat 3 : Appui Institutionnel au Ministère de la Santé.

Les principaux indicateurs à utiliser par tous les partenaires de mise en œuvre ont été définis comme suit:

IOV 1 : Augmentation du taux de fréquentation des consultations curatives ;

IOV 2 : Augmentation du taux de vaccination (Penta 3 chez les < 1 an) ;

IOV 3 : Augmentation du taux CPN 1 ;

IOV 4 : Augmentation du taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié.

Les détails sont disponibles dans la Fiche d'action du programme Santé I (cf. Annexe VII). Sur la base des informations contenues dans la Fiche d'action, chaque partenaire de mise en œuvre a élaboré une description détaillée du projet, incluant un cadre logique complet et un plan de travail (Annexe I Description de l'action du contrat).Phase 2

La deuxième phase du programme a été adoptée par le Comité de gestion du Fonds Bêkou le 26 mai 2015, succédée par quatre révisions portant le montant du programme à €29M actuellement (adoption le 6 décembre 2017). Cette 2e phase s'est inscrite dans une logique de continuation et de capitalisation des acquis visant la fourniture d'un paquet de services de santé de qualité et l'appui au cadre institutionnel central (MSP) et décentralisé (régions et districts sanitaires); cependant, avec un élargissement de la couverture sanitaire et un renforcement de l'assistance technique au MSP. Par ailleurs, la 2ème phase s'est dotée des exigences nouvelles en matière de qualité de l'accompagnement prodigué aux équipes cadres de santé, mais également des soins prodigués aux populations centrafricaines.

L'action détaillée proposée au cours de la 2e phase du programme est fondée sur la base de la continuation du cadre logique de la 1e phase, tout en garantissant une attention particulière aux approches innovantes, capables de jeter les bases pour le développement futur du système sanitaire centrafricain, comme par exemple la fourniture des soins de qualité alliée à la formation constante et continue du staff ainsi que des médecins et d'infirmiers.

L'objectif global de l'action consiste à améliorer l'état de santé de la population, en particulier les groupes vulnérables comme les femmes et les enfants, dans un contexte de reprise du système de santé et de reconstruction du pays. Cette 2e phase comporte les trois objectifs spécifiques suivants:

OS1: Assurer la fourniture de soins de santé de qualité au niveau des districts;

OS2: Revitaliser le cadre institutionnel aux niveaux opérationnels de la pyramide sanitaire;

OS3: Renforcer les capacités des services centraux du MSP.

Les résultats à attendre sont les suivants:

Un paquet minimum et complémentaire de soins incluant la composante "nutrition", "santé mentale et réhabilitation psychosociale" et soins aux "victimes de violence sexuelle" est mis à disposition des populations dans les formations sanitaires appuyées par le Fonds Bêkou.

La prise en charge de qualité et gratuite des urgences vitales au Complexe Pédiatrique de Bangui (CPB) est assurée.

La prise en charge de qualité et gratuite des enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS) avec complications médicales au CPB est assurée.

Des réseaux et mécanismes de référencement entre les différents acteurs du système sanitaire pour assurer des soins adaptés aux cas cliniques des patients sont mis en place au CPB.

Les formations "ad hoc" aussi bien que continues (théoriques et pratiques) des personnels de santé au CPB sont réalisées, inventoriées et évaluées.

Les formations continues et complètes au CPB, en collaboration avec l'Université des étudiants en médecine et en soins infirmiers, pour former du personnel soignant sont assurées.

Des options fondatrices d'un approvisionnement durable en médicaments essentiels et matériel médical sont proposées, et l'une est développée avec les Partenaires Techniques et Financiers.

(PTF).

Les services de santé communautaire (y compris la stratégie de cliniques mobiles et la stratégie de prise en charge intégrée des maladies au niveau communautaire -spécialement pour les enfants) font partie intégrante de la prise en charge des populations.

La participation communautaire dans la gestion et l'organisation des services de santé est redéfinie et active.

Un dispositif de suivi et de contrôle de qualité des soins (hygiène, médicaments et gestes médicaux) prodigués aux populations est instauré.

Les fonctions des équipes sanitaires de district prises en charge sont assurées, notamment en ce qui concerne leur rôle de planification, de coordination stratégique et opérationnelle, et de supervision des services de santé. Le fonctionnement et les capacités des équipes cadres de tous les districts appuyés par le Fonds Bêkou sont renforcés (ressources et formations).

Le fonctionnement et les capacités d'une équipe cadre régionale sont renforcés (ressources et formations), en complément des appuis apportés par les PTF aux autres Directions Régionales Sanitaires.

Les interfaces entre les différents niveaux institutionnels district-région-central sont mises en place avec les régions sanitaires dans leur ensemble.

La capitalisation de l'action sur la fourniture des services de santé et sur la redynamisation du cadre institutionnel est entreprise, notamment par la finalisation de la nouvelle carte sanitaire, la dotation en personnel des équipes cadres, la formalisation d'un PMA répondant aux besoins de base de la population, la standardisation et la généralisation d'outils de suivi, etc.

Les capacités du MSP en termes de coordination stratégique et opérationnelle sont renforcées; les organes opérationnels et stratégiques sont mis en place (notamment le Secrétariat Technique du Cadre de Concertation Stratégique du Secteur de la Santé (CCSSS), et les Groupes Techniques adressant différentes thématiques(GT).

Les services centraux du MSP sont appuyés pour la validation régulière des résultats obtenus dans la mise en œuvre du Plan de transition du Secteur de la Santé (PTSS) et le suivi des priorités établies par le MSP (notamment en matière d'approvisionnement et de régulation du sous-secteur pharmaceutique, en matière de financement du secteur et en matière de ressources humaines).

Les services centraux du MSP sont appuyés pour assurer un leadership dans l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) III.

Les services centraux du MSP sont appuyés pour assurer un leadership dans la coordination sectorielle d'un point de vue stratégique et opérationnel; les différentes contributions s'intègrent de façon cohérente dans le PTSS (et dans le prochain PNDS).

Les services centraux du MSP sont appuyés pour réviser le cadre politique et législatif relatif à la malnutrition; la participation au Mouvement SUN et autres initiatives liées à la malnutrition sont soutenues.

Les indicateurs de suivi des projets incluent des indicateurs de produit, ainsi que des indicateurs de qualité. Les indicateurs contractuels qui sont renseignés sur base trimestrielle sont les suivants:

Taux de fréquentation des consultations curatives et nombre de nouveaux cas par an et par personne :

- Nombre d'enfants vaccinés PENTA3 ;
- Nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié (hors matrones) ;
- Nombre de femmes vues en CPN1 ou plus ;
- Taux de RHS formés sur 3 ans et
- Nombre de réunions de suivi ONG-ECD (périodicité mensuelle) ;

- Nombre de revues semestrielles ONG-ECR-ECD ;
- Nombre de missions de supervision conjointes ONG/ECD-FOSA (périodicité mensuelle) ;
- Nombre de missions de supervision conjointes ONG/ECR-ECD (périodicité trimestrielle)²⁰;
- Nombre de réunions des COGES des FOSA appuyées.

De plus, la qualité des soins est régulièrement évaluée : 1) sur base d'une grille simplifiée incluant la disponibilité des intrants, l'hygiène, le respect des ordinogrammes à un niveau de détail différent selon la fréquence, et qui est en cours d'élaboration; 2) sur base d'indicateurs de routine.

Les indicateurs contractuels de la qualité qui sont renseignés, en valeur absolue (nombres), sur base trimestrielle sont :

- Nombre d'enfants vaccinés Penta 1 ;
- Nombre de cas référés ;
- Nombre de décès maternels hospitaliers (hôpitaux de 1ère référence) 3;
- Nombre de jours de rupture de stock d'une liste de médicaments traceurs ;
- Nombre d'évaluations conjointes de la qualité des soins et services de santé réalisé/FOSA appuyée.

Les détails sont disponibles dans la Fiche d'action du programme Santé II (cf. Annexe VIII). Sur la base des informations contenues dans la Fiche d'action, chaque partenaire de mise en œuvre a élaboré une description détaillée du projet, incluant un cadre logique complet et un plan de travail (Annexe I Description de l'action du contrat).

Par ailleurs, l'attribution d'une subvention en appui au Complexe Pédiatrique de Bangui est également en cours de négociation. Une seconde assistance technique devrait être contractée au premier semestre 2018.

En termes de couverture géographique, les ONG de mise en œuvre couvrent certaines zones des 7 Régions Sanitaires en RCA:

Région sanitaire	Préfecture sanitaire	Districts sanitaires
Région sanitaire 1	Lobaye	Boda
Région sanitaire 2	Mambéré-Kadéï	Berberati
Région sanitaire 3	Ouham	Bossangoa
Région sanitaire 5	Haute-Kotto, Vakaga, Bamingui-Bangoran	Bria, Birao, Bamingui, Ndélé
Régions sanitaire 6	Mbomou	Bangassou, Ouango
Région sanitaire 7	Bangui	1er, 2e, 3e (Castors) 4e, 6e (Bimbo) et 8 ^e (Bédé Combattant) arrondissement

La liste des Formations Sanitaires (FOSA) appuyées lors des deux phases du programme est en annexe (cf. annexe VI).

En complément à ces actions mises en œuvre dans le cadre du Fonds fiduciaire Bêkou, l'Union européenne poursuit des interventions dans le secteur de la santé à travers son programme d'appui budgétaire et le dialogue qui y est lié. Le "state-building contract" contient un indicateur qui porte sur le financement du secteur (taux de dotation dans la Loi de Finances 2019, taux d'exécution sur le budget 2018).

Les projets T03.111 et T03.115 sont à évaluer uniquement par revue documentaire, étant donné leur démarrage relativement récent.

1.3 Parties prenantes de l'action
Les bénéficiaires finaux sont les populations centrafricaines, en particulier ceux qui bénéficient de la gratuité ciblée des soins de santé (les femmes enceintes et allaitantes, les enfants âgés de moins de 5 ans). Par ailleurs, le personnel de santé des FOSA, les Equipes Cadres des Districts et Régions Sanitaires, ainsi que les services centraux du Ministère de la santé, sont bénéficiaires du programme par le renforcement de leurs capacités, mais contribuent également à l'atteinte des résultats. D'autres parties prenantes comprennent les

²⁰ Cet indicateur concerne uniquement l'ONG qui appuie la DRS 7.

communautés locales, les fournisseurs de services de santé, et les ONG internationales contractualisées.

Le Ministère de la santé joue également son rôle dans la formulation et la mise en œuvre de stratégies sectorielles adaptées au contexte actuel, mais dirigées vers le long terme.

2 DESCRIPTION DE L'EVALUATION COMMISSIONNEE

Type d'évaluation : Finale et en fin de mise en œuvre (phases 1 et 2 du programme Santé financé par le Fonds fiduciaire Bêkou)

Couverture	L'action dans son intégralité
Portée géographique	Les zones géographiques de l'action
Période à évaluer	Période entière de l'action

2.1 Objectifs de l'évaluation

Une évaluation systématique et opportune de ses programmes et de ses activités est une priorité établie²¹ de la Commission européenne²². L'évaluation se concentre sur l'analyse des réalisations, l'atteinte et la qualité des résultats²³ de l'action, dans le contexte d'une politique de coopération en constante évolution, avec un accent de plus en plus marqué sur les approches orientées sur les résultats²⁴. De ce point de vue, les évaluateurs devraient trouver les preuves expliquant les raisons, les cas de figure et la manière dont ces résultats sont liés à l'intervention de l'UE et essayer d'identifier les facteurs générant ou entravant le progrès.

Les évaluateurs doivent fournir une explication des liens de cause à effet existant entre les intrants et les activités, et les extrants, les résultats et les impacts. Le travail des évaluateurs doit encourager la responsabilisation, la prise de décisions, l'apprentissage et la gestion.

Cette étude est principalement vouée à fournir aux services compétents de l'Union européenne et aux parties prenantes intéressées :

- une analyse globale et indépendante de la performance qu'a réalisée le programme de Santé du Fonds Bêkou, en prêtant une attention particulière à ses résultats finaux pour la phase 1 et intermédiaires pour la phase 2, en comparaison avec les objectifs fixés ;
- des leçons apprises et des recommandations, de manière à améliorer les actions présentes et futures;
- des orientations stratégiques et opérationnelles pour une phase 3 du programme dans le cadre politique défini par le gouvernement et les actions complémentaires mises en œuvre par d'autres bailleurs de fonds.

En particulier, cette évaluation servira à mesurer la performance de l'action, ses facteurs déterminants et ceux qui ont freiné l'obtention des résultats, de manière à servir de base pour la formulation de la phase 3 du programme de santé. Les orientations pour la phase 3 doivent capitaliser sur les acquis, être concrètes, viser une valeur ajoutée des actions futures, être conformes au mandat du Fonds Bêkou, être alignées sur les politiques nationales, et être réalisables dans le court à moyen terme dans le contexte local de la RCA.

²¹ COM(2013) 686 final "Renforcer les fondements de la réglementation intelligente - Améliorer l'évaluation" - http://ec.europa.eu/smart-regulation/docs/com_2013_686_fr.pdf; Règlement financier UE (art 27); Règlement (UE) No 1905/2006; Règlement (UE) No 1889/2006; Règlement (UE) No 1638/2006; Règlement (UE) No 1717/2006; Règlement (CE) No 215/2008 du Conseil

²² SEC (2007)213 "Répondre aux besoins stratégiques : renforcer l'usage de l'évaluation", http://ec.europa.eu/smart-regulation/evaluation/docs/eval_comm_sec_2007_213_fr.pdf ; SWD (2015)111 "Lignes directrices pour une meilleure réglementation", http://ec.europa.eu/smart-regulation/guidelines/docs/swd_br_guidelines_en.pdf

²³ Cela fait référence à l'intégralité de la chaîne des résultats, couvrant les extrants, les résultats et l'impact de l'action. Cf. Règlement (UE) N° 236/2014 "énonçant des règles et des modalités communes pour la mise en œuvre des instruments de l'Union pour le financement de l'action extérieure" - <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0236&from=FR>.

²⁴ COM (2011) 637 final " Accroître l'impact de la politique de développement de l'UE : un programme pour le changement " - http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/acp/dv/communication_/communication_fr.pdf.

Les principaux utilisateurs de cette étude seront le Fonds Bêkou, la Délégation de l'Union européenne en RCA, les ONG de mise en œuvre des projets, le Cabinet du Ministre de la santé de la RCA, les différents départements centraux du Ministère de la santé (surtout le Département des Etudes et de la Planification), les équipes cadres des régions sanitaires et des préfectures sanitaires appuyés par le programme, les administrations locales couvrant la zone d'intervention sanitaire du programme et les représentants des bénéficiaires. Le rapport d'évaluation sera également partagé avec les membres du Comité de gestion du Fonds fiduciaire.

2.2 Services requis

2.2.1 Portée de l'évaluation et de la formulation

L'évaluation analysera l'action en suivant les cinq critères d'évaluation du CAD, à savoir : pertinence, efficacité, efficience, durabilité et signes précoces d'impact. De plus, l'évaluation suivra deux critères d'évaluation spécifiques de l'UE :

- la valeur ajoutée de l'UE et du Fonds Bêkou (dans la mesure où l'action apporte des bienfaits supplémentaires à ceux qui auraient découlé de la seule intervention des États membres) ;
- la cohérence de l'action elle-même avec la stratégie de l'UE dans le pays/secteur, avec d'autres politiques de l'UE, d'autres actions des États membres et d'autres bailleurs de fonds. L'équipe d'évaluation devrait en outre vérifier si les questions transversales de l'égalité des genres, les droits des enfants et les droits des populations autochtones, ont été prises en compte lors de l'identification/la formulation des documents et à quel degré celles-ci se sont retrouvées dans la mise en œuvre et la supervision de l'action.

