

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

Secrétariat Général



Manuel opérationnel du Financement Basé sur la Performance

Version-16 juin, 2016



Gavi
The Vaccine Alliance

unicef 

Investissements dans notre avenir
Le Fonds Mondial
De lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme



Table de Matière

| | |
|---|-----------|
| MOT DE REMERCIEMENT DU SECRETAIRE GENERAL A LA SANTE..... | 10 |
| GENERALITES SUR LE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE..... | 11 |
| Définition du Financement Basé sur la Performance (FBP)..... | 11 |
| Historique..... | 11 |
| Quelques pratiques illustratives d'achat de services de qualité..... | 13 |
| Définitions de quelques concepts..... | 15 |
| Fonctions du FBP..... | 16 |
| 1. SEPARATION DES FONCTIONS..... | 17 |
| La séparation de la regulation et de l'achat..... | 17 |
| La séparation de l'achat et de la prestation..... | 17 |
| La séparation de la vérification et de la contre vérification..... | 18 |
| 2. DESCRIPTION DES INSTITUTIONS DANS LE SYSTEME DE SANTE DE LA RDC..... | 18 |
| Messages clés..... | 18 |
| Niveau central ou niveau national ou niveau normatif ou niveau stratégique :..... | 18 |
| Niveau provincial ou niveau technique ou niveau intermédiaire :..... | 18 |
| Niveau opérationnel..... | 19 |
| Les Prestataires..... | 19 |
| L'Acheteur..... | 19 |
| 3. CONCEPTS DE BASE SUR LES ETABLISSEMENTS D'UTILITE PUBLIQUE (EUP)..... | 19 |
| Messages clés..... | 19 |
| Introduction..... | 20 |
| Bases historiques et capitalisation des EUP..... | 20 |
| Bases juridiques et administratives..... | 21 |
| Rôle et attributions du conseil d'administration des EUP..... | 21 |
| Composition des EUP..... | 21 |
| Bases techniques..... | 22 |
| Le cycle de paiement..... | 23 |
| Commission/GT financement du CPP..... | 23 |
| 4. DEFINITIONS DES ROLES DES ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE..... | 24 |
| Rôle des acteurs du niveau central..... | 24 |
| Rôle des acteurs du niveau provincial..... | 25 |
| 5. LA VERIFICATION DES PRESTATIONS DANS LE FBP..... | 28 |
| Messages clés..... | 28 |
| Définition..... | 29 |
| Types de vérification des prestations..... | 29 |
| Vérification technique quantitative..... | 29 |
| Identification des organes de vérification technique..... | 29 |

| | |
|--|----|
| <i>Nature des prestations concernées par la vérification technique</i> | 30 |
| <i>Cycle de vérification technique quantitative</i> | 30 |
| <i>Cycle de vérification technique qualitative</i> | 32 |
| <i>Vérification communautaire</i> | 32 |
| <i>Identification des organes de vérification communautaire</i> | 32 |
| <i>Profil des enquêteurs communautaires</i> | 33 |
| <i>Nature des informations recherchées dans la vérification communautaire</i> | 33 |
| <i>Cycle de vérification communautaire</i> | 34 |
| <i>Consolidation des données de vérification et Paiement des prestations livrées</i> | 35 |
| <i>Le premier niveau de consolidation des données</i> | 35 |
| <i>Le deuxième niveau de consolidation des données</i> | 35 |
| <i>Le troisième niveau de consolidation des données</i> | 36 |
| <i>Le quatrième niveau de consolidation des données</i> | 37 |
| <i>Le cinquième niveau de consolidation</i> | 37 |
| 6. LE CONTRAT DANS LE FBP | 37 |
| <i>Messages clés</i> | 37 |
| <i>Définition du contrat</i> | 38 |
| <i>Structure du contrat</i> | 38 |
| <i>Types de contrats</i> | 38 |
| <i>Rôles du contrat de performance dans le FBP</i> | 39 |
| <i>Gestion du contrat de performance</i> | 40 |
| 7. AUTONOMIE DES STRUCTURES DE SANTE | 40 |
| <i>Messages-clés</i> | 40 |
| <i>Importance de l'autonomie dans le FBP</i> | 41 |
| <i>Importance de l'autonomie décisionnelle</i> | 41 |
| <i>Domaines de l'autonomie</i> | 42 |
| <i>La Tarification forfaitaire, un outil clés dans les structures sanitaire</i> | 42 |
| <i>Considérations théoriques</i> | 43 |
| <i>Théorie normative</i> | 43 |
| <i>Théorie du mécanisme économique / comportemental</i> | 43 |
| 8. MONTAGE INSTITUTIONNEL DU PDSS | 44 |
| <i>Au niveau central</i> | 44 |
| <i>Au niveau provincial</i> | 44 |

| | |
|--|-----------|
| Au niveau de la ZS..... | 45 |
| Au niveau des EUP..... | 45 |
| L'Agence de contre vérification Externe..... | 45 |
| La Communauté..... | 45 |
| 9. PRESTATION DES SERVICES | 51 |
| Messages clés | 51 |
| Les paquets des services..... | 51 |
| Les services du PMA et du PCA | 51 |
| Visite à domicile (VAD) | 55 |
| Le protocole de la Visite à Domicile | 55 |
| Le processus de la Visite à Domicile | 56 |
| Les sites des soins communautaires..... | 57 |
| Guide de référence pour les prestations | 59 |
| Présentation des entetes des colonnes | 59 |
| Le ciblage communautaire et la prise en charge des indigents | 59 |
| 10. FBP ET GESTION DE L'INFORMATIONNAIRE..... | 61 |
| Messages clés | 61 |
| Cadre légal du SNIS en RDC..... | 61 |
| Support et outil de gestion des données..... | 62 |
| Outils non informatiques..... | 62 |
| Outil informatique..... | 62 |
| Les opérations de gestion de l'information sanitaire | 62 |
| Récolte des données | 63 |
| Compilation des données | 63 |
| Transmission des données | 64 |
| Contrôle de la qualité des données | 64 |
| Centralisation des données | 64 |
| Encodage des données..... | 64 |
| Analyse des données | 65 |
| Interprétation..... | 65 |
| Décision-action..... | 65 |
| Rétro information (feed-back)..... | 65 |
| Archivage des données | 65 |

| | |
|--|-----------|
| Gestion du portail web | 66 |
| Administrateur Principal (super-administrateur) | 66 |
| Administrateur National..... | 66 |
| Vérificateur de données | 66 |
| Gestionnaire de données | 67 |
| Contre Vérificateur de données..... | 67 |
| Expert en communication..... | 67 |
| Invité..... | 67 |
| 11. DERIVES/FRAUDES POSSIBLES, MESURES PREVENTIVES, SANCTIONS ET REGLEMENT DES LITIGES ET CONFLITS..... | 68 |
| Dérives / Fraudes possibles..... | 68 |
| Mesures préventives..... | 68 |
| Modalités d'application des pénalités | 69 |
| Types de fraudes dans les systèmes FBP..... | 69 |
| Une différence dans la quantité de services produits..... | 70 |
| Une différence dans la qualité des services signalés..... | 71 |
| L'importance des registres fiables, pierre angulaire d'un FBP | 72 |
| Une différence dans les cadres de performance du régulateur..... | 73 |
| Règlement des litiges et des conflits | 74 |
| Restitution des résultats aux FOSA | 74 |
| 12. LES BONUS UTILISES | 74 |
| Le Bonus d'isolement..... | 74 |
| Le Bonus de qualité | 75 |
| Les grilles de qualité structurelle..... | 75 |
| Les grilles de qualité des procédures et du contenu des soins..... | 76 |
| Les grilles de qualité des vignettes..... | 76 |
| Unités d'investissement..... | 77 |
| Les types de grilles de qualité pour le CS et le HGR..... | 78 |
| 13. PERFORMANCE POUR L'ADMINISTRATION SANITAIRE | 80 |
| Le Cadre de performance pour l'ECZS..... | 80 |
| Le Cadre de performance de la DPS | 80 |
| Cadre de performance de la Direction d'Etudes et Planification (DEP)..... | 81 |
| Cadre de performance de la CT-FBR | 81 |
| Cadre de performance CAGF/MSP..... | 81 |
| Cadre de performance CGPMP | 81 |

| | |
|--|-----------|
| Cadre de performance de la Division du SNIS..... | 81 |
| Cadre de performance pour la Cellule suivi et évaluation | 82 |
| Cadre de performance pour la CDR..... | 82 |
| 14. LES CONTRATS DE PERFORMANCE | 82 |
| Importance des contrats..... | 82 |
| Types de contrats..... | 82 |
| Contrat de performance entre la SG et la CT-FBR | 83 |
| Contrat de performance entre le SG et les Directions centrales (DEP, DPM et DSNIS) | 83 |
| Contrat de performance entre le Secrétariat Général et les CDR | 83 |
| Contrat de performance entre le Sectétaire Général et les Cellules (CAGF et CGPMP)..... | 83 |
| Contrat de performance entre le Ministre Provincial en charge de la Santé et la DPS | 83 |
| Contrat de performance entre l'EUP et l'ECZS..... | 83 |
| Contrat de performance entre l'EUP et l'HGR/CSR | 84 |
| Contrat de performance entre l'EUP et le centre de santé | 84 |
| Contrat de performance entre l'EUP et les associations locales..... | 84 |
| Contrat de performance entre le responsable et l'agent concerné..... | 85 |
| Contrat de performance entre le centre de santé et le site des soins communautaire..... | 85 |
| 15. LE PAIEMENT DES SUBSIDES DU FBP | 85 |
| Les étapes du cycle de paiement..... | 85 |
| Règles d'utilisation des subsides du FBP..... | 87 |
| Outil d'Indices | 87 |
| 16. BASE DE DONNÉES | 88 |
| Gestion de la performance des structures de santé..... | 90 |
| Contrats de performances des structures de santé..... | 91 |
| Plan de management ou plan de business | 91 |
| Préparation du plan de management | 92 |
| Étapes dans la préparation d'un plan de management..... | 93 |
| Croisement du cycle de paiement des subsides et du cycle de gestion du Plan de Management..... | 94 |
| Grilles d'évaluation de la qualité comme outil de planification | 94 |
| Outils d'indices comme outils de planification..... | 95 |
| Cadre d'évaluation de la performance individuelle | 95 |
| 17. STRATEGIE D'APPUI AU PROGRAMME FBP | 96 |
| Renforcement des capacités | 96 |
| Les éléments de la stratégie de formation..... | 96 |
| Coaching à tous les niveaux..... | 97 |
| Harmonisation des mécanismes de financement pour atteindre plus des résultats | 98 |
| Plaidoyer en faveur du FBP..... | 98 |
| 18. Évaluation de l'impact du FBP dans le PDSS | 98 |
| Les principaux sujets de recherche | 99 |

| | |
|--|------------|
| <i>Enquête auprès des structures de santé.....</i> | <i>101</i> |
| <i>Module d'évaluation de la structure de santé.....</i> | <i>101</i> |
| <i>Module d'interview des agents de santé.....</i> | <i>102</i> |
| <i>Module des observations relatives à l'interaction entre le patient et le prestataire.....</i> | <i>102</i> |
| <i>Entretiens de départ avec les patients.....</i> | <i>102</i> |
| 20. ANNEXES..... | 103 |
| <i>Annexe 1 : Le paquet minimum de services de santé (PMA) et leurs cibles.....</i> | <i>103</i> |
| <i>Annexe 2 : Le paquet complémentaire des services de santé (PCA) et leurs cibles.....</i> | <i>104</i> |
| <i>Annexe 3 : Le Guide de référence PMA.....</i> | <i>105</i> |
| <i>Annexe 4 : Le Guide de référence PCA.....</i> | <i>109</i> |
| <i>Annexe 5 : Grille de performance de l'ECZS.....</i> | <i>113</i> |
| <i>Annexe 6 : Grille de performance de la DPS.....</i> | <i>118</i> |
| <i>Annexe 7 : En-têtes de colonnes pour les registres.....</i> | <i>129</i> |
| <i>Annexe 8 : Contrat de performance entre le MPSP et la DPS.....</i> | <i>138</i> |
| <i>Annexe 9 : Contrat de performance entre l'EUP et l'ECZS.....</i> | <i>150</i> |
| <i>Annexe 10 : Contrat de performance entre l'EUP et l'HGR.....</i> | <i>155</i> |
| <i>Annexe 11 : Contrat de performance entre l'EUP et le CS.....</i> | <i>161</i> |
| <i>Annexe 12 : Contrat de performance entre l'EUP et les ASLO.....</i> | <i>167</i> |
| <i>Annexe 13 : Contrat de performance entre le responsable et l'agent concerné.....</i> | <i>172</i> |
| <i>Annexe 14 : Contrat entre le centre de santé et le site des soins communautaires.....</i> | <i>175</i> |
| <i>Annexe 15 : Grille de qualité pour le centre de santé.....</i> | <i>178</i> |
| <i>Annexe 16 : Grille de qualité pour l'HGR/CSR.....</i> | <i>200</i> |
| <i>Annexe 17 : Facture trimestrielle des structures de santé.....</i> | <i>226</i> |
| <i>Annexe 18 : L'outil Indice des FOSA.....</i> | <i>229</i> |
| <i>Annexe 19 : Plan de management (DPS, ECZS, HGR, CS).....</i> | <i>232</i> |
| <i>Annexe 20 : Termes de référence du comité des indigents.....</i> | <i>269</i> |
| <i>Questionnaires d'enquête de vérification communautaire.....</i> | <i>271</i> |
| <i>Annexe 22 : Fiche d'échantillonnage.....</i> | <i>273</i> |
| <i>Annexe 23 : Grille d'évaluation individuelle.....</i> | <i>276</i> |
| <i>Annexe 24 : Cadre de performance de la DEP-santé.....</i> | <i>279</i> |
| <i>Annexe 25 : Cadre de performance de la DSNIS.....</i> | <i>282</i> |
| <i>Annexe 26 : Cadre de performance de la CAGF/MSP.....</i> | <i>285</i> |
| <i>Annexe 27 : Cadre de performance de la CGPMP.....</i> | <i>285</i> |
| <i>Annexe 28 : Cadre de performance de la CT-FBR.....</i> | <i>285</i> |
| <i>Annexe 29 : Cadre de performance des CDR et des fournisseurs agréés par le MSP.....</i> | <i>288</i> |
| <i>Annexe 30 : Grille d'évaluation trimestrielle de la performance du RECO.....</i> | <i>291</i> |
| <i>Annexe 31 : Protocole de visite à domicile.....</i> | <i>294</i> |
| <i>Annexe 31 : Fiche synthèse sur la gestion des médicaments.....</i> | <i>298</i> |
| <i>Annexe 32 : Questions d'enquête communautaire pour les sites des soins communautaire.....</i> | <i>299</i> |
| <i>Annexe 34 : Design opérationnel CAO 4-5, FBP et sites des soins communautaires.....</i> | <i>300</i> |
| <i>Annexe 35 : Liste de personnes ayant contribué à la rédaction du manuel.....</i> | <i>301</i> |

Avis aux lecteurs : Ce manuel est une propriété du Ministère de la Santé Publique de la RD Congo, il ne peut être modifié qu'avec son autorisation.

Le Ministère de la Santé Publique a élaboré son plan national de développement sanitaire PNDS 2016-2020 en l'inscrivant dans une vision de couverture sanitaire universelle. Cette vision qui s'inscrit dans le cadre des Objectifs de Développement Durables (ODD) exige du Ministère de la Santé Publique et ses partenaires techniques et financiers non seulement de parachever les grandes réformes du système de santé, mais également de mettre en place des mécanismes innovants pour financer le système de santé.

Ce document national opérationnel est une pierre angulaire essentielle du futur système de santé en République Démocratique du Congo RDC). Ce document est essentiel pour trois raisons :

Primo, la vision du gouvernement d'une couverture sanitaire universelle implique une réduction des dépenses directes de santé de nos citoyens. Cette réduction du paiement direct des ménages ne peut que passer par la mise en place d'instruments de financements continus et pérennes des services de santé. Je vois la mise en place du financement basé sur la performance comme une contribution éloquente au processus qui va progressivement aboutir à une protection du citoyen congolais contre le risque de maladie.

Secundo, malgré les efforts entrepris par le Ministère de la Santé Publique (MSP) et ses partenaires depuis l'adoption de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) en 2006, la performance du système de santé reste insuffisante. Des progrès notable ont été réalisés, mais il reste encore du chemin à parcourir en particulier en ce qui la lutte contre la mortalité maternelle et infantile. L'achat stratégique permettra au MSP d'avoir un instrument pour inciter les zones de santé à améliorer la qualité des soins, à encourager les services préventifs et promotionnes et in fine à mieux servir la population.

Tertio, la mise en place de l'instrument de financement basé sur la performance concrétise encore d'avantage la vision du gouvernement et des partenaires techniques et financiers d'harmonisation et d'alignement de l'aide extérieure sur les priorités nationales. En RDC plus qu'ailleurs, nous sommes conscients des inefficiences induites par la volatilité et la fragmentation de l'aide. Nous saluons fortement la mise en place d'une plateforme d'harmonisation où la Banque Mondiale, l'Unicef, le Fonds Mondial, GAVI, USAID et l'UNFPA s'alignent afin de mettre en place des mécanismes alignés de financement de l'offre de soins. Cette plate-forme permettre d'éviter les situations d'iniquités que nous avons trop souvent connues ou une zone de santé est appuyée largement, et sa voisine ne l'est pas. Nous souhaitons que cette plate-forme soit rejointe par d'autres partenaires dans un proche avenir.

C'est dans le cadre de cette plate forme, après plusieurs cycles de consultations et de capitalisations tant stratégiques qu'opérationnelles, que les Ministère et ses partenaires de la plateforme ont élaboré ce document consensuel qui décrit les modalités de mise en place du financement basé sur la performance. De part son inclusivité, ce manuel donne ainsi les grands principes nationaux du financement basé sur la performance en République Démocratique du Congo. Cet outil opérationnel

sera amené à être revisité et adapté régulièrement, en fonction de la dynamique du renforcement du système de santé.

C'est donc pour moi l'occasion de remercier toutes les personnes qui se sont mises ensemble pour consolider toutes les expériences pays et régionales du Financement basé sur la performance afin d'en sortir un document fédérateur et intégrateur qui renforcera les réformes en cours au sein du secteur de la santé dans une vision d'harmonisation pour une plus grande efficacité et efficacité des services de santé de qualité.

Dr Félix KABANGE

Ministre de la Santé Publique

Le Ministère de la Santé Publique reconnaît la nécessité d’avoir un manuel opérationnel du financement basé sur la performance pour permettre une mise en œuvre harmonisée du FBP qui prend en compte les attentes de toutes les parties prenantes. Le présent manuel répond à la dynamique d’harmonisation des différents acteurs FBP, mais aussi à un souci d’alignement aux réformes sectorielles en cours pour renforcer l’efficacité et l’efficience et l’atteinte des résultats au bénéfice de la population.

Je remercie tous les experts du Ministère de la santé, nos partenaires techniques et financiers ainsi que toutes les personnes qui ont participé activement à la rédaction de cet important outil de travail. C’est au décours de plusieurs consultations participatives que cette version du Manuel de juin 2016 a finalement vu le jour. Fruits d’un consensus partagé, ce manuel reste l’outil de guidance de l’approche FBP dans le cadre de la mise en œuvre. Mes remerciements s’adresseront tout particulièrement aux Experts de la Banque Mondiale, de l’Unicef et du Fonds Mondial à travers les PR pour leur appui apprécié à la finalisation de cette nouvelle version du manuel.

Kinshasa, le 16 juin 2016

Dr MUKENGESHAYI KUPA

Secrétaire Général à la santé ai

GENERALITES SUR LE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE

Définition du Financement Basé sur la Performance (FBP)¹

Le Financement Basé sur la Performance (FBP) est une approche du système de santé, axée sur les résultats (la quantité et la qualité des services produits). Cela implique que les structures de santé sont considérées comme des structures autonomes qui peuvent réaliser un bénéfice au profit d'objectifs de santé publique et / ou de leur personnel. Il est également caractérisé par des cadres de performance pour les acteurs de la régulation, les agences d'achat de performance et le renforcement de la voix de la communauté.

Dans le secteur de la santé, les résultats sont principalement produits par les structures de santé et par l'administration de la santé. Ces produits ou résultats incluent la prestation de services de qualité dans les structures de santé et certaines actions de l'administration de la santé. Les subsides issues au titre du FBP sont utilisées par les structures de santé et l'administration de la santé pour se procurer les intrants nécessaires, le fonctionnement et payer les primes de performance au prorata du rendement.

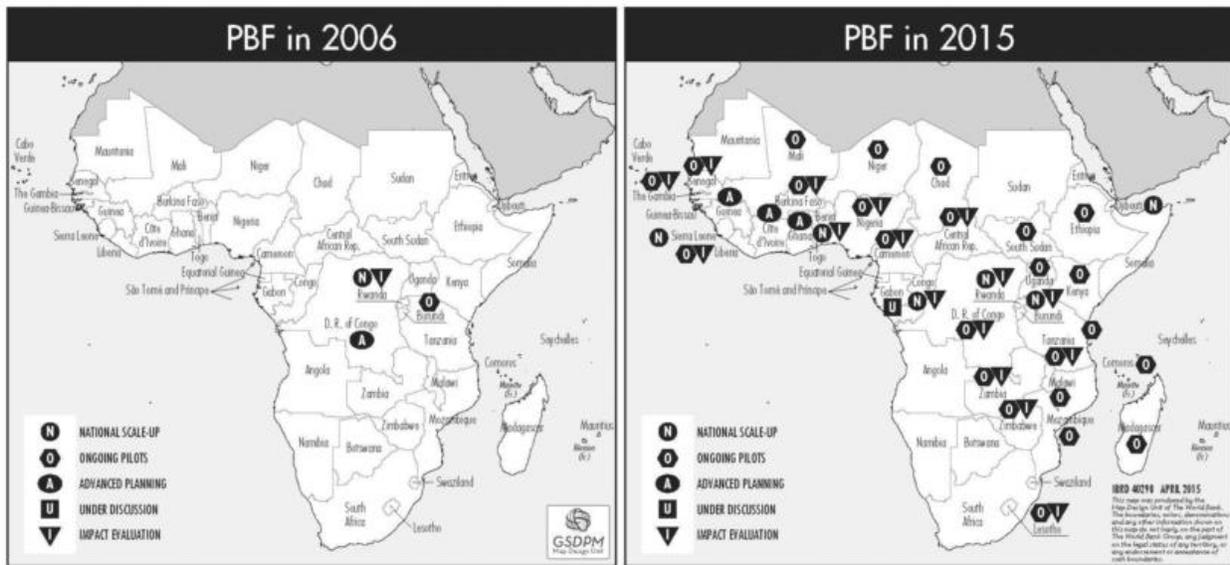
Historique

Le Financement Basé sur la Performance s'est développé vers les années 1999, lorsque le Cambodge a procédé à la contractualisation externe de certains services de santé et confié à des organisations non gouvernementales (ONG), la prestation de services de santé ou de soutiens à la gestion des services de santé par le gouvernement. Des ONG ont également été contractualisées pour la prestation de services de santé en Haïti².

Le modèle actuel de FBP a fait son apparition au Rwanda dès 2002, alors que des intervenants mettaient à profit leur expérience préalable au Cambodge. À partir de 2006, ce mouvement s'est amplifié et des approches similaires se sont développées en République Démocratique du Congo et au Burundi. Au niveau Africain, il faut noter qu'entre 2006 et 2015, nous avons connu une extension du Financement Basé sur la Performance dans plusieurs pays d'Afrique comme le montre la figure ci-dessous :

¹Définition du FBP de la communauté de la pratique FBP de Juillet 2010

²Cette page est tirée de la Boite à outil du financement basé sur la performance publié par G Fritsche, R Soeters & B Meessen et al; 2014



Les premières expériences du Financement Basé sur la performance en République Démocratique du Congo se sont principalement développées dans la province du Sud-Kivu avec l'appui de l'ONG Cordaid. Ces expériences se sont par la suite étendues dans d'autres provinces comme le Nord-Kivu, le Bas Congo, les deux Kasai, le Katanga etc. Plusieurs projets utilisant le FBP ont été ainsi mis en œuvre, mais il faut noter que deux modèles ont été le plus prédominant, il s'agit du modèle Cordaid et du modèle Union Européenne.

Cordaid a soutenu depuis plus de 20 ans déjà le secteur de la santé dans la province du Sud-Kivu par l'intermédiaire du Bureau diocésain des œuvres médicales (BDOM). Depuis 2006, ce soutien est principalement apporté sous la forme d'un financement basé sur la performance (FBP) dans les zones de santé de Katana, Idjwi, Shabunda, Lulingu etc. L'Agence d'achat des performances (AAP), l'organisation détentrice des fonds qui était à l'origine placée sous l'égide du BDOM, est devenue une agence locale indépendante au fil des années et gère maintenant plusieurs programmes de FBP dans 5 ZS dans les domaines de la santé, de l'enseignement et du développement rural (routes).

Au-delà de ces expériences du Sud-Kivu, la RDC compte aussi plusieurs autres expériences dont les expériences FBP financées par la Banque Mondiale avec le projet PARSS, le FASS financé par l'Union Européenne dans lequel, les premières expériences des EUP FASS comme agence d'achat des performances ont été lancées.

À ce jour, l'histoire du Financement basé sur les performances en RDC a été principalement marquée par : (i) la signature d'un mémorandum d'entente qui a conduit à (ii) la mise en place de la Cellule Technique du Financement Basé sur les Résultats (CT-FBR) au sein du MSP ; (iii) le développement d'un portail web pour renforcer la communication et la transparence dans le FBP ainsi que (iv) le passage à échelle dans 140 zones de santé d'un projet financé par la Banque Mondiale en collaboration avec

l'Unicef et le Fonds Mondial. Ces expériences seront menées dans les provinces du Katanga, de l'Équateur, du Bandundu et du Maniema.

Quelques pratiques illustratives d'achat de services de qualité

1. Le FBP achète des services de santé de qualité. Les grands principes consistent à tirer profit des ressources existantes ; modifier les mécanismes d'incitation ; acheter les paquets minimum ou complémentaires d'activités³. L'achat est déterminé par la quantité et la qualité évaluées de différentes prestations. La structure des prix est fondée sur le FBP au lieu du coût réel des services.
2. Le FBP achète des services de santé de qualité en tirant profit des moyens de production existants. L'achat est réalisé en payant les services dispensés par le prestataire, en fonction de leur qualité. La notion de levier est essentielle pour comprendre le FBP. Ce levier est constitué des ressources existantes :
 - a. Humaines (personnel),
 - b. Matérielles (batiments, équipements , les produits médicaux consommables médicaux) et
 - c. Financières (recette issues de recouvrement des couts, primes de risque, salaire de l'Etat, autres allocations financières)
3. Le FBP modifie les mécanismes incitatifs à divers niveaux du système de santé. Les incitations doivent être assez fortes pour influencer les stratégies d'adaptation de l'agent de santé, tout en fournissant des revenus accrus permettant aux structures de santé de se procurer auprès des structures agréées, le matériel qui leur manque, d'entretenir et réparer le matériel et les locaux et de stocker les médicaments essentiels et génériques.
4. Le FBP achète un paquet équilibré de services à l'échelon de la communauté, du Centre de Santé et de l'Hôpital Général de Référence. Les prestations à acheter au niveau du CS et de la communauté sont déterminées sur base des besoins prioritaires. Au niveau de l'hôpital, des services complémentaires sont achetés pour compléter les services minimum, comme dans le cas des services de soins de référence. Chaque paquet contient généralement entre 15 à 25 services. Idéalement, les incitations encouragent l'utilisation de services préventifs auxquels tous ont accès, tout en aidant les plus pauvres à accéder aux services de santé. Le FBP achète aussi un paquet de service de l'administration sanitaire au niveau de la ZS, de la DPS, et au niveau central. Il s'agit principalement des services de régulation liés au pilotage , à la planification et coordination, à l'organisation des services, à la mise en œuvre, au suivi et évaluation. Dans le cas

³ Le mot activité peut faire de fois référence à service

précis, c'est notamment, des activités d'encadrement des ZS, d'évaluation de la qualité de soins, de la tenue des réunions de pilotage, (revue mensuelle, CPP, commission, etc.), gestion des données et reporting (SNIS, REH, etc) et de gestion de routine (maintenance des équipements, tenue de la comptabilité).

5. L'EUP achète un paquet de services au niveau de la communauté, concernant les prestations réalisées par les organes de participation communautaire. C'est notamment le cas, entre autres des visites à domicile (VAD), le marketing social pour promouvoir l'information, éducation et communication en santé auprès des bénéficiaires de soins.
6. La qualité est mesurée et récompensée sur base d'une grille de qualité. Cette grille de qualité est adaptée de sorte à refléter les particularités de chaque contexte. Elle est mesurée trimestriellement, habituellement par l'équipe cadre de la zone de santé formée, motivée et compétente (pour les centres de santé) ou par l'évaluation mutuelle des pairs ou par une équipe des encadreurs de la Division Provinciale de la Santé pour les hôpitaux. L'impact de la mesure de la qualité dépend du type de système de FBP.
7. Dans le cadre du FBP, on distingue deux modes de financement de la qualité. Le mode bonus et le mode malus. Le système en RDC utilise le mode le **BONUS** qui a une partie bonus quantité et une partie bonus qualité (i) le mode bonus consiste à octroyer un plus aux subsides de la quantité, un montant supplémentaire lié à l'évaluation de la qualité dont le plafond est fixé à **25% des subsides FBP** pour les centres de santé et **40% pour les HGR** (ii) le mode malus qui consiste à appliquer un coefficient de correction au subside de la quantité en fonction du score qualité (*Ce mode ne sera pas appliqué en RDC vu le niveau assez faible de l'offre des soins*).
8. Dans le FBP, toutes les structures qui reçoivent le financement signent un contrat de performance avec une agence d'achat ou une administration supérieure comme dans le cadre du contrat unique ou les DPS signe le contrat avec le Ministre provincial de la santé. Cette contractualisation consolide la redevabilité et permet à chaque partie prenante de produire les services en quantité et en qualité selon les normes du MSP.

Pour y arriver, les structures doivent jouir d'une **autonomie de gestion** des ressources. Dans le FBP, le financement apporté est un financement structurel qui s'ajoute à d'autres financements pour supporter les coûts de production des services de santé. Il ne s'agit donc pas seulement des primes comme certains le pensent. Pour assurer ce management, les structures sanitaires développent un plan de management chaque trimestre qui montre comment les moyens seront utilisés et comment les résultats seront atteints.

Autonomie de gestion : est un principe dans le Financement basé sur la performance qui renforce le pouvoir décisionnel de la structure contractante sur la manière de planifier et de gérer ses ressources (humaines, matérielles et financières). Toutefois, l'autonomie de gestion n'exclut pas le contrôle de la structure sanitaire ni le respect des normes établies par le régulateur.

Contractualisation : est un processus qui engage deux parties prenantes autour d'un certain nombre de résultats préalablement définis. Elle fixe les engagements mutuels entre les parties. Ce processus est matérialisé par la signature d'un contrat de performance qui est négocié, puis signé entre les parties prenantes.

Subsides : sont des allocations financières qui sont remises aux structures contractées après une vérification de leurs productions (quantité et qualité). Ils sont remis à la structure sanitaire et sont utilisés en association avec les autres ressources au travers le plan de management validé.

Performance : est une amélioration mesurée des résultats issus de la production quantitative et qualitative d'une prestation donnée (clinique et administrative)

Outil d'indices : est un instrument qui permet à la structure sanitaire de gérer les ressources financières (toute source) actuelles et prévisionnelles en tenant compte de certains paramètres internes (nombre d'agents, priorité, niveau de financement, performance interne des acteurs etc.)

Marché : est la rencontre entre l'offre et la demande. Il est caractérisé par certains principes entre autre l'élasticité, le prix, le pouvoir qui influencent d'une part l'offre des services et d'autre part, la demande.

Contre-vérification : est un acte qui consiste à confirmer ou à infirmer les résultats fournis par une vérification faite antérieurement. Elle est faite par une agence externe qui n'a pas de lien avec l'agence qui a vérifié.

Le contrat : est une convention ou accord de volonté ayant pour but d'engendrer une obligation d'une ou de plusieurs personnes envers une ou plusieurs autres. Il est aussi défini comme étant un engagement volontaire, formel ou informel entre plusieurs parties reconnu par le droit. Dans le FBP, un contrat de performance est généralement signé entre l'Agence d'Achat et la structure qui offre les services.

La séparation des fonctions : est un mécanisme par lequel le rôle de chaque acteur dans le système est défini indépendamment de celui de l'autre en dégageant clairement les limites de chaque partie. Cela implique que chaque structure qui commet une erreur ou une faute n'a ni la possibilité d'en dissimuler ni la possibilité d'en retarder la découverte. La séparation des fonctions n'exclue pas la collaboration entre acteurs.

Le plan de management : est un document élaboré trimestriellement par la structure sanitaire dans lequel elle identifie et analyse les problèmes prioritaires, propose des stratégies réalistes ainsi que les ressources pour atteindre les objectifs. Il fait l'objet d'une validation par organe supérieur.

La qualité des soins : est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins (Définition de l'OMS)

La motivation : un comportement qui pousse une personne à agir pour atteindre un objectif ou un résultat
Elle peut être intrinsèque et ou extrinsèque

Sur le plan universel, le Financement Basé sur la Performance (FBP) met en phase plusieurs fonctions complémentaires dont la régulation, la prestation, l'achat, la vérification et le paiement. Pour permettre un jeu de rôle cohérent et éviter le conflit d'intérêt, le FBP se fonde sur le principe de la séparation des fonctions.

1. La **régulation** est une fonction exercée par le Ministère de la santé publique. Elle se base sur l'application des normes et des directives sanitaires nationales à différents niveaux de la pyramide sanitaire (Niveau central, niveau intermédiaire et niveau opérationnel).
2. La **prestation** est une fonction qui s'adresse non seulement à l'offre des services (preventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) au sein des communautés, des centres de santé et des hopitaux mais aussi à celle des services administratifs (rapportage, renforcement des capacités, supervision, etc) sur base d'un contrat de performance
3. La **vérification** est une fonction qui s'assure de la matérialité des prestations déclarées et de leur qualité. Elle se fait à deux niveaux : au niveau de la structure sanitaire, une vérification de la quantité et de la qualité technique ; au niveau de la communauté, une vérification de l'authenticité des prestations déclarées et de la qualité perçue par les usagers.
4. L'**Achat** est une fonction par laquelle une structure détermine la nature et les modalités des biens ou services à acquérir chez un prestataire (structures de prestation des soins et administratifs). Il peut être aussi défini comme un acte qui consiste à fixer les types de prestations à payer (prestations cliniques ou administratives), leur coût ainsi que les modalités et les mécanismes de paiement. Dans le cadre du FBP, l'achat stratégique est assuré par l'Etablissement d'Utilité Publique ou par une agence d'achat.
5. Le **Paiement** est une fonction basée sur la canalisation des fonds aux bénéficiaires. La mise à disposition des subsides aux bénéficiaires est faite après vérification de leurs performances par les Etablissements d'Utilité Publique ou d'une agence d'achat. Pour renforcer la transparence, le paiement sera fait directement sur le compte bancaire des bénéficiaires.

1. SEPARATION DES FONCTIONS

Le FBP utilise des incitations puissantes à tous les niveaux. La vérification/validation des performances des différentes structures est justifiée par le risque de fraude. Il est donc essentiel que les vérifications soient effectuées par des personnes qualifiées et très intègres, qui ont été recrutées à travers un processus de sélection au mérite et qui maîtrisent correctement le contexte. Elles devraient être bien rémunérées par l'agence d'achat. Il est également évident que l'agent d'achat doit demeurer aussi indépendant que possible du prestataire afin de pouvoir assurer ses fonctions d'achat et de vérification avec intégrité.

Il s'agit de la séparation des fonctions de régulation, de prestation et de vérification, de paiement et de contre vérification. Pour le présent projet, il s'agira de :

La séparation de la régulation et de l'achat

Le but de cette séparation est d'éviter ou de réduire les situations de conflit d'intérêts ou de collision. Lorsque la performance doit être évaluée ou quand elle est liée à l'argent, il est important d'avoir un acheteur indépendant, qui dispose d'un pouvoir assurant le contre poids.

Dans l'approche FBP en RDC, il y a une séparation conceptuelle entre le prestataire, le régulateur, l'acheteur et le payeur. Dans le cadre de ce projet, la DEP est détentrice des fonds qui, ensuite transfère aux formations sanitaires sur leur compte après vérification faite par l'EUP qui est l'acheteur, au nom des partenaires au développement et du Ministère de la santé publique. Le Ministère de la santé publique à travers l'EUP oriente l'achat stratégique des services de santé de qualité, en appliquant les normes et les directives. Le régulateur s'assure que l'achat et la vérification sont effectués selon des modalités transparentes. Il le fait par les moyens suivants:

- Premièrement, il délègue la gestion de contrats à l'EUP.
- Deuxièmement, il implique les partenaires au développement et des agents techniques dans les ZS.
- Troisièmement, le régulateur utilise une application Web avec un aperçu public où tous les résultats de performance sont présentés de manière transparente.

La séparation de l'achat et de la prestation

La séparation achat- prestation est un concept qui indique que l'acheteur/detenteur/regulateur (le Ministère de la Santé Publique par procuration à travers l'EUP) ne peut pas assurer les prestations de service de santé. Il faut comprendre dans cette définition que le prestataire n'assure pas son propre contrôle mais qu'il est contrôlé par des organisations indépendantes (EUP et ACVE).

La séparation de la vérification et de la contre vérification

La vérification et la contre vérification sont déléguées respectivement à l'EUP et l'ACVE. Cette délégation se fonde sur un ensemble strict des règles et procédures, parmi lesquelles la réglementation des services et des coûts unitaires.

2. DESCRIPTION DES INSTITUTIONS DANS LE SYSTEME DE SANTE DE LA RDC

Messages clés

1. La pyramide sanitaire du système de santé en RDC est constitué de 3 niveaux
2. Le niveau central s'occupe des normes, le niveau provincial s'occupe de l'appui technique et logistique aux zones de santé et le niveau opérationnel s'occupe de l'offre des soins
3. Les structures de prestation des soins au niveau de la zone de santé sont les centres de santé (premier échelon) et les hopitaux Généraux de Référence (deuxième echelon) mais aussi des structures facultatives (poste de santé , centre de santé de référence)
4. Dans le cadre de la reforme du secteur de la santé, le niveau provincial a deux structures : l'IPS qui depend du niveau central et la DPS qui dépend du Ministre provincial en charge de la santé
5. La séparation des fonctions entre les acteurs reste un principe clé du fonctionnement des institutions dans le FBP
6. Le niveau opérationnel est le niveau le plus important de la pyramide sanitaire.

Le régulateur est situé aux 3 niveaux de la pyramide sanitaire

Niveau central ou niveau national ou niveau normatif ou niveau stratégique :

La régulation est assurée par le Ministère de la santé qui est constitué pour le niveau central d'un Ministre de la santé et de son cabinet ainsi que d'un secrétariat général à la santé dirigé par le Secrétaire Général et appuyé par des directions centrales et des programmes spécialisés. Dans le cadre de la réforme du secteur de la santé, le nombre des directions centrales va passer de 13 à 7 directions.

Niveau provincial ou niveau technique ou niveau intermédiaire :

La régulation au niveau provincial est constituée par deux structures, l'une décentralisée, La Division Provinciale de la Santé (DPS) qui dépend du Ministre provincial ayant la santé dans ses attributions et une structure déconcentrée, l'Inspection Provinciale de la Santé (IPS) qui dépend du Ministre national de la santé.

Dans le cadre de ce projet, la régulation en province reposera sur les DPS. Cette relation est formalisée par des contrats de performance entre le Ministère Provincial ayant la Santé dans ses attributions et les DPS. Ces dernières sont impliquées dans l'évaluation trimestrielle de la qualité des soins et de services au niveau des hôpitaux généraux de référence (HGR) ainsi que des performances des ECZS.

Niveau opérationnel

Le niveau opérationnel est constitué des zones de santé. La zone de santé est l'unité de mise en œuvre de la politique nationale, elle est administrée par un conseil d'administration (CA) mis sous la présidence du chef de division provincial. La zone de santé est pilotée par une équipe cadre de la zone de santé (ECZS) coordonnée par le Médecin chef de zone. Une zone est une entité géographique bien délimitée disposant d'une population d'au moins 100 000 habitants, elle compte un Hôpital général de Référence (HGR) qui offre un paquet complémentaire d'activités (PCA) et plusieurs centres de santé (CS) qui offrent un paquet minimum d'activité (PMA). La régulation au niveau opérationnel est assurée par l'équipe cadre de la ZS. Le niveau opérationnel est le niveau le plus important de la pyramide sanitaire.

Les Prestataires

C'est la structure qui a signé un contrat de performance avec l'Etablissement d'Utilité Publique (EUP) ou une Agence d'Achat des Performances dans le but de fournir des services de santé ou de soins de qualité. Ces prestataires sont des centres de santé et hôpitaux généraux de référence des ZS, à la fois publics et privés mais aussi des entités administratives comme les structures du niveau central, les DPS et les Equipes Cadres des ZS (ECZS).

L'Acheteur

Il s'agit de l'EUP, qui doit collaborer avec les DPS pour déterminer en province, les prestations à acheter en fonction des priorités nationales de santé fixées par le MSP. L'EUP se chargera de faire de l'achat stratégique en fonction du budget et des priorités qui sont dictées par le MSP.

3. CONCEPTS DE BASE SUR LES ETABLISSEMENTS D'UTILITE PUBLIQUE (EUP)

Messages clés

1. Dans le cadre de la mise en place du financement basé sur la performance (FBP), l'utilisation des agences d'achat des performance est une règle.
2. Une agence d'achat des performance est une structure indépendante qui peut être soit une ONG, soit un établissement d'utilité publique,.
3. Les EUP joueront le rôle d'agence d'achat dans le cadre de ce projet.

Introduction

Dans plusieurs pays, la mise en place du financement basé sur la performance (FBP) entraîne le recrutement des ONG internationales utilisées comme agence d'achat et de contractualisation ou de vérification. Pour renforcer l'appropriation et le renforcement des capacités locales, le « modèle EUP » est de plus en plus utilisé. La participation du gouvernement provincial au travers des Ministères de la Santé, du Budget et des Finances, la société civile ainsi que les partenaires techniques et financiers dans son conseil d'administration est devenu un atout majeur d'appropriation et de durabilité et ce, en garantissant l'autonomie de gestion des EUP.

Dans les expériences congolaises et d'ailleurs, les fonctions de vérification, d'achat et de fois de paiement sont exercées par des agences d'achat qui sont des entités décentralisées disposant d'une personnalité juridique. Plusieurs formes d'Agence ont été utilisées, mais en République Démocratique du Congo, un modèle qui émerge et qui est capitalisé par plusieurs pays est le modèle des Établissements d'Utilité Publique (EUP-FBP) dans le montage institutionnel du FBP et qui joue le rôle d'agence d'achat de performance.

Après la capitalisation, les EUP présentent plusieurs avantages dont (i) le potentiel de pérennisation liée à leur pouvoir de mobiliser d'autres financements internes et externes pour la santé, (ii) Le renforcement de la régulation du gouvernement dans le suivi des financements de la province (iii) faibles coûts de transaction⁴, (iv) le renforcement des capacités des acteurs locaux.

Bases historiques et capitalisation des EUP

Les modèles EUP ont été expérimentés sur base des accords gouvernementaux avec le Ministère de la santé et celui des finances vers les années 2006 avec le projet santé 9^{ème} FED de l'Union Européenne dans 4 provinces de la RDC (Nord Kivu, Province Orientale/Ituri et les 2 Kasai) pour effectuer l'achat des prestations. A ce jour, une capitalisation des bénéfices des EUP permet leur utilisation par d'autres bailleurs comme l'Union Européenne et l'Unicef dans le cadre du PAPOMD 4-5, la Banque Mondiale (projet Grands Lacs) dans le Nord Kivu, l'Union Européenne (projet 10eme FED/PAPNDS) dans les 2 Kasai et les provinces de l'Est, le Fonds Mondial, GAVI et bientôt le gouvernement provincial dans le Nord Kivu. Ces entités pourtant mises en place par un seul bailleur deviennent de plus en plus des structures multi bailleurs qui assurent l'achat des prestations dans une vision de performance.

Dans le cadre du projet de développement du système de santé, (PDSS) la Banque Mondiale, le Fonds Mondial et l'UNICEF utiliseront le même modèle EUP pour l'achat des prestations.

⁴ Estimation des expériences des EUP de l'UE (entre 7 à 15 %)

La base juridique de la création des EUP est la loi n° 004-2001 du 20 juillet 2001 portant dispositions générales applicables aux associations sans but lucratif et aux établissements d'utilité publique ainsi que l'accord de don ou de crédit signé entre l'IDA et la RDC pour le financement du projet. L'EUP est créé par une personne physique ou morale qui met à sa disposition une somme d'argent pour une activité philanthropique en l'occurrence l'achat des services de santé.

Compte tenu de la compétence des provinces en matière d'organisation et de fonctionnement des services de santé, les représentants des ministres du gouvernement provincial (Santé, budget et Finances) seront membres du conseil d'administration. Cet organe inclut aussi les partenaires techniques et financiers et la société civile etc.

Cette disposition permet l'appropriation par les pouvoirs publics provinciaux, la transparence et le développement des capacités des EUP à attirer d'autres financements de la santé. Les bailleurs, dont les règles le permettent, sont représentés dans le Conseil d'administration des EUP (comme membre effectif ou comme membre observateur pour renforcer la transparence et la redevabilité. Ces entités disposent des statuts, d'un règlement d'ordre intérieur et d'une convention de cession de gestion entre les EUP et les ministères provinciaux en charge de la santé. Ils disposeront d'un contrat avec la DEP dans le cadre du projet et seront placés sous un contrat de performance pour mener avec efficacité les prestations demandées.

Rôle et attributions du conseil d'administration des EUP

Le conseil d'administration de l'EUP est l'organe suprême qui s'occupe de l'administration de l'EUP et à qui l'exécutif rend compte. Le conseil d'administration est constitué des membres effectifs et des membres observateurs. Il est aussi chargé de la mobilisation des ressources additionnelles ainsi que du suivi de la performance de l'EUP FBP. Le conseil d'administration est présidé par une ONG, une ASBL ou la société civile. Le CA dispose d'un règlement intérieur qui fixe les modalités de travail.

Composition des EUP

Tableau I : L'EUP est animé par les acteurs suivants

| | Poste | Description |
|---|---------------------------|---|
| 1 | Directeur de l'EUP | Le directeur s'occupe principalement de la direction de l'EUP et rends compte au Conseil d'administration. Il coordonne les activités et s'occupe de conduire l'achat stratégique |
| 2 | Chargé de programme | Le chargé de programme s'occupe principalement du management technique du FBP. Il accompagne les antennes et suit les tableaux de bords techniques de l'EUP FBP |
| 3 | Responsable administratif | Le RAF s'occupe de la gestion administrative et financière de l'EUP |

| | | |
|---|-------------------|---|
| | et financier | FBP |
| 4 | Le chef d'antenne | Le chef d'antenne coordonne le pool des vérificateurs pour la mise en œuvre de leur plan de vérification |
| 5 | Les vérificateurs | Les vérificateurs s'occupent de la vérification de la quantité des prestations dans les formations sanitaires |

Cette équipe sera appuyée par une équipe d'appoint (chauffeur, secrétaire comptable, sentinelle, assistant informaticien, réceptionniste etc.).

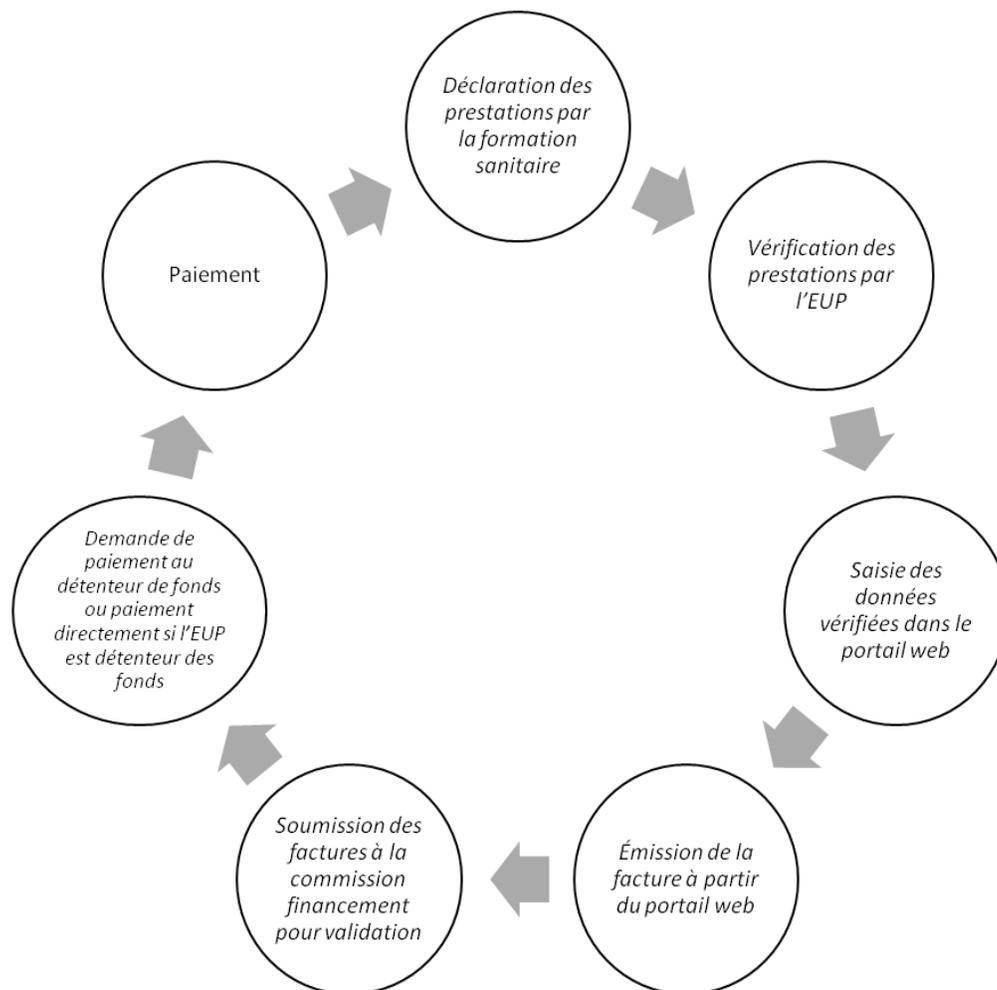
Bases techniques

Les EUP sont une forme d'outil de financement de la santé qui s'appuie fortement sur le renforcement de la décentralisation, une option constitutionnelle depuis 2006. Dans le cadre du FBP, ces entités fonctionnent selon les principes fondamentaux du financement basé sur la performance afin d'inciter la performance des structures de santé à travailler selon les normes et les objectifs du Ministère de la santé. Elles assurent pour le compte du Ministère de la Santé Publique, la fonction de vérification technique et communautaire et d'achat stratégique des prestations définies par le régulateur à travers des contrats de performance qu'elles signent avec les formations sanitaires et les associations locales de vérification pour renforcer la voix de la communauté.

Elle est constituée chacune, d'une équipe modeste de direction et un nombre raisonnable de vérificateurs formés en FBP en proportion de 1 pour 100.000 habitants au maximum. Ces vérificateurs vérifient à travers des missions cycliques dans les formations sanitaires, la matérialité des prestations avant que les structures ne soient payées.

Les EUP participent régulièrement aux réunions de la commission financement et couverture sanitaire universelle du CPP. Cette entité de pilotage renforce le dialogue sectoriel et la transparence dans le secteur de la santé. Les EUP forment les prestataires en FBP en collaboration avec la DPS, accompagnent l'élaboration et la validation des plans de management, négocient les contrats, coachent les prestataires sur l'utilisation des outils du FBP, procèdent aux vérifications périodiques des prestations, les valident avec les prestataires, établissent les factures générées par le portail web, les soumettent pour approbation, demandent que le paiement soit effectué par le détenteur de fonds, sur base d'un PV signé par les membres de la commission financement et couverture sanitaire universelle.

Figure 1: Le Cycle de paiement



Commission/GT financement du CPP

Cette commission rattachée au comité provincial de pilotage (CPP) joue le rôle du comité de pilotage FBP. Cette intégration des fonctions du comité de pilotage FBP se fait pour éviter de contribuer à la pullulation des comités de pilotage au sein du secteur de la santé. La commission financement et couverture sanitaire universelle jouera dans le cadre du FBP entre autres comme rôle :

Dans le cadre de ses relations avec les partenaires extérieurs :

1. Veiller à leur intégration dans la mise en œuvre de la stratégie du Financement Basé sur la Performance en intégrant au maximum les partenaires potentiels
2. Diriger les partenaires et leurs ressources vers les priorités identifiées par le Ministère de la Santé.

Dans le cadre de ses relations avec les formations sanitaires et niveaux décentralisés :

1. Participer à la validation des différents contrats pour la mise en œuvre de la stratégie du Financement Basé sur la Performance ;
2. Imposer le respect des contrats et règles, y compris le cas échéant par l'administration des sanctions prévues dans le contrat ;
3. Accepter ou rejeter la requête consolidée de paiement soumise par les entités décentralisées.
4. Solliciter un complément d'information le cas échéant ;
5. Aider les formations sanitaires et niveaux de pouvoir décentralisés à mettre en œuvre la stratégie du Financement Basé sur la Performance ;
6. Approuver les factures de paiement des formations sanitaires ;
7. Discuter des résultats de vérification et de contre vérification.

4. DEFINITIONS DES ROLES DES ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE

Rôle des acteurs du niveau central

1. La régulation sera assurée par le Ministère de la Santé à travers la **Direction d'Études et Planification du MSP (DEP)** qui , en plus de ses mandats et ses missions, coordonnera et exécutera le projet.Elle fera aussi office de l'ordonnateur de fonds. La DEP signera un contrat de performance avec le Secrétaire Général, sur la base de sa mission, et ces produits pouvant être vérifiés objectivement. La DEP procédera à la coordination et au suivi des contrats du projet.
2. **La Direction de Développement des Soins de Santé Primaires à travers sa Division du Système National d'Informations Sanitaire (DSNIS)** en matière de gestion des informations relatives à la santé sera renforcée. La Division du SNIS reçoit un appui technique et financier de la part des partenaires pour la mise en œuvre du DHIS-2, qui remplace le GESIS. En outre, la RDC a conçu une application Web pour le FBP sur la base du logiciel OpenRBF. L'application est accessible sur le site www.fbrsanterdc.cd/ afin d'améliorer la gouvernance dans ce domaine. Dans le cadre du PDSS, la division du SNIS sera renforcée afin de gérer efficacement les outils de communication. La gestion du portail Web sera assurée à un comité de gestion du Portail qui existe et qui a été installé par le SG et celle du DHIS-2 sera confiée à la division du SNIS sur la base de la signature d'un contrat de performance avec le Secrétaire Général de la Santé.
3. **La Cellule Technique - Financement Basé sur les Résultats (CT-FBR/MSP)** va appuyer les aspects techniques de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats. Elle va assurer la

promotion, l'harmonisation et la vulgarisation de la stratégie du FBR, ainsi que le suivi et l'accompagnement des provinces. Dans le cadre de ce projet, la CTF-FBR bénéficiera de l'appui des experts nationaux et internationaux afin de renforcer les capacités techniques de cette dernière, notamment sur le plan du suivi. La cellule technique prestera sur la base d'un contrat de performance conclu avec le Secrétaire Général de la Santé.

4. **La Cellule de Suivi et évaluation du MSP** procédera à l'évaluation des directions et cellules/divisions relevant du SG. Cette cellule agit sous l'autorité du SG et collaborera avec une agence externe pour procéder au suivi et évaluation des structures ayant signé un contrat axé sur les résultats dans le cadre de ce projet. Cette cellule préparera directement les rapports sur les résultats produits par chaque établissement sous-traitant. Dans ce cadre, elle procédera aussi à la vérification des prestations des Directions et Programmes centraux selon leur cadre de performances.
5. **La Cellule Technique élargie du Financement Basé sur les Résultats**, à vocation technique spécialisée, sera constituée de spécialistes en FBP issus d'organes divers, facilitera l'évaluation horizontale et appuiera à titre consultatif la mise en œuvre du projet. Ces spécialistes sont issus des différents organes du ministère et des organisations locales et internationales qui sont expérimentées dans le domaine du FBP.

Rôle des acteurs du niveau provincial

1. **La Division Provinciale de la Santé (DPS)** est le levier principal de la pyramide sanitaire dans les domaines techniques de la prestation et de la régulation des services de santé. Dans le cadre de la mise en œuvre de son plan d'action, la DPS signera avec le ministère provincial en charge de la Santé un contrat unique intégré, axé sur les résultats, qui sera évalué trimestriellement par une équipe ad hoc issue du CPP-SS constituée du gouvernement provincial; société civile et des PTF; semestriellement par la Cellule de Suivi et Evaluation du niveau national pour validation. Les DPS assument les fonctions suivantes, entre autres : (i) se rendre périodiquement dans leurs zones de santé pour les encadrer selon un plan d'encadrement, (ii) organiser des évaluations trimestrielles de la qualité dans les hôpitaux Généraux référence (HGR), en collaboration avec la cliniciens spécialisés dans la qualité des soins, et y participer ; et (iii) servir de secrétariat de la commission financement et couverture sanitaire universelle .
2. Élément institutionnel fondamental de la démarche du FBP en RDC, **la commission financement et couverture sanitaire universelle** veille à ce que la province gouverne convenablement la démarche. Au cours de sa réunion trimestrielle, le comité provincial doit approuver (ou modifier, le cas échéant) l'ensemble des factures des trois mois précédents devant être payées aux zones de santé au titre du FBP. Il doit également discuter les problématiques soulevées par la gestion décentralisée au titre du FBP.

- 3. Les Etablissements d'Utilité Publiques (EUP)**, inspirés de ceux qui ont été mis en place dans les Kivus, seront créés par le projet. Les 4 EUP FBP dans le Bandundu, le Katanga, le Maniema et l'Equateur seront chargées de l'achat de services auprès des prestataires. À cette fin, ils signeront des contrats de performance avec les structures sanitaires, ainsi qu'avec les entités de régulation (ECZS). Les contrats avec les structures sanitaires comprendront la liste des interventions devant être subventionnées par le modèle de FBP ; la grille d'évaluation qualité à appliquer ; et les engagements contractuels de chaque partie (par ex. : la préparation des plans d'activités, le coaching, les améliorations en termes de qualité, les paiements et les mécanismes de vérification; les prévisions budgétaires en fonction de l'outil d'indice). Les paiements du FBP seront faits sur une base trimestrielle après la vérification indépendante et selon les résultats en termes de quantité et qualité des services.

Les EUP seront accompagnés par la DEP/MSP, la CT-FBR et accompliront les tâches suivantes : (i) négocier et signer les contrats ; (ii) identifier en collaboration avec l'ECZS; les structures de santé avec lesquels des contrats seront conclus sur la base de la carte sanitaire provinciale de la santé et les normes actuelles relatives à la taille de la population desservie par chaque structure de santé ; (ii) négocier et valider avec les structures de santé des plans de gestion et des contrats de performance concernant les services contenus dans le PMA et le PCA ainsi que les services administratifs; (iii) former les prestataires de services de santé au FBP, en collaboration avec les équipes cadres des zones de santé ; (iv) vérifier la quantité de services dispensés par les structures de santé ; (v) accompagner les structures de santé, en collaboration avec les équipes sanitaires des zones de santé ; (vi) participer à l'évaluation du travail des équipes de gestion des zones de santé, en collaboration avec les Divisions Provinciales de la Santé ; (vii) sélectionner les organisations à base communautaire qui mèneront les sondages auprès des communautés sur la satisfaction de la clientèle ; (viii) saisir les informations sur la quantité et la qualité des services dans l'application Web ; (ix) surveiller le travail des antennes des EUP agissant sous leur supervision ; et (x) analyser et diffuser les résultats des enquêtes dans les communautés.

Étant donné l'accès géographique de certaines provinces, comme Équateur et Bandundu, les antennes des EUP seront créées pour que la vérification des quantités et l'organisation des sondages des communautés sur la satisfaction de la clientèle soient réalisées efficacement. Ces antennes seront administrées et supervisées par les principaux EUP, qui seront situés dans les chefs-lieux des provinces actuelles afin de participer à la concertation sectorielle et la dissémination des résultats.

Tableau II : Cartographie des EUP dans les provinces d'interventions

| Provinces | Siège principal de l'EUP ⁵ | Antenne |
|--|---------------------------------------|----------|
| Kwilu- Mai Ndombe-Kwango | Bandundu-Ville | Kikwit |
| | | Inongo |
| | | Kenge |
| Haut Katanga, le Lualaba et le Haut Lomami | Lubumbashi | Kasaji |
| | | Kamina |
| Maniema | Kindu⁶ | Kasongo |
| Tshuapa, Mongola, Equateur, Sud-Ubangi | Mbandaka | Boende |
| | | Lisala |
| | | Gemena |
| | | Mbandaka |

Les **Antennes des EUP** sont des entités déconcentrées des sièges qui s'occuperont principalement de la vérification pour atteindre certaines zones de santé éloignées.

4. Les **équipes-cadres de zone de santé** tiendront une place importante dans la régulation de la qualité des structures de santé. Au titre de la mise en œuvre du FBP, l'équipe de zone de santé signe avec l'EUP un contrat de performance. L'équipe de zone de santé sera chargée de : (i) organiser les réunions du comité de gestion (COGE) ; (ii) assurer le suivi de la gestion et l'utilisation des fonds pour aider la structure de santé sur la base des objectifs et cibles énoncés dans le plan de gestion ; (iii) participer aux discussions et négociations menées avec le gestionnaire de la structure de santé au sujet de l'échelle des honoraires ; (iv) par le biais des organisations à base communautaire qui disposent d'un contrat avec les EUP, faciliter les sondages des communautés sur la satisfaction de la clientèle ; (v) utiliser les résultats de ces sondages des communautés pour amplifier la voix de la communauté (vi) organiser l'évaluation de la qualité dans le centre de santé (vii) encadrer les structures sanitaires
5. Les **structures de santé** (hôpitaux généraux de référence et centres de santé) sont des entités où sont dispensés des soins et des services précis. Ces structures de santé qui peuvent être publiques, privées ou confessionnelles doivent accomplir les principales tâches suivantes : (i)

⁵ Il faut noter que le rayon d'action de l'EUP n'est pas limité au découpage des provinces. Un EUP peut couvrir plusieurs provinces et son siège est déterminé par ses statuts

⁶ Cette position sera discutée avec la province vu que l'ensemble des zones de santé sont situées au niveau de l'antenne. Le CA résidera à Kindu mais toute l'équipe EUP FBP sera basée à Kasongo.

dispenser un paquet minimum d'activités (centres de santé) ou un paquet complémentaire d'activités(HGR) basé sur les services traditionnels de médecine interne, de pédiatrie, de gynéco-obstétrique, de chirurgie et d'imagerie médicale - en fonction de la situation, et observer les normes imposées par la réglementation ; (ii) renforcer la gestion autonome des ressources humaines, financières et matérielles et exécuter les recommandations des missions de supervision ; (iii) signer un contrat de performance avec l'EUP, portant sur une liste de base de services sélectionnés ; (iv) élaborer un plan de gestion trimestriel ciblant l'amélioration de l'accès de la population à des services de santé de qualité; (v) formuler des procédures internes pour l'allocation de primes de rendement au personnel sur la base de l'outil des indices et de l'outil d'évaluation de la performance individuelle.

6. Sur la base d'un contrat conclu avec le Secrétaire Général , une **agence de contre-vérification externe (ACVE)** contrevérifiera (ex post, soit après paiement) le travail des équipes sanitaires des zones de santé, ainsi que la qualité des services dispensés dans les centres de santé et les hôpitaux.
7. Les **institutions communautaires** participeront à la mobilisation sociale et à la vérification communautaire afin que la population se fasse mieux entendre. La communauté est impliquée de la manière suivante (i) participation aux réunions du comité de gestion (COGE) et organisation des réunions du comité de développement de la santé (CODESA) ; (ii) gestion conjointe des fonds pour aider la structure de santé sur la base des objectifs et cibles énoncés dans le plan de gestion ; (ii) participation aux discussions et négociations menées avec le gestionnaire de la structure de santé au sujet de l'échelle des honoraires ; (iii) par le biais des organisations locales qui disposent d'un contrat avec les EUP, faciliter les sondages des communautés sur la satisfaction de la clientèle ; (iv) utiliser les résultats de ces sondages des communautés pour amplifier la voix des bénéficiaires.

5. LA VERIFICATION DES PRESTATIONS DANS LE FBP

Messages clés

1. La vérification permet de s'assurer de la matérialité de la quantité et qualité des prestations
2. Elle est faite sur base des supports de remplissage
3. Elle est réalisée par des vérificateurs issus des EUP
4. On ne peut pas payer une formation sanitaire sans vérification et validation des données

5. La vérification améliore l'information sanitaire, un pilier du système de santé et met en place un système de transparence qui renforce la gouvernance
6. La vérification de la qualité permet de montrer à la structure quel est son niveau actuel par rapport aux normes mais principalement quels sont les espaces d'amélioration
7. La vérification communautaire permet de mesurer le degré de la satisfaction des usagers

Définition

La **vérification** est le processus par lequel les résultats produits par les formations sanitaires et de l'administration de la santé sous contrat sont contrôlés.

La **contre- vérification** est le processus par lequel les résultats sont certifiés par l'ACVE. Cette contre-vérification est importante pour renforcer la rigueur de la vérification, et pour prévenir les fraudes et les tricheries. Les contre- vérifications sont effectuées selon le protocole. Les résultats de la contre-vérification sont discutés avec les communautés, les établissements de santé, l'administration de la santé, et dans les commissions financement. La fraude sera sanctionnée.

Types de vérification des prestations

Il existe dans le FBP deux types de vérification :

1. La vérification technique (ou administrative) qui est faite dans la structure contractante par des équipes techniques. Cette vérification se fait en deux temps :
 - a. La vérification quantitative des résultats déclarés par la structure
 - b. La vérification qualitative de ses prestations
2. La vérification communautaire qui est faite dans la communauté par des associations à assise communautaire. Cette vérification poursuit trois objectifs à savoir, la vérification de l'existence des patients déclarés par la structure, la vérification de l'effectivité des prestations déclarées et la vérification de la qualité perçue par la communauté.

Vérification technique quantitative

Identification des organes de vérification technique

A travers une convention signée avec le MSP/DEP et parmi les activités qu'ils auront à assurer, les Etablissements d'Utilité Publique s'occuperont de la vérification de la quantité des prestations fournies. Par ailleurs ils auront à : (i) identifier en collaboration avec la DPS les formations sanitaires à contracter , (ii) négocier des plans de management et des contrats (iii) assurer la formation des prestataires des services de santé sur le FBP en collaboration avec les ECZS, (iv)

assurer le coaching (en collaboration avec le ECZS) en FBP, et (vi) appuyer les ASLO pour l'organisation des enquêtes communautaires.

Nature des prestations concernées par la vérification technique

Dans le cadre du Financement Basé sur la Performance, une attention soutenue est mise dans la prestation des soins. Il s'agit des prestations des soins qui sont offerts par les formations sanitaires (les centres de santé et les hôpitaux généraux de référence).

- a) Dans les CS : il s'agit des soins curatifs, preventifs, promotionnels et de readaptation qui constituent le PMA.
- b) Dans les hôpitaux, il s'agit d'un paquet complémentaire d'activité. Les formations sanitaires sont responsables de la disponibilité de leurs moyens (médicaments etc) pour offrir ces services de santé. Les incitants qui sont donnés doivent leur permettre d'élargir l'accès de la population à ces services tant en réduisant les tarifs mais aussi en améliorant la qualité des soins.
- c) On note également les prestations administratives qui sont faites par les structures du niveau central, les DPS et les ECZS. Ces prestations sont par exemple, les supervisions, la tenue des revues mensuelles, le reporting, la gestion des stocks, le coaching, les évaluations qualité, l'organisation et la participation aux activités de formation etc.

Cycle de vérification technique quantitative

La vérification technique (ou administrative) quantitative se fait en 3 étapes : préparation de la vérification, la conduite de la vérification quantitative et le prélèvement de l'échantillon pour la vérification communautaire.

A) La phase préparatoire de la vérification

La phase préparatoire de la vérification comprend les activités suivantes :

1. Élaboration et diffusion du programme de descente dans les structures contractantes
2. La constitution des équipes des vérificateurs
3. La préparation logistique de la mission (ordres de mission, moyens de transport, canevas de vérification, fiches centralisatrices des échantillons, crayons et stylo de couleur, eau et nourriture, lampes de poches, fiches d'analyse des contraintes, ...)

B) La conduite de la vérification quantitative

La vérification quantitative est faite dans la structure contractante par des vérificateurs de l'AAP. Elle se fait selon les étapes suivantes :

1. Descente des vérificateurs de l'EUP dans la FOSA, accompagnés par un cadre de la Régulation si le coût le permet. Si non, le vérificateur doit s'annoncer au bureau de zone de santé
2. Etablissement consensuel d'un horaire de travail avec les acteurs des structures contractantes
3. Mise à disposition des outils de gestion/de collecte des données
4. Vérification des prestations déclarées dans le bordereau :
 - Remplir le canevas de vérification pour tous les indicateurs : les données du SNIS expédiés à la ZS et archivés dans la structure, les données déclarées du bordereau de prestation en relevant les discordances et en discutant les causes avec les membres de la structure ;
 - Procéder au comptage des nouveaux cas de la période, page par page pour chaque indicateur dans les registres ad hoc des structures contractantes, pour obtenir les données vérifiées.
 - Procéder au comptage des nouveaux cas disposant de toutes les informations complètes (nom complet, adresse complète, sexe, traitement,) selon le registre ad hoc, pour obtenir les données validées. Ces dernières seront prises en compte dans le paiement et dans l'échantillonnage de la vérification communautaire. et de la définition contractuelle de chaque indicateur.
 - Procéder à la **triangulation** des données pour confirmer les cas, en particulier en cas de discordance, de doute ou d'indicateur spécifique de grande pondération ; Les données contenues dans les registres doivent être croisées avec celles contenues dans d'autres supports d'informations (fiche de consultation ; partogrammes ; reçu et livre de caisse ; cahier de consommation journalière et fiche de stock de médicaments ; etc.) de la FOSA pour s'assurer de la conformité des données déclarées.
 - Relever les discordances entre les données du SNIS, les données déclarées, vérifiées et validées ; aider les prestataires à identifier les causes.

C) Tirage d'un échantillon pour la Vérification Communautaire

- a. Disposer les registres des prestations contractuelles dans un endroit isolé (les membres du CS ne **doivent pas** connaître les malades pris dans l'échantillon de vérification communautaire).
- b. Tirer pour chaque indicateur un échantillon aléatoire (1 à 3% des patients/clients figurants dans les registres sur une période de trois mois).
- c. Remplir pour chaque indicateur la fiche centralisatrice des échantillons
- d. Remettre les échantillons aux ASLO en utilisant la technique du patient fantôme

Cycle de vérification technique qualitative

Dans le FBP, la qualité est particulièrement suivie au niveau des prestations des soins. Pour cela des canevas d'évaluation de la qualité sont trimestriellement utilisés. La vérification qualitative se déroule également selon les trois étapes suivantes :

a) La phase préparatoire de la vérification technique qualitative (idem que pour la vérification quantitative)

b) La phase de la conduite de la vérification qualitative

1. Descente de l'équipe cadre de la zone de santé dans la FOSA
2. Etablissement consensuel d'un horaire de travail avec les acteurs des structures contractantes
3. Visite de l'établissement en ciblant les services et ouvrages à évaluer (laboratoire, trou à placenta, fosse à ordures, ...)
4. Évaluation des critères d'appréciation de la qualité dans chaque service ou département de la FOSA
5. Analyse approfondi des causes de mauvaise qualité

c) La phase du feed-back immédiat

Pour toutes les composantes ayant obtenu moins de 60%, des mesures immédiates doivent être discutées avec l'équipe pour corriger les déficiences observées.

NB : la vérification quantitative et qualitative peuvent se faire en même temps ou en différé.

Vérification communautaire

Identification des organes de vérification communautaire

L'EUP lance un avis de manifestation d'intérêt à l'adresse des associations locales actives reconnues officiellement dans la Zone. Chaque association pose sa candidature pour une zone d'intervention. La présélection est assurée par une Commission comprenant un représentant de l'ECZS, un membre de l'EUP et une personne de l'administration territoriale. Une seule association locale (ASLO) par zone de santé doit être sélectionnée mais cette association doit avoir une bonne couverture des aires de santé. Le choix s'opère de préférence parmi des associations qui ont des objectifs liés à la lutte contre la pauvreté et de développement communautaire, les associations paysannes, des femmes etc. Des écoles primaires ou membres des mutuelles de santé peuvent également être utilisées pour cette vérification.

L'ASLO qui signe le contrat doit être agréée par le Ministère de la justice ou à défaut être reconnue par le Territoire et avoir au moins une année d'existence. A défaut de l'expérience de deux ans, l'EUP examinera la possibilité de travailler avec une nouvelle association. L'ASLO ne doit pas avoir de lien avec la structure de santé de l'aire de santé à contrôler pour éviter des conflits d'intérêt. Les membres ne doivent pas être choisis parmi ceux du COSA ou du CODESA. Les ASLO vérifieront aussi le travail fait par les sites des soins communautaire dans le souci de s'assurer que les sites des soins communautaires offrent des services de qualité à la population

Profil des enquêteurs communautaires

L'ASLO sélectionnée propose pour formation des enquêteurs parmi ses membres. Elle choisit un maximum de six enquêteurs par aire de santé tout en respectant le genre. Après formation, sur les 6 enquêteurs, 4 enquêteurs dont au **moins 1 à 2 femmes** seront enrôlés dans les enquêtes organisées et chaque association garde toujours comme réservistes deux enquêteurs formés. Le choix des enquêteurs est basé sur les critères suivants :

- ✓ Bien lire, écrire et comprendre la langue locale ; la connaissance du français étant un atout ;
- ✓ Être disponible pendant quinze jours par trimestre pour faire les enquêtes ;
- ✓ Être capable et avoir la volonté de se déplacer jusqu'aux ménages situés à deux heures de marche, à pied ou avec ses propres moyens de transport (par exemple bicyclette) ;
- ✓ Être capable d'accomplir ses tâches dans une atmosphère familiale avec fidélité, discipline, franchise et intégrité.

Il est important de choisir au moins 30% des femmes parmi les vérificateurs communautaires à soumettre à la formation, étant donné la prédominance des femmes parmi les personnes soumises à l'enquête communautaire (prestations de santé de la mère et de l'enfant). En plus, les membres des ASLO devant mener ces enquêtes seront sélectionnés en fonction de la spécificité des certaines prestations qui exigent une confidentialité (ex. la PF qui exige des enquêteurs femmes,...). La vérification communautaire devra tenir compte de la confirmation du statut d'indigent pour les cas déclarés par la structure.

Nature des informations recherchées dans la vérification communautaire

Les vérificateurs de l'EUP remplissent une fiche d'échantillonnage résumant toutes les données concernant l'identification du patient et les prestations fournies par la FOSA (jour de visite, durée d'hospitalisation, examens de labo, etc.) et ils gardent cette fiche. Pour éviter les tricheries, il faut avoir un programme rotatoire des vérificateurs

Les vérificateurs remettent à l'association locale des fiches d'enquête reprenant seulement les détails nécessaires pour retrouver les patients à enquêter (nom et prénom, commune, colline, sous-colline, village de provenance, chef de famille) et les éléments d'enquête à vérifier au sujet du patient.

En distinguant ainsi fiches d'échantillonnage et fiches d'enquêtes, le vérificateur détient des informations que les enquêteurs ne peuvent pas connaître sans visiter le ménage et sans parler avec le patient ou au moins avec un membre de son ménage (âge du patient, date du contact avec la FOSA, durée d'hospitalisation, examens de laboratoire effectués, sexe de l'enfant vacciné, rang de la grossesse). Une part de l'information recueillie par l'enquêteur n'a donc pour objet que de permettre au vérificateur de s'assurer que l'enquêteur a bien visité les ménages à enquêter.

L'enquête communautaire comprend 3 volets :

1. *La vérification de l'existence des utilisateurs*
2. *La vérification de la prestation effectuée*
3. *La satisfaction des utilisateurs*

Cycle de vérification communautaire

La vérification communautaire se déroule également selon les trois étapes suivantes :

A) La phase préparatoire de la vérification communautaire

La phase préparatoire de la vérification communautaire comprend les activités suivantes :

1. Remplissage des fiches d'enquête communautaire par l'EUP. **Annexe 22**
2. Remise des fiches d'enquête aux ASLO ;
3. Élaborer et diffuser le programme d'exécution des enquêtes dans les aires de santé choisies (trimestriellement) par l'EUP. Il est important d'informer le chef de village qui communiquera le programme à sa population

B) La conduite de l'enquête communautaire

1. Mener la vérification au domicile des patients par les vérificateurs communautaires issus des ASLO/ONG/OAC pour remplir le formulaire d'enquête afin de :
 - Vérifier leur existence du cas déclarés
 - Vérifier l'effectivité des prestations déclarées
 - Recueillir leur satisfaction sur les services reçus (critères de satisfaction).

2. Élaborer le rapport de vérification communautaire
 3. Expédier les fiches à l'EUP FBP qui effectuera l'analyse des données collectées ainsi que les rapports de vérification de la qualité subjective des prestations fournies par les Fosa enquêtées
- L'enquête communautaire se fait à l'aide d'un questionnaire. **Annexe 21**

C) Restitution des résultats aux FOSA

À l'issue de cette vérification, les résultats seront restitués à la structure contractante et serviront de base pour l'élaboration des plans de gestion ou de management et la négociation des contrats. Les Equipes cadres de zone de santé apporteront un coaching qui vise à améliorer les services selon les points de vue des usagers.

Consolidation des données de vérification et Paiement des prestations livrées

Une des forces est que les données sont validées à la source (vérification systématique de la qualité des données), mais aussi à d'autres niveaux. En outre, les données sont utilisées de manière optimale à tous les niveaux (Centre de santé; HGR, BCZ, DPS et Secrétariat Général). Dans l'ensemble, cinq niveaux de contrôle / surveillance sont décrits dans l'approche FBP.

Chacun de ces cinq niveaux contribue à renforcer la fiabilité des données et les paiements liés au rendement. Les systèmes FBP sont extrêmement approfondis en ce sens qu'ils assurent la traçabilité jusqu'au consommateur de chaque FC ou USD payé pour un service

Le premier niveau de consolidation des données

Le premier niveau de consolidation des données est constitué par la structure de santé. Chaque structure élabore son plan de management dans lequel il décrit tous les services à subventionner sur base d'indicateurs du paquet d'activité de la structure ainsi que les cibles à atteindre pour chaque prestation. La structure de santé doit valider la qualité de ses données avant de les présenter aux autres parties prenantes du système. L'Équipe Cadre de la ZS et l'EUP doivent, lors des supervisions et du coaching des structures de santé sous FBP, renforcer leur capacité en matière de gestion et de validation des données à ce niveau.

Le deuxième niveau de consolidation des données

Le deuxième niveau de consolidation est constitué par les missions de vérification périodique de la quantité et de la qualité des données par l'EUP. La vérification est le processus par lequel les résultats produits par les formations sanitaires et de l'administration de la santé sous contrat sont contrôlés. Il existe deux types de vérification: la vérification ex-ante et la vérification ex-post. Vérification ex-ante est la vérification avant paiement et la vérification ex-post est une vérification qui est faite après que les résultats aient été payés.

L'EUP vérifie et valide les prestations déclarées par les structures de santé. Cette vérification se fait sur base des rapports d'activités de la structure (registres de base). Un bordereau des prestations est émis par la structure et est envoyé à l'EUP. Cette dernière contrôle la cohérence et la conformité des prestations déclarées par la structure à partir des registres. Elle fait aussi la triangulation avec les autres outils de gestion (livre de caisse, fiche de stock, fiche de suivi, partogramme, etc). Une vérification rigoureuse des prestations oblige la structure à avoir une bonne tenue des outils de gestion.

Les données validées sont des données quantitatives vérifiées dans les registres et respectant toutes les conditions de traçabilité exigées par le FBP, c'est-à-dire des données avec toutes les indications requises : noms, âge, adresse, diagnostic, numéro du dossier, traitement, date,...Ce sont les données validées qui sont facturées par l'EUP pour le paiement.

Les données vérifiées sont des données quantitatives comptées au niveau des registres sanitaires en enlevant les erreurs de numérotation ou de comptage. Ces données contiennent les cas de personnes enregistrées dans les registres même si toutes les données relatives à l'identification ou à la prise en charge du malade ne sont pas indiquées.

Le troisième niveau de consolidation des données

Le troisième niveau est constitué des réunions trimestrielles de la sous commission financement et contractualisation/Comité de pilotage FBP. Lors de ces réunions, les factures mensuelles des structures sont comparées avec la facture consolidée de la ZS trimestriellement et imprimée à partir de la base de données Web. Cette comparaison permet de détecter les erreurs de validation des données au niveau de la structure de santé et /ou de saisie de données au niveau de l'EUP. Outre, l'examen du score de qualité des structures de santé, la sous commission financement et contractualisation discute des progrès accomplis en rapport avec les plans de management. Les résultats des enquêtes communautaires et de la contre vérification sont aussi discutés et des grandes orientations sont données pour alimenter la rétro-information à adresser aux autorités, aux structures de santé et aux communautés.

Les procès-verbaux de ces procédures seront accompagnés d'une copie de la facture de la ZS consolidée trimestriellement, approuvée et déposée, avec copie à la Commission financement et couverture sanitaire universelle. Après approbation des factures consolidées à la réunion du comité, l'EUP peut procéder au paiement. Toutes les informations relatives au processus du paiement des performances à tous les niveaux sont publiées sur la page d'accueil de l'application Web (<http://www.fbrsanterdc.cd/>)⁷

⁷ Le site web sur portail va connaître des modifications au lancement du nouveau portail.

Le quatrième niveau de consolidation des données

Le quatrième niveau de consolidation des données consiste en l'évaluation de qualité de la structure. L'évaluation de la qualité technique de la structure de santé se fera, chaque trimestre, sur base d'une grille de qualité appropriée pour chaque niveau. L'évaluation de qualité de la structure est exprimée sous forme d'un score de qualité technique. La vérification de la qualité technique dans les centres de santé sera faite par l'ECZS. Pour les HGR, la vérification est faite par la DPS accompagnée de l'EUP et les pairs.

Cette évaluation comprends les volets clinique, gestion des ressources, organisation des services, hygiène, assurance qualité des soins et les finances etc. A la fin du processus, les évaluateurs doivent faire une analyse de chaque volet et proposer des actions correctrices d'amélioration y compris des mesures administratives. Des sanctions seront prises en fonction du niveau de réalisation des recommandations non exécutées constatées lors de la prochaine évaluation.

L'évaluation ex-ante de la qualité de l'HGR se fait par la DPS accompagnée par les pairs pour des raisons de coaching. La notation réelle des résultats est faite par ceux qui ne sont pas des hôpitaux pairs, avec les pairs dans un statut d'observateur (c'est à dire pas responsable de la notation réelle).

Le cinquième niveau de consolidation

Le cinquième niveau de consolidation de consolidation est constitué d'enquêtes de vérification communautaire et satisfaction des clients. La vérification communautaire a pour objectifs de :

- S'assurer que les données reprises dans les registres d'utilisation des services de la structure sont réelles et n'ont pas été délibérément falsifiées par les prestataires ;
- Recueillir les opinions des utilisateurs des services de santé sur la qualité des soins de santé offerts par la structure ;
- Vérifier principalement que les tarifs affichés ont été appliqués.

Elle est réalisée par des Associations Locale recrutées et ayant un contrat avec l'EUP.

6. LE CONTRAT DANS LE FBP

Messages clés

1. Le FBP est caractérisé et matérialisé par le contrat de performance signé entre l'EUP et le prestataire.
2. Il n'y a pas de FBP sans contrat négocié et signé librement entre l'EUP et le prestataire

3. Le contrat est le socle qui permet le démarrage effectif de FBP dans une structure
4. Dans le FBP, chaque contrat doit contenir un cadre de performance qui incite le prestataire à l'atteinte des objectifs fixés.

Définition du contrat

Le contrat est un document légal qui définit un engagement entre deux ou plusieurs partenaires qui s'obligent librement et mutuellement à atteindre un objectif commun. C'est donc un accord entre deux individus, deux entités qui s'entendent à faire ou ne pas faire quelque chose.

Structure du contrat

Le contrat est constitué de deux parties essentielles à savoir : la partie fixe et la partie variable

a) Partie fixe du contrat (Non négociable)

En RDC, il existe certains éléments qui ne peuvent pas être négociés dans un contrat de performance. Ces éléments ont une portée normative et concernent : i) le respect de la politique nationale adoptée dans le pays en matière de santé, ii) le respect de services constitutifs du paquet minimum d'activités pour le centre de santé, iii) le respect des services constituant le paquet complémentaire d'activités pour l'hôpital, iv) le respect des priorités adoptées dans le Plan National de Développement Sanitaire et v) les engagements nationaux et internationaux pris par le pays.

b) Partie variable (Négociable)

Cette partie du contrat de performance est négociable, elle se rapporte au choix des structures à appuyer, ii) prestations à acheter, iii) les barèmes des services, iv) les modalités pratiques de mise en œuvre du contrat, etc.

Types de contrats

Il existe deux types de contrats : le contrat classique et le contrat relationnel

Le contrat classique est caractérisé par :

- (a) Un objectif claire ;
- (b) Une durée limitée ;
- (c) Une prévisibilité des actions ;
- (d) Une opposabilité aux parties signataires au sens juridique ;
- (e) Contrat développé par des appels d'offre.

Des exemples des contrats classiques sont le contrat de construction d'une maison et le contrat pour les services de buanderie ou de sécurité d'un hôpital. Notons que dans le FBP, ce type de contrat est

difficile à appliquer étant donné que la réalité des services de santé est complexe et il est souvent hasardeux de prédire l'avenir.

Dans le FBP, il est conseillé d'appliquer le contrat relationnel.

Le contrat relationnel est caractérisé par :

- Leur caractère imprécis et incomplet ;
- La durée indéterminée pour la mise en œuvre des actions ;
- Les partenaires sont interdépendants et doivent donc coopérer ;
- Il faut de la confiance, une certaine latitude et flexibilité en cas d'imprévu ;
- Il est difficile de recourir au tribunal ; le contrat est fait sous forme d'un partenariat.

Un contrat valable doit remplir les conditions suivantes : (a) Un consentement libre et éclairé des parties ; (b) Les parties doivent disposer d'une personnalité juridique ; (c) Le contrat ne peut pas aller contre l'ordre public ou être en contradiction avec la loi ; (d) L'objet du contrat doit être certain et déterminé.

Le respect des termes du contrat varie selon qu'il s'agisse d'un contrat classique ou d'un contrat relationnel.

Rôles du contrat de performance dans le FBP

Les contrats sont établis à plusieurs niveaux : Au niveau central avec le Secrétaire Général, au niveau provincial avec le ministre provincial de la santé et au niveau périphérique avec l'EUP. Ce sont des outils qui déclinent très clairement les engagements et les droits des parties prenantes et leurs modalités de mise en œuvre. Ceux-ci sont décrits dans la section «contrats» et sont présentés dans leur intégralité dans les annexes du présent manuel.

Les contrats sont destinés à clarifier la performance attendue, et d'établir les règlements relatifs à l'approche FBP. Il est essentiel que tous ceux qui travaillent dans le FBP comprennent ces contrats de manière satisfaisante et que les informations soient partagées de manière symétrique, à savoir : la clarté dans les rôles et la performance attendue, la transparence des procédures de contrôle et une communication permanente des résultats à toutes les parties prenantes. Cela contribuera à réduire les risques et les coûts de transaction engagés dans le FBP.

La mise en œuvre du contrat fait appel à un certain nombre de modalités pratiques d'exécution qui définissent les différentes étapes et leurs activités ainsi que les échéances de réalisation. Dans le cadre du PDSS, un tableau de bord sera mis en place pour suivre la réalisation des différentes activités par les EUP d'une part et d'autre part celles réalisées par les prestataires à divers niveaux. Ce tableau de bord sera tenu par la DEP qui assure la coordination de ce projet. En province, ce tableau de bord sera tenu par la Sous-commission de financement au niveau de chaque DPS.

Quelques cas particuliers

En RDC, l'administration des soins de santé primaires n'est pas une exclusivité gouvernementale, pour contribuer à l'amélioration de l'état de santé de sa population, l'État Congolais a agréé d'autres structures sanitaires confessionnelles, privées à but lucratif et des structures sanitaires dans certaines entreprises.

La mise en œuvre de FBP se heurte souvent à la difficulté quant à la signature du contrat de performance entre l'EUP et le répondant de ladite structure : est-ce le gestionnaire ou le propriétaire de la structure qui doit signer ? Les expériences FBP dans le Sud Kivu avec le BDOM peuvent servir d'exemple pour régler ce problème.

L'expérience montre que si le gestionnaire signe sans impliquer le responsable ou propriétaire, ce dernier a tendance à fouler au pied les clauses contractuelles et si c'est le propriétaire qui signe sans impliquer le gestionnaire ce dernier ne se sent pas lié à ce contrat de performance, par conséquent, l'atteinte des cibles fixées ne sera pas sa priorité. Dans le souci d'impliquer tout le monde à ce processus nous pensons que le gestionnaire direct de la structure signe le contrat de performance, mais le propriétaire contresigne. Toutes fois, les clauses en rapport avec les recettes et les dépenses de la structure doivent être prévues et négociées dans ledit contrat afin de rendre toutes les parties redevables.

7. AUTONOMIE DES STRUCTURES DE SANTE

Messages-clés

1. Les responsables des structures décident librement de la manière la plus efficace d'utiliser leurs ressources pour atteindre les objectifs qui leur sont fixés ;
2. Cette autonomie ne signifie pas que les gestionnaires peuvent faire ce qu'ils veulent, sans le suivi du niveau hiérarchique. Cependant, ce dernier ne doit pas interférer dans la gestion quotidienne de la structure ;

3. Les responsables doivent avoir les instructions et disposer des connaissances et des compétences nécessaires pour appliquer les techniques de gestion en vue de rendre effective la bonne gouvernance ;
4. L'autonomie de gestion doit se faire en toute transparence.

Importance de l'autonomie dans le FBP

L'autonomie est un des principes de base du FBP. C'est la liberté dont dispose les structures pour gérer leurs ressources afin d'atteindre les objectifs fixés.

Dans le FBP, la gestion des structures et la fixation des stratégies deviennent une affaire interne dans laquelle, les autorités de santé et les EUP ne devraient pas interférer.

Il implique la séparation des fonctions entre l'acheteur et le prestataire, entre l'acheteur et le régulateur, entre régulateur et prestataire ainsi que la séparation des fonctions entre l'acheteur et le payeur des subsides. Chacun a une responsabilité distincte. Ce système présente l'avantage supplémentaire que les structures de santé publiques, privées et religieuses sont traitées exactement de la même façon et sans discrimination.

Toutefois, cette autonomie ne signifie pas que les gestionnaires peuvent faire ce qu'ils veulent. Ils doivent avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour appliquer les techniques de gestion en vue de rendre effectif la bonne gouvernance en la matière.

C'est dans cet esprit que les instruments de gestion ont été développés pour le FBP. Le plan de management et l'outil indices sont les deux outils principaux qui aident les responsables à gérer les ressources de la structure de manière transparente.

Importance de l'autonomie décisionnelle

L'autonomie décisionnelle dans la gestion des ressources est importante car :

1. La planification à travers le plan de management permet à chaque structure la fixation des stratégies adaptées à chaque contexte pour atteindre les objectifs fixés. Cette activité devient une affaire interne dans laquelle, les autorités de santé et les EUP ne doivent pas interférer. Les responsables des structures sont les mieux placés pour trouver des solutions pour résoudre les problèmes spécifiques qui sont uniques à chaque structure.
2. Ils doivent avoir la liberté d'assurer la gestion de leur personnel (demande de personnel supplémentaire, demande de mutation du personnel pléthorique, évaluation des performances individuelles). En RDC ; l'affectation du personnel selon les normes doit se faire à la demande des structures bénéficiaires.
3. Les fosa ont la liberté de négocier les tarifs de recouvrement des coûts avec leurs communautés.

4. Cette autonomie stimule l'esprit d'entrepreneuriat et de créativité des prestataires, afin de trouver des solutions appropriées.
5. Le personnel d'une FOSA autonome est peu probable d'utiliser l'argent d'une mauvaise manière, car il y a de la concurrence pour les contrats et cela permettra de corriger de tels comportements.
6. En rapport avec la gestion des médicaments, étant donné la situation en RDC caractérisée par la pullulation des fournisseurs non qualifiés, la présence des plusieurs médicaments dangereux, la faible régulation du SNAME, les structures sanitaires auront la liberté de s'approvisionner uniquement auprès des fournisseurs agréés et certifiés. Les médicaments doivent être utilisés selon les principes nationaux. **Annexe 31**

Domaines de l'autonomie

L'autonomie s'applique dans les domaines suivants **dans le respect des normes du MSP.**

1. Gestion des Ressources humaines
2. Gestion du matériel
3. Gestion financière
4. Gestion des MEG et autres intrants
5. Fixation des tarifs

La Tarification forfaitaire, un outil clés dans les structures sanitaire

Par rapport au point sur la tarification, celui-ci constitue une clé de voute pour l'amélioration de l'utilisation des services. Dans le cadre de la mise en œuvre du PDSS, la tarification forfaitaire sera encouragée et utilisée dans toutes les structures de santé qui seront appuyées.

La tarification forfaitaire ou paiement par épisode (ou forfait ou 'flat fee' en anglais) est une méthode de paiement qui nécessite une rationalisation stricte des soins de santé et qui est basée sur la solidarité entre les cas compliqués et les cas non compliqués. Les 2 groupes paient le même prix. Les cas non compliqués, la majorité des patients, paient un petit peu plus pour leurs soins, tandis que les cas compliqués, qui représentent des exceptions dans les soins de santé primaires, épargnent beaucoup sur leurs dépenses. Ce mode de paiement est peu pratiqué en RD Congo et dans les différents niveaux du système de santé, mais il a déjà prouvé sa valeur dans plusieurs autres pays africains. Les avantages se manifestent à 2 niveaux :

- i. Les cas compliqués, qui normalement devraient payer des sommes inabordables, seront subsidiés par le grand groupe des cas non compliqués.
- ii. Le processus de rationalisation et d'élaboration de protocoles mènera à un prix réduit pour chaque raison de consultation en éliminant les actes et médicaments non indispensables.

Théorie normative

La tarification forfaitaire (par épisode de maladie) représente un meilleur compromis par rapport à la tarification éclatée (à l'acte) dans la mesure où elle répond aux objectifs de la théorie normative ci-dessous :

- i. Être compatible avec le principe de la continuité des soins ;
- ii. Maintenir les citoyens conscients des coûts réels afin de pouvoir participer de façon responsable à la prise de décision concernant les priorités ;
- iii. Contenir des éléments de solidarité sociale, et
- iv. Assurer la viabilité / pérennité des structures nécessaires de l'offre,

Elle est cependant plus 'risquée' que la tarification éclatée du fait qu'elle ouvre la porte à une certaine sélection adverse du côté des utilisateurs, mais moyennant certaines précautions et conditions environnementales ce risque peut être gérable.

Théorie du mécanisme économique / comportemental

Par rapport à la tarification éclatée à l'acte (ou au produit), la tarification forfaitaire pas épisode conduira

- à une prise en charge complète, puisque le traitement entier est inclus dans le forfait ;
- à une prise en charge (prescription) plus rationnelle, puisque les prestataires n'ont pas d'incitant à prescrire trop pour gagner plus ;
- à un prix prévisible pour les patients, facilitant la mobilisation éventuelle d'argent autour de la décision de consulter. On pourrait donc s'attendre à une augmentation de la fréquentation ;
- la TF facilitera la contractualisation entre prestataires et mutuelles de santé, réduisant ainsi les frais de transaction et les frais administratifs. Même en dehors de la relation prestataires-mutuelles, la TF représente une simplification de gestion pouvant conduire à des gains importants d'efficience.

Leçons apprises de l'expérience

De l'expérience de plusieurs acteurs, combinée à des considérations théoriques, ce mode de paiement atteint ses objectifs quand les conditions suivantes sont réunies :

- La consultation curative doit être perçue comme un événement global, y compris l'interaction personnelle entre soignant et soigné, et non pas comme une simple occasion d'acquisition de médicaments. Ceci constitue un défi important pour les prestataires, y compris un bon dialogue avec les utilisateurs pour faire passer ce message et le traduire en plus-value réelle et concrète ;

- Le risque de sélection adverse doit être minimisé. Ceci implique que l'éventail de choix alternatifs pour les utilisateurs ne soit pas trop grand et que ces choix alternatifs éventuels ne se profilent pas de façon agressive ;
- La qualité de l'offre doit être perçue comme suffisante. Ceci implique au moins que les traitements promis par le tarif forfaitaire doivent effectivement être disponibles ;
- Le tarif forfaitaire ne doit pas être augmenté à un rythme trop élevé.

Ainsi donc, dans le cadre de l'achat des services, on veillera à ce que :

1. Les tarifs soient des **tarifs forfaitaires**
2. Que les tarifs **soient abaissés** à un niveau qui permet l'accessibilité financière de la population
3. Que les tarifs soient **affichés** afin qu'ils soient connus par la population
4. Que les tarifs soient **respectés** (cet aspect de choses sera vérifié lors de la vérification communautaire)
5. Ces tarifs seront **plafonnés** et bénéficieront d'une vérification communautaire très serrée pour se rassurer qu'ils sont respectés.

8. MONTAGE INSTITUTIONNEL DU PDSS

Les dispositions administratives sont les suivantes :

Au niveau central

Au niveau central, le ministre de la Santé publique (MSP) exécutera le projet par le biais de la direction d'étude et planification (DEP). Les capacités étant actuellement faibles dans les domaines de la coordination de projet, de la gestion financière et de la passation des marchés, la DEP bénéficiera d'un renforcement durable à l'aide de l'assistance technique qui sera recrutée localement en matière de mise en œuvre du projet et de coordination du FBP.

Au niveau provincial

Au niveau décentralisé la mise en œuvre du projet sera assurée par les **Divisions provinciales de la santé (DPS) et les établissements d'utilité publique**. Au niveau provincial, les Divisions provinciales de la santé, avec le soutien des EUP, seront chargées de la préparation des plans de travail et budgets annuels des provinces. La DPS aura, entre autres comme fonctions : (i) Renforcer les visites de supervision formative intégrée de qualité des ECZS, (ii) Organiser et participer aux évaluations de la qualité des Hôpitaux généraux de référence (iii) Assurer le secrétariat de la sous commission financement et contractualisation.

Au niveau de la ZS

L'équipe cadre de la ZS : Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, l'équipe Cadre de la ZS signe un contrat de performance avec l'EUP. L'ECZS a pour entre autres fonctions : (i) Organiser un contrôle de la qualité des soins et de services une fois par trimestre dans les formations sanitaires, (ii) Apporter un appui technique (supervision, coaching, respect des normes etc) aux formations sanitaires et (iii) Renforcer l'analyse et la consolidation des données SNIS et faire une rétro-information sur la quantité et la qualité des prestations des structures de santé ainsi que l'accompagnement des prestataires dans l'organisation des services et dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur plan de management.

Les **prestataires** : les structures de santé sélectionnées, publiques ou privées ont entre autres missions : (i) Offrir un paquet minimum ou complémentaire d'activités (promotionnelles, préventives, curatives, réadaptatives et administratives), (ii) Renforcer la gestion des ressources humaines, financières et matérielles, (iii) Signer le contrat de performance avec l'EUP, (iv) Élaborer le plan de management de la structure, (v) Faire le suivi de leurs performances (vi) Élaborer les modalités internes d'attribution des primes de performance au personnel (outil indice).

Au niveau des EUP

Les Etablissement à Utilité Publique auront une convention avec le Ministère de la Santé/DEP et s'occuperont des activités suivantes : (i) identifier en collaboration avec la DPS les formations sanitaires à contracter, (ii) négocier des plans de management et des contrats (iii) assurer la formation des prestataires des services de santé sur le FBP en collaboration avec les ECZS, (iv) vérifier la quantité des prestations fournies, (v) assurer le coaching (en collaboration avec le ECZS) en FBP, et (vi) appuyer les ASLO pour l'organisation des enquêtes communautaires. L'EUP incite les prestataires à améliorer la planification des activités, la gestion des ressources, le suivi des prestations et l'utilisation des données de la structure de santé. Elle participe au renforcement de la voix de la population à travers les enquêtes communautaires de vérification et de satisfaction. Pour assurer la transparence du processus de paiement, l'EUP s'occupera également de la saisie des données quantitatives et qualitatives dans l'application Web.

L'Agence de contre vérification Externe

L'Agence de contre vérification Externe (ACVE), contractée par le MSP effectue des enquêtes de **contre-vérification** dans la communauté, dans les formations sanitaires (qualité et quantité) et dans toutes les autres structures sous contrats de performance.

La Communauté

La Communauté est impliquée dans l'approche FBP par sa participation / supervision : (i) des comités de développement du secteur de la santé (CODESA) ; (ii) La co-gestion sur l'utilisation des ressources selon le plan de management; (iii) La participation aux discussions et aux négociations avec le gestionnaire sur la fixation des tarifs y compris ceux des indigents ; (iv) La participation au marketing social des activités du PMA à travers l'appui des relais communautaires (RECO) et (v) de la vérification au sein de la

communauté de l'existence des utilisateurs des services de santé et l'évaluation de la satisfaction des patients (ASLO).

Figure 2 : Montage institutionnel du PDSS

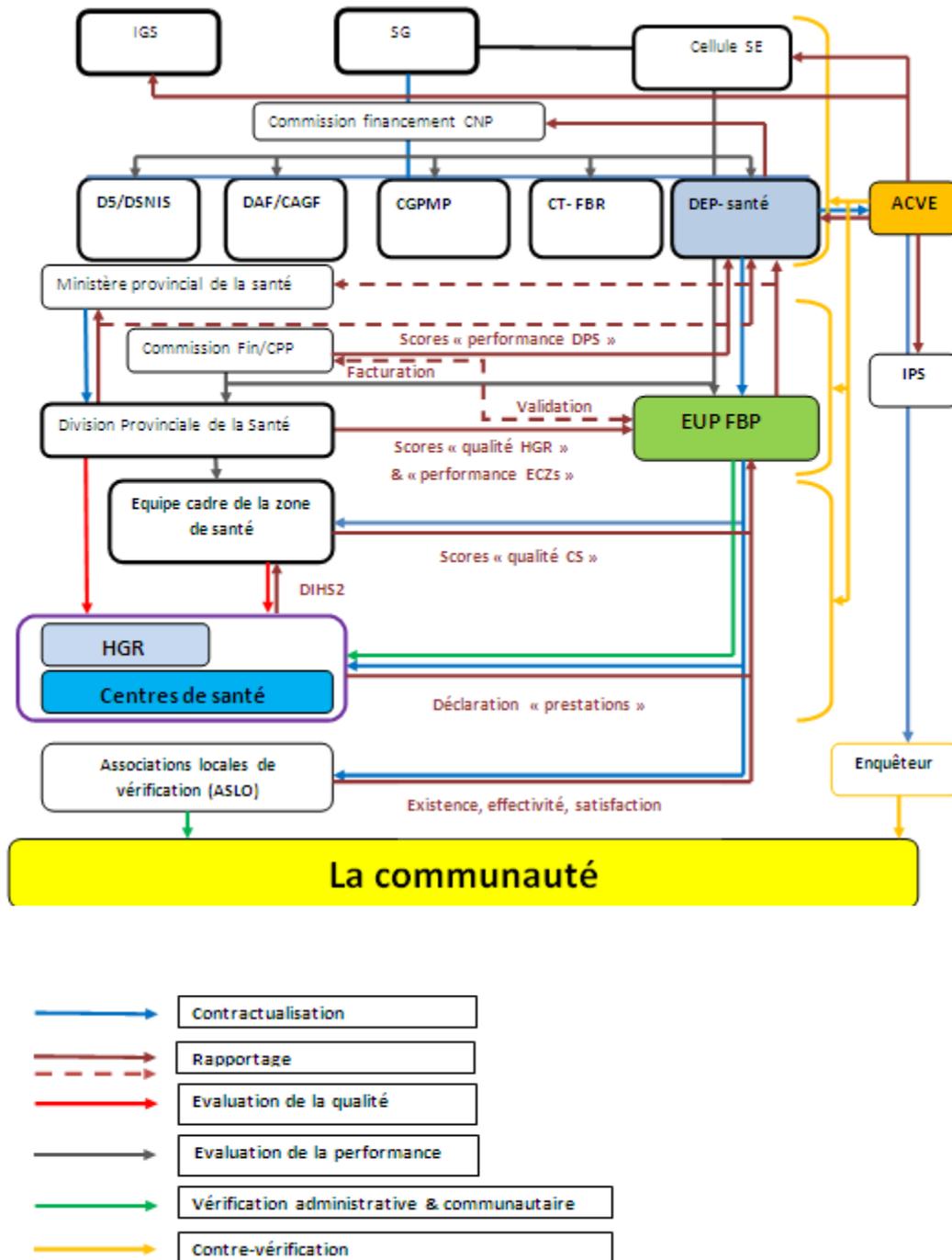


Tableau I : ZS ciblées dans les anciennes provinces du Bandundu, de l'Équateur, du Katanga et du Maniema dans l'approche FBP

| N° | PROVINCES ANCIENNES | PROVINCES NOUVELLES | ZONE DE SANTE | CLASSE EQUITE | HGR | AS OFFICIEL |
|----|---------------------|---------------------|-----------------|---------------|-----|-------------|
| 1 | Equateur | Equateur | Mbandaka | 0 | 1 | 15 |
| 2 | Equateur | Equateur | Bolenge | 10% | 1 | 11 |
| 3 | Equateur | Equateur | Wangata | 10% | 1 | 13 |
| 4 | Equateur | Equateur | Basankusu | 10% | 1 | 27 |
| 5 | Equateur | Equateur | Djombo | 10% | 1 | 14 |
| 6 | Equateur | Equateur | Bikoro | 10% | 1 | 21 |
| 7 | Equateur | Equateur | Iboko | 10% | 1 | 15 |
| 8 | Equateur | Equateur | Ntongo | 10% | 1 | 14 |
| 9 | Equateur | Equateur | Bolomba | 10% | 1 | 29 |
| 10 | Equateur | Equateur | Lolanga-Mampoko | 10% | 1 | 13 |
| 11 | Equateur | Equateur | Monieka | 10% | 1 | 12 |
| 12 | Equateur | Equateur | Bomongo | 10% | 1 | 16 |
| 13 | Equateur | Equateur | Lilanga-Bobangi | 10% | 1 | 13 |
| 14 | Equateur | Equateur | Mankanza | 10% | 1 | 17 |
| 15 | Equateur | Equateur | Ingende | 10% | 1 | 18 |
| 16 | Equateur | Equateur | Lotumbe | 10% | 1 | 18 |
| 17 | Equateur | Equateur | Lukolela | 10% | 1 | 14 |
| 18 | Equateur | Equateur | Irebu | 10% | 1 | 7 |
| 19 | Equateur | Tshuapa | Befale | 25% | 1 | 15 |
| 20 | Equateur | Tshuapa | Mompono | 25% | 1 | 15 |
| 21 | Equateur | Tshuapa | Boende | 25% | 1 | 33 |
| 22 | Equateur | Tshuapa | Wema | 25% | 1 | 17 |
| 23 | Equateur | Tshuapa | Bokungu | 25% | 1 | 19 |
| 24 | Equateur | Tshuapa | Busanga | 25% | 1 | 14 |
| 25 | Equateur | Tshuapa | Yalifafu | 25% | 1 | 18 |
| 26 | Equateur | Tshuapa | Djolu | 25% | 1 | 26 |
| 27 | Equateur | Tshuapa | Lingomo | 25% | 1 | 17 |
| 28 | Equateur | Tshuapa | Ikela | 25% | 1 | 19 |
| 29 | Equateur | Tshuapa | Mondombe | 25% | 1 | 20 |
| 30 | Equateur | Tshuapa | Monkoto | 25% | 1 | 22 |
| 31 | Equateur | Mongala | Bongandanga | 25% | 1 | 24 |
| 32 | Equateur | Mongala | Boso Mondanda | 25% | 1 | 17 |
| 33 | Equateur | Mongala | Bosondjo | 25% | 1 | 28 |
| 34 | Equateur | Mongala | Pimu | 25% | 1 | 26 |
| 35 | Equateur | Mongala | Bumba | 25% | 1 | 17 |

| N° | PROVINCES ANCIENNES | PROVINCES NOUVELLES | ZONE DE SANTE | CLASSE EQUITE | HGR | AS OFFICIEL |
|----|---------------------|---------------------|---------------|---------------|-----|-------------|
| 36 | Equateur | Mongala | Lolo | 25% | 1 | 21 |
| 37 | Equateur | Mongala | Yamaluka | 25% | 1 | 22 |
| 38 | Equateur | Mongala | Yambuku | 25% | 1 | 40 |
| 39 | Equateur | Mongala | Yamongili | 25% | 1 | 22 |
| 40 | Equateur | Mongala | Binga | 25% | 1 | 32 |
| 41 | Equateur | Mongala | Manzi | 25% | 1 | 17 |
| 42 | Equateur | Mongala | Lisala | 25% | 1 | 34 |
| 43 | Equateur | Sud-Ubangi | Bangabola | 15% | 1 | 12 |
| 44 | Equateur | Sud-Ubangi | Budjala | 15% | 1 | 13 |
| 45 | Equateur | Sud-Ubangi | Bulu | 15% | 1 | 12 |
| 46 | Equateur | Sud-Ubangi | Mbaya | 15% | 1 | 8 |
| 47 | Equateur | Sud-Ubangi | Ndage | 15% | 1 | 18 |
| 48 | Equateur | Sud-Ubangi | Bogosenubea | 15% | 1 | 18 |
| 49 | Equateur | Sud-Ubangi | Bominenge | 15% | 1 | 13 |
| 50 | Equateur | Sud-Ubangi | Bwamanda | 15% | 1 | 16 |
| 51 | Equateur | Sud-Ubangi | Gemena | 15% | 1 | 21 |
| 52 | Equateur | Sud-Ubangi | Tandala | 15% | 1 | 16 |
| 53 | Equateur | Sud-Ubangi | Bokonzi | 15% | 1 | 16 |
| 54 | Equateur | Sud-Ubangi | Boto | 15% | 1 | 17 |
| 55 | Equateur | Sud-Ubangi | Kungu | 15% | 1 | 21 |
| 56 | Equateur | Sud-Ubangi | Libenge | 15% | 1 | 19 |
| 57 | Equateur | Sud-Ubangi | Mawuya | 15% | 1 | 13 |
| 58 | Equateur | Sud-Ubangi | Zongo | 15% | 1 | 12 |
| 59 | Bandundu | Mai-Ndombe | Bosobe | 20% | 1 | 20 |
| 60 | Bandundu | Mai-Ndombe | Bolobo | 20% | 1 | 27 |
| 61 | Bandundu | Mai-Ndombe | Inongo | 20% | 1 | 34 |
| 62 | Bandundu | Mai-Ndombe | Kiri | 20% | 1 | 19 |
| 63 | Bandundu | Mai-Ndombe | Kwamouth | 20% | 1 | 23 |
| 64 | Bandundu | Mai-Ndombe | Mimia | 20% | 1 | 14 |
| 65 | Bandundu | Mai-Ndombe | Ntandembelo | 20% | 1 | 19 |
| 66 | Bandundu | Mai-Ndombe | Bandjow Moke | 20% | 1 | 17 |
| 67 | Bandundu | Mai-Ndombe | Nioki | 20% | 1 | 23 |
| 68 | Bandundu | Mai-Ndombe | Oshwe | 20% | 1 | 28 |
| 69 | Bandundu | Mai-Ndombe | Yumbi | 20% | 1 | 18 |
| 70 | Bandundu | Mai-Ndombe | Pendjaw | 20% | 1 | 23 |
| 71 | Bandundu | Mai-Ndombe | Mushie | 20% | 1 | 21 |
| 72 | Bandundu | Mai-Ndombe | Bokoro | 20% | 1 | 26 |
| 73 | Bandundu | Kwilu | Bagata | 25% | 1 | 18 |

| N° | PROVINCES ANCIENNES | PROVINCES NOUVELLES | ZONE DE SANTE | CLASSE EQUITE | HGR | AS OFFICIEL |
|-----|---------------------|---------------------|---------------|---------------|-----|-------------|
| 74 | Bandundu | Kwilu | Kikongo | 25% | 1 | 20 |
| 75 | Bandundu | Kwilu | Sia | 25% | 1 | 20 |
| 76 | Bandundu | Kwilu | Bulungu | 20% | 1 | 26 |
| 77 | Bandundu | Kwilu | Djuma | 20% | 1 | 28 |
| 78 | Bandundu | Kwilu | Lusanga | 20% | 1 | 30 |
| 79 | Bandundu | Kwilu | Vanga | 20% | 1 | 28 |
| 80 | Bandundu | Kwilu | Bandundu | 20% | 1 | 17 |
| 81 | Bandundu | Kwilu | Gungu | 25% | 1 | 30 |
| 82 | Bandundu | Kwilu | Kingandu | 25% | 1 | 17 |
| 83 | Bandundu | Kwilu | Mukedi | 25% | 1 | 26 |
| 84 | Bandundu | Kwilu | Mungindu | 20% | 1 | 18 |
| 85 | Bandundu | Kwilu | Idiofa | 20% | 1 | 39 |
| 86 | Bandundu | Kwilu | Ipamu | 20% | 1 | 24 |
| 87 | Bandundu | Kwilu | Kimputu | 20% | 1 | 24 |
| 88 | Bandundu | Kwilu | Koshibanda | 20% | 1 | 26 |
| 89 | Bandundu | Kwilu | Mokala | 25% | 1 | 26 |
| 90 | Bandundu | Kwilu | Kikwit-Sud | 20% | 1 | 21 |
| 91 | Bandundu | Kwilu | Kikwit-Nord | 20% | 1 | 19 |
| 92 | Bandundu | Kwilu | Masimanimba | 20% | 1 | 20 |
| 93 | Bandundu | Kwilu | Moanza | 20% | 1 | 20 |
| 94 | Bandundu | Kwilu | Mosango | 20% | 1 | 16 |
| 95 | Bandundu | Kwilu | Pay Kongila | 20% | 1 | 21 |
| 96 | Bandundu | Kwilu | Yasabonga | 20% | 1 | 22 |
| 97 | Bandundu | Kwango | Feshi | 20% | 1 | 16 |
| 98 | Bandundu | Kwango | Kisandji | 20% | 1 | 12 |
| 99 | Bandundu | Kwango | Mwela Lemba | 20% | 1 | 14 |
| 100 | Bandundu | Kwango | Kahemba | 20% | 1 | 28 |
| 101 | Bandundu | Kwango | Kajiji | 20% | 1 | 19 |
| 102 | Bandundu | Kwango | Kasongolunda | 20% | 1 | 20 |
| 103 | Bandundu | Kwango | Kitenda | 20% | 1 | 17 |
| 104 | Bandundu | Kwango | Panzi | 20% | 1 | 21 |
| 105 | Bandundu | Kwango | Tembo | 20% | 1 | 14 |
| 106 | Bandundu | Kwango | Wamba Luadi | 20% | 1 | 15 |
| 107 | Bandundu | Kwango | Boko | 20% | 1 | 20 |
| 108 | Bandundu | Kwango | Kenge | 20% | 1 | 18 |
| 109 | Bandundu | Kwango | Kimbao | 20% | 1 | 20 |
| 110 | Bandundu | Kwango | Popokabaka | 20% | 1 | 25 |
| 111 | Katanga | Haut - Katanga | Kafubu | 10% | 0 | 12 |

| N° | PROVINCES ANCIENNES | PROVINCES NOUVELLES | ZONE DE SANTE | CLASSE EQUITE | HGR | AS OFFICIEL |
|-----|---------------------|---------------------|----------------|---------------|-----|-------------|
| 112 | Katanga | Haut - Katanga | Kasenga | 10% | 1 | 13 |
| 113 | Katanga | Haut - Katanga | Kashobwe | 10% | 1 | 8 |
| 114 | Katanga | Haut - Katanga | Kilwa | 10% | 1 | 20 |
| 115 | Katanga | Haut - Katanga | Kipushi | 10% | 1 | 14 |
| 116 | Katanga | Haut - Katanga | Lukafu | 10% | 0 | 11 |
| 117 | Katanga | Haut - Katanga | Pweto | 10% | 1 | 16 |
| 118 | Katanga | Haut - Katanga | Sakania | 10% | 1 | 17 |
| 119 | Katanga | Haut - Lomami | Malemba Nkulu | 25% | 1 | 23 |
| 120 | Katanga | Haut - Lomami | Mulongo | 25% | 1 | 23 |
| 121 | Katanga | Haut - Lomami | Lwamba | 25% | 1 | 18 |
| 122 | Katanga | Haut - Lomami | Mukanga | 25% | 1 | 18 |
| 123 | Katanga | Haut - Lomami | Bukama | 25% | 1 | 18 |
| 124 | Katanga | Haut - Lomami | Kinkondja | 25% | 1 | 23 |
| 125 | Katanga | Haut - Lomami | Kabondo dianda | 25% | 1 | 18 |
| 126 | Katanga | Haut - Lomami | Butumba | 25% | 1 | 13 |
| 127 | Katanga | Kolwezi | Kasaji | 15% | 1 | 24 |
| 128 | Katanga | Kolwezi | Dilolo | 15% | 1 | 20 |
| 129 | Katanga | Kolwezi | Kafakumba | 15% | 1 | 13 |
| 130 | Katanga | Kolwezi | Sandoa | 15% | 1 | 24 |
| 131 | Katanga | Kolwezi | Kalamba | 15% | 1 | 17 |
| 132 | Katanga | Kolwezi | Kapanga | 15% | 1 | 24 |
| 133 | Maniema | Sud-Maniema | Kasongo | 25% | 1 | 20 |
| 134 | Maniema | Sud-Maniema | Kibombo | 25% | 1 | 12 |
| 135 | Maniema | Sud-Maniema | Kabambare | 25% | 1 | 10 |
| 136 | Maniema | Sud-Maniema | Kunda | 25% | 1 | 26 |
| 137 | Maniema | Sud-Maniema | Lusangi | 25% | 1 | 15 |
| 138 | Maniema | Sud-Maniema | Tunda | 25% | 1 | 11 |
| 139 | Maniema | Sud-Maniema | Samba | 25% | 1 | 10 |
| 140 | Maniema | Sud-Maniema | Saramabila | 25% | 1 | 14 |

9. PRESTATION DES SERVICES

Les prestations sont des soins de santé offerts aux individus, aux familles et aux communautés par les structures de santé et les entités d'administration sanitaire, permettant de maintenir ou de restaurer l'état de santé. C'est l'ensemble d'actions, de mesures, de techniques et de procédés dont un individu ou une famille ou une communauté a besoin.

Messages clés

1. Les prestations produites doivent remplir les caractéristiques suivantes : l'efficacité, la continuité, la globalité et l'intégration.
5. Elles doivent être accessibles et acceptables (rencontrent les attentes des communautés du point de vue psycho-socio-culturelle) par les utilisateurs.
2. Elles sont regroupées en PMA (CS), en PCA (HGR) et en service administratif.

Les paquets des services

Il existe trois groupes d'activités :

1. Le premier pour le service de santé de premier échelon, c'est le paquet minimum d'activités (PMA) dispensé au centre de santé. Cette liste est à **l'annexe 1**
2. Le deuxième pour le service de santé de deuxième échelon, c'est le paquet complémentaire d'activités (PCA) dispensé à l'hôpital général de référence. Cette liste est à **l'annexe 2**
3. Le troisième pour les entités de régulation, ce sont les activités d'administration sanitaire.

La définition de ces paquets fait référence au document des normes sanitaires du MSP de 2006.

Sur base des priorités de santé publique telles que définies dans le PNDS, le PMA est composé de 22 services et le PCA est composé de 24 services, tel que représenté dans le tableau ci-après. Ces paquets mettent un accent sur la santé des femmes et des enfants.

Les services du PMA et du PCA

PMA - le paquet minimum d'activités à l'échelon du centre de santé et de la communauté est constitué de 22 services. Ces derniers sont en cours de révision pour les centrer davantage sur les maladies tropicales négligées.⁸

⁸D'autres services peuvent être inclus si les régulateurs pensent qu'ils constituent une priorité de santé publique

Tableau II: Les services subsidiés du PMA

| |
|---|
| 1. Nouvelle consultation curative |
| 2. Nouvelle consultation curative pour des personnes indigentes (exonération des honoraires atteignant au plus 5 % du volume) |
| 3. Chirurgie mineure |
| 4. Patients en état grave (cas) référés par les CS et arrivés à l'HGR |
| 5. Enfant complètement vacciné |
| 6. VAT 2+ : deuxième à cinquième vaccin antitétanique |
| 7. TPI 3 : Troisième dose de la Sulfadoxine Pyriméthamine chez la femme enceinte |
| 8. Consultation prénatale : 1ère visite |
| 9. Consultation prénatale : 4ème visite |
| 10. Accouchement assisté |
| 11. Consultation postnatale |
| 12. Planification familiale : utilisateur nouveau et récurrent des méthodes modernes de planification familiale (pilule et injection) |
| 13. Planification familiale : stérilet et implants |
| 14. Surveillance de la croissance : enfant âgé de 6 à 23 mois dont la croissance est surveillée (en cours de discussion) |
| 15. Surveillance de la croissance : enfant âgé de 24 à 59 mois dont la croissance est surveillée |
| 16. Visite à domicile : (évacuation des déchets ménagers ; latrines ; présence d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide ; accès à l'eau potable ; utilisation de la planification familiale, y compris le préservatif, statut vaccinal ; état nutritionnel des enfants) |
| 17. Dépistage Conseil du VIH Initié par le Prestataire (DCIP) |
| 18. Prévention de la transmission mère à enfant du VIH : femme enceinte VIH + mise sous protocole de traitement ARV |
| 19. Prévention de la transmission mère à enfant du VIH : enfant né de mère séropositive mis sous traitement aux ARV |
| 20. Patient mis sous protocole ARV et vu tous les six mois |
| 21. Patient souffrant de tuberculose pulmonaire avec BK diagnostiqué |
| 22. Patient souffrant de tuberculose pulmonaire avec BK traité et guéri |

Le paquet complémentaire d'activités (PCA) dispensé à l'hôpital Général de référence⁹ est constitué de 24 services. Ces derniers sont en cours de révision pour les centrer davantage sur les maladies

⁹D'autres services peuvent être inclus si les régulateurs pensent qu'ils constituent une priorité de santé publique

tropicales négligées.¹⁰

Tableau III : Les services subsidiés du PCA

| |
|--|
| 1. Consultation ambulatoire d'un patient orienté et vu par un médecin |
| 2. Journée d'Hospitalisation/admission |
| 3. Journée d'Hospitalisation — personnes indigentes (exonération des honoraires atteignant au plus 10 % du volume) |
| 4. Intervention chirurgicale majeure |
| 5. Intervention chirurgicale majeure - personnes indigentes (liste précise : exonération des honoraires atteignant au plus 10 % du volume) |
| 6. Opération chirurgicale mineure |
| 7. Opération chirurgicale mineure- personnes indigentes (liste précise : exonération des honoraires atteignant au plus 10 % du volume) |
| 8. Transfusion sanguine (donneur bénévole) |
| 9. Accouchement eutocique en milieu hospitalier |
| 10. Césarienne |
| 11. Accouchement en milieu hospitalier – dystocique |
| 12. Consultation prénatale de référence : 1ere Visite |
| 13. Consultation prénatale : 4 ^{ème} visite |
| 14. SP3/TPI 3 : Troisième dose de sulfadoxine-pyriméthamine chez la femme enceinte |
| 15. Dépistage Conseil du VIH Initié par le Prestataire (DCIP) |
| 16. Prévention de la transmission mère à enfant du VIH : cliente séropositive enceinte mise sous protocole antirétroviral |
| 17. Prévention de la transmission mère à enfant du VIH : enfant né de mère séropositive mis sous protocole antirétroviral |
| 18. Traitement : nouveau cas de clients séropositifs placé sous protocole ARV |
| 19. Patient mis sous protocole ARV et vu tous les six mois |
| 20. Patient souffrant de tuberculose pulmonaire avec BK diagnostiqué |
| 21. Patient souffrant de tuberculose pulmonaire avec BK traité et guéri |
| 22. Planification familiale : Nouvelle acceptante et renouvellement des méthodes modernes de planification familiale (pilule et injection) |
| 23. Planification familiale : personne utilisant pour la première fois un stérilet ou un implant |
| 24. Planification familiale : ligature bilatérale des trompes et vasectomie |

¹⁰D'autres services peuvent être inclus si les régulateurs pensent qu'ils constituent une priorité de santé publique

Il faut noter aussi que les visites à domicile (VAD) seront incluses comme activité du PMA car elles sont en lien avec l'offre apportée par les formations sanitaires et ces visites sont organisées par les agents communautaires /relais communautaire sous la supervision de l'IT du centre de santé.

Tableau IV : Liste des barmes pour les prestations PMA et PCA par catégorie d'équité

| PMA | | Cat1 | Cat2 | Cat3 | Cat4 | Cat5 | Cat6 | Cat7 | Cat8 | Cat9 |
|-----|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% |
| 1 | Nouvelle consultation curative | 0.30 | 0.35 | 0.35 | 0.40 | 0.40 | 0.45 | 0.50 | 0.50 | 0.55 |
| 2 | Nouvelle consult curative pour des pers indigents (max 5%) | 1.20 | 1.30 | 1.40 | 1.60 | 1.70 | 1.80 | 1.90 | 2.00 | 2.20 |
| 3 | Chirurgie mineure | 1.50 | 1.70 | 1.80 | 2.00 | 2.10 | 2.30 | 2.40 | 2.60 | 2.70 |
| 4 | Patients en état grave (cas) référés par les CS et arrivés à l'HGR | 4.50 | 5.00 | 5.50 | 6.00 | 6.50 | 7.00 | 7.00 | 7.50 | 8.00 |
| 5 | Enfant complètement vacciné | 5.00 | 6.00 | 6.00 | 7.00 | 7.00 | 8.00 | 8.00 | 9.00 | 9.00 |
| 6 | VAT 2+ : deuxième à cinquième vaccin antitétanique | 0.90 | 1.00 | 1.10 | 1.20 | 1.30 | 1.40 | 1.40 | 1.50 | 1.60 |
| 7 | TPI 3 : Troisième dose de la SP femme enceinte | 0.90 | 1.00 | 1.10 | 1.20 | 1.30 | 1.40 | 1.40 | 1.50 | 1.60 |
| 8 | Consultation Postnatale | 1.20 | 1.30 | 1.40 | 1.60 | 1.70 | 1.80 | 1.90 | 2.00 | 2.20 |
| 9 | CPN - 1ere visite | 0.50 | 0.50 | 0.50 | 0.50 | 0.50 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 10 | CPN - 4ème visite | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.50 | 1.50 | 1.50 | 1.50 | 1.50 | 2.00 |
| 11 | Accouchement assisté | 5.00 | 5.50 | 6.00 | 6.50 | 7.00 | 7.50 | 8.00 | 8.50 | 9.00 |
| 12 | PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (pilule & inj) | 3.00 | 3.30 | 3.60 | 3.90 | 4.20 | 4.50 | 4.80 | 5.10 | 5.40 |
| 13 | PF: Stérilet et implants | 6.00 | 6.60 | 7.20 | 7.80 | 8.40 | 9.00 | 9.60 | 10.20 | 10.80 |
| 14 | Surveillance de la croissance enfants de 6 à 23 mois | 0.60 | 0.70 | 0.70 | 0.80 | 0.80 | 0.90 | 1.00 | 1.00 | 1.10 |
| 15 | Surveillance de la croissance enfants de 24 a 59 mois | 0.20 | 0.20 | 0.20 | 0.30 | 0.30 | 0.30 | 0.30 | 0.30 | 0.40 |
| 16 | Viste a domicile | 1.50 | 1.50 | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 2.50 | 2.50 | 2.50 | 2.50 |
| 17 | Dépistage Conseil du VIH Initié par le Prestataire (DCIP) | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 2.00 |
| 18 | PTME: Femme enceinte VIH + mise sous protocole ARV | 6.00 | 7.00 | 7.00 | 8.00 | 8.00 | 9.00 | 10.00 | 10.00 | 11.00 |
| 19 | PTME: Enfant né de mère séropositive mis sous traitement ARV | 8.00 | 9.00 | 10.00 | 10.00 | 11.00 | 12.00 | 13.00 | 14.00 | 14.00 |
| 20 | Patient mis sous protocole ARV et vu tous les six mois | 12.00 | 13.00 | 14.00 | 16.00 | 17.00 | 18.00 | 19.00 | 20.00 | 22.00 |
| 21 | Dépistage des cas TBC - BK positifs | 23.00 | 25.00 | 28.00 | 30.00 | 32.00 | 35.00 | 37.00 | 39.00 | 41.00 |
| 22 | Cas TBC- BK positif traités et guéris | 45.00 | 50.00 | 54.00 | 59.00 | 63.00 | 68.00 | 72.00 | 77.00 | 81.00 |

| PCA | | A | B | C | D | E |
|-----|--|-------|-------|--------|--------|--------|
| | | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% |
| 1 | Consultation ambulatoire d'un patient orienté et vu par un médecin | 3.00 | 3.30 | 3.50 | 3.80 | 4.00 |
| 2 | Journée d'hospitalisation/admission | 0.60 | 0.65 | 0.70 | 0.75 | 0.80 |
| 3 | Journée d'hospitalisation - personnes indigents - plafond 10% | 1.80 | 1.95 | 2.10 | 2.25 | 2.40 |
| 4 | Intervention chirurgicale majeure | 6.00 | 7.00 | 7.00 | 8.00 | 8.00 |
| 5 | 5. Intervention chirurgicale majeure personne indigent - plafond 10% | 45.00 | 49.00 | 53.00 | 57.00 | 60.00 |
| 6 | Opération chirurgicale mineure | 3.50 | 4.00 | 4.25 | 4.50 | 4.75 |
| 7 | Opération chirurgicale mineure- personnes indigentes - plafond 10% | 6.00 | 6.50 | 7.00 | 7.50 | 8.00 |
| 8 | Transfusion sanguine (donneur bénévole) | 3.50 | 4.00 | 4.25 | 4.50 | 4.75 |
| 9 | Accouchement eutocique en milieu hospitalier | 9.00 | 10.00 | 10.50 | 11.50 | 12.00 |
| 10 | Césarienne | 42.00 | 46.00 | 49.00 | 53.00 | 56.00 |
| 11 | Accouchement en milieu hospitalier – dystocique | 18.00 | 20.00 | 21.00 | 23.00 | 24.00 |
| 12 | Consultation prénatale de référence: 1ere Visite | 1.80 | 1.95 | 2.10 | 2.25 | 2.40 |
| 13 | Consultation prénatale : 4 ème visite | 1.20 | 1.30 | 1.40 | 1.50 | 1.60 |
| 14 | TPI3: troisieme dose de SP femme enceinte | 1.25 | 1.25 | 1.50 | 1.50 | 1.50 |
| 15 | Dépistage Conseil du VIH Initié par le Prestataire (DCIP) | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 2.00 | 2.00 |
| 16 | PTME: Femme enceinte VIH + mise sous protocole ARV | 9.00 | 9.75 | 10.50 | 11.25 | 12.00 |
| 17 | PTME: Enfant né de mère séropositive mis sous traitement ARV | 12.00 | 13.00 | 14.00 | 15.00 | 16.00 |
| 18 | Traitement: nouveau cas de clients séropositifs placé sous protocole ARV | 9.00 | 10.00 | 11.00 | 11.00 | 12.00 |
| 19 | Patient mis sous protocole ARV et vu tous les six mois | 15.00 | 16.00 | 18.00 | 19.00 | 20.00 |
| 20 | Dépistage des cas TBC- BK positifs | 45.50 | 49.00 | 53.00 | 56.50 | 60.50 |
| 21 | Cas TBC - BK positif traités et guéris | 90.50 | 98.50 | 106.00 | 113.50 | 121.00 |
| 22 | PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (pilule & inj) | 5.00 | 5.00 | 6.00 | 6.00 | 6.00 |
| 23 | PF: Stérilet et implants | 9.00 | 10.00 | 11.00 | 11.00 | 12.00 |
| 24 | PF: ligature bilatérale des trompes et vasectomie | 30.00 | 33.00 | 35.00 | 38.00 | 40.00 |

Visite à domicile (VAD)

L'achat d'une « **visite à domicile** » est une activité génératrice de la demande et une intervention de santé publique en même temps. Il s'agit d'une visite d'un ménage effectuée par une équipe d'agents de santé communautaires ou une organisation communautaire, en utilisant un protocole. **Annexe 30**

Le protocole de la Visite à Domicile

Ce protocole comprendra les éléments suivants :

1. *Gestion des déchets ménagers*
2. *Lavage des mains*
3. *Hygiène des toilettes*
4. *Accès à l'eau potable*
5. *Santé Sexuelle et Reproductive y compris la Planification familiale*
6. *Suivi des cas de violence sexuelle basée sur le genre*
7. *Promotion pour utilisation des service de santé*
8. *Consultation prenatale (Suivi de la grossesse)*
9. *Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et*

10. Alimentation de complément
11. Suivi de la croissance des enfants <5ans.
12. Vaccination (en particulier les enfants qui auraient abandonné le calendrier vaccinal)
13. Usage des moustiquaires
14. Distribution et suivi de l'utilisation des Kits familiaux
15. Enregistrement de naissance

Le processus de la Visite à Domicile

Le processus est le suivant:

Il y a 3 visites à domicile au maximum par ménage qui sont payées.

1. *Au cours de la première visite la situation de référence du ménage est examinée, et enregistrée dans un registre standard. L'équipe discute ensuite avec le ménage sur les mesures spécifiques à prendre au cours d'une période de 2 mois respectivement par les membres du ménage, le personnel des centres de santé et les autorités administratives locales. Des actions d'amélioration sont proposées.*
2. *La deuxième visite à domicile sera prévue pour évaluer la mise en œuvre des actions et recommandations. Les différentes recommandations, comme pour les vaccinations des enfants de moins d'une année, de planification familiale, la présence dans le ménage d'un dispositif de lavage de main, des toilettes ou des latrines hygiéniques seront suivies par les ménages. Le personnel médical peut discuter des changements de comportement alors que la personne qui s'occupe des prestations d'hygiène des ménages fournit des recommandations plus contraignantes, y compris dans les cas extrêmes des pénalités. Si les résultats au cours de la deuxième visite des ménages sont satisfaisants, cela met fin à la visite de ce ménage.*
3. *S'il ya encore des problèmes lors de la deuxième visite à domicile, une troisième visite peut être proposée ainsi de suite.*

Toutefois, il faut noter que les visites des ménages seront très participatives et devront être faites dans le sens d'une communication pour le changement des comportements (CCC). La finalité visera à ce que la population s'approprie les pratiques favorables en matière de santé de la population.

les visites à domicile : les prestations menées à domicile par le personnel des centres de santé, idéalement accompagné d'un agent de santé communautaire ou de membres de la communauté (à déterminer) seront rémunérées. Pendant la consultation, les ménages recevront des informations gratuites sur les services de santé disponibles, et sur les pratiques exemplaires en matière de comportement sanitaire préventif à l'échelon du ménage. En outre, les visiteurs et le ménage s'efforceront de préparer un plan d'action concret répondant aux besoins du ménage. Étant donné les chiffres inquiétants sur la nutrition dans le pays, les visites à domicile devront se pencher tout particulièrement sur l'état nutritionnel des enfants. Étant donné la forte prévalence de la malnutrition, le

traitement des cas de malnutrition aigüe grave (référence immédiate a un centre de santé des enfants présentant un œdème ou tour de bras <11,5 cm) et des recommandations nutritionnelles pour les enfants présentant un retard de croissance (mesuré en surveillant la croissance) seront incorporés à la consultation.

Les sites des soins communautaires

La prise en charge communautaire de principales maladies « tueuses » des enfants est une approche mis en place en République Démocratique du Congo pour contribuer à la réduction de mortalité infantile. Le Paludisme, suivant les études et le rapport du Programme National de Lutte contre le Paludisme, est la principale cause de consultation et de décès surtout chez les enfants de moins de 5 ans.

En effet, environ 180.000 enfants meurent du paludisme chaque année en RDC. Parmi les enfants atteints de paludisme, près de 80% meurent dans la communauté sans accéder aux formations sanitaires (Breman JG, 2001).

Un des obstacles majeurs pour l'atteinte de cet objectif est l'inaccessibilité aux soins due à la situation géographique particulière de la RDC d'une part ; et a l'inaccessibilité financière. Selon le Plan Nationale de Développement de santé (PNDS 2011-2015), seulement 35% de la population de la RDC vit autour de 5 km d'un centre de santé et peut, en principe, y accéder. L'éloignement et les barrières naturelles comptent parmi les obstacles à l'accessibilité aux soins.

Pour résoudre à ces problèmes, le pays a adopté et mis en place depuis 2005 les sites des soins communautaires qui constituent un des volets de la Prise en Charge Intégrée de Maladies de l'Enfant (PCIME). Cette stratégie vise à prendre en charge les cas simples de paludisme, de la diarrhée et des infections respiratoires aigües dans la communauté par un agent communautaire formé et supervisé à cet effet. Ainsi, les SSC aident à améliorer l'accès aux soins précoces et aux médicaments de qualité pour les populations avec une barrière pour atteindre les FOSA.

Définition : Site = aire géographique bien définie couvrant 1 ou plusieurs villages ou communautés d'accès difficile qui bénéficient des soins fournis par des Relais Communautaires de Sites (RECSITE) formés et supervisés pour prendre en charge certaines affections courantes des enfants, notamment : la malaria, la diarrhée, les IRA, la malnutrition .

Outre sa mission d'assurer les premiers soins aux populations éloignées, le SSC assure la référence/orientation, améliore la disponibilité et l'utilisation rationnelle de certains MEG de qualité, améliore la surveillance des cas et des effets secondaires des médicaments ainsi que les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) favorables à la santé: Allaitement maternel Exclusif, Alimentation Complémentaire, Utilisation de la MILD, Utilisation des latrines hygiéniques et enregistrement des enfants à la Naissance, l'utilisation des services de santé (PCIME, CPN et Accouchement) ; et la gestion des kits familiaux (renouveaulement des intrants et médicaments au niveau des ménages).

Le RECOSITE est un homme ou une femme volontaire, habitant le village ou la rue et choisi par les habitants de cette entité pour assurer le pont entre les individus, leurs familles et le service de santé. Il est formé et supervisé afin d'assurer la gestion des problèmes de santé de l'enfant, mais aussi d'autres membres de la communauté (prise en charge du paludisme simple).

Fonctionnement du site :

- Le relais ne preste pas à temps plein, il devra vaquer à ses occupations professionnelles tout en accordant une partie de son temps aux activités communautaires.
- Dans un site, il est prévu deux relais pour qu'ils se relayent.
- Les modalités de fonctionnement devront être préalablement convenues entre Comité de gestion de Site (COGESITE), le RECOSITE et l'infirmier titulaire.

Paquet d'interventions : conformément au guide de prise en charge communautaire, le SSC assure :

- Traitement des cas de paludisme simple (enfant de moins de 5 ans et les personnes de plus de cinq ans), de la diarrhée, de la pneumonie et de la malnutrition
- Référence/orientation des cas graves
- Communication pour le changement de comportement
- Surveillance épidémiologique à base communautaire
- Rattrapage des non répondants ou récupération des perdus de vue)

Approvisionnement

Le RECOSITE s'approvisionne au niveau du centre de santé de son ressort, de ce fait, lors de la formation on doit lui apprendre à bien estimer ses besoins en intrants. Mais il est aussi aidé par l'IT lors des supervisions. L'IT en s'approvisionnant au niveau du BCZS doit prendre en compte le besoin des sites des soins de son ressort.

Système de rapportage

A la fin de chaque mois, le RECOSITE élabore un rapport (programmatique et de l'utilisation des intrants) qu'il soumet et défend lors du monitoring auprès de l'Infirmier titulaire responsable de l'aire de santé.

Contractualisation

Le Site de Soins Communautaires aura un contrat avec le Centre de Santé auquel il dépend. Ce contrat peut être suspendu si le RECOSITE n'est pas performant.

Vérification

La vérification dans le cadre des sites de soins communautaires se fera comme dans un centre de santé : la vérification quantitative et communautaire.

Païement

Du fait de la sous-contractualisation avec le Centre de santé, le paiement du SSC de soins se fait au travers de ce dernier représenté par l'IT. Tout paiement au bénéfice des SSC devrait alors transiter par le compte du CS et ressortir par après dans les livres de caisse du CS lors du paiement effectif de chaque SSC. Durant la vérification des prestations du CS y compris celles des SSC, les vérificateurs de l'EUP FBP auront systématiquement à vérifier les traces des paiements précédents des SSC. **L'annexe 14** donne le modèle de contrat avec les sites de soins communautaire.

Guide de référence pour les prestations

Un guide de référence des prestations est élaboré pour chaque paquet d'activités. Ce guide prévoit une définition de chaque prestation selon la nomenclature du MSP ainsi que les sources/supports de collecte de données primaires et secondaires à partir desquels ces prestations peuvent être vérifiées. Les guides de référence peuvent être trouvées dans **l'annexe 3** (PMA) et **l'annexe 4** (PCA). Ils ont été mis à jour selon les nouvelles normes en vigueur du MSP.

Dans le cadre de l'utilisation des outils, il est recommandé que les prestations à acheter soient attestées par les outils de gestion comprenant les fiches de consultation, les dossiers des malades, les registres et les outils SNIS. Les informations contenues dans ces outils permettront une bonne traçabilité des résultats. Il est donc obligatoire que les structures disposent de ces outils, les remplissent correctement en tout temps et les gardent en bon état même quand ils sont pleins.

Présentation des entetes des colonnes

Lorsque les registres ne sont pas disponibles, la structure de santé est responsable de leur acquisition en utilisant les moyens disponibles pour photocopier, imprimer etc. tout en veillant à ce que Les registres acquis doivent être conformes aux registres officiels qui ont été actualisés dans le cadre du nouveau SNIS. Les en-têtes des colonnes présentés dans **l'annexe 7** sont tirées du recueil des outils SNIS du MSP validés en septembre 2014.

Les écarts d'informations contenues dans les fiches et celles contenues dans les autres outils de gestion, qui ne permettent pas une bonne traçabilité avec les registres sont considérés comme un cas de fraude. Lors du coaching, les ECZS devront accompagner les formations sanitaires dans le remplissage correct des registres.

Le ciblage communautaire et la prise en charge des indigents

Les plus pauvres font face à de réels problèmes d'accès aux soins. La gratuité des soins n'est pas une option pour la République Démocratique du Congo étant donné que le financement public est insuffisant pour payer une bonne qualité et des services de santé de base accessibles.

Pour améliorer l'accès aux soins de santé pour les plus pauvres ; le FBP en RDC va introduire une catégorie spécifique appelée « nouvelle consultation pour un patient indigent ». Les plus pauvres parmi les pauvres - les indigents - seront en mesure d'accéder aux services curatifs et préventifs, sans payer. Le FBP utilisera l'approche de ciblage communautaire pour identifier **les 5%** des plus pauvres de la population et les ménages qui sont identifiés seront garantis d'accéder à un ensemble de services de santé prédéfinis gratuits (en bas) dans les formations sanitaires.

De façon récurrente, des questions sont soulevées en ce qui concerne le processus à utiliser pour sélectionner les indigents de même que les critères qui peuvent permettre l'éligibilité des personnes indigentes. Différents modèles de ciblage des indigents existent, allant du ciblage géographique au ciblage par auto-sélection en passant par les conditions de vie et les facteurs sociodémographiques.

Des études récentes sur le sujet effectuées au Burkina Faso et autres pays ont abouti à un consensus sur une définition de l'indigent : «quelqu'un qui est extrêmement défavorisé socialement et économiquement, incapable de s'occuper de lui-même (elle-même) et sans ressources internes ou externes».¹¹

L'intervention sera orientée par cette définition, mais sera au besoin adaptée pour inclure le mécanisme de ciblage qui permet d'identifier les ménages les plus pauvres dans chaque aire de santé des formations sanitaires. En effet, cette méthode déjà testée au Burkina Faso et dans d'autres pays peut être considérée comme celle qui n'a pas de biais d'inclusion, une acceptabilité par les communautés impliquées dans l'intervention, et une plus grande précision dans l'identification des plus pauvres

L'approche ciblage communautaire est retenue dans le cadre du présent processus de ciblage des indigents. Ce processus communautaire déjà éprouvé apparaît faisable dans des contextes similaires et présente une certaine efficacité dans le ciblage des indigents. Il s'agit d'un processus purement communautaire de sélection et de prise en charge des indigents qui est une méthode par laquelle les membres de la communauté, se basant sur la profonde connaissance qu'ils ont de leur population et de leurs conditions de vie, effectuent un choix raisonné des indigents de leur localité (village, quartier, etc.).

Au-delà de l'efficacité recherchée, un des principes sera d'assurer une certaine équité dans la sélection. En effet, le niveau de pauvreté étant assez variable d'une localité à une autre, le ciblage devra tenir compte de ces disparités afin qu'il soit équitable. Autrement dit, il ne s'agira pas de faire une sélection mathématique de 5% dans toutes les localités, mais de faire en sorte que les 5% soient obtenues globalement sur la base d'une moyenne des disparités réelles des niveaux de pauvreté (à déterminer en utilisant les données et analyses de la pauvreté de l'INS).

¹¹Ridde et al. *BMC Public Health* 2010, 10:631.

L'identification consistera en une décision prise par le CODESA/CODIR sur la prise en charge gratuite des personnes qui fréquentent directement les FOSA sans pour autant être identifiées préalablement dans la communauté. Après l'identification des indigents à travers le processus de ciblage communautaire (en détail en bas), les formations sanitaires doivent fournir les prestations aux indigents identifiés par le ciblage communautaire. Le FBP remboursera ces prestations avec un tarif appliqué (les tarifs seront définis en même temps que les tarifs pour les services fournis à la population générale (les prix normaux). Il est possible qu'un Co paiement puisse être introduite après une phase pilote, si on constate que la demande des soins parmi les indigents est supérieure aux ressources disponibles.

Annexe 20

Les listes des indigents identifiés à travers le CODESA seront disponibles au niveau des formations sanitaires.

10. FBP ET GESTION DE L'INFORMATIONNAIRE

Messages clés

- 1. Le FBP vise à renforcer le SNIS, il ne met donc pas en place un nouveau système d'information sanitaire.*
- 2. Il utilise les outils de gestion normatifs du SNIS pour la collecte et la transmission des informations des prestations du paquet d'activités. Ces mêmes outils sont utilisés dans le processus de vérification.*
- 3. Pour assurer les fonctions de vérification, achat et paiements, dans le souci de transparence des outils spécifiques peuvent être introduits dans le cadre de la gestion des contrats entre EUP et FOSA (System open data : Portail Web FBP, bordereau des prestations).*
- 4. La tenue correcte des outils de gestion (électroniques, ou papier) est une exigence commune du SNIS et de la contractualisation du FBP, et pour ce dernier une exigence fondamentale sur laquelle repose l'achat des prestations.*

Cadre légal du SNIS en RDC

La gestion de l'information sanitaire en RDC remonte à l'époque coloniale. Dans la décennie 2000, le ministère de la santé a pris l'option de se doter d'un système national d'information sanitaire performant après le constat de la faiblesse des systèmes existants.

Anciennement piloté par les partenaires ce système est revenu progressivement sous la responsabilité du Ministère de la Santé où il dépend (pour sa partie SSP) de la Direction de Développement des Soins de Santé Primaires à travers sa Division SNIS.

Support et outil de gestion des données

Par un processus largement participatif, plusieurs outils indispensables au développement et fonctionnement du SNIS ont été produits :

Outils non informatiques

- Outils de collecte et de transmission : canevas (CS, HGR, BCZ, DPS) et registres avec leurs manuels d'instructions
- Outils de compilation (support de compilation ou fiche de pointage) : fiche de rapportage (CS, HGR, BCZ)
- Outils de diffusion de l'information sanitaire : Feuilles, Annuaires, Bulletins SNIS, Catalogue des indicateurs

Outil informatique

Le logiciel GESIS est en cours de remplacement par le DHIS2 avec son manuel d'utilisation. Dans le cadre de l'utilisation des outils, il est recommandé que les prestations à acheter soient attestées par les outils de gestion comprenant les fiches de consultation, les dossiers des malades, les registres et les outils SNIS. Les informations contenues dans ces outils permettront une bonne traçabilité des résultats. Il est donc obligatoire que les structures disposent de ces outils, les remplissent correctement en tout temps et les gardent en bon état même quand ils sont pleins.

Le FBP, utilisera le portail WEB comme un système « open data » de gestion et de suivi des contrats (Pyramide sanitaire, données des prestations, subsides). Ce système sera complémentaire au DHIS 2 sans le remplacer. Il reprend les données décrites ci-haut alors que le DHIS 2 contient des données plus exhaustives du SNIS. Cependant un effort sera consenti pour que les deux bases contiennent des données harmonisées.

Dans un futur proche, la base de données DHIS2 sera la source pour les données FBP. Cependant, la visualisation de données publiques utilisant l'application web OpenRBF restera probablement un solution autonome, tandis que les données qui l'alimenteront vont être tirées de la base de données DHIS2.

Notre vision est d'utiliser le DHIS2 mais cela exige que les données devront vérifiées à la base. Tenant compte du fait que le portail ne contient qu'une partie de l'information fournie par le DHIS2.

Les opérations de gestion de l'information sanitaire

En rappel, la gestion de l'information sanitaire passe par des opérations ci-après :

Récolte des données

La récolte des données consiste, lors de la réalisation des activités dans les structures, à recueillir et enregistrer les données identifiées comme utiles à la prise en charge sanitaire du ou des cas dans un support de récolte adéquat.

Exemples : Les données relatives à la prise en charge d'une femme à la CPN sont enregistrées sur sa fiche CPN ; les données relatives au suivi des patients vus à la consultation sont consignées dans le registre des consultations.

Supports de collecte

Les supports de collecte permettent de noter, au moment où un événement est constaté (ou une activité est menée), les données liées à l'événement (l'activité). Les supports de récolte peuvent être répartis en deux catégories : Les supports de récolte liés à la gestion des problèmes de chaque individu en fonction d'un domaine bien déterminé. Ils centralisent toutes les informations liées à l'individu concernant le problème posé. Il s'agit de la fiche ou du dossier médical par exemple. Ce sont des documents élaborés par des spécialistes et utilisés par des personnes avisées du domaine.

Les supports de collecte liés à l'évaluation des activités de la structure qui vont récolter les informations de manière séquentielle et permettre l'élaboration des rapports d'activités en fin de période. Il s'agit des registres où l'on note, par exemple, dans l'ordre de leur arrivée, toutes les consultations réalisées. Ils reprennent en fonction du temps l'identification des individus, le sexe, l'âge, l'origine et le problème concerné.

Supports de transmission des données

Les supports de transmission permettent de synthétiser, sur un seul document, les données contenues dans les supports de récolte. Ils sont complétés périodiquement. Dans un système de santé, on trouvera généralement des supports de transmission ayant une périodicité mensuelle (rapports mensuels d'activités), trimestrielle ou annuelle (rapport annuel d'inventaire).

Compilation des données

La compilation des données consiste au comptage des occurrences d'un phénomène dans une colonne du support de collecte. Le total obtenu est reporté sur le document d'agrégation ou d'organisation qui sert aussi de supports de transmission. Cette étape nécessite parfois l'utilisation des documents intermédiaires appelés support de compilation ou fiche de pointage.

Supports de compilation

Les supports de compilation permettent d'effectuer les comptages ou les pointages nécessaires au remplissage des supports de transmission à partir des données contenues dans les supports de récolte.

Exemple : Afin de compléter les tableaux de synthèse des pathologies du rapport d'activités, l'infirmier titulaire utilise au préalable une fiche de pointage qui lui permet de comptabiliser le nombre de nouveaux cas vus par pathologie et par groupe d'âge.

Transmission des données

Les données sont collectées au niveau des structures de base. Cependant, tous les niveaux de la pyramide sanitaire en ont besoin, pour alimenter leur processus de décision, d'informations concernant les activités sanitaires réalisées sur le terrain. Les données sont transmises à des moments bien précisés dans le circuit d'information, soit sous la forme d'un canevas de transmission, depuis la FOSA vers la ZS dont elle dépend, et sous format informatique des ZS vers les niveaux intermédiaires, dès que les données ont été encodées sur support informatique.

Exemple : Les rapports mensuels d'activités sont remplis à partir des données contenues dans les registres avant d'être transmis.

Contrôle de la qualité des données

Chaque personne active à l'une ou l'autre étape du SNIS doit non seulement assurer le plus consciencieusement possible les tâches qui lui sont dévolues en ce qui concerne la récolte et la transmission des données. Elle doit aussi mettre en place des mécanismes actifs de recherche et de correction des erreurs. L'ensemble des mécanismes mis en place à toutes les étapes du système constitue le contrôle de qualité des données.

Centralisation des données

La centralisation consiste à rassembler et à organiser les données issues de plusieurs structures et à les intégrer dans un support unique afin de faciliter i) l'analyse des informations d'une entité géographique et ii) la transmission vers les niveaux supérieurs. A terme, le support permettant la centralisation des données devra être une base de données informatique.

Dans le cas spécifique de ce projet, les données du SNIS seront transmises par le DHIS 2 qui remplacera l'ancien logiciel le GESIS. Les données des prestations subsidiées, seront transmises des FOSA aux EUP via les ECZ à travers les formats papiers des bordereaux de déclarations des prestations. Des copies doivent être archivées aux différents niveaux. Ces données seront encodées sur le portail au niveau des ECZ et accessibles à tous les autres utilisateurs.

Encodage des données

Les données sont transmises, sous la forme d'un canevas de transmission (SNIS, Bordereau de déclaration pour les prestations FBP subsidiées), depuis la FOSA vers la ZS et l'EUP dont elle dépend. la prise en compte du bordereau de déclaration des prestations dépend de l'obligation de transmettre le rapport SNIS de la période correspondante.

Au niveau des ZS, les données sont souvent introduites sur support informatique par l'intermédiaire d'un logiciel de gestion de l'information (DHIS 2 et portail Web). Il s'agit de l'étape d'encodage des données. L'existence des données sous forme informatique facilite non seulement l'analyse des données mais aussi leur transfert vers les niveaux supérieurs.

Analyse des données

L'analyse des données consiste à calculer différents indicateurs et à les organiser en tableaux ou en graphiques afin de déceler des équivalences ou des différences. Cette analyse doit permettre de procéder à des comparaisons entre les groupes, dans le temps, dans l'espace, par rapport à un objectif ou par rapport à une valeur de référence et par rapport à différentes activités.

Interprétation

L'analyse des données fournit des informations qui doivent être interprétées. Les équivalences ou différences doivent être expliquées. Les causes potentielles de l'apparition d'un problème doivent être recherchées. Plusieurs hypothèses peuvent être proposées.

Décision-action

Lors de la phase d'interprétation, des problèmes sont identifiés et si possible quantifiés. Le processus de prise des décisions permet de sélectionner les solutions appropriées, de responsabiliser les personnes devant conduire la mise en oeuvre des actions proposées, d'évaluer les ressources matérielles et financières ainsi que le temps nécessaires, de prévoir l'évaluation des actions et les seuils tolérables permettant de dire si les actions ont résolu ou pas les problèmes.

Rétro information (feed-back)

Le terme rétro information recouvre toutes les actions qui sont menées par les structures du niveau supérieur vers les structures de niveau inférieur pour fournir à ces dernières des informations concernant les données qui ont été collectées. Ces informations peuvent concerner: la confirmation de l'arrivée du rapport, la qualité des données reçues (écriture, manquants, cohérence et exactitude des données), un commentaire sur l'analyse et l'interprétation des informations reçues ainsi qu'un tableau récapitulatif des données par structure en vue de la comparaison des performances entre elles. Ces informations peuvent prendre plusieurs formes. Par exemple : un message oral lors d'une supervision, un rapport écrit personnalisé ou un bulletin à destination de toutes les structures. Dans le cadre de ce projet, le choix est fait pour que la retro-information soit écrite.

A cette étape, les ECZ s'assurent que les données vérifiées fasse l'objet de correction en cas d'écart entre les données déclarées et les données certifiées après vérification.

Archivage des données

L'archivage des données se passe à deux niveaux. Le premier concerne le classement des supports de collecte, de compliation, de transmission et de diffusion ; selon un système qui permet un accès facile

aux documents recherchés. Le second concerne la sauvegarde systématique des données encodées sur un support résistant, conservé selon un classement efficace dans une pièce (voir un bâtiment) différente de celle contenant les ordinateurs. La disponibilité des bases online (DHIS 2 et portail), ne dispense pas de la responsabilité d'organiser l'archivage à tous les niveaux où les données sont produites ou transmises sur support papier. Elle constitue cependant un mode d'archivage des plus sûrs des données au format électronique.

Gestion du portail web

Il y a différents groupes d'utilisateurs dans la base de données du FBP. Ceux-ci ont des tâches bien définies, des limitations d'accès au portail et de gestion du contenu de ce dernier. Ces limitations d'accès au portail sont régulées par les Administrateurs, membres du Comité Technique National pour la gestion du portail.

La Gestion du contenu, la conception et la gestion de la base de données garantie également crédibilité et transparence, une raison supplémentaire de la mise en place des sous-comités.

Les groupes d'utilisateurs disponibles sont :

Administrateur Principal (super-administrateur)

Il s'agit du plus haut niveau d'autorité. Les utilisateurs de ce groupe ont accès à toutes les fonctions, et peuvent créer de nouveaux utilisateurs et effectuer des changements de mots de passe. Il a accès à tous les paramètres du portail. Il y a généralement très peu de super-administrateurs dans le système.

Administrateur National

L'administrateur national sera en mesure d'accéder à la plupart des fonctions : fonctions de la barre liées à l'ajout, le changement des établissements de santé ou les tarifs d'indicateurs. L'administrateur national peut apporter l'aide au changement des mots de passe et à la création des utilisateurs sous son propre niveau ou selon le projet qu'il gère. Il peut aussi effectuer la saisie des données après vérification (données vérifiées et validées), peut imprimer les différents bordereaux de prestations des FOSA et faire des analyses avec le menu exportation des données.

Vérificateur de données

C'est un groupe d'utilisateurs ayant un accès limité aux données de la ZS lui attribuées. Ce groupe peut uniquement saisir les données déclarées par les structures et peut effectuer des impressions des bordereaux des prestations de sa Zone de Santé. Il peut également faire des exportations des données. L'accès au tableau de bord n'est limité qu'aux données qualité et quantité de sa ZS. Les données qui sont déjà saisies et enregistrées ne peuvent plus être modifiées par le vérificateur des données dès que les données vérifiées ont été introduites.

Gestionnaire de données

C'est un éditeur, qui a un ensemble de contrôles plus restreint. Cependant, Il a un accès limité aux données des ZS qui lui sont attribuées. Le gestionnaire des données ne peut pas entrer de nouveaux rapports ; cependant, il peut entrer et saisir les données après vérification (Données vérifiées et validées) et peut effectuer des impressions des bordereaux des ZS lui attribuées.

Contre Vérificateur de données

Groupe d'utilisateur ayant un accès limité qu'aux données de la ZS lui attribué, peut uniquement saisir les données de la vérification communautaire et peut effectuer des impressions des bordereaux des prestations de sa Zone de santé. Les rapports de l'agence de contre-vérification externe (ACVE) ne font pas l'objet de saisie ici. Elle contribuent plutôt à monitorer la fonction de vérification et à fournir aux décideurs les informations utiles au management des EUP et de la fonction de vérification.

Expert en communication

Dispose d'un accès limité à toutes les données. Ne peut saisir, supprimer ou modifier les données. N'a accès qu'au menu CMS (Content Management System=System de Gestion du Contenu), le menu qui comprend les différentes options en rapport avec la visibilité, la publication des articles sur le portail web. Il est le responsable de la publication de tout ce qui est visible sur le portail (Documents, articles, liens importants, contact).

Invité

Le compte invité ou visiteur est créé pour permettre aux tiers d'accéder à des données de performance. Le visiteur peut accéder à toutes les données de performance pour l'ensemble du programme ou du pays, et les imprimer. Aussi, le visiteur aura accès à des rapports comparatifs. Le but est de permettre aux donateurs et autres intéressés de suivre ce qui se passe.

« La liste des utilisateurs est maintenue par la CT-FBR. La CT-FBR se réserve le droit d'autoriser ou interdire l'accès à la base de données du FBR et répartir les rôles des utilisateurs. Une bonne pratique est la mise en place des sous-comités mandatés pour gouverner le contenu de l'espace publique, et des changements à la base de données. Avec ces sous-comités d'éventuelles erreurs peuvent être corrigées si nécessaire. »

11. DERIVES/FRAUDES POSSIBLES, MESURES PREVENTIVES, SANCTIONS ET REGLEMENT DES LITIGES ET CONFLITS

Ces mesures sont décrites de manière détaillée dans les différents contrats de performance qui font partie de ce manuel.

Dérives / Fraudes possibles

Avec le FBP, les risques de fraude sont augmentés. Les prestataires ont tendance à gonfler leurs résultats afin d'avoir plus de subsides.

La vérification permet de prévenir ce risque et mesure les écarts entre les déclarations des structures et les données objectivement observables. Il est à noter que certaines dérives peuvent survenir lorsque les prestataires de service négligent les activités qui ne font pas l'objet de mesures incitatives. Cela conduit à une baisse de la quantité, de la qualité de ces prestations et aussi une frustration des agents chargés de leur mise en œuvre. De plus, les dérives peuvent être le fait que des prestataires de services cherchent à gagner plus que ce qu'ils méritent.

On entend par fraude, la falsification de la vérité. Cela peut se constater sur les supports au cours d'une activité (curative, préventive ou promotionnelle) des écritures différentes et discordantes, des ratures intempestives, la création d'utilisateurs fictifs, la mention d'actes ou de soins dont l'utilisateur n'a pas réellement bénéficié, etc.

Au niveau des structures de régulation (ECZS, DPS), les dérives surviennent lorsque leurs prestations ne sont pas contrôlées. Ce qui a pour conséquence la faible qualité de ces prestations et une faible performance du système. Aussi la non contractualisation et l'absence de motivation financière de ces structures peut entraîner une négligence de coordination, du suivi et de l'évaluation du fonctionnement du système local de santé.

Pour éviter les dérives/effets pervers dans la mise en œuvre, les mesures incitatives doivent répondre aux activités de la structure de façon holistique. Les prestataires qui négligeront certains services au dépend d'autres pour quelque raison que ce soient devront être sanctionnés. Il faut veiller à ce que le plan de management prenne en compte le PMA et le PCA.

Mesures préventives

Afin de limiter ces situations, les mesures préventives suivantes sont mises en place :

- *Les prestations subventionnées doivent figurer dans le PMA et le PCA et réalisées conformément aux normes de qualité ;*
- *Les guides des prestations doivent définir la prestation, les sources primaire et secondaire de vérification ;*

- *Le respect du principe de séparation de fonctions doit être appliqué pour permettre de minimiser les fraudes en évitant les conflits d'intérêts ;*
- *La transparence dès le départ sur les normes de prestations et les critères d'évaluation des résultats produits doit être requise ;*
- *L'engagement contractuel par la signature des contrats déclinant les modalités pratiques de mise en œuvre est de rigueur ;*
- *La compréhension commune de récompense et de sanctions (et l'application effective des sanctions) doit être effective*
- *La prise en compte des fonctions de régulation dans les contrats de performance pour les ECZS et les DPS est exigée ;*
- *La prise en compte de la voix de la communauté est un principe de base;*
- *Un système de contre-vérification systématique par un organisme tiers partie (ACVE) doit être instauré;*
- *Un système crédible de sanctions (financière administrative)en cas de fraude doit être opérationnel.*

Lorsque les règles du jeu sont transparentes et connues de tous et appliquées par tous, il est évident qu'il y aura peu de dérives.

Modalités d'application des pénalités

Les procédures de vérification et contre-vérification atténuent le risque de fraude grâce à la mesure de la différence entre la performance revendiquée (et payée) et le rendement réel. Cela nécessite une attention particulière pour appliquer les mesures visant à détecter la fraude et à mettre en œuvre les sanctions appliquées en cas de fraude certifiée.

Types de fraudes dans les systèmes FBP

La fraude dans les systèmes FBP peut être intentionnelle ou non intentionnelle.

La fraude intentionnelle concerne la falsification de documents liés à une activité de service, de falsifier des informations du registre, affirmant des services qui n'ont pas été livrés, en se référant à des actes de soins dont l'utilisateur n'a pas bénéficié, etc.

La fraude intentionnelle est par exemple le fait qu'un patient ne disposant pas de fiche de consultation se retrouve dans le registre des opérés d'une chirurgie majeure ou le fait de retrouver des écrits dans une fiche avec différentes couleurs et écritures.

La fraude non intentionnelle peut être une erreur commise par un prestataire ou par le vérificateur - en raison du manque de compréhension des indicateurs sur une grille d'évaluation de la qualité ou il peut être une mauvaise interprétation des indicateurs par différents vérificateurs (un effet appelé «variabilité inter-observateur»). La fraude non intentionnelle est le fait par exemple de sauter un chiffre dans la numérotation des patients dans un registre et déclarer 40 malades en lieu et place de 39.

Dans tous les cas, la fraude doit être objectivée de manière quantitative (les chiffres et les faits), et qualitative (une explication par écrit sur ce qui s'est passé réellement) car parfois une affaire de fraude non-intentionnelle peut être basée sur une interprétation erronée d'un élément de la grille d'évaluation de la qualité en raison par exemple d'un autre échantillonnage d'un fichier patient, ou être provoquée par des interprétations différentes du même événement par différents vérificateurs.

Cependant, une fois la fraude est établie sur la base de la preuve quantitative, et soutenue par des éléments qualitatifs, des actions fortes doivent être mises en œuvre pour décourager les comportements frauduleux avenir.

Il existe trois types d'écarts possibles entre la vérification initiale (vérification ex-ante) et la contre-vérification (vérification ex-post) :

- (a) une différence dans la quantité de services produits;
- (b) une différence dans la qualité des services signalés
- (c) une différence dans les cadres de performance du régulateur.

Une différence dans la quantité de services produits

Relative à la vérification ex post de la quantité (des sondages auprès des clients sur l'existence du client et la confirmation de la prestation).

Si plus de 5 % de l'échantillon ne peut être retracé dans la communauté.

Cela signifie que (i) soit le client existe, mais n'a pas reçu le service ou (ii) qu'il n'existe pas de client (elle n'est pas connue dans la communauté). La vérification est effectuée au moyen de téléphones mobiles et / ou par des visites à domicile avec certification que le client existe ou n'existe pas :

- **Première fraude** : rétention de 50 % du total des subsides FBP d'un prochain paiement tandis que les subsides restants ne peuvent pas être dépensés sur des primes des performances individuelle. En plus, un avertissement par écrit sera adressé au responsable avec copie au CODESA/COGES et au BCZ ainsi que la publication de la fraude sur le site web public.
- **Deuxième fraude** : arrêt du contrat d'achat jusqu'à ce que des mesures administratives soient prises (remplacement du responsable de la FOSA par un candidat dont la candidature est approuvée par la DPS), ou allocation du contrat principal à une autre FOSA.

En somme, en cas de fraude avérée (> 5 %), les sanctions sont d'ordre financier et d'ordre administratif. Les sanctions financières sont les suivantes :

1^{ère} fraude constatée = retenue de 50 % des subsides trimestriels

2^{ème} fraude constatée = suspension du contrat jusqu'à la prise d'une mesure administrative.

Les sanctions administratives sont celles en vigueur dans l'échelle de sanctions des personnels du service public de l'Etat ou du règlement d'ordre intérieur de la structure. La Commission financement et couverture sanitaire universelle évalue le degré de la faute, et détermine les sanctions à infliger aux individus et/ou à la Formation Sanitaire.

Tableau V a: Les écarts dans la vérification de la quantité (Fraude intentionnelle)

Sanctions en cas du Fraude (> 5%)

1^{ère} fraude constatée = Retenue de 50 % des subsides trimestriels

2^{ème} fraude constatée = Suspension du contrat jusqu'à ce qu'une mesure administrative forte (remplacement du ou des coupables) soit prise.

Par ailleurs, l'identité des fraudeurs, la fraude commise et les sanctions appliquées doivent être portées à la connaissance de l'ensemble des acteurs de la ZS.

Tableau VI : Les écarts dans la vérification de la quantité (Fraude non intentionnelle)

Sanctions en cas du Fraude (> 5%)

1^{ère} fraude constatée = Faire des remarques verbales et écrites

2^{ème} récidive = Avertissement écrit par l'autorité hiérarchique.

3^{ème} récidive = La même sanction que dans la fraude intentionnelle.

Une différence dans la qualité des services signalés

Relative à la vérification ex post de la qualité pour les structures sanitaires (contre-vérification de la qualité ou de la performance des structures sanitaires par l'ACVE). Si l'écart est supérieur à 10 % et aucune explication qualitative ne peut être donnée de cet écart (moyenne dans les services de l'échantillon selon le protocole) ; à la fois l'ECZS et la FOSA sont pénalisés comme suit :

Première infraction :

- **Liées aux services de l'ECZS :** rétention de 30 % des subsides de l'ECZ tandis que les subsides restants ne peuvent pas être dépensés sur des primes de performances individuelles PLUS un avertissement par écrit au MCZ par le chef de division provincial de la santé, avec copie au président de la Commission financement et couverture sanitaire universelle et l'encadreur polyvalent provincial de la ZS et l'inclusion automatique dans un prochain tour de la contre-vérification ;

- **Liées à la FOSA** : rétention de 30 % du total des subsides d'un prochain paiement, tandis que les subsides restants ne peuvent pas être dépensés sur des primes de performances individuelles. Enfin, un avertissement écrit sera adressé à l'IT ou MDH avec copie au CODESA ou au COGES.

Deuxième infraction :

- **Liées aux services de l'ECZS** : Rupture de contrat performance jusqu'à ce que des mesures administratives soient prises (changement du Médecin Chef de Zone de Santé,...)
- **Liées à la FOSA** : Arrêt du contrat de performance jusqu'à ce que des mesures administratives soient prises (remplacement du responsable de la FOSA par un candidat dont la candidature est approuvée par la DPS).

Tableau VII : Sanctions en cas de plus de 10 % des résultats discordants inexpliqués pendant la contre-vérification de la qualité des centres de santé

• **Première infraction :**

L'ECZ : Rétention de 30 % des subsides tandis que les subsides restants ne peuvent pas être dépensés sur des primes de performances individuelles. En plus, un avertissement par écrit sera adressé au MCZ par le chef de Division Provinciale de la Santé, avec copie au président de la Commission financement et couverture sanitaire universelle ainsi qu'à l'encadreur polyvalent provincial de la ZS. Enfin, la ZS sera incluse automatiquement dans le prochain tour de la contre-vérification.

La FOSA : rétention de 30 % du total des subsides d'un prochain paiement tandis que les subsides restants ne peuvent pas être dépensés sur des primes de performances individuelles PLUS avertissement par écrit à l'IT ou MDH avec copie au CODESA ou COGES.

• **Deuxième infraction :**

L'ECZS : Rupture de contrat jusqu'au changement du Médecin chef de zone de santé

FOSA : arrêt du contrat de performance jusqu'à ce que des mesures administratives soient prises (remplacement du responsable de la FOSA par un candidat dont la candidature est approuvée par la DPS).

L'importance des registres fiables, pierre angulaire d'un FBP

Toute vérification ex post adéquate dépend dans une large mesure des registres dans lesquels sont consignés de façon détaillée les contacts entre les usagers et l'établissement de santé. Seuls les registres bien tenus permettent la sélection randomisée des usagers pour une vérification ex-post. Les registres et les dossiers individuels des patients sont au cœur de tout FBP. Lors de sa création, le FBP

doit donc accorder un soin particulier à la mise en place d'outils de collecte des données primaires et secondaires qui soient adéquats et conformes aux standards recherchés.

Il faut tout d'abord analyser en profondeur le Système de Gestion de l'Information Sanitaire (SGIS) existant, qui permettra probablement d'identifier des carences majeures dans les modalités de collecte régulière des données. Les établissements sont souvent surchargés par l'abondance des outils de consignation régulière des données et registres spéciaux de contrôle à compléter, notamment dans le cadre des besoins de chaque programme médical vertical mis en œuvre à leur niveau. Les rapports aux instances supérieures sont au mieux incomplets et au pire totalement inexistant. Les données consolidées font rarement l'objet d'une rétroaction à l'établissement de santé et à plus forte raison à la source de la prestation.

L'introduction d'incitations financières par le FBP change radicalement les règles d'enregistrement et de collecte des données. Lorsque celles-ci ne sont pas complètement et lisiblement consignées, l'établissement de santé n'est pas rémunéré. Ainsi, à travers les instruments spécifiques du FBP, par exemple la check-list de la qualité au niveau de l'établissement de santé, la gestion de la collecte régulière des données et l'auto-analyse des tendances se voient dorénavant récompensées. En outre, le cadre de performance qui régit l'équipe de gestion de la zone de santé rémunère à la fois la collecte des données et leur analyse (c'est-à-dire, la collecte et l'analyse des données en provenance des établissements de santé, la transmission au niveau supérieur de gouvernance et la rétroaction aux établissements de santé, le renforcement des capacités des personnels des établissements de santé sur des problématiques spécifiques soulevées au cours de l'analyse technique des données).

Pour plus de détails sur l'utilisation des registres par les FBP, on peut consulter les exemples d'intitulé de colonnes pour un PMA (Paquet Minimum d'Activités) et un PCA (Paquet Complémentaire d'Activités).

Une différence dans les cadres de performance du régulateur.

L'évaluation de la DPS sera faite trimestriellement par une équipe choisie au sein du CPP et cette évaluation sera effectuée semestriellement par le comité de suivi du Secrétariat Général lors de l'évaluation de la DPS par le CPP-SS, l'EUP y participera comme témoin.

L'ACVE va contre-vérifier les cadres de performance pour l'administration de la santé. Les DPS seront contre-vérifiées à l'aide d'un protocole défini. Le point de coupure est de 10 % d'écart inexplicé.

En cas de divergence dans la grille de performance, les DPS sont pénalisées par une réduction de 25 % des subsides pour le prochain trimestre, une deuxième infraction conduira à la rupture/résiliation du contrat et la demande de remplacement du chef de la DPS le cas échéant.

Règlement des litiges et des conflits

Pour tout cas de litige ou de conflit qui surviendrait dans le cadre de la mise en œuvre du financement basé sur la performance (FBP), le règlement à l'amiable est privilégié et le recours à la médiation par le niveau hiérarchiquement supérieur est conseillé. En cas de non conciliation, le Ministère Provincial en charge de la Santé prendra une décision définitive pour régler les différends.

Restitution des résultats aux FOSA

À l'issue de cette vérification, les résultats seront restitués à la structure contractante et serviront de base pour l'élaboration des plans de gestion ou de management et la négociation des contrats. Les Equipes cadres de zone de santé apporteront un coaching qui vise à améliorer les services selon les points de vue des usagers.

12. LES BONUS UTILISES

Le Bonus d'isolement

Le bonus d'isolement sont des montants qui sont donnés trimestriellement aux FOSA pour leur permettre de compenser certains coûts de production de service liés à leur isolement géographique (transport des vaccins, achat des médicaments, visites du personnel,...)

Ce bonus vise à aider les structures de santé qui sont plus éloignées et/ou d'accessibilité difficile de fournir des services de santé de qualité aux populations et de maintenir leur viabilité.

Les centres de santé sont classés en cinq catégories : de un à cinq. Il existe différents barèmes pour chaque catégorie et c'est un réajustement d'équité. La catégorie 1 concerne les centres de santé les plus accessibles se trouvant généralement près de l'hôpital général de référence et la catégorie 5 est concerne les Centres de Santé difficilement accessibles. Ce bonus d'équité ou ajustement d'équité permet aux structures de santé de faire face aux coûts additionnels de l'offre des soins en rapport avec la spécificité de leur contexte géographique.

Le différentiel de prix maximal entre un CS de Catégorie 1 et un CS de Catégorie 5 est de **40 %**.

Les règles sont les suivantes :

- *Tous les centres de santé sont dans la Catégorie 3 au démarrage du projet*
- *Si un centre de santé est classé en Catégorie 5, un autre centre de santé doit être classé en Catégorie 1*
- *Si un centre de santé est classé en Catégorie 4, un autre centre de santé doit être classé en Catégorie 2*

Le FBP est un paiement à l'acte subordonné par une vérification de la qualité des soins. Dans cette forme de FBP, un bonus de qualité est versé en plus des subsides donnés sur le volume de travail produit (quantité).

En cas de nécessité de modification des barèmes, les règles suivantes doivent être observées:

- *Elles doivent être initiées au moins 30 jours calendriers avant la fin du trimestre ;*
- *Dans le cas où la demande de correction par la DPS arrive trop tard, l'EUP est autorisée à conserver les barèmes qui étaient d'application au cours du trimestre actuel.*

Un second classement sera effectué en fonction du type de zone de santé: une Zone de Santé plus défavorisées recevra une valeur supérieure de subsides (cat A- E) qu'une Zone de Santé favorisées.

Le Bonus de qualité

La première innovation apportée à la démarche de FBP porte sur le contenu des grille de vérification de la qualité qui sera employée pour évaluer la qualité des soins dans les centres de santé et les hôpitaux. Les hôpitaux et les centres de santé seront traités de façon légèrement différentes. Bien que l'allocation maximale de la mesure de qualité pour les centres de santé sera de 25% du bénéfice de quantité, l'allocation maximale de la mesure de qualité pour les hôpitaux sera de 40% de leurs gains de quantité.

Une majoration d'au plus 25 % (CS) ou 40% (HGR) de la somme d'argent versée en paiement de la quantité de services peut être appliquée sur la base du score trimestriel de la qualité, si celui-ci dépasse le seuil de 50 %.

Outre la détermination du montant à payer aux structures de santé, les grilles de vérification qualité contiennent aussi des orientations relatives aux pratiques exemplaires et précisent les tâches devant être accomplies par le personnel des zones de santé en matière de supervision. Le projet envisage d'utiliser 3 types différents de grilles de qualité dans des groupes divers des structures de santé. Toutes les grilles permettront de mesurer la qualité structurelle, les procédures /ordinogramme, protocole thérapeutique et le contenu des soins ainsi que de la prise en charge. Par exemple, la qualité structurelle est mesurée sur la base du stockage convenable des médicaments, de la propreté de la structure de santé et de l'existence des registres et des protocoles requis.

Les procédures et le contenu des soins sont mesurés sur la base d'indicateurs comme l'exactitude des informations inscrites dans les registres et des dossiers médicaux, et en vérifiant que les protocoles thérapeutiques et les ordinogrammes sont convenablement appliqués. Les caractéristiques suivantes différencient les 3 grilles de qualité :

Les grilles de qualité structurelle

Dans les grilles de qualité structurelle, les indicateurs de la qualité structurelle seront très fortement pondérés. Habituellement, les indicateurs de qualité structurelle sont les plus simples à mesurer et relativement objectifs. Mais ils reflètent seulement un aspect très étroit de la qualité des soins, car ils ne tiennent pas compte de l'interaction entre les patients et les prestataires de santé ainsi que le traitement sur la base des symptômes.

Dans les grilles de qualité des procédures et du contenu des soins, la pondération des mesures relatives au processus et à la substance des soins sera plus forte. Ces mesures permettent de déterminer avec plus de précision si les prestataires ont convenablement suivi les protocoles et adéquatement soigné leurs patients. Le calcul de ces indicateurs demande plus de temps et d'efforts aux vérificateurs, qui doivent habituellement interviewer les patients et contrôler les dossiers. Puisqu'ils sont fondés sur les rapports des prestataires de santé, ils ne décrivent pas toujours le contenu des soins avec exactitude.

Dans les grilles de qualité des vignettes, le poids du contenu des soins et des procédures sera supérieur, mais inclura aussi les réponses données par les prestataires aux vignettes cliniques. Les vignettes élaborées sur base des ordinogrammes; des protocoles thérapeutiques, des fiches techniques au regard des pathologies, porteront sur les cas représentant les causes les plus répandues de morbidité et mortalité et seront répétées chaque trimestre. Les vignettes cliniques mesurent le savoir-faire des prestataires. La répétition trimestrielle de ces cas est censée renforcer le protocole relatif à ces cas répandus.

Toutefois, ces mesures ne représentent pas non plus complètement la qualité des soins, car les connaissances théoriques des prestataires ne sont pas forcément appliquées dans la pratique en présence des patients.

Le bonus qualité est au maximum de **25%** des subsides de quantité pour les Centres de santé, selon les règles suivantes:

1. *Si la qualité est inférieure à 50 %, aucun bonus de qualité n'est payé à la structure.*
2. *Si la qualité est de $50 \% \leq Q \leq 79\%$, alors le bonus de qualité est proportionnel au score qualité obtenu. Le bonus est = [% de qualité] x 25 % x [subsides quantité au cours des trois derniers mois]*
3. *Si la qualité est $\geq 80\%$, le bonus est de 100%*

Le bonus qualité est au maximum de **40 %** des subsides de quantité pour les HGR, selon les règles suivantes:

1. *Si la qualité est inférieure à 50 %, aucun bonus de qualité n'est payé à la structure.*
2. *Si la qualité est de $50 \% \leq Q \leq 79\%$, alors le bonus de qualité est proportionnel au score qualité obtenu. Le bonus est = [% de qualité] x 40 % x [subsides quantité au cours des trois derniers mois]*
3. *Si la qualité est $\geq 80\%$, le bonus est de 100%*

Les unités d'investissement sont des montants qui sont liés au plan de management, à la grille qualité et à des contrats de performance signés avec les formations sanitaires. Les FOSA seront coachées par l'ECZS et l'EUP pour élaborer leur plan de management au cours de la formation initiale sur le FBP et dans les semaines qui suivent la formation initiale. Les besoins exprimés dans le plan de management doivent être en rapport avec les déficiences structurelles constatées lors de la vérification qualitative de base qui est obligatoire avant d'élaborer le plan de management.

Les unités d'investissement sont souvent nécessaires parce que plusieurs structures sanitaires sont en mauvais état après plusieurs années de sous investissement ou de négligence complète. Plusieurs fois, on note l'absence des équipements élémentaires et des réhabilitations à minima dans les FOSA (absence d'un thermomètre, tensiomètre, pèse balance, réservoir d'eau, matériels d'hygiène,...).

L'achat des petits équipements de soins et les réhabilitations mineures devraient principalement s'adresser à la filière de la santé de la mère et de l'enfant (maternité, salle d'urgence, pédiatrie, CPN, CPoN, PF,...). Ce bonus d'investissement n'exclut pas des constructions profondes qui doivent être planifiées dans le cadre du plan d'investissement global de la structure (multibailleur : gouvernement et autres PTF).

Dans l'optique de l'autonomie de gestion, les FOSA sont responsables sous un encadrement des ECZS de l'identification des besoins et leur acquisition selon les normes (fournisseurs qualifiés). Cette démarche devrait aussi inclure la participation communautaire pour certains services (matériaux locaux, transport local, ...). **Cette disposition renforce l'appropriation des biens et services au niveau de la base.**

Une unité d'investissement est octroyée sous les conditions suivantes :

1. Un renforcement des capacités en FBP réussi du responsable de la FOSA et le président du CODESA/ CODIR,
2. Une signature du contrat d'achat de performance par le responsable de la FOSA et l'EUP ;
3. Une vérification de la qualité de la FOSA qui montre les écarts à corriger;
4. Un plan management approuvé montrant clairement les actions à entreprendre.

Une unité d'investissement pour un centre de santé tourne autour de 2 500 USD, vaut 3000 USD pour un Centre de référence, 5 000 USD pour l'Hôpital général de référence, 2 000 USD pour les ECZS et 4000 USD pour les ECP. Ces moyens seront judicieusement utilisés et affectés aux besoins de petit équipement et de petite réhabilitation selon les besoins prioritaires. L'ECZ et l'EUP devront appuyer

fortement les formations sanitaires dans l'acquisition des petits équipements de qualité et dans la réalisation des petits travaux de réhabilitation.

Les types de grilles de qualité pour le CS et le HGR

Les grilles de vérification de la qualité des structures de santé sont présentées sous deux formes : (i) d'une grille de vérification pour le centre de santé, et (ii) une autre pour l'hôpital général de référence. Le but de ces grilles est de guider la structure de santé dans la prestation des services selon les normes en vigueur. L'objectif de ces grilles est de focaliser principalement la qualité sur les normes nationales et structurelles, bien que les processus cliniques (habitudes de prescription rationnelle des médicaments **(Annexe 31)** et le respect des protocoles thérapeutiques définis par la politique nationale) sont également évalués et récompensés.

Ces grilles doivent d'être le plus objectives que possible pour évaluer le processus de prestations avec des indicateurs composites. Plusieurs évaluations peuvent être comparées sur différents aspects par rapport à ces grilles. Différentes personnes mesurant la même chose devraient aboutir aux mêmes résultats (la différence d'appréciation entre vérificateur ne devrait pas dépasser 3%). La grille de vérification de la qualité du centre de santé sera appliquée par les équipes cadres des ZS, une fois par trimestre pour chaque formation sanitaire sous contrat.

L'ECZS sera sous un contrat de performance pour mener à bien cette importante fonction en temps opportun et correctement. Le cadre de performance de l'ECZS se trouve dans **l'annexe 5** du présent manuel.

Il existe un mécanisme de contre-vérification fait par l'ACVE pour certifier les scores qualité donnés par les vérification des ECZS. La grille d'évaluation de la qualité des centres de santé se trouve dans **l'annexe 15**.

L'hôpital général de référence est également soumis à une grille d'évaluation de la qualité une fois par trimestre. Ainsi, un mécanisme transparent d'évaluation conjointe est mis en place, permettant au personnel technique clé de la DPS de participer à l'évaluation de performance des hôpitaux pour éviter la complaisance. La grille d'évaluation de la qualité de l'HGR se trouve dans **l'annexe 16**.

La qualité a plusieurs dimensions, et les grilles de vérification FBP ne peuvent mesurer que certaines dimensions. En effet, les nouvelles normes et directives peuvent ainsi être intégrées au fur et à mesure suivant leur pertinence.

Le niveau de la qualité de la structure peut progressivement s'améliorer ; ce qui demande l'ajustement des indicateurs de qualité au cours de la mise en œuvre. Des préalables pour la prise en compte de la qualité doivent être décrits dans les clauses du contrat.

Tableau VIII : Pondération pour les 15 services du CS de la grille d'évaluation de la qualité

| N° | Service du PMA | Maximum | | Evaluation | |
|----------------------|-----------------------------|------------|----------------|------------|-------------|
| | | Points | Pondération | Points | Pondération |
| 1 | Organisation générale | 31 | 7.75% | | |
| 2 | Plan de management | 9 | 2.25% | | |
| 3 | Finance | 15 | 3.75% | | |
| 4 | Comité des Indigents | 20 | 5.00% | | |
| 5 | Hygiène et Stérilisation | 31 | 7.75% | | |
| 6 | Consultations externe | 128 | 32.00% | | |
| 7 | Planning familial | 32 | 8.00% | | |
| 8 | Laboratoire | 17 | 4.25% | | |
| 9 | Services d'observation | 6 | 1.50% | | |
| 10 | Médicaments et consommables | 25 | 6.25% | | |
| 11 | Médicaments traceurs | 17 | 4.25% | | |
| 12 | Service de maternité | 24 | 6.00% | | |
| 13 | PEV | 20 | 5.00% | | |
| 14 | CPN | 12 | 3.00% | | |
| 15 | VIH/TB | 13 | 3.25% | | |
| TOTAL GENERAL | | 400 | 100.00% | | |

*Si le centre de santé ne dispose pas d'un centre de dépistage de la tuberculose et des installations de traitement dans ce cas, la valeur totale de ce service (13 points) est retiré du dénominateur.

Tableau IX : Pondération pour les 15 services de l'HGR dans la grille d'évaluation de la qualité

| N° | Service du PCA | Maximum | | Evaluation | |
|----|-------------------------------|----------------|-------------|----------------|-------------|
| | | Points maximum | Pondération | Points obtenus | Pondération |
| 1 | Organisation générale | 41 | 6.12% | | |
| 2 | Plan de management | 7 | 1.04% | | |
| 3 | Finance | 43 | 6.42% | | |
| 4 | Comité des Indigents | 20 | 2.99% | | |
| 5 | Hygiène | 42 | 6.27% | | |
| 6 | Consultations externes | 96 | 14.33% | | |
| 7 | Planning familial | 31 | 4.63% | | |
| 8 | Laboratoire | 15 | 2.24% | | |
| 9 | Services d'hospitalisation | 190 | 28.36% | | |
| 10 | Médicaments et consommables | 20 | 2.99% | | |
| 11 | Médicaments traceurs | 30 | 4.48% | | |
| 12 | Service de Gynéco-Obstétrique | 35 | 5.22% | | |

| | | | | | |
|---------------|-----------|-----|---------|--|--|
| 13 | CPN | 7 | 1.04% | | |
| 14 | VIH/TB | 13 | 1.94% | | |
| 15 | Chirurgie | 80 | 11.94% | | |
| TOTAL GENERAL | | 670 | 100.00% | | |

13. PERFORMANCE POUR L'ADMINISTRATION SANITAIRE

Le Cadre de performance pour l'ECZS¹²

L'ECZS joue le rôle de régulation au niveau opérationnel (Zones de santé). Elle est coordonnée par le Médecin chef de zone de santé et inclus certains cadres de l'HGR dont le Médecin Directeur et le Directeur de Nursing. Il s'agit d'un organe fonctionnel de pilotage et d'encadrement de la zone de santé.

L'ECZS a des fonctions importantes de la ZS. Ces fonctions sont les suivantes: (a) Planifier et coordonner les activités de la zone (b) Assurer un contrôle régulier de ses formations sanitaires suivant la carte sanitaire, (c) Assurer la gestion du SNIS ; (d) Faire la promotion de la recherche opérationnelle, (e) appuyer les centres de santé dans l'élaboration des plans de management (h) évaluer la qualité dans les centres de santé (i) Assurer l'encadrement des formations sanitaires dans la production des services de santé de qualité.

L'ECZS est sous un contrat de performance avec l'EUP pour son rôle de soutien au FBP. La DPS en collaboration avec l'EUP appliquera le cadre de performance, et présentera les résultats à la Commission financement et couverture sanitaire universelle. Le cadre de performance de l'ECZS est trouvé dans **l'annexe 5**.

Le Cadre de performance de la DPS

La Division Provinciale de la Santé est une institution décentralisée de l'administration sanitaire qui dépend du Ministre Provincial en charge de la Santé selon les prescrits de la décentralisation dans le secteur de la santé. La RDC compte 26 DPS qui sont chacune dirigée par un chef de division de la santé appuyé par 6 chefs de bureaux (Appui technique aux zones, Gestion des ressources, Information et Communication, Enseignement en Sciences Médicales, Inspection contrôle et Hygiène Publique)¹³.

La Division Provinciale de la Santé a un rôle de planification, d'accompagnement et de supervision et d'évaluation des ECZS. Dans le cadre de l'appui aux zones de santé, la DPS se charge aussi de la

¹²Le rôle de l'ECZS est décrit dans le document des normes d'une zone de santé (www.minisanterdc.cd).

¹³ Ces informations sont contenues dans le nouveau cadre organique du Ministère de la Santé ainsi que dans l'arrêté ministériel mettant en place les DPS

vérification de la qualité des soins au niveau des HGR. La DPS va assurer la présidence de la Commission financement et couverture sanitaire universelle.

Le cadre de performance de la DPS est trouvé dans **l'annexe 6**.

Cadre de performance de la Direction d'Etudes et Planification (DEP)

La Direction d'Etudes et Planification est une des directions rationalisées du MSP qui s'occupe des études et de la planification dans le système de santé. La DEP-santé sur base des missions attribuées, développera un cadre de performance dont certaines actions seront directement en lien avec les résultats du projet. Ce cadre de performance mettra un focus particulier sur la planification et sur les activités de coordination du PDSS. Le cadre de performance de la DEP est à **l'annexe 24**.

Cadre de performance de la CT-FBR

Le Ministère de la santé Publique dispose d'une Cellule Technique du Financement Basé sur les Résultats. Cette cellule apporte son appui technique sur le FBR en collaboration avec les partenaires techniques et financiers. Dans le cadre de l'appui à la CT-FBR, un seul cadre de performance est développé en collaboration avec toutes les parties prenantes. Ce cadre de performance inclura principalement les actions (i) de promotion, d'harmonisation et de vulgarisation de la stratégie FBP (ii) de son intégration avec les autres stratégies de financement de la santé (iii) du suivi et la promotion du FBP (iv) de l'appropriation de l'approche FBP au sein du MSP (v) de la gestion du portail web. Le cadre de performance de la CT-FBR est à **l'annexe 28**.

Cadre de performance CAGF/MSP

Le Ministère de la santé Publique a mis en place une cellule d'appui et de gestion financière dans le but de l'appuyer dans la gestion financière qui à terme devra se transformer en DAF (Direction Administrative et Financière). La CAGF dans le cadre du projet sera mis sous contrat de performance pour une bonne gestion financière. [Le cadre de rendement est en cours de discussion, et sera ajouté au manuel plus tard.]

Cadre de performance CGPMP

La Cellule de Gestion et Passation des marchés Publiques s'occupera de passer les marchés dans le cadre du projet. Elle est mise sous cadre de performance pour la passation des marchés publics. [Le cadre de rendement est en cours de discussion, et sera ajouté au manuel plus tard.]

Cadre de performance de la Division du SNIS

La Division SNIS est l'une des divisions de la cinquième direction qui s'occupe de la gestion de l'information sanitaire. Cette division est très indispensable car elle s'occupe principalement dans le pays de l'implantation du DHIS2. Le cadre de performance est à **l'annexe 25**.

Cadre de performance pour la Cellule suivi et évaluation

La cellule de suivi et évaluation du MSP effectuera des missions d'évaluation des Directions centrales qui seront sous cadre de performance. Ces évaluations se feront en tripartite. Une personne de la cellule de suivi et évaluation, une assistance technique et une personne de l'ACVE. La cellule devra organiser dans le délai les évaluations pour permettre le paiement à temps des structures.

Cadre de performance pour la CDR

Pour permettre une amélioration de la disponibilité des médicaments dans les CDR mais aussi accroître leur performance à offrir des médicaments de qualité, les CDR seront mises sous un cadre de performance en fonction des missions qu'elles doivent suivre. Le cadre de performance est à l'**annexe 29**.

14. LES CONTRATS DE PERFORMANCE

Importance des contrats

Les contrats traduisent les engagements entre les parties prenantes dans la mise en œuvre de cette approche. Différents outils de gestion décrivant les procédures et les modalités de mise en œuvre du projet sont présentés dans les supports annexés aux contrats et seront utilisés par tous les acteurs concernés. Ces documents techniques sont entre autres, manuels d'exécution du FBP, grille de vérification de la qualité; cadres de performances de différentes structures de santé, liste des prestations contractuelles pour chaque niveau, les plans de management, etc.

Types de contrats

Ces contrats sont :

1. *Un contrat de performance entre la CT-FBP et le Secrétaire Général du MSP*
2. *Un contrat entre le Secrétaire Général et les Directions centrales (DEP, DSNIS et DPM), et*
3. *Un contrat entre le Secrétaire Général et la CAGF*
4. *Un contrat entre le Secrétaire Général et la CGPMP*
5. *Un contrat de performance entre le Secrétaire Général et les Distributeurs des médicaments*
6. *Un contrat de performance entre le Ministère Provincial en charge de la Santé et les DPS*
7. *Un contrat de performance entre l'EUP et l'ECZS*
8. *Un contrat de performance entre l'EUP et l'HGR*
9. *Un contrat de performance entre l'EUP et le centre de santé*
10. *Un contrat de performance entre l'EUP et les associations locales*
11. *Un contrat de performance entre le responsable de la structure et chaque agent de la formation sanitaire*
12. *Un sous contrat entre le centre de santé et le site des soins communautaires*

Contrat de performance entre la SG et la CT-FBR

La CT-FBR signe un contrat de performance avec le Secrétaire Général du MSP. Ce contrat est destiné à soutenir la cellule technique FBR dans ses fonctions d'appui technique à la mise en œuvre du FBR. Il s'agit d'un contrat des résultats avec un cadre des performances qui sera évalué trimestriellement par la Cellule de suivi et évaluation du Secrétariat Général (Annexe à développer après les discussions).

Contrat de performance entre le SG et les Directions centrales (DEP, DPM et DSNIS)

Le Secrétaire Général du MSP signe un contrat de performance avec les directions centrales (DEP, DPM et DSNIS). Ce contrat est destiné à soutenir les Directions centrales dans certaines de leurs attributions. Il s'agit d'un contrat des résultats avec un cadre des performances qui sera évalué trimestriellement par la Cellule de suivi et évaluation du Secrétariat Général. La mise en place des cadres de performance permettra d'apporter un financement structurel à ces entités de régulation.

Contrat de performance entre le Secrétariat Général et les CDR

Le Secrétariat Général à travers la direction de la pharmacie et du médicament signera soit directement soit par délégation aux DPS un contrat de performance avec les distributeurs des médicaments agréés et les CDR pour les inciter à atteindre certaines performances liées à la disponibilité des médicaments, à la satisfaction des commandes et au respect des délais de livraison (**Annexe 29**)

Contrat de performance entre le Secrétaire Général et les Cellules (CAGF et CGPMP)

Le Secrétaire Général du MSP signe un contrat de performance avec les Cellules (CAGF et CGPMP). Ce contrat est destiné à soutenir les Cellules dans certaines de leurs attributions. Il s'agit d'un contrat des résultats avec un cadre des performances qui sera évalué trimestriellement par la Cellule de suivi et évaluation du Secrétariat Général. La mise en place des cadres de performance permettra d'apporter un financement structurel à ces entités de régulation (Annexe à développer après les discussions).

Contrat de performance entre le Ministre Provincial en charge de la Santé et la DPS

Le Ministre Provincial de la Santé signe un contrat de performance avec la DPS. Ce contrat est destiné à soutenir la DPS dans ses fonctions de responsabilité au niveau de la province. Ce contrat est basé sur les résultats du cadre de performance de la DPS selon les missions qui lui sont dévolues. Une évaluation trimestrielle faite par le Comité de pilotage provincial, avec la participation des cadres de l'EUP et validée semestriellement par le Secrétariat Général permet de mesurer les performances de la DPS. Le modèle de contrat et le cadre de performance figurent respectivement à **l'annexe 8** (contrat) et **annexe 6** (cadre de performance).

Contrat de performance entre l'EUP et l'ECZS

L'EUP signe un contrat de performance avec l'ECZS. Ce contrat est destiné à soutenir l'ECZS dans ses fonctions de pilotage et d'encadrement de la ZS. Ce contrat est basé sur les résultats d'un cadre de

performance. L'évaluation de ce contrat est faite par la DPS en présence de l'EUP une fois par trimestre et les résultats sont présentés à la réunion trimestrielle de la Commission financement et couverture sanitaire universelle et au CPP. Le contrat entre l'EUP et l'ECZS et le cadre de performance se trouvent respectivement à l'**annexe 9** (contrat) et **annexe 5** (cadre de performance).

Contrat de performance entre l'EUP et l'HGR/CSR¹⁴

L'EUP signe des contrats de performances avec les structures qui offrent le PCA. Ce contrat est destiné à soutenir l'hôpital général de référence ou le Centre de santé de référence dans l'offre des soins de qualité à la population. Les prestations offertes par l'HGR/CSR seront vérifiées quantitativement par une équipe conjointe EUP-ECZ et qualitativement par les pairs et la DPS. Une vérification communautaire est faite chaque 3 mois par une association locale. Le plan de management est une conditionnalité à la signature du contrat et constitue une annexe obligatoire de ce dernier. La structure de santé utilisera l'outil indices pour respecter l'équilibre entre les recettes et les dépenses de la structure. La part des recettes réservée aux primes de performance ne peut excéder 50 % des recettes totales. Le contrat et le plan de management figurent respectivement à l'**annexe 10** (contrat) et l'**annexe 19** (plan de management).

Contrat de performance entre l'EUP et le centre de santé

L'EUP signe des contrats de performances avec les structures qui offrent le PMA. Ce contrat est destiné à soutenir le centre de santé dans l'offre des soins de qualité à la population. Les prestations offertes par le centre de santé seront vérifiées quantitativement par une équipe conjointe EUP-ECZ et qualitativement par l'ECZS. La part des recettes réservée aux primes de performance ne peut excéder 60 % des recettes totales. Une vérification communautaire est faite chaque 3 mois par une association locale. Le plan de management est une conditionnalité à la signature du contrat et constitue une annexe obligatoire de ce dernier. Le contrat et le plan de management figurent respectivement à l'**annexe 11** (contrat) et **annexe 19** (plan de management).

Contrat de performance entre l'EUP et les associations locales

L'EUP signe un contrat avec les associations locales (ASLO) en charge de la vérification communautaire. Ce contrat est destiné à assurer la vérification des patients tirés du registre de soins de la structure de santé. Sur la base de la liste des patients à trouver dans la communauté et d'un canevas d'enquête, les ASLO vérifieront l'existence des patients sélectionnés et se renseigneront sur les soins reçus, le tarif payé, le temps d'accueil, le niveau général de satisfaction. Ce travail est effectué tous les trimestres et est payé au forfait par questionnaire bien rempli. Le modèle contrat figure à l'**annexe 12**.

¹⁴Toutes les formations sanitaires qui offrent le PCA doivent être intégrées

Contrat de performance entre le responsable et l'agent concerné

Le responsable de la structure de santé signe un contrat de motivation avec chaque agent de santé dans sa structure. Ce contrat de motivation décrit le poste de l'agent, sa responsabilité et les modalités d'évaluation de sa performance au regard de sa fonction dans la structure. Les critères de performance individuelle sont définis de commun accord entre les agents de santé et le responsable. Les critères et la pondération de l'évaluation individuelle doivent être expliqués et discutés avec le responsable de la structure et tous les agents en vue de garantir la transparence (**annexe 13 et 23**).

La structure de santé utilise l'outil indices pour respecter l'équilibre entre les recettes et les dépenses de la structure. La part des recettes réservée aux primes (fixes et de performance) ne peut excéder 60 % des recettes totales.

Les contrats de motivation sont principalement destinés à aider à la prestation de services de qualité du PMA et du PCA. En cas de discordance entre le personnel, par exemple une surabondance de personnel non soignant, et une pénurie de personnel soignant, le responsable de la structure de santé est libre de juger en concertation avec son équipe combien de points il devrait allouer au personnel non soignant par rapport au personnel soignant.

Le CODESA participe à la cogestion des budgets de performance et veille à ce que les résultats des évaluations de rendement soient appliqués. Les agents de santé qui ne travaillent plus dans la formation sanitaire, n'ont pas droit à la rémunération au rendement. **L'annexe 13 et 23** montre le modèle de contrat de performance individuelle.

Contrat de performance entre le centre de santé et le site des soins communautaire

Les sites des soins communautaires sont des « stratégies avancées » des soins de santé. Ces sites sont responsable au nom du centre de santé de prendre en charge certains problèmes de santé comme le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, les visites à domicile pour la sensibilisation et la récupération des non repondants aux séances de vaccination. (**Annexe 14**).

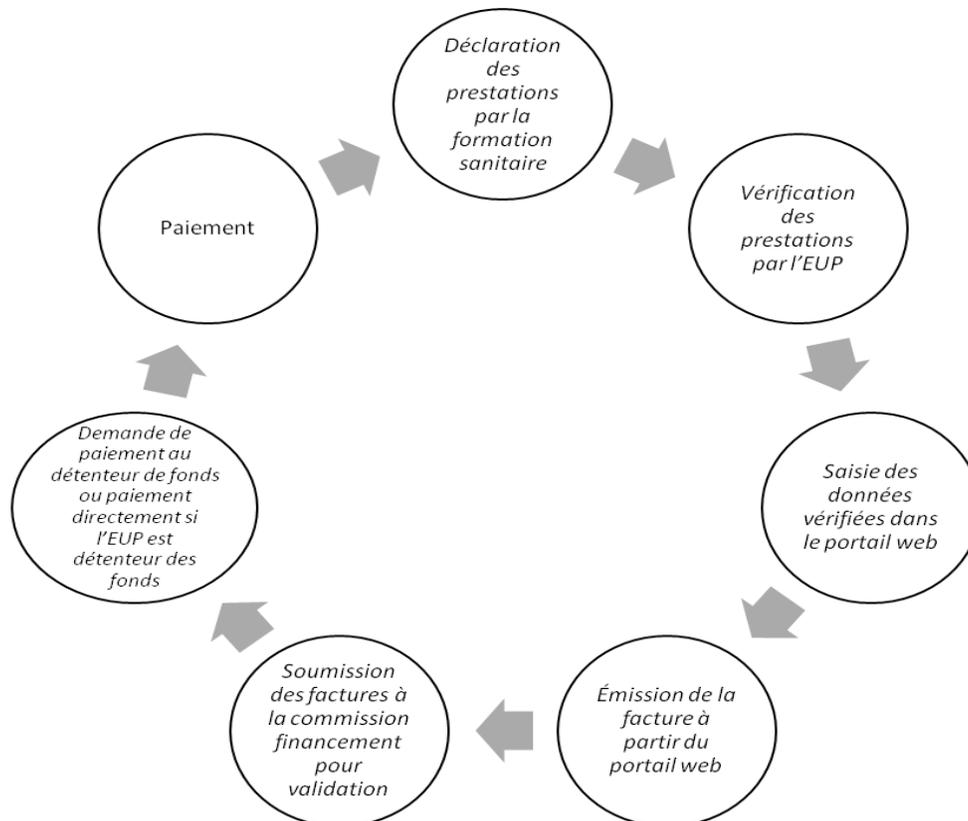
15. LE PAIEMENT DES SUBSIDES DU FBP

Les étapes du cycle de paiement

1. *Déclaration des prestations par les structures contractantes*
2. *Vérification des prestations par l'EUP*
3. *Saisie des données vérifiées dans le portail web*
4. *Émission de la facture à partir du portail web*

5. *Soumission des factures à la commission financement pour validation*
6. *Demande de paiement au détenteur de fonds*
7. *Paiement des subsides directement aux structures contractantes*

Figure 2: Le cycle de paiement



Le paiement passe par le processus suivant :

1. *Le paiement du bonus de investissement selon les modalités décrites plus haut*
2. *Les factures mensuelles des structures de santé sont contrôlées et approuvées par le vérificateur et saisies dans l'application web (**Annexe 17**)*
3. *La dernière de ces factures mensuelles arrivera à la Commission financement et couverture sanitaire universelle avant le 25 du quatrième mois (les mois de un à trois représentant le trimestre). Les scores trimestriels de l'évaluation de qualité sont finalisés pour les structures de santé et l'information sera transmise à la Commission financement et couverture sanitaire universelle au plus tard le 25 du quatrième mois;*
4. *La saisie des données quantité et qualité par l'EUP dans l'application web et l'impression des factures trimestrielles consolidées provisoires;*
5. *La réunion de la commission financement et couverture universelle se tient une fois par trimestre. Au cours de ces réunions les factures trimestrielles consolidées des ZS sont approuvées (ou modifiées si*

nécessaire). Au cours de ce processus, les factures mensuelles d'origine sont comparées avec les factures consolidées trimestrielles qui ont été imprimées à partir de la base de données. Après approbation, la facture validée et les comptes rendus des réunions de la Commission financement et couverture sanitaire universelle sont déposées à l'EUP et une copie est envoyée à la DEP ;

- 6. L'EUP produit un ordre de paiement dans les 72 heures ouvrables qui suivent la tenue de la réunion de validation de la facture (l'ordre de paiement est généré par l'application web) ;*
- 7. Une copie scannée de l'ordre de paiement est signée par l'EUP et envoyée à la DEP ;*
- 8. L'information sur le rendement et les données de paiement seront publiés sur la page d'accueil de l'application Web. La DEP – santé devra informer les EUP de l'effectivité du paiement.*

Règles d'utilisation des subsides du FBP

Les subsides FBP sont sensés être utilisés d'une manière globale en tenant compte de toutes les autres sources de financement. En règle générale, un maximum de **50%** des recettes totales de la structure sanitaire peut être attribué au paiement des primes de performance du personnel selon l'outil d'indice. Les subsides FBPainsi que toutes les autres recettes de la formation sanitaire seront utilisés selon l'outil d'Indices.

Outil d'Indices

L'outil d'indices est disponible sous deux formes: l'une est un tableur Excel pour une utilisation à l'hôpital général de référnece où il y a du matériel informatique disponible. L'autre est un outil à base de papier destiné à une utilisation dans les centres de santé.

L'outil d'indices instaure dans la FOSA une transparence dans la gestion des fonds, crée une dynamique de groupe et constitue enfin un support par excellence de budgétisation de la FOSA.

Le régulateur utilise les éléments de l'outils d'indices dans la supervision, l'évaluation de la qualité et dans la résolution des problèmes auxquels la FOSA fait face.

Le but principal de l'outil d'indices est de gérer les revenus des structures de santé de façon holistique. Les revenus en espèces pour les structures de santé proviennent de:

- 1. Le recouvrement des coûts*
- 2. Les subsides FBP*
- 3. Les subventions en espèces du gouvernement ou des partenaires au développement.*
- 4. Autres dotations financières*

Les structures de santé devront gérer ce revenu provenant de diverses sources pour payer ses dépenses:

- 1. Achat de médicaments génériques certifiés et consommables médicaux auprès des distributeurs agréés;*

2. *Achat de petits équipements;*
3. *Petites réhabilitations des installations;*
4. *Payement des salaires du personnel de santé;*
5. *Motivation des agents de santé communautaires ;*
6. *Payement des primes de performance du personnel;*
7. *Tampon de trésorerie raisonnable.*

Pour répartir les primes de performance des agents de la structure, il faut :

1. Déterminer pour chaque personnel à travers le contrat de motivation individuel les indices ou parts selon la grille d'indices. Généralement tous les agents doivent participer au choix des critères à retenir (niveau d'études, ancienneté, responsabilité dans la structure, ...).
2. L'évaluation des performances individuelles qui s'obtient après cotation de chaque agent par son chef hiérarchique sur base de la grille d'évaluation individuelle se trouvant dans le manuel opérationnel du PDSS.
3. Le point relatif s'obtient en multipliant l'indice individuel par le score de la performance obtenue par chaque agent
4. La valeur de l'unité indice s'obtient en divisant le montant de l'enveloppe de la prime par le total des points relatifs de tous les agents (Valeur de l'unité indice = montant prime / total des points relatifs de tous les agents)
5. La prime de performance à payer à chaque agent égale à la valeur de l'unité indice multipliée par son point relatif. (prime de performance à payer à l'agent = valeur de l'unité indice x son total des points relatifs).

Le modèle de l'outil d'indice sur papier figure à **l'annexe 18**

16. BASE DE DONNÉES

Une application web constitue l'épine dorsale du système FBP. Cette approche qui a montré des preuves dans plusieurs pays a conduit à la mise à l'échelle réussie du FBP.

Un site web sert de portail. Ce site sert également pour figurer des nouvelles, des événements, des documents, des informations relatives à des acteurs tels que leurs contacts et des sites Web, etc.

Les logiciels utilisés pour cette solution IT, WordPress, MySQL et PHP, sont tous ouverts aux sources (« open source »). La base de données offre des rapports préconfigurés, tels que les factures trimestrielles consolidées, mais aussi des graphiques interactifs et des tableaux.

Une page de toutes les structures de santé sous contrat sera utilisée, dans laquelle il y a des informations telles que leurs comptes bancaires etc. Les structures de santé ont des identifiants uniques

qui leur permettront d'être liés à d'autres bases de données comme le DHIS2 du SNIS. Le tableau de centre de santé sera également modifiable via l'application web, pour certains administrateurs. La base de données peut également être consultée sur l'exportation de données dans Excel, et d'analyser les tendances en utilisant les tableaux croisés Excel ou une option graphique.

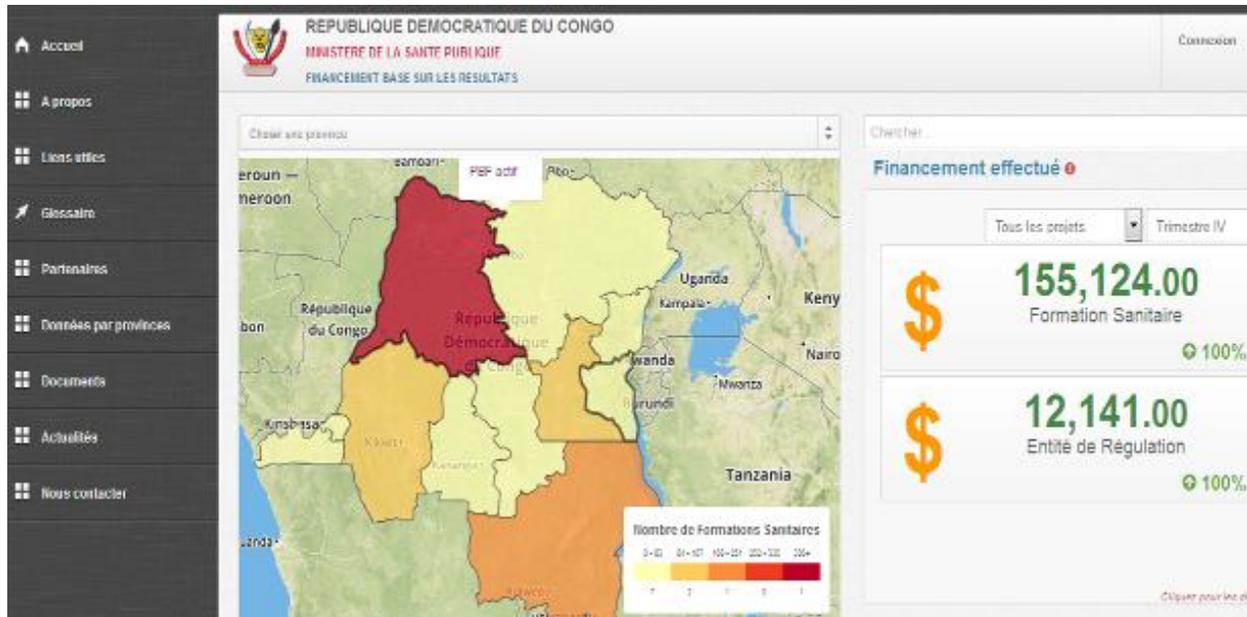
Le personnel de l'EUP sera responsable de la saisie des données. Cette saisie des données pourra s'effectuer manuellement ou par une tablette électronique. Une page d'accueil publique où figureront les performances de différentes structures sanitaires pourra être consultée par toute personne intéressée.

La base de données comprendra des comptes administrateurs et l'auteur. L'EUP aura des diverses «compte auteurs» pour ses vérificateurs attachés à chaque ZS. Ces auteurs ne peuvent entrer et modifier des données que pour leurs propres ZS, mais ils peuvent regarder les données de l'ensemble de la province (y compris les graphiques comparatifs).

Quelques utilisateurs sélectionnés auront des comptes de « administrateur » qui confèrent le plus haut niveau de compte d'utilisateur dans lequel les utilisateurs peuvent être ajoutés ou modifiés, y compris leurs mots de passe. Les administrateurs ont également accès à un journal dans lequel des mutations dans la base de données sont enregistrées. Enfin, toutes les données approuvées et payées peuvent être téléchargées à partir de l'interface publique en format Excel. Cette base de données sera intégrée dans le site web du Ministère de la santé (www.fbrsanterdc.cd).

La page d'accueil du portail FBP du Ministère de la Santé Publique est illustré dans l'image ci après :

Figure 3: Page d'accueil du portail web FBP du Ministère de la Santé Publique¹⁵



Gestion de la performance des structures de santé

La gestion des structures de santé utilise plusieurs outils de FBP. Cette gestion de la performance est au cœur des systèmes FBP. Il existe différents niveaux de gestion de la performance : (i) la gestion de niveau supérieur de performance (achats stratégiques par l'EUP, (ii) La performance au niveau de la DPS (iii) la performance au niveau de la ZS.

Dans ce manuel, on explique brièvement les cinq outils utilisés dans la gestion des performances au niveau des structures de santé à savoir :

1. Le contrat de performance des structures de santé,
2. Le plan de management,
3. Les différentes grilles de qualité,
4. L'outil Indice,
5. Le cadre d'évaluation de la performance individuelle.

Ces outils sont conçus comme une aide pour la gestion des structures de santé à concentrer leurs compétences dans la résolution de la quantité requise et la résolution des problèmes de qualité.

¹⁵Cette image sera améliorée dès que le nouveau portail est lancé

Contrats de performances des structures de santé

Le contrat de performance engage les acteurs de mise en œuvre à respecter les droits et devoirs réciproques dans leur collaboration. Les signataires de contrat varient selon le niveau et le type de prestation.

Les éléments constitutifs d'un contrat de performance sont : le préambule, l'objet du contrat, les engagements entre les différentes parties prenantes, les prestations contractuelles, le montant alloué par prestation, les modalités de vérification et de paiement, la durée, le mode de règlement des contentieux et les annexes. Tous ces éléments nécessitent une négociation entre les différents acteurs lors de la signature du contrat. Toutefois, il faut souligner que le contrat dispose d'une partie non négociable qui expose les orientations de politique nationale de santé du pays (préambule).

Plan de management ou plan de business

Le plan de management permettra de mieux mettre en œuvre le plan d'action annuel de la structure sanitaire. C'est un plan qui analyse la situation de la structure, identifie les problèmes prioritaires et propose des stratégies réalistes pour atteindre les objectifs fixés par rapport à chaque service offert et non seulement les services subventionnés. Il est élaboré trimestriellement par : les ECZS, les équipes des structures de santé avec leurs CODESA pour les centres de santé et avec le CODIR pour les HGR.

Le plan de management¹⁶ est une annexe du contrat de performance entre l'EUP et la formation sanitaire. Le plan de management est différent des plans d'action annuel. Les structures de santé doivent indiquer comment elles veulent aller de A à B, et quelles sont les interventions et les ressources qui seront utilisées pour atteindre ces objectifs. Le plan de management est négocié chaque trois mois. Il s'agit donc, des plans réalistes, souples et qui sont très facilement contrôlables par les acteurs des formations sanitaires.

Le plan de management est utilisé par la structure de santé pour expliquer les différentes cibles et les stratégies qu'elle a conçues pour fournir des services de santé de qualité à sa population. Une collaboration étroite avec le comité de développement de santé (CODESA) ou CODIR est nécessaire à son élaboration. Un plan de management validé est nécessaire pour que le contrat de performance prenne effet. Il est également une annexe du contrat de performance : si la structure de santé ne fait pas ce qu'elle a prévu de faire, elle fait face à une renégociation de son contrat de performance. Elle pourrait en cas de mauvaise performance continue perdre son contrat.

¹⁶Parfois appelle 'plan de business' ou 'plan d'affaires'

Tableau XII: Les éléments de préparation du plan de management à différents niveaux

| Niveau | Responsable | Acteurs associés | Outils | Validation |
|--------|----------------------|---|---|---|
| BCZ | Médecin chef de zone | ECZS (Médecin Directeur, DN, AGIS, IS, Nutritionniste, Pharmacien, TDR) | <ul style="list-style-type: none"> • PAO • Évaluation du plan de management du trimestre passé • Rapports de supervision de la DPS • Rapports d'encadrement • Rapports d'évaluation • Rapports SNIS • Rapports des revues mensuelles • Rapports de vérification • Rapports financiers et de MEG • Rapports d'inventaires • Rapport sur la situation du personnel • Feedback des enquêtes communautaires | COGES |
| HGR | Médecin Directeur | Membres du CODIR (AGIS, MCS et le DN) Chefs de services | <ul style="list-style-type: none"> • PAO • Évaluation du plan de management du trimestre passé • Rapports de supervision de la DPS et BCZ • Rapports d'encadrement • Rapports financiers et de MEG • Rapports d'évaluation de la qualité des soins • Rapports SNIS • Rapports des revues mensuelles • Rapports de vérification • Rapports d'inventaires • Rapport sur la situation du personnel • Feedback des enquêtes communautaires | CODIR |
| CS | IT | CODESA restreint, Equipe de santé (Accoucheuse, ITA, Labo,...) | <ul style="list-style-type: none"> • Micro PAO • Évaluation du plan de management du trimestre passé • Rapports de supervision de l'ECZS • Rapports financiers et de MEG • Rapports d'évaluation de la qualité des soins | CODESA avec l'appui technique de l'ECZS |

| Niveau | Responsable | Acteurs associés | Outils | Validation |
|--------|-------------|------------------|---|------------|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports SNIS • Rapports des revues mensuelles • Rapports de vérification • Rapports d'inventaires • Rapport sur la situation du personnel • Feedback des enquêtes communautaires | |

Étapes dans la préparation d'un plan de management.¹⁷

1. Obtenir et analyser les données de l'intervention/indicateur ainsi que les données financières (recettes et dépenses) de la période précédente ;
2. Énumérer les forces et faiblesses par rapport à la couverture de l'intervention et à l'atteinte de la cible ;
3. Déterminer les cibles ;
4. Analyser les goulots d'étranglement en rapport avec la structure (infrastructures, personnel, équipements, organisation des services), la population (accessibilité financière, géographique et culturelle) et la communauté (relais communautaires, leaders communautaires et autorités politico-administratives), qualité des services ;
5. Identifier les stratégies à mettre en place pour contrôler les causes de ces faiblesses et atteindre les cibles déterminées ;
6. Définir des stratégies prioritaires et urgentes à réaliser (chercher la créativité et l'innovation) ;
7. Elaborer un budget prévisionnel réaliste qui va permettre un encadrement des recettes ;
8. Endosser le plan de management.

¹⁷Les étapes suivantes concernent tous les différents niveaux

Figure 4: Croisement du cycle de paiement des subsides et du cycle de gestion du Plan de management

| Activités | Mois 1 | | | | Mois 2 | | | | Mois 3 | | | | Mois 4 | | | | Mois 5 | | | | Mois 6 | | | | Mois 7 | | | | Mois 8 | | | | Mois 9 | | | | Mois 10 | | | | Mois 11 | | | | Mois 12 | | | |
|--------------------------------------|--------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|---------|----|----|----|---------|----|----|----|---------|--|--|--|
| | S1 | S2 | S3 | S4 | S1 | S2 | S3 | S4 | S1 | S2 | S3 | S4 | | | | |
| Vérification des prestations | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Évaluation qualité | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rapports des Enquêtes communautaires | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rapports SNIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Évaluation du PM trimestre passé | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Élaboration du Plan de Management | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Appui de l'ECZS et Validation du PM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endossement du PM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Paiement des subsides | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MISE EN ŒUVRE DU PM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Il ressort de ce tableau une suite logique partant de la vérification des performances, du paiement des subsides, évaluation de la qualité, exploitation des rapports SNIS et des enquêtes communautaires pour la production d'un plan de management.

Ce tableau croise le cycle de paiement avec le cycle de planification (élaboration et mise en œuvre du plan de management) afin de corriger 6 problèmes majeurs souvent rencontrés :

1. Le plan de management élaboré par la FOSA ne tient pas compte des informations pertinentes sur l'offre ou la demande des services. Il s'agit notamment des informations sur l'évaluation de la qualité, sur la satisfaction des usagers, sur la vérification,...
2. Le plan de management se fait dans la précipitation et généralement par une seule personne et sans la participation des autres acteurs ;
3. Le plan de management se fait sans évaluer au préalable le plan de la période précédente ;
4. Le plan de management est élaboré à la fin du trimestre, ce qui prive aux prestataires le temps matériel pour sa mise en œuvre ;
5. Le plan de management est élaboré sans l'encadrement des ECZS ;
6. Le financement de la période arrive très tardivement après l'élaboration du plan de management, ce qui empêche sa mise en œuvre (le plan de management devient un outil théorique et non un outil pour améliorer la qualité des services).

Grilles d'évaluation de la qualité comme outil de planification

Dans le FBP, la grille qualité ne doit pas être utilisée seulement comme un outil d'évaluation mais aussi un **outil de planification**.

En effet, cette grille permet de voir les écarts qui existent entre la situation actuelle de la FOSA et le niveau souhaité par rapport à chaque domaine d'activités (consultation, accouchement, laboratoire, etc.). Ces écarts constatés ne sont pas seulement d'ordre structurel, ils sont aussi d'ordre

comportemental ou fonctionnel (remplissage des partogrammes, non respect des ordigrammes, absences des poubelles, mauvais archivage des données,...) ; des situations qui peuvent être modifiées par des efforts locaux et qui ne nécessitent pas nécessairement des gros moyens.

Ainsi, dans le management, les scores qualité désagregés par domaine et les recommandations formulées par les évaluateurs doivent être utilisés pour planifier les améliorations réalistes et progressives.

Les visites d'encadrement réalisées par les ECZS devront se baser sur les déficiences des FOSA à planifier les progressions. D'une période à l'autre, la structure sanitaire doit évaluer les progrès par rapport à son score qualité et discuter des questions qui nécessitent un apport extérieur.

Ces dispositions obligent chaque FOSA à disposer d'une **copie de son évaluation qualité en cours**. Les moyens donnés comme bonus qualité doivent être investis pour l'amélioration de la qualité des prestations.

Outils d'indices comme outils de planification

L'outil indice incite la transparence dans la gestion des ressources au niveau de la FOSA. Ce qui renforce l'esprit d'équipe et la motivation du personnel. La grande force de cet outil réside dans le fait que l'affectation des recettes de la FOSA implique la participation de tout le staff, du Titulaire/Directeur jusqu'à l'ouvrier.

Elaboré de manière non participative, l'outil indice peut créer une démotivation et un désengagement de l'équipe pouvant entraîner une baisse de la performance et par conséquent, une diminution des subsides.

L'utilisation de l'outil indice doit bénéficier d'un encadrement régulier mais aussi cet outil veillera à intégrer l'ensemble des ressources qui sont apportées au niveau de la FOSA. L'outil d'indice devra donc être lié au plan de management.

L'utilisation de l'outil d'indice renforce l'application des règles traditionnelles d'une bonne gestion financière (tenue correcte des livres de caisse, archivage,...)

Cadre d'évaluation de la performance individuelle

Avant d'obtenir une performance globale de la structure, il est important d'avoir une performance des acteurs. Dans les FOSA, il existe plusieurs comportements d'un acteur à l'autre. La tendance de ces deux types de comportements peut influencer négativement ou positivement la performance globale de la structure. Chaque membre du personnel s'engage individuellement à travailler avec l'équipe pour contribuer à la réalisation du plan de management.

Ainsi donc, une évaluation objective de chaque acteur permet de voir dans quel sens il est entrain de contribuer à la performance collective. Le cadre d'évaluation de la performance individuelle instaure donc un **esprit de rédevabilité interne et de justice** de partage au sein de la structure.

Les Responsables des structures de santé utilisent un cadre d'évaluation de la performance individuelle et veillent à une repartition du budget de la prime de rendement, tout en gérant l'effort individuel. Un exemple d'un tel cadre d'évaluation des performances est fourni en **annexe 23**. Les structures de santé sont invitées à élargir ce cadre en fonction de leurs connaissances et maitrises locales.

17. STRATEGIE D'APPUI AU PROGRAMME FBP

Renforcement des capacités

Le renforcement des capacités du système est vital pour la réussite d'un programme de FBP. Les structures de santé doivent être appuyées en acquisition des équipements de base et dans la réhabilitation des infrastructures dans une mesure raisonnable pour offrir **des pré-réquis à la production des services de santé de qualité**.

Un programme de formation FBP est élaboré pour chaque entité. Ces formations devront être faites par un personnel disposant d'une expérience opérationnelle en FBP et devront se baser principalement sur le présent manuel. Par conséquent, **ces formations doivent être décentralisées** au niveau des différents organismes qui ont la capacité opérationnelle de le faire.

Le cadre institutionnel de l'approche FBP, et les nouvelles règles de jeu du FBP en fonction du contexte d'intervention sont expliquées, et cette formation se termine **par la cérémonie de signature du contrat de performance**.

Tous les acteurs de la Province, de la ZS et des structures de santé doivent être formés. C'est un effort important qui doit bénéficier d'une excellente coordination entre la DPS, les ECZS, les EUP, les partenaires techniques et financiers et le soutien opérationnel et financier de tous les acteurs.

La DPS est au centre de cet effort de coordination grâce à une collaboration intense avec les ECZS, l'EUP et l'ACVE.

Les éléments de la stratégie de formation

Les éléments de la stratégie de formation proposée sont les suivants:

1. *Utiliser un ou plusieurs Assistants Techniques formateurs qualifiés de niveau national ou international disposant d'une bonne expérience en matière de FBP ;*

2. Sélectionnez une équipe de formateurs de divers organismes (CT-FBR; EUP, Directions centrales, DPS et les partenaires au développement), une équipe d'environ 25 personnes serait nécessaire pour suivre la formation des formateurs ;
3. Former les formateurs en méthodes et approches andragogiques modernes;
4. Créer des modules de formation pour les différents groupes cibles, en lien avec le manuel d'exécution du FBP;
5. Assurer la formation des groupes cibles : La première formation peut être une formation de démonstration, puis les autres formations peuvent être menées de manière simultanée et en parallèle;
6. Assurer le suivi de la formation lors des missions d'encadrements.

Coaching à tous les niveaux

Dans le FBP, le renforcement des capacités se fait de différentes façons. L'encadrement en cascade sous forme de coaching permet aux structures d'améliorer la production des services de santé de qualité. Ce coaching est préparé en fonction des déficiences identifiées dans le plan de management des FOSA et accompagne principalement ces dernières dans la mise en œuvre des stratégies proposées. On devra se rassurer que l'encadreur/coach dispose d'un gradient de compétence supérieur par rapport aux personnes à encadrer.

Le coaching sera une prestation contractuelle des DPS et des ECZS. Son évaluation se basera non seulement sur la réalisation des missions ou des visites mais aussi sur le progrès constaté dans les FOSA bénéficiant de l'encadrement.

Figure 5: Outils pour le coaching¹⁸

Outils à utiliser dans le coaching



¹⁸Ce design est tiré du Module de formation en FBP, Haïti 2012, Muvudi M

Harmonisation des mécanismes de financement pour atteindre plus des résultats

Le projet de développement du système de santé (PDSS) n'est pas seulement un projet, mais aussi une plateforme qui a inclut une dynamique d'harmonisation avec d'autres partenaires comme le Fonds Mondial, l'Unicef etc. Dans cette dynamique, il se relève que chacun des partenaires mets un accent sur tel ou tel autre régime de financement. Dans la mise en œuvre, le PDSS a identifié des articulations importantes qui doivent faire l'objet d'une capitalisation. Il s'agit des composantes du CAO 4-5, des principes du Financement Basé sur la Performance et des sites des soins communautaires. Au décours de plusieurs analyses, un modèle conceptuel d'articulation a été développé.

L'annexe 33 présente ce modèle de design opérationnel entre les 3 mécanismes de financement.

Plaidoyer en faveur du FBP

Le FBP étant un mode de financement ayant prouvé son efficacité et son efficience dans le renforcement du système de santé dans plusieurs pays en développement, il est important que la RDC en collaboration avec ses PTF adoptent cette approche à l'échelle national.

Des actions de plaidoyer devront être menées à différents niveaux (provincial et national) pour non seulement une mobilisation des fonds pour l'appui au FBP dans le secteur de la santé mais aussi son appropriation par le gouvernement de la RDC mais aussi en se basant sur les résultats de l'utilisation des services et de la qualité des soins qui seront obtenus.

Le plaidoyer est donc une action continue à mener aussi bien par les régulateurs que tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de ce projet à différents niveaux. Il consistera en des rencontres formelles ou informelles, des missions ponctuelles, des rencontres périodiques, des conférences ou tout autre partage des résultats et informations en rapport avec le FBP.

Dans le cadre de ce projet, le plaidoyer devra se faire

- *Au niveau de la Commission financement et couverture sanitaire universelle ainsi qu'au CPP qui fait participer les autres PTF ;*
- *A travers l'utilisation et la diffusion des résultats à travers le portail ;*
- *Par le partage et la documentation des bonnes pratiques ;*
- *Par des échanges d'expérience lors des revues mensuelles au niveau de différentes ZS.*

18. Évaluation de l'impact du FBP dans le PDSS

Le financement basé sur les performances (FBP) est une approche centrée sur l'offre dans le cadre de laquelle les produits (ou les résultats) sont rémunérés (sur la base de leur quantité et de leur qualité), à la différence des programmes classiques qui sont axés sur les intrants financiers ou matériels.

En matière de politique générale, les objectifs de l'évaluation de l'impact consistent à : (a) déterminer l'impact de la démarche de FBP sur l'utilisation et la qualité des services, et sur les résultats de santé, (b)

cerner les facteurs principaux qui ont produit cet impact, et (c) évaluer le rapport coût-efficacité du FBP en tant que stratégie d'amélioration des résultats de santé. Ainsi, les résultats de l'évaluation d'impact sont censés aider à formuler la politique nationale de FBP en RDC et alimenter le savoir-faire accumulé plus généralement en matière de FBP.

Les principaux sujets de recherche

L'évaluation de l'impact se penchera sur les principaux sujets de recherche suivants :

Question 1 : quels sont les effets de la démarche de FBP suivie dans le PDSS, avec et sans les consultations à domicile, sur l'utilisation et la qualité des services de santé de base, par rapport aux méthodes de financement à montant égal basé sur les intrants ?

Théoriquement, plusieurs méthodes existent pour permettre au dispositif anticipé de FBP d'augmenter l'utilisation et la qualité des services de santé et d'améliorer les résultats de santé. Ces méthodes pourront être formulées sous forme d'hypothèse. L'achat de prestations prioritaires sur la base de leur qualité peut encourager les gestionnaires des structures de santé et les agents de santé à étendre la prestation de services prioritaires de santé maternelle et infantile (SMI) de haute qualité en la centrant sur la clientèle, et à stimuler la demande en services de santé. La vérification indépendante peut aussi encourager les gestionnaires à s'efforcer d'obtenir des résultats ; leur autonomie en tant que gestionnaires et une supervision bienveillante leur permettraient de réagir à ces incitations. Les primes de rendement destinées aux agents de santé encourageraient ces derniers à se préoccuper davantage des souhaits de la clientèle, tout en réduisant l'absentéisme, ainsi que le prix des honoraires informels qui sont facturés aux patients.

L'étude comparera aussi les résultats des structures de santé du projet à ceux des structures de santé ne recevant pas de financement supplémentaire par le biais du projet pendant toute la période de l'étude (à savoir les ZS autres que les 140 ZS du PDSS). Ceci permettra d'évaluer l'impact global du projet, résultant de l'ensemble des ressources investies et des procédés d'allocation de ces dernières.

Question 2 : quels sont les effets des différentes composantes des grilles de qualité sur la qualité des soins ?

- Quels sont les effets de la mesure et de la rémunération de la qualité sur la base avec des vignettes par rapport aux grilles de qualité sans vignettes (grilles de qualité des procédures et du contenu des soins et grilles de qualité structurelle) ?
- Quels sont les effets de la mesure et de la rémunération de la qualité sur la base des grilles de qualité des procédures et du contenu des soins par rapport à les grilles de qualité structurelle ?

La mesure de la qualité des soins, ainsi que sa rémunération, est devenue un élément fondamental des dispositifs de FBP. La quantité des prestations est rémunérée sur la base de la qualité des services afin de : 1) inciter directement l'amélioration de la qualité ; 2) garantir que la quantité ne s'accroît pas au

dépens de la qualité ; et 3) stimuler la demande en services de santé jugés plus utiles (Fritsche, Soeters et coll., 2014). Bien que la qualité des soins, jugée inadéquate, soit particulièrement préoccupante en RDC, sa définition et les notions employées pour la définir varient considérablement. La qualité des structures de santé est la plus simple à mesurer objectivement, au moindre prix, mais concerne un aspect étroit de la qualité des soins. Pour mesurer le processus, le contenu des soins et le savoir-faire des prestataires, les vérificateurs (et les prestataires de santé) doivent disposer de plus de temps et fournir plus d'efforts, mais ces autres aspects de la qualité reflètent mieux l'interaction entre le patient et le prestataire, ainsi que le traitement reçu par le patient. L'étude déterminera si l'utilisation des différents types des grilles de qualité a un impact sur le comportement des prestataires de santé et la qualité des soins. Il s'agit de déterminer si l'inclusion d'un plus grand ensemble de mesures de la qualité des soins dans les grilles de qualité améliorera la qualité des services de santé.

Question 3 : quels sont les effets des démarches visant à impliquer les communautés pour compléter les activités du programme de FBP sur la nutrition, le comportement communautaire et l'utilisation des services ?

- Quels sont les effets d'une démarche de FBP comportant des visites à domicile, par rapport à une démarche de FBP sans composante communautaire ?
- Quels sont les effets d'une démarche de FBP comportant une intervention où la modification du comportement communautaire est rémunérée, par rapport à une démarche de FBP sans composante communautaire ?
- Quels sont les effets d'une démarche de FBP comportant une intervention où la modification du comportement communautaire est rémunérée, par rapport à une démarche de FBP comportant des visites à domicile ?

Les démarches visant à faire participer la communauté s'accompagnent de mécanismes supplémentaires introduits au titre du FBP et visant à stimuler la demande en services de santé et la modification du comportement des ménages en incitant les centres de santé à faire participer les communautés qu'ils desservent. En RDC, les activités communautaires semblent particulièrement importantes, parce que :

- i. beaucoup de membres de la communauté semblent ne pas utiliser les services de santé à cause de leur prix élevé ou de leur grand éloignement - ces personnes tireraient grand profit de visites à domicile au cours desquelles les cas de certaines maladies grave peuvent être décelés et orientés vers les centres pour suivre un traitement.
- ii. La participation des ménages dans les interventions de santé publique qui sont très efficaces reste restreinte dans beaucoup de domaines - ainsi, les activités communautaires peuvent chercher à améliorer le comportement en matière d'hygiène et d'assainissement, augmenter l'utilisation des moustiquaires ainsi que la disponibilité et la consommation des sels pour réhydratation orale (SRO) dans les ménages.

- iii. Les taux de malnutrition sont chroniquement élevés. Les cas de malnutrition aiguë aggravée peuvent être immédiatement orientés vers les structures de santé structure. Pour les enfants souffrant de retard de croissance, la mesure répétée de la taille peut sensibiliser les parents aux déficits de croissance, et des recommandations nutritionnelles adaptées (en fonction des aliments disponibles localement et des causes précises de la malnutrition) peuvent aider à traiter les grands facteurs d'amélioration de la nutrition, notamment la qualité et la diversité des aliments, la prévention et le traitement des infections, et les pratiques de soins qui conviennent.

Tableau XII : Plan général d'étude d'impact

| Zones de Santé | | | Calendrier | |
|------------------------|---------------|--------|-----------------------|-----------|
| | | | 2016-2018 | 2018-2020 |
| Echantillon de 100 ZSs | Randomisation | 50 ZSs | FBP | |
| | | 50 ZSs | Supplément Budgétaire | FBP |

Enquête auprès des structures de santé

Une enquête sera menée dans les centres de santé et hôpitaux Généraux de référence. Les visites de l'équipe dans la structure de santé ne seront pas annoncées.¹⁹ L'enquête auprès des Structures de santé comporte plusieurs composantes. Un échantillon d'agents de santé, d'observations de l'interaction entre le patient et le prestataire et des interviews de départ avec les clients sera sélectionné afin d'établir des liens entre les constats issus de chacune des trois composantes. L'équipe de recherche évaluera la faisabilité et le coût de l'addition éventuelle d'autres mesures de la qualité des soins, comme les vignettes en vidéo, les accouchements simulés et les patients normalisés.

Module d'évaluation de la structure de santé

Le module d'évaluation de la structure de santé cherche à recueillir les données relatives à son fonctionnement et aux aspects structurels de la qualité des soins qui y sont dispensés. Dans ce module, sera interrogée la personne chargée de la structure de santé pendant la visite des enquêteurs. L'évaluation de la structure de santé portera principalement sur les sujets suivants :

¹⁹ L'équipe de recherche sait que les enquêteurs ne pourront pas toujours achever tous les modules pendant une visite inattendue, car certains intervenants peuvent être absents ou certains services ne sont pas proposés le jour de la visite. Dans ces cas, les enquêteurs programmeront une autre visite pour achever tous les modules de l'enquête.

- Le personnel de la structure de santé, y compris les effectifs de la structure de santé, le personnel de permanence pendant la visite des enquêteurs et le personnel présent pendant la visite des enquêteurs
- L'infrastructure de la structure de santé
- La disponibilité des médicaments, des produits consommables et des fournitures dans la structure de santé
- La supervision
- La tenue des registres et transmission des rapports au système d'informations sur la gestion de la santé
- La gestion de la structure de santé
- Le montant officiellement facturé par la structure de santé
- Les recettes de la structure de santé, et leur utilisation

Module d'interview des agents de santé

Un échantillon aléatoire stratifié d'agents de santé cliniques et non professionnels accomplissant des tâches associées à la santé maternelle et infantile dans les structures de santé sera interviewé dans le cadre de ce module. Quatre agents de santé seront interviewés dans chaque structure de santé et de chaque hôpital général de référence. Les agents de santé pouvant être interrogés sont, entre autres, les médecins, les infirmiers, les sages-femmes et les sages-femmes auxiliaires, et tout autre agent de santé fournissant des soins associés aux services encouragés. Dans les structures de santé dont les effectifs sont inférieurs à 4, tous les agents de santé éligibles seront interrogés. Le module portera principalement sur les sujets suivants :

- les rôles et responsabilités de l'agent de santé interrogé
- La rémunération, y compris les retards de salaires
- Le degré de satisfaction et de motivation du personnel
- Le savoir-faire technique en matière de santé maternelle et néonatale. Ce dernier sera évalué à l'aide de vignettes. Les vignettes porteront sur les services à acheter au titre du FBP, seront adaptées au profil épidémiologique de la RDC.

Module des observations relatives à l'interaction entre le patient et le prestataire

À la différence du module d'interview avec l'agent de santé qui recueille des informations sur les connaissances de celui-ci, ce module a pour objet de se renseigner sur ses actes en présence du patient.

Entretiens de départ avec les patients

Un échantillon systématique aléatoire de 10 patients présents dans la structure de santé (5 patients de moins de 5 ans et 5 femmes enceintes). Les entretiens de départ seront tenus avec les personnes soignantes des enfants de moins de cinq ans présents dans la structure de santé pour obtenir des soins thérapeutiques et présentant une nouvelle pathologie. Les enfants de moins de 5 ans inclus dans

l'échantillon de départ doivent être ceux dont la consultation auprès d'un prestataire a été observée. En outre, des entrevues de départ seront réalisées auprès de tous les clients des CPN dont la consultation auprès d'un prestataire a été observée. Les entretiens de départ ont pour but de noter l'expérience vécue par le patient et évaluer la façon dont celui-ci perçoit la qualité des soins et son degré de satisfaction dans l'ensemble des centres de santé et des hôpitaux généraux de référence

20. ANNEXES

Annexe 1 : Le paquet minimum de services de santé (PMA) et leurs cibles

| Services PMA | | Cible mensuel |
|--------------|---|---|
| 1 | Consultation Externe (nvx cas) | population / 12 x 100% |
| 2 | Consultation Externe (nvx cas patient indigent) - plafond 5% | population / 12 x 5% |
| 3 | Petite chirurgie | pop / 12 x 5% |
| 4 | Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible) | Toutes les consultations x 2% |
| 5 | Enfant complètement vaccine | pop x 3.49% / 12 x 100% |
| 6 | VAT 2+ : Femme complètement protégée | pop x 4% / 12 x 100% |
| 7 | SP3/TPI3 : Troisième dose du Sulfadoxine Pyriméthamine chez la femme enceinte | pop x 4% / 12 x 90% |
| 8 | Consultation Prénatale – 1 ^{ère} visite | pop x 4% / 12 x 90% |
| 9 | Consultation Prénatale – 4 ^{ème} visite | pop x 4% / 12 x 60% |
| 10 | Consultation postnatale | Pop X4%/12 |
| 11 | Accouchements assistés | pop x 4% /12 x 80% |
| 12 | PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj.) | pop x 21% /12 x 23% x 4 x 80% |
| 13 | PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant) | pop x 21% /12 x 2% x 80% |
| 14 | Surveillance de la croissance enfants de 6 à 23 mois | pop x 5.4% / 12 x 100% x 6 |
| 15 | Surveillance de la croissance enfants de 24 à 59 mois | pop x 11.5% / 12 x 100% x 4 |
| 16 | Visite à domicile | population / 7/ 2 an / 12 mois *2 |
| 17 | Dépistage Conseil du VIH/SIDA initié par le Prestataire | population x 5% / 12 mois x 70% |
| 18 | Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique | pop x 4% x 1.6% / 12 mois x 70% |
| 19 | Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH + | pop x 4% x 1.6% / 12 mois x 70% |
| 20 | Patient mis sous protocole ARV et vu tous les six mois | Pop x 5% x1.6% / 12 moisx6 x 70% |
| 21 | Dépistage des cas TBC - BK positifs | pop x (150/100.000) / 12 x 75% |
| 22 | Cas TBC- BK positif traités et guéris | pop x (150/100.000) x 6 mois / 12 x 75%*85% |

| Services PCA | | Cible mensuelle |
|--------------|--|---|
| 1 | Consultation Externe référée (et retro-information donnée) – médecin | population / 12 x 2% |
| 2 | Journée d'hospitalisation/admission | Pop/12*90%*30 jours |
| 3 | Journée d'hospitalisation - patient vulnérable - plafond 10% | Pop/12*10%*30 jours |
| 4 | Chirurgie majeure (population x 0,5%) | pop / 12 x 0,5% x 90% |
| 5 | Chirurgie majeur pour patient vulnérable - plafond 10% | pop / 12 x 0.5% x 10% |
| 6 | Petite Chirurgie (population x 1%) | pop / 12 x 1% x 90% |
| 7 | Petite Chirurgie - patient vulnérable - plafond 10% | pop / 12 x 1% x 10% |
| 8 | Transfusion de sang – volontaire | pop / 12 x 0,5% |
| 9 | Accouchement assisté – eutocique | pop x 4% / 12 x 10% |
| 10 | TPI 3 : Troisième dose de Sulfadoxine Pyriméthamine chez la femme enceinte | pop x 4% / 12 |
| 11 | Césarienne (50% des accouchements dystociques) | pop x 4% / 12 x 10% x 50% |
| 12 | Accouchement dystocique (césarienne exclue) | pop x 4% / 12 x 10% x 50% |
| 13 | Consultation Périnatale : 1 ^{ère} visite | pop x 4% / 12 x 10% |
| 14 | Consultation Périnatale : 4 ^{ème} visite | pop x 4% / 12 x 40% |
| 15 | Dépistage Conseil du VIH/SIDA initié par le Prestataire | pop x 5% / 12 mois x 30% |
| 16 | VIH/SIDA Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie | pop x 4% x 1.6% / 12 mois x 30% |
| 17 | VIH/SIDA Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH + | pop x 4% / 12 mois x 1.6% x 30% |
| 18 | VIH/SIDA Nombre de nouveaux cas sous ARV | pop x 5% x 1.6% / 12 x 100% |
| 19 | VIH/SIDA Nombre de clients ARV suivi un semestre | Pop x 5% x1.6% / 12 moisx6 x 30% |
| 20 | Dépistage des cas TBC- BK positifs | pop x (150/100.000) / 12 x 75% |
| 21 | Cas TBC - BK positif traités et guéris | pop x (150/100.000) x 6 mois / 12 x 85% |
| 22 | PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj) | pop x 21% /12 x 23% x 20% |
| 23 | PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant) | pop x 21% /12 x 2% x 20% |
| 24 | PF : Ligatures et vasectomies | pop x 21% / 12 x 1% |

| N° | Service PMA | Définition du cas | Source primaire des informations | Source secondaire d'information |
|----|--|--|--|---|
| 1 | Consultation Externe (nvx cas) | Il s'agit d'un patient qui se présente à la consultation avec un épisode de la maladie pour lequel il n'a pas encore reçu de soins au niveau du centre de santé. | Registre de consultation | Fiche de consultation |
| 2 | Consultation Externe (nvx cas patient indigent) - plafond 5% | Il s'agit d'un patient qui se présente à la consultation avec un épisode de la maladie pour lequel il n'a pas encore reçu de soins au niveau du centre de santé. Ce patient présente également des critères de vulnérabilité tels que définis par le comité des indigents | Registre de consultation curative avec colonne critère d'indigence | Fiche consultation ou carte d'indigence |
| 3 | Petite chirurgie (incl. circoncision) | Il s'agit un acte opératoire fait sur un malade par un médecin ou un infirmier et qui n'a nécessité que de l'anesthésie locale | Registre de de petite chirurgie | Fiche ou carnet de consultation |
| 4 | Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible) | Il s'agit d'un patient qui se présente à la porte de l'HGR avec un document du Centre de santé expliquant le motif de sa référence. La contre référencé : si le patient se présente à la consultation au centre de santé avec un document de l'HGR pour la suite de traitement. | Le registre de consultation (voir colonne 12 du registre SNIS) | La fiche du malade, le billet de référence et/ou de contre référence. |
| 5 | Enfant complètement vacciné | Il s'agit d'un enfant qui a reçu tous les antigènes avant son premier anniversaire et qui a respecté le calendrier vaccinal | Le Registre de vaccination | La fiche CPS (principalement pour le respect des rendez-vous) |
| 6 | VAT 2+ : Femme complètement protégée | Il s'agit d'une femme qui a reçu les 5 doses de VAT et qui a aussi respecté le calendrier vaccinal | Registre de CPN | Fiche CPN |
| 7 | SP3 : Femme enceinte | Il s'agit d'une femme enceinte ayant pris sa troisième dose de Sulfadoxine Pyriméthamine 1 ^{ère} dose : 16 semaines 2 ^{ème} dose : 28 semaines | Registre CPN | Fiche CPN |

| N° | Service PMA | Définition du cas | Source primaire des informations | Source secondaire d'information |
|----|---|---|----------------------------------|---------------------------------|
| | | 3 ^{ème} dose : 32 semaines | | |
| 8 | Consultation prénatale 4 ^{ème} visite | Il s'agit d'une femme enceinte qui a suivi les différentes visites de CPN jusqu'à la 4 ^{ème} visite et ayant respecté les échéances prévues 1 ^{ère} visite : 1 ^{er} trimestre 2 ^{ème} et 3 ^{ème} visite : 2 ^{ème} trimestre 4 ^{ème} visite : 3 ^{ème} trimestre | Registre CPN | Fiche CPN |
| 9 | Consultation Prénatale – 1 ^{ère} visite | Il s'agit d'une femme enceinte qui se présente pour la première fois (avant 4 mois) aux services de consultations prénatales. | Registre CPN | Fiche CPN |
| 10 | Accouchement assisté | Il s'agit d'un accouchement réalisé dans une institution sanitaire adéquate (maternité) par un personnel qualifié-briefé-formé disposant des moyens matériels pour conduire cet accouchement, avec un partogramme renseigné | Registre des accouchements | Partogramme |
| 11 | PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj) | Femme en âge de procréer qui utilise pour la première fois un service de planning familial pour une contraception moderne (injectable ou orale) et toute autre femme qui vient se réapprovisionner en méthode contraceptive moderne | Registre de PF | Fiche de counseling pour la PF |
| 12 | PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant) | Femme en âge de procréer qui utilise pour la première fois un service de planning familial pour une contraception moderne (DIU ou implant) | Registre de PF | Fiche de counseling pour la PF |
| 13 | Surveillance de la croissance enfants 6 – 23 mois | Il s'agit des visites d'un enfant en âge préscolaire entre 6 et 23 mois pour lequel la croissance est surveillée. Cette surveillance ne se limite pas à la pesé, | Registre CPS | Carte CPS ²⁰ |

²⁰ Consultance préscolaire (CPS)

| N° | Service PMA | Définition du cas | Source primaire des informations | Source secondaire d'information |
|----|--|---|---|---------------------------------|
| | | mais inclut aussi la prise de la Vit A, le déparasitage au Mébendazole etc. | | |
| 14 | Surveillance de la croissance enfants 24 à 59 mois | Il s'agit des visites d'un enfant en âge préscolaire entre 24 et 59 mois pour lequel la croissance est surveillée. Cette surveillance ne se limite pas à la pesé, mais inclut aussi la prise de la Vit A, le déparasitage au Mébendazole etc. | Registre CPS | Carte CPS ²¹ |
| 15 | Visite à domicile : | <p>Il s'agit des visites avec protocole réalisées par un relais communautaire dans un ménage</p> <p>Protocole :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Causeries éducatives ; - Thématiques sur : <p>Promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Allaitement maternel Exclusif ; 2. Alimentation Complémentaire ; 3. Utilisation de la MILD ; 4. Utilisation des latrines hygiéniques ; 5. Lavage des mains ; 6. Consommation d'eau potable dans les ménages ; 7. Récupération des enfants perdus de vue (non vaccinés) ; 8. Enregistrement des enfants à la Naissance ; 9. Prise en charge de la diarrhée avec SRO + Zinc <p>Promotion pour l'utilisation des services de santé (site de soins communautaires et centres de santé) :</p> | Cahier des ReCo ²² informant sur les visites à domicile. | |

²¹ Consultance préscolaire (CPS)

²² Relais Communautaire

| N° | Service PMA | Définition du cas | Source primaire des informations | Source secondaire d'information |
|----|---|---|--|--|
| | | <p>10. Utilisation des services de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - PF ; - PCIME ; - PCIMA - CPN ; - Accouchement ; <p>11. Utilisation des kits familiaux au niveau des ménages.</p> | | |
| 16 | Dépistage Conseil du VIH/SIDA initié par le Prestataire | Il s'agit de toute personne qui se fait dépister au VIH/SIDA après un conseil initié par le Prestataire. La personne dépistée doit également prendre connaissance des résultats. | Registre pré-test et post test | Fiche de DCIP Registre de laboratoire |
| 17 | Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie | Il s'agit d'une femme enceinte, dépistée et confirmée VIH+ et qui reçoit la prophylaxie ARV selon le protocole national | Registre PTME Registre de laboratoire | Fiche counseling Fiche de suivi |
| 18 | Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH + | Il s'agit d'un nouveau-né, né d'une femme VIH+ qui a bénéficié des soins néonataux indiqués et la prophylaxie VIH selon le Protocole national | Registre d'accouchement | Partogramme |
| 19 | VIH/SIDA Nombre de clients ARV suivi un semestre | Il s'agit de tout cas VIH+ mis sous ARV selon le protocole national qui est suivi selon les rendez vous | Registre TAR | Fiche de malade |
| 20 | Dépistage des cas TBC- BK positifs | Il s'agit d'une personne sur laquelle l'examen des crachats au Ziehl s'est relevé positif (Au moins 2 lames positives) | Registre TBC Registre laboratoire | Fiche de malade |
| 21 | Nombre de cas TBC – BK positifs traités et guéris | Il s'agit d'un malade tuberculeux Pulmonaire BK+ ayant pris correctement et selon le schéma les tuberculostatiques et déclaré guéri après un examen microscopique de contrôle | Registre de Laboratoire | Fiche de malade |
| 22 | Consultation postnatale 2 et 3ème visite | Il s'agit d'une femme accouchée qui est revenue 6 jours et/ou 6 semaines après l'accouchement | Registre de malade | Fiche de diagnostic |

| N° | Service | Définition du cas | Source primaire des informations | Source secondaire des informations |
|----|--|--|----------------------------------|---|
| 1 | Consultation Externe référée (et retro-information donnée) – médecin | Il s'agit d'un malade se présentant à la consultation de l'HGR avec un bon de référence et consulté par un médecin. | Registre de consultation | Bon de référence Registre de référence |
| 2 | Journée d'hospitalisation | Il s'agit des nombres des jours passé en hospitalisation pour un malade admis par un médecin (6 à 7 jours maximum). Tout dépassement de ce délai doit être validé par le vérificateur | Registre d'hospitalisation | Fiche d'hospitalisation |
| 3 | Journée d'hospitalisation - patient vulnérable - plafond 10% | Il s'agit des nombres des jours passé en hospitalisation (6 à 7 jours maximum) d'un malade ayant des critères de vulnérabilité admis par un médecin : plafond 10% des nombre des jours total d'admissions le mois précédent. | Registre d'hospitalisation | Fiche d'hospitalisation |
| 4 | Chirurgie majeur | Il s'agit d'un acte opératoire fait sur un malade par un médecin et qui a nécessité l'intervention d'une anesthésie locorégionale ou générale | Registre de bloc opératoire | Fiche d'hospitalisation Protocole opératoire |
| 5 | Chirurgie majeur pour patient vulnérable - plafond 10% | Il s'agit un acte opératoire fait sur un malade indigent par un médecin et qui a nécessité l'intervention d'une anesthésie locorégionale ou générale. Plafond 10% des actes totales chirurgie majeur du mois précédent. | Registre de bloc opératoire | Fiche d'hospitalisation Protocole opératoire |
| 6 | Petite Chirurgie | Il s'agit d'un acte opératoire fait sur un malade par un médecin ou un infirmier et qui n'a nécessité que de l'anesthésie locale | Registre de bloc opératoire | Protocole opératoire |
| 7 | Petite Chirurgie - patient vulnérable - plafond 10% | Il s'agit d'un acte opératoire fait sur un malade indigent par un médecin ou un infirmier et qui n'a nécessité que de l'anesthésie | Registre de bloc opératoire | Protocole opératoire |

| N° | Service | Définition du cas | Source primaire des informations | Source secondaire des informations |
|----|---|---|----------------------------------|--|
| | | locale. Plafond 10% des actes totaux petite chirurgie du mois précédent. | | |
| 8 | Transfusion de sang – volontaire | Il s'agit d'une transfusion testée aux 4 marqueurs faite sur un patient avec le sang donné par un donneur bénévole | Registre de transfusion | Fiche de surveillance Dossier du malade |
| 9 | Accouchement assisté – eutocique | Il s'agit d'un accouchement réalisé dans une institution sanitaire adéquate (maternité) par un personnel qualifié (infirmiers ou médecin) disposant des moyens matériels pour conduire cet accouchement, avec un partogramme correctement renseigné. L'accouchement est eutocique s'il n'y a pas d'intervention extérieure et qu'il se réalise par voie basse | Registre des accouchements | Partogramme |
| 10 | Césarienne (50% des accouchements dystociques) | Il s'agit de tout acte opératoire fait dans le but d'extraire le fœtus par la voie haute | Registre opératoire | Partogramme Protocole opératoire |
| 11 | Accouchement dystocique (césarienne exclut) | Il s'agit d'un accouchement qui fait intervenir une manœuvre ou une technique extérieure (forceps, ventouse, Christeler, épisiotomie etc...). | Registre d'accouchement | Partogramme |
| 12 | Consultation Prénatal (nouvelle inscrite et standard) | Il s'agit d'une femme enceinte qui se présente pour la première fois (avant 4 mois) aux services de consultations prénatales et qui revient pour une fois ou plusieurs fois supplémentaires (après la première visite) dans le cadre du suivi de sa grossesse. | Registre CPN | Fiche CPN |

| N° | Service | Définition du cas | Source primaire des informations | Source secondaire des informations |
|----|---|---|--|--|
| 13 | Dépistage Conseil du VIH/SIDA initié par le Prestataire | Il ne s'agit de toute personne qui se fait dépister au VIH/SIDA après un conseil initié par le Prestataire. La personne dépistée doit également prendre connaissance des résultats. | Registre pré-test et post test | Fiche de DCIP Registre de laboratoire |
| 14 | TPI 3 : Femme enceinte | Il s'agit d'une femme enceinte ayant pris sa troisième dose de Sulfadoxine-pyriméthamine SP1 = 16ème semaine SP2= 28ème semaine SP3= 32ème semaine | Registre CPN | Fiche CPN |
| 15 | Consultation prénatale 4ème visite | Il s'agit d'une femme enceinte qui a suivi les différentes visites de CPN jusqu'à la 4ème visite | Registre CPN | Fiche CPN |
| 16 | VIH/SIDA Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie | Il s'agit d'une femme enceinte, dépistée et confirmée VIH+ et qui reçoit la prophylaxie ARV selon le protocole national | Registre PTME Registre de laboratoire | Fiche counseling Fiche de suivi |
| 17 | VIH/SIDA Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH + | Il s'agit d'un nouveau-né, né d'une femme VIH+ qui a bénéficié des soins néonataux indiqués et la prophylaxie VIH | Registre d'accouchement | Partogramme |
| 18 | VIH/SIDA Nombre de nouveaux cas sous ARV | Il s'agit de tout cas VIH+ mis sous ARV selon le protocole national | Registre de prise en charge | Fiche de malade |
| 19 | VIH/SIDA Nombre de clients sous ARV ayant bénéficié du suivi semestriel | Il s'agit de tout cas VIH+ mis sous ARV selon le protocole national qui est suivi selon les rendez vous | Registre TAR | Fiche de malade |
| 20 | Dépistage des cas TBC – BK positifs | Il s'agit d'une personne sur laquelle l'examen des crachats au Ziehl s'est relevé positif (Au moins 2 lames positives) | Registre TBC Registre laboratoire | Fiche de malade |
| 21 | Nombre de cas TBC – BK positifs traités et guéris | Il s'agit d'un malade tuberculeux Pulmonaire BK + ayant pris correctement et selon le schéma les tuberculostatiques et déclaré guéri après un examen microscopique de contrôle | Registre TBC Registre laboratoire | Fiche de malade |

| N° | Service | Définition du cas | Source primaire des informations | Source secondaire des informations |
|----|---|---|--|------------------------------------|
| 22 | PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj) | Femme en âge de procréer qui utilise un service de planning familial pour une contraception moderne (injectable ou 3 mois de dosage pilules PF) | Registre de PF | Fiche de counseling pour la PF |
| 23 | PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant) | Femme en âge de procréer qui utilise un service de planning familial pour une contraception moderne (DIU ou implant) | Registre de PF | Fiche de counseling pour la PF |
| 24 | PF : Ligatures et vasectomies | Il s'agit de tout cas (homme ou femme) ayant subi volontairement une ligature des trompes ou une vasectomie comme méthode contraceptive | Registre de planification familiale et registre du bloc opératoire | Protocole opératoire |

| N° | Activités ECZS | Sources de vérification | Indicateurs et Critères d'évaluation | Indication pour la cotation | Poids | Cote |
|----|--|--|---|---|-------|------|
| 1 | Élaboration et exécution du plan de travail trimestriel de la Zone de santé | Présence d'un plan de travail inclusif de la zone de santé Rapport d'évaluation du plan de travail trimestriel | (1) Existence du Plan de travail trimestriel (+ compte-rendu de la réunion d'élaboration dudit plan) cohérent avec le plan d'action annuel validé par le comité de gestion de la zone de santé (Ce plan contient toutes les activités de la zone de santé selon les différents axes) (2) Transmission du plan de travail à la DPS dans le délai (au plus tard le 15 du premier mois du nouveau trimestre) (3) Existence d'un rapport d'évaluation du plan de travail trimestriel, (4) Évaluation réalisée au plus tard le 15 du premier mois du nouveau trimestre, (5) Taux d'exécution d'au moins 80% d'activités programmées (6) programmées, (7) | Pour les critères 1-2-3 (Chaque critère vaut 5) Le critère 4 vaut 10 | 25 | |
| 2 | Préparation et participation à la réunion du Comité de gestion de la zone de santé | Compte rendu de la réunion COGES Documents préparatoires de la réunion COGES | (1) Existence d'un compte rendu de la réunion du COGES avec liste de présence et copie de l'invitation, (2) Existence de compte rendu d'au moins une | 1 2 3 | 10 | |

| N° | Activités ECZS | Sources de vérification | Indicateurs et Critères d'évaluation | Indication pour la cotation | Poids | Cote |
|----|---|--|---|-----------------------------|-------|------|
| | | Rapports d'activités de la zone de santé | réunion préparatoire du COGES (3) Goulots d'étranglements liés à l'offre et à la demande des soins, (4) Taux de réalisation des décisions/recommandations pertinentes prises au sujet des problèmes liés à l'offre et à la demande des soins | 4 | | |
| 3 | Tenue hebdomadaire des réunions de l'équipe-cadre de la zone de santé | Compte-rendu des réunions ECZ | (1) Tenue d'au moins 12 réunions par trimestre avec liste des présences, (2) Existence des comptes rendus des réunions ECZ avec une évaluation des performances de la zone de santé et un suivi des recommandations. (3) Suivi du plan de travail lors des réunions de l'ECZ, (4) Taux d'exécution d'au moins 70% d'activités programmées (5) Taux d'exécution des recommandations / décisions d'au moins 70% | Chaque critère à 3 points | 12 | |
| 4 | Supervision/encadrement des formations sanitaires | Plan de supervision pour la période concernée avec une identification des problèmes à résoudre Rapports de coaching | (1) Toutes les formations sanitaires encadrées au moins 1 fois/mois, (2) Existence de rapports pour toutes les supervisions réalisées (3) Toute supervision a fait l'objet d'une préparation (analyse des données SIS, analyse des goulots | Chaque critère = 5 | 20 | |

| N° | Activités ECZS | Sources de vérification | Indicateurs et Critères d'évaluation | Indication pour la cotation | Poids | Cote |
|----|--|--|---|--|-------|------|
| | | (supervision) des formations sanitaires Retro-information envoyés aux structures supervisées | d'étranglement identifiés lors des évaluations qualité et évaluation des performances, production de termes de référence ou plan de supervision), (4) Présence d'un plan d'appui à la résolution des problèmes liés à la qualité des soins et à l'utilisation des services. | | | |
| 5 | Organisation des revues mensuelles pour l'analyse des données de la zone de santé. | Base des données sanitaires DHIS2 Compte rendu de la réunion d'analyse et validation des données sanitaires avec une analyse structure/structure des problèmes. | (1) Existence d'une base des données DHIS2 et d'une base de données à jour. (2) Analyses par comparaison entre aires de santé sur les évolutions temporelles réalisées (3) Feed-back écrit envoyé à chaque aire de santé, (4) Existence d'un tableau de bord à jour pour les suivis des indicateurs phares de la zone de santé (5) Promptitude DHIS2 de la ZS à 100 % | Tous les critères remplis =10 Si critères 1 et 2 manquent=0 Chaque critère=2 | 10 | |
| 6 | Évaluation trimestrielle de la qualité des services des formations sanitaires | Rapport d'évaluation trimestrielle de la qualité des Formations sanitaires | (1) Existence d'un rapport d'évaluation pour chaque structure contractée (2) La mission s'est faite dans le délai (soit avant le 15 du trimestre prochain) (3) Rapport assorti des principales actions de remédiation envisagées avec responsable pour chaque action | Tous les critères remplis =30 Si critère 1 manque=0 | 30 | |

| N° | Activités ECZS | Sources de vérification | Indicateurs et Critères d'évaluation | Indication pour la cotation | Poids | Cote |
|----|---|--|--|--|-------|------|
| 7 | Tenir au moins une réunion de la Cellule Epidémiologique une fois par semaine. | Nombre de réunions de la Cellule épidémiologique. tenues/Nombre prévu. | Rapport de réunion épidémiologique hebdomadaire et copies des REH des Fosa. (avec copie de l'invitation et liste des présences) Promptitude REH de la zone de santé à 100% | Critère compte pour 2.5 | 5 | |
| 9 | Suivi de la gestion des médicaments | Tableau de suivi du capital médicament des formations sanitaires | Tableau de suivi des valeurs réelles des médicaments des formations sanitaires affichées au BCZS avec 100% des données de qualité | Critère compte pour 10 | 10 | |
| 10 | Gestion financière et comptable au sein du BCZS correcte et conforme aux bonnes pratiques | Livres de caisse et de banque, bons de sortie, bon d'entrée de caisse, fiches de stock, registres (fiches) d'inventaire, PV de contrôle de caisse, pièces justificatives des dépenses, budget BCZS Manuel des procédures de la ZS | (1) Les livres de banque complets et à jour (2) Les livres de caisse complet et à jour (3) Les dépenses donnent lieu à un document d'autorisation de dépense (4) Les recettes donnent lieu à un document d'enregistrement de recette (5) Le rapprochement bancaire mensuel est effectué (6) Le classement des pièces comptables est correct (numérotation en continu + classement chronologique) (7) Le suivi régulier de la caisse (inventaire de caisse) est au moins mensuel [procès-verbal | Tous les critères remplis=20 Chaque critère=2 | 10 | |

| N° | Activités ECZS | Sources de vérification | Indicateurs et Critères d'évaluation | Indication pour la cotation | Poids | Cote |
|--------------|------------------------------------|--|--|-----------------------------|------------|------|
| | | | signé] (8) Fichier de suivi dettes et des créances à jour (9) Rapport financier mensuel disponible et correct, (10) Transparence des financements des partenaires | | | |
| 11 | Gestion des ressources matérielles | Inventaires du matériel Fiche d'entretien | (1) Présence d'une fiche d'inventaire des matériels de la ZS à jour (2) Présence d'un programme d'inventaire des matériels roulants et de la chaîne de froids (3) Régularité de l'entretien des matériels roulants (4) Présence des carnets de bords à jour | 2 2 2 2 | 8 | |
| Total | | | | | 150 | |
| 100% | | | | | | |

| Domaines | Missions | Fréquence | Source d'information | Indicateurs de quantité | Éléments de qualité pour l'évaluation de l'indicateur | Score | Cotation |
|--|----------------------------------|-----------------------------|---|--|--|-----------|----------|
| Coordination/ pilotage /Planification | Organiser les réunions de CPP-SS | 2 réunions ordinaires/année | Compte rendu Liste des membres du CPP approuvée par le Ministre provincial en charge de la santé | Nombre de réunions de CPP-SS réalisées avec PV et liste des présences des participants | <p>Avant la réunion :</p> <p>(i) Dossiers présentés par les groupes de travail et validés par le Secrétariat Technique (1point)</p> <p>(ii) Les termes de référence de la réunion+ les invitations + les dossiers sont envoyés aux membres du CPP 14 jours avant la réunion (1 point)</p> <p>(iii) Le GT ont transmis au secrétariat au CPP les différents dossiers à traiter (1 point)</p> <p>(iv) Le secrétariat technique s'est réuni au moins une fois avant le CPP (1point)</p> <p>(v) Rapport de suivi de la mise en œuvre des résolutions de la réunion précédente (1 point)</p> <p>Pendant la réunion</p> <p>(vi) Participation d'au moins 80% de membres effectifs du CPP (1point)</p> <p>(vii) Pendant le CPP, les président des GT présentent les livrables et les résolutions à adopter (1 point)</p> <p>viii) Les recommandations du dernier CPP sont réalisées à au moins 75% (2 points)</p> <p>Après la réunion</p> <p>ix) Existence d'un plan de mise en œuvre des recommandations (1point)</p> | 10 | |

| Domaines | Missions | Fréquence | Source d'information | Indicateurs de quantité | Éléments de qualité pour l'évaluation de l'indicateur | Score | Cotation |
|----------|---|--|--|--|---|-------|----------|
| | Organiser les réunions de Groupes de Travail | Une réunion/ mois par GT (soit 5 réunions au total/mois) | Compte rendu des réunions | Nombre de réunions de GT réalisées avec compte rendu et liste des présences des participants | (ii) Tous les présidents des GT dispose d'une liste des membres approuvée par le CD (ii) Tous les GT disposent du plan de mise en œuvre des recommandations du dernier CPP (iii) Tous les GT présentent dans leur dernière réunion qui précède le CPP les livrables à présenter au CPP (dossiers (iv) le taux de participation aux réunions est d'au moins 75% des membres v) Les recommandations des dernières réunions sont réalisées à au moins 75% 1 point par élément | 5 | |
| | Organiser les réunions de Conseil d'Administration par ZS | 2 CA par zone de santé/an | Procès-Verbal Liste des membres du CA approuvée par le CD | Nombre de réunions de CA organisées avec PV et liste des présences des participants | i) Dossiers présentés validés par le COGE des ZS ii) Transmission aux membres de la lettre d'invitation et des dossiers à traiter dans un délai de 7 jours avant la réunion iii) Participation d'au moins 80% de membres effectifs iv) Rapports de suivi de la mise en œuvre des résolutions de la réunion précédente de chaque ZS (2,5 points) v) PV de qualité (ordre du jour, points de discussions, décisions, recommandations et signature) vi) Les goulots d'étranglement liés au FBP sont analysés et des recommandations/décisio | 5 | |

| Domaines | Missions | Fréquence | Source d'information | Indicateurs de quantité | Éléments de qualité pour l'évaluation de l'indicateur | Score | Cotation |
|----------|---------------------------------|---------------------|---|--|---|-------|----------|
| | | | | | ns y relatives sont prises (2,5 points) | | |
| | Organiser les réunions de l'ECP | Une réunion/semaine | Compte rendu et liste des membres approuvée par le CD | Nombre de réunions d'ECP réalisées avec compte rendu et liste des présences des participants | (i) Les Réunions contiennent le point relatif au suivi du PTT de la DPS (1 point) (ii) Taux d'exécution des activités d'au moins 75% (2 points) (iii) Participation d'au moins 75 % des membres (1 point) (iv) Existence des comptes rendus des réunions avec suivi des recommandations (1 point) | 5 | |
| | Organiser la Revue Annuelle | Une revue par année | Rapport de la revue | Nombre de revues organisées avec rapport et liste des présences des participants | (i) Rapport de la réunion préparatoire avec validation des thèmes à débattre (0,5point) (ii) Les présentations synthèse de la DPS sont envoyées 3 jours avant aux membres (0,5point) (iii) Présentations des performances de la province des bureaux de la DPS et des coordinations sont intégrées (1point) (iv) Présentations des performances de chaque ZS avec analyse des goulots et les actions correctrices (1 point) (v) Participation d'au moins 80% de parties prenantes (vi) Liste des recommandations à suivre (0,5point) (vii) Plan d'exécution des recommandations (1 point) | 5 | |

| Domaines | Missions | Fréquence | Source d'information | Indicateurs de quantité | Éléments de qualité pour l'évaluation de l'indicateur | Score | Cotation |
|----------|---|-------------------------|--------------------------------------|---|---|----------|----------|
| | Organiser la Revue Semestrielle (A mi-parcours) | Une revue à mi-parcours | Rapport | Nombre de revues organisées avec rapport | (i) Rapport de la réunion préparatoire avec validation des thèmes à débattre (0,5point) (ii) Les présentations synthèse de la DPS sont envoyées 3 jours avant aux membres (0,5point) (iii) Présentations des performances de la province des bureaux de la DPS et des coordinations sont intégrées (1point) (iv) Présentations des performances de chaque ZS avec analyse des goulots et les actions correctrices (1 point) (v) Participation d'au moins 80% de parties prenantes (vi) Liste des recommandations à suivre (0,5point) (vii) Plan d'exécution des recommandations (1 point) | 3 | |
| | Élaboration du plan d'action opérationnel | Une fois par an | Plan d'action opérationnel de la DPS | Nombre de plan d'action endossé au CPP-SS avec Liste des présences des participants | (i) Le plan d'action est élaboré avec la participation des parties prenantes (ECP et PTF) et tient compte de l'évaluation du PAO précédent (2 points) (ii) il est endossé au CPP avant la fin du mois de janvier (1 point) (iii) Il est diffusé à l'ensemble des parties prenantes (1 point) (iv) Un plan de suivi de sa mise en œuvre est élaboré (1 pt) | 5 | |

| Domaines | Missions | Fréquence | Source d'information | Indicateurs de quantité | Éléments de qualité pour l'évaluation de l'indicateur | Score | Cotation |
|----------|---|--------------------------|---|---|---|-------|----------|
| | Élaborer le Plan de Travail Trimestriel de la DPS | Un plan chaque trimestre | Plan de Travail | Existence du Plan de Travail validé par le CPP-SS | i) Plan en lien avec le PAO (intégré) et intègre les plans des bureaux et coordinations des programmes (1pt) (ii) ce plan est diffusé à l'ensemble des parties prenantes (0,5pt) (iii) le plan suit le modèle du MSP (0,5pt) (iv) ce plan est budgétisé (0,5pt) (v) ce plan est évalué chaque fin de trimestre, (0,5pt) (vi) Le taux d'exécution des activités est d'au moins 75% (2) | 5 | |
| | Élaborer un plan de travail de chaque bureau de la DPS et coordination des programmes | Un plan chaque trimestre | Plan de travail du bureau et coordination | Existence d'un plan de travail de chaque bureau et coordination avec liste des participants à l'élaboration | i) Plan en lien avec le PTT de la DPS et intègre les activités des services et cellules (ii) ce plan est diffusé à l'ensemble des parties prenantes (iii) ce plan est évalué chaque fin de trimestre (iv) Le plan est disponible avant le 15 qui commence le trimestre v) Le taux d'exécution des activités est d'au moins 75% (1 pt par élément) | 5 | |

| Domaines | Missions | Fréquence | Source d'information | Indicateurs de quantité | Éléments de qualité pour l'évaluation de l'indicateur | Score | Cotation |
|---------------------------|--|--|--|--|--|-----------|----------|
| Encadrement des ZS | Organiser les missions de supervision des ECZ | Chaque zone de santé est visitée au moins une fois par trimestre pendant 7 jours | Rapport de mission d'encadrement | Nombre de missions d'encadrement réalisées | i) Préparation de la mission d'encadrement intégrée (TDR basés sur l'exploitation de l'information sanitaire et des différents rapports : rapport d'évaluation des ECZS, des Hôpitaux, des revues,...). Ces TDR montrent les problèmes à résoudre (ii) le rapport de mission d'encadrement montre les actions menées par l'EPP et son accompagnant (iii) Les zones de santé sont informées une semaine à l'avance de la mission d'encadrement (iv) présence des rapports de restitutions des missions d'encadrement et liste des participants (v) évaluation des progrès de l'encadrement des zones de santé (6 pts par élément) | 20 | |
| | Organiser les évaluations trimestrielles de la qualité des soins et services de santé dans les Hôpitaux et auprès des ECZS | Chaque Hôpital et chaque ECZS est évalué une fois par trimestre | -Rapport de mission d'évaluation de la qualité -les cadres de performance de la structure évaluée signés par les évaluateurs et les évalués | Nombre d'Hôpitaux évalués Nombre d'ECZS évalués | 1) Ordre de mission visé par la structure visitée (2pt) 2) Rapport de mission assorti des problèmes /goulots d'étranglement identifiés (4pts) 3) Rapport de mission assorti des principales actions correctrices et le responsable pour chaque action (4pts) | 10 | |

| Domaines | Missions | Fréquence | Source d'information | Indicateurs de quantité | Éléments de qualité pour l'évaluation de l'indicateur | Score | Cotation |
|-------------------------------|---|---|--|--|--|-----------|----------|
| | Réguler l'approvisionnement des ZS en MEG et Intrants spécifiques à travers les CDR ou autres circuits d'approvisionnement (logistique PEV, TS, THA etc.) | Un plan trimestriel de suivi des approvisionnements | Plan d'approvisionnement et bon de livraison Liste des officines agréées | Existence du Plan d'approvisionnement validé par l'ECP | (i) Le plan intègre tous les approvisionnements des médicaments et intrants spécifiques (2pts) (ii) le plan est rendu disponible à toutes les parties prenantes (2pt) (iii) Un suivi de sa mise en œuvre est fait en incluant l'analyse des tableaux de bord (2pt) (iv) la performance de la CDR est évaluée et les actions correctrices prises (2pts),... (v) Existence d'une base des données de suivi de disponibilité des médicaments (2pts) | 10 | |
| Gestion des Ressources | RHS | | | | | | |
| | Tenir à jour la base des données des Formations/Formateurs/Prestataires formés | Une base des données des Formations/Formateurs/Prestataires formés existe pour la DPS | Base des données des Formations/Formateurs/Prestataires formés | Existence de la base des données à jour | i) Plan de Formation selon le modèle du MSP (1pt) (ii) le plan de formation intègre les besoins de formation en PBF (2pts) (iii) Le plan de formation intègre le suivi des formés (1pt) | 4 | |
| | Tenir à jour la base des données des RH | Une base des données des RH existe pour la DPS | Base des données des RH selon le modèle MSP | Existence de la base des données à jour | En conformité avec les listes déclaratives de la DPS et des ZS | 5 | |
| | Ressources Matérielles | | | | | | |

| Domaines | Missions | Fréquence | Source d'information | Indicateurs de quantité | Éléments de qualité pour l'évaluation de l'indicateur | Score | Cotation |
|----------|---|------------------------|---|--|--|-------|----------|
| | Tenir les outils de gestion des matériels roulants de la DPS (carnet de bord) | chaque jour | Carnet de bord | Existence de carnet de bord à jour | Rapport technique de chaque engin roulant (Identité de l'engin, différentes dotations en carburant avec date, date du dernier entretien et kilomètres parcourus avec motif) | 10 | |
| | Elaborer et exécuter le Plan de maintenance des engins roulants et parc informatique | Chaque mois | Plan de maintenance | Existence du Plan de maintenance des engins roulants | Respect de l'exécution du Plan de maintenance (Identité des engins, année d'acquisition, périodicité d'entretien, responsables des engins et coût de l'entretien) | 10 | |
| | Tenir à jour la fiche des inventaires des équipements et matériels de la DPS | Chaque mois | Fiche des inventaires | Existence d'une fiche d'inventaires à jour | (i) Mise à jour mensuelle de la fiche d'inventaires (ii) La fiche contient tous les matériels et les écarts sont expliqués : 5 pts par élément | 10 | |
| | Gestion Financière | | | | | | |
| | Organiser les réunions du GT financement et contractualisation pour valider et ordonner le paiement des factures par l'EUP/AAP | Une fois par Trimestre | -PV de validation des factures signé par les parties prenantes -Liste de présence des participants | Nombre des factures validées | i) Promptitude par rapport au cycle de paiement dans le cadre du PBF ii) PV de validation transmis à l'EUP/AAP dans le délai (2,5 pts par élément) | 5 | |
| | Tenir à jour les outils de gestion financière (livres de caisse, de banque, BEC, BSC et classeur des pièces justificatives, manuel de procédure etc...) | chaque jour | Outils de gestion (livres de caisse, de banque et classeur des pièces justificatives) | Existence des outils de gestion financière à jour | i) Promptitude et validité des justificatifs (ii) Classement bien fait (iii) Liquidité en caisse conforme au solde théorique du livre de caisse, iv) Séparation de l'ordonnancement, de l'exécution et du caissier, v) Rapport financier mensuel disponible (1 pts par élément) | 5 | |

| Domaines | Missions | Fréquence | Source d'information | Indicateurs de quantité | Éléments de qualité pour l'évaluation de l'indicateur | Score | Cotation |
|--|--|--------------------------------|---------------------------|---|--|-------|----------|
| | Tenir un tableau de bord financier mensuel de la DPS | Chaque mois | Tableau de bord financier | Existence d'un tableau de bord de gestion à jour | (i) Tableau de bord selon le modèle du MSP (1pt) (ii) reprend l'ensemble des financements de la DPS (2pt) (iii) Le tableau de bord est partagé avec les PTF (2pt) | 5 | |
| | Elaborer un rapport Financier Trimestriel de la DPS | Chaque trimestre | Rapport | Existence d'un rapport financier validé par l'ECP | (i) Rapport financier (entrée, sortie, solde, provenance des ressources, bénéficiaires des fonds) (ii) Cohérence des dépenses avec les activités prévues dans le PTT | 5 | |
| Inspection-Contrôle | Organiser l'audit interne de la DPS | Un audit interne par trimestre | Rapport d'audit | Nombre d'audits organisés | (i) Rapport d'Audit avec orientations par rapport aux constats (2pt) (ii) Le rapport d'audit est partagé avec l'ensemble des parties prenantes (2pt) (iii) Le rapport montre les progrès dans la mise en œuvre des recommandations (1pt) | 5 | |
| Information Sanitaire, Communication et Recherche | Elaborer le Rapport annuel de la DPS | Un rapport par an | Rapport | Existence du Rapport Annuel de la DPS | (i) Rapport intégrant toutes les interventions fixées dans le PAO de la province (ii) ce rapport est élaboré avant la fin du mois de mars de l'année qui suit (iii) Ce rapport est diffusé à l'ensemble des acteurs, (iv) Ce rapport reprend les aspects financiers, matériels et RH (v) Est conforme au modèle du MSP (2pts par élément) | 10 | |
| | Elaborer le Rapport Trimestriel de la DPS | Un rapport par trimestre | Rapport | Existence du Rapport Trimestriel de la DPS | Rapport narratif des activités menées dans le cadre du plan de travail (ii) Ce rapport est élaboré, transmis au Ministère provincial et diffusé à toutes les parties | 5 | |

| Domaines | Missions | Fréquence | Source d'information | Indicateurs de quantité | Éléments de qualité pour l'évaluation de l'indicateur | Score | Cotation |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|------------------------|---|---|-------|----------|
| | | | | | prenantes avant le 15 du mois suivant le trimestre prochain (2,5pts par élément) | | |
| | Tenir à jour la base des données SNIS (DHIS 2) | Chaque mois | Base des données | -Existence d'une base des données SNIS à jour -Existence des rapports d'analyse des données SNIS | i) La base des données disposent de toutes les informations, ii) Les lettres de retro information sont transmises aux ZS (2,5pts par élément) | 5 | |
| | Transmettre le Rapport SNIS DPS à la hiérarchie | Chaque mois | Lettre de transmission | Nombre de Rapports SNIS transmis | i) Complétude interne et externe >80% ii) Promptitude interne et externe >80% (2,5pts par élément) | 5 | |
| | Transmettre le Rapport de SURVEPI | Au moins 13 par trimestre | Lettre de transmission | Nombre de Rapports SURVEPI transmis | i) Complétude interne et externe >80% ii) Promptitude interne et externe >80% iii) Rapport intégrant toutes les maladies sous surveillance iv) Présence d'une fiche d'analyse sur les tendances (1,25 par élément) | 5 | |
| | Organiser la validation des données de la Province | (4) 1 atelier par trimestre | Rapport | Nombre de Rapports de validation des données produits | i) Préparation de l'Atelier de validation des données (TDR) (1pt) ii) Rapport intégrant toutes les interventions (2pts) iii) Feedback aux ZS après analyse des rapports (2pts) | 5 | |
| Hygiène et Salubrité Publique | Organiser les missions de suivi des établissements classés (travailleurs et des manipulateurs | Une fois par trimestre | Rapport et PV | Rapport de mission de suivi réalisé | i) Préparation de la mission de suivi (TDR basés sur l'exploitation de l'information sanitaire et des différents rapports) | 5 | |

| Domaines | Missions | Fréquence | Source d'information | Indicateurs de quantité | Éléments de qualité pour l'évaluation de l'indicateur | Score | Cotation |
|--|--|------------------------|----------------------|---|--|------------|-------------|
| | des denrées alimentaires, milieu scolaire et zones minières) | | | | | | |
| Enseignement des Sciences de la Santé | Organiser les missions de supervision des ITM/IEM | Une fois par trimestre | Rapport | Nombre de Rapports de missions de supervision réalisées | i) Préparation de la mission de supervision (TDR basés sur l'exploitation des différents rapports) ii) Rapport de supervision des ITM/IEM montrant les améliorations enregistrées, iii) Rapport de supervision des ITM/IEM est partagé avec le supervisé (1pt par élément) | 3 | |
| | Organiser les missions d'inspection des ITM/IEM | Une fois par trimestre | Rapport et PV | Nombre de Rapports de missions d'inspection réalisées | i) Préparation de la mission d'inspection (TDR basés sur l'exploitation des différents rapports) ii) Exécution de sanctions (2,5pts par élément) | 5 | |
| Maximum | | | | | | 200 | 100% |
| Total obtenu | | | | | | | |

4. REGISTRE DES PATIENTS HOSPITALISÉS

| N° d'ordre | N° du registre de la Consultation externe | Nom, post-nom et prénom | Rue / Village | Quartier / Secteur | Age | Sexe | Provenance Z/ HZ | Diagnostic principal | Traitement | Date d'entrée | Date de sortie | Journées d'hospitalisation | Condition de sortie (G/T/D/E) |
|------------|---|-------------------------|---------------|--------------------|-----|------|------------------|----------------------|------------|---------------|----------------|----------------------------|-------------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | |

N° d'ordre : indiquer le numéro de séquence dans le registre

Nom, post-nom et prénom : indiquer l'identité du patient

Age : indiquer l'âge en année

Sexe ; spécifier masculin (M) / féminin (F)

Provenance : classer comme aire de santé (AS), zone de santé (ZS) et hors zone de santé (HZ)

Adresse : indiquer la rue et le numéro ainsi que le quartier dans le milieu urbain

Date d'admission : indiquer la date au format jj/mm/aa (jour (deux chiffres)/mois (deux chiffres)/année (deux chiffres))

Diagnostic : indiquer le diagnostic à la sortie. Si plusieurs diagnostics sont posés, utiliser une ligne distincte pour enregistrer chacun des diagnostics

Traitement : Entrer le traitement administré. N'inclure que les traitements correspondants au diagnostic. Pour les médicaments prescrits, entrer le nom, la dose et la durée de traitement.

Date de sortie : indiquer la date de sortie (jj/mm/aa)

Durée de séjour : spécifier le nombre de jours entre l'admission et la sortie. Utiliser le calendrier pour calculer la durée de séjour. Le nombre de jours inclut le jour d'admission et le jour de la sortie

Motif de sortie : indiquer les conditions de sortie : sortie autorisée (guéri, amélioré)/sortie non autorisée (évadé)/Décès (< 24 heures/ décès > 24 heures)/transfert

5. REGISTRE POUR LES MALADES RÉFÉRÉS

| Numéro | Numéro du registre de la consultation curative | Numéro du registre d'accouchement | Nom, post nom et prénom | Motif de la référence | Date de la référence | Date d'arrivée à l'hôpital de référence | Numéro de la fiche de la contre référence | Date de réception de la contre référence |
|--------|--|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|---|---|--|
| | | | | | | | | |

6. REGISTRE DE VACCINATION

| N | Nom du enfant | Nom du père | Nom de la mère | Rue/Village | Quartier Secteur | Date de naissance | Provenance AS/HA/HZ | Date BCG | Date Poli 0 | Date Poli 1 | Date Poli 2 | Date Poli 3 | Date Pent 1 | Date Pent 2 | Date Pent 3 | Date VAR | Date VAA | Date Vac. 100 % |
|---|---------------|-------------|----------------|-------------|------------------|-------------------|---------------------|----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|-----------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

7. REGISTRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

| N° | Date | N du mois | Nom, post-nom et prénom | Rue/Village | Quartier/Secteur | Age | Pilule | | Injectable | | | DIU | | | Implant | | | Spermicide | | | Condom | | Collier du cycle | Nouvelle utilisatrice | Ancienne utilisatrice |
|----|------|-----------|-------------------------|-------------|------------------|-----|--------|-----|------------|--------|--------|-----|---------|---------|---------|--------|--------|------------|---------|---------|--------|--|------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | | | | | | COC | POP | DMPA | NET-EN | INERTE | MED | JADELLE | NORPLAN | IMPLANO | COMPRI | MOUSSE | CREME | MASCULI | FEMININ | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

D = déchirure complète Au = autre

9. REGISTRE DE CONSULTATION DES MÉDECINS

| N | Date | Nom, post-nom et prénom | Age | Sexe | Rue/ Village | Quartier/ Secteur | Z | HZ | Patient référé de provenance | | Examen Clinique | Examens de laboratoire | Diagnostic | Traitement |
|---|------|-------------------------|-----|------|--------------|-------------------|---|----|------------------------------|--|-----------------|------------------------|------------|------------|
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Patient référés de la Zone de santé et hors zone

10. REGISTRE D'HOSPITALISATION (MÉDECINE – PÉDIATRIE- CHIRURGIE)

| N Registre de consultation Médecins | N entrant Hospitalisation | Nom, post-nom et prénom | Age | Sexe | Rue/ Village | Quartier/Secteur | Z | HZ | Référé de provenance | | Diagnostic d'entrée | Traitement | Date d'entrée | Date de sortie | Nombre de Jours | Etat à la sortie |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----|------|--------------|------------------|---|----|----------------------|--|---------------------|------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Patients Hospitalisés D'urgence*

*Patients référés hospitalisés d'urgence qui ne sont pas enregistrés dans le Registre de Consultation des Médecins

11. REGISTRE D'HOSPITALISATION DE LA FEMME ENCEINTE

| N | N | Nom, | Ag | Rue/ | Quarti | Provena | Date | Heure | Gr | Par | No | DD | DP | Ag | Te | Fré | Pré | RP | R | Dia | Tra | Da | Du | Mo |
|---|---|------|----|------|--------|---------|------|-------|----|-----|----|----|----|----|----|-----|-----|----|---|-----|-----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Entre,

Le Ministre Provincial de la province du.....ayant la Santé dans ses attribution Mr/Mme

Ci-après dénommé "Autorité Contractante" ;

Et

Le Chef de Division provinciale de la Santé ci-après dénommé " bénéficiaire" : Mr/Mme.....

Le(s) PTF1, ci-après dénommé(s) "Partenaires Technique & Financier appuyant la DPS ", Mr/Mme.....

Le(s) PTF2, ci-après dénommé(s) "Partenaires Technique & Financier appuyant la DPS ", Mr/Mme.....

Le(s) PTF3, ci-après dénommé(s) "Partenaires Technique & Financier appuyant la DPS ", Mr/Mme.....

Préambule :

- Considérant la Politique Nationale de Santé à travers son outil de mise en œuvre qu'est le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 de la République Démocratique du Congo ;
- Considérant les dispositions de l'Arrêté Ministériel N° CAB.MIN/FP/J.CK/SGA/ SCPOM/MW / LAW /077/2012 du 19 octobre 2012 portant agrément provisoire du cadre et des structures Organiques de l'Administration du Secrétariat Général à la Santé Publique ;
- Considérant les dispositions de l'Arrêté Ministériel N° 1250/CAB/MIN/SP/008/CJ/AOB/2012 du 03/NOV/2012, portant réorganisation des Divisions Provinciales de la Santé en République Démocratique du Congo.
- Considérant les missions de l'Équipe Cadre Provinciale de la DPS telles que décrites dans le « Manuel des directives de l'opérationnalisation de la SRSS » à savoir : apporter un appui technique au développement des Zones de Santé, un appui à la gestion des ressources, assurer le suivi et évaluation.
- Considérant le vadémécum du partenariat, outil de la mise en œuvre de l'approche contractuelle en R.D.Congo ;
- Considérant les instructions du Manuel des Directives de l'Opérationnalisation de la SRSS concernant la mise en place de l'Equipe Cadre Provinciale
- Se basant sur les directives concernant le rôle opérationnel du niveau provincial dans la mise en œuvre du Plan Provincial de Développement Sanitaire (PPDS) et les systèmes de gestion du PPDS ;
- Se conformant aux dispositions constitutionnelles consacrant l'autonomie de gestion aux structures décentralisées de l'administration ;

- Considérant la charte de partenariat du Groupe Inter bailleurs Santé (GIBS) du 11 juillet 2014 rappelant l'engagement des bailleurs sur l'harmonisation et l'alignement des interventions dans le secteur de la santé
- Considérant les recommandations du CNP-SS du 12/12/2014 concernant la mise en place d'un Contrat Unique du niveau provincial et les engagements des parties prenantes à mettre fin à la fragmentation et à la multiplicité des contrats au niveau intermédiaire
- Considérant le rôle du Ministre de la Santé Publique et du Secrétaire Général à la santé dans l'orientation et la mise en œuvre de la politique nationale de santé en R.D .Congo.

Il est librement convenu ce qui suit :

Article 1. Objets du présent contrat

Le présent contrat a pour objet la mise en commun et la gestion rationnelle des ressources au sein de la DPS en tant que structure chargée de la coordination, de l'encadrement et de l'accompagnement technique des zones de santé en vue d'améliorer la qualité de l'offre des soins et les conditions sanitaires de la population de la province.

Il représente un basket fund virtuel de tous les appuis alloués par les partenaires techniques et financiers du secteur santé et destiné à appuyer la mise en œuvre du plan de travail opérationnel de la DPS grâce à des financement prévisibles et sécurisés auxquels s'ajouteront les subventions accordées par les autorités gouvernementales nationales et provinciales à titre de contrepartie nationale.

Il permet grâce à son cadre de performance d'inciter les performances des DPS comme levier important de la pyramide sanitaire à jouer pleinement ses missions dont la principale est l'encadrement des zones de santé.

Article 2. Durée

Le présent contrat prend effet à la date de sa signature et couvre une période d'une année calendrier conformément au plan d'Action opérationnel approuvé lors du CPP et du plan du travail trimestriel de la DPS ou toute autre période convenue entre les parties, et renouvelable après concertation des parties.

Le présent contrat va duau.....

Article 3. Nature des prestations à financer

Les prestations à financer au niveau de la Division provinciale de santé sont basées sur les missions de la DPS et les priorités de santé publique identifiées dans le PPDS déclinées dans le Plan d'Action Opérationnel validé par le CPP-SS.

Ces prestations concerneront 4 blocs principalement :

Le fonctionnement de routine de la DPS

Les Missions d'encadrement de toutes les zones de santé selon le guide d'encadrement

La coordination et le pilotage du système de santé

L'appui à l'élaboration et au suivi de sa mise en œuvre du plan d'action opérationnel.

Article 4. Obligations de l'Autorité Contractante

L'Autorité Contractante s'engage à :

Assurer le plaidoyer auprès des bailleurs nationaux et internationaux pour l'appui à la mise en œuvre du PPDS et faciliter l'octroi et l'exécution du budget provincial alloué à la santé. Par cet engagement, le Ministère Provincial de la santé doit produire un plan de dialogue intersectoriel avec les ministères connexes et présenter au CPP-SS un rapport des progrès sur ce plaidoyer

Mobilisation des ressources domestiques pour le financement de la DPS. Le gouvernement provincial doit s'assurer que la part du financement de l'Etat alloué à la DPS augmente progressivement

Assurer la validation du PAO de la province avant la fin du mois de février de l'année. Le Ministère Provincial de la santé organise un CPP-SS au cours duquel la DPS montre comment toutes les zones de santé ont été appuyées pour leur PAO et présente le PAO provincial à tous les membres.

Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités dans la province en vue de déterminer le niveau de performance réalisée et en utilisant les indicateurs du PNDS avec une situation de référence et la cible à atteindre. Le MSP provincial élabore un plan de suivi de la mise en œuvre des activités et à chaque CPP, les actions prises pour corriger les dysfonctionnements

Approuver via le CPP-SS le plan prévisionnel des dépenses de la DPS avant sa mise en œuvre ;

Donner des orientations à la DPS au regard du niveau de performance trimestrielle. Le MSP provincial discute avec les DPS des points de contre-performance et propose des aménagements pour une bonne amélioration

Veiller à la mise en œuvre des dispositions du manuel des procédures et de gestion administrative et financière du Ministère de la santé publique, les normes du MSP, ainsi que les outils et autres documents nécessaires pour la mise en œuvre efficace et efficiente des activités. Le MSP provincial reçoit le rapport de la cellule d'audit interne de la DPS sur le respect de ces dispositions

S'employer à mettre à la disposition des DPS et dans le délai requis, les subventions du gouvernement faisant l'objet du présent contrat

Initier des audits internes et des inspections régulières auprès de la DPS et prendre des sanctions positives ou négatives qui s'imposent

Veiller à la rationalisation des RHS et leur stabilisation au poste. Le MSP provincial s'engage à respecter l'autonomie de gestion des DPS. Aucun agent ne peut être affecté dans la DPS sans sa demande et selon un mode de recrutement par appel à candidature suivant les modalités fixées par le niveau normatif

Payer tous les agents de la DPS les salaires et les primes de risques selon les modalités en vigueur

Article 5. Obligations des partenaires

- Appuyer le financement de la DPS selon le budget négocié lié aux différentes prestations. Le partenaire versera régulièrement sa contribution au budget du contrat unique pour permettre à la DPS de faire son travail.
- Organiser avec le ministère provincial de la santé des audits externes sous l'égide du CPP-SS

- Participer aux réunions de groupes de travail /thématiques du CPP-SS. Chaque PTF sera membre d'un ou de plusieurs GT du CPP-SS et y participera selon un calendrier qui sera partagé par la DPS
- Participer aux revues, réunions, audits et évaluations des performances sur base du cadre de performance ;
- Apporter un appui technique à la DPS en cas de besoins exprimés pour remplir ses missions
- Evaluer ensemble avec la DPS les progrès réalisés dans les ZS ;
- Appuyer le renforcement des capacités en gestion financière, comptable et audit de la DPS ;
- Participer au processus de planification annuelle et des missions de suivi de la mise en œuvre du PAO dans les zones de santé.

Article 6. Obligations de la DPS/ fournisseur des services

1. La DPS s'engage à :

- Encadrer et accompagner les zones de santé pour offrir des soins de santé de qualité. La DPS élabore un plan d'encadrement trimestriel des toutes les zones de santé sans exception. Ce plan définit les problèmes à résoudre dans chaque zone de santé et est suivi par une note de préparation des missions d'encadrement. La DPS prend toutes les dispositions d'encadrer toutes les zones de santé de son rayon et partage un rapport trimestriel à toutes les parties prenantes.
- La DPS assure les réunions de coordination de l'ECP, de planification annuelle et de suivi des activités qui sont dans le plan de travail trimestriel.
- Encadrer l'élaboration des PAO des zones de santé, s'assurer de leur mise en œuvre effective et procéder à leur suivi et évaluation périodique. Via chaque encadreur, la DPS présente un tableau synthétique de suivi des PAO dans l'ensemble des zones de santé
- Consolider et Valider les PAO des zones de santé dans le délai. Avant la fin du mois de février, la DPS dispose des PAO validés au CA de toutes les zones de santé ainsi que son PAO annuel
- Tenir les Réunions de l'ECP chaque semaine et partager un tableau de recommandation à l'ensemble des parties prenantes. Les PTF doivent recevoir les notes synthèse des grandes lignes des rapports des réunions de l'ECP
- Organiser le Conseil d'Administration (CA) des ZS. La DPS élabore un calendrier pour la tenue des CA, en informe deux semaines avant tous les membres, préside et dresse un rapport qui est partagé avec l'ensemble des intervenants
- Organiser la surveillance épidémiologique et la riposte en cas d'épidémie, d'une situation d'urgence ou catastrophes ;
- Rendre fonctionnel les groupes de travail /Thématiques. La DPS publie un calendrier des réunions des GT avec les thématiques à traiter. A la fin de chaque trimestre, la DPS dresse une fiche qui montre pour chaque GT, les réunions tenues/prévues, le taux de participations, les livrables produits ;

- Veiller au bon fonctionnement des unités de gestion de l'information sanitaire assurant une collecte, une compilation et une analyse des données de qualité assorties de feedback pertinent et devant concourir aux activités, de suivi et d'évaluation des actions entreprises et de reprogrammation ;
- Assurer une organisation structurelle adéquate, une gestion des ressources humaines efficiente en vue de réaliser efficacement les activités dévolues au niveau provincial
- Appliquer les procédures de gestion décrites dans le « Manuel de procédures et de gestion administrative et financière du MSP », ses annexes ainsi que dans le « Guide des opérations programmatiques, administratives et financières »
- Assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des prestations entre la CDR et les Zones de santé en rapport avec l'approvisionnement en médicaments essentiels et autres intrants. Pour ce faire, la DPS élabore un plan de régulation des approvisionnements en médicaments en province.
- Suivre les progrès du cadre de performances consolidées des zones de santé au regard des différents projets de subvention dont chaque zone de santé est bénéficiaire ;
- Élaborer les rapports périodiques d'activités, lesquels sont adressés au Ministre Provincial ayant la santé dans ses attributions avec copie aux PTF. Le contenu de ce rapport doit être intégré et discuté avec les PTF. Il s'agit notamment
 - (i) Du rapport trimestriel d'encadrement des zones de santé
 - (ii) Du rapport trimestriel de suivi du PAO des zones de santé
 - (iii) Du rapport trimestriel sur les approvisionnements des médicaments dans les zones de santé
 - (iv) Du rapport trimestriel d'audit interne de gestion des ressources humaines, matérielles et financières de la DPS
 - (v) Du rapport trimestriel de mise en œuvre des activités du Plan de travail de la DPS (vi) Autres rapports exigés par le MSP provincial
 - (vi) Du rapport financier montrant l'affectation, l'utilisation des toutes les ressources financières injectées dans la DPS.
- Organiser la validation des données de la province à travers les revues périodiques.
- La DPS s'engage à diffuser dans le délai tous ces rapports à l'ensemble des partenaires
- Valider les programmations trimestrielles des activités de la province dans le délai au sein de l'ECP ;
- Apporter un appui technique, managérial et logistique aux Zones de Santé et autres structures de santé de la province telles que les Centrales Régionales de Distribution des médicaments, les Instituts des Techniques Médicales, au laboratoire provincial, à l'hôpital de référence secondaire pour assurer une offre et une utilisation des services de santé à toute la population
- Organiser l'offre et l'utilisation des services et soins de santé de qualité dans l'ensemble de la province à travers le plan provincial de développement sanitaire qui fait partie intégrante du plan de développement provincial ;
- Coordonner tous les services de la province notamment les services d'appui technique aux Zone de santé et le service d'intégration des programmes spécialisés.
- Assurer la tenue des inventaires et la mise à jour du registre du patrimoine de la DPS au moins une fois l'an.

- Gérer toutes les ressources de la DPS en toute transparence (voir rapport d'audit)
- A ne pas se livrer à toute activité de financement ascendant

Article 7. Du Financement de la DPS

Le montant maximal de ce contrat est de.....USD couvrant une période demois. Ce montant est reparti comme suit :

| | |
|----------|--|
|USD | pour la production des services (Fonctionnement de routine, appui à la planification, encadrement, coordination et pilotage) |
|USD | pour la rémunération fixe du personnel (salaire & prime de risque) |
|USD | pour la subvention pour une performance de 100% |

Les sources de financement du contrat unique sont :

| Sources | Montant trimestriel | % |
|-------------------------|---------------------|------|
| Gouvernement central |USD | |
| Gouvernement provincial |USD | |
| Partenaires X |USD | |
| Partenaires Y |USD | |
| Autres ? |USD | |
| TOTAL |USD | 100% |

| Sources | Trimestre 1 | Trimestre 2 | Trimestre 3 | Trimestre 4 |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Gouvernement central | | | | |
| Gouvernement provincial | | | | |
| Partenaire X | | | | |
| Partenaire Y | | | | |
| Autres | | | | |

La Hauteur de financement de ce contrat est de.....USD couvrant une période demois

Repartis en 3 blocs, ce financement donne les proportions suivantes

| | | |
|---|--|--|
| A | Appui lié à la production des services (fonctionnement de routine, planification, missions d'encadrement, coordination, pilotage etc.) | |
| B | Appui à la rémunération fixe du personnel avec financement domestique (salaire et prime de risque) et autres rémunération donnée en fixe | |
| C | Appui supplémentaire à la rémunération du personnel donnée en subvention après une évaluation des performances de la DPS. | |

Les financements passant par les programmes verticaux sont comptabilisés dans le cadre de ce contrat unique et permettent de mettre en œuvre les activités de la DPS de manière intégrée.

Tous les paiements se feront via un compte bancaire ouvert au nom de la DPS sauf pour les salaires et les primes de risques qui sont payés directement aux bénéficiaires mais enregistrés dans la comptabilité de la DPS

La DPS s'engage à mettre en place une seule compatibilité incluant les apports des programmes verticaux et cette comptabilité qui sera auditée en interne chaque mois par le service d'audit interne du bureau Inspection Contrôle et en externe chaque semestre et chaque année par un cabinet d'audit externe mobilisé par le CPP-SS

Le Montant à payer pour la DPS sera calculé chaque trimestre selon :

Montant total du contrat = Montant fonctionnement + rémunération fixe + (Subvention X score de performance trimestriel)

Ce montant sera payé à la DPS de la manière suivante :

1. Les allocations financières seront faites trimestriellement en avance pour : les frais de fonctionnement et de productivité des services de la DPS.
2. La subvention additionnelle rémunération est donnée à la fin du trimestre après une évaluation de performance certifiée par le CPP-SS.

La DPS élabore un plan prévisionnel des dépenses domestiques. Il s'agit d'un plan multi-source qui trace tous les financements et les ressources qui arrivent au niveau de la DPS et leur utilisation pour l'atteinte des performances attendues. Ce plan prévisionnel est validé ex-anté au niveau du CPP-SS. Une grille de paiement des rémunérations toute source confondue est annexé à ce plan prévisionnel

- a) Les modalités de mise à disposition de fonds seront convenues entre les parties (par virement bancaire) et à un rythme trimestriel et seront versés dans un compte bancaire de la DPS. Ce paiement sera fait avant la fin du mois qui suit le trimestre à couvrir. Des apports en équipements ou des intrants pour le fonctionnement en nature sont aussi couverts par ce contrat et seront valorisés au prix du marché.
- b) Les signataires du présent contrat adhèrent à l'intégration au sein de la DPS de trois types de financement ci-dessous :

I. Financement par ligne budgétaire : l'Etat étant la source première de financement dont la DPS a besoin pour son fonctionnement et la rémunération de son personnel. Avec la décentralisation et la réforme de la fonction publique en cours, le financement de la DPS sera progressivement pris en charge par le gouvernement provincial avec une enveloppe allant dans le sens de couvrir à la longue tous les besoins.

II. Financement basé sur la performance (FBP) qui attribue un financement après évaluation de la performance générale de la DPS. Ce financement est destiné à appuyer les activités générales de la DPS. Il est mis ensemble avec d'autres financements pour prendre en charge les activités de la DPS.

III.Appui ponctuel des activités en cas des campagnes de masse, d'épidémies, de catastrophes ou d'autres activités d'urgences qui doivent ressortir clairement dans la comptabilité de la DPS

IV.Les appuis en financement ou autres issus des programmes verticaux sont comptabilisés dans ce contrat unique

Article 8. Du régime disciplinaire

- a) Les parties signataires du présent contrat s'engagent à ce que le personnel de la DPS qui se sera rendu coupable de fautes graves soit sanctionné et soumis au régime disciplinaire en vigueur dans l'administration publique. Le Ministre Provincial ayant la santé dans ses attributions sera chargé de faire appliquer cet article dans toute sa juridiction.
- b) En cas de manquement grave dans l'exercice des engagements convenus (présentation de fausses données ou des activités fictives, prestations de très mauvaise qualité, fraude dans le rapportage, détournement des fonds, score de performance de moins de 50%), la DPS s'expose à des sanctions allant de la pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension temporaire du contrat et même au remplacement de certains cadres sur proposition du CPP-SS
- c) Le barème ci-dessous sera appliqué :
 - I. Manquement grave pour la première fois : un avertissement est donné et le paiement est effectué après correction de toutes les irrégularités. Le Ministre provincial de la santé et le Secrétaire Général à la santé sont informés pour le déclenchement d'une procédure et la prise des sanctions administratives éventuelles.
 - II. Manquement grave pour la deuxième fois (1ère récurrence) : deuxième avertissement et application d'une sanction financière de réduction de 20% après correction de toutes les irrégularités. Information au Ministre provincial de la santé et du Secrétaire Général à la santé pour prise des sanctions administratives.
 - III. Manquement grave pour la troisième fois (2ème récurrence) : Suspension du contrat et information au Ministre provincial de la santé et au Secrétaire Général à la santé pour prise des sanctions administratives.

Article 9. Règlement des litiges

Pour tout litige qui surviendrait dans l'exécution du présent contrat, les parties vont successivement recourir :

Au règlement à l'amiable ;

À la conciliation du CPP à travers ses membres désignés par chacune des parties ;

En cas d'échec, le Ministre de la santé publique est le seul compétent à les départager.

Si la divergence persiste malgré après l'implication du Ministre et du CNP, le recours aux instances de la justice civile peut être envisagée.

Article 10. Suspension et résiliation

- a) Ce contrat peut être suspendu sans préavis par l'une des parties avant son terme en cas de :
 - I. Force majeure.

Sont considérés comme cas de force majeure des événements graves, imprévisibles et irrésistibles se produisant et empêchant les parties d'exécuter temporairement ou définitivement leurs obligations respectives.

- II. Faute grave telle que repris à l'article 9 et ce, pour une deuxième récidive :
- Il en va de même pour tout manquement grave d'une des parties à ses obligations. Le manquement grave est celui qui rend impossible la poursuite de la collaboration et lèse profondément et de manière irréversible la confiance entre les parties.
- b) Ce contrat peut être résilié moyennant un préavis par l'une des parties en cas de troisième récidive d'une faute grave et à l'issue d'au moins une suspension survenue dans une période ne dépassant pas 12 mois pour la même cause ; et ce particulièrement lorsque ni le CPP et ni le Ministre Provincial de la Santé n'ont pas réussi à rétablir un climat d'harmonie entre les parties prenantes par des négociations et des procédures administratives classiques.
- c) Le Secrétaire Général à la santé, le Ministre National de la Santé Publique et le représentant du GIBS doivent être informés du déclenchement du processus de résiliation de ce contrat avant l'application effective de la décision. Le Secrétaire Général à la Santé et la Commission Gouvernance du CNP-SS seront chargés d'analyser les motivations des uns et des autres et de faire rapport au CPP-SS.

Article 11. Modalités de suivi et d'évaluation

Le présent contrat fera l'objet d'une évaluation trimestrielle et d'une contre évaluation semestrielle faite par une équipe de la cellule de suivi et évaluation du MSP désignée par le Secrétaire Général à la Santé ;

L'évaluation du contrat unique va comprendre deux aspects :

1. L'évaluation du respect des engagements des parties prenantes
2. L'évaluation du cadre de performance de la DPS

Méthodologie de l'évaluation du contrat unique

| | |
|----|--|
| a. | Le processus proprement dit de l'évaluation débute par l'auto-évaluation que la structure concernée réalise sur le niveau de son cadre de performance et sur l'engagement des parties prenantes |
| b. | La DPS prendra soins de conserver tous les livrables soutenant cette double évaluation |
| c. | Le Comité Provincial de pilotage Système de Santé désigne 3 personnes pour faire l'évaluation du contrat unique (1 personne issue de l'IPS, 1 personne représentant les PTF et 1 personne d'un ministère connexe comme le budget, le plan etc...). Cette équipe reçoit une lettre officielle d'évaluer le contrat avant le 15 ^{ème} jour suivant le trimestre prochain. |
| d. | L'outil de l'évaluation sera le cadre de performance d'évaluation de la DPS repris dans les annexes du contrat ainsi qu'un tableau des engagements des parties prenantes. |
| e. | L'évaluation prend en compte la qualité du livrable notamment en terme de cohérence interne, de compréhension et de pertinence par rapport aux éléments de qualité définis dans le cadre de performance. |
| f. | Le Chef de DPS sera informé bien avant de cette évaluation, il prendra soins d'apprêter tous les livrables |

exigés. Les évaluateurs prendront soins de faire des triangulations pour se rassurer de la véracité des données.

g. Cette évaluation réalisée par le comité Provincial de Pilotage permettra ainsi de déterminer, selon les performances réalisées. Les évaluateurs transmettent un PV signé avec le score obtenu et ce score entre dans le calcul de la subvention à donner) la structure selon les principes fixés dans les modalités de financement.

h. Les résultats de l'évaluation du cadre de performance et des engagements des parties prenantes sont présentés au CPP et postés sur le site web du MSP. Ces résultats feront l'objet des discussions au CNP et aux revues annuelles du secteur de la santé.

Profil des évaluateurs

Tel qu'énoncé ci-haut les évaluateurs seront les experts issus du Comité Provincial de Pilotage. Ils sont choisis par délibération au cours d'une session du CPP-SS. Ces évaluateurs signent un acte d'impartialités et s'engagent à conduire de manière transparente cette évaluation de la performance au siège de la DPS ;

Il s'agit des personnes qui ont un bon niveau de compréhension du système de santé et qui comprennent parfaitement le fonctionnement de la DPS.

Les contre évaluations se feront par les Experts issus de la cellule de suivi et évaluation du MSP et ce, de manière ad hoc. Ces contre-évaluations se feront principalement pour voir s'il y a des écarts criants entre les évaluations faites par le CPP-SS et les contre-évaluations de la cellule de suivi et évaluation.

Paiement de la subvention

Le contrat unique est alimenté par au moins 3 sources principales :

1. Le Gouvernement provincial
2. Le Gouvernement central
3. Les Partenaires techniques et financiers

Autres sources à préciser

L'ordonnancement du paiement de la subvention à la DPS se fera de la manière suivante :

1. Le montant de fonctionnement de la DPS est alimenté principalement par l'Etat (central & provincial) ainsi que par les PTF et ce montant est remis au début du trimestre pour permettre à la DPS de produire les services
2. Les montants des salaires de base des agents ainsi que les primes de risque sont donnés par le Gouvernement (central et/ou provincial) à la fin de chaque mois
3. La subvention complémentaire remise par les PTF pour compléter selon le cas la rémunération et/ou le fonctionnement de la DPS est donnée à la fin du trimestre après évaluation
4. Si la DPS reçoit une autre subvention (don etc...), cela doit être tracé dans le contrat unique

Pour le fonctionnement, ce montant calculé sur base des missions essentielles de la DPS est versé directement sur le compte bancaire de la DPS par les différents partenaires qui apportent un appui à la DPS ainsi que par le Gouvernement. Si une source donne cet argent en cash, il devra directement être mis sur le compte bancaire de la DPS.

Pour les salaires et les primes de risques, ces montants sont généralement donnés à la fin du mois à chaque acteur, soit via le compte bancaire de l'agent soit en main. Cet argent doit être comptabilisé dans les entrées de la DPS

Pour la subvention supplémentaire des partenaires, cet argent alimenté par plusieurs sources sera versé directement sur le compte bancaire de la DPS

Audit des différents paiements effectués pour la DPS

- La DPS doit mettre en place son service d'audit interne qui doit chaque trimestre faire un audit sur l'ensemble des financements apportés à la DPS
- Chaque année, le CPP contractualise un cabinet d'audit externe qui réalise un audit sur l'ensemble des ressources données à la DPS.
- L'autorité contractante, le bailleur ou leurs délégués ont la latitude de procéder des audits ad hoc et de rendre publique les résultats
- L'IPS peut aussi procéder à des contre vérifications sur les livrables fournis par la DPS. L'IPS fera ainsi un rapport sur la qualité des livrables au CPP-SS.

Article 12. Avenant

Toute matière n'ayant pas fait l'objet du présent contrat ou nécessitant des modifications fera l'objet d'un avenant.

Article 13. Les documents ci-après sont annexés au présent contrat :

- Le plan d'Action opérationnel (PAO) de la DPS ;
- Le cadre de performance de la DPS
- Les différents modèles de rapport attendu de la DPS (article 7)
- Le modèle d'un plan prévisionnel de gestion

Article 14. Communication /notification

Toute communication faite dans le cadre du présent contrat doit revêtir la forme écrite, préciser l'objet et envoyer aux adresses ci-dessous :

Ce contrat est établi à en cinq (5) exemplaires originaux dont chacune des parties en reçoit un.

Fait à le/...../.....

Pour la Division Provinciale de la Santé :

Chef de Division Provinciale de la Santé

Nom :

Signature :

Pour l'autorité contractante :

Nom :

Fonction : Ministre Provincial en charge de la
santé

Date et signature :

Pour les Partenaires technique
et financier 1 :

Nom:

Fonction :

Date et signature:

Pour les Partenaires technique
et financier 2 :

Nom:

Fonction :

Date et signature:

CONTRAT N°.....

CONTRAT DE PERFORMANCE ENTRE L'AGENCE ET L'EQUIPE CADRE DE LA ZONE DE SANTE DE

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de Financement basé sur les performances (FBP) et en référence au document manuel de mise en œuvre du FBP au niveau du secteur de la santé, il a été convenu et arrêté ce qui suit:

ENTRE : L'Agence représenté par Madame / Monsieur.....d'une part

Et L'Equipe Cadre de la Zone de santé de, représenté par Docteur Médecin Chef de Zone d'autre part :

Préambule

La stratégie du FBP contribue au renforcement de l'autonomie de gestion des services de santé, car les primes de performance qui y sont octroyées sont gérées directement par l'entité sanitaire bénéficiaire et rentrent dans son bilan financier mensuel. Cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté du ministère de la santé et ses partenaires, notamment la Banque Mondiale soucieuse de rendre les soins de santé de la mère et de l'enfant et de toute la population plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité par l'utilisation équitable des moyens disponibles. C'est dans cette optique que s'inscrivent l'élaboration et la signature du présent contrat.

LES GENERALITES

Article 1 : Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet l'achat des performances de la zone de santé dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action opérationnel de la zone de santé.

Article 2 : Prestation à acheter (la Grille de Performance de l'ECZ en annexe)

Les performances à acheter au niveau de l'équipe cadre de la zone de santé sont déterminées dans le manuel opérationnel du financement basé sur les performances (voire grille de performance).

- a. Ces prestations doivent être vérifiables dans les rapports respectifs de l'ECZ et dans les registres de supervision des centres de santé au courant du premier mois du trimestre suivant par l'équipe des vérificateurs.
- b. Les résultats de la vérification de l'ECZ seront contre vérifiés (ex-post) à travers un protocole appliqué par une agence de contre vérification externe (ACVE).

Article 3 : Modalités de l'évaluation de la performance de l'équipe cadre de la zone de sante

- a. L'évaluation de la performance est trimestrielle et sera effectuée par une équipe d'évaluateurs constituée par la DPS et l'EUP/AAP sur base des conditions fixées dans le manuel d'exécution du FBP ;
- b. À l'issue de l'évaluation, les membres de l'équipe cadre de la zone cosignent les résultats de l'évaluation ;

Article 4 : Modalités de paiement

- a. En principe et selon la disponibilité de liquidité de la part des bailleurs, le paiement des subsides des prestations se fait à partir du vingt cinquième jour du mois suivant.
- b. Le paiement des subsides sera effectué en espèces/virement bancaire pour un montant calculé sur base de la grille d'évaluation de la performance de l'ECZ (l'article 2)

Article 5 : Accuse de réception du paiement

L'EUP/AAP avise sur base de la facture l'ECZ du montant payé/viré. En retour, l'ECZ doit accuser réception des fonds reçus/virés et y annexer la facture signées/cachetée dans un délai ne **dépassant pas une semaine** après preuve de paiement. Faute de quoi, le paiement pour le mois suivant ne pourra pas être effectué.

Article 6 : Signature de pièces justificatives

Les fiches de supervision non signées par les superviseurs et supervisés avec sceau de la Fosa et la date de supervision, les comptes rendus des réunions tenues sans liste de présence avec signatures des participants ne seront pas subventionnés.

DES ENGAGEMENTS DE DEUX PARTIES

Article 7 : L'équipe cadre de la zone de santé:

- a. L'Equipe Cadre de la Zone de santé s'engage à réaliser les activités de coordination et d'encadrement de la zone de santé prévues par les normes nationales de la santé au profit de toutes les structures intégrées de la zone de santé y compris les structures privées.
- b. L'ECZ s'engage organiser la validation des données de la zone à travers le suivi de l'analyse des données dans les Fosa, des visites trimestrielles conjointes avec l'Agence dans chaque Fosa ainsi que la tenue des réunions mensuelles de monitoring avec les partenaires et les responsables des Fosa.
- c. L'ECZ s'engage à organiser trimestriellement des visites de suivi/Evaluation conjointes ou non des plans de management avec l'EUP dans chaque FOSA et transmettre un rapport relevant les constats

sur la réalisation ou non ainsi que les recommandations laissées pour la bonne exécution des Plans de management.

- d. Accepte les inspections/audit financiers, le contrôle des données et d'autres vérifications ainsi que les visites de supervision conjointe ;
- e. L'Equipe cadre s'engage à assurer une bonne gestion des fonds alloués à l'ECZ (application de l'outil d'indice, implication des membres du COGE dans la gestion, classement des PJ,)
- f. Les prestations mensuelles de l'ECZ sont notifiées dans un rapport SNIS à la DPS ou saisies dans la base des données DHIS 2 au plus tard le dixième jour du mois suivant.
- g. L'Equipe cadre de zone s'engage à ne pas recevoir toute forme de financement ascendant en nature ou en espèce.

Article 8 : Le médecin Chef de Zone :

Le Médecin Chef de zone s'engage à présenter à l'EUP/AAP le plan Semestriel d'activités de la zone défendu et validé par le comité de gestion de la zone au plus tard le 10eme jour du Premier mois du semestre suivant.

Article 9 : Condition pour le renouvellement du présent contrat

L'exécution du plan d'activités du Semestre précédent à au moins 75% et la présentation du nouveau plan Semestriel d'activités constituent une condition sine qua non du renouvellement du présent contrat.

Article 10 : l'EUP/Agence s'engage à:

- a. L'EUP/Agence, s'engage à appuyer la DPS dans l'évaluation des activités de l'Equipe cadre de la Zone de santé dans le délai imparti.
- b. L'EUP/Agence s'engage à apporter un appui technique dans l'élaboration et la mise en œuvre du plan de mangement et utilisation de l'outil indice ainsi que les évaluations qualité des structures
- c. L'EUP/agence s'engage à encoder les résultats de l'évaluation dans le portail web

DUREE DU CONTRAT

Article 11 : Durée

Le présent contrat est conclu pour une durée **d'une année renouvelable** ; il peut être renouvelé par tacite reconduction.

DES SANCTIONS, RESILIATION OU NON RENOUVELLEMENT

Article 12 : Des Sanctions

En cas de fraude avérée, les sanctions sont d'ordre financier et d'ordre administratif. Les sanctions financières sont les suivantes :

- 1ère fraude constatée = retenue de 50% des subsides trimestriels
- 2ème récidive = suspension du contrat jusqu'à ce qu'une mesure administrative soit prise. Cette situation est aussi valable pour tout financement ascendant opéré sur le compte des formations sanitaires.

Les sanctions administratives sont celles en vigueur dans l'échelle de sanctions des personnels du service public de l'Etat ou du règlement d'ordre intérieur de la structure.

Article 13 : Résiliation du contrat

Le présent contrat peut être résilié en cas de :

- Mauvaise gestion des fonds alloués à l'ECZ ou manque de transparence (non application de l'outil d'indice, me gestion prouvé par les membres du COGE ou lors des missions d'audit, non implication des membres des membres de l'ECZS COGE dans la gestion, non classement des PJ,) confirmée lors des vérifications, des évaluations ou au cours de toute autre visite à la structure
- Non-respect des obligations incombant à chacune des parties, la partie lésée peut notifier à l'autre partie, la résiliation du présent protocole en lui expliquant par écrit les motifs de la résiliation.
- Arrêt de la convention de financement basé sur les performances par les différents bailleurs de fonds, ou de la politique de financement basé sur les performances par le gouvernement congolais constitue un motif valable de résiliation du présent protocole.
- Force majeure obligeant l'Agence à arrêter les activités du programme

Article 14 : Règlement des litiges

Tout litige survenant à l'occasion de l'interprétation et de l'exécution du présent protocole sera soumis à la procédure de conciliation entre les parties à la Division provinciale de la sante; sinon, le litige sera déféré devant le Comité Provincial de Pilotage.

Article 15 : Conflits d'intérêts, dispositions anti-corruption

Les parties conviennent qu'il est important que toutes les mesures nécessaires soient prises en vue d'éviter les conflits d'intérêts et la corruption. À cette fin, le partenaire appliquera des normes en matière de conflit qui régiront les prestations de son personnel, notamment par l'interdiction des conflits d'intérêts et des pratiques de corruption en rapport avec l'octroi et l'administration de contrats, de subventions ou d'autres avantages, ou également la correction des fautes constatées

L'Organisation ou la structure n'offrira pas à un tiers ni ne recherchera, n'acceptera ni ne se fera promettre, directement ou indirectement, pour lui-même ou pour une autre personne ou entité un cadeau ou un avantage quels qu'ils soient dont l'octroi serait ou pourrait être interprété comme constituant une pratique illicite ou de corruption.

Article 16 : Emploi des enfants

La structure partenaire déclare et garantit de ne pas se livrer à des pratiques quelconques qui seraient incompatibles avec les droits énoncés dans la Convention sur les droits de l'enfant, notamment dans son article 32 qui exige notamment que les enfants ne soient astreints à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social.

Article 17 : Dispositions finales

- a. Le présent contrat remplace tous les accords verbaux ou écrits antérieurs existant éventuellement entre les parties, et constituent l'intégralité de leur accord concernant la fourniture des services dans le cadre du présent contrat.
- b. Les deux parties s'engagent à exécuter de bonne foi ce contrat
- c. Aucune indemnité n'est prévue à la fin du présent contrat

Ainsi fait à, en deux exemplaires, chacune des parties ayant retiré l'exemplaire lui destiné,

Pour l'EUP/AAP, Mr, Mme, Directeur ou responsable

AdresseTél :

Pour L'ECZ, Monsieur/Madame..... Médecin Chef de Zone de santé

AdresseTél :

CONTRAT N° _____

**CONTRAT DE PERFORMANCE ENTRE L'AGENCE _____ ET L'HOPITAL
GENERAL DE REFERENCE/CENTRE HOSPITALIER _____ DANS LA MISE EN
ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE.**

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de Financement basé sur les performances (FBP) et en référence au manuel de mise en œuvre du FBP au niveau du secteur de la santé, il a été convenu ce qui suit :

ENTRE D'UNE PART

L'EUP/AAP Représenté par Monsieur/Madame agissant en qualité de :
.....

ET D'AUTRE PART,

L'hôpital General de référence (Centre Hospitalier de) Représenté par Dr
..... agissant en qualité de Médecin Directeur.

Préambule

La stratégie du FBP contribue au renforcement de l'autonomie de gestion des services de santé, car les primes de performance qui y sont octroyées sont gérées directement par l'entité sanitaire bénéficiaire et rentrent dans son bilan financier mensuel. Cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté du ministère de la santé et ses partenaires, notamment la Banque Mondiale soucieuse de rendre les soins de santé de la mère et de l'enfant et de toute la population plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité par l'utilisation équitable des moyens disponibles. C'est dans cette optique que s'inscrivent l'élaboration et la signature du présent contrat.

LES GENERALITES

Article 1 : Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet l'achat des performances de l'hôpital général de référence / Centre hospitalier.

Article 2 : Prestation à acheter

Les prestations à acheter au niveau de l'hôpital général de référence / Centre hospitalier et le barème des subsides par indicateur se présentent comme suit :

| Prestations | Barème (en USD) |
|--|-----------------|
| 1. Consultation ambulatoire d'un patient orienté et vu par un médecin | |
| 2. Journée d'hospitalisation/admission | |
| 3. Journée d'Hospitalisation — personnes indigentes (exonération des honoraires atteignant au plus 10 % du volume) | |
| 4. Intervention chirurgicale majeure (liste précise) | |
| 5. Intervention chirurgicale majeure (liste précise : exonération des honoraires atteignant au plus 10 % du volume) | |
| 6. Intervention chirurgicale mineure | |
| 7. Intervention chirurgicale mineure (liste précise : exonération des honoraires atteignant au plus 10 % du volume) | |
| 8. Transfusion sanguine (volontaire ou DB) | |
| 9. Accouchement en milieu hospitalier – Eutocique | |
| 10. Césarienne | |
| 11. Accouchement en milieu hospitalier –dystocique | |
| 12. Consultation prénatale : 1 ^{ère} Visite | |
| 13. Consultation prénatale : 4 ^{ème} visite | |
| 14. SP3 : Troisième dose de Sulfadoxine Pyriméthamine chez la femme enceinte | |
| 15. Dépistage conseil du VIH initié par le prestataire | |
| 16. Prévention de la transmission mère à enfant du VIH : cliente séropositive enceinte suivant un protocole antirétroviral | |
| 17. Prévention de la transmission mère à enfant du VIH : enfant né de mère séropositive suivant un traitement antirétroviral | |
| 18. Traitement : nouveau cas de clients séropositifs suivant un traitement ARV | |
| 19. Le Patient mis sous traitement antirétroviral est vu tous les six mois | |
| 20. Patient souffrant de tuberculose pulmonaire avec BK+ diagnostiqué | |
| 21. Patient souffrant de tuberculose pulmonaire avec BK+ soigné et guéri | |
| 22. Planification familiale : utilisateur nouveau et renouvellement des méthodes modernes de planification familiale (pilule et injection) | |
| 23. Planification familiale : personne utilisant pour la première fois un stérilet ou un implant | |
| 24. Planification familiale : ligature bilatérale des trompes et vasectomie | |

Article 3 : Ces prestations doivent être vérifiables dans les registres respectifs de l'hôpital général de référence / Centre hospitalier ou dans toute autre source de vérification fiable.

Article 4 : Modalités de l'évaluation

- a. L'évaluation des performances est trimestrielle et sera effectuée par une équipe d'évaluateurs constituée par l'ECP et l'EUP sur base des conditions fixées dans le manuel d'exécution du FBP ;
- b. A l'issue de l'évaluation, de l'hôpital général de référence / Centre hospitalier cosigne les résultats de l'évaluation ;
- c. Ne seront véritablement prises en compte dans le calcul des subsides de la performance que les données validées à l'issue de l'évaluation.

Article 5 : Modalités de paiement de la performance

Le paiement trimestriel sera effectué sur base des prestations quantités et qualité vérifiées

Montant à payer : Quantité X Prix Unitaire + Montant à payer X indice qualité selon la catégorie (40% du volume).

OBLIGATIONS DE L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE / CENTRE HOSPITALIER

Article 6 : Par ce contrat, l'hôpital général de référence / Centre hospitalier s'engage à :

En outre l'hôpital général de référence / Centre hospitalier s'engage à ce que :

- a) Couvrir le paquet minimum d'activités prévu par les normes nationales du système de santé, en fournissant des soins de bonne qualité à toute la population y compris les indigents de son aire de santé sans discrimination de race, de sexe ni de religion.
- b) Assurer une gestion transparente des ressources de l'hôpital général de référence / Centre hospitalier en impliquant le CODIR. Il s'engage aussi à utiliser l'outil indice
- c) Les prestations mensuelles de l'hôpital général de référence / Centre hospitalier sont notifiées dans un rapport SNIS au BCZ dont une copie est transmise à l'Agence d'Achat des Performance au plus tard le septième jour du mois suivant.
- d) L'hôpital général de référence / Centre hospitalier transmette aussi en annexe de la copie du SNIS, le bordereau des prestations réalisées au cours du mois conformément aux indicateurs retenu pour subvention dans le présent contrat
- e) L'hôpital général de référence / Centre hospitalier transmet au même moment le compte rendu de la réunion d'analyse des données y compris les données financières tenue au centre de santé et signé par les participants.

- f) Les prestations mensuelles de l'hôpital général de référence / Centre hospitalier soient notifiées dans un rapport SNIS au BCZ dont une copie est transmise à l'Agence au plus tard le septième jour du mois suivant.
- g) L'hôpital général de référence / Centre hospitalier transmet aussi en annexe de la copie du SNIS, le bordereau des prestations réalisées au cours du mois conformément aux indicateurs retenus pour subvention dans le présent contrat.
- h) Le plan de travail soit élaboré trimestriellement ;
- i) Organiser trimestriellement l'évaluation du personnel.
- j) Ne plus participer au financement ascendant du système de santé et dénoncer à l'ECZS toute tentative de la part d'un membre de son équipe ou d'autres personnes provenant de la hiérarchie de prélever de l'argent au niveau des FOSA
- k) La formation sanitaire s'engage à respecter les tarifs forfaitaires des actes et des soins tels que négociés avec la communauté

Article 7 : Le Médecin Directeur s'engage à présenter à l'Agence son plan de management défendu et validé par l'ECZ au plus tard le 10ème jour du premier mois du trimestre suivant.

Article 8 : L'Agence avisé sur base de la facture, l'hôpital général de référence / Centre hospitalier du montant payé/viré. En retour, la Fosa doit accuser réception des fonds reçus/virés et y annexer la facture signées/cachetée dans un délai ne dépassant pas une semaine après preuve de paiement. Faute de quoi, le paiement pour le trimestre suivant ne pourra pas être effectué.

OBLIGATIONS DE L'AGENCE

Article 9 : Ces prestations doivent être vérifiables dans les registres respectifs de l'hôpital général de référence / Centre hospitalier ou dans toute autre source de vérification fiable.

Article 10 : La vérification s'effectuera par l'Agence conjointement avec l'ECZS au courant du premier mois du trimestre suivant. Un résumé de vérification des prestations faites devra être contresigné par le Médecin Directeur de l'hôpital général de référence / Centre hospitalier et le vérificateur de l'Agence puis validé par un membre de l'ECZ.

Article 11 : Le calcul de la facture totale se fera à la fin du trimestre sur base des données vérifiées par l'Agence.

Article 12 : Durée

Le présent protocole a une durée d'une année renouvelable ; il peut être renouvelé par tacite reconduction. Il couvre la période du

Article 13 : Résolution des litiges

Les parties conviennent en cas de litige, de résoudre à l'amiable, et si nécessaire de recourir d'abord à l'arbitrage de l'ECZ, sinon on recourt à l'arbitrage de la DPS.

DES SANCTIONS, RESILIATION OU NON RENOUVELLEMENT

Article 14 : Des Sanctions

En cas de fraude avérée, les sanctions sont d'ordre financier et d'ordre administratif. Les sanctions financières sont les suivantes :

- 1^{ère} fraude constatée = retenue de 50% des subsides trimestriels
- 2^{ème} récidive = suspension du contrat jusqu'à ce qu'une mesure administrative soit prise.

Les sanctions administratives sont celles en vigueur dans l'échelle de sanctions des personnels du service public de l'Etat ou du règlement d'ordre intérieur de la structure.

Article 15 : Résilience

Le présent protocole peut être résilié en cas de :

- a. La mauvaise utilisation des recettes générées dans le cadre du FBP. (non utilisation de l'outil indice CODIR non impliqué, non implication de l'équipe dans la gestion, non classement des PJ,) confirmée lors des vérifications, des évaluations ou au cours de toute autre visite à la structure
- b. Non-respect des recommandations issues des évaluations/supervisions/coaching
- c. Non-respect des obligations incombant à chacune des parties, la partie lésée peut notifier à l'autre partie la résiliation du présent protocole en lui expliquant par écrit les motifs de la résiliation.
- d. Arrêt de la convention de financement basé sur les performances par les différents bailleurs de fonds
- e. Force majeure obligeant l'Agence à arrêter les activités du programme

Article 16 : Conflits d'intérêts

Les parties conviennent qu'il est important que toutes les mesures nécessaires soient prises en vue d'éviter les conflits d'intérêts et la corruption.

À cette fin, le partenaire appliquera des normes en matière de conflit qui régiront les prestations de son personnel, notamment par l'interdiction des conflits d'intérêts et des pratiques de corruption en rapport avec l'octroi et l'administration de contrats, de subventions ou d'autres avantages, ou également les structures des fautes constatées.

Article 17 : dispositions anti-corruption

L'Organisation ou la structure n'offrira pas à un tiers ni ne recherchera, n'acceptera ni ne se fera promettre, directement ou indirectement, pour lui-même ou pour une autre personne ou entité un cadeau ou un avantage quels qu'ils soient dont l'octroi serait ou pourrait être interprété comme constituant une pratique illicite ou de corruption.

- a. Les deux parties s'engagent à exécuter de bonne foi ce protocole d'accord.
- b. Aucune indemnité n'est prévue à la fin du présent protocole d'accord.

Article 18 : emploi des enfants

La structure partenaire déclare et garantit de ne pas se livrer à des pratiques quelconques qui seraient incompatibles avec les droits énoncés dans la Convention sur les droits de l'enfant, notamment dans son article 32 qui exige notamment que les enfants ne soient astreints à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social

Article 19 : Dispositions finales

Le présent contrat remplace tous les accords verbaux ou écrits antérieurs existant éventuellement entre les parties, et constitue l'intégralité de leur accord concernant la fourniture des services dans le cadre de la présente convention.

Article 20 : Entrée en vigueur

Le présent contrat prend effet et a valeur obligatoire dès sa signature par les deux parties.

Dispositions finales

Toute communication faite dans le cadre de la présente Convention d'Entente doit revêtir la forme écrite, préciser l'objet et être envoyée aux adresses suivantes :

Pour l'EUP/Agence :

Le Directeur.....
Adresse :.....Tél :.....

Pour l'hôpital Général de Référence,

Le Médecin Directeur
Adresse :.....Tél :.....

Ainsi fait à, en deux exemplaires, chacune des parties ayant retiré l'exemplaire lui destiné,

Le/..... 201...

CONTRAT N° _____

**CONTRAT DE PERFORMANCE ENTRE L'AGENCE _____ ET LE CENTRE DE
SANTÉ _____ DANS LA MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LA
PERFORMANCE.**

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de Financement basé sur les performances (FBP) et en référence au manuel de mise en œuvre du FBP au niveau du secteur de la santé, il a été convenu ce qui suit:

ENTRE D'UNE PART,

L'agence.....Représenté par Monsieur/Madame agissant en qualité de :

ET D'AUTRE PART,

Le Centre de santé Représenté par Monsieur/Madame.....
agissant en qualité de :

Préambule

La stratégie du FBP contribue **au renforcement de l'autonomie de gestion des services de santé, car les primes de performance** qui y sont octroyées sont gérées directement par l'entité sanitaire bénéficiaire et rentrent dans son bilan financier mensuel. Cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté du ministère de la santé et ses partenaires, notamment la Banque Mondiale soucieuse de rendre les soins de santé de la mère et de l'enfant et de toute la population plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité par l'utilisation équitable des moyens disponibles. C'est dans cette optique que s'inscrivent l'élaboration et la signature du présent contrat.

LES GENERALITES

Article 1 : Object du contrat

Le présent contrat a pour objet l'achat des performances du centre de santé.

Article 2 : Prestations à acheter

Les performances à acheter au niveau du Centre de santé sont déterminées dans le manuel d'exécution du financement basé sur les performances. Les prestations subventionnées et le barème des subsides par indicateur se présentent comme suit :

| Prestations subsidiées | Barème (USD) |
|---|---------------------|
| 1. Nouvelle consultation curative | |
| 2. Nouvelle consultation thérapeutique — personnes indigentes (exonération des honoraires atteignant au plus 5 % du volume) | |
| 3. Chirurgie mineure | |
| 4. Arrivée à l'hôpital de patients en état grave après orientation | |
| 5. Enfant complètement vaccine | |
| 6. VAT 2+ : deuxième à cinquième vaccin antitétanique | |
| 7. SP3 : Troisième dose de la Sulfadoxine Pyriméthamine chez la femme enceinte | |
| 8. Consultation prénatale : 1ere visite | |
| 9. Consultation prénatale : 4 ^{ème} visite | |
| 10. Accouchement assisté | |
| 11. Consultation Postnatale | |
| 12. Planification familiale : utilisateur nouveau et récurrent des méthodes modernes de planification familiale (pilule et injection) | |
| 13. Planification familiale : stérilet et implants | |
| 14. Surveillance de la croissance : enfant âgé de 6 à 23 mois dont la croissance est surveillée (en cours de discussion) | |
| 15. Surveillance de la croissance : enfant âgé de 24 à 59 mois dont la croissance est surveillée | |
| 16. Visite à domicile : (évacuation des déchets ménagers ; latrines ; présence d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide ; accès à l'eau potable ; utilisation de la planification familiale, y compris le préservatif, statut vaccinal ; état nutritionnel des enfants) | |
| 17. Dépistage conseil du VIH initié par le prestataire | |
| 18. Prévention de la transmission mère à enfant du VIH : VIH + femme enceinte placée sous protocole de traitement ARV | |
| 19. Prévention de la transmission mère à enfant du VIH : enfant né de mère séropositive suivant un traitement ARV | |
| 20. Patient suivant un traitement antirétroviral est vu tous les six mois | |
| 21. Patient souffrant de tuberculose pulmonaire avec BK diagnostiqué | |
| 22. Patient souffrant de tuberculose pulmonaire avec BK soigné et guéri | |

Article 3 : Ces prestations doivent être vérifiables dans les registres respectifs du centre de santé ou dans toute autre source de vérification fiable.

Article 4 : Modalités de l'évaluation.

- a. L'évaluation des performances est trimestrielle et sera effectuée par une équipe d'évaluateurs constituée par l'ECZS et l'Agence sur base des conditions fixées dans le manuel d'exécution du FBP ;
- b. À l'issue de l'évaluation, le Responsable du centre de santé cosigne les résultats de l'évaluation ;
- c. Ne seront véritablement prises en compte dans le calcul des subsides de la performance que les données validées à l'issue de l'évaluation.

Article 5 : Modalités de paiement de la performance

Le paiement mensuel sera effectué sur base des quantités et des qualités vérifiées

Article 6 : Obligations du CS

Par ce contrat, le centre de santé s'engage à :

- a. Le Centre de Santé s'engage à couvrir le paquet minimum d'activités prévu par les normes nationales du système de santé, en fournissant des soins de bonne qualité à toute la population y compris les indigents de son aire de santé sans discrimination de race, de sexe ni de religion.
- b. Assurer une gestion transparente des ressources du CS en impliquant le COSA.

En outre le centre s'engage à ce que :

- c. Les prestations mensuelles du Centre de Santé sont notifiées dans un rapport SNIS au BCZ dont une copie est transmise à l'Agence d'Achat des Performance au plus tard le septième jour du mois suivant.
- d. Le centre de santé transmette aussi en annexe de la copie du SNIS, le bordereau des prestations réalisées au cours du mois conformément aux indicateurs retenus pour subvention dans le présent contrat
- e. Le centre de santé transmet au même moment le compte rendu de la réunion d'analyse des données y compris les données financières tenue au centre de santé et signé par les participants.
- f. Les prestations mensuelles du Centre de Santé soient notifiées dans un rapport SNIS au BCZ dont une copie est transmise à l'Agence au plus tard le septième jour du mois suivant.
- g. Le centre de santé transmet aussi en annexe de la copie du SNIS, le bordereau des prestations réalisées au cours du mois conformément aux indicateurs retenus pour subvention dans le présent contrat
- h. Le plan de travail soit élaboré trimestriellement;

- i. L'évaluation du personnel soit organisée trimestriellement.
- j. Ne plus participer au financement ascendant du système de santé et dénoncer au l'ECZS toute tentative de la part d'un membre de son équipe ou d'autres personnes provenant de la hiérarchie de prélever de l'argent au niveau des FOSA
- k. La formation sanitaire s'engage à respecter les tarifs forfaitaires des actes et des soins tels que négociés avec la communauté

Article 7 : L'Infirmier Titulaire du Centre de Santé s'engage à présenter à l'Agence d'achat son plan de management défendu et validé par l'ECZ au plus tard le 10eme jour du premier mois du semestre suivant.

Article 8 : L'Agence avisé sur base de la facture, le Centre de Santé du montant payé/viré. En retour, la FOSA doit accuser réception des fonds reçus/virés et y annexer la facture signées/cachetée dans un délai ne dépassant pas une semaine après preuve de paiement. Faute de quoi, le paiement pour le trimestre suivant ne pourra pas être effectué.

OBLIGATIONS DE L'AGENCE

Article 9 : Ces prestations doivent être vérifiables dans les registres respectifs du centre de santé ou dans toute autre source de vérification fiable.

La vérification s'effectuera par l'Agence conjointement avec l'ECZS au courant du premier mois du trimestre suivant. Un résumé de vérification des prestations faites devra être contresigné par l'Infirmier Titulaire du Centre de Santé et le vérificateur de l'Agence puis validé par un membre de l'ECZ.

Le calcul de la facture totale se fera à la fin du trimestre sur base des données vérifiées par l'Agence et validées par l'ECZ afin de régulariser les avances déjà accordées. Au cas où les avances accordées dépassent le montant total de la facture, le montant accordé en surplus sera soustrait des subsides du trimestre suivant :

- a) En principe et selon la disponibilité de liquidité de la part des bailleurs, le paiement des subsides de prestation se fait à partir du vingt cinquième jour du mois suivant.
- b) Le paiement des subsides sera effectué en espèces/virement bancaire sur le compte numéroouvert à..... pour un montant calculé sur base des barèmes prévus à l'article 7 et pondéré par le pourcentage du score de qualité du trimestre.

Article 10 : Durée

Le présent protocole a une durée d'une année renouvelable ; il peut être renouvelé par tacite reconduction. Il couvre la période du

Article 11: Résolution des litiges

Les parties conviennent en cas de litige, de résoudre à l'amiable, et si nécessaire de recourir d'abord à l'arbitrage de l'ECZ Si non on recourt à l'arbitrage de la DPS.

DES SANCTIONS, RESILIATION OU NON RENOUVELLEMENT

Article 12 : Des Sanctions

En cas de fraude avérée, les sanctions sont d'ordre financier et d'ordre administratif. Les sanctions financières sont les suivantes :

- a. 1^{ère} fraude constatée = retenue de 50% des subsides trimestriels
- b. 2^{ème} récidive = suspension du contrat jusqu'à ce qu'une mesure administrative soit prise.

Les sanctions administratives sont celles en vigueur dans l'échelle de sanctions des personnels du service public de l'Etat ou du règlement d'ordre intérieur de la structure.

Article 13 : Résiliation

Le présent protocole peut être résilié en cas de :

- a. La mauvaise utilisation des recettes générées dans le cadre du FBP. (non utilisation de l'outil indice CODIR non impliqué, non implication de l'équipe dans la gestion, non classement des PJ,) confirmée lors des vérifications, des évaluations ou au cours de toute autre visite à la structure
- b. Non-respect des recommandations issues des évaluations/supervisions/coaching
- c. Non-respect des obligations incombant à chacune des parties, la partie lésée peut notifier à l'autre partie la résiliation du présent protocole en lui expliquant par écrit les motifs de la résiliation.
- d. Arrêt de la convention de financement basé sur les performances par les différents bailleurs de fonds
- e. Force majeure obligeant l'Agence à arrêter les activités du programme

Article 14 : Conflits d'intérêts.

Les parties conviennent qu'il est important que toutes les mesures nécessaires soient prises en vue d'éviter les conflits d'intérêts et la corruption.

À cette fin, le partenaire appliquera des normes en matière de conflit qui régiront les prestations de son personnel, notamment par l'interdiction des conflits d'intérêts et des pratiques de corruption en rapport avec l'octroi et l'administration de contrats, de subventions ou d'autres avantages, ou également les structures des fautes constatées

Article 15 : Anti-corruption.

L'Organisation ou la structure n'offrira pas à un tiers ni ne recherchera, n'acceptera ni ne se fera promettre, directement ou indirectement, pour lui-même ou pour une autre personne ou entité un cadeau ou un avantage quels qu'ils soient dont l'octroi serait ou pourrait être interprété comme constituant une pratique illicite ou de corruption.

- a. Les deux parties s'engagent à exécuter de bonne foi ce protocole d'accord.
- b. Aucune indemnité n'est prévue à la fin du présent protocole d'accord.

Article 16 : Emploi des enfants.

La structure partenaire déclare et garantit de ne pas se livrer à des pratiques quelconques qui seraient incompatibles avec les droits énoncés dans la Convention sur les droits de l'enfant, notamment dans son article 32 qui exige notamment que les enfants ne soient astreints à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social

Article 17 : Dispositions finales.

Le présent contrat remplace tous les accords verbaux ou écrits antérieurs existant éventuellement entre les parties, et constitue l'intégralité de leur accord concernant la fourniture des services dans le cadre de la présente convention.

Article 18 : Entrée en vigueur

Le présent contrat prend effet et a valeur obligatoire dès sa signature par les deux parties.

Article 19 : Dispositions finales

Toute communication faite dans le cadre de la présente Convention d'Entente doit revêtir la forme écrite, préciser l'objet et être envoyée aux adresses suivantes :

Pour l'Agence :

Le Directeur ou son délégué :.....

Adresse :.....Tél :.....

Pour le centre de santé :

Monsieur/Madame.....'Infirmier Titulaire du centre de santé.

Adresse :.....Tél :.....

Ainsi fait à, en deux exemplaires, chacune des parties ayant retiré l'exemplaire lui destiné,

Le /...../

CONTRAT N°

**CONTRAT DE PERFORMANCE ENTRE L'AGENCE..... ET L'ASSOCIATION
LOCALE.....**

Entre l'EUP/AAP représenté par D'une part.

Et l'Association sans but lucratif dénomméereprésentée par son président Mr,
Mme

Œuvrant dans le territoire de, la zone de santé de, d'autre part ;

Préambule

La stratégie du FBP contribue au renforcement de l'autonomie de gestion des services de santé, car les primes de performance qui y sont octroyées sont gérées directement par l'entité sanitaire bénéficiaire et rentrent dans son bilan financier mensuel. Cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté du ministère de la santé et ses partenaires, notamment la Banque Mondiale soucieuse de rendre les soins de santé de la mère et de l'enfant et de toute la population plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité par l'utilisation équitable des moyens disponibles. C'est dans cette optique que s'inscrivent l'élaboration et la signature du présent contrat.

LES GENERALITES

Article 1 : Les enquêteurs seront choisis parmi les membres de l'Association suivant les critères ci-après :

- a. Savoir lire et écrire le Français et traduire en langue locale.
- b. Présenter un acte écrit confirmant sa disponibilité pendant au moins 15 jours par trimestre pour effectuer lesdites enquêtes.
- c. Être disponible à se déplacer jusqu'aux ménages les plus éloignées de l'aire de santé du centre de santé couverte par l'association.
- d. S'engager à accomplir ses tâches dans le respect des populations enquêtées en gardant la confidentialité sur les informations reçues.
- e. N'avoir aucun lien de parenté ou d'autre nature avec le personnel du centre de santé,

- f. Tenir compte de la question genre au sein des enquêteurs à sélectionner
- g. Etre intègre, crédible et jouir d'une bonne moralité

Article 2 : Un mauvais remplissage ou un remplissage incomplet d'une fiche d'enquête entraîne le non-paiement de cette enquête. La remise tardive de l'ensemble des questionnaires d'enquête, c'est-à-dire au-delà du délai de jours entraîne également le non-paiement total de l'enquête, la cessation de prestations et le non renouvellement du présent contrat.

Article 3 : Les prestations subventionnées et le barème des indicateurs se présentent comme suit (Montant de la subvention unitaire pour chaque indicateur et par Catégorie)

| Indicateur | Nombre des fiches/trimestre | Coût unitaire |
|---|-----------------------------|---------------|
| 1. Fiche d'enquête (de malade) correctement remplie, complète et remise à temps | | \$ |
| TOTAL | | |

Article 4 : L'Association locale (ASLO) s'engage à

- a. Effectuer des enquêtes de vérification et de satisfaction dans le Territoire....., Zone de santé de..... Aires de santé de..... Au près des communautés bénéficiaires des services des structures appuyées par l'Agence par l'entremise de ses membres.
- b. Réaliser correctement et dans toute transparence les enquêtes dans la communauté dans un délai ne dépassant pas jours à partir de la date de réception des questionnaires.
- c. Sensibiliser les populations bénéficiaires de centre de santé, de l'aire de santé sur le programme de financement basé sur la performance et sur les actions de l'Agence dans la zone d'action conformément au message donné par le vérificateur communautaire de l'Agence. Une planification sur cette sensibilisation doit être élaborée, affichée au bureau de l'association, en précisant les villages où les sensibilisations seront réalisées par trimestre ainsi que des personnes concernées.

Article 5 : A la fin des enquêtes, l'association locale présente à l'Agence l'ensemble de questionnaires remplis dans le délai de jours. Elle y annexe un rapport synthèse des résultats de l'enquête qui comprend les principaux constats sur terrain, les activités de sensibilisation ainsi que les principales difficultés rencontrées.

Article 6 : Les fiches d'enquêtes devront être signées conjointement par l'enquêteur et le Président de l'Association.

Article 7 : L'Association devra présenter semestriellement un rapport général des constats et avis de la communauté bénéficiaire à canaliser vers la structure de l'aire de santé pour des améliorations souhaitées. Elle l'adresse à l'Agence en faisant copie au CODESA. Le Président de l'ASLO présente ces résultats lors de l'atelier semestriel de restitution des résultats du programme qui regroupe tous les acteurs concernés.

Article 8 : L'Agence à travers son personnel a l'obligation :

- a. Tirer au sort dans chaque structure les échantillons et fournir aux enquêteurs chaque trimestre les fiches d'enquête correctement remplies avec les informations nécessaires permettant de retrouver la personne à son domicile.
- b. Contrôler les fiches remplies retournées par les enquêteurs.
- c. Payer en montant équivalent en franc congolais de dollars américains (.....\$US) par enquête effectuée correctement.
- d. Compléter un résumé Trimestriel de vérification des enquêtes communautaires.
- e. Faire la synthèse des enquêtes et donner les résultats aux associations pendant les réunions semestrielles de restitution.

Article 9 : Sur demande de l'ASLO et selon ses possibilités, l'Agence peut faciliter et /ou appuyer à travers leurs actions, les ASLO qui se montrent soucieuses et fournissent des efforts de développement et de sensibilisation en vue d'améliorer les interventions dans les zones concernées.

Article 10 : Modalités de paiement

- a. En principe et selon la disponibilité de liquidité de la part des bailleurs, le paiement des subsides de prestation se fait à partir du vingt cinquième jour du deuxième mois du trimestre suivant. Toutefois, une avance de moitié peut être accordée à l'ASLO sur demande pour lui faciliter une bonne réalisation des enquêtes.
- b. Le paiement des subsides sera effectué en espèce/ virement bancaire sur le N° de comptelogé dans la COOPEC..... pour un montant calculé sur base des barèmes prévus à l'article

Article 11 : L'Agence avise sur base de la facture l'ASLO du montant payé/viré. En retour, l'ASLO doit accuser réception des fonds reçus/virés et y annexer la facture signées /cachetées dans un délai ne **dépassant pas une semaine** après preuve de paiement, faute de quoi, le paiement pour le trimestre suivant ne pourra pas être effectué.

Article 12 : Durée

Le présent protocole a une durée de six mois. Il prend cours du :

Article 13 : Des Sanctions

En cas de fraude avérée, l'ASLO sera carrément exclue et son contrat sera arrêté

Article 14 : Résiliation

Le présent protocole peut être résilié en cas de :

- a. Non-respect des recommandations issues des évaluations/supervisions/coaching
- b. Non-respect des obligations incombant à chacune des parties, la partie lésée peut notifier à l'autre partie la résiliation du présent protocole en lui expliquant par écrit les motifs de la résiliation.
- c. Arrêt de la convention de financement basé sur les performances par les différents bailleurs de fonds
- d. Force majeure obligeant l'Agence à arrêter les activités du programme

Article 15 : Conflits d'intérêts

Les parties conviennent qu'il est important que toutes les mesures nécessaires soient prises en vue d'éviter les conflits d'intérêts et la corruption.

À cette fin, le partenaire appliquera des normes en matière de conflit qui régiront les prestations de son personnel, notamment par l'interdiction des conflits d'intérêts et des pratiques de corruption en rapport avec l'octroi et l'administration de contrats, de subventions ou d'autres avantages, ou également les structures des fautes constatées

Article 16 : Fraude

L'Organisation ou la structure n'offrira pas à un tiers ni ne recherchera, n'acceptera ni ne se fera promettre, directement ou indirectement, pour lui-même ou pour une autre personne ou entité un cadeau ou un avantage quels qu'ils soient dont l'octroi serait ou pourrait être interprété comme constituant une pratique illicite ou de corruption.

- a. Les deux parties s'engagent à exécuter de bonne foi ce protocole d'accord.
- b. Aucune indemnité n'est prévue à la fin du présent protocole d'accord.

Article 17 : Emploi des enfants

La structure partenaire déclare et garantit de ne pas se livrer à des pratiques quelconques qui seraient incompatibles avec les droits énoncés dans la Convention sur les droits de l'enfant, notamment dans son article 32 qui exige notamment que les enfants ne soient astreints à aucun travail comportant des

risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social

Article 18 : Dispositions finales

Le présent contrat remplace tous les accords verbaux ou écrits antérieurs existant éventuellement entre les parties, et constitue l'intégralité de leur accord concernant la fourniture des services dans le cadre de la présente convention.

Article 19 : Entrée en vigueur

Le présent contrat prend effet et a valeur obligatoire dès sa signature par les deux parties.

Article 20 : Dispositions finales

Toute communication faite dans le cadre de la présente Convention d'Entente doit revêtir la forme écrite, préciser l'objet et être envoyée aux adresses suivantes :

Ainsi fait à, en deux exemplaires, chacune des parties ayant retiré l'exemplaire lui destiné,

Pour l'EUP/AAP

Le Directeur : Monsieur/Madame

Adresse :Tél :

Pour l'ASLO

Le Responsable de l'Association, Monsieur/Madame.....

Adresse :Tél :

Le...../...../20.....

CONTRAT ENTRE LA FORMATION SANITAIRE ET LE PERSONNEL

Le CODESA de la Formation Sanitaire de représenté par son Président,..... Et Mr / Mme / M^{lle}, occupant le poste de et ci-après dénommé(e) « employé », déclarent avoir conclu un accord sur le paiement de primes de motivation liées à la performance selon les modalités suivantes :

Article 1 : Des généralités

Le présent contrat s'inscrit dans le cadre du financement basé sur la performance mis en place dans le système de santé en RDC, et plus spécifiquement dans le cadre du Contrat fixant la rémunération des formations sanitaires (FOSA) sur base de leur performance conclu entre la FOSA de....., et l'Agence (EUP ou Agence d'achat) [.....]

Il est entendu que la rémunération de la performance dont il est question dans le contrat entre l'AAP et la FOSA constitue un avantage et pas un droit. En cas de force majeure, le Gouvernement de la RDC ou les partenaires extérieurs pourraient décider de cesser le paiement des subventions avant la date de clôture du contrat.

Le contrat de motivation institue un régime de rémunération conditionnelle à l'employé, par des primes variables selon la performance, en contrepartie de son travail personnel et du respect de ses engagements.

Article 2 : Des conditions du contrat

L'employé reconnaît avoir pris connaissance des conditions du présent contrat, qui inclut le respect du Règlement d'Ordre Intérieur de la FOSA ainsi que la description de son profil de poste détaillant les tâches lui assignées.

Le contrat de motivation est différent du contrat de travail. Par contre, le contrat de motivation prend automatiquement fin et sans redevance dès que le contrat de travail est rompu par l'une ou l'autre des parties.

Article 3 : De la validité

La validité du présent contrat est strictement subordonnée à l'existence et à la durée du Contrat fixant la rémunération des formations sanitaires sur base de leur performance conclu entre la FOSA et l'AAP. Si ce dernier venait à prendre fin conformément aux clauses qui lui sont propres, le présent contrat devra être considéré comme nul et non avenu.

Article 4 : De l'engagement des parties

L'employé s'engage d'une part à respecter les différentes obligations qui lui sont assignées par le présent contrat et ses annexes. Il s'engage notamment à promouvoir l'accès de la population à des soins de santé de meilleure qualité, à travailler en harmonie et dans un esprit d'équipe avec ses collègues de la FOSA et veillera à ne pas entraver le bon

fonctionnement de la stratégie de FBP. Il s'engage ainsi à contribuer personnellement à assurer la transparence et la véracité des informations qui seront transmises aux équipes de vérification et d'évaluation de la qualité des services. Il sait qu'il sera tenu responsable des erreurs ou fraudes commises par lui-même, et que les erreurs ou fraudes commises par l'un ou l'autre des membres de l'équipe de sa FOSA pourraient avoir un effet négatif sur son propre contrat de motivation.

Le Comité de Gestion représenté par son président s'engage d'autre part à évaluer mensuellement de manière objective et transparente, la performance de l'employé par rapport aux tâches qui lui sont assignées, et à payer mensuellement la prime de motivation telle que définie dans l'article 5, 6 et 7 du présent contrat. Il s'engage en outre, dans les limites de ses moyens, à mettre à la disposition de l'employé les ressources nécessaires à l'accomplissement de ses tâches.

Article 5 : Du calcul des primes

Le Comité de Gestion de la FOSA détermine à la fin de chaque mois un montant destiné aux primes de motivation du personnel à l'aide de l'outil INDICE. La prime à payer à l'employé est fonction du montant disponible, du résultat de l'évaluation individuelle trimestrielle et de l'indice correspondant à son poste d'attache et à sa catégorie professionnelle. **L'évaluation individuelle de l'employé sera réalisée par un Comité interne de la FOSA.**

Article 6 : Du montant maximum de la prime de motivation

Pour maintenir une équité entre les employés du système de santé, il est convenu que la prime mensuelle individuelle sera calculée sur base de l'outil d'indice et en considérant certains critères comme la performance individuelle, le niveau de responsabilité, le niveau d'études et l'ancienneté. La grille d'évaluation individuelle des performances du personnel est en annexe au présent contrat.

Article 7 : Du paiement des primes de motivation

La FOSA reçoit un financement basé sur la performance réalisée. La prime de motivation est payée mensuellement à l'employé par transfert à son compte bancaire ou en espèces.

Article 8 : De l'évaluation de la performance individuelle

Le comité de gestion doit évaluer trimestriellement la performance de chaque employé conformément aux tâches qui lui sont assignées et en utilisant la fiche individuelle d'évaluation de la performance adoptée. Le résultat de l'évaluation sera valable et applicable pour la motivation de l'employé durant les trois mois qui suivent.

Le responsable de la FOSA est évalué par le reste des membres du Comité de Gestion de la FOSA à son absence dans les mêmes conditions que les autres employés.

Article 9 : De la suspension temporaire de la prime de motivation

En cas de faute lourde, le Comité de Gestion peut décider de suspendre les primes d'un employé pendant une durée maximale de trois (3) mois. Toutefois cette décision devra être argumentée par écrit et soumise à l'ECZ pour vérification puis à la DPS pour approbation.

Article 10 : De la résolution des litiges

En cas de litiges quant à l'application du présent contrat il sera fait appel par l'une des parties à la médiation de l'Agence.

Article 11 : De la durée du contrat

Le présent contrat est signé pour une durée de 3 mois à partir du Sauf notification contraire, il est tacitement reconduit tant qu'il existe un contrat de rémunération des formations sanitaires sur base de leur performance entre l'Agence et la FOSA.

Fait en deux (2) exemplaires à, le/...../.....

L'employé,

Pour le Comité de Gestion,

.....

.....

(Noms et signature)

(Noms, signature et sceau)

SOUS-CONTRAT DE PERFORMANCE ENTRE LE CENTRE DE SANTE.....ET LE RECOSITE

ENTRE D'UNE PART,

Le Centre de santé Représenté par Monsieur/Madame..... agissant en qualité de :.....

ET D'AUTRE PART,

Le RECOSITE :.....dans le village/campement de

Titre I. LES GENERALITES

Article 1 : Object du contrat

Le présent contrat a pour objet l'achat des performances des Recosites pour certaines prestations communautaires liées au site des soins communautaires

Article 2: Prestations à acheter

Les performances à acheter au niveau du site des soins communautaires sont :

- Traitement des cas de paludisme simple (enfant de moins de 5 ans et les personnes de plus de cinq ans), de la diarrhée, de la pneumonie et de la malnutrition
- Référence/orientation des cas graves
- Communication pour le changement de comportement
- Surveillance épidémiologique à base communautaire
- Rattrapage des non repondants (vaccination,suivi de la croissance,malade chronique)

Le site des soins communautaire est une structure deconcentrée du centre de santé et donc qui alimente deux prestations dans le paquet de services

1. Les consultations curatives simples

2. Les visites à domicile

Ces prestations seront payées selon les barèmes inscrits dans le contrat du centre de santé

Article 3 : Ces prestations doivent être vérifiables dans les registres respectifs du centre de

Article 4 : Modalités de vérification.

Les sites des soins communautaires bénéficieront d'une vérification communautaire basée sur la satisfaction des usagers, la disponibilité des services et le paiement effectif des activités faites par le Recosite.

Article 5 : Modalités de paiement de la performance

Le paiement trimestriel sera effectué par l'intermédiaire du centre de santé d'attache

Article 6 : Obligations du Centre de Santé

Par ce contrat, le centre de santé s'engage à :

- a. Approvisionner les Recosites en intrants ;
- b. Payer la subvention destinée aux sites de soins communautaire selon leur production ;
- c. Apporter tout appui nécessaire aux Recosites pour la réalisation des activités inscrites ;
- d. Ne pas se livrer à tout acte de financement ascendant.

Article 7 : Obligations des Recosites

- Fournir les prestations selon les directives normatives données par l'infirmier titulaire du CS ;
- Transmettre dans le délai les rapports de prestations.
- Participer activement aux activités communautaires.

Article 8 : Durée

Le présent protocole a une durée de Six mois renouvelables ; il ne peut être renouvelé par tacite reconduction. Il couvre la période duau

Article 9: Résolution des litiges

Les parties conviennent en cas de litige, de le résoudre à l'amiable ; et si nécessaire, de recourir d'abord à l'arbitrage de l'ECZ. En cas de des accords persistants, les parties peuvent recourir non on recourt à l'arbitrage de la DPS considérée comme dernière instance d'appel.

Titre II. DES SANCTIONS, RESILIATION OU NON RENOUVELLEMENT

Article 10: Des Sanctions

En cas de fraude avérée, les sanctions sont d'ordre financier et d'ordre administratif. Les sanctions financières sont les suivantes :

Les sanctions financières sont les suivantes :

- a. 1ère fraude constatée = retenue de 50% des subsides trimestriels
- b. En cas de 2ème récidive = suspension du contrat jusqu'à ce qu'une mesure administrative soit prise.

Les sanctions administratives sont celles prévues en vigueur dans l'échelle de sanctions des personnels du service public de l'Etat ou dudans le reglement d'ordre intérieur du CS du ressort du Recosite .

Article 11: Dispositions finales

1. Toute communication faite dans le cadre de la présente Convention d'Entente doit revêtir la forme écrite, préciser l'objet et être envoyée aux adresses suivantes :

Pour Le centre de santé :

Monsieur/Madame.....Infirmier Titulaire du centre de santé.
Adresse :.....Tél :.....

Le /...../.....

Pour le Site des soins communautaires :

Monsieur/Madame.....Recosite

AdresseTél.....

Ainsi fait à,le...../...../..... en deux exemplaires chacune des parties ayant retiré l'exemplaire lui destiné,

Visa du MCZ

GRILLE DE QUALITE DU CENTRE DE SANTE

| | | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|--------------------------|--------------------|------------------------------------|
| LOGO | | | | | | |
| <i>Revue trimestrielle de la qualité des CS (et Contractants Primaires)</i> | | | | | | |
| RDC | | | | | | |
| <i>version 7 Décembre, 2015</i> | | | | | | |
| | | | | | | |
| Province _____ | | Code / / / | | | | |
| Zone de Santé _____ | | Code / / / / / / / / / / | | | | |
| Aire de santé _____ | | Code / / / / / / / / / / / / / / | | | | |
| Structure Sanitaire _____ | | | | | | |
| Appartenance : | | Code CS / / / / / / / / / / | | | | |
| Population de l'Aire de santé _____ | | | | | | |
| Période évaluée : Du/..... /..... | | Au/..... /..... | | | | |
| Date de l'évaluation | | | | | | |
| 1 | Organisation Générale [max 31 points] | | | Ma xim um | Ob tenu | Obs erv atio ns |
| 1.1 | Existence de la carte sanitaire de l'aire géographique de santé | | | 1 | | |

| | | | | |
|-------|---|---|--|--|
| 1.1.1 | Carte de l'aire de santé de santé disponible et affichée sur le tableau publique montrant villages, les routes principales, les barrières naturelles, les points spéciaux et de la distance entre le CS et le BCZ, ensuite les distances entre le CS et les villages/quartier de l'AS. (si la carte de l'Aire de Santé n'est pas affichée ou si un élément manque sur la carte affichée, c'est Zéro) | | | |
| 1.2 | Rapports SNIS - plan de management - comptes rendus de réunions et les cartes des patients (consultation curative, CPS, CPN, partogrammes, PF et bon de transfert) bien archivés | | | |
| 1.2.1 | Présence d'un ORDINOGRAMME dans la salle de consultation (1 points) | | | |
| 1.2.2 | Ces outils sont classés dans le placard et dans les fichiers de la boîte et accessibles au responsable du service. NB : Il s'agit de 12 outils suivants : 3 rapports SNIS, 1 PM trimestriel, 3 comptes rendu des réunions mensuelles du CODESA, les cartes CPS, CPN, Partogrammes, PF, bon de transfert. Chaque élément compte pour 0,25 points (12X 0,25=3 points) | 4 | | |
| 1.3 | Horaire de travail disponible | | | |
| 1.3.1 | Horaire de travail disponible et bien affiché à jour pour le mois en cours et visible pour le personnel et les patients | 1 | | |
| 1.4 | Des réunions techniques avec le personnel tenues menées mensuellement et avec des CR/PV disponibles et bien classées | | | |
| 1.4.1 | Chaque CR/PV mensuelle contient au moins: (i) la date de la réunion; (ii) la liste des participants signée; (iii) le suivi des décisions prises lors de la réunion précédente; (iv) il y a une liste de recommandations ou de décisions prises développés (v) chaque mois de l'équilibre financier mensuel est discutée; (vi) minutes des CR/PV de la réunion sont signés par le président. Pour chaque rapport de la réunion qui contient les éléments ci- haut = 2 p. (max 3 rapports pour un total de 6 points) NB : un CR/PV qui manque un des éléments ci-haut = 0/ 2 pts | 6 | | |
| 1.5 | Fiches de référence disponibles | | | |
| 1.5.1 | Au moins 10 fiches standards de référence sont présentes lors de l'évaluation | 1 | | |
| 1.6 | Disponibilité de communication radio ou téléphone mobile dédié à la communication entre le centre de santé et l'hôpital général de référence | | | |
| 1.6.1 | Radio ou téléphone mobile DE LA STRUCTURE fonctionnel avec des piles et / ou crédit d'appel (Minimum 2 USD) et les détails de contact sur le téléphone (par exemple: Médecin Directeur HGR, personnel de la Fosa, MCZ, Vérificateur de l'EUP, etc.). NB : Lorsqu'un élément manque=0 pt | 1 | | |
| 1.7 | Rapports de SNIS sont remplis, mis à jour et transmis au BCZS dans le délai | | | |
| 1.7.1 | Transmission du rapport SNIS et un accusé de réception signé est disponible NB : 1 pt pour chaque rapport du trimestre, soit au total 3 pts | 3 | | |
| 1.8 | Rapport d'analyse des données de SNIS pour le trimestre en cours d'évaluation concernant les problèmes prioritaires | 1 | | |

| | | | | |
|---------------------------|--|----------------------------|---------------|---------------------|
| 1.8.1 | Au moins cinq problèmes de santé prioritaires sont suivis chaque trimestre et les données ont été mises à jour jusqu'au mois avant la visite du superviseur (tout ou rien). Au moins vaccination ; PF; CPN; Accouchement; et au choix d'établissement. Pour chaque problème, côte attribuée 0,2 pt | | | |
| 1.9 | Réunions du Comité de Sante de la formation sanitaire organisée mensuellement avec CR/PV disponibles | 3 | | |
| 1.9.1 | Chaque CR/PV mensuelle contient : (i) la date de la réunion ; (ii) la liste des participants signée ; (iii) le suivi des décisions prises lors de la réunion précédente ; (iv) il y a une liste de recommandations développés ou décisions prises ; (v) chaque mois de l'équilibre financier mensuel est discutée; (vi) minutes de la réunion sont signés par le président. Chaque rapport rempli selon les normes compte pour 1 point = 1 p (maximum minimum 3 rapports =3 points) | | | |
| 1.10 | Respect des normes de composition de l'équipe réalisant la visite à domicile (VAD) | 10 | | |
| 1.10.1 | Composition de l'équipe selon les normes (Un agents de santé/relais communautaire, un représentant du CODESA etc...) 1 pt | | | |
| 1.10.2 | Rendez-vous pris pour la visite de contrôle : (1) Rendez-vous pris (date et l'heure sont clairement mentionnées sur la fiche de la VAD); (ii) Protocole respectée; (iii) plan de management faite. Faire une sélection aléatoire de cinq (visites/trimestre) entrées de registre et contrôle. Chaque visite faite dans les normes = 1,8 points, max 9 points | | | |
| Total de Points 31 | | .../31 | | |
| Date: Observations : | | | | |
| Nom du superviseur | | Signature du superviseur : | | |
| 2 | Plan de Management (affaires) [max 9 points] | Maximum | Obtenu | Observations |
| 2.1 | Plan de management du trimestre accessible et valide | 2 | | |
| 2.1.1 | Plan de management trimestriel pour la période actuelle élaboré et accessible 1 pt | | | |
| 2.1.2 | Négocié et validé (PM valide pour le trimestre/semestre courant) 1 pt | | | |
| 2.2 | Le plan de management préparé avec des intervenants clés | 2 | | |
| 2.2.1 | Membre du Comité de Sante (président) signe sur le plan de management 1 pt | | | |
| 2.2.2 | Représentant (s) des sites de soins en sous-traitance (le cas échéant) 1 pt | | | |
| 2.3 | Le plan de management contient un plan de la couverture géographique | 1 | | |
| 2.3.1 | Stratégies pour la sous-traitance (par exemple villages à plus d'une heure à pied) sont élaborées 0,5 pts | | | |

| | | | | |
|----------------------------|---|----------------------------|--------------------|--------------------------|
| 2.3.2 | Stratégies mobiles (PEV, PF; CPN, des visites à domicile par protocole) sont utilisés 0,5 pt | | | |
| 2.4 | Plan de management fait l'analyse sur les autres prestataires de l'aire de santé | 1 | | |
| 2.4.1 | Le FOSA traite ce sujet dans le Plan de Management, et propose une stratégie pour faire face aux autres structures de l'aire de santé | | | |
| 2.5 | Le plan de management analyse la présence de praticiens informels qui exercent sans autorisation | 1 | | |
| 2.5.1 | Le PM propose des mesures claires pour éviter leur expansion dans l'aire de santé (sensibilisation etc...) | | | |
| 2.6 | Le plan de management montre un plan pour assurer l'accessibilité financière de la population | 2 | | |
| 2.6.1 | Plan de management montre les tarifs négociés entre FOSA, CODESA et la communauté 1 pt | | | |
| 2.6.2 | Le plan de management montre la planification des soins pour les indigents 1 pt | | | |
| Total de Points (9) | | .../9 | | |
| Date : | | | | |
| Observations : | | | | |
| Nom du superviseur | | Signature du superviseur : | | |
| 3 | Gestion Financière [max 15 points] | Ma xim um | Obt enu | Observa tions |
| 3.1 | Documents financiers et comptables disponibles et bien entretenus | 5 | | |
| 3.1.1 | Rapport financier mensuel disponible et correctement rempli. Pour chaque rapport 1 pt et au total 3 rapports sont attendus. | | | |
| 3.1.2 | Solde théorique de trésorerie livre correspond aux espèces présentes en caisse 2 pts | | | |
| 3.2 | Outil indice disponible pour montrer que les calculs trimestriels des revenus, des coûts, des investissements et des subventions de performance variable et de fonctionnement sont effectués | 4 | | |
| 3.2.1 | L'outil indice garantit que les coûts de fonctionnement tels que : salaires, achat de médicaments et d'équipements, de sous-traitance, la petite caisse vient pour des petites dépenses, le marketing social, la maintenance et la réhabilitation existent 2 pts | | | |
| 3.2.2 | L'outil indice calcule la prime de rendement selon la Formule: Prime de Rendement = revenu du trimestre- les couts de fonctionnement 2 pts | | | |
| 3.3 | Salaires des contractuels + de bonus de performance ne dépassent pas 50% du revenu total de la FOSA (FOSA publique). | 2 | | |
| 3.4 | L'Existence et la pratique du système de prime de performance est connue par le personnel | 4 | | |

| | | | | |
|-----------------------------|--|----------------------------|--------------------|--------------------------|
| 3.4.1 | Choisissez un membre du personnel au hasard et demandez quelle était la prime de performance le mois passé et quel était son pourcentage de performance individuelle. Si les deux sont expliqués, donner 4 points, si non 0 point. | | | |
| Total de Points (15) | | .../ 15 | | |
| Date : Observations : | | | | |
| Nom du superviseur | | Signature du superviseur : | | |
| 4 | Comité indigents [max 20 points] | Ma xim um | Obt enu | Observa tions |
| 4.1 | Planification des dépenses pour les soins des indigents | 5 | | 0 |
| 4.1.1 | Le nombre des consultations curatives des indigents du mois précédent : quantité documentée à des réunions mensuelles de gestion (Registre/listes archivées) | | | |
| 4.2 | Comité des indigents se réunit mensuellement | 15 | | 0 |
| 4.2.1 | Le comité pour les des indigents se réunit mensuellement afin d'examiner l'utilisation des services des soins en faveur des indigents selon leur catégorie. Pour la catégorie 'soins pour les indigents'. Chaque PV /CR mensuelles contiennent : (i) la date de la réunion ; (ii) la liste des participants signée ; (iii) le suivi des décisions prises lors de la réunion précédente ; (iv) il y a une liste de recommandations développés ou décisions prises ; (v) chaque mois de l'équilibre financier mensuel est discutée ; (vi) minutes de la réunion sont signés par le président. Chaque rapport selon les normes = 5p (max trois rapports) | | | |
| Total de Points (20) | | .../ 20 | | |
| Date: Observations. | | | | |
| Nom du superviseur | | Signature du superviseur: | | |
| 5 | Hygiène et Stérilisation [max 31 points] | Ma xim um | Obt enu | Observa tions |
| 5.1 | L'hôpital a une clôture bien entretenue | 1 | | |
| 5.1.1 | La clôture existe, peut être fermée la nuit et n'a pas de trous | | | |

| | | | | |
|------------|--|------------|--|--|
| 5.2 | Disponibilité des poubelles dans la cour | | | |
| 5.2.1 | Poubelle avec couvercle accessible aux clients et qui n'est pas pleine | 1 | | |
| 5.3 | Présence de latrines / toilettes suffisantes qui sont bien entretenues | | | |
| 5.3.1 | Au moins deux latrines / toilettes fonctionnelles | 1 | | |
| 5.3.2 | Sol sans fissures avec un seul trou et le couvercle | 0.5 | | |
| 5.3.3 | Récemment nettoyé sans matière fécale visible | 0.5 | | |
| 5.3.4 | Porte verrouillable de l'intérieur, super structure avec un toit, sans mouches et avec odeur de désinfectant | 0.5 | | |
| 5.3.5 | Éclairage fonctionnel | 0.5 | | |
| 5.4 | Présence de suffisamment des douches qui sont bien entretenues | | | |
| 5.4.1 | Au moins une salle de bain un établissement de bain (avec étagère sans fissures, porte verrouillable de l'intérieur, et un toit) | 1 | | |
| 5.4.2 | Installation dans la salle de bain avec de l'eau courante, ou un conteneur avec au moins 20 L d'eau | 0.5 | | |
| 5.4.3 | L'évacuation des eaux usées dans une fosse d'assainissement | 0.5 | | |
| 5.5 | Fosse d'élimination des déchets (ou des bacs en zone urbaine) | | | |
| 5.5.1 | Fosse d'élimination des déchets minimum 2 mètres de profondeur, bordée de l'argile, du béton ou des briques ou encore en des plastiques, il est clôturé et mis à l'abri des commodités chiffonniers (ou bacs isolée placés loin des zone de la circulation - en zone urbaine) 4 pts | 12 | | |
| 5.5.2 | La fosse à déchets est placée à un minimum de 15 mètres de l'établissement de santé, au moins à 50 mètres d'un ménage, et à 100 mètres d'une source d'eau (ou bacs isolée place loin des zone de circulation - en zone urbaine) 4 pts | | | |
| 5.5.3 | L'établissement de santé tient un registre indiquant la date de la création de la fosse (s), et son emplacement (s) 4 pts | | | |
| 5.6 | Cour propre | | | |
| 5.6.1 | Pas de déchets ou des déchets médicaux dans la cour ; environnement dans l'enceinte de FOSA entièrement débroussaillée avec drainage d'eau stagnante | 1 | | |
| 5.7 | Stérilisation selon les normes en utilisant un stérilisateur à pression | | | |
| 5.7.1 | Stérilisateur fonctionnelle 2 pts | 3 | | |
| 5.7.2 | Protocoles de stérilisation disponibles et utilisés (personnel médical présents peuvent expliquer le protocole ou démontrer le processus) 1 pt | | | |
| 5.8 | Les conditions d'hygiène assurées pendant les pansements et les injections | | | |
| 5.8.1 | Bacs ou étiquetages jaunes et rouges pour les déchets médicaux avec la pédale et couvercle, bordée de sac 0,5 pts | 2 | | |
| 5.8.2 | Boîte de sécurité pour les aiguilles bien placée, et utilisée (et non pleine) 1 pt | | | |
| 5.8.3 | Container / tambour avec couvercle contenant un désinfectant et utilisé pour mettre les instruments souillés ou contaminés (Pincers ciseaux, porte bistouri.....) 0,5 pt | | | |
| 5.9 | Élimination des déchets biomédicaux selon les normes nationales | | | |
| 5.9.1 | L'élimination des déchets non contaminés en poubelle noire ou étiquetée en noir avec couvercle et pédale, bordée 2 pts | 6 | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---|----------------------------|--------------------|--------------------------|
| 5.9.2 | L'élimination des déchets de soins contaminés en poubelle Jaune ou Rouge (en fonction de gravité) avec couvercle et pédale, bordée 2 pts | | | |
| 5.9.3 | Équipement de protection pour le personnel qui gère les déchets médicaux disponible ; bottes, tablier en plastique, des gants en plastique/ caoutchouc épais 2 pts | | | |
| Total de Points (31) | | ../3 | | |
| | | 1 | | |
| Notes | | | | |
| Date: | | | | |
| Observations : | | | | |
| | | | | |
| Nom du superviseur | | Signature du superviseur : | | |
| 6 | Consultation Externe [max 120 points] | Ma xim um | Obt enu | Observa tions |
| 6.1 | Salle d'attente : Bonnes conditions d'attente | 10 | | |
| 6.1.1 | Bancs ou des chaises suffisantes et protégées contre le soleil et la pluie et la zone d'attente n'est pas dans la salle de consultation 2,5 pts | | | |
| 6.1.2 | Indications claires sur le circuit des patients affichées 2,5 pts | | | |
| 6.1.3 | Présence d'un préposé (clerc) renseignant et distribuant les jetons de couleurs différentes pour les cas urgents et référés, les nouveaux cas non référés (numéros pour ceux qui viennent en de routine) 2,5 pts | | | |
| 6.1.4 | L'eau courante (robinet ou distributeur d'eau), et du savon et des essuies mains 2,5 pts | | | |
| 6.2 | Les tarifs sont affichés | 5 | | |
| 6.2.1 | Facilement visibles dans les salles de consultation et dans les salles d'attente, avec (i) le prix unitaire par acte ou par forfait, (ii) le prix d'un traitement standard pour les médicaments, le forfait, (iii) mis à jour et (iv) visibles pour les malades avant la consultation (iv) en langue locale. Tous les éléments sont réunis=5 pts et si un élément manque=0 pts. | | | |
| 6.2.2 | Pour chaque spécialité pharmaceutique, un générique sous forme de blisters est disponible 1 pt | | | |
| 6.3 | Existence d'un système d'attente avec des cartes numérotées ou jetons | 1 | | |
| 6.4 | Salle de la Consultation Externe en bon état | 5 | | |
| 6.4.1 | Murs en dur avec crépissage et peinture, pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état (1 pt) | | | |
| 6.4.2 | Salle de consultation et d'attente séparées assurant la confidentialité (1 pt) | | | |

| | | | | |
|-------------|--|-----------|--|--|
| 6.4.3 | Fenêtres en vitres teintées (ou en bois) ou avec rideaux (respect d'intimité) (0,5 pts) | | | |
| 6.4.4 | Porte fonctionnelle avec serrure fonctionnelle 0,5 pts | | | |
| 6.4.5 | (i) Existence d'un point d'eau (robinet ou distributeur d'eau) avec du savon liquide et essuie main disponibles. (ii) Solution hydroalcoolique disponible. (Solution hydroalcoolique: entre 2 patients; et eau courante avec savon tous les 5 patients) (1 pt) | | | |
| 6.4.6 | Dimensions de la salle de consultation avec un minimum de 7 m ² (0,5 pts) | | | |
| 6.4.7 | Matelas lavable ou couvert d'un tissu imperméable (0,5 pts) | | | |
| 6.5 | Salle de consultation (où les situations d'urgence sont reçus) avec de la lumière 24hrs/24 et 7 jours /7. | | | |
| 6.5.1 | Présence de l'électricité ou lampe solaire ou à pétrole (fonctionnelle) | 1 | | |
| 6.6 | Les consultations sont menées par le personnel qualifié | 1 | | |
| 6.6.1 | Identification du personnel des consultations dans le registre | | | |
| 6.7 | Personnel qui fait les consultations est bien habillé | 1 | | |
| 6.7.1 | Blouse propre avec étiquette d'identification et chaussures (pas des babouches) | | | |
| 6.8 | Numérotation correcte dans les registres | | | |
| 6.8.1 | Clôturée à la fin du mois (0,3 pts) | 1 | | |
| 6.8.2 | Cas référés clairement identifiés (0,3 pts) | | | |
| 6.8.3 | Copie des lettres de contre référence classées (0,4 pts) | | | |
| 6.9 | La disponibilité du service sept jours sur sept | 1 | | |
| 6.9.1 | Superviseur vérifie les entrées dans le registre pour les trois derniers dimanches | | | |
| 6.10 | Protocole du paludisme affiché au mur et accessible pour le personnel | 1 | | |
| 6.10.1 | Présence du protocole national de diagnostic et de traitement du paludisme simple et grave accessible | | | |
| 6.11 | Paludisme correctement traité | 5 | | |
| 6.11.1 | Dans le registre voir 5 derniers cas de paludisme simple et examiner le protocole de traitement de chaque cas (1 point pour chaque traitement correct selon le protocole : 5 points maximum) | | | |
| 6.11.2 | Le paludisme grave correctement prise en charge selon les ordinogrammes | | | |
| 6.12.3 | Dans le registre voir 20 derniers cas de paludisme grave et examiner le protocole de traitement de chaque cas (un point pour chaque traitement correct selon le protocole : max 20 points) | 20 | | |
| 6.12 | Schéma d'IRA de l'OMS affiché sur le mur et accessible pour le personnel | 1 | | |
| 6.13 | Application des protocoles pour la prise en charge des IRA | 5 | | |
| 6.13.1 | Voir cinq derniers cas d'IRA et voir si le traitement est conforme au protocole ; enregistre et mentionne la température, le mouvement respiratoire, FR, toux : oui / non; diagnostic (1 point pour chaque traitement correct selon le protocole: 5 points maximum) | | | |
| 6.14 | Protocole OMS pour la diarrhée affiché sur le mur et accessible pour le personnel | 1 | | |
| 6.15 | Protocole de diarrhée appliquée selon les ordinogrammes | 5 | | |

| | | | | |
|-------------|--|----------|--|--|
| 6.15.1 | Voir cinq derniers cas de diarrhée et si le traitement est conforme au protocole (chaque traitement correct vaut un point; 5 points maximum) | | | |
| 6.16 | Proportion de consultations traitées avec des antibiotiques < 30% | | | |
| 6.16.1 | Voir 100 derniers cas dans le registre, consultez diagnostic et calculez le taux (< 30 cas) | 4 | | |
| 6.17 | Directives de traitement et ordinogrammes disponibles | | | |
| 6.17.1 | Directives de traitement et ordinogrammes disponibles dans la salle de consultation | 1 | | |
| 6.18 | Connaissance des signes de danger et des critères de référence de la tuberculose | | | |
| 6.18.1 | Sélectionner un personnel médical qualifié disponible, et poser la question sur les signes de diagnostic de la tuberculose. Réponse doit contenir au moins 4 des symptômes suivants: (i) perte de poids, (ii) la perte d'appétit; (iii) la fièvre, (iv) la toux d'une durée de plus de 15 jours, (v) la transpiration nocturne; (vi) de l'hémoptysie NB : Si au moins quatre des symptômes ci-dessus sont cités = 5pts, sinon c'est Zéro. | 5 | | |
| 6.19 | Stéthoscope et tensiomètre disponible et fonctionnels | | | |
| 6.19.1 | L'agent de santé prend la TA (tension artérielle) et la note | 1 | | |
| 6.20 | Thermomètre disponible | | | |
| 6.20.1 | Thermomètre disponible et fonctionnel | 1 | | |
| 6.21 | Otoscope disponible | | | |
| 6.21.1 | Otoscope disponible et fonctionnel | 1 | | |
| 6.22 | Lit d'examen réservé uniquement aux consultations externes | | | |
| 6.22.1 | Matelas disponible, non déchiré, couverte en plastique non-déchirée et propre | 1 | | |
| 6.23 | Balance disponible et fonctionnelle | | | |
| 6.23.1 | Inspectez en comparaison avec le poids connu du superviseur: après la pesée, la balance doit retourner à zéro | 1 | | |
| 6.24 | Gestion intégrée des maladies de l'enfance est appliquée (PCIME) | | | |
| 6.24.1 | Protocole est disponible dans la salle de consultation 1 pt | | | |
| 6.24.2 | Les cinq derniers cas de la PCIME sont tracés dans le registre et sont conformes à la stratégie de la PCIME (et appliquer sur tous les enfants de moins de cinq ans) chaque cas (0,4pts) | 3 | | |
| 6.25 | Détermination de l'état nutritionnel | | | |
| 6.25.1 | Détermination de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans qui viennent pour consultation (cochez dix enfants de moins de cinq par une méthode d'échantillonnage aléatoire : prendre un nombre aléatoire entre 1 et 3 et en utilisant cet intervalle d'échantillonnage vérifier cinq consultations) chaque consultation vérifiée (rapport Poids/Taille ; Périmètre brachial, recherche des œdèmes) Chaque cas vérifié vaut 0,4 pts | 2 | | |
| 6.25.2 | Le dossier de dépistage de l'état nutritionnel disponible, à jour et dûment rempli. Chaque dossier (0,4 pts) Au total : 5 dossiers à vérifier. | 2 | | |

| | | | | |
|-------------------------------|--|----------------------------|--------------------|--------------------------|
| 6.26 | Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Tirer au hasard 3 fiches PCIME du trimestre précédent, soit une fiche par mois, et évaluer les éléments ci-après. (chaque fiche maximum 14 points ; max 42 points) NB : si un élément manque sur la fiche, c'est Zéro pour le sous-critère concerné ci-dessous. (0/2pts) | | | |
| 6.26.1 | FIÈVRE correctement évaluée (depuis combien de jours, traitement reçu à domicile, prise de température) | 2;2;2 | | |
| 6.26.2 | TOUX correctement évaluée (depuis combien de jours, traitement reçu à domicile, nombre de mouvements respiratoires) | 2;2;2 | | |
| 6.26.3 | DIARRHÉE correctement évaluée (depuis combien de jours, traitement reçu à domicile, nombre de selles par jour, selles avec sang ou non) | 2;2;2 | | |
| 6.26.4 | Signes généraux de danger évalués pour chaque malade | 2;2;2 | | |
| 6.26.5 | Etat d'anémie évalué pour chaque malade | 2;2;2 | | |
| 6.26.6 | Statut vaccinal évalué pour chaque malade | 2;2;2 | | |
| 6.26.7 | Etat nutritionnel évalué pour chaque malade | 2;2;2 | | |
| Total des Points (120) | | /120 | | |
| Date: | | | | |
| Observations : | | | | |
| Nom du superviseur | | Signature du superviseur : | | |
| 7 | Planification Familiale [max 32 points] | Ma xim um | Obt enu | Observa tions |
| 7.1 | Personnel formé en planification familiale | 3 | | |
| 7.1.1 | Au moins un membre du personnel formé en planification familiale | | | |
| 7.2 | Confidentialité dans la salle de consultation assurée | 3 | | |
| 7.2.1 | Chambre avec portes fermées, rideaux aux fenêtres ou verre non transparent | | | |
| 7.3 | Méthodes de planification familiale disponibles et visibles dans la boîte de démonstration pour les utilisateurs potentiels | 2 | | |
| 7.3.1 | Préservatifs; pilules; injectables; Implant; DIU sont disponibles dans la zone de démonstration 1 pt | | | |
| 7.3.2 | Modèle de pénis disponibles sur le bureau, boîte de préservatifs disponibles avec au moins 50 préservatifs 1 pt | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---|----------|------|-----------|
| 7.4 | Le Personnel calcule correctement le nombre de clients attendus mensuellement pour les contraceptifs oraux et injectables | | | |
| 7.4.1 | Par exemple, pour 10.000 habitants (cible est toute pop en âge de procréation) = $10.000 * 21\% * 25\% / 12 * 4 * 90\%$ (en supposant que 25% des besoins non satisfaits; 21% de la population cible; 90% des oral / injection. Demandez à n'importe quel personnel médical impliqué dans les soins aux clients pour expliquer ce calcul cible. | 1 | | |
| 7.5 | Le plan de management contient des stratégies pour atteindre les objectifs de PF. | | | |
| 7.5.1 | Collaboration avec le secteur public, le secteur privé et le marketing social, les stratégies mobiles, plaidoyer auprès des leaders locaux, etc. Si la mention est explicite dans le plan de management = 2 pts. | 3 | | |
| 7.5.2 | Participation du personnel de FOSA dans les stratégies. Si la mention de cette participation est explicite dans le PA/PM= 1pt | | | |
| 7.6 | DIU disponible et le personnel formé à son utilisation (certificat disponible) | | | |
| 7.6.1 | Les DIU sont disponibles (Quantité= CMMx2), 3points | 7 | | |
| 7.6.2 | Le personnel formé à son utilisation est disponible (certificat disponible), 4 points | | | |
| 7.7 | Méthode Implants disponible le personnel est formé sur l'utilisation (certificat disponible) | | | |
| 7.7.1 | Au moins 20 implants disponibles, 3points | 7 | | |
| 7.7.1 | Le personnel formé à son utilisation est disponible, 4points | | | |
| 7.8 | Stratégies disponibles pour le transfert des personnes à l'hôpital à la recherche de méthodes de PF permanents. | | | |
| 7.8.1 | Système de référence élaboré - stratégie pour réduire les prix; stratégie mobile pour la chirurgie? Si la mention de cette participation est explicite dans le PA/PM= 2pt | 2 | | |
| 7.9 | Fiches PF individuelles disponibles et remplies selon le format | | | |
| 7.9.1 | Vérifiez au moins cinq cartes pour voir la recherche de certains signes d'intolérance : Hépatomégalie, varices, surpoids. Pour chaque fiche correctement rempli=0,8 pt | 4 | | |
| Total de Points (32) | | ... | .../ | 32 |
| Notes | | | | |
| Date: | | | | |
| Observations : | | | | |

| Nom du superviseur | | Signature du superviseur: | | |
|--------------------|--|---------------------------|---------------|---------------------|
| 8 | Laboratoire [max 17 points] | Maximum | Obtenu | Observations |
| 8.1 | Technicien de laboratoire est disponible | 1 | | |
| 8.1.1 | Technicien de laboratoire de niveau A2 ou A1 est disponible | | | |
| 8.2 | Laboratoire est ouvert tous les jours de la semaine | 1 | | |
| 8.2.1 | Le superviseur vérifie les 2 derniers dimanches dans le registre de laboratoire | | | |
| 8.3 | Liste des examens de laboratoire visible | 1 | | |
| 8.3.1 | La liste des examens de laboratoire est affichée et visible pour le public et le personnel | | | |
| 8.4 | Résultats enregistrés correctement dans le registre de laboratoire et concordent avec les résultats dans les dossiers de patients hospitalisés ou les cartes d'examen des consultations externes | 3 | | |
| 8.4.1 | Superviseur vérifie dans le registre de laboratoire les cinq derniers résultats pour vérifier la concordance avec les résultats dans les dossiers de patients hospitalisés ou les cartes d'examen des consultations externes. Pour chaque résultat concordant (0,6 pts) | | | |
| 8.5 | Disponibilité des manifestations des parasites | 1 | | |
| 8.5.1 | Sur papier, dans un livre de couleur, ou affiche sur le mur (0,3 pts) | | | |
| 8.5.2 | Frottis de sang: P. Vivax, P. ovale, P. Falciparum et P. Malariae (0,3 pts) | | | |
| 8.5.3 | Selles: Ascaris, Entamoeba, Ankylostoma et Schistosoma (0,4 pts) | | | |
| 8.6 | Microscope disponible et fonctionnel | 2 | | |
| 8.6.1 | Objectifs fonctionnels; huile d'immersion disponibles, avec miroir ou de l'électricité 1 pt | | | |
| 8.6.2 | Lames, couvercle en verre, GIEMSA disponible 1 pt | | | |
| 8.7 | Des tests rapides du paludisme disponibles | 2 | | |
| 8.7.1 | Au moins 20 tests non expirés disponibles dans le laboratoire; | | | |
| 8.8 | Centrifugeuse disponible | 1 | | |
| 8.8.1 | Centrifugeuse disponible et fonctionnelle | | | |
| 8.9 | L'évacuation des déchets correctement effectuée | 2 | | |
| 8.9.1 | Les déchets organiques dans un bac avec couvercle 1 pt | | | |
| 8.9.2 | Boîte de sécurité pour les objets pointus disponibles et détruits conformément aux directives d'élimination des déchets 1 pt | | | |
| 8.10 | Le personnel lave correctement les pipettes | 1 | | |
| 8.10.1 | Le personnel lave correctement les pipettes sales dans des conteneurs avec un antiseptique | | | |
| 8.11 | Matériel de laboratoire pour tester TBC pulmonaire | 2 | | |
| 8.11.1 | Réactifs pour les tests de BAAR disponible et non-périmé, fiches des stocks pour les réactifs sont disponibles et utilisés ; au moins 30 lames non-recyclés disponibles pour les tests 1 pt | | | |

| | | | | |
|------------------------------|--|----------------------------|---------------|---------------------|
| 8.11.2 | Protocole d'assurance qualité externe pour les essais TBC disponible et mis en œuvre : Lames échantillonnées et envoyées pour le contrôle de qualité selon le protocole, et le dernier rapport, selon le protocole, est disponible et montre les résultats indiqués au point de coupure de protocole 1 pt | | | |
| Total des Points (17) | | ... | .../ | 17 |
| Date: Observations : | | | | |
| Nom du superviseur | | Signature du superviseur : | | |
| 9 | Services d'observation [max 6 points] | Maximum | Obtenu | Observations |
| 9.1 | Existence d'un Registre de suivi pour le personnel et suivi | 0.5 | | |
| 9.1.1 | L'infirmier vérifie le rapport d'observation- les noms et les signatures correspondent | | | |
| 9.2 | Meubles disponibles et en bon état | 1 | | |
| 9.2.1 | Chaque lit a un (i) matelas couvert en matière plastique et non déchiré, (ii) une moustiquaire, (iii) des draps propres, (iv) la table de nuit | | | |
| 9.3 | Le confort du patient et l'hygiène | | | |
| 9.3.1 | La salle est propre : pas de débris sur le sol et les salles ont une odeur de désinfectant | 0.5 | | |
| 9.3.2 | L'espace entre les lits est au moins un mètre | 0.25 | | |
| 9.3.3 | La salle dispose d'un accès à l'eau potable | 0.25 | | |
| 9.3.4 | La salle à l'eau ou un distributeur d'eau courante avec de l'eau, du savon et des essuies mains | 1 | | |
| 9.4 | Lumière disponible dans la salle | | | |
| 9.4.1 | L'électricité, la lumière solaire ou une lampe à batterie rechargeable est disponible | 0.5 | | |
| 9.5 | Confidentialité | | | |
| 9.5.1 | Les femmes sont dans une salle distincte des hommes et l'intérieur de la salle n'est pas visible de l'extérieur | 0.5 | | |
| 9.6 | Le registre des patients disponible et est bien entretenu | | | |
| 9.6.1 | Vérifier l'identité et le nombre de jours/lit de la FOSA | 0.5 | | |
| 9.7 | Fiches d'observation disponibles, bien remplies et bien archivées | | | |
| 9.7.1 | Au moins 10 fiches vierges (0,3 pts ou rien) | 1 | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---|---------------------------|--------------------|--------------------------|
| 9.7.2 | Poids, température, et éventuellement examens de laboratoire enregistré dans 10 fiches prises au hasard (0,3 pts ou rien) | | | |
| 9.7.3 | Surveillance du traitement est vérifiée dans les 10 fiches (0,4 pts ou rien) | | | |
| Total des Points (6) | | /6 | | |
| Date : | | | | |
| Observations : | | | | |
| Nom du superviseur | | Signature du superviseur: | | |
| 10 | Médicaments et consommables [max 25 points] | Ma xim um | Obt enu | Observa tions |
| 10.1 | Personnel maintient les fiches de stock pour MEG montrant sécurité des niveaux de stocks = temps de consommation moyenne mensuelle 2 (CMM x 2) | 4 | | |
| 10.1.1 | L'entrée dans le registre correspond à l'offre physique: échantillon aléatoire de 3 MEG | | | |
| 10.2 | L'établissement de santé achète des médicaments, du matériel et des consommables d'un distributeur certifié, approuvé par le MSP | 3 | | |
| 10.2.1 | Dernière liste des centres de distribution pharmaceutiques certifiée par le MSP disponible 1 pt | | | |
| 10.2.2 | Dernière liste des achats disponible, montre le distributeur certifié qui a vendu les médicaments 1 pt | | | |
| 10.2.3 | Tous les médicaments et consommables médicaux sont génériques et certifiés par le MSP) 1 pt | | | |
| 10.3 | Pharmacie du FOSA offre des médicaments en fonction de la réquisition | 15 | | |
| 10.3.1 | Superviseur vérifie si la quantité est égale à la quantité réquisitionné servi 5 pts | | | |
| 10.3.2 | Médicaments aux clients sont distribués uniquement par des prescriptions. Les ordonnances sont stockées et accessibles 5 pts | | | |
| 10.3.3 | Médicaments et consommables médicaux prescrits, sont tous sous forme générique 5 pts | | | |
| 10.4 | Médicaments stockés correctement | 2 | | |
| 10.4.1 | Endroit propre et bien aéré, avec tous les médicaments sur les armoires, les étagères étiquetées 1 pt | | | |
| 10.4.2 | Médicaments et consommables médicaux stockés sur l'ordre alphabétique, selon le principe premier entré - premier sorti (FIFO) et selon le principe premier périmé - premier sorti (FEFO), 1 pt | | | |
| 10.5 | Disponibilité des médicaments | 1 | | |
| 10.5.1 | Superviseur vérifie au hasard trois médicaments et 2 consommables 0,25 pts | | | |

| | | | | |
|------------------------------|--|---|---|--------------------------|
| 10.5.2 | Médicaments périmés bien séparés du stock 0,25 pts | | | |
| 10.5.3 | Un protocole de destruction des médicaments disponible et appliquée 0,25 pts | | | |
| 10.5.4 | Tous les médicaments ont des étiquettes lisibles 0,25 pts | | | |
| Total des Points (25) | |/ | | |
| Date : | | | | |
| Observations : | | | | |
| Nom du superviseur | | Signature du superviseur : | | |
| 11 | Médicaments traceurs (Stock de Sécurité = Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) X 2. Stock minimum est de deux mois de consommation moyenne) [max 17 points] | Dis pon ible OUI => CM M * 2 | Disp onibl e NO N < CM M * 2 | Observa tions |
| | | Ma xim um | Obt enu | |
| 11.1 | Paracétamol 500 mg cp | 1 | | |
| 11.2 | ACT 2-11 mois | 0.5 | | |
| 11.3 | ACT 12-59 mois | 1 | | |
| 11.4 | Oxytocine 10IU/ml inj | 1 | | |
| 11.5 | Mébéndazole 100 mg cp | 1 | | |
| 11.6 | Sulfate de Fer 325 mg cp | 1 | | |
| 11.7 | Amoxicilline 500 mg caps | 1 | | |
| 11.8 | Amoxicilline 125 mg/5ml suspension | 0.5 | | |
| 11.9 | Cotrimoxazole 480 mg cp | 1 | | |
| 11.10 | Sulfadoxine/Pyriméthamine 500 mg cp | 0.5 | | |
| 11.11 | SRO sachet | 1 | | |
| 11.12 | Zinc cés | 1 | | |
| 11.13 | Doxycycline | 1 | | |
| 11.14 | Gants stériles | 1 | | |
| 11.15 | Métronidazole 250 mg cp | 1 | | |
| 11.16 | Séringue 5ml | 0.5 | | |

| | | | | |
|-----------------------------|--|---------------------------|---------------|---------------------|
| 11.17 | Séringue 10ml | 1 | | |
| 11.18 | Plaquette de contraceptifs oraux | 1 | | |
| 11.19 | Depo-provera inj | 1 | | |
| Total de Points (17) | | /17 | | |
| Date: | | | | |
| Observations : | | | | |
| Nom du superviseur | | Signature du superviseur: | | |
| 12 | Service Maternité [max 24 points] | Maximum | Obtenu | Observations |
| 12.1 | Suffisamment d'eau avec du savon antiseptique et antiseptique liquide dans la salle d'accouchement | 2 | | |
| 12.1.1 | Une source d'eau courante (robinet ou bidon) fonctionnelle d'au moins 20L | | | |
| 12.2 | Éclairage de la salle de Travail, la salle d'accouchement et salle post partum 24h/24 pendant 7jours/7 | 1 | | |
| 12.2.1 | Dans la salle de Travail ET la salle d'accouchement : Lampe tempête ou bougies OU lampe à pile fonctionnelle OU lampe à batterie rechargeable OU électricité OU lumière solaire | | | |
| 12.3 | Les déchets de maternité correctement traités | 1 | | |
| 12.3.1 | Poubelle en plastique avec couvercle et système de sécurité pour l'élimination des aiguilles (boîte de sécurité pour les aiguilles); seau ou bassin à linge souillé disponible | | | |
| 12.4 | Salle accouchement propre | | | |
| 12.4.1 | Murs avec des matériaux durables et peinture | 1 | | |
| 12.4.2 | Rideau entre le lit et la porte de la salle d'accouchement | 1 | | |
| 12.4.3 | Salle d'accouchement avec des odeurs de désinfectant | 1 | | |
| 12.4.4 | Ciment au niveau du sol ou carreaux, sans fissures et plafond non endommagé | 1 | | |
| 12.4.5 | Fenêtres avec des rideaux et porte fonctionnelle | 1 | | |
| 12.5 | Disponibilité et l'utilisation du partogramme | | | |
| 12.5.1 | Au moins dix fiches partogrammes vierges disponible 0,5 pts | | | |
| 12.5.2 | Vérifiez trois partogrammes choisis au hasard si remplis selon les normes Vérifiez trois fiches choisies au hasard et si elles sont remplies selon les normes. Critères: (i) Nom ET adresse ET âge ET sexe ET diagnostic à l'admission; (ii) observations journalières médecin ou infirmier; (iii) Résultats labo à l'admission transcrits au plus 2 jour après; (iv) Signes vitaux pris en postpartum immédiat; (v) Partogramme: Suivi: (a) Dilatation col; (b) Engagement; (c) Bruits fœtaux; (d) APGAR 1ère, 5ème et 10ème minute. Chaque partogramme rempli selon les normes vaut 0.5 pt et si un | 2 | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---|---------------------------|--|--|
| | partogramme ne contient pas l'info pour un des sous-éléments coter 0 pour cette fiche (Maximum 1.5 pts) | | | |
| 12.6 | Accouchements effectués par du personnel qualifié | | | |
| 12.6.1 | Tous les accouchements effectués par au moins deux agents dont au moins un qualifié. Identification des accoucheuses à partir des noms dans le registre pour les derniers accouchements. Pour chaque accouchement (0,2 pts, vérifier les dix derniers accouchements) | 2 | | |
| 12.7 | Disponibilité des échelles de poids / taille, d'un stéthoscope obstétrical et d'un aspirateur | | | |
| 12.7.1 | Ruban à mesurer la taille disponible | 1 | | |
| 12.7.2 | Échelle pour mesurer le poids (vérifier la fonctionnalité) | 1 | | |
| 12.7.3 | Aspirateur plongé dans un désinfectant non irritant ou aspirateur manuel ou électrique fonctionnelle disponible | 1 | | |
| 12.8 | Disponibilité des gants stériles | | | |
| 12.8.1 | Disponibilité d'au moins 5 paires de gants stériles | 1 | | |
| 12.9 | Disponibilité d'au moins 2 boîtes obstétricales stérilisées | | | |
| 12.9.1 | Chaque boîte stérile contient au moins 2 paires de ciseaux, 2 pinces, 1 porte-aiguille, 1 aiguille, 1 pince anatomique et 1 pince chirurgicale Les deux boîtes disponibles = 2 pts si non 0 | 2 | | |
| 12.10 | Disponibilité des boîtes d'épisiotomie stérile | | | |
| 12.10.1 | Au moins deux boîtes d'épisiotomie stérile : 1 porte aiguille, aiguille, 1 pince anatomique et 1 pince chirurgicale Les deux boîtes disponibles = 0.5 pts si non | 1 | | |
| 12.10.2 | Fil catgut et fil non résorbable, désinfectant, anesthésie locale et compresses stériles disponibles 0,5 pts. Le matériel disponible = 0.5 pts si non 0 | | | |
| 12.11 | Table d'accouchement en bon état | | | |
| 12.11.1 | Au moins une table en deux parties chacun avec matelas plastifié non déchiré et avec deux supports de jambe fonctionnels | 1 | | |
| 12.12 | Les équipements disponibles pour les soins du nouveau-né | | | |
| 12.12.1 | Fil de ligature du cordon ou pince stérile 1 pt | 2 | | |
| 12.12.2 | Pommade à la tétracycline 1% non expiré 1 pt | | | |
| 12.13 | Salle d'observation adéquate | | | |
| 12.13.1 | Lits en bon état avec matelas couverts de toile cirée ou plastifiée non déchirée sur tous les matelas 0,5 pts | 1 | | |
| 12.13.2 | Pour chaque lit occupé : drap propre, moustiquaire et table de nuit 0,5 pts | | | |
| Total de Points (24) | | ... | | |
| | | | | |
| | | /24 | | |
| Date : | | | | |
| Observations : | | | | |
| | | | | |
| Nom du superviseur | | Signature du superviseur: | | |

| 13 | PEV et de consultation préscolaire [max 20 points] | Maximum | Obtenu | Observations |
|--------------|---|----------------|---------------|---------------------|
| 13.1 | Le Personnel calcule les cibles correctement pour les enfants complètement vaccinés | 1 | | |
| 13.1.1 | Cible = population * 4% / 12: demande de façon aléatoire à partir d'un personnel médical qui s'occupe des soins pour les clients 0,6 pts | | | |
| 13.1.2 | La population cible concerne la population de l'aire de sante 0,4 pts | | | |
| 13.2 | Réfrigérateur PEV | 4 | | |
| 13.2.1 | Présence d'un réfrigérateur - fiche température disponible, rempli deux fois par jour, y compris le jour de la visite 1 pt | | | |
| 13.2.2 | Température se situe entre 2 et 8°C dans la feuille de registre 1 pt | | | |
| 13.2.4 | Superviseur vérifie la fonctionnalité du thermomètre 1 pt | | | |
| 13.2.5 | Température comprise entre 2 et 8°C aussi selon le thermomètre 1 pt | | | |
| 13.3 | Indicateur de température | 1 | | |
| 13.3.1 | Présence d'un indicateur de température (feuille de température) | | | |
| 13.4 | Stockage approprié des vaccins | 1 | | |
| 13.4.1 | Compartiment de congélation : rougeole 0,25 pts | | | |
| 13.4.2 | Compartiment non-congélation : BCG, Penta + hépatite B, diluants, VAT et VAA 0,25 pts | | | |
| 13.4.3 | Absence de vaccins qui ont expiré 0,25 pts | | | |
| 13.4.4 | Étiquettes lisibles sur tous les vaccins 0,25 pts | | | |
| 13.5 | Des quantités suffisantes de vaccins | 1 | | |
| 13.5.1 | BCG, Penta, la poliomyélite, la fièvre jaune, hépatite B, la rougeole, le tétanos 0.5 pt | | | |
| 13.5.2 | Présence de fiche des stocks pour tous les vaccins, le stock théorique concordant avec le stock physique vérifié 0.5 pt | | | |
| 13.6 | Entretien de la chaîne du froid | 1 | | |
| 13.6.1 | Si réfrigérateur à pétrole : un bidon avec au moins 14L pétrole présent, si un réfrigérateur solaire: batterie fonctionnelle | | | |
| 13.7 | Accumulateurs de froid sont bien congelés et disponibles | 1 | | |
| 13.7.1 | Au moins 5 accumulateurs de froid bien congelés sont disponibles | | | |
| 13.8 | Seringues disponibles | 1 | | |
| 13.8.1 | Au moins 30 Seringues autobloquantes et au moins 3 seringues pour dilution sont disponibles | | | |
| 13.9 | Disponibilité des cartons de sécurité (réceptacles) | 1 | | |
| 13.9.1 | Au moins 5 cartons de sécurité (réceptacles) sont disponibles | | | |
| 13.10 | Stock de fiche de suivi de croissance des enfants < 5 ans disponibles | 1 | | |
| 13.10.1 | Au moins 10 fiches de suivi de croissance des enfants sont disponibles | | | |
| 13.11 | Registre de vaccination des enfants bien entretenu | 1 | | |
| 13.11.1 | Le système est capable d'identifier les abandons et des enfants complètement vaccinés | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---|----------------------------|--------------------|--------------------------|
| 13.12 | Conditions en zone d'attente pour les services de vaccination | | | |
| 13.12.1 | Bancs ou des chaises en nombre suffisant et protection contre le soleil et la pluie disponible | 1 | | |
| 13.13 | Le système des jetons d'attente numérotés en fonction de l'arrivée des patients | 1 | | |
| 13.13.1 | Les patients reçoivent des jetons d'attente numérotés en fonction de leur arrivée | | | |
| 13.14 | Pèse bébé disponible et fonctionnelle | 1 | | |
| 13.14.1 | Pèse-bébé étalonné à zéro + culotte disponibles, propres et en bon état | | | |
| 13.15 | Groupe IEC / CCC | | | |
| 13.15.1 | Réunion du Groupe s'est tenue avant la vaccination (consultez le calendrier des sessions d'éducation à la santé) 0,5 pt | 1 | | |
| 13.15.2 | Existence d'un rapport mis à jour avec la CCC qui contient : (a) le sujet, (b) le nombre de participants, (c) le dirigeant de l'activité, (d) la date et (e) la signature 0,5 pt | | | |
| 13.16 | Existence d'un système de récupération des abandons | 2 | | |
| 13.16.1 | Calendrier, fiche de rendez-vous, fichiers individuelles classés séparément | | | |
| Total de Points (20) | | /20 | | |
| Date : | | | | |
| Observations : | | | | |
| Nom du superviseur | | Signature du superviseur : | | |
| 14 | Soins Prénatales [max 12 points] | Ma xim um | Obt enu | Observa tions |
| 14.1 | Le plan de management contient des stratégies convaincantes pour favoriser que les femmes à risque de l'aire de santé arrivent à l'hôpital à temps | 1 | | |
| 14.1.1 | Stratégie comprend au moins une fois par trimestre une session de renforcement des capacités du personnel de la FOSA sur la SR/PF | | | |
| 14.2 | Balance pèse-personne disponible | 1 | | |
| 14.2 | Balance pèse-personne disponible, fonctionnelle et est étalonnée à zéro | | | |
| 14.3 | Fiches individuelles de CPN pour Fosa disponibles et bien remplis : cinq dernières fiches vérifiées | | | |
| 14.3.1 | Tous : Examens : poids - TA, la hauteur de l'utérus, de la parité, de la date des dernières règles 1 pt | 3 | | |
| 14.3.2 | Tous : Laboratoire : albuminurie, la glycosurie 1 pt | | | |

| | | | | |
|------------------------------|--|----------------------------|------------|----------------|
| 14.3.3 | Tous : Examen obstétrical fait : rythme cardiaque fœtal, la hauteur utérine, présentation, mouvement fœtal enregistré 1 pt | | | |
| 14.4 | Fiche de CPN pour FOSA | 2 | | |
| 14.4.1 | Fiche de CPN pour FOSA montre l'administration de sulfate de fer/acide folique, du Mébendazole et de SP | | | |
| 14.5 | Fiche de CPN en stock | 1 | | |
| 14.5.1 | Fiche de CPN pour la mère disponible : au moins 10 en stock | | | |
| 14.6 | Registre CPN disponible et bien rempli | 2 | | |
| 14.6.1 | Identité complète, l'état de la vaccination, la date visite, si un risque élevé de grossesse ou pas des signes de danger 1 pt | | | |
| 14.6.2 | Toutes les colonnes bien remplies, y compris l'identification des problèmes éventuels et les mesures prises 1 pt | | | |
| 14.7 | CPN réalisée par un personnel qualifié | 1 | | |
| 14.7.1 | La CPN réalisée par une infirmière A2 ou infirmière A1 ou une accoucheuse A2 ou A1. | | | |
| 14.8 | Groupe IEC / CCC | 1 | | |
| 14.8.1 | Réunion du Groupe qui s'est tenue avant la consultation (CPN) (consultez le calendrier des sessions d'éducation à la santé) 0.5 pt | | | |
| 14.8.2 | Existence d'un rapport mis à jour avec la CCC (a) le sujet, (b) le nombre de participants, (c) chef de file de l'activité et (d) la date et (e) la signature 0.5 pt | | | |
| Total des Points (12) | | /12 | | |
| Date : | | | | |
| Observations : | | | | |
| Nom du superviseur | | Signature du superviseur : | | |
| 15 | VIH/TB [max 13 points] | Ma | Obt | Observa |
| | | xim | enu | tions |
| | | um | | |
| 15.1 | Salle de conseil VIH bien équipée et assure la confidentialité : | 1 | | |
| 15.1.1 | Les murs crépissés et peints d'un matériau solide 0,2 pts | | | |
| 15.1.2 | Sol en ciment ou carreaux 0,2 pts | | | |
| 15.1.3 | Plafond en bon état 0,2 pts | | | |
| 15.1.4 | Fenêtres en verre et rideaux 0,2 pts | | | |
| 15.1.5 | Les portes qui ferment 0,2 pts | | | |
| 15.2 | Disponibilité du matériel IEC / CCC en matière de VIH | 1 | | |
| 15.2.1 | Modèle de pénis (phallus) sur la table 0,5 pts | | | |
| 15.2.2 | Une boîte de préservatifs sur la table qui a au moins 50 préservatifs 0,5 pts | | | |
| 15.3 | Registre de CDV / PTME et registre laboratoire normés | 1 | | |

| | | | | |
|-----------------------------|--|------------|-------------|--|
| 15.3.1 | Existence d'un registre de CDV / PTME et registre laboratoire selon les normes | | | |
| 15.4 | Personnel formé dans le conseil | | | |
| 15.4.1 | Au moins un personnel formé en tant que conseiller 0,5 pts | 1 | | |
| 15.4.2 | Tout conseil est fait par un conseiller qualifié 0,5 pts | | | |
| 15.5 | Système de référence et de suivi pour les PVVIH | | | |
| 15.5.1 | Fiches individuelles : la planification pour la numération des CD4 faite | 1 | | |
| 15.6 | Système de référence et de suivi pour les patients tuberculeux | | | |
| 15.6.1 | Chaque patient TBC pulmonaire- BAAR a une personne (parraine) attachée à lui / elle et qui supervise la stratégie DOTS: preuve dans le registre; numéro de téléphone mobile du superviseur est inscrit 1 pt | 2 | | |
| 15.6.2 | Chaque patient TBC pulmonaire a une adresse de contact et / ou le numéro de téléphone à la fois dans le registre et la carte individuelle 1 pt | | | |
| 15.8 | Disponibilité des médicaments antituberculeux | 1 | | |
| 15.8.1 | Stock suffisant des tuberculostatiques est selon les catégories des malades | | | |
| 15.9 | Co-infections VIH/TB | | | |
| 15.9.1 | Tous les cas de TB ont subi un test de VIH (Vérifier les fiches de traitement des tuberculeux et les registres de laboratoire de VIH/SIDA) 5pts si non 0 | 5 | | |
| Total de Points (13) | | | | |
| | | /13 | | |

Date :

Observations :

| Nom du superviseur | | Signature du superviseur : | | | |
|--------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------|--------|-----------|
| N° | Service | Maximum | | Obtenu | |
| | | Points | Pondérat° | Points | Pondérat° |
| 1 | Organisation générale | 31 | 7.75% | | |
| 2 | Plan de management | 9 | 2.25% | | |
| 3 | Finance | 15 | 3.75% | | |
| 4 | Comité des Indigents | 20 | 5.00% | | |
| 5 | Hygiène et Stérilisation | 31 | 7.75% | | |
| 6 | Consultations externe | 128 | 32.00% | | |
| 7 | Planning familial | 32 | 8.00% | | |
| 8 | Laboratoire | 17 | 4.25% | | |
| 9 | Services d'observation | 6 | 1.50% | | |
| 10 | Médicaments et consommables | 25 | 6.25% | | |
| 11 | Médicaments traceurs | 17 | 4.25% | | |
| 12 | Service de maternité | 24 | 6.00% | | |
| 13 | PEV | 20 | 5.00% | | |
| 14 | CPN | 12 | 3.00% | | |
| 15 | VIH/TB | 13 | 3.25% | | |
| Total | | 400 | 100.00% | | |

Le Chef de l'équipe des Évaluateurs :

Signature :

L'Infirmier Titulaire du CS :

Signature :

Score final :

Date :

| | | | | |
|---|---|---|---------------|---------------------|
| LOGO | | | | |
| Revue trimestrielle de la qualité des HGR | | | | |
| RDC | | | | |
| Version 7 Décembre, 2015 | | | | |
| Province : _____ | | Code ___/___/___ | | |
| Zone de Santé : _____ | | Code : / / / / / / / / / / | | |
| Aire de santé ; _____ | | Code ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___ | | |
| Structure Sanitaire : _____ | | | | |
| Appartenance : | | Code de l'hôpital: ____/____/____/____/____/____/____/____ | | |
| Population de la zone de santé : _____ | | | | |
| Période évaluée: du/..... /.....Au/.../.... | | | | |
| Date de l'évaluation...../...../..... | | | | |
| 1 | Organisation Générale [max 41 points] | Maximum | Obtenu | Observations |
| 1.1 | Le Comité de Direction de l'HGR se réunit une fois par semaine. Chaque rapport complet vaut 1,5 points ; max 12 rapports. Soit au total max 18 points. NB : un rapport qui manque un des éléments ci-dessous vaut Zéro | | | |
| 1.1.1 | Date de la réunion | 0.1 | | |
| 1.1.2 | Ordre du jour | 0.1 | | |
| 1.1.3 | Liste des participants signée | 0.1 | | |
| 1.1.4 | Suivi des décisions prises lors de la réunion précédente | 0.1 | | |

| | | | | |
|------------|--|----------|--|--|
| 1.1.6 | Présence d'une description des problèmes/service | 0.1 | | |
| 1.1.7 | Présence d'une liste de recommandations ou de décisions prises | 0.2 | | |
| 1.1.8 | Dans chaque service, existence d'un chronogramme de mise en œuvre des recommandations | 0.1 | | |
| 1.1.9 | Existence d'un responsable pour chaque recommandation | 0.1 | | |
| 1.1.10 | Chaque mois, le compte d'exploitation mensuel est discuté | 0.5 | | |
| 1.1.11 | Le compte rendu de la réunion est signé par le secrétaire et validé par le président de la séance | 0.1 | | |
| 1.2 | Rapports SNIS - plan de management - comptes rendus de réunions bien rangés | 1 | | |
| 1.2.1 | Avec classeurs, dans des étagères et accessibles par le responsable du moment | | | |
| 1.3 | Horaire de service du personnel affiché et visible pour le personnel et les patients | 1 | | |
| 1.3.1 | Horaire de service du personnel est disponible 24h/24, 7 JOURS/7 dans toutes les unités, affiché, à jour et visible pour le personnel et les patients (si une salle sans horaire, cotation= 0 | | | |
| 1.4 | Disponibilité de radio ou portable pour la communication entre l'hôpital et les formations sanitaires de son rayon | 1 | | |
| 1.4.1 | Radio ou téléphone mobile fonctionnel avec des piles et / ou crédit (Min 5 USD) d'appel et les détails de toutes les installations FBP (les numéros de téléphone de tous les établissements de santé en charges ; cadres DPS, Hôpital provincial) 0,5 pts | | | |
| 1.4.2 | Les numéros de téléphone des titulaires des toutes les formations sanitaires de son rayon (publiques et privées) 0,5 pts | | | |
| 1.5 | Analyse des rapports (SNIS, SMIR) de la Fosa | 9 | | |
| 1.5.1 | Analyse des rapports (SNIS, SMIR) de la Fosa transmis au BCZ avec copie à la DPS en formats dur et électronique NB : Pour chaque rapport SNIS, 1 pt, soit au total 3 pts ; et pour chaque REH, 0, 5 pts soit au total 6 pts pour les 12 REH du trimestre | | | |
| 1.6 | Rapports d'analyse des données de SNIS et SMIR du trimestre passé ont été évalués | 6 | | |
| 1.6.1 | Dix problèmes de santé prioritaires identifiés au cours du trimestre dans le plan de management sont suivis et les données ont été mises à jour. Pour chaque problème de santé, cotation 0,3 pts. Total 3 pts NB : ces éléments sont à rechercher dans le tableau de bord qui doit être affiché | | | |

| | | | | |
|------------------------------|--|----------------------------|---------------|---------------------|
| 1.6.2 | Grâce à un graphique affiché et complet, on fait le suivi mensuel du (i) la durée moyenne de séjour, (ii) le taux d'occupation des lits en moyenne, (iv) les déclarations recettes / dépenses. Pour chaque suivi mensuel, cotation 1 pt .Total 3pts | | | |
| 1.7 | Ambulance | | | |
| 1.7.1 | Ambulance disponible et fonctionnelle 1 pt NB : sans ambulance tout le reste = 0 | 4 | | |
| 1.7.2 | Carnet du véhicule disponible et à jour 1 pt | | | |
| 1.7.3 | Registre de l'entretien du véhicule disponible et rempli 2 pts | | | |
| 1.8 | Disponibilité d'une chambre mortuaire | | | |
| 1.8.1 | Une chambre ou petit bâtiment | 1 | | |
| Total des Points (41) | | ./41 | | |
| Observations : | | | | |
| Date : | | | | |
| Nom du Superviseur : | | Signature du Superviseur : | | |
| 2 | Plan de Management [max 7 points] | Maximum | Obtenu | Observations |
| 2.1 | Le plan de management est valide et accessible | 1 | | |
| 2.1.1 | Plan de management trimestriel pour la période actuelle élaboré et accessible 0,5 pts | | | |
| 2.1.2 | Valide et renégocié (valide pour le trimestre/semestre courante) 0,5 pts | | | |
| 2.2 | Le plan de management préparé avec des intervenants clés | 2 | | |
| 2.2.1 | Comité de direction est impliquée (liste des participants signée) | | | |
| 2.3 | Le plan de management analyse l'Hygiène et gestion des déchets | 1 | | |
| 2.3.1 | La FOSA traite l'un des sujets suivants dans le plan de Management (toilettes, douches, élimination des déchets médicaux et non médicaux ; pratiques d'élimination des objets pointus et tranchants de sécurité ; propreté générale, prévention des infections), et suggère une stratégie d'amélioration | | | |
| 2.4 | Le plan de Management analyse la qualité des soins médicaux | 1 | | |
| 2.4.1 | Plan de Management propose un processus d'amélioration continue de la qualité de soins | | | |
| 2.5 | Le Plan de management prévoit l'accessibilité financière des indigents | | | |
| 2.5.1 | Le plan de management renseigne sur les tarifs négociés avec la communauté (association des COSA, comité de | 1 | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---|----------------------------|---------------|---------------------|
| | Direction etc.) | | | |
| 2.5.3 | Le plan de management montre les sources de financement des soins dispensés aux indigents | 1 | | |
| Total des Points (7) | | .../7 | | |
| Observations : | | | | |
| Date : | | | | |
| Nom du Superviseur : | | Signature du Superviseur : | | |
| 3 | Gestion Financière [max 43 points] | Maximum | Obtenu | Observations |
| 3.1 | Solde théorique de trésorerie et liquidité physique dans la caisse | 3 | | |
| 3.1.1 | Rapport mensuel de la trésorerie disponible et correctement rempli. 1,5 pt NB : pour rapport mensuel de la trésorerie correctement rempli = 0,5 pts soit au total 3 rapports du trimestre | | | |
| 3.1.2 | Solde théorique de trésorerie déclaré à la fin du trimestre correspond à la liquidité en numéraire. 1,5 pts | | | |
| 3.2 | L'outil indice de gestion de l'HGR est disponible et montre que le calcul trimestriel des revenus, des coûts, des investissements, des subventions de performance variable et des coûts de fonctionnement sont effectués | | | |
| 3.2.1 | L'outil indice garantit que les coûts de fonctionnement est égale à : les salaires, achat de médicaments et d'équipements, de sous-traitance, la petite caisse pour les petites dépenses, de la nourriture pour les patients, l'entretien et la réhabilitation et tampon financier etc. | 3 | | |
| 3.2.2 | L'«outil d'indice» est disponible et les calculs pour le trimestre à venir sont expliqués par les prestataires | 28 | | |
| 3.2.3 | L'outil indice calcule la prime de performance selon la formule : primes de performance = revenu du trimestre - les coûts de fonctionnement | 3 | | |
| 3.3 | La charge du personnel (Salaires et avantages contractuels + prime de performance) tient compte des priorités de la FOSA et ne dépasse pas 50% de revenus de la FOSA. | 2 | | |
| 3.4 | Existence d'un système de paiement des primes mensuelles/Trimestrielle de rendement et connu par le personnel de l'HGR | | | |
| 3.4.1 | Choisissez un agent au hasard et demandez quelle était sa prime de rendement le mois dernier, et quel était son score de performance individuelle. Si les deux sont expliquées cotation = 4 points ; si non =0 NB : cfr l'outil indice de répartition de la prime aux agents | 4 | | |

| | | | | |
|------------------------------|--|----------------------------|---------------|---------------------|
| Total des Points (43) | | .../43 | | |
| Observations : | | | | |
| Date : | | | | |
| Nom du Superviseur : | | Signature du Superviseur : | | |
| 4 | Comité pour indigents [max 20 points] | Maximum | Obtenu | Observations |
| 4.1 | Planification des dépenses pour les soins des indigents | 5 | | |
| 4.1.1 | Les indigents représentent 10% des consultations curatives du trimestre précédent: quantité documentée à des réunions mensuelles de gestion. Supérieur à 10% cotation= 0 pt, inférieur à 10%, cotation= 5 points | | | |
| 4.2 | Comité des indigents se réunit mensuellement | 15 | | |
| 4.2.1 | Le comité des indigents se réunit mensuellement pour examiner l'utilisation pour la catégorie 'soins pour les indigents'. Chaque PV /CR mensuelle contiennent : (i) la date de la réunion ; (ii) la liste des participants signée ; (iii) le suivi des décisions prises lors de la réunion précédente ; (iv) il y a une liste de recommandations développés ou décisions prises ; (v) Rapport de la réunion sont signés par le président. Chaque rapport selon les normes = 5 pts NB : si un élément manque dans un rapport, ce dernier vaut Zéro | | | |
| Total des Points (20) | | .../20 | | |
| Observations : | | | | |
| Date : | | | | |
| Nom du Superviseur : | | Signature du Superviseur : | | |
| 5 | Hygiène et élimination des déchets médicaux [max 42 points] | Maximum | Obtenu | Observations |
| 5.1 | Clôture d'Etablissement de santé disponible et bien entretenu | 2 | | |
| 5.1.1 | Clôture existe, peut être fermé la nuit et n'a pas de trous | | | |
| 5.2 | Disponibilité des poubelles dans la cour | 1 | | |
| 5.2.1 | Poubelles avec couvercle accessibles aux usagers et qui ne sont pas pleines | | | |
| 5.3 | Présence de latrines/toilettes en nombre suffisant et qui sont bien entretenues | 1 | | |
| 5.3.1 | Une toilette / latrine pour 10 lits de travail contenant chasse ou un récipient avec au moins 10L d'eau | | | |

| | | | | |
|------------|--|-----------|--|--|
| 5.3.2 | Toilette sans fissures avec un seul trou et couvercle (latrines) ou le trou avec couvercle de fonctionnement (style de toilette assis) | 1 | | |
| 5.3.3 | Nettoyé récemment et sans matière fécale visible | 1 | | |
| 5.3.4 | Porte verrouillable de l'intérieur, structure avec un toit, sans mouches et avec odeur de désinfectant | 1 | | |
| 5.3.5 | Éclairage fonctionnel | 1 | | |
| 5.3.6 | Réservoir d'eau / fonctionnement du robinet et du savon pour se laver les mains disponibles pour chaque bloc de toilettes | 1 | | |
| 5.3.7 | Calendrier nettoyage à côté des toilettes et WC / latrine | 1 | | |
| 5.4 | Présence suffisante des douches qui sont bien entretenues | | | |
| 5.4.1 | Une douche pour dix lits maximum | 1 | | |
| 5.4.2 | Installation de bain avec de l'eau courante, ou un conteneur avec au moins 20 L d'eau | 1 | | |
| 5.4.3 | L'évacuation des eaux usées dans une fosse d'assainissement | 1 | | |
| 5.4.4 | Éclairage fonctionnel | 1 | | |
| 5.4.5 | Calendrier nettoyage à côté de la douche et les odeurs d'eau de désinfectant ou désodorisant | 1 | | |
| 5.5 | Fosse des déchets pour des déchets de soins de santé est disponible et selon les normes | | | |
| 5.5.1 | L'élimination des déchets : Une fosse avec minimum de 2 mètres de profondeur, bordée par de l'argile ou par du béton ou par des briques ou par du plastique et clôturée et dispose d'un drapeau lumineux OU Incinérateur de Montfort avec briques réfractaires utilisé et vidé OU incinérateur électrique utilisé et vidé Tous les éléments sont réunis=5 pts et si un élément manque=0. | 19 | | |
| 5.5.2 | La fosse à déchets est à un minimum de 15 mètres de l'établissement de santé, au moins 50 mètres d'un ménage et à 100 mètres d'une source d'eau Tous les éléments sont réunis=5 pts et si un élément manque=0. | | | |
| 5.5.3 | Déchets médicaux ne sont pas visibles (couvert par au moins 10 cm de terre ou de chaux) 5 pts | | | |
| 5.5.4 | L'établissement de santé tient un registre indiquant la date de la création de la fosse (s), et l'emplacement (s) (en cas de fosse) Tous les éléments sont réunis=2 pts et si un élément manque=0. | | | |
| 5.5.5 | Fosse à placenta avec (i) enclos sans passage; (ii) couvercle et (iii) Porte cadénassée. Tous les éléments sont réunis=2 pts et si un élément | | | |

| | | | | |
|------------------------------|--|--------------------------|---------------|---------------------|
| | manque=0. | | | |
| 5.6 | Cour propre | 1 | | |
| 5.6.1 | Pas de déchets dans la cour | | | |
| 5.7 | Les conditions d'hygiène assurées pendant les pansements et injections | 2 | | |
| 5.7.1 | Bacs ou étiquetages jaunes et rouges pour les déchets médicaux avec la pédale et couvercle, bordée de sac 0,5 pts | | | |
| 5.7.2 | Boîte de sécurité pour les aiguilles bien placé, et utilisé (et non pleine) 0,5 pts | | | |
| 5.7.3 | Container / tambour avec couvercle contenant désinfectant utilisé pour mettre les instruments utilisés 0,5 pts | | | |
| 5.7.4 | Container / bol avec couvercle contenant désinfectant utilisé pour mettre les instruments utilisés 0,5 pts | | | |
| 5.8 | Élimination des déchets médicaux selon les normes nationales | 5 | | |
| 5.8.1 | L'élimination des déchets non contaminés en poubelle noire ou étiquetée en noir avec couvercle et pédale, bordée 1 pt | | | |
| 5.8.2 | L'élimination des déchets de soins contaminés en poubelle Jaune ou Rouge (en fonction de gravité) avec couvercle et pédale, bordée 1 pt | | | |
| 5.8.3 | Équipement de protection pour le personnel qui gère les déchets non médicaux disponible : bottes, tablier en plastique, des gants en plastique ou caoutchouc épais 1 pt Tous les éléments sont réunis=1 pts et si un élément manque=0. | | | |
| 5.8.4 | Équipement de protection pour le personnel de gestion des déchets médicaux disponible ; bottes, shorts en plastique, gants en plastique ou en caoutchouc épais et un chariot pour transporter les déchets de soins médicaux Tous les éléments sont réunis=2 pts et si un élément manque=0. | | | |
| Total des Points (42) | | ../42 | | |
| Observations : | | | | |
| Date : | | | | |
| Nom du Superviseur | | Signature du Superviseur | | |
| 6 | Consultation Externe [max 96 points] | Maximum | Obtenu | Observations |
| 6.1 | Salle d'attente: Bonnes conditions d'attente 0,25 pts | 1 | | |
| 6.1.1 | Bancs ou des chaises suffisantes et protégées contre le soleil et la pluie et la zone d'attente n'est pas dans la salle de consultation 0,25 pts | | | |

| | | | | |
|------------|--|----------|--|--|
| 6.1.2 | Indications claires sur le circuit des patients sont affichées 0,25 pts | | | |
| 6.1.2 | Préposé (agent d'accueil) renseignant et distribuant jetons de couleurs différentes pour les cas urgents et référés nouveaux cas non référés (numéros pour ceux qui sont de routine) 0,25 pts | | | |
| 6.2 | Les tarifs du recouvrement de coût sont affichés | | | |
| 6.2.1 | Facilement visible dans la zone de la salle de consultation et de la salle d'attente, mis à jour, avec (i) le prix unitaire par acte ou par forfait, (ii) le prix d'un traitement standard pour les médicaments; (iii) aisément visibles pour les malades avant la consultation et (iv) en langue locale. Tous les éléments sont réunis=5 pts et si un élément manque=0. | 5 | | |
| 6.2.2 | Plus de 50 % des médicaments sont des génériques 2 pts | | | |
| 6.3 | Système d'attente des malades/clients | 1 | | |
| 6.3.1 | <i>Existence d'un système d'attente avec des cartes numérotées</i> | | | |
| 6.4 | Salle de Consultation Externe en bon état | | | |
| 6.4.1 | Murs en dur avec crépissage et peinture, pavement en ciment ou carreau sans fissures, plafond en bon état Tous les éléments=1 pt, si un élément manque =0 | | | |
| 6.4.2 | Salle de consultation et d'attente séparées par des espaces assurant la confidentialité 1pt | | | |
| 6.4.3 | Fenêtres en vitres teintées ou avec rideaux 1 pt | | | |
| 6.4.4 | Porte fonctionnelle avec serrure fonctionnelle 0,5 pts | 5 | | |
| 6.4.5 | L'eau courante (robinet ou distributeur d'eau) avec un papier serviette et du savon liquide disponibles et utilisés entre les patients 0,5 pts Tous les éléments=0.5 pt, si un élément manque =0 | | | |
| 6.4.6 | Dimensions minimales de la salle des consultations= 9 m ² 0,5 pts | | | |
| 6.4.7 | Matelas lavables et recouverts de drap 0,5 pts | | | |
| 6.5 | Salle de consultation/ salles des urgences a de la lumière autour de l'horloge | | | |
| 6.5.1 | L'électricité ou à la lumière solaire ou lampe à pétrole présente et fonctionnelle. 0,5 pts | 1 | | |
| 6.5.2 | La salle de consultation/salle des d'urgences dispose d'une horloge fonctionnelle. 05 pts | | | |
| 6.6 | Les consultations sont menées par le personnel qualifié | 1 | | |
| 6.6.1 | Le nom du consultant est enregistré | | | |
| 6.7 | Personnel qui consulte est bien habillé | | | |
| 6.7.1 | Blouse propre, étiquette d'identification et chaussures (pas de pantoufles) | 1 | | |
| 6.8 | Numérotation correcte des registres | | | |
| 6.8.1 | Clôturée à la fin du mois 0,3 pts | 1 | | |

| | | | | |
|-------------|--|-----------|--|--|
| 6.8.3 | Cas référés clairement identifiés 0,3 pts | | | |
| 6.8.3 | Copies des fiches de contre référence classées 0,4 pts | | | |
| 6.9 | La disponibilité du service sept jours sur sept | | | |
| 6.9.1 | Superviseur vérifie les entrées dans le registre pour les trois derniers dimanches | 1 | | |
| 6.10 | Protocole de prise en charge du paludisme | | | |
| 6.10.1 | Protocole national de diagnostic et de traitement du paludisme simple et grave est affiché et accessible pour le personnel | 1 | | |
| 6.11 | Paludisme simple et grave correctement traités | | | |
| 6.11.1 | Dans le registre voir 25 derniers cas de paludisme simple et examiner le protocole de traitement dans les fiches. 1 point pour chaque traitement correct selon le protocole : 25 points maximum. | 25 | | |
| 6.11.2 | Dans le registre voir 20 derniers cas de paludisme grave. Examiner le protocole de traitement 1 point pour chaque traitement correct selon le protocole : max 20 points. | 20 | | |
| 6.12 | Schéma de prise en charge des IRA | | | |
| 6.12.1 | Schéma d'IRA de l'OMS affiché et accessible pour le personnel | 1 | | |
| 6.13 | Application du protocole des IRA | | | |
| 6.13.1 | Voir cinq derniers cas d'IRA et voir si le traitement a respecté le protocole ; enregistre et mentionne température, mouvements respiratoires, fréquence respiratoire, toux : oui / non, Diagnostic 5 points pour chaque traitement correct selon le protocole, si non =0, si un élément manque. | 5 | | |
| 6.14 | Protocole de prise en charge de la diarrhée | | | |
| 6.14.1 | Protocole OMS pour la diarrhée affiché et accessible pour le personnel | 1 | | |
| 6.15 | Application du Protocole de diarrhée | | | |
| 6.15.1 | Voir cinq derniers cas de diarrhée avec déshydratation et si le traitement a respecté le protocole de l'OMS 1 point pour chaque traitement correct selon le protocole, si un élément manque =0, maximum : 5 points. | 5 | | |
| 6.16 | Proportion de cas traités avec des antibiotiques <30% dans le service de consultation externe | | | |
| 6.16.1 | Voir 20 derniers cas dans le registre, consultez le diagnostic et calculez le taux (<30% cas). 4 Points si taux supérieur à 30%, si non =0 | 4 | | |
| 6.17 | Disponibilité des Directives de traitement et protocoles dans la salle de consultation | 1 | | |

| | | | | |
|------------------------------|---|--------------|----------|--|
| 6.17.1 | Directives de traitement et protocoles disponibles dans la salle de consultation | | | |
| 6.18 | Connaissance des signes de danger et des critères de référence de la tuberculose | | | |
| 6.18.1 | Choisissez un personnel consultant et posez la question sur les signes de la tuberculose. La réponse doit contenir au moins 4 des symptômes suivants: (i) perte de poids, (ii) la perte d'appétit; (iii) la fièvre, (iv) la toux d'une durée de plus de 15 jours, (v) la transpiration nocturne. Si la réponse contient au moins 4 des symptômes suivants= 5 pts, si non = 0 pt. | 5 | | |
| 6.19 | Stéthoscope et tensiomètre disponible et fonctionnel | 1 | | |
| 6.19.1 | Observer la prise de la TA et apprécier | | | |
| 6.20 | Thermomètre disponible et fonctionnel | 1 | | |
| 6.20.1 | Observer la prise de la T° et apprécier | | | |
| 6.21 | Otoscope disponible et fonctionnel | 1 | | |
| 6.21.1 | Observer l'utilisation de l'otoscope et apprécier | | | |
| 6.22 | Lit d'examen que pour les consultations externes | 1 | | |
| 6.22.1 | Matelas disponible, couvert d'une toile cirée ou en plastique, non déchiré et propre | | | |
| 6.23 | Balance disponible et fonctionnelle | 1 | | |
| 6.23.1 | Inspectez en comparaison avec le poids connu du superviseur : après la pesée, la balance doit retourner à zéro | | | |
| 6.24 | Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance est appliquée (PCIME-C) | | | |
| 6.24.1 | Protocole est disponible dans la salle de consultation 1 pt | 2 | | |
| 6.24.2 | Les cinq derniers cas de la PCIME- Clinique (Enfants de moins de cinq ans) sont tracés dans le registre et sont conformes à la stratégie de la PCIME-Clinique 1 pts | | | |
| 6.25 | Détermination de l'état nutritionnel | | | |
| 6.25.1 | Détermination de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans qui viennent pour consultation externe (cochez cinq enfants de moins de cinq par une méthode d'échantillonnage aléatoire : prendre un nombre aléatoire entre 1 et 3 et en utilisant l'intervalle d'échantillonnage vérifiez que l'état nutritionnel des cinq enfants est recherché à la consultation externe). Pour chaque consultation cotez 0,4 pts par enfant | 2 | 0 | |
| 6.25.3 | Registre des enfants mal nourris est à jour et correctement rempli (Dossier du dépistage de l'état nutritionnel disponible, à jour et bien rempli) | 2 | 0 | |
| Total des Points (96) | | ../96 | | |

| | | | | | |
|----------------------|---|----------------------------|---------------|---------------------|--|
| Observations : | | | | | |
| Date : | | | | | |
| Nom du Superviseur : | | Signature du Superviseur : | | | |
| 7 | Planification Familiale [max 31 points] | Maximum | Obtenu | Observations | |
| 7.1 | Disponibilité du personnel formé en PF | 2 | | | |
| 7.1.1 | <i>Au moins deux membres du personnel qualifié, sont formés en planification familiale</i> | | | | |
| 7.2 | Confidentialité dans la salle de consultation assurée | 2 | | | |
| 7.2.1 | Chambre avec portes fermées, rideaux aux fenêtres ou vitre non transparent NB : si un élément manque c'est Zéro | | | | |
| 7.3 | Méthodes de planification familiale disponible et visible dans la boîte de démonstration pour les utilisateurs potentiels | 2 | | | |
| 7.3.1 | Pilules ; injectables ; Implant ; DIU sont disponibles dans la zone de démonstration 1pt et si un élément manque=0 | | | | |
| 7.3.2 | Modèle de pénis disponibles sur le bureau, boîte de préservatifs disponibles avec au moins 50 préservatifs 1pt et si un élément manque=0 | | | | |
| 7.4 | Personnel calcule correctement le nombre de clients attendus mensuellement pour les contraceptifs oraux et injectables | 1 | 0 | | |
| 7.4.1 | Par exemple, pour 100.000 habitants (cible est calculée à partir de toute pop de la ZS) = $100.000 * 21\% * 25\% / 12 * 4 * 90\%$ (en supposant que 25% des besoins non satisfaits ; 21% des femmes en âge de procréer ; 90% des besoins en oral/injection Ancien cas au niveau de l'hôpital) | | | | |
| 7.5 | Personnel calcule correctement le nombre de femmes prévues pour les DIU et les implants mensuels | 1 | 0 | | |
| 7.5.1 | Par exemple, pour 100.000 habitants (cible est calculée à partir de toute pop de la ZS) = $100.000 * 21\% * 8\% / 12 * 4 * 10\%$ (en supposant que 8% des besoins non satisfaits; 21% de femmes en âge de procréer; 10% des implants / DIU au niveau de l'hôpital) | | | | |
| 7.6 | Le plan de management décrit les stratégies pour atteindre les objectifs de la PF | 3 | 0 | | |
| 7.6.1 | La collaboration avec le secteur public, le secteur privé et le marketing social, les stratégies mobiles, plaidoyer auprès des leaders locaux, etc. 2 pts | | | | |
| 7.6.2 | Participation du personnel de la FOSA dans les stratégies des PF. 1 pt | | | | |

| | | | | |
|------------------------------|---|----------------------------|---------------|---------------------|
| 7.7 | Disponibilité des contraceptifs oraux et injectables | 2 | 0 | |
| 7.7.1 | Le stock de contraceptifs oraux et injectables est adéquat (Qté= CMMx2) | | | |
| 7.8 | Disponibilité des DIU et du personnel formé | | 0 | |
| 7.8.1 | Les DIU sont disponibles (Qté= CMMx2). 2pts | 7 | | |
| 7.8.2 | Au moins deux personnes sont formées sur l'utilisation des DIU (certificat disponible). Tous les DIU sont placés par un personnel formé. 5pts | | | |
| 7.9 | Implants et le personnel formé DISPONIBLES | | 0 | |
| 7.9.1 | Au moins 20 implants disponibles. 2pts | 7 | | |
| 7.9.2 | Au moins deux personnes formées sur l'utilisation des implants (certificat disponible). Tous les implants sont placés par un personnel formé. 5pts | | | |
| 7.10 | Fiches individuelles de PF disponibles et remplies selon le format | | 0 | |
| 7.10.1 | Tirez au hasard cinq fiches et vérifiez la recherche de certains signes d'intolérance : hépatomégalie, varices, surpoids. 0.8 pts pour chaque fiche correcte | 4 | | |
| Total des Points (31) | | .../31 | | |
| Observations : | | | | |
| Date : | | | | |
| Nom du Superviseur : | | Signature du Superviseur : | | |
| 8 | Laboratoire [max 15 points] | Maximum | Obtenu | Observations |
| 8.1 | Technicien de laboratoire est disponible | 1 | | |
| 8.1.1 | Au moins 1 Technicien supérieur de laboratoire est disponible | | | |
| 8.2 | Laboratoire est ouvert tous les jours de la semaine | 1 | | |
| 8.2.1 | Superviseur vérifie les 2 derniers dimanches ou les jours fériés dans le registre de laboratoire | | | |
| 8.3 | Liste des examens de laboratoire visibles | 1 | | |
| 8.3.1 | Liste des examens de laboratoire est visible pour le public avec les différents tarifs | | | |
| 8.4 | Résultats enregistrés correctement dans le registre de laboratoire et conformes avec les résultats dans le dossier médical du patient hospitalisé ou les bulletins d'examen consultation externe | 1 | | |
| 8.4.1 | Le superviseur vérifie les cinq derniers résultats | | | |
| 8.5 | Disponibilité des manifestations des parasites | 1.5 | | |
| 8.5.1 | Sur papier, en plastique, dans un livre de couleur, ou affiché | | | |

| | | | |
|-------------|---|----------------|--|
| | 0,5 pts | | |
| 8.5.2 | Frottis de sang: P. Vivax, P. ovale, P. Falciparum et P. Malariae 0,5 pts | | |
| 8.5.3 | Selles: Ascaris, Entamoeba, ankylostomes et schistosomes 0,5 pts | | |
| 8.6 | Microscope disponible et fonctionnel | | |
| 8.6.1 | Objectifs fonctionnels; huile d'immersion disponibles, miroir ou de l'électricité 0,5 pts | 1 | |
| 8.6.2 | Lames, couvercle en verre, GIEMSA disponible 0,5 pts | | |
| 8.7 | Des tests rapides du paludisme disponibles | | |
| 8.7.1 | Au moins 20 tests disponibles dans le laboratoire; non expiré | 1 | |
| 8.8 | Équipements disponibles et fonctionnels | | |
| 8.8.1. | (i) la Centrifugeuse, | 0,5 pts | |
| 8.8.2 | (ii) la machine d'électrophorèse | 0,5 pts | |
| 8.8.3 | (iii) hémato-centrifugeuse | 0,5 pts | |
| 8.8.4 | (iv) automate de biochimie | 0,5 pts | |
| 8.8.5 | (v) automate d'hématologie | 0,5 pts | |
| 8.9 | L'évacuation des déchets correctement effectuée | | |
| 8.9.1 | Les déchets organiques dans un bac avec couvercle 0,5 pts | 2 | |
| 8.9.2 | Boîte de sécurité (safety box) pour les objets pointus disponibles 0,5 pts | | |
| 8.9.3 | Protocoles de destruction des déchets existent 0,5 pts | | |
| 8.9.4 | Détruits conformément aux directives d'élimination des déchets 0,5 pts | | |
| 8.10 | Le personnel lave correctement les pipettes | | |
| 8.10.1 | <i>Le personnel lave correctement les pipettes sales dans des cuves avec un antiseptique</i> | 1 | |
| 8.11 | Matériel de laboratoire pour le diagnostic de la TBC pulmonaire | | |
| 8.11.1 | Réactifs pour les tests de BAAR disponibles et non-périmés, fiches des stocks pour les réactifs sont disponibles et utilisées; au moins 30 lames non-recyclés disponibles pour les tests. Tous les critères présents =1 pt, et si un seul critère manque = Zéro | 2 | |

| | | | | |
|------------------------------|--|----------------------------|---------------|---------------------|
| 8.11.2 | Protocole d'assurance qualité externe pour les essais TB disponible et mis en œuvre : Lames échantillonnées et envoyés pour contrôle de la qualité selon le protocole ; et le dernier rapport est disponible et montre les résultats indiqués au point de coupure de protocole Tous les critères présents =1 pt, et si un seul critère manque = Zéro | | | |
| Total des Points (15) | | ../15 | | |
| Observations : | | | | |
| Date : | | | | |
| Nom du Superviseur : | | Signature du Superviseur : | | |
| 9 | Services d'hospitalisation [max 190 points] | Maximum | Obtenu | Observations |
| 9.1 | Tableau de service de garde est clairement visible pour le personnel et est suivi | | | |
| 9.1.1 | Superviseur vérifie les 3 derniers rapports de garde du trimestre de chacun des 4 services (date, malades admis : noms, diagnostics, traitement ; décès : noms et cause de décès ; prise en charge des cas hospitalisés ; nom et signatures + téléphone du superviseur). 1 pt pour le rapport de chacun des 4 services qui répond aux normes, sinon = Zéro | 4 | | |
| 9.2 | Le confort du patient | | | |
| 9.2.1 | <u>PEDIATRIE</u> : Lits en bon état chacun avec : (i) matelas; 3 pts (ii) toile cirée sur matelas; 2 pts (iii) literie hôpital sur matelas; 1pt (iv) moustiquaires;1 pt (v) tables de nuit 1 pt | 8 | | |
| 9.2.2 | <u>GYNECO-OBSTETRIQUE</u> : Lits en bon état chacun a: (i) matelas; 3 pts (ii) toile cirée sur matelas; 2 pts (iii) literie hôpital sur matelas; 1pt (iv) moustiquaires;1 pt (v) tables de nuit 1 pt | 8 | | |
| 9.2.3 | <u>CHIRURGIE</u> : Lits en bon état chacun a: (i) matelas; 3 pts (ii) toile cirée sur matelas; 2 pts (iii) literie hôpital sur matelas; 1pt (iv) moustiquaires;1 pt (v) tables de nuit 1 pt | 8 | | |
| 9.2.4 | <u>MEDECINE INTERNE</u> : Lits en bon état chacun a: (i) matelas; 3 pts (ii) toile cirée sur matelas; 2 pts (iii) literie hôpital sur matelas; 1pt (iv) moustiquaires;1 pt (v) tables de nuit 1 pt | 8 | | |
| 9.3 | Hygiène du patient | | | |
| 9.3.1 | Les salles sont propres : pas de débris sur le sol et salles ont une odeur de désinfectant. 2 pts pour chaque service, si non =0 (quel que soit le nombre de salles) | 8 | | |
| 9.3.2 | L'espace entre les lits est d'au moins un mètre. 2 pts pour chaque service, si non =0 (quel que soit le nombre de salles) | 8 | | |

| | | | | |
|------------|--|----|--|--|
| 9.3.3 | Chaque service dispose d'un accès à l'eau potable. 1 pts pour chaque service, si non =0 (quel que soit le nombre de salles) | 4 | | |
| 9.3.4 | Chaque service a de l'eau courante ou un distributeur d'eau avec du savon liquide et un papier essuie. 1 pts pour chaque service, si non =0 (quel que soit le nombre de salles) | 4 | | |
| 9.4 | Lumière disponible dans chaque service | | | |
| 9.4.1 | L'électricité, la lumière solaire ou une lampe à batterie rechargeable. 0,5 pts pour chaque service, si non =0 (quel que soit le nombre de salles) | 2 | | |
| 9.5 | Confidentialité | | | |
| 9.5.1 | Les femmes dans des salles distinctes de celles des hommes; l'intérieur des salles n'est pas visible du dehors | 1 | | |
| 9.6 | Le registre des patients disponibles et est bien tenus | | | |
| 9.6.1 | Vérifiez que toutes les informations sont correctement enregistrées 0,5 pts pour chaque service, si non =0 (quel que soit le nombre de salles) | 2 | | |
| 9.7 | Les soins hospitaliers de de la salle d'accouchement/ gynécologie : échantillon aléatoire systématique de 5 dossiers des sortantes ou des accouchées dans le registre des accouchements du dernier trimestre. Chacun des dossiers est soumis aux critères suivants : (chaque dossier complet 9 points, maximum 45 points) | | | |
| 9.7.1 | Chaque dossier patient répond aux exigences clés standard : (i) des données personnelles complètes de patients ; (ii) la date et l'heure de l'admission, (iii) le numéro de téléphone mobile ; (iv) la date et l'heure de premier examen par l'accoucheuse / Médecin, (v) anamnèse, (vi) antécédents. Chaque dossier complet vaut 2 pts ; sinon = 0 | 10 | | |
| 9.7.2 | L'examen clinique fait comprend : Pression artérielle, la fréquence et le rythme du battement de cœur, la température du corps, le poids, la taille, la fréquence respiratoire, l'évaluation de l'état gynéco-obstétrical. Chaque dossier complet vaut 2 pts ; sinon = 0 | 10 | | |
| 9.7.3 | Justification du diagnostic clinique et description élaborée de la procédure d'obstétrique (y compris une hémorragie post-partum, la pré-éclampsie, naissance prématurée, etc.) Conformité avec les 'lignes directrices' d'obstétrique en vigueur. Chaque dossier complet vaut 2 pts ; sinon = 0 | 10 | | |
| 9.7.4 | Notes sur les examens quotidiens de l'accoucheuse / Médecin qui comprennent l'examen clinique Chaque dossier complet vaut 2 pts ; sinon = 0 | 10 | | |

| | | | | |
|-------|---|----|--|--|
| 9.7.5 | Partogramme : des deux côtés remplis correctement (heure d'admission, TV toutes les 4 heures au moins, la fréquence et le rythme des battements du cœur de la mère et de l'enfant chaque 30 min au moins, suivi des contractions toutes les 30 min) Chaque dossier complet = 1 pt, sinon=0 | 5 | | |
| 9.8 | Les soins hospitaliers de Pédiatrie : échantillon aléatoire systématique de 5 dossiers de patients sortants du registre d'admission partant du dernier trimestre. Chacun des dossiers est soumis aux critères suivants (chaque dossier= 7 points ; max 35 points) | | | |
| 9.8.1 | Chaque dossier patient répond aux exigences clés standard : (i) les données personnelles complètes de patients ; (ii) la date et l'heure de l'admission, (iii) le numéro de téléphone mobile ; (iv) la date et l'heure de premier examen par le médecin ; (v) la prise de l'histoire (vi) antécédents Chaque dossier complet vaut 2pts, sinon =0 | 10 | | |
| 9.8.2 | L'examen clinique fait (fréquence et le rythme du battement de cœur ; la température du corps, le poids, la taille, la fréquence respiratoire, l'examen en profondeur du système affecté. Chaque dossier complet vaut 2pts, sinon =0 | 10 | | |
| 9.8.3 | Portée de laboratoire et autres examens correspond au diagnostic clinique et est compatible avec les protocoles cliniques et les résultats des tests de laboratoire. Conformité avec les «lignes directrices de traitement» en vigueur. Chaque dossier complet vaut 2pts, sinon =0 | 10 | | |
| 9.8.4 | Notes sur les examens quotidiens du Médecin qui comprennent l'examen clinique Chaque dossier complet vaut 1pt, sinon =0 | 5 | | |
| 9.9 | Les soins hospitaliers service de chirurgie : échantillon aléatoire systématique de 5 dossiers de patients sortis qui avaient subi une des interventions de chirurgie majeure, inscrits dans le registre d'admission du dernier trimestre. Chacun des dossiers est soumis aux critères suivants (si aucune intervention, alors le score est de 0) (chaque fichier 9 points, max 45 points) | | | |
| 9.9.1 | Chaque dossier patient répond aux exigences clés suivantes : (i) des données personnelles complètes de patients ; (ii) la date et l'heure de l'admission, (iii) adresse complète + le numéro de téléphone mobile si existant; (iv) la date et l'heure de premier examen par le chirurgien/Médecin, (v) anamnèse; (vi) antécédents. Chaque dossier complet vaut 2pts, si non =0 | 10 | | |
| 9.9.2 | L'examen clinique fait comprend : Pression artérielle, la fréquence et le rythme du battement de cœur ; la température du corps, le poids, la taille, la fréquence respiratoire, l'évaluation de l'état chirurgical, le diagnostic clinique et la justification de l'intervention). Chaque dossier complet vaut 2pts, sinon =0 | 10 | | |
| 9.9.3 | Le protocole opératoire et d'anesthésie est disponible Chaque dossier complet vaut 2pts, sinon =0 | 10 | | |

| | | | | |
|-------------------------------|---|----------------|----------------------------|---------------------|
| 9.9.4 | Notes sur les examens quotidiens du Médecin qui comprennent l'examen clinique Chaque dossier complet vaut 2pts, sinon =0 | 10 | | |
| 9.9.5 | L'enregistrement de l'infection post-opératoire, le cas échéant. Chaque dossier complet vaut 1pt, sinon =0 | 5 | | |
| Total des Points (190) | | .../190 | | |
| Observations : | | | | |
| Date : | | | | |
| Nom du Superviseur : | | | Signature du Superviseur : | |
| 10 | Médicaments et consommables [max 20 points] | Maximum | Obtenu | Observations |
| 10.1 | Personnel rempli correctement les fiches de stock des MEG montrant les stocks de sécurité= consommation moyenne mensuelle X2. | 4 | | |
| 10.1.1 | Le stock physique correspond au stock théorique : échantillon aléatoire de trois MEG | | | |
| 10.2 | La Formation sanitaire achète les médicaments, le matériel et les consommables chez un distributeur certifié, approuvé par le MSP | 3 | | |
| 10.2.1 | Dernière liste de Centres de Distribution Régionales (CDR) des médicaments, certifiée par le MSP est disponible (1 pt) | | | |
| 10.2.2 | Dernière liste des achats disponible, montre le distributeur certifié qui a vendu les médicaments (1 pt) | | | |
| 10.2.2 | Tous les médicaments et consommables médicaux sont certifiés par (i) le MSP et (ii) plus de 50% sont des médicaments génériques (1pt) | | | |
| 10.3 | La pharmacie de l'hôpital approvisionne les services cliniques en fonction de leurs réquisitions | 10 | | |
| 10.3.1 | Superviseur vérifie si la quantité servie correspond à la quantité réquisitionnée 4 pts | | | |
| 10.3.2 | Médicaments sont remis aux patients uniquement sur base des prescriptions. Les ordonnances sont archivées et accessibles 3 pts | | | |
| 10.3.3 | Plus de 50% des médicaments et consommables médicaux prescrits, sont sous forme générique Vérifier 10 prescriptions choisies au hasard : 3 pts, si non 0 points | | | |
| 10.4 | Médicaments stockés correctement | 2 | | |

| | | | | |
|------------------------------|--|----------------------|---------------|---------------------|
| 10.4.1 | En endroit propre et bien aéré, avec tous les médicaments étiquetés sur les étagères ou dans les armoires si besoin 1 pt | | | |
| 10.4.2 | Médicaments et consommables médicaux stockés sur l'ordre alphabétique, selon les familles pharmacologiques ; selon les principes FIFO (premier entré – premier sorti) et FEFO (premier expiré – premier sorti) 1 pt | | | |
| 10.5 | Disponibilité des médicaments | | | |
| 10.5.1 | Superviseur vérifie au hasard trois médicaments et 2 consommables 0,5 pts | 1 | | |
| 10.5.2 | Médicaments périmés bien séparées du stock 0, 3 pts | | | |
| 10.5.3 | Protocole de destruction des médicaments disponible et appliqué 0,2 pts | | | |
| Total des Points (20) | | .../20 | | |
| Observations : | | | | |
| Date : | | | | |
| Nom du Superviseur : | | Nom du Superviseur : | | |
| 11 | Médicaments traceurs (Stock de Sécurité = Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) X 2 -. Stock minimum est de deux mois de consommation moyenne) [max 30 points] Disponible OUI = > CMM X 2, sinon = 0 (Max points= 30) | Maximum | Obtenu | Observations |
| 11.1 | Paracétamol 500 mg tab | 0.5 | | |
| 11.2 | Acétylsalicylique Acid 30 mg tab | 0.5 | | |
| 11.3 | Ibuprofène 200 mg caps | 0.5 | | |
| 11.4 | Prométhazine 25 mg tab | 0.5 | | |
| 11.5 | Prométhazine HCL 50mg/ml Vial | 0.5 | | |
| 11.6 | Oxytocine 10IU/ml Vial | 1 | | |
| 11.8 | Mébéndazole 100 mg tab | 0.5 | | |
| 11.9 | Fer Sulfate 325 mg tab | 1 | | |
| 11.10 | Propanolol 80 mg tab | 0.5 | | |
| 11.11 | Nifédipine 10 mg caps | 0.5 | | |
| 11.13 | Amoxicilline 500 mg caps | 0.5 | | |
| 11.14 | Amoxicilline 125 mg/5ml suspension | 0.5 | | |
| 11.15 | Ampicilline 1 gr Vial | 1 | | |
| 11.16 | Ampicilline 250 mg Vial | 1 | | |
| 11.17 | Gentamycine 40mg/ml Vial | 1 | | |

| | | | | |
|------------------------------|--|--------------|--|--|
| 11.18 | Métronidazole 500mg/100ml Vial | 1 | | |
| 11.19 | Cotrimoxazole 480 mg tab | 0.5 | | |
| 11.20 | Cotrimoxazole 40mg/200mg - 5ml susp | 0.5 | | |
| 11.21 | Doxycycline 100 mg caps | 0.5 | | |
| 11.22 | Érythromycine 250 mg tab | 1 | | |
| 11.23 | Co-artéméter 20/120 onglet mg (types 1, 2 3 et 4 tous disponibles) ou tout type de combinaison ACT | 1 | | |
| 11.24 | Quinine sulfate 200 mg tab | 1 | | |
| 11.25 | Quinine hydrochloride 300 mg/ml vial | 1 | | |
| 11.26 | Sulfadoxine/Pyriméthamine 500 mg tab | 0.5 | | |
| 11.27 | Sachet SRO | 1 | | |
| 11.28 | Condom | 0.5 | | |
| 11.29 | DIU | 1 | | |
| 11.30 | Cycle mensuel de la pilule contraceptive | 1 | | |
| 11.31 | Depo-provera 150mg vial | 1 | | |
| 11.32 | Implants contraceptifs | 1 | | |
| 11.33 | Venflon 18G | 0.5 | | |
| 11.33.1 | Min stock = 10; CMM ne s'applique que lorsque plus de 10 | | | |
| 11.34 | Venflon 22G | 0.5 | | |
| 11.34.1 | Min stock = 10; CMM ne s'applique que lorsque plus de 10 | | | |
| 11.35 | Trousse de perfusion | 1 | | |
| 11.35.1 | Min stock = 10; CMM ne s'applique que lorsque plus de 10 | | | |
| 11.36 | Ringer lactate 1L | 1 | | |
| 11.36.1 | Min stock = 5L; CMM ne s'applique que lorsque plus de 5L | | | |
| 11.37 | Dextrose 5% 1L | 1 | | |
| 11.37.1 | Min stock = 5 flacons; CMM ne s'applique que lorsque plus de 5 flacons | | | |
| 11.38 | Flacons colloïdes I.V 500 ml | 1 | | |
| 11.38.1 | Min stock = 5 flacons; CMM ne s'applique que lorsque plus de 5 flacons | | | |
| 11.39 | Séringue 5ml | 1 | | |
| 11.40 | Séringue 10ml | 0.5 | | |
| 11.41 | Aiguille de la veine des scalpes | 1 | | |
| Total des Points (30) | | ../30 | | |

| Observations : | | | | |
|----------------------|---|---------|----------------------------|--------------|
| Date : | | | | |
| Nom du Superviseur : | | | Signature du Superviseur : | |
| 12 | Service Gynéco-Obstétrique [max 35 points] | Maximum | Obtenu | Observations |
| 12.1 | Dispositif d'asepsie dans la salle d'accouchement | 2 | | |
| 12.1.1 | (i) Point d'eau courante OU Point d'eau (réservoir >=20 litres); (ii) Lavage mains avec savon liquide OU Désinfection des mains avec gel hydroalcoolique (iii) Disponibilité d'au moins 10 paires des gants stériles | | | |
| 12.2 | Éclairage de la salle de Travail, dans la salle d'accouchement et salle du post partum immédiat 24h/24 et 7jours/7 | 1 | | |
| 12.2.1 | Dans la salle de Travail et dans la salle d'accouchement: Lampe à pile fonctionnelle OU lampe à batterie rechargeable OU lumière solaire OU électricité nuit | | | |
| 12.3 | Les déchets de maternité correctement traités | 1 | | |
| 12.3.1 | Poubelle en plastique avec couvercle et système de sécurité pour l'élimination des aiguilles (boite de sécurité pour les aiguilles); 0.5 pt | | | |
| 12.3.2 | Sceau ou bassin à linge souillé disponible 0.5 pt | | | |
| 12.4 | Salle d'accouchement est bien entretenue 1 pt | 5 | | |
| 12.4.1 | Murs avec des matériaux durables et peints 1 pt | | | |
| 12.4.2 | Paravent entre le lit et la porte de la salle d'accouchement 1 pt | | | |
| 12.4.3 | Salle d'accouchement avec odeurs de désinfectant 1 pt | | | |
| 12.4.4 | Ciment ou carreau au niveau du sol, sans fissures et plafond non endommagé 1 pt | | | |
| 12.4.5 | Fenêtres avec vitres teintées et porte fonctionnelle 1 pt | | | |
| 12.5 | Disponibilité et l'utilisation du partogramme | 10 | | |
| 12.5.1 | Au moins 10 fiches disponibles pour utilisation 2pts | | | |
| 12.5.2 | Vérifiez dix fiches choisies au hasard et si elles sont remplies selon les normes. Critères: (i) Nom ET adresse ET âge ET sexe ET diagnostic à l'admission; (ii) observations journalières médecin ou infirmier; (iii) Résultats labo à l'admission transcrits au plus 2 jour après; (iv) Signes vitaux pris en postpartum immédiat; (v) Partogramme: Suivi: (a) Dilatation col; (b) Engagement; (c) Bruits fœtaux; (d) APGAR 1ère, 5ème et 10ème minute. Chaque partogramme rempli selon les normes vaut 0.8 pt et si un partogramme ne | | | |

| | | | | |
|--------------|---|----------|--|--|
| | contient pas l'info pour un des sous-éléments coter 0 pour cette fiche (Maximum 8 pts) | | | |
| 12.6 | Accouchements effectués par un personnel qualifié | | | |
| 12.6.1 | Tous les accouchements sont dirigés par au moins deux personnels dont un est qualifié. Identification des accoucheuses à partir des noms dans le registre pour les dix derniers accouchements | 2 | | |
| 12.7 | Disponibilité des pèse-personnes, toises, un stéthoscope obstétrical et un aspirateur | | | |
| 12.7.1 | Disponibilité de la Toise : 0.5 pt | | | |
| 12.7.2 | Disponibilité de la balance pèse-personnes (vérifier la fonctionnalité) : 0.5 pt | 2 | | |
| 12.7.3 | Disponibilité de l'aspirateur manuel plongé dans un antiseptique ; ou aspirateur électrique fonctionnel : 1 pt | | | |
| 12.8 | Disponibilité d'une Ventouse fonctionnelle | | | |
| 12.8.1 | Ventouse fonctionnelle et utilisée au moins une fois dans le mois écoulé (voir fiche correspondante) | 3 | | |
| 12.9 | Disponibilité de gants stériles | 1 | | |
| 12.9.1 | Disponibilité d'au moins 10 paires de gants stériles | | | |
| 12.10 | Disponibilité d'au moins les 2 boîtes obstétricales stérilisées | | | |
| 12.10.1 | Chaque boîte stérile contient au moins 2 paires de ciseau, 2 pinces ; 1 porte aiguille, aiguille, 1 pince anatomique et 1 pince chirurgicale Les deux boîtes sont disponibles =3 pts, si non 0 pt | 3 | | |
| 12.11 | Disponibilité des boîtes d'épisiotomie stérile | | | |
| 12.11.1 | Au moins deux boîtes d'épisiotomie stériles : 1 porte aiguille, aiguille, 1 pince anatomique et 1 pince chirurgicale Les deux boîtes sont disponibles =1 pts, si non 0 pt | 2 | | |
| 12.11.2 | Fil Vicryl; désinfectant; anesthésie locale; compresses stériles 1 pt | | | |
| 12.12 | Table d'accouchement en bon état | | | |
| 12.12.1 | Présence d'un lit d'accouchement/salle, en deux parties, chacune avec matelas, housse en plastique non déchirée et avec deux supports de jambiers fonctionnels | 1 | | |
| 12.13 | Les équipements disponibles pour les soins du nouveau-né | | | |
| 12.13.1 | Fil de ligature du cordon ou pince stérile 0,2 pts | 1 | | |
| 12.13.2 | Pommade à la tétracycline 1% non expiré 0,2 pts | | | |

| | | | | |
|--------------------------|---|----------------------------|---------------|---------------------|
| 12.13.3 | Ambu nouveau-né 0,2 pts | | | |
| 12.13.4 | Obus d'oxygène fonctionnel (Oxygène) ou Oxygénateur fonctionnels 0,1 pt | | | |
| 12.13.5 | Povidone 2,5 % 0,1 pt | | | |
| 12.13.6 | Protocole de réanimation du nouveau-né suivi et affiché 0,2 pts | | | |
| 12.14 | Salle d'admission adéquate | | | |
| 12.14.1 | Lits en bon état avec matelas plastifié non déchirés/toile cirée sur matelas 0,5 pts | 1 | | |
| 12.14.2 | Pour chaque lit occupé: literie hôpital sur matelas; moustiquaires; table de nuit 0,5 pts | | | |
| Total Points (35) | | .../35 | | |
| Observations : | | | | |
| Date : | | | | |
| Nom du Superviseur : | | Signature du Superviseur : | | |
| 13 | Soins Périnatales [max 7 points] | Maximum | Obtenu | Observations |
| 13.1 | Plan de management contient des stratégies pour suivre efficacement les femmes avec grossesse à risque dans la Zone de Santé | 0.5 | | |
| 13.1.1 | Stratégie comprend au moins une fois par trimestre une session de renforcement des capacités avec les chargées des CS sur la SR/PF | | | |
| 13.2 | Balance disponible et fonctionnelle | 0.5 | | |
| 13.2.1 | Balance disponible, fonctionnelle et toujours tarée à zéro | | | |
| 13.3 | Fiches CPN pour Fosa disponibles et bien remplies : cinq dernières fiches vérifiées | 2 | | |
| 13.3.1 | Toutes : Examens: poids - TA, la hauteur de l'utérus, de la parité, de la date des dernières règles 0,5 pts | | | |
| 13.3.2 | Toutes : Laboratoire: albuminurie, la glycosurie, glycémie, Hémoglobine, GE 0,5 pts | | | |
| 13.3.3 | Toutes : Examen obstétrical fait: rythme cardiaque fœtal, la hauteur utérine, présentation, mouvement fœtal enregistré 1 pt | | | |
| 13.4 | Fiches CPN pour FOSA montre l'administration de sulfate de fer / acide folique et Mébendazole, la SP | 1 | | |
| 13.4.1 | Les cinq Fiches CPN pour FOSA montre l'administration de sulfate de fer / acide folique, du Mébendazole et de la SP | | | |
| 13.5 | Fiches de CPN disponibles en stock | 0.5 | | |
| 13.5.1 | Au moins 10 Fiches de CPN disponibles en stock | | | |
| 13.6 | Registre CPN disponible et bien rempli | 1 | | |

| | | | | |
|----------------------|--|----------------|----------------------------|---------------------|
| 13.6.1 | Registre CPN contient l'identité complète, l'état de la vaccination, la date visite, colonne des risques élevés de grossesse / danger de grossesse 0,5 pts | | | |
| 13.6.2 | Toutes les colonnes bien remplies, y compris l'identification des problèmes éventuels et les mesures prises 0,5 pts | | | |
| 13.7 | CPN réalisée par un personnel qualifié | 1 | | |
| 13.7.1 | Nom et signature de l'infirmière, l'accoucheuse, le médecin sur les fiches de CPN | | | |
| 13.8 | IEC / CCC | 0.5 | | |
| 13.8.1 | Réunion des prestataires qui s'est tenue avant la consultation prénatale pour la détermination des thèmes (consultez le calendrier des sessions d'éducation sanitaire) 0,25 pts | | | |
| 13.8.2 | Existence d'un rapport mis à jour avec la CCC (a) le sujet, (b) le nombre de participants, (c) chef de file de l'activité et (d) la date et (e) la signature 0,25 pts | | | |
| | Total des Points (7) | ../7 | | |
| Observations : | | | | |
| Date : | | | | |
| Nom du Superviseur : | | | Signature du Superviseur : | |
| 14 | VIH/TB [max 13 points] | Maximum | Obtenu | Observations |
| 14.1 | Salle de conseil VIH bien équipée en assurant la confidentialité : | 1 | | |
| 14.1.1 | Murs crépisés et peint d'un matériau solide 0,2 pts | | | |
| 14.1.2 | Sol en ciment lisse ou carreau 0,2 pts | | | |
| 14.1.3 | Plafond en bon état 0,2 pts | | | |
| 14.1.4 | Fenêtres en verre et rideaux 0,2 pts | | | |
| 14.1.5 | Portes qui ferment 0,2 pts | | | |
| 14.2 | Disponibilité du matériel IEC / CCC en matière de VIH | 1 | | |
| 14.2.1 | Modèle de pénis sur la table 0,5 pts | | | |
| 14.2.2 | Une boîte de préservatifs sur la table qui a au moins 50 préservatifs 0,5 pts | | | |
| 14.3 | Registre de CDV / PTME et registre laboratoire | 1 | | |
| 14.3.1 | Existence d'un registre de CDV/PTME et registre laboratoire selon les normes | | | |
| 14.4 | Personnel formé dans Counseling | 1 | | |
| 14.4.1 | Au moins un personnel formé en tant que conseiller 0,5 pts | | | |
| 14.4.2 | Tout le counseling est fait par un conseiller qualifié 0,5 pts | | | |
| 14.5 | Système de référence et de suivi pour les clients VIH | 1 | | |
| 14.5.1 | Fiches individuelles des clients disponibles, la planification pour la numération des CD4 | | | |

| | | | | |
|-----------------------------|---|----------------------------|---------------|---------------------|
| 14.6 | Système de référence et de suivi pour les patients tuberculeux | | | |
| 14.6.1 | Chaque patient TB pulmonaire BAAR a une personne attachée à lui / elle qui supervise la stratégie DOTS: preuve dans le registre; numéro de téléphone mobile d'un tel superviseur est inscrit. 1 pt | 2 | | |
| 14.6.2 | Chaque patient TB a une adresse de contact et / ou le numéro de téléphone à la fois dans le registre et la carte individuelle 1 pt | | | |
| 14.7 | Disponibilité des médicaments antituberculeux | | | |
| 14.7.1 | Les Tuberculostatiques sont en quantité suffisante selon les catégories (Quantité= CMM x 2) | 1 | | |
| 14.8 | Co infection VIH-TB | | | |
| 14.8.1 | <i>Tous les cas de TB pulmonaire ont subi un test de VIH (Vérifier les fiches de traitement des tuberculeux et les registres de laboratoire de VIH/SIDA) 5pts si non 0</i> | 5 | | |
| Total de Points (13) | | ../13 | | |
| Observations : | | | | |
| Date : | | | | |
| Nom du Superviseur : | | Signature du Superviseur : | | |
| 15 | Chirurgie [max 80 points] | Maximum | Obtenu | Observations |
| 15.1 | Banque de sang : mesures d'urgence | | | |
| 15.1.1 | Disponibilité d'au moins deux personnes formées en sécurité transfusionnelle | 2 | | |
| 15.1.2 | Disponibilité des réactifs pour le groupage sanguin, correctement conservés | 2 | | |
| 15.1.3 | Disponibilité d'au moins 4 poches de sang frais (A, B, AB, O) (5 pts par poche) | 20 | | |
| 15.1.4 | Sang conservé selon les normes (de 2° - 4°C); réfrigérateur est fonctionnel; température mesurée deux fois par jour | 5 | | |
| 15.1.5 | Des tests VIH, RPR et HbS, HbC, CATT disponible, et le sang conservé est testé aux différents marqueurs | 5 | | |
| 15.2 | Stérilisation selon les normes | | | |
| 15.2.1 | Stérilisateur à vapeur fonctionnelle disponible 1 pt | 3 | | |
| 15.2.2 | Stérilisateur dans une chambre séparée 1 pt | | | |
| 15.2.3 | Utilisation d'indicateurs de température 0,5 pts | | | |
| 15.2.4 | Registre de la stérilisation utilisé et complètement rempli 0,5 pts | | | |

| | | | | |
|-------------|---|------------|--|--|
| 15.3 | Salle de Chirurgie mineure | | | |
| 15.3.1 | Chirurgie mineure fait dans une pièce séparée des interventions chirurgicales majeures | 1 | | |
| 15.4 | Lampe scialytique fonctionnelle | | | |
| 15.4.1 | Lampe scialytique avec ampoules fonctionnelles 0,5 pts | 1 | | |
| 15.4.2 | Lumière de réserve assurée ; groupe électrogène, énergie solaire, lampe avec batterie rechargeable ; autre type d'éclairage 0,5 pts | | | |
| 15.5 | Table d'opération avec toile cirée en bon état | | | |
| 15.5.1 | Table d'opération avec toile cirée en bon état ; amovible longitudinalement et latéralement ; les menottes des membres sont fonctionnelles | 1 | | |
| 15.6 | État de préparation | | | |
| 15.6.1 | 1 kit d'intervention stérile prêt à être utilisé pour les urgences (intervention abdominale), avec la date de stérilisation indiquée sur l'emballage | 2 | | |
| 15.6.2 | Au moins une boîte chirurgicale stérilisée disponible, avec la date de stérilisation indiquée sur l'emballage | 2 | | |
| 15.6.3 | Au moins 4 L de Ringer Lactate disponible dans le service | 0.5 | | |
| 15.6.4 | Au moins 2 poches de colloïdes disponibles dans le service | 0.5 | | |
| 15.6.5 | La salle d'opération avec odeurs de désinfectant et le calendrier de nettoyage est disponible | 1 | | |
| 15.6.6 | Personnel technique qualifié en anesthésie est actuellement en service (au moins pour la Kétamine ou l'anesthésie spinale) | 2 | | |
| 15.6.7 | Personnel infirmier formé aux procédures d'opération actuellement en service | 2 | | |
| 15.6.8 | Médecin avec une expérience en chirurgie pour les interventions courantes (vérifier cinq protocoles opératoires) | 5 | | |
| 15.7 | Check-list préopératoire des malades programmés pour une intervention est disponible | | | |
| 15.7.1 | Existence d'une check-list préopératoire correctement remplie des malades programmés pour une intervention (tirer trois fiches des anciens opérés pour vérifier) 2 pts pour chaque fiche correctement remplie | 15 | | |
| 15.7.2 | Registre et Fiche de protocole opératoire bien remplis et à jour, Vérifier trois derniers opérés. 3 pts pour chaque fiche correctement remplie | | | |
| 15.8 | Équipement de la salle | | | |
| 15.8.1 | Table d'anesthésie générale | 1 | | |
| 15.8.2 | Rachianesthésie possible (équipement et médicament) | 1 | | |
| 15.8.3 | Kétamine (médicament disponible) | 1 | | |
| 15.8.4 | Respirateur électrique fonctionnel | 1 | | |
| 15.8.5 | Ambu manuel | 1 | | |

| | | | | |
|------------------------------|--|----------------------|--|--|
| 15.8.6 | Aspirateur | 1 | | |
| 15.8.7 | Oxymètre <i>fonctionnel</i> | 2 | | |
| 15.8.8 | Bistouri électrique pour cautérisation fonctionnel | 1 | | |
| 15.8.9 | Moniteur cardiaque fonctionnel | 1 | | |
| Total des Points (80) | |/80 | | |
| Observations : | | | | |
| Date : | | | | |
| Nom du Superviseur : | | Nom du Superviseur : | | |

| N° | Service PCA | Maximum | | Evaluation | |
|----------------------|-------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | Points maximum | Pondération | Points maximum | Points obtenus |
| 1 | Organisation générale | 41 | 6.12% | | |
| 2 | Plan de management | 7 | 1.04% | | |
| 3 | Finance | 43 | 6.42% | | |
| 4 | Comité des Indigents | 20 | 2.99% | | |
| 5 | Hygiène | 42 | 6.27% | | |
| 6 | Consultations externes | 96 | 14.33% | | |
| 7 | Planning familial | 31 | 4.63% | | |
| 8 | Laboratoire | 15 | 2.24% | | |
| 9 | Services d'hospitalisation | 190 | 28.36% | | |
| 10 | Médicaments et consommables | 20 | 2.99% | | |
| 11 | Médicaments traceurs | 30 | 4.48% | | |
| 12 | Service de Gynéco-Obstétrique | 35 | 5.22% | | |
| 13 | CPN | 7 | 1.04% | | |
| 14 | VIH/TB | 13 | 1.94% | | |
| 15 | Chirurgie | 80 | 11.94% | | |
| TOTAL GENERAL | | 670 | 100.00% | | |

Nom Chef d'équipe Évaluateurs

Signature:

Directeur d'Hôpital :

Score final :

Date :

Signature:

FACTURE TRIMESTRIELLE HGR

HOPITAL GENERAL DE REFERENCE:

ZONE DE SANTE: PROVINCE :Mois & Année :

| | Service PCA | Quantité réclamé | Quantité validée | CU (USD) | Total (USD) |
|----|--|-------------------------|-------------------------|-----------------|--------------------|
| 1 | Consultation Externe référée (et retro-information donnée) - médecin | | | | |
| 2 | Journée d'hospitalisation | | | | |
| 3 | Journée d'hospitalisation - patient vulnérable - plafond 10% | | | | |
| 4 | Chirurgie majeure (population x 0, 5%) | | | | |
| 5 | Chirurgie majeur pour patient vulnérable - plafond 10% | | | | |
| 6 | Petite Chirurgie (population x 1%) | | | | |
| 7 | Petite Chirurgie - patient vulnérable - plafond 10% | | | | |
| 8 | Transfusion de sang - volontaire | | | | |
| 9 | Accouchement assisté - eutocique | | | | |
| 10 | Césarienne (50% des accouchements dystociques) | | | | |
| 11 | Accouchement dystocique (césarienne exclue) | | | | |
| 12 | Consultation Périnatale de référence: 1 ^{ère} visite | | | | |
| 13 | Consultation Périnatale de référence : 4 ^{ème} visite | | | | |
| 14 | SP3 :3ème dose de Sulfadoxine-Pyriméthamine | | | | |
| 15 | Dépistage conseil du VIH/SIDA initié par le Prestataire | | | | |
| 16 | VIH/SIDA : Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie | | | | |
| 17 | VIH/SIDA : Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH + | | | | |
| 18 | VIH/SIDA : Nombre de nouveaux cas sous ARV | | | | |
| 19 | VIH/SIDA : Nombre de clients ARV suivi un semestre | | | | |
| 20 | Dépistage des cas TBC- BK positifs | | | | |
| 21 | Cas TBC - BK positif traités et guéris | | | | |
| 22 | PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral | | | | |

| | Service PCA | Quantité réclamé | Quantité validée | CU (USD) | Total (USD) |
|------------------------------|--|------------------|------------------|----------|-------------|
| | &inj) | | | | |
| 23 | PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant) | | | | |
| 24 | PF: Ligatures et vasectomies | | | | |
| Montant total à payer | | | | | |

Arrêté la présente facture de l'HGR est de.....USD pour le trimestre de

Le Président du COGE de l'HGR

Le Directeur de l'Hôpital Général de Référence

Nom :

Nom :

Signature :

Signature :

Validation de l'AAP

Nom:

Date :

Cachet

Signature :

FACTURE TRIMESTRIELLE CS

CENTRE DE SANTE DE :

ZONE DE SANTE :AIRE DE SANTE:

Mois & Année :

| No | Service PMA | Quantité réclamée | Quantité validée | CU (USD) | Total (USD) |
|----|--|-------------------|------------------|----------|-------------|
| 1 | Consultation Externe (nvx cas) | | | | |
| 2 | Consultation Externe (nvx cas patient indigent) - plafond 5% | | | | |
| 3 | Petite chirurgie | | | | |
| 4 | Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible) | | | | |
| 5 | Enfant complètement vacciné | | | | |
| 6 | VAT 2+: Femme complètement protégée | | | | |
| 7 | Consultation Postnatale | | | | |
| 8 | Consultation Prénatale-1 ^{ère} visite | | | | |
| 9 | Consultation Prénatale- 4 ^{ème} visite | | | | |
| 10 | SP 3eme dose | | | | |
| 11 | Accouchement assisté | | | | |
| 12 | PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral &inj) | | | | |

| | | | | | |
|------------------------------|---|--|--|--|--|
| 13 | PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant) | | | | |
| 14 | Surveillance de la croissance enfants de 6 à 23 mois | | | | |
| 15 | Surveillance de la croissance enfants de 24 à 59 mois | | | | |
| 16 | Visite a domicile | | | | |
| 17 | Dépistage conseil du VIH/SIDA initié par le Prestataire | | | | |
| 18 | VIH/SIDA : Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique | | | | |
| 19 | VIH/SIDA : Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH + | | | | |
| 20 | VIH/SIDA : Nombre de clients ARV suivi dans le semestre | | | | |
| 21 | Dépistage des cas TBC - BK positifs | | | | |
| 22 | Cas TBC- BK positif soignés et guéris | | | | |
| Montant total à payer | | | | | |

Arrêté la présente facture du Centre de Santé est de (Chiffre et lettre)USD,

Fait à le.....

Le Président du COSA

Le Responsable du Centre de santé

Nom :

Nom :

Signature :

Signature :

Validation de l'AAP

Nom :

Date :

Cachet :

Signature :

1. Revenus et dépenses du trimestre écoulé : état des activités financières trimestrielles
2. Revenus et dépenses proposés pour le prochain trimestre
3. Budget pour les primes de rendement, la valeur du Point et Bonus trimestre de performance
4. Indice

État des activités financières trimestrielles

| N_R | Les catégories de recettes | Recettes | N_D | Catégories de dépenses | Dépenses |
|---|---|----------|---|--------------------------------------|----------|
| 1 | Le recouvrement des coûts | | 9 | Salaires | |
| 2 | Le recouvrement des couts | | 10 | Les primes de performance | |
| 3 | Les salaires du gouvernement et d'autres ressources | | 11 | Médicaments et consommables médicaux | |
| 4 | Subventions FBP | | 12 | Subventions pour la sous-traitance | |
| 5 | Contributions provenant d'autres sources | | 13 | Coûts de nettoyage et de bureau | |
| 6 | Autre | | 14 | Les frais de transport | |
| 7 | En caisse | | 15 | Le marketing social | |
| 8 | Équilibre bancaire au début du trimestre | | 16 | Réhabilitation des infrastructures | |
| Total des Recettes | | | 17 | Matériel et mobilier | |
| Revenus et dépenses du trimestre écoulé (entrez uniquement les recettes monétaires et les dépenses de trésorerie): | | | 18 | Autre | |
| | | | 19 | Mis en réserve | |
| | | | Total des charges | | |
| | | | Solde (<i>revenu total</i> moins les dépenses totales) | | |

Revenus et dépenses proposés pour le prochain trimestre

| Recettes | Revenus trimestriels passés | Revenus trimestriels proposés pour le nouveau trimestre |
|--|-----------------------------|---|
| Le recouvrement des coûts | | |
| Le recouvrement des coûts (mutuelles) | | |
| Les salaires du gouvernement et d'autres sources | | |
| Subventions FBP | | |
| Contributions provenant d'autres sources | | |
| Autre | | |
| En caisse | | |
| Equilibre bancaire au début du trimestre | | |
| TOTAL | | |

²³L'outil d'indice HGR est en Excel

| Dépenses | Dépenses trimestrielles passées | Dépenses trimestrielles proposées pour le nouveau trimestre |
|--------------------------------------|---------------------------------|---|
| Salaires | | |
| Les primes de performance | | |
| Médicaments et consommables médicaux | | |
| Subventions pour la sous-traitance | | |
| Coûts de nettoyage et de bureau | | |
| Les frais de transport | | |
| Le marketing social | | |
| Réhabilitation des infrastructures | | |
| Matériel et mobilier | | |
| Autre | | |
| Mis en réserve | | |
| TOTAL | | |

Budget pour les primes de performance

| | | |
|--|--|--------|
| Budget pour les primes de performance pour le prochain trimestre (a) | | US\$ |
| Indice de base pour chacun de l'ensemble du personnel pour le trimestre passé (b) | | Points |
| Performance individuelle obtenue par chaque agent (c) | | Points |
| Indice relatif pour chacun de l'ensemble du personnel pour le trimestre (b*c)=d | | Points |
| Somme des indices relatifs de l'ensemble du personnel pour le trimestre (e) | | US\$ |
| Valeur de l'unité d'indice du trimestre du prochain trimestre (f) qui est le même pour tout le personnel= (a)/(e) | | US\$ |
| Prime de performance individuelle (g) = (Performance individuelle obtenue par chaque agent (c)) * (valeur indice individuel (f)) | | US\$ |
| Somme des primes de performance individuelle (g) = Budget pour les primes de performance pour le prochain trimestre (a) . Le reste=0 | | US\$ |

Principes de l'outil indice

L'outil indice utilise les données suivantes : (a) Budget pour les primes de performance pour le prochain trimestre, (b) la valeur maximale de points pour chaque membre du personnel, à partir des contrats de motivation ; (c) l'évaluation de la performance individuelle pour chaque membre du personnel et (f) la valeur du point pour le trimestre. Les principes de l'outil indice sont :

- Les scores indices ont discutés au sein de l'équipe de gestion et présentés au CODESA ;
- Chaque mois du trimestre suivant, le personnel est évaluée au moyen de l'évaluation de la performance individuelle (annexe 13 du manuel FBP), le score est enregistré dans un registre particulier ;
- Chaque mois/trimestre, avant le milieu du mois suivant et après approbation par le CODESA, le personnel reçoit sa prime de rendement variable ;

- Le personnel qui n'est pas dans l'emploi dans la structure au cours du trimestre où le bonus est payé, n'a pas droit à une prime de performance ;
- Tout le budget prévu pour la Prime de performance doit être dépensé pour cette fin.

Il est important de comprendre que la gestion de l'établissement, en étroite collaboration avec le CODESA se réserve le droit d'investir dans l'infrastructure des installations ou des équipements au lieu de payer les primes de performance. Une telle décision doit être approuvée par la majorité absolue des membres du personnel.

Calcul des primes de performance

| N° | Nom de famille, prénom | <i>Indice de base</i> | <i>% Evaluation Performance</i> | <i>Indice trimestriel</i> | Valeur du point trimestriel | Prime Brut | Impôts | Prime Nette |
|--|---------------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------|--------|-------------|
| | | (b) | (c) | (d) | (f) | (PB)= (d) *(f) | (I) | (PB) - (I) |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| Somme des primes de performance individuelle (g) | | | | | | | | |
| Somme des indices relatifs de l'ensemble du personnel pour le trimestre (e) | | | | | | | | |
| Budget pour les primes de performance pour le prochain trimestre (a) | | | | | | | | |

PLAN DE MANAGEMENT TRIMESTRIEL DE LA DIVISION PROVINCIALE DE LA SANTE**INFORMATIONS GENERALES**

DPS dePopulation:
.....trimestre :Année.....

Contact/Phone et mail de la DPS.....

Nom du CDPS.....

STATISTIQUE DE PILOTAGE ET D'ENCADREMENT DE LA DPS

| Année | Score de performance trimestriel de la DPS | Score moyen de la qualité au niveau des ZS | Proportion des ZS encadrées /prévues | Taux d'exécution des recommandations des missions d'encadrement | Proportion des réunions de la commission financéent tenues | Taux de réalisation des activités du plan de travail de la DPS | Taux d'exécution des décisions prises au CPP | Proportion de recommandations issues du plan de supervision mise en œuvre |
|--------------------|--|--|--------------------------------------|---|--|--|--|---|
| Trimestre passé | | | | | | | | |
| Trimestre prochain | | | | | | | | |

PLANIFICATION DES PROGRESSIONS

| ZONE DE SANTE | | Niveau du trimestre passé | | | Objectifs trimestre prochain | | |
|---------------|-----|---------------------------|----------------------------|--|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| | | Score qualité HGR | Score qualité moyen des CS | Utilisation services (curatif) ²⁴ | Score qualité HGR | Score qualité moyen des CS | Utilisation services (curatif) |
| 1 | ZS1 | | | | | | |
| 2 | ZS2 | | | | | | |
| 2 | ZS3 | | | | | | |
| 4 | ZS4 | | | | | | |
| ... | | | | | | | |

²⁴ Le taux curatif est utilisé comme référence

FINANCEMENT OBTENU POUR LA DPS²⁵ (En USD)

| | Sources | Financement obtenu au trimestre passé | Financement prévisionnel pour le trimestre prochain |
|----------|--------------------------------|---------------------------------------|---|
| 1 | État (salaires et primes) | | |
| 2 | Partenaires autres (Spécifier) | | |
| 3 | Achat des services | | |
| 4 | Autre source (Spécifier) | | |
| | | | |
| | TOTAL | | |

DEPENSES FAITES POUR LA DPS (en USD)

| | Sources | Dépenses faites au trimestre passé | Dépenses prévisionnelles pour le