

COMPTE RENDU DE LA REUNION DE LA CELLULE TECHNIQUE NATIONALE ELARGIE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE (CT-FBP ELARGIE) POUR LE MOIS DE JANVIER 2013

I. Date et heure de début et de fin de la réunion : Le 25 Janvier 2013, de 9h15min à 11h30.

Lieu : Salle de réunion du Cabinet du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA

II. Ordre du jour

Un seul point était inscrit à l'ordre du jour, conformément au message électronique d'invitation à la réunion que le Dr Jean KAMANA, coordonateur de la CT-FBP avait envoyé à tous les membres de la CT-FBP Elargie une semaine avant la tenue de la réunion :

- ❖ Présentation des conclusions de la mission d'évaluation du projet pilote FBP communautaire de Makamba

III. Déroulement de la réunion

A. Approbation du PV de la réunion précédente

Le PV de la réunion précédente a été approuvé par les membres participants à la réunion sans amendement.

B. Bilan des recommandations/actions de la réunion précédente

Recommandations	Etat de mise en œuvre
Transmettre officiellement le document de Costing aux différents partenaires intervenant dans le financement du FBP	Réalisé
Réviser la grille d'évaluation de la qualité en y intégrant d'autres aspects en rapport notamment avec l'audit des décès maternels et infantiles	Non réalisé
Revoir la répartition de la proportion de points attribués entre la qualité technique et la qualité perçue en faveur de la qualité technique	Non réalisé
Rendre disponible les protocoles de prise en charge thérapeutique au niveau des FOSA ainsi que les dossiers médicaux au niveau des Hôpitaux	Ne dépend pas des prérogatives de la CT-FBP

C. Point à l'ordre du jour : présentation de l'évaluation de l'expérience pilote de FBP Communautaire dans la Province de Makamba

Les consultants Adrien RENAUD et Dr Olivier BASENYA ont présenté les résultats de l'évaluation du projet pilote FBP communautaire de Makamba. La mission d'une durée de 10 jours a permis aux experts de faire une analyse de la situation et de relever les recommandations pertinentes.

Le projet pilote issu d'un autre projet pilote expérimentant le FBP dans le secteur du VIH dans la province de Makamba a été réorienté en 2010 après la généralisation du FBP qui a inclus le VIH : regroupement des ASC en GASC, motivation des GASC en fonction de leur performance sur trois aspects, à savoir :

- Référence communautaire et récupération d'abandon (depuis le début)
- Sensibilisations et visites à domicile (depuis 2012 T2)
- Prestations communautaires (non encore mis en œuvre)

Les experts ont également relevés les forces et faiblesses du projet, les menaces et opportunités du projet.

Du côté des forces relevées, les experts ont constaté que le niveau communautaire est en voie de structuration (orientations stratégiques, manuel de procédures, guide intégré de l'ASC en place) et que la démarche pilote est menée par une équipe dynamique qui a la volonté d'expérimenter. La fréquentation dans les FOSA est en hausse grâce à l'action des ASC.

Les faiblesses du projet ont été analysées par niveau.

Au niveau opérationnel, on a relevé que la formation et le niveau d'instruction des ASC sont encore insuffisants, le système de vérification est à améliorer, les ASC ont une faible motivation, les CDS ne sont pas également motivés pour les activités liées aux GASC.

Au niveau intermédiaire et central, il y a l'absence de document synthétique présentant les acteurs du projet, les outils utilisés et les différents circuits (manuel de procédures), l'incomplétude du paquet d'activité des ASC (paquet prestation), double paiement des ASC puisque les programmes verticaux continuent à motiver les ASC individuellement, l'insuffisante implication de la régulation à tous les niveaux, la production de rapports d'analyse et la communication est insuffisante de la part de Cordaid/IADH.

Le projet est confronté à quelques menaces, entre autres, la forte dépendance des résultats au leadership des CDS et des GASC, la nécessité d'une forte collaboration avec les programmes verticaux soumis à des contraintes extérieures de la part de leurs bailleurs, la forte incompréhension de la part de la population liée à l'insuffisante implication de l'administration territoriale.

Des opportunités ne manquent pas vu que la santé communautaire est un secteur porteur et pour lequel des opportunités de financement existent (PADSS, GAVI, etc.).

A l'issue de l'évaluation, les consultants ont préconisé de poursuivre l'expérience pilote de Makamba et envisager une généralisation par étapes sur une période de 3 ans comme indiqué ci-dessous :

- ✓ 2013 : structuration des agents de santé communautaire en Groupement d'agents de santé communautaire dans toutes les Provinces du Pays
- ✓ 2014 : démarrer d'autres expériences pilotes dans 3 autres Provinces
- ✓ 2015 : généralisation de l'approche au niveau national

Au terme de l'exposé, les experts ont donné l'occasion aux participants à la réunion de poser des questions, de faire des observations et commentaires. C'est ainsi qu'un certain nombre d'inquiétudes ont été soulevées et des éclaircissements ont été apportés:

1. Certains participants ont fait savoir que pour le projet pilote il y a l'absence d'un cadre de pilotage au niveau provincial. Il a été indiqué que pour éviter de multiplier des organes et sans un souci d'efficacité, le pilotage au niveau provincial devrait être confié au Comité Provincial de Vérification et de Validation (CPVV).
2. Par rapport au paquet d'activités des ASC qui n'est pas bien défini en fonction de celui des CDS. D'où possibilité des cas de tricherie entre CDS et ASC puisqu'il y a pas de contrat de résultat.
Il a été proposé de bien définir le paquet des ASC et le paquet des CDS pour éviter que les deux parties aient conflit dans leurs activités. Les deux parties devraient être considéré comme un couple, ce qui implique que le paquet non accompli par une partie doit effectivement être assuré par l'autre partie.
Pour renforcer la cohésion entre les CDS et les ASC, il faut intégrer dans les grilles d'évaluation de la qualité des CDS des indicateurs de suivi des activités des ASC.
C'est dans cette même logique que les grilles d'évaluation des BPS et BDS seront révisées pour intégrer les aspects du volet communautaire.
3. Certains programmes verticaux utilisent des ASC pour leurs activités en dehors de GASC. Ces agents sont pour la plupart membres des GASC ; ce qui entraîne un double paiement des mêmes prestations par le Programme concerné et CORDAID via l'ONG de mise en œuvre IADH. Les intervenants ont proposé que les différentes activités communautaires puissent se dérouler à travers les GASC.
. Il serait plus rentable d'intégrer les activités des programmes verticaux dans le paquet à définir des ASC.
4. La problématique du faible niveau de formation des ASC a été évoquée. En effet, plusieurs accoucheuses traditionnelles et certains ASC ne savent ni lire ni écrire, ce qui handicape leurs activités au niveau communautaire. Il a été suggéré d'encourager les GASC à développer des activités génératrices de revenus (AGR)



quitte à orienter les membres ne remplissant pas les critères requis vers l'animation de ces AGR, tandis que les ASC remplissant les conditions seraient beaucoup plus focalisées sur des activités de santé communautaire

5. L'encadrement des GASC est un volet incontournable pour la réussite du FBP Communautaire. L'ONG COPED qui assurait cet encadrement ayant terminé son mandat, il a été recommandé de confier cette tâche à une ONG qui sera recrutée dans les mois à venir grâce aux fonds du projet PADSS financé par la Banque Mondiale
6. Un débat sur les parties signataires du contrat de mise en œuvre du FBP Communautaire a eu lieu ; certains participants proposant que le contrat soit signé entre le CDS et le GASC ; d'autres entre le COSA et le GASC ; d'autres encore ont estimé qu'il fallait garder la situation actuelle où le GASC et le CDS signent un contrat avec le CPVV. Un participant a indiqué que le scénario d'un contrat entre CDS et GASC a été testé au début mais que plusieurs conflits sont survenus entre les CDS et les GASC. Il a été suggéré que dans les expériences pilotées à initier d'autres Provinces ; d'autres variantes soient testées
Le faible niveau de motivation des ASC a été objectivé. Il a été suggéré de motiver d'avantage les GASC, développer des partenariats pour la formation et l'encadrement des GASC, motiver d'avantage les CDS pour qu'ils continuent les activités d'appui aux ASC...
7. De manière globale, il a été indiqué que pour réussir la mise en œuvre du FBP Communautaire, certains préalables sont indispensables : la formation des ASC, la structuration des ASC en Groupement d'ASC, l'intégration de toutes les activités communautaires (y compris celles des programmes de santé) au niveau des GASC, une motivation optimale des GASC

D. Recommandations formulées ou décisions prises

Recommandations	Responsable	Délai d'exécution	Observation
Collaborer avec les programmes verticaux pour l'intégration des activités de santé communautaire à travers les GASC	DPSHA	2013	Détermination du paquet d'activités des ASC
Former, recycler et encadrer les ASC	DPSHA	immédiat	Faible niveau de formation des ASC
Motiver davantage les GASC en leur attribuant notamment un bonus de	MSPLS+PTF's	2013	Les primes individuelles

4 7

performance à l'issue de l'évaluation de leurs performances			actuelles sont inférieures à la rémunération d'un travailleur journalier
Poursuivre l'expérience pilote du FBP communautaire dans la Province de Makamba	Cordaid+MSPLS	continue	L'étape actuelle de mise en œuvre ne fournit pas assez d'évidences pour une mise à échelle
Développer d'autres expériences pilotes dans d'autres Provinces en utilisant les mêmes principes que dans la Province de Makamba mais en introduisant certaines variantes afin de tester les meilleures modalités de mise en œuvre	MSPLS+PTF's	2013 à 2015	Ceci permettra une meilleure documentation du pilotage (comparaison de plusieurs modèles)
Inciter les organes de régulation au niveau provincial (BDS et BPS) et au niveau national (DPSHA et CT FBP) à s'impliquer davantage dans le suivi de la mise en œuvre de l'expérience pilote de FBP Communautaire à Makamba	MSPLS	immédiat	Pour éviter la verticalisation de l'approche communautaire

A l'issue de la réunion, les experts ont déclaré qu'ils vont se concerter en interne avec l'ONG Cordaid, avant la transmission du rapport de la mission au MSPLS, pour déterminer les responsables des recommandations.

La réunion qui avait commencé à 9h15 a pris fin à 11h 30 minutes.

Le Président de la séance

Le Coordonateur de la CT-FBP

Dr Jean KAMANA

Le Rapporteur

Carmen MUHORANE