Les questions à traiter telles que précisées ci-dessous sont indicatives. Après des consultations initiales et l'analyse de documents, l'équipe d'évaluation proposera dans la note documentaire et de démarrage une liste complète et exhaustive des questions d'évaluation, en indiquant des critères et des indicateurs de jugement spécifiques, ainsi que les sources pertinentes des données recueillies et les outils utilisés.

Une fois validées à l'issue de l'approbation de la note de démarrage et documentaire, les questions d'évaluation (QE) acquièrent une valeur contractuelle à caractère contraignant.

Basé sur les observations et recommandations de l'évaluation, l'équipe contribue à la formulation d'un nouveau programme d'appui au secteur de la santé (phase 3) pour un montant indicatif de 15-20 M€ en identifiant ses orientations. Dans cette optique, la mission permettra également de revoir les indicateurs clés des phases 1 et 2, et d'émettre des recommandations pour la phase 3.

2.2.2 Questions indicatives à traiter pour l'évaluation

Les questions d'évaluation seront identifiées, en premier lieu, par l'équipe d'évaluation pendant la phase initiale. Les questions doivent inclure les champs d'analyse suivants :

Pertinence :

- L'action est-elle alignée sur les politiques et stratégies nationales et décentralisées du gouvernement dans le secteur de la santé?
- Comment l'action dans le secteur de la santé du Fonds Bêkou peut-elle se positionner dans le cadre de reconstruction du contrat social en RCA, et donc du RCPCA?
- L'action contribue-t-elle aux priorités stratégiques de l'Union européenne et du Fonds Bêkou en RCA?
- L'action est-elle cohérente et complémentaire aux actions des autres bailleurs de fonds dans le secteur de la santé?
- Quelle est l'appréciation sur le ciblage géographique opéré? Sur le choix de procéder en fonction d'une répartition géographique?
- L'action répond-elle aux besoins des populations cibles?

- L'action répond-elle aux besoins d'appui du MSP?
- La gestion et les dispositions financières sont-elles clairement définies et contribuent-elles au renforcement institutionnel et à l'appropriation du programme au niveau gouvernemental et local?
- Comment sont appréciés les mécanismes de coordination du programme (entre composantes) et la coordination générale avec les autres partenaires humanitaires et au développement ?
- Les risques identifiés par le Fonds Bêkou et les situations nouvelles ont-ils été pris en compte dans l'intervention de chaque ONG et du Bureau d'études contractés ?
- Quelle est l'appréciation de la complémentarité des appuis au secteur de la santé sur fonds FED et de la durabilité globale de l'intervention dans le secteur ?

Efficacité :

- Les résultats planifiés ont-ils été atteints au niveau central, régional, du district et celui des FOSA?
- L'approvisionnement des médicaments a-t-il été effectué de manière efficace, à temps, et a-t-il atteint les bénéficiaires ciblés?
- L'appui du projet de chaque ONG au Système National d'Information Sanitaire est-il efficace par rapport aux besoins des FOSA et des Districts Sanitaires de leurs zones d'interventions ?
- Dans le contexte de l'introduction du Financement Basé sur la Performance par le MSP dans certaines zones d'intervention, est-ce que le modèle du Fonds Bêkou reste approprié? Comment les deux modèles ont fonctionné en parallèle?
- Est-ce que l'action a été conduite en cohérence avec les actions des autres bailleurs de fonds dans le secteur de la santé?

Efficience :

- La planification des activités et des ressources dans le cadre des projets correspond-elle aux besoins sanitaires dans leurs zones d'intervention respectives?
- L'exécution budgétaire et des activités a-t-elle été faite à temps? Si des retards sont constatés, quelles sont leurs raisons, leur importance, leurs conséquences sur les bénéficiaires et les mesures prises? Des mesures correctives appropriées ont-elles été mises en œuvre?
- Les moyens et ressources disponibles sont-ils appropriés et gérés de manière adéquate par les partenaires exécutifs?
- La mise en œuvre des activités et l'allocation des ressources ont-elles été correctement gérées et avec transparence?
- Quel est le coût-efficacité des projets mis en œuvre? Dégagez une analyse comparative entre les projets des ONG.
- Les mécanismes de mise en œuvre adoptés par le Fonds Bêkou (y compris les modalités de mise en œuvre, les entités et les dispositions contractuelles choisies) sont-ils propices à la réalisation des résultats attendus?
- Le suivi de l'action par les partenaires de mise en œuvre est-il efficace par rapport aux besoins des FOSA, des Districts Sanitaires et des ONG?

Impact :

- Quelles sont les appréciations sur les résultats du programme santé par rapport aux objectifs et résultats attendus?
- Quelles appréciations sur l'amélioration de l'état de santé de la population, en particulier les groupes vulnérables (par exemple, femmes enceintes et allaitantes, enfants âgés de moins de 5 ans), dans un contexte de reprise du système de santé et de reconstruction du pays?

Durabilité :

- Quelles sont les principales leçons apprises de l'action, notamment en termes de renforcement du MSP et de son personnel décentralisé, et d'appropriation effective de la mise en œuvre du PTSS par le MSP?
- Comment est estimée la durabilité des résultats obtenus, notamment en termes de renforcement des capacités et en termes d'appropriation par les autorités nationales ?
- Appréciez les relations partenariales entre les structures administratives, les ONG et l'autorité contractante.
- Évaluez la contribution du programme à une amélioration durable dans la prise en charge sanitaire des populations.
- Analysez les passerelles (actuelles et futures) entre ce programme et les autres actions mises en œuvre dans la même zone d'intervention.
- Est-ce que l'approvisionnement des médicaments effectués par les FOSA/Équipes Cadres de District est viable (approche du financement basé sur la performance)?
- Est-ce que les parties prenantes du Ministère de la Santé et de la société civile impliquées dans la mise en œuvre du programme de santé sont en mesure d'acquérir les capacités institutionnelles et humaines qui permettront aux bénéficiaires de l'action de s'inscrire dans la durée?
- En quelle mesure l'objectif du gouvernement à recruter un vivier de médecins à partir du personnel actuellement employé par les ONG ou dans le secteur privé est réaliste? Et son déploiement sur l'ensemble du territoire national serait-il faisable? Quel cadre incitatif?
- Est-ce que l'opérationnalisation du cadre de coordination sectorielle sous le leadership du Ministère de tutelle est avancée?
- L'accès aux bénéficiaires est-il abordable pour les groupes cibles sur le long terme, dans le contexte de la gratuité ciblée actuelle vs. recouvrement des coûts ?

Il s'agira également en fin d'analyse de tirer certaines leçons et de formuler des indications pour la phase à venir. À ce niveau, il s'agira d'identifier les bonnes pratiques inhérentes à chaque projet des ONG, qu'il serait utile de partager entre elles ou au-delà du cadre du programme de Santé de Békou. Dans une démarche prospective, l'équipe fournira des pistes et recommandations pour une poursuite du programme en priorisant les potentiels axes de poursuite au vu des résultats les plus pertinents obtenus lors de sa mise en œuvre et des besoins prioritaires persistants.

2.3 Phases de l'évaluation et livrables requis

Le processus d'évaluation sera mené en trois phases: une phase de démarrage et documentaire, une phase de terrain et enfin une phase de synthèse. Les livrables, sous la forme de rapports doivent être rendus à la fin des étapes correspondantes, comme précisé dans le tableau ci-dessous.

2.3.1 Tableau synoptique

Le tableau qui suit présente un aperçu des activités clés à mener pendant chaque phase (pas nécessairement par ordre chronologique) et une liste des livrables que l'équipe devra produire, y compris les réunions avec le pouvoir adjudicateur. Le contenu principal de chaque livrable est décrit au chapitre 5.

Phases de l'évaluation	Activités clés	Livrables et réunions
Phase de démarrage et documentaire	<ul style="list-style-type: none">• Récolte et analyse des documents/données et définition de la méthode d'analyse (y inclus questions d'évaluation)• Analyses du contexte• Interviews• Reconstitution de la logique d'intervention, y compris les objectifs, les caractéristiques	<ul style="list-style-type: none">• Réunion de démarrage (en face-à-face à Bruxelles)• Note de démarrage et documentaire

	principales et les bénéficiaires visés <ul style="list-style-type: none"> • Identification des informations manquantes et des hypothèses à vérifier dans la phase documentaire • Conception de la méthodologie de la phase de terrain (y inclus échantillonnage des structures de santé à visiter) • Finalisation du programme de la phase terrain 	
--	---	--

Phase de terrain	<ul style="list-style-type: none"> • Premières réunions au niveau national avec le point focal du Fonds Bêkou à Bangui, la Délégation de l'UE, l'assistant technique au MSP, les personnes pertinentes du MSP, les partenaires de mise en œuvre, les bailleurs de fonds pertinents (par ex. ECHO, MSF, Fonds mondial, Banque mondiale) • Visites de projets sur le terrain • Collecte des informations principales en utilisant la technique la plus appropriée • Collecte de données et analyse 	<ul style="list-style-type: none"> • Réunion avec le groupe de référence (à Bangui et en visioconférence avec Bruxelles) • Rapport intermédiaire • PPT sur les observations, conclusions et recommandations préliminaires
Phases de l'évaluation	Activités clés	Livrables et réunions
	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de la réunion sur la reconstitution de la mission et les conclusions préliminaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Débriefing avec le groupe de référence (à Bangui et en visioconférence avec Bruxelles) • Réunion sur la reconstitution de la mission et les conclusions préliminaires (à Bangui)
Phase de synthèse	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse finale des résultats (en particulier des questions d'évaluation) • Formulation de l'évaluation globale, des conclusions et des recommandations • Formulation des orientations et recommandations pour la phase 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Projet de rapport final • Réunion avec le groupe de référence (à Bruxelles) • Résumé exécutif • Rapport final

2.3.2 Phase de démarrage et documentaire

Le but de cette phase est de structurer l'évaluation, d'en préciser les questions principales, de définir le programme de la phase de terrain, d'analyser les documents pertinents, d'établir les contacts et d'effectuer les premières interviews.

Cette phase débutera par une session d'ouverture à Bruxelles entre le groupe de référence²⁵ et les évaluateurs. Les experts doivent être obligatoirement présents pendant une demi-journée. Le but de la réunion est d'aboutir à une compréhension claire et partagée de la portée de l'évaluation, de ses limites et de sa faisabilité.

²⁵ Le groupe de référence sera composé de personnes du ministère de la Santé et de la Population, du Fonds Bêkou, de la DUE et de l'unité thématique pour le secteur de la santé.

Les documents pertinents seront examinés (voir annexe II). L'analyse des documents pertinents doit être systématique et refléter la méthodologie conçue. Des échanges avec le gestionnaire du programme, le point focal du Fonds Bêkou à la DUE, le ministère et les principaux partenaires du programme de santé peuvent être réalisés pendant cette phase afin de soutenir l'analyse des sources secondaires.

En plus de l'analyse documentaire du cadre politique, institutionnel et/ou technique et de la coopération du soutien que le Fonds Bêkou a apporté au secteur de la santé en RCA, l'équipe d'évaluation, en collaboration avec le gestionnaire du programme du Fonds Bêkou reconstituera la logique d'intervention de l'action à évaluer. En se basant sur la logique d'intervention reconstituée, les évaluateurs finaliseront l'évaluation de la méthodologie, les questions d'évaluation, la définition des critères et des indicateurs de jugement, la sélection des outils et des sources pour la collecte des données, ainsi que la planification des étapes suivantes.

Les activités à effectuer pendant cette phase doivent permettre de donner des réponses préliminaires à chaque question d'évaluation, en communiquant les informations déjà rassemblées et leurs limitations. Ces activités devraient aussi mettre en évidence les questions qui restent à traiter et les hypothèses préliminaires à tester.

Les restrictions rencontrées ou qui seront rencontrées lors de l'exercice d'évaluation seront discutées et des mesures d'atténuation seront définies. Enfin, dans cette phase, le plan et le procédé d'évaluation seront présentés et approuvés ; ce plan doit être cohérent à celui qui est proposé dans les présents TdR. Toute modification doit être justifiée et approuvée par le gestionnaire du programme du Fonds Bêkou.

Sur la base des informations récoltées, l'équipe d'évaluation doit préparer une note de démarrage et documentaire; son contenu est décrit au chapitre 5.

Pendant cette phase, l'équipe d'évaluation devrait mieux choisir les outils à utiliser pendant la phase de terrain et annoncer les étapes préparatoires qui ont déjà été réalisées et celles qui doivent être réalisées pour l'organiser, y compris dresser une liste des personnes à interviewer, définir les dates et les itinéraires des visites, et répartir les tâches aux membres de l'équipe.

Phase de terrain :

La phase de terrain commence après l'approbation de la note documentaire et de démarrage par le gestionnaire du programme. Le but de la phase de terrain est de valider / changer les réponses préliminaires formulées pendant la phase documentaire et d'apporter de plus amples informations grâce à la recherche primaire.

Si un écart considérable par rapport au plan ou au programme approuvé semble constituer un risque pour la qualité de l'évaluation, ceci devra être discuté immédiatement avec le gestionnaire du programme.

Pendant les premiers jours de la phase de terrain, l'équipe d'évaluation doit organiser une réunion avec le point focal du Fonds Bêkou à la DUE, les personnes appropriées à la DUE à Bangui, et l'Assistant technique auprès du MSP.

Pendant la phase de terrain, l'équipe d'évaluation doit assurer un contact, une consultation et une collaboration adéquats avec les différentes parties prenantes, ainsi qu'un contact et une consultation adéquats avec le gouvernement (ministère du Plan, ministère de la Santé et de la Population) en question et les autorités régionales/locales. Tout au long de sa mission, l'équipe d'évaluation doit utiliser les sources d'information les plus fiables et appropriées, ne pas divulguer les informations confidentielles reçues et respecter les croyances et les coutumes de l'environnement social et culturel local.

Au terme de la phase de terrain, l'équipe d'évaluation doit résumer son travail, analyser la fiabilité et l'étendue des données récoltées, et présenter ses conclusions préliminaires lors d'une réunion avec les cadres pertinents du MSP, le point focal du Fonds Bêkou à la DUE, les personnes appropriées à la DUE, l'Assistant technique auprès du MSP, les partenaires

de mise en œuvre dont les projets ont été évalués, et en visioconférence, les personnes du groupe de référence basées à Bruxelles.

Au terme de la phase de terrain, un rapport intermédiaire ET un diaporama seront préparés ; leur contenu est décrit au chapitre 5.

Phase de synthèse :

Cette phase est dédiée à la préparation du rapport final et à l'analyse des données récoltées pendant la phase documentaire et la phase de terrain, afin de finaliser les réponses aux questions d'évaluation et de préparer l'évaluation globale, les conclusions et les recommandations.

L'équipe d'évaluation présentera ses résultats, ses conclusions et ses recommandations dans un seul rapport (plus annexes), comme prévu par la structure convenue (voir annexe III) ; un résumé analytique séparé sera également élaboré.

L'équipe d'évaluation s'assurera que son évaluation est objective et équilibrée, que les affirmations sont détaillées et fondées sur des preuves et que les recommandations sont réalistes. Pendant la rédaction du rapport, que toute évolution déjà en cours dans la direction souhaitée soit clairement identifiée.

L'équipe d'évaluation rendra et présentera le **projet de rapport final au groupe de référence à Bruxelles**, afin de discuter de ses résultats, de ses conclusions et de ses recommandations. Les membres de l'équipe devront obligatoirement être présents pendant une demi-journée.

Le gestionnaire du programme rassemble les commentaires faits par les membres du groupe de référence et les envoie à l'équipe d'évaluation pour révision, avec une première version de la grille d'évaluation de la qualité du projet de rapport final. Le contenu de cette grille d'évaluation sera discuté avec l'équipe d'évaluation pour déterminer si des améliorations sont nécessaires.

À ce stade, l'équipe d'évaluation finalisera le rapport final et préparera le résumé analytique, en répondant aux commentaires reçus. Les problèmes éventuels de qualité, les erreurs factuelles et les problèmes méthodologiques seront corrigés ; les commentaires relatifs à des jugements divergents peuvent quant à eux être acceptés ou rejetés. Dans ce dernier cas, l'équipe d'évaluation devra en expliquer les raisons à l'écrit.

2.4 Gestion et pilotage de l'évaluation

L'évaluation est gérée par le gestionnaire du programme de santé au sein de l'équipe du Fonds Békou (DG DEVCO, Unité pour l'Afrique centrale) avec l'aide d'un groupe de référence composé d'un représentant du MSP et de membres des services de l'UE pertinents à l'évaluation.

Les fonctions principales des membres du groupe de référence sont :

- De faciliter les contacts entre l'équipe d'évaluation, les services de l'UE et les parties prenantes externes.
- De s'assurer que l'équipe d'évaluation a accès à toutes les sources d'information et de documentation liées à l'action à évaluer et les consulte.
- De définir et de rédiger les questions d'évaluation.
- De discuter et de commenter les rapports produits par l'équipe d'évaluation. Les commentaires de chaque membre du groupe de référence sont rassemblés par le gestionnaire du projet, puis transmis à l'équipe d'évaluation.
- D'assister le processus de rétroaction (feedback) à partir des résultats, des conclusions, des recommandations et des leçons tirées de l'évaluation.
- D'assurer un bon suivi du plan d'action une fois l'évaluation terminée.

Au niveau du prestataire :

Le prestataire doit surveiller la qualité du procédé, la conception de l'évaluation, les intrants et les livrables de l'évaluation. En particulier, il doit :

- Soutenir le chef d'équipe dans son rôle, principalement en ce qui concerne la gestion. À cet égard, le prestataire doit s'assurer qu'à chaque phase de l'évaluation, des tâches et des livrables spécifiques soient confiés à chaque membre de l'équipe.
- Fournir du soutien et un contrôle qualité du travail de l'équipe d'évaluation tout au long de sa mission.

2.5 Langue du contrat

La langue du contrat sera le français.

Annexe 2 – Société et CV de chaque évaluateur

1. CHEF DE MISSION – EXPERT EN SANTE PUBLIQUE

1. Nom de famille: COUDRAY
2. Prénoms: Michel Emile
3. Date de naissance 20 avril 1948
4. Nationalité: Française
5. Diplômes :

1997 - Délégation Union Européenne Abidjan – Côte d'Ivoire - Diplôme obtenu : Procédures financières et de passation de marché du FED

1993 – 1994 – Établissement Université de Bordeaux 2 - Diplôme Universitaire de prise en charge de l'infection du VIH - DESS de gestion de projet en situation de développement (Master Santé Publique)

1990 – 1988 - Établissement Université de Bordeaux 2 - Diplômes obtenus : Capacité de Médecine Tropicale- Diplôme Universitaire de Médecine Tropicale - Diplôme Universitaire de Santé et Développement

13 Janvier 1975- Thèse de Doctorat en Médecine
--

6. Qualifications principales pour cette mission

Le Dr Coudray, médecin en santé publique, possède 23 ans (depuis 1995) d'expérience professionnelle accumulée dans le secteur de la santé :

(i) dans l'application des méthodes et techniques d'évaluation en général, et d'évaluation des programmes de santé publique dans les pays sub-sahariens en particulier (plus de 20 missions en tant que coordinateur chef de mission d'évaluation de projets / programmes financés par la Commission européenne dans la coopération au développement dans des pays fragiles);

(ii) dans la formulation et/ou la gestion de programmes/projets (plus de 20 missions de formulation);

(iii) une bonne connaissance du financement de la santé basé sur la performance (2017-2018 : vérification des indicateurs liés au décaissement (DLI) du projet PASS de la Banque Mondiale au Niger);

(iv) une expérience professionnelle récente en République centrafricaine (2010-2012 : Monitoring externe du Projet 9^{ième} FED pour l'évaluation régulière du programme d'amélioration des soins de santé de base dans les régions sanitaires 1&6 en RCA) ;

2. EXPERTE EN MEDICAMENTS ET SANTE COMMUNAUTAIRE

1. Nom de famille: Pomatto
2. Prénoms: Véronique
3. Date de naissance 22 novembre 1959
4. Nationalité: française
5. Diplômes:

Institution	Diplôme(s) obtenu(s):
Université Henri Poincaré, faculté de Médecine, Nancy de Oct 2005 à Juillet 2007.	Diplôme Universitaire de Santé Publique et Promotion et Education pour la santé – Option Pays en Développement
Conservatoire national des Arts et métiers (CNAM), Université des Sciences et Techniques du Languedoc, Montpellier, France, de 1986 à 1989	Diplôme d'Ingénieur en Biochimie (équivalent Master 2)
Conservatoire national des Arts et métiers (CNAM), Université des Sciences et Techniques du Languedoc, Montpellier, France, de 1982 à 1986	Diplôme d'Etudes Supérieures et Techniques (DEST) en Biochimie (équivalent Master1)
Université des Sciences et Techniques du Languedoc, Montpellier, France de 1980 à 1982	Diplôme Universitaire de Technologie, option Analyses Biologique et Biochimique

6. Qualifications principales pour cette mission

Depuis 1983, expérience développée dans le domaine de la santé et de la santé publique, soit 34 ans.

Expérience professionnelle dans l'évaluation de projets de santé publique depuis 1992, majoritairement en Afrique sub-saharienne, soit 25 ans.

Excellente connaissance des principes directeurs de l'Union Européenne tant sur les évaluations que les Suivis orientés sur les Résultats (ROM) et les rapports sur les résultats en fin de projet (EPRR).

Gestion de programmes et projets de développement sur le terrain: 6,5 ans et nombreuses missions concernant la gestion des projets : identifications, formulations, évaluations, ROM et EPRR.

Expérience dans la formulation : sept formulations réalisées depuis 1996

Plus de 15 expériences dans le renforcement institutionnel dans le secteur santé

Connaissance de la République Centrafricaine :

- Réalisation de deux missions ROM en février 2017 :

- UNICEF Projet de prise en charge communautaire intégrée des moins de cinq ans (C-356028) – visite Bossangoa
- OMS Renforcement du système de santé (C-363047)

- Contrôle Qualité des six ROM des projets du Fonds Bêkou (juin 2016)

- Réalisation des EPRR et OPRR en novembre 2017.

12 missions d'évaluations de projets financés par l'UE sur 21 évaluations depuis 30 ans, y compris dans les pays fragiles: Mali, Nigéria, Tchad, Afghanistan

12 ans d'expérience dans l'assurance et le contrôle qualité du médicament et l'approvisionnement en médicaments en pays en développement.

3. EXPERT EN FINANCES PUBLIQUES

1. Nom de famille : SIGAUD
2. Prénom : Michel
3. Date de naissance : 04/08/1943
4. Nationalité : Française
5. Résidence : 55, rue de Tocqueville, 75017-Paris
6. Contacts : (33) 6 80 47 11 46
michel@sigaud.net
7. Diplômes

<i>Institution :</i>	Faculté de Droit & Sciences économiques (Aix-Marseille III), France
<i>Date :</i>	1978-1982
<i>Diplômes :</i>	Préparation au Doctorat en sciences économiques (Thèse non soutenue) - D.E.S.S. Banque & Finances publiques
<i>Institution :</i>	ISSEC/ESSEC, Paris, France
<i>Date :</i>	1972
<i>Diplôme :</i>	Diplômes de l'Institut, option Economie & Statistiques
<i>Institution :</i>	Ecole Supérieure d'Organisation Scientifique du travail, E.O.S.T. Paris
<i>Date :</i>	1966-1967
<i>Diplôme :</i>	Diplôme de l'Ecole, option Administration Publique (Promotion A. Buisson)
<i>Institution:</i>	City of London College, School of Economics
<i>Date:</i>	1960-1963
<i>Diplôme :</i>	Bachelor of Business Administration

8. Associations : Association Internationale de finances publiques et Association française de sciences économiques (AFSE)
9. Position actuelle : Consultant international
10. Qualifications pertinentes
 - *Enseignement macro et microéconomie ;*
 - *Gestion des finances publiques-Administrations centrales et territoriales ;*
 - *Méthodologies d'évaluation des politiques publiques et des procédures administratives ;*
 - *Connaissances et expériences pratiques des procédures de financements des institutions internationales (Banque Mondiale, Banques internationales de développement, Commission européenne, OCDE, ONU)*
 - *Formulation et Gestion de projets et d'appuis budgétaires ;*
 - *Comptabilité publique ;*
 - *Méthodologies de lutte contre la corruption et le Blanchiment*

Secteurs :

Administrations des finances publiques (centrales et territoriales) ; Agriculture et développement rural ; Transports ; Industrie ; Santé ; Planification et Aménagement du territoire, Administrations foncières, lutte contre la corruption

4. EXPERT EN ORGANISATION SANITAIRE ET INSTITUTIONNELLE

1. Nom de famille: Coenegrachts
2. Prénoms: Maurice
3. Date de naissance: 4 février 1954
4. Nationalité: belge
5. Diplômes:

Institutions	Diplômes
Institut Nuffield de Santé, Leeds 10/1995 - 11/1996	Maîtrise en Gestion Hospitalière, module d'appréciation de projet & évaluation
Institut de Médecine Tropicale d'Anvers 08/1994 Bruxelles (St Elisabeth), Louvain (KUL), Nijmegen (KUN) 1979 - 1986	Diplôme d'Épidémiologie Tropicale Spécialisation en Chirurgie Générale
Université Catholique de Louvain 1972 - 1979	Docteur en Médecine, Chirurgie et Obstétrique

6. Qualifications principales pour cette mission

Plus de 25 années dans la coopération au développement dans le monde, 13 + années dans les pays partenaires. Expert clé qualité : de santé publique (plus de 20 ans), 8 ans comme chef de projet ; longue expérience avec l'UE, ECHO et une grande variété de bailleurs de fonds, y compris les gouvernements de l'UE et des organisations bilatérales et depuis 2002 effectuant des ROM.

Expérience professionnelle en tant que spécialiste du secteur de la santé dans l'élaboration de la politique de santé nationale et la planification, l'organisation et l'analyse des systèmes de santé, y compris l'informatique, la gestion des services et hôpitaux, l'assurance qualité et la mise en œuvre des services de santé. M & E des programmes du secteur santé et de la réforme du secteur santé au niveau national et local.

Excellente connaissance des principes directeurs de l'Union Européenne tant sur les évaluations que les Suivis orientés sur les Résultats (ROM) et les rapports sur les résultats en fin de projet (EPRR).

En total neuf identifications et formulations de projet en Afrique et en Asie

Renforcement institutionnel dans le secteur santé depuis 2000, d'abord comme conseiller long terme à la planification et politique de santé au Yémen et en Afghanistan, ensuite comme évaluateur institutionnel dans une vingtaine de pays.

ROM de deux en ONG en République Centrafricaine en 2016.

Études et plaidoyer sur la malnutrition dans le Sahel pour le bureau régional d'ECHO à Dakar et évaluation des actions au Sahel dans l'intention de possibilités de transfert des compétences et identification de prochains programmes, avec possible engagement budgétaire des programmes de développement de la nutrition à EuropeAid.

5. EXPERT EN COMPTABILITE ET GESTION FINANCIERE

1. **NOM DE FAMILLE:** NZOKENE

3. **DATE DE NAISSANCE:** 26/09/1969

5. **ETAT CIVIL:** Marié

2. **PRENOMS:** Aristide Bienvenu

4. **NATIONALITE** Centrafricaine

6. **EDUCATION:**

Institution [Dates début - fin]		Diplômes obtenus:
Edu. 1	Académie de Nice (France), 10/2014-07/2018 (en cours)	Diplôme Comptable de Gestion (DCG) (Filière expertise comptable) en cours
Edu. 2	Univ. Catholique du Congo (Congo RD) 10/2008 à 06/2010	Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en Economie et Développement (Bac+5)
Edu. 3	Université de Cocody (Côte d'Ivoire), 10/1996-06/1997	Maîtrise en sciences de gestion(MSG)/Comptabilité/Finance/Audit (Bac+4)
Edu. 4	Institut Universitaire de Gestion des Entreprises de l'Univ. de Bangui (Rép. Centrafricaine), 10/1992-06/1996	Licence en gestion des entreprises (Comptabilité/Finance/Audit (Bac+3)

7. QUALIFICATIONS PRINCIPALES:

Qualifications et compétences :

- Titulaire Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en Economie du Développement et d'une Maîtrise en finance, français langue maternelle, excellente connaissance de l'anglais
- Parfaite Maîtrise des logiciels de gestion comptable et financière des projets FED (TOMPRO, TOMFED etc), bases de données, outils de communication, Office Word, Excel, PowerPoint, Outlook (voir point 9)
- Profonde connaissance des réglementations financières UE et des procédures FED y compris en matière de communication et visibilité.
- Grandes capacités communicatives, relationnelles et de rédaction, expérience avérée dans l'animation de séminaires et initiatives de formation et dans la rédaction de rapports et manuels de procédures.

Expérience Professionnelle spécifique :

- Plus de 9 ans d'expériences en tant que responsable administratif et financier et en gestion des programmes financés par le FED
- Longue expérience en gestion et suivi des experts courts termes dans le cadre des projets FED : 1. Gabon (2014-17), dans le cadre du projet AFIP (10e FED) gestion et suivi des experts courts termes recrutés par le Consortium, 2. RD du Congo/CEMAC (2005-10) dans le cadre du projet « AMESD », financé par le 9e FED, gestion et suivi des experts courts termes recruté en vue de l'appui des points focaux
- Conception et montage des projets subventionnés suivant les procédures UE ; Accompagnement des porteurs de projets subventionnés ;
- Finance publique (organisation et mise en oeuvre, programmation budgétaire initiale etc.) Audit et contrôle des comptes, Commissariat;
- Expertise comptable, Contrôle de Gestion, Comptabilité générale et analytique;

Annexe 3 – Détail de la méthodologie

La méthodologie proposée avec la soumission de l'offre a été affinée depuis la phase documentaire jusqu'aux dernières réunions de démarrage afin de collecter les données nécessaires à répondre aux demandes des bénéficiaires de cette évaluation et aux contraintes logistiques et sécuritaires.

La reconstruction de la logique d'intervention à partir des documents clés analysés a permis de définir les différents effets attendus de cette intervention.

Outils développés

A partir de la logique d'intervention reconstruite, une série de X questions d'évaluation a été détaillée en incluant les sous questions énoncées dans les TdR mais aussi les demandes spécifiques collectées au cours des réunions initiales à Bruxelles puis à Bangui, avec la Délégation de l'UE et les membres du Ministère concerné (groupe de référence).

Ces questions d'évaluation (voir annexe 5) ont ainsi été la base de rédaction de la liste des institutions, structures et personnes à visiter et des outils de collecte des données dont les versions remplies ont été annexées au rapport intermédiaire.

La planification des activités a été arrêtée après la réunion plénière avec les ONG contractualisées qui a eu lieu le lundi 18 mars à la DUE à Bangui, sur choix raisonné.

Actuellement seules trois zones appuyées hors Bangui avaient un risque sécuritaire faible : (i) Vakaga appuyée par IMC (ville principale Birao) ; (ii) Bamingui – Bangoran appuyée par PUI (capitale Ndele) ; (iii) Ouham appuyée par Cordaid (capitale Bossangoa).

Une série de documents supplémentaires a été demandée aux ONGs ou collectée auprès des FOSAs afin de compléter et mettre à jour les données reçues : mesure des indicateurs contractuels au mois de janvier 2018 pour l'efficacité, dépenses de la seconde phase en date du mois de Janvier 2018 pour traiter l'efficience et la pérennité, mais aussi les plans de formation des ressources humaines et enfin la liste des indicateurs collectés par le FBP au niveau des PMA et des PCA.

Les critères du choix raisonné des visites

1. Régions considérées comme à faible risque sécuritaire,
2. Les ONGs y développent des actions au niveau des ECD, des centres de santé et des postes de santé
3. Il y a un hôpital de district (appuyé ou non)
4. Des activités communautaires sont aussi mises en œuvre
5. Atteignables par les vols humanitaires

Cette répartition des visites de régions a permis de mieux comprendre les différences dans la mise à disposition des soins de santé primaires entre les zones urbaines et rurales tout en représentant un échantillonnage équilibré de structures. A ce stade, les contraintes des zones rurales comparées à celles de la zone urbaine ont été identifiées de manière non exhaustive comme suit :

- Accessibilité géographique plus faible. La population est bien plus éloignée des postes ou centres de santé dans les zones rurales,
- Constructions des infrastructures inachevées de l'Etat
- Les médecins régionaux résidant à Bangui, certains appuis grâce aux Fonds Bêkou permettent de replacer le Ministère de la Santé dans ses fonctions régaliennes au niveau des régions
- Les ressources humaines en Santé sont encore plus rares et les postes plus difficiles à remplir, les compétences de celles-ci sont donc plus faibles,

- La seconde référence est compliquée par la distance, l'état des routes et les conflits armés
- L'accès aux médicaments est compliqué par la dépendance des vols humanitaires pour leur livraison en région
- Selon l'enquête HeRAMS, 27% des formations sanitaires fonctionnelles et partiellement fonctionnelles n'ont pas accès à l'eau

Liste des visites et entretiens réalisés

Région Vakaga – IMC Centre de Santé Tiringoulou Poste de santé Ndiffa Poste de santé Gordil Centre de santé Sikikédé Notables de Gordil et Sikikédé, de Tiringoulou Groupes de “femmes influentes” et relais communautaires Equipe IMC Directeur de région rencontré à Bangui Dépôt pharmaceutique IMC	Région Ouham – Bossangoa - CORDAID Briefing à la base de CORDAID Réunion avec ECD et ECR de Bossangoa Centre de santé rural Ouham Bac Rencontre avec le COGES Centre santé urbain de Ndjongobé Visite du dépôt pharmaceutique
Région Bamingui - Ndélé - PUI Sultan de Ndélé Centres de santé et postes de santé Kotissako, Adou-Mindou, Alihou, Zoukoutoumala Groupes de femmes et Relais communautaires Equipe PUI Hôpital de district, dépôt pharmaceutique PUI Equipe cadre de district, CONGES	Bangui Equipe IMC et PUI Directeur Régional de la Santé de Vakaga - Hte Kotto - Bamingui Centre de Santé Lakouanga (PUI) Centre de Santé Yapele (PUI) Briefing à la Base d'ALIMA Rencontre avec ECD de Bimbo Centre de Santé Urbain de Bimbo Centre de Santé Rural de SaKaï B Briefing avec le staff CRF Centre de Santé Urbain Bédé Combattant Visite du dépôt pharmaceutique CRF Centre Pédiatrique de Bangui

16 FOSAs de quatre niveaux de la pyramide de santé ont été visitées : poste de santé, centre de santé, hôpital de district et hôpital de référence ainsi que les membres de leurs COGES. Ces visites ont permis de rencontrer les personnels de santé, d'observer les réhabilitations et les équipements amenés, de visiter les lieux d'entrepôt et de dispensation des médicaments.

Les ECD de trois régions sur quatre et un directeur de région ont pu être visitées

Les groupes de femmes et les relais communautaires ont été rencontrés dans trois des quatre régions visitées.

Enfin, les représentants de la population et les notables ont été rencontrés afin de recueillir leur ressenti sur le projet évalué et les perspectives d'avenir de ces interventions.

Contraintes rencontrées

Problèmes sécuritaires

Le pays est loin d'être pacifié et de nombreuses régions restent sous contrôle de bandes armées. Actuellement plusieurs régions restent non contrôlées par le pouvoir central comme : Mbomou avec sa capitale Bangassou attribuée à CORDAID, en partie la Haute Kotto avec sa capitale Bria attribuée à IMC, l'Ouham Pende avec sa capitale Bozoum et la ville de Paoua.

Mitigation du risque sécuritaire.

Le risque sécuritaire est classiquement classifié en risque faible, risque moyen et risque élevé.

Dans le cadre de la mission d'évaluation les zones à risque faible ont été seules retenues, c'est pour cela que les deux équipes (binômes) de la mission ont visités trois régions : Bossangoa (Ouham), Ndele (Bamingui-Bangoran), Tiringoulou (Vakaga). Les visites des villes de Bria et de Bangassou ont été annulées.

De plus les équipes ont pris les vols directs de l'UNHAS et ont été accompagnés par des membres de l'ONG en appui et un membre de l'équipe cadre du MSP.

Concernant la capitale Bangui, c'est le quartier PK5 qui n'est pas encore pacifié. La CRF intervient dans ce quartier mais elle a dû annuler au dernier moment la visite car il y a eu une résurgence des affrontements entre les bandes armées et la MINUSCA.

Problème de retrait prématuré d'un Expert

L'Expert financier de la mission a dû repartir en France à mi-parcours pour raison familiale grave au milieu de la mission.

Mitigation du départ de l'Expert : L'expert a accéléré ses entretiens et briefé le deuxième collègue financier. Les deux collègues sont restés par la suite en contact permanent par mail.

Réception des documents demandés

La plupart des documents ont été reçus dans les temps impartis. Seules les dépenses en date de Janvier 2018 n'ont pas pu être collectées de manière exhaustive et comparative.

Mitigation : sachant que le budget de la phase 1 et les lignes budgétaires ont été dépensées à près de 100%, que des mois d'extension ont été demandés et acquis par les ONGs, il est posé l'hypothèse que la seconde phase, réalisée par les mêmes ONGs aura toutes les chances d'en faire de même. Les calculs ont donc été réalisés sur le budget de la phase 2.

Annexe 4 – Matrice de la logique d'intervention

	Chaîne de résultats	Indicateurs	Points de référence	Valeur actuelle	Cibles	Sources et moyens de vérification	Hypothèses
Objectif Général	Améliorer l'état de santé de la population, en particulier les groupes vulnérables comme les femmes et les enfants, les populations les plus affectées par la crise, dans un contexte de reprise du système de santé et de reconstruction du pays, en toute cohérence avec les objectifs du Plan de Transition élaboré par le Ministère de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de mortalité infantile • Taux de mortalité maternelle • Taux de malnutrition aigüe sévère • Prévalence VIH/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • 164/1000 (2013-PTSS) • 890/100 000 NV (2013-PTSS) • 1,8% (2012-PTSS) • 4,9% (2012 PTSS) 	Voir les valeurs actuelles dans le rapport	<ul style="list-style-type: none"> - 70/1000 (2016, PTSS) - 500 pour 100 000 NV (2016, PTSS) 	Base : PTSS Données UNICEF (MICS) et OMS	

	Chaîne de résultats	Indicateurs	Points de référence	Valeur actuelle	Cibles	Sources et moyens de vérification	Hypothèses
Objectif spécifique	Appuyer la fourniture des services de soins de santé dans les zones du pays en situation de transition, et de contribuer à la restauration durable du système de santé.	<ul style="list-style-type: none"> Taux de fréquentation des consultations curatives (femmes – hommes – moins de 5 ans) Nombre de nouveaux cas par an (F-H- <5) Taux de vaccination (Pent 3 chez les < 1 an) (F-H) Nombre d'enfants de moins de un an vaccinés (EURF level 2 - n°19) – H - F Taux CPN 1, CPN4, CPoN Taux de femmes enceintes ayant au moins effectué une visite CPN Nombre²⁶ d'accouchements assistés par du personnel qualifié (EURF level 2 – n°18) Nombre de complications obstétricales référées et prises en charge Taux de RHS formés sur trois ans et progressivement déployées dans les districts sanitaires de l'arrière-pays (H-F) Nombre d'enfants MAS avec complication pris en charge à l'UNT du CTB selon le protocole national (H-F) Nombre de femmes en âge de procréer utilisant une méthode contraceptive (EURF level 2, n°20) Nombre de VVS médicalement prises en charge Nombre de cas de santé mentale référés 	28% (2013 - PTSS)	Voir les valeurs actuelles dans le rapport	<ul style="list-style-type: none"> 114 202 accouchements assistés (voir annexe 9 gratuité des soins) date ? 	Le SNIS des FOSAS, Données ECD, Données ECR, Données des ONG. Enquête HeRAMS (OMS) PTSS (Base)	La situation sécuritaire permet de mettre en place les activités dans les six RS au cours de la phase 2

²⁶ A préférer aux taux

	Chaîne de résultats	Indicateurs	Points de référence	Valeur actuelle	Cibles	Sources et moyens de vérification	Hypothèses
Résultat 1	1. Le paquet minimum de soins de santé de qualité est mis à disposition de la population	<ul style="list-style-type: none"> Statut de révision des normes Liste des activités de prise en charge de la Santé de la mère et de l'enfant 	Normes 2014		Les normes incluent MAS, SONUB, prise en charge des VBG, santé mentale, vaccination, planification familiale,	Les normes, dernière version	
		<ul style="list-style-type: none"> Statut de la gratuité ciblée 	Fin 2014		Appliquée pour les populations ciblées	Visite FOSAs	
		<ul style="list-style-type: none"> Etat du financement basé sur les résultats 	Fin 2014		<ul style="list-style-type: none"> Est financièrement accessible à la pop Cohabite avec la gratuité ciblée est approprié par les ECD et les ECR. 	<ul style="list-style-type: none"> Interview des bénéficiaires interview des prescripteurs analyse des rapports de CORDAID? analyse des rapports de la Banque Mondiale 	

	Chaîne de résultats	Indicateurs	Points de référence	Valeur actuelle	Cibles	Sources et moyens de vérification	Hypothèses
Résultat 2		<ul style="list-style-type: none"> Etat du renforcement des capacités physiques (infrastructures/équipements) Nombre de cas référés par mois/ans à l'hôpital de district, régional, au CPB. (F-H-<5) 			<ul style="list-style-type: none"> Infrastructures et équipements suivent les normes 	Rapport des ONG, Inventaire FOSA, ECD	
		<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des COGES Nombre de réunions des COGES 			<ul style="list-style-type: none"> Sont formés, gèrent les médicaments et recouvrement de coûts, sortent des rapports financiers mensuels 	Rencontrer COGES Données ONG Demander compte rendus	
	2. Les équipes cadres sont renforcées/appuyées pour exécuter les fonctions essentielles des districts,	<ul style="list-style-type: none"> Etat de la fonction de planification Promptitude et complétudes des rapports du SNIS transmis au niveau central 			Les ECD planifient les activités du district (PAO existant)	Entretiens ECD	
		<ul style="list-style-type: none"> Etat de la fonction de coordination stratégique Nombre de RH formées Nombre de formations reçues 			Les ECD mettent en place une coordination stratégique	Entretiens ECD	

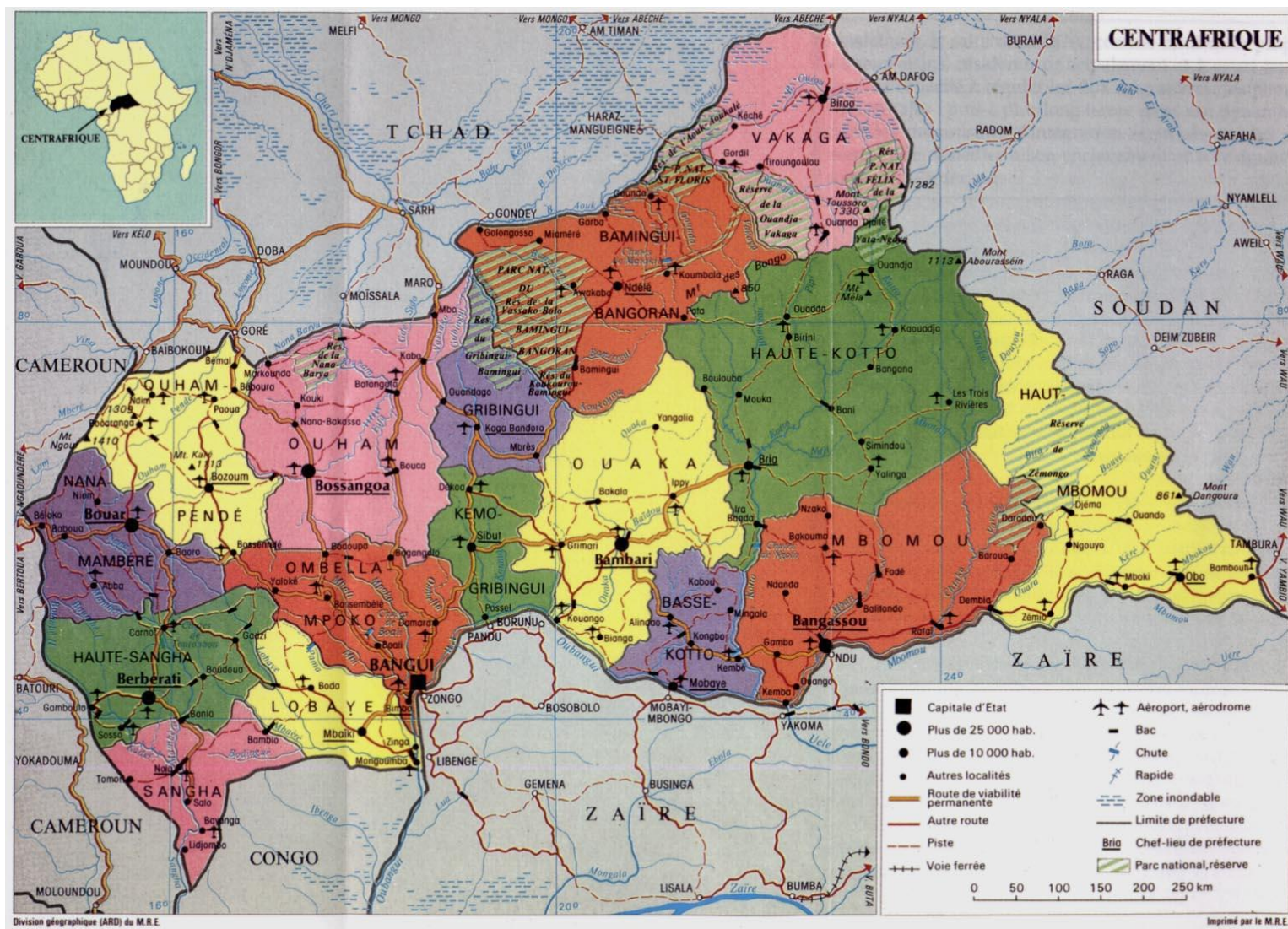
	Chaîne de résultats	Indicateurs	Points de référence	Valeur actuelle	Cibles	Sources et moyens de vérification	Hypothèses
		<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de réunions de suivi ONG-ECD • Nombre de revues semestrielles ONG-ECD-ECR • Nombre de supervisions conjointes ONG/ECD-FOSA • Nombre de supervisions conjointes ONG-ECR-ECD (RS7) 			<ul style="list-style-type: none"> • Une par mois • A définir • 2 par an • Une par mois • Une fois tous les trois mois 	Triangulation entre rapports ONG et interview ECD. Comptes rendus à demander	
Résultat 3	3. Une future action médicaments est préparée en collaboration avec les PTF	<ul style="list-style-type: none"> • Etudes sur les médicaments en RCA • Réunion de PTF • Etat d'une stratégie d'approvisionnement en médicaments 	Une étude de l'OMS de 2009 (2014)		<ul style="list-style-type: none"> • 3 études réalisées • Une stratégie d'appro est validée par le MSP, OMS et PTF 	Données documentaire et entretiens PTF (dont BM), MSP/direction Pharmacie et médicaments	
Résultat 4	4. Appui institutionnel au MSP central et décentralisé dans le but de renforcer le MSP dans ses fonctions de Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des urgences et catastrophes • Organes de coordination fonctionnels 	2014		2018	FOSA Données ECD Comptes rendus mensuel CCSS	

Annexe 5 – Matrice d'évaluation des risques

Tableau 11. République centrafricaine : matrice d'évaluation des risques (MER)			
Origine des risques	Probabilité	Impact	Riposte des autorités
Dégradation de la sécurité	Élevée	Important Porterait un coup d'arrêt à la reprise.	Réorienter les réformes vers des domaines moins sensibles au contexte socio-politique. Maintenir le contrôle budgétaire en vue de préserver les dépenses de base et d'assurer la cohésion sociale.
Croissance structurellement fragile dans les grands pays avancés ou émergents	Élevée (PA) Moyenne (PE)	Important La reprise des exportations serait sans doute différée, assombrissant les perspectives de croissance à moyen terme.	Intensifier la réforme structurelle et les efforts en vue d'améliorer le climat des affaires pour encourager l'investissement.
Inertie des autorités qui manquent d'expérience pour relever des défis importants dans des situations très difficiles.	Élevée	Important L'exécution du programme pourrait ralentir et l'adoption de réformes structurelles clés être différée, assombrissant les perspectives de croissance.	Repousser graduellement les réformes en fin de période pour susciter l'adhésion de toutes les parties prenantes clés. Intensifier les réformes structurelles importantes. Politique budgétaire axée sur la mobilisation des recettes et une prestation efficace des services publics.
Capacités administratives limitées	Élevée	Important L'exécution du programme pourrait ralentir et l'adoption de réformes structurelles clés être différée.	Accroître l'efficacité du DC pour renforcer les capacités institutionnelles.
Retards dans le versement de l'aide financière extérieure	Moyenne	Moyen Répercussions sur l'investissement et la croissance ; la pauvreté risque d'augmenter. La stabilité macro-économique serait en danger.	Efforts accrus en vue de mobiliser des ressources intérieures et d'assurer l'efficacité de la dépense.

Source FMI

Annexe 6 – Cartographie de la RCA



Annexe 7 – Liste des personnes rencontrées

Direction Générale pour la Coopération internationale et le Développement (DEVCO) - BRUXELLES			
Mme Sarah-Jee Klonski		EuropeAid-E1-TRUST-FUND-BEKOU@ec.europa.eu	+32 2 295 67 03
Mr Manuel Couffignal	Chargé de la Culture, de l'éducation et de la santé	manuel.couffignal@ec.europa.eu	+32 2 298 82 74
Délégation de l'Union Européenne - Partenaires Bêkou - BANGUI			
Mr Davide Stefanini	Point Focal Projet Fonds Bêkou	davide.stefanini@eeas.europa.eu	+236 72 56 38 10
Mr Javier Medrano Adan	Attaché de coopération	Carlos-javier.medrano-adan`-\$`eeas.europa.eu	+236 75 41 74 96
Mr Felix Yangana	Assistant Projet Fonds Bêkou	Felix.Yangana@eeas.europa.eu	+236 72 52 41 47
Mr Eric Force	Ambassade de France - Chef de coopération	Eforce@diplomatie.gouv.fr	+236 72 16 37 58
Ministère de la Santé et de la Population (MSPP) - BANGUI			
Dr Pierre Somse	Ministre de la Santé et de la Population	psomse@yahoo.fr	+236 753 699 17
Dr Dandy Marius	Directeur de Cabinet	dandymarius@gmail.com	
Dr Jean de Dieu Longo	Conseiller au MS - Adjoint Point focal Bêkou	jeandedieulongo@gmail.com	+236 75 17 25 98
Dr Jean Paul Nyarushatsi	AT/ santé /Bêkou	jpnyarus@gmail.com	+236 72 78 57 81
Mme Régina Kodia	Pharmacien-biologiste	kodialeng@yahoo.com	+236 72 12 92 20
Dr Adolphe Kossi-Mazayca	Coordinateur Cellule Technique Nationale	Kosmazada@yahoo.fr	+236 72 59 97 02
Dr Yete	ICSPL	mamekema@yahoo.fr	+236 75 04 23 75/75575046
Dr Antoine Dam Doumgba	ICSPPS	datedoni@yahoo.fr	+236 75 50 59 53
Dr Kodia Regina	Pharmacien biologiste	kodialeng@yahoo.fr	72129220
Pr Gody	Directeur Centre Pédiatrique de Bangui	icgody@hotmail.com	75503609

Dr Kaimba Cyriaque Christian	Directeur de la pharmacie, Laboratoire et Médecine Traditionnelle	kacyr67@yahoo.fr	
Oscar Bekaka	Cadre MSP	bobinetoscar@gmail.com	
David Menezoui	Chef de service SNIS	N'a pas attendu le RV fixé	75575046
Ministère de la santé en régions – Bamingui Bangoran			
Madji Bristell	Médecin chef de district	Non transmis	72028512
Abakar Francis	CONGES	Hôpital de district Ndélé	Non transmis
Moustapha Maihu	Président CONGES	Hôpital de district Ndélé	72230772
Païko Sam Abel	Conseiller CONGES	Hôpital de district Ndélé	72790134/75814345
Kamkignion Ousmane De Gaulle	CONGES	Hôpital de district Ndélé	72900739/ 75938647
Doungous Célestin	Surveillant	Hôpital de district Ndélé	72413123
Nambissa K. A.	CSSS/DSBB	Hôpital de district Ndélé	72233213
Dr Jean Baptiste Maddundji	Directeur régional santé RS5	jpmadoun-djr@gmail.com	72702030
Mezane Ramadan	Chef centre de Santé Tiroungoulou	rmezane@gmail.com	
Organisations non gouvernementales – Système des nations unies – Partenaires techniques et financiers			
Dr Mathilde de Calan	GAVI responsable pays Afrique francophone	mdecalan@gavi.org	+41 (0) 22 909 7863 / 79 541 7934
Manantsoa Frédéric Lai	Représentant MSF International en RCA	Msfoch-rca-hom@brussels.msf.org	+236 72 28 28 94 / 75 22 78 48
Carla Martinez	MSF Hollande Soutien pour le Chef de mission	Car-hom-support@ oca –msf-org	
Abdallah Hussein		Msfe-Bangui-HOM@barcelona.MSF.org	
Anne Marie Boyeldieu	Chef de mission MSF France		
Dr Severin Von Xylander	Représentant OMS	xylander@who.int	+236 72 01 70 70 / 70 03 53 53
Dr Itama Maykuli Christian	Chef de programme	itama@who.int	+236 72 18 70 26 / 70 55 55 77
Dr Derveeuw	Représentant UNFPA	derveeuw@unfpa.org	+236 72 30 05 20 / 72 30 05 62
Dr Wansi Emmanuel	Chargé de programme UNICEF		
Dr Jean Pierre Lombart	Directeur de l'Institut Pasteur	Jean-pierre.lombart@pasteur.fr	+236 72 05 97 17 / 70 80 97 17
Dr Alain Berlioz-Arthaud	Directeur du Laboratoire de Biologie Médicale	Alain.berlioz-arthaud@pasteur.fr	
Dr Emmanuel Nakoune	Directeur Scientifique	enakouney@gmail.com	+21 61 01 09 / 72 10 79 20 / 70

			94 26 10
Mme Ombretta Pasotti	Chef de mission du Saint Siège	Ombretta.pasotti@opbg.net	
ONG contractualisées Békou			
Mr Jameson Gadzirai	CORDAID Directeur des Programmes	iga@cordaid.org	+236 72 78 1642 / 72 04 98 11 / 75 47 48 31
Mr Zra André	CORDAID Coordonnateur Projet Békou	Zan@cordaid.org	+236 72 37 92 41
Mme Caroline Favas	Action Contre la Faim (ACF) Responsable du Département Nutrition Santé	nutco@cf.missions-acf.org	+236 72 50 48 51 / 70 55 16 71
Mr N'Dry Christophe Konan	ALIMA Chef de mission	cdm@rca.alima.ngo	+236 72 68 30 43
Mme Ghiron Gabrielle	ALIMA Assistante Chef de mission	reporting@rca.alima.ngo	+236 72 68 30 43
Dr Victorien Kouamé	Médecin Référent Projet Alima Bimbo		
Mme Pilate Ginette	C.P Bimbo Alima		+236 72606719-75400519
Mr Axel Poullard	CRF Chef de Délégation	40d.rca.fra@	+236 75 05 55 63
Mr Ibi Hubert	Coordinateur médical CRF		
Dr Touema Jean Pierre	Chef de projet CRF		
Mr Thibaud Saint Sebastien	Resp. des programmes CRF		
Camille Romain	Coordinatrice terrain	Caf.rdbndl@pu-ami.org	PUI Ndélé
Morgane Faber	Administratrice logisticienne	Caf.logadmin.odl@pu-ami.org	PUI Ndélé
Dr Rumio Ndoïdet	Médecin ARPS PUI		72117695/75078226
Kaba Moussa	Responsable programme santé Nutrition	Caf.medndl@pu-ami.org	72494613, PUI Ndélé
Dr Sosthène Sabe	Médecin superviseur PUI	cothenso@gmail.com	Centre de santé Yapele, PUI
Christian Mulamba	Médecin, chargé de programme	cmulamba@internationalmedicalcorps.org	IMC
Gérard Mbowimpa	M&E coordinator	mbowimpa@internationalmedicalcorps.org	IMC
Emilie Mignot	Program officer	emignot@internationalmedicalcorps.org	IMC
Justin Muzaliwa	Medical doctor budget holder	jmuzzaliwa@internationalmedicalcorps.org	IMC

Ikvin Mpaka	Psychiatre Bria	amseya@ internationalmedicalcorps.org	IMC
Arnaud Labregere	Regional logistic officer	alabregere@ internationalmedicalcorps.org	IMC
Bobo Makoso	Médecin Directeur médical	bmakoso@internationalmedicalcorps.org	IMC
Dr Pierre Kanda	Tiringoulou, Field manager	pkanda@ internationalmedicalcorps.org	IMC
Félicie Fotso	Finance manager	fffelicie@ internationalmedicalcorps.org	IMC
Konzelo Thibaut Gaëtan	Assistant admin et finances		IMC Tiroungoulou
Gazamoundjou Stephano Parfait	Assistant au responsable Santé Nutrition FOSA		PUI N'Délé
Romeo Ndoïet Koutou	Ass resp progr Hôpital N'Délé	ndoidetkoutoutrjh@gmail.com	75078226
Younoussa Diallo	Coord médical	Caf.coordomed@pu-ami.org	PUI
Kpabalou Herman	responsable programme	caf.rtsante-bgi @pu-ami.org	PUI
Matthieu Le Grand	Chef de Mission	Caf.adm@pu-ami.org	PUI
Franck Hennados	Ass coordination Bangui	Assist.ct.bgi@pu-ami.org	PUI
Pierre Gazin	Consultant, Prospective et Coopération	p.gazin@wannadoo.fr	PUI
LKaura Collet	Coordinatrice terrain ville		PUI

Ressources Humaines en Santé des Centres visités			
Mbeguennefei Elie	Chef de centre IS		
Ngaihouron, T	Assistant S Major		
Rebona Marthe Gina	Matrone ACC IS		
Ngaiema Yannick	Gérant		
FcoFelicite	Aide matrone		
Namguerewi Lydia	Aide matrone		
Bazou Justin G	Gérant		
Ngamatoua Patricia	Matrone		
Dimanche Patrice	Gardien		
Ngabert Cécila	Assistante ACCHT		
Mozambala Albertine	Aide responsable PEV		

Feiganazoui Sadrack	Aide-soignant		
Beorofei Raphael René	Resp .de la pharmacie		
Wenezoui Rose	Resp.SMI/PF		
Changement Mathieu	Accueil		
Kagbe Simplicie	Chef de centre		
Dr Bami-Ozias	Médecin chef du centre de Bede. Combattant	bamiozias@yahoo.fr	75036963-72555056
Sirey Apollinaire	Secrétaire CSU Bede-combattant		
Wagui Saul	Responsable laboratoire		
Deholo Alain-Wilfrid	Chef de section supervision et qualité des soins		
Malitovo Bernabe	Chef de section, planification programmation, IEC et statistique		
Dr B'Niyst Adolphine	Médecin chef CSUrbain Yapele Bangui	Leavene2004@yahoo.fr	
Sikamgba Jean Paul	Adjoint		CSU Yapele Bangui
Kossekesse Esther	Trésorière COGES		CSU Yapele Bangui
Dr Tekpa Prisca	Médecin chef adjoint		CS Lakouanga
Ngaibouko Misere Brice	Secrétaire général COGES		CS Lakuanga
Dr Sandoua Anicet	Médecin chef		Lakuanga, 75058926
Région Bamingui Bangoran			
Dr Régis	Médecin Directeur Hôpital N'Délé		
Célestin	Surveillant général Hôpital N'Délé		
Mustapha Maturin	Président CONGES N'Délé		
Ousmane	Gestionnaire CONGES		
Abdrassoud Issène	Pharmacien		CS Alihou
Isseme Sef	Infirmier secouriste, adjoint chef de poste		CS Alihou, 75927265
Deye Béatrice	Relais communautaire		CS Alihou
Nana Arbie	Relais communautaire		CS Alihou
Mahamat Akona	Relais communautaire		CS Alihou
Zakaria Assane	Relais communautaire		CS Alihou
Abdel Karim Achimane	Chef de poste		CS Alihou
Djasma Moustapha	Matrone		CS Alihou
Alime Issa	Hygiéniste		CS Alihou
Ousmane Soumaïne	Hygiéniste		CS Alihou

	Chef de village	Alihou
Achtatefra	Matrone	CS Zoukouniala
Ibrahim Kamiss	Chef de centre	CS Zoukouniala, 72838652
Abakar Ibrahim	Commissaire aux comptes, COGES	CS Zoukouniala
Abakar Mahamat	Responsable PEV	CS Zoukouniala
Aroah Adoha	Gérant	CS Zoukouniala
Noussofra Inouss	Matrone	CS Zoukouniala
Sultan Senussi		
Michel Ouatende	Chef de poste dS Adou Mindou	
Mandago Michel	Chef de village, ANJE	
Gri Mjende Jean Pierre	Chef de CdS secouriste Kotissako	
Région Vakaga		
Ahmed	Imam mosquée centrale	Tiringoulou
Notables de Tiringoulou : Calife, adjoint chef de quartier, chef de quartier chef de groupe, 1 ^{er} adjoint au maire, chef PCA de Ouanga, Responsable sécurité		
Jean	Secrétaire adjoint COGES	CS Tiringoulou
Siam	Trésorière adjoint COGES	CS Tiringoulou
	Vice-président COGES et chef de centre	CS Tiringoulou
Quatre	Relais communautaires	CS Tiringoulou
Issata Nadjimia, Léa, Odette, Alima et quatre autres	Membres du groupe de « femmes influentes » à Tiringoulou	Tiringouloou
Personnel du poste de santé	Et membres du COGES	PS Ndiffa
Fernand Munzolo Nonga	Assistante pharmacien	PS Ndiffa
Babakir Sallet	Infirmier secouriste chef de centre	PS Gordil
Dr Parfait Sibali	Médecin IMC à Sikikéké (rencontré à Gordil)	77306415
	Sage femme IMC à Sikikeke (rencontrée à Gordil)	
Notables de Gordil et Sikikeke : Président COGES, chef de quartier, conseillers, chef de groupe, maire de la commune		

Annexe 8 – Littérature et documentation consultée

L'équipe des évaluateurs a constitué un « mini data center » sur les thèmes ci-dessous qui restent disponible sous forme de Clé USB.

ACCORD TRIPARTITE

AEDES

AFD

ALIMA

APPUI BUDGETAIRE UE

BAD

CORDAID

CROIX ROUGE FRANÇAISE

DA BANGUI

DISTRICTS SANITAIRES

DOCUMENTATION GENERALE

EXECUTION BUDGETAIRE

EXPERTISE

FBR

FMI

FONDS BEKOU

GAVI

GRATUITE DES SOINS

GUIDES

INTERNATIONA MEDICAL CORP IMC

MEDICAMENTS

MICROPLANS SEMESTRIELS

PLAN DE TRANSITU

PLAN REHABILITATI

PNDS III

PREMIERE URGENC

RAPPORTS

RESSOURCES HUM/

SAVE THE CHILDREN

SINA HEALTH

SNIS

SOINS SANTE PRIM

TEXTES

TRANSPORT INTERI

U.E

UNICEF

VIOLENCE SEXUELLE

Annexe 9 – Questions d'évaluation

Les questions d'évaluation réalisées en fin de phase documentaire ont permis de définir les outils de collecte de données afin de mesurer les indicateurs fixés par l'équipe d'évaluation.

1. Dans quel degré la définition et mise en œuvre de l'action prend en compte l'accès des groupes vulnérables et des plus démunis aux soins de santé ?	
Critères de jugement	Indicateurs
<ol style="list-style-type: none"> 1. La définition et critères des groupes vulnérables et des plus démunis sont établis et divulgués 2. Les systèmes de financement prennent en compte la vulnérabilité de certains groupes de la population 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existence d'un document national qui définit l'indigence et les droits des indigents 2. Les groupes vulnérables sont clairement définis 3. Degré de couverture des groupes vulnérables (gratuité et FBP)
2. De quelle façon le projet prend en compte le renforcement des capacités régulatrices et normatives des autorités de tutelle en complémentarité avec les autres PTF et partenaires ?	
Critères de jugement	Indicateurs
<ol style="list-style-type: none"> 1. L'élaboration des documents de la politique et du plan de développement des RHS est basée sur l'analyse de la situation des RHS 2. La formation du personnel paramédical est décentralisée. 3. Quelle est la situation de recrutement des RHS par les COGES, par les ONGs, normes et qualifications ? 4. Le nouveau plan stratégique de lutte contre la Tuberculose pour la période 2013-2017 est adapté au cadre du Plan de Transition 5. Les plans d'actions spécifiques de lutte contre les maladies sont mis à jour 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé est finalisé et approuvé (PSDRHS) 2. Les personnels qualifiés sont Intégrés (ou en voie de) dans la fonction publique centrafricaine 3. Une stratégie de redéploiement du personnel est développée 4. Les curricula de formations du personnel sont adaptés aux capacités réelles 5. Le plan stratégique de lutte contre la Tuberculose est appliqué, et prolongé pour les années qui suivent. 6. Le personnel est formé sur les procédures et outils spécifiques aux trois maladies (VIH, TB, malaria).
3. L'action répond-elle aux besoins d'appui du MSP et est-elle alignée sur les stratégies nationales et décentralisées du gouvernement dans le secteur de la santé ?	
Critères de jugement	Indicateurs
<ol style="list-style-type: none"> 1. Les standards minimums ont été établis en PMA/PCA en fonction d'une cartographie différenciée 2. Le plan de découpage des préfectures en districts est révisé en fonction de faisabilité et couverture des soins 3. Harmonisation nationale des procédures et modules de formation avec les ECR et ECD pour une qualité de services harmonieuse 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le plan de découpage des préfectures en districts est adapté, finalisé et exécuté 2. Le paquet de services de santé procurés par les ONG, applique les procédures, outils et modalités de mise en œuvre et de suivi selon les normes standards. 3. Des modules de formation standards existent soit au niveau des acteurs Bêkou soit au niveau Central.
4. La planification et le suivi des activités sont-ils faits avec les partenaires de mise en œuvre ?	
Critères de jugement	Indicateurs
<ol style="list-style-type: none"> 1. Niveau central : Niveau de mise en œuvre 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 60% pour 2016 (PTSS)

<p>des plans d'actions</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. La planification des activités est faite en partenariat ONG-ECD-ECR 3. Les visites des FOSAs sont exécutées en conjonction ECD-ONG 4. Le suivi des activités et évaluations de la qualité des services et soins est fait par l'ONG et l'ECD - ECR 5. Le plan d'activités est validé par l'ECD – ECR 6. Les données collectées par le SNIS le sont en temps voulu 7. Les données collectées par le SNIS sont de qualité et permettent une analyse et prise de décision par des ECD et des ECR renforcées 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Canevas de supervision disponible à l'ECD 3. Les critères de qualité sont établis et disponibles aux ECD et ONG 4. Les rapports de suivi peuvent être consultés au niveau de l'ECD 5. Résultats commentés lors des revues mensuelles (minutes des réunions) 6. Promptitude et complétude de remplissage mensuel du SNIS
<p>5. Les résultats de l'intervention visant le renforcement de la coordination entre les niveaux de santé ont-ils permis de revitaliser le cadre institutionnel aux niveaux opérationnels ?</p>	
<p>Critères de jugement</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le renforcement des ECD et ECR permet des supervisions et revues régulières des formations sanitaires 2. Le renforcement au niveau central a permis la mise en place d'organes de coordination et de référence 3. Le CPB fonctionne comme la référence nationale 	<p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Statut du système de référence et contre référence: baseline, fin phase 1, mars 2018, cible ambulance disponible, dossier de référence échangés) 2. Nombre de supervisions mensuelles réalisées par les ECD et par les ECR (baseline, fin phase 1, mars 2018, cible:) 3. Nombre de revues mensuelles réalisées par les ECD et par les ECR (baseline, phase 1, mars 2018, cible:) 4. Nombre de revues semestrielles ONG-ECR-ECD (baseline, phase 2) 5. Nombre de référence au CPB - baseline 2015 – valeur en Mars 2018 6. Statut des organes opérationnels et stratégiques: cible le secrétariat du CCSSS et les groupes thématiques sont en place
<p>6. Les résultats visant l'amélioration de la disponibilité des médicaments pour les populations les plus vulnérables ont-ils permis de fournir les produits de santé de qualité au niveau des districts?</p>	
<p>Critères de jugement</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Des médicaments de qualité sont approvisionnés aux populations 2. Gestion adéquate des médicaments au niveau des FOSAs 3. Une réflexion avec les PTF sur le système d'approvisionnement national aboutit à des propositions concrètes 4. La gestion par les ONGs de l'approvisionnement pharmaceutique est conforme aux standards internationaux de qualité 5. Efficience du système actuel d'approvisionnement pharmaceutique par plusieurs opérateurs 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de jours de ruptures de stocks (baseline, fin phase 1, en Mars 2018) 2. Autorisation d'importation délivrée par les autorités pharmaceutiques nationales 3. Les produits de santé fournis aux populations à travers le Fonds Bêkou peuvent prouver une assurance qualité en conformité avec les standards internationaux Etat de réforme du système d'approvisionnement (cible: un draft de système d'appro en médicaments appuyé par les PTF existe) 4. Prix de revient FOSA comparé aux prix de référence internationaux

7. Les résultats planifiés ont-ils été atteints au niveau des FOSA?	
<p>Critères de jugement</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le PMA et le PCA correspond aux besoins des populations (sources : les normes 2016) 2. Les priorités du PTSS sont incluses dans les normes des PMA et PCA 3. Les SONU, la santé reproductive, la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, la prise en charge des violences basées sur le genre, la prise en charge de la santé mentale, les soins relatifs aux urgences vitales sont prodigués au niveau des FOSAs 	<p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de nouveaux cas par an (F-H- <5) 2. Nombre de vaccination (Pent 3 chez les < 1 an) (F-H) 3. <i>Nombre d'enfants de moins de un an vaccinés (EURF level 2 - n°19) – H - F</i> 4. Nombre CPN 1, CPN4, CPoN 5. Nombre de femmes enceintes ayant au moins effectué une visite CPN 6. <i>Nombre²⁷ d'accouchements assistés par du personnel qualifié (EURF level 2 – n°18)</i> 7. Nombre de complications obstétricales référées et prises en charge 8. Nombre de RHS formés sur trois ans et progressivement déployées dans les districts sanitaires de l'arrière-pays (H-F) 9. Nombre d'enfants MAS avec complication pris en charge à l'UNT du CTB selon le protocole national (H-F) 10. <i>Nombre de femmes en âge de procréer utilisant une méthode contraceptive (EURF level 2, n°20)</i> 11. Nombre de VVS médicalement prises en charge 12. Nombre de cas de santé mentale référés
8. Les résultats obtenus permettent-ils d'atteindre des effets à long terme sur la santé des populations ciblées par le PTSS?	
<p>Critères de jugement</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Réalisation des PMA et PCA dans les FOSAs 2. Avec les prises en charge des VBG, de la santé reproductive et sexuelle, de la MAS, des SONU, santé mentale 	<p>Indicateurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Taux de malnutrition aiguë sévère 2. Effets à long terme observés

²⁷ A préférer aux taux

Annexe 10 – Résumé des solutions proposées par les études sur le développement d'un système national d'approvisionnement

Centrale Humanitaire Médico-Pharmaceutique (CHMP), 2014, financé par DEVCO sur Fonds Bêkou. « Mission d'appui au redressement du système d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels et autres produits de santé en RCA. »

Cette étude propose de relancer l'offre en produits de santé en Centrafrique (disponibilité, quantité et qualité), de répondre à une situation **d'urgence sanitaire**, de développer un nouveau système d'approvisionnement national en produits de santé pérenne et de développer une politique d'approvisionnement en produits de santé conforme aux standards internationaux d'Assurance Qualité à travers un **contrat de maîtrise d'ouvrage déléguée** entre le Ministère de la Santé et la CHMP, avec délégation de responsabilités envers la CHMP qui devra assurer la mission d'approvisionnement en médicaments de qualité sur Bangui des opérateurs nationaux et internationaux présents en Centrafrique. Un business plan détaillé accompagne cette proposition.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2014 (financement non mentionnée). « Mission d'appui au redressement du système d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels et autres produits de santé en RCA. »

Cette étude propose des alternatives à court ou moyen termes pour répondre à la situation de crise, pendant que le Ministère de la Santé s'orienterait vers la création d'une nouvelle structure autonome, avec un **statut d'Association à But non lucratif (ASBL)** pour restaurer la chaîne d'approvisionnement en RCA. Ces propositions d'alternatives incluent :

- Un appui humanitaire ponctuel de la CHMP²⁸ lié à cette période de crise,
- Ou une convention avec l'Association des œuvres Médicales des Eglises pour la Santé en Centrafrique (ASSOMESCA), qui possède déjà un réseau de distribution dans tout le pays et collabore avec le secteur public par gestion de deux dépôts de l'UCM.

AEDES, ACAME, « Revue documentaire des formes juridiques compatibles avec les activités des centrales d'achat nationale pharmaceutiques », 2015, financé par Expertise France Canal

Elle revoit et commente toutes les formes juridiques possibles des centrales d'achat.

Bureaux d'études HERA, sur Fonds Bêkou, **2016**. « Etude sur les options pour le renforcement du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels génériques en République Centrafricaine »

Un état des lieux précis détaille l'offre en médicaments privée et confessionnelle et propose :

- La dissolution de l'UCM,
- La création d'une **nouvelle structure nationale à envisager à long terme** compte tenu des multiples et délicates étapes préliminaires.
- Le recours à un **opérateur externe, non public**, pour assurer l'approvisionnement à court et moyen terme (4 années).

Association des Centrales d'Achats de Médicaments Essentiels (ACAME), financé par Expertise France, initiative 5%, 2015-2016. « ACAME, rapport de mission ».

²⁸ siège social à Nairobi

Après une revue documentaire des formes juridiques compatibles avec les activités des centrales nationales d'achat pharmaceutique (2015), la proposition d'Août 2016 est basée sur deux axes.

- Un premier axe priorisant les actions nécessaires pour créer à moyen terme (24 à 36 mois), la nouvelle Centrale Nationale d'Achats en Produits de Santé Essentiels (CNAPSE) : création d'un Comité de réflexion chargé de la mise en place de la nouvelle structure pour établir la feuille de route et en assurer le suivi de sa mise en œuvre. Ce comité devrait associer d'autres PTFs (Fonds Békou, Banque Mondiale, UNICEF) à l'OMS compte tenu de leurs potentielles contributions au projet.
- Un second axe à court terme pour répondre à l'urgence d'approvisionner les FOSA à travers la mise en place d'un dispositif transitoire d'approvisionnement en produits de santé essentiels (DTAPSE) des FOSA.

Enfin en 2016, l'OMS synthétise un consensus pertinent entre les deux précédentes études. « Proposition de mise en place d'une structure d'approvisionnement en médicaments essentiels en République Centrafricaine ».

Cette étude propose une mise en place d'une structure de type privé liée à l'Etat (MSP) par un contrat. Quatre-vingt-quatre mois d'assistance technique seraient financés par les partenaires techniques et financiers (PTF). La fonction comptable et financière serait entièrement sous-traitée par un cabinet fiduciaire national (cabinet d'expertise comptable). Ce coût de l'externalisation de la fonction comptable et financière serait supporté par les PTF pendant la période transitoire de trois ans, il serait ensuite pris en charge par la structure dans ses coûts d'exploitation.

L'OMS pourrait couvrir le champ d'actions relatif à **l'assurance qualité**, afin d'évaluer et de soutenir la mise aux normes des processus métier (achats, stockage, vente, distribution), par le biais d'expertise technique ponctuelles mais régulières.

Le Ministère de la santé (MSHPP) propose lors d'un atelier réunissant les parties prenantes en Octobre 2016:

Un Dispositif Transitoire D'approvisionnement En Produits De Santé (DTAPSE). Ce dispositif serait constitué de :

- Un organe décisionnel, cadre de concertation, de planification et de décision (CNAPS) incluant la partie nationale, les PTF et les organes du terrain (ONGs du Fond Békou, ASSOMESCA, FICR).
- Un organe d'exécution (UGAPS): structure opérationnelle en charge de gestion des différentes étapes de l'approvisionnement en lien avec les services techniques du Ministère et les opérateurs du terrain (ONGs, réseau confessionnel....)
- Et d'une agence fiduciaire: structure de vérification et de paiement

Annexe 11 – Notes méthodologiques de calculs des indicateurs du Cadre de résultats niveau 2, version 2017 (EU Results Framework Indicator methodology note)

1. Name of Indicator	Number of women of reproductive age and children under 5 benefiting from nutrition related programmes with EU support.
2. Which sector	Food and nutrition security (Agriculture and Food Security)
3. Technical Definition	<p>This is an output indicator, providing a count of the number of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Women in reproductive age, paying particular attention to pregnant and lactating women, and adolescent girls (age range based on national definitions) • Infants and children under 5 years of age, paying particular attention to children from 0-59 months²⁹. <p>benefiting from EU assistance through nutrition programmes during the reporting year. Such programmes specifically target children and women, have specific nutrition objectives, and outcomes contributing to nutrition (i.e. nutrition sensitive as well as nutrition-specific programmes according to the SUN methodology). Examples of such nutrition programmes include: dietary diversification through agricultural programmes. Nutrition programmes can also include advice and training on nutrition and food utilization. Mass publicity communication efforts e.g. general distribution of health nutrition leaflets, are excluded.</p>
4. Rationale (including which policy priority, and how is this indicator linked to that policy priority)	<p>The indicator allows the EU to capture the reach of nutrition and nutrition related (i.e. nutrition sensitive) programmes across sectors and across countries, and thus to demonstrate the scale of its nutrition work globally. It provides a complementary perspective to the impact analysis derived from the prevalence of stunting amongst under-five year old children.</p> <p>The main policy documents providing a framework for this indicator are:</p> <p>i) the European Commission's Communication "Enhancing Maternal and Child Nutrition in External Assistance: an EU Policy Framework" (2013). The Communication is a policy document and therefore does not refer to recommended indicators.</p> <p>ii) the EU Nutrition Action Plan (http://ec.europa.eu/europeaid/action-plan-nutrition-commission-staff-working-document_en) that specifically indicates women in reproductive age and children as the population to be targeted in priority through the EU nutrition interventions.</p>
5. Level of disaggregation	<p>Figures should be disaggregated between women and children aged 5 or under. Disaggregate children under age 5 by sex.</p> <p>Where possible, disaggregate by other relevant levels, e.g. wealth quintiles.</p>
6. Data Sources (including any issues on (i) different definitions by source, and (ii) level of availability of the data)	<p>EU Project and programme coverage measured through monitoring systems: annual and final reports from implementing organisations, (governments, international organisations, non-state actors, service providers), baseline surveys, ROM mid-term reviews, and evaluations. Use national level statistics for calculations where appropriate, e.g. Budget Support, multi-donor trust funds providing national interventions.</p>

²⁹ The Lancet Series on Nutrition of 2008 identified the first '1000 days' as a 'crucial window of opportunity' for preventing and addressing undernutrition.

7. Data calculation (including any assumptions made)	<p>The number reached through these programmes should be measured as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Where the programme directly targets children 5 or under and/or women the numbers should be taken directly from programme information. ii. Where the programme targets a wider age group, and/or men, it will be necessary to determine the size of the population to whom the programme is available and the size of the population actually accessing the programme (coverage). The number of children under 5 and the number of women reached can then be estimated using the % of each group from routine population statistics. iii. The numbers benefitting from these programmes refer to unique, individual women and children; therefore it will be important to ensure that there is no double counting between programmes, especially between nutrition sensitive and nutrition-specific programmes. In other words, any beneficiary is counted only once even if they benefit from more than one intervention. iv. There can also be double counting of the same individuals across years for the same intervention. To avoid this type of double counting, take a peak year result. Alternatively if reliable project information is available you can include results from multi years. For example, take the number of individual women and children benefitting from nutrition and nutrition related programmes in year 1, then in year 2 identify <u>new</u> women and children benefitting (that were not supported in year 1) and add this to the total from year 1. v. Where countries have multiple programmes, the EUDs need to return the total unique reach of the programmes. vi. In case of Budget Support, calculate results for each year of the EU assistance, then pick a peak year (or appropriate cumulative) result. When calculating results, please consider the entire period of support provided by EU assistance.
8. Worked examples	<p>The EU is supporting the distribution of iron/folate supplements to pregnant women during antenatal health days as part of a national roll-out supported through a multi-donor trust fund. These reached 80% of the pregnant population of the country (around 50,000 women in any year). In this case, use appropriate national level statistics to work out the number of pregnant women reached.</p> <p>The EU is supporting the treatment of severely malnourished children in two centres in the northern part of country X, over a four-year period. Health centres do not keep tracking of individual children. In this case, the number of children reached is reporting using the peak year of project's reporting of under five's treated.</p>

<p>9. Is it used by another organization or in the framework of international initiatives, conventions, etc? If so, which?</p>	<p>DfID uses this indicator in its <i>Scaling Up Nutrition: The UK's position paper on under-nutrition</i>, September 2011 (http://www.imtf.org/uploads/DFIDscalingupnutrition.pdf) and its detailed definition can be accessed at https://www.gov.uk/government/publications/indicator-methodology-notes</p> <p>G8 New Alliance – the USA Feed the Future initiative includes this indicator in its <i>Feed the Future Indicator Handbook: Definition Sheets</i>, October 2014 (https://www.feedthefuture.gov/resource/feed-future-handbook-indicator-definitions).</p> <p>UNICEF reports on coverage of nutrition-specific interventions e.g. <i>Tracking progress on child and maternal nutrition. A survival and development priority</i>. UNICEF 2009 (http://www.childinfo.org/files/Tracking_Progress_on_Child_and_Maternal_Nutrition_EN.pdf).</p> <p>The World Bank includes the indicator 'People with access to a basic package of health, nutrition, or reproductive health services (number)' as one of its core sector indicators (see: <i>Core Sector Indicators and Definitions</i>, July 2013 http://siteresources.worldbank.org/PROJECTS/Resources/40940-1367867968385/CoreSectorIndicatorsList.pdf).</p>
<p>10. Other issues</p>	<p>N/A</p>

EU Results Framework Indicator methodology note

1. Name of Indicator	Number of births attended by skilled health personnel with EU support
2. Which sector (using Result Framework heading)	Health
3. Technical Definition	<p>Number of births attended by skilled health personnel (doctors, nurses or midwives) trained in providing lifesaving obstetric care, including giving the necessary supervision, care and advice to women during pregnancy, childbirth and the post-partum period; in conducting deliveries on their own; and in caring for new-borns through EU support.</p> <p>Please note that traditional birth attendants (TBA), trained or not, are excluded from the category of skilled attendant at delivery.</p>
4. Rationale (including which policy priority, and how is this indicator linked to that policy priority)	<p>All women should have access to skilled care during pregnancy and childbirth to ensure prevention, detection and management of complications. Assistance by properly trained health personnel with adequate equipment and supplies is key to lowering maternal deaths and maternal morbidity.</p> <p>It is difficult to accurately measure maternal mortality, and model-based estimates of the maternal mortality ratio cannot be used for monitoring short-term trends; the proportion of births attended by skilled health personnel can be used as a proxy indicator for this purpose. The indicator can also serve as a proxy to monitor progress on health systems development and strengthening, one of the specific objectives in the European Commission's Communication: Agenda for Change (2011) for health.</p> <p>As a rate, this is an SDG indicator (SDG 3.1.2. Proportion of births attended by skilled health personnel).</p>
5. Level of disaggregation	When available: place of living (rural/urban), wealth quintile.
6. Data Sources (including any issues on (i) different definitions by source, and (ii) level of availability of the data)	<p><i>Household surveys:</i> in household surveys, such as the Demographic and Health Surveys, the Multiple Indicator Cluster Surveys, and the Reproductive Health Surveys, the respondent is asked about each live birth and who had helped them during delivery for a period between two and five years before the interview. Frequency of such surveys varies, but is approximately of 3-5 years.</p> <p><i>Health facilities reporting systems:</i> Service/facility records could be used where a high proportion of births occur in health facilities. Quality of data from Health Information Systems (HIS) varies considerably from country to country.</p> <p>However, routine reports through HIS are the preferred source of data for this indicator as this would enable monitoring of achievements on a regular/annual basis. Household surveys complement the data and will give an</p>

	<p>indication about the quality of routine monitoring. Discrepancies are likely between national figures compiled at the health facility level and figures calculated based on survey data collected at the household level (see below).</p> <p>In countries where the EU support is provided through general budget support, health sector budget support or substantial programme funding, national level data should be used for reporting purposes. In the other cases data from specific EU funded projects will need to be collated from implementing partners' reports, surveys, evaluations etc.</p>
7. Data calculation (including any assumptions made)	<p>Number of live births attended by skilled health personnel (doctors, nurses or midwives) through EU support.</p> <p>As a proxy indicator the number of live births in health institutions is often used in countries with less comprehensive HIS. This would however exclude births attended to by skilled personnel at home which would be captured with HH surveys and would carry the risk of incorrectly counting some births attended by insufficiently skilled personnel – the quantitative importance of such misrepresentations would need to be assessed on a country by country basis. However, if data on the total number of life births attended by skills health personnel are not available then this proxy indicator (i.e. the number of live births in health institutions) should be used.</p> <p>While data will normally be collated on an annual basis, cumulative data covering the full period of EU support will be used in the report.</p>
8. Worked examples	<p>1. In countries where the EU support is provided through general budget support, health sector budget support or substantial programme funding such as MDG Initiative, national data will be used for reporting purposes. Any additional data from specific EU funded projects will need to be obtained from implementing partners' reporting only if these data are not already included in national statistics. When calculating results, please consider the entire period of support provided by EU assistance.</p> <p>2. In the other cases data from EU funded projects will need to be collated from implementing partners' reports, surveys and evaluation.</p>
9. Is it used by another organization or in the framework of international initiatives, conventions, etc? If so, which?	<p>The proportion of births attended by skilled health personnel is an SDG indicator (SDG 3.1.2.). This indicator is used by many donors and is also included in the WHO global reference list of 100 core health indicators.</p>
10. Other issues	<p>Standardization of the definition of skilled health personnel is sometimes difficult because of differences in training of health personnel in different countries.</p> <p>The indicator is a measure of a health system's ability to provide adequate care during and around the period of</p>

	<p>birth, a period of elevated mortality and morbidity risk for both mother and new-born. However, this indicator may not adequately capture women's access to good quality care, particularly when complications arise. In order to effectively reduce maternal deaths, skilled health personnel should have the necessary equipment and supplies, and adequate referral options.</p> <p>Data for global monitoring are reported by UNICEF and WHO. These agencies obtain the data from national sources, through household surveys and routine reporting using existing health information systems</p>
--	--

EU Results Framework Indicator methodology note

1. Name of indicator	Number of 1-year olds immunised with EU support
2. Which sector (using Result Framework heading)	Health
3. Technical Definition	Number of infants who have received three doses of DPT (diphtheria, tetanus, pertussis/whooping cough) or three doses of pentavalent vaccine (= DT + Hepatitis B and Haemophilus influenza type b), by age 1 year with EU support.
4. Rationale (including which policy priority, and how is this indicator linked to that policy priority)	<p>Immunization is an essential component for reducing under-five mortality. It is one of the most cost-effective programme interventions to reduce under-five mortality.</p> <p>Immunization coverage estimates are used to monitor coverage of immunization services and to guide disease eradication and elimination efforts. It is a good indicator of health system performance on the grounds that full immunization with DPT/pentavalent requires at least 3 visits to a health care facility. As such, vaccine coverage can also be considered a measure of utilization of preventive health services.</p> <p>The indicator is relevant to monitor progress on increasing protection against global health threats, one of the specific objectives in the European Commission's Communication: Agenda for Change (2011) for health. The EU aid provided in support of increasing vaccination coverage will mainly be delivered via multilaterals – especially GAVI Vaccine Alliance.</p>
5. Level of disaggregation	<p>By sex.</p> <p>By place of living (urban/rural), and by wealth quintile when available.</p>
6. Data Sources (including any issues on (i) different definitions by source, and (ii) level of availability of the data)	<p><i>Household Surveys provide the best data source.</i> Vaccination coverage is generally estimated through collection of information on a nationally representative sample of children aged 12-23 months who received DPT3 (or pentavalent 3). Methods used include "Expanded Programme on Immunization (EPI) 30-cluster survey" (WHO methodology), the "UNICEF Multiple Indicator Cluster Survey" (MICS) and the Demographic and Health Survey (DHS).</p> <p><i>Health Facility reporting systems:</i> Reports of vaccinations performed by service providers (e.g. Physician, nurse, vaccination teams) are used to calculate number of vaccinations provided (<u>per type of vaccine</u>) based on service/facility records. Records will include children immunized at health facilities as well as vaccinations</p>

	<p>provided through outreach activities and vaccination campaigns.</p> <p>WHO and UNICEF are the leading partners to provide data on immunization at decentralized, national and global levels; they have jointly developed the Joint Reporting Form (JRF), a standard questionnaire, to collect immunization data at the national level. Every year, national immunization programmes complete the JRF and describe various aspects of their programme, including vaccine schedule, coverage achieved for each of the vaccines, reported disease incidence and a variety of other indicators. On an annual basis, WHO and UNICEF jointly calculate and report on the best estimates of coverage from the data obtained from country JRF and other sources.</p> <p>However, it should be noted that coverage data obtained through household surveys are consistently lower than MoH- or WHO/UNICEF-reported JRF data, and are most likely closer to reality than the 2 latter sources. Main likely reasons for this are repeat vaccinations of the same child that are counted as new vaccinations and over-reporting due to performance based incentive payments.</p> <p>In countries where the EU support is provided through general budget support, health sector budget support or substantial programme funding, national level data should be used for reporting purposes. In the other cases data from EU funded projects will need to be used. These data can be collated from implementing partners' reports, surveys, and evaluations.</p>
7. Data calculation (including any assumptions made)	<p>The number of children under 12 months who received DPT 3 (or pentavalent vaccine 3) with EU support drawing on one of the data sources described above.</p> <p>While data will normally be collated on an annual basis, cumulative data covering the full period of EU support should ideally be used, while avoiding double counting, i.e. taking due note whether the child received the first, second or third dose of a particular vaccine.</p>
8. Worked examples ³⁰	<p>Country examples</p> <p>Afghanistan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GAVI is the main funding stream for vaccinations in Afghanistan. 2. The 2012 GAVI Annual Progress Report for Afghanistan reveals that 1,158,416 infants received DPT3 in 2012 (http://www.gavi.org/country/afghanistan/documents/#apr) <p>DRC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GAVI is the main funding stream for immunisations in DRC 2. The 2012 GAVI Annual Progress Report for DRC reveals that 2,414,339 infants received DPT3 in 2012 (http://www.gavi.org/Country/DRC/Documents/#APRs)
9. Is it used by another organization or in the framework of international initiatives, conventions, etc? If so, which?	<p>GAVI currently uses the proportion of boys and girls reached with the last recommended dose of a Gavi-supported vaccine delivered through routine systems (determined on a country by country basis). The WHO global reference list of 100 core health indicators includes DPT 3 or pentavalent 3 vaccination coverage by age 1 year but also</p>

³⁰ Examples were correct at time of writing (4th quarter 2014)

	<p>covers other vaccines.</p> <p>The indicator "child full immunisation" is part of a composite SDG indicator measuring coverage of tracer interventions (SDG 3.8.1).</p>
10. Other issues	<p>GAVI mainly funds the vaccines and not health system costs of delivering the vaccines which are usually born by the national budget. Country level EU funding to health (budget support, pool funding or project funding) may contribute to the systems and delivery costs of immunisations, but because of the methodological problems in quantifying this contribution, this is not separately recorded.</p>

EU Results Framework Indicator methodology note

1. Name of indicator	Number of women using any method of contraception with EU support
2. Which sector (using Result Framework heading)	Health
3. Technical Definition	<p>Number of women aged 15-49 years who are at risk of pregnancy currently using, or whose sexual partner is using a modern or traditional contraception method through EU support.</p> <p>For analytical purposes, contraceptive methods are often classified as either modern or traditional. Modern methods of contraception include female and male sterilization, oral hormonal pills, the intra-uterine device (IUD), the male condom, injectables, the implant (including Norplant), vaginal barrier methods, the female condom and emergency contraception. Traditional methods of contraception include the rhythm (periodic abstinence), withdrawal, lactational amenorrhea method (LAM) and folk methods.</p>
4. Rationale (including which policy priority, and how is this indicator linked to that policy priority)	<p>This indicator is usually expressed as a percentage, e.g. contraceptive prevalence rate which uses number of women of reproductive age (15-49 years) at risk of pregnancy in the denominator.</p> <p>Contraceptive prevalence rate is an indicator of health, population, development and women's empowerment. The measure indicates the extent of people's conscious efforts to control their fertility. Increased contraceptive prevalence is, in general, the single most important proximate determinant of inter-country differences in fertility and of ongoing fertility declines in developing countries. It also serves as a proxy measure of access to reproductive health services that are essential for meeting many of the Sustainable Development Goals, especially those related to child mortality, maternal health, HIV/AIDS, and gender equality. When disaggregated by wealth quintile, the number of people using modern contraceptive methods reflects the capacity of the health system to reach all clients in need of health services.</p>

	<p>The indicator is part of the overall development goal of the European Commission, it contributes to poverty reduction, as reflected in the European Commission's Communication: Agenda for Change (2011).</p>
5. Level of disaggregation	<p>When available: by modern or traditional methods, by place of living (urban/rural), and by wealth quintile.</p>
6. Data Sources (including any issues on (i) different definitions by source, and (ii) level of availability of the data)	<p><i>Household surveys:</i> Contraceptive prevalence is generally estimated from nationally representative sample survey data. Household surveys that can generate data for this indicator include Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), Fertility and Family Surveys (FFS), Reproductive Health Surveys (RHS) and other surveys based on similar methodologies. Frequency of such surveys varies, but is approximately of 3-5 years.</p> <p><i>Health facilities reporting systems:</i> Service/facility records could be used to calculate achievements against this indicator but quality of data from Health Information Systems (HIS) varies considerably from country to country. Moreover, routine HIS data is often limited to the public sector in less developed countries while private sector/non-state actors might provide a substantial proportion of family planning services.</p> <p>However, routine reporting through HIS complemented by reporting systems used by private sector/non state actors is the preferred source of data for this indicator as this would enable monitoring of achievements on a regular basis. Household surveys complement the data and will give an indication about the quality of routine monitoring. However, discrepancies are likely to occur between figures calculated based on survey data collected at the household level and those collated through routine reporting systems.</p> <p>Data sets are frequently limited to married women, and those in stable union and do not always include all sexually active women (irrespective of marital status).</p> <p>In countries where the EU support is provided through general budget support, health sector budget support or substantial programme funding, national level data should be used for reporting purposes. In other cases, data from EU funded projects will need to be collated using implementing partners' annual reports, surveys, evaluations etc.</p>
7. Data calculation (including any assumptions made)	<p>Number of women of reproductive age (15-49) who are currently using, or whose sexual partner is using, a modern or traditional method of contraception with EU support drawing on one of the sources described above.</p> <p>While data will normally be collated on an annual basis, cumulative data covering the full period of EU support should be used, while avoiding double counting, i.e. taking due note whether the women/girls are ongoing users or</p>

	new users.
8. Worked examples	<p>1. In countries where the EU support is provided through general budget support, health sector budget support or substantial programme funding such as the MDG Initiative, national data will be used for reporting purposes. Any additional data from specific EU funded projects will need to be obtained from implementing partners' reporting only if these data are not already included in national statistics. Double counting should be avoided.</p> <p>2. In the other cases data from EU funded projects will need to be collated from implementing partners' reports, surveys, and evaluations.</p>
9. Is it used by another organization or in the framework of international initiatives, conventions, etc? If so, which?	<p>The "Contraceptive prevalence rate" is one of the indicators of the WHO global reference list of 100 core health indicators.</p> <p>The indicator "percentage of women of reproductive age (aged 15-49) who have their need for family planning satisfied with modern methods" is one of the SDH indicators (SDG 3.7.1).</p>
10. Other issues	<p>Data on contraceptive prevalence rate are available for 179 countries and areas, and for 155 countries and areas there are at least two available data points.</p> <p>The global dataset is updated annually by the United Nations Population Division.</p>

Annexe 12 – Activités compilées de formations des six ONGs

Nutrition :

PCIMA : IMC, ALIMA, PUI : de 3 à 5j, hôpital PUI 1j
PEC complications médicales, PUI
ANJE (Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant), hôpital PUI 1
PEC MAS et MAM, Cordaid

SONU, SONUB, SR, SMI :

Soins obstétricaux et néonataux d'urgence basique (SONUB)
IMC 2x3j, pathologies du NN ALIMA1h, Cordaid,1j, PUI 4à5j
Utilisation du partogramme IMC 1j et surveillance ALIMA 6h
PEC éclampsie ALIMA 1j
Ventouse, aspirations, ALIMA pour SF 1 semaine, Ventouse obstétricale IMC 1j
SONU, Santé de la reproduction/Planification Familiale, PUI

Formation PCIME_(La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant): CRF ?j, ALIMA 5j

SMI CRF 5j,
SR ALIMA 1j
Allaitement et complications IMC 1j

PF IMC 1j, PUI ?

Volet psycho-social

Victimes de violence sexuelle (VVS) pour SF ALIMA
Premier secours psychologique 3 j PUI, Soutien psychosocial PUI
Santé mentale pour non prescripteurs IMC 1x3j
Santé mentale pour prescripteurs IMC 1x3j

Biomédical :

La prescription rationnelle des médicaments et ordinogrammes : IMC 3x3j, PUI 6j
Ordinogramme, Cordaid, 1j, PUI 3j

PEC accidents d'exposition au sang (AES) : IMC 1j, ALIMA 1/2h
Gestion des déchets biomédicaux
IMC 1j, PUI 3j
Hygiène hospitalière IMC 1j et mesures d'hygiène SF 1/2j
Hygiène et déchets : hôpital 1j

SIS :

Formation responsables rapports SNIS, remplissage et utilisation de données
IMC 2x3j, CRF 3j,
Pour PUI, ASC/responsables de service 6j
Remplissage de formulaire de prise des données, Responsable des fosas, PUI 1j

Suivi hospitalier :

Fiche surveillance malade IMC 1j (à faire au Vakaga)
Sondage vésical IMC 1j

Tri et Evaluation Traitement d'Urgences, TETU IMC 1j

TETU et PEC méningite, déshydratation, ALIMA, 5x1/2j
PEC diarrhée et déshydratation ALIMA 2h
PEC patients pour IDE, 1h durant 2 semaines (12h) ALIMA
Bonnes pratiques en soins infirmiers (3h) ALIMA

Epidémiologie :

Surveillance épidémiologique IMC 1x3j, CRF ?

Prévention et PEC paludisme

IMC 2x3j

Choléra IMC 1j

PEC fièvre typhoïde IMC 1j

Introduction du vaccin contre la méningite A dans le PEV routine, pratique de routine et gestion de chaîne de froid : IMC 2x3j

PEC palu, rougeole, méningite ALIMA 3h

Diagnostic de laboratoire de la tuberculose, Cordaid, 1j

CONGES, COGES et général :

Bonnes techniques de communication IMC 1x3j

Formation membres du COGES

IMC 4x3j, CRF 3j, PUI

Gestion Administrative et Financier, PUI 3 jours

Rôles et responsabilités, gestion administrative et financière, PUI 2j

Historique de soins de santé primaire, Structures et organes de soins de santé primaire,

Rôle d'interface du conseil de gestion, la Gestion des médicaments, la Gestion financière et

la Gestion des matériels, Recyclage des membres du COGES, PUI

CONGES PUI 2j

Généralité sur l'ANJE et Mode de calcul des cibles attendus par mois, 20 Responsable des fosas et les membres de COGES PUI

La Gestion des Médicaments :

Gestion des Médicaments, PUI 3 jours

Formation sur la Gestion des Médicaments

IMC 1x3j

Ordinogramme et gestion de stock, 21 formations sanitaires et l'Hôpital, 3j

Gestion pharmacie IMC 1j

L'ECD

formation des MECD et MECR sur la gestion du District et des Programmes de Santé , Cordaid, 2 j

techniques de supervision, PUI

Gestion d'équipes, superviseurs labo, ALIMA

Supervision d'équipes pour SF, ALIMA 1j

Capacité de **mobilisation et de sensibilisation au niveau communautaire**, formation sur les techniques de communication efficace et d'animation, Promotrice Santé par Sage-femme, ALIMA, PUI

RECO PUI

Dépistage actif, 2 jours

Identification des cas VBG, 2 jours

Allaitement Maternel Exclusif/ANJE/ Aliment de complément, 2 jour

La technique de communication, la malnutrition dans sa généralité, la généralité sur l'ANJE, l'alimentation de la FE et FA, l'allaitement maternel exclusif, le sevrage et l'alimentation complémentaire, les thèmes de santé (Paludisme, IRA, Diarrhée, IST, Eau hygiène assainissement) et Violence basée sur le genre. RECO 5j

CONCLUSION et ANALYSE:

Il s'avère que dans les rapports finaux et intermédiaires relativement peu d'attention est portée aux formations, peu développée et encore parfois uniquement dans le contexte des supervisions. Alors que la formation est un majeur investissement dans l'avenir des services de santé de qualité en RCA.

Le programmes et formations de malnutrition communautaires MAM, ANJE et la PEC des PCIMA et MAS ne sont pas bien développés par la grande partie des ONG (voir le plan des formations ci-haut).

Analyse des programmes de formation offerte par les ONG :

Pour la formation en santé de la mère et de l'enfant, et complications obstétricales il n'y a pas d'approche harmonisée. Toutes les ONG organisent des formations sur le sujet mais la sémantique et probablement également l'approche n'est pas claire pour toutes les ONG. La nomenclature est très divergente et diversifiée, ce qui fait entendre que le programme n'est pas bien suivi par le MSP : **SONU, SONUB, SR, SMI, allaitement, PF**. Ceci est également le cas pour la PCIME.

Le volet psycho-social fait partie intégrale des formations dans trois ONG des cinq mais le volet communautaire et implication des SF et ASC surtout dans les VBG est peu développé.

Peu de temps est dédié à la formation pour la **prescription rationnelle des médicaments et ordinogrammes** et est donc insuffisante (allant d'un 1 et 6 jours) et nécessite plus de recyclage.

La formation sur la gestion des médicaments et stocks pharmacie est également largement insuffisante.

Gestion des Médicaments :

Gestion des Médicaments (2 ONG 3 jours)

Ordinogramme et gestion de stock dans toutes les FOSA

Gestion pharmacie (1 ONG 3j)

Les formations sur PEC accidents d'exposition au sang (**AES**) vont d'une ½ heure à 1 jour :

La gestion des **déchets** biomédicaux de 1 à 3 jours (deux ONG le mentionnent), Hygiène hospitalière et mesures d'**hygiène** (pour les SF 1/2j à 1 jour).

La formation pour les responsables (et ASC) des rapports **SNIS**, sur le remplissage et utilisation de données : trois ONG de 3 à 6 jours.

La formation pour le **suivi hospitalier** est très diversifiée

Une ONG dans une seule de ses régions forme sur la fiche surveillance malade (un jour), sondage vésical 1j, deux ONG de 1 à 3 jours sur le Tri et Evaluation Traitement d'Urgences (TETU) en traitant d'autres selon l'ONG, PEC méningite, déshydratation, diarrhée et déshydratation, et une ONG forme en bonnes pratiques en soins infirmiers (3h).

Epidémiologie

Deux ONG présentent des formations en surveillance épidémiologique (3 jours)

Prévention et PEC paludisme, suivi du choléra IMC et PEC fièvre typhoïde (1j chaque), rougeole, méningite (3 heures)

Diagnostic de laboratoire de la tuberculose (1 ONG 1 j)

Introduction du vaccin contre la méningite A dans le PEV routine

Pratique de routine et gestion de chaîne de froid : une ONG 2x3j

CONGES, COGES et général :

Formation des membres du COGES entre 3 et 4 jours (3 ONG).

Ces formations traitent la Gestion Administrative et Financière, les rôles et responsabilités,

L'historique de soins de santé primaire, structures et organes de soins de santé primaire, rôle d'interface du conseil de gestion, la gestion des médicaments, la gestion financière et la gestion des matériels, et une ONG mentionne le recyclage pour les membres du COGES et

CONGES (2j)

Des généralités sur l'ANJE et le mode de calcul des cibles attendus par mois pour les responsables des fosas incluent les membres de COGES PUI

Bonnes techniques de communication.

L'ECD

La formation des médecins ECD et ECR sur la gestion du District et des Programmes de Santé , une ONG 2 j. Une autre ONG organise des techniques de supervision, et encore une autre ONG la Gestion d'équipes, (également pour superviseurs de labo)

Supervision d'équipes pour SF (une ONG 1j)

Capacité de **mobilisation et de sensibilisation communautaire**, formation sur les techniques de communication efficace et d'animation, promotion de Santé par la Sage-femme (2 ONG)

Une seule ONG mentionne des formations pour relais communautaires (RECO) sur le dépistage actif, 2 jours, identification des cas Violence basée sur le genre (VBG, Allaitement Maternel Exclusif, ANJE, et l'alimentation complémentaire, les thèmes de santé (Paludisme, IRA, Diarrhée, IST, Eau hygiène assainissement) 2 jours à 5 jours.

Annexe 13 – Tableau de Ressources Humaines endo et exogènes

FONCTION	Nombre	Durée en mois	Portion expat
Médecin généraliste	14	6/18/23	4
Médecin chirurgien	1	3	1
Psychiatre	1	23	1
Infirmier	29	18/23	4
Infirmier anaesthésiste	2	13/23	
Aide soignant/assistant de santé	2	16	
Infirmier Secouriste (non qualifié)	34	18/23	
Pharmacien, moniteur	2	6 & 23	
Personnel non qualifié (infirmiers secouristes, matrones accoucheuses formées, gérants de pharmacie, techniciens de surface, gardiens (Cordaid))	168	6 & 23	
Promoteur de santé	3	23	1
Superviseur psycho social	1	13	
Sage-femme	12	16/23	1
Infirmier(e)s d'état, IDE	13	13/18/23	
Matrone Accoucheuse	26	6 & 23	
Pharmacien Assistant	20	23	
Surveillant General Hop	1	23	
Majors dispensaire/mat	10	23	
Responsable PEV	6	23	
Chef de centre /poste	14	23	
Responsable Laboratoire	4	13/23	
Technicien de labo	2	6 & 23	
Aide labo	1	23	
Technicien rééducation	1	23	
Opérateur de saisie	1	3	
Secrétaire dactylo	1	23	
Hygiéniste	14	23	
Maintenancier, Réhabilitation, Moniteur de travaux	3	6/16/23	
Admin fin, admin log, magasinier	3	13/18	
Gardien	31	18/23	
Manœuvre	5	23	
Réceptionniste	1	3	
Assistant nutritionniste	1	23	
Hygiène de surface	6	18/23	
Chef de Section Gestion et Administration	1	23	
Superviseurs communautaires	6	18	
Relais Communautaire	134	18/22	
ASC	5	23	
TOTAL	579		12

Afin de constater l'apport en ressources humaines en santé et contractuelles que les ONG Bêkou apportent comme substitution (appui) au fonctionnement du PMA et PCA dans les FOSAs couvertes, cinq ONG ont contribué au tableau ci-dessus.

L'objectif est d'évaluer le volume de besoin en RHS que devra recruter au minimum le MSP pour couvrir le PMA et PCA des régions couvertes par le fonds Bêkou.

Ce tableau souligne également l'importance d'une description de tâches du personnel des FOSA plus standardisé, tout en tenant compte du manque de personnel diplômé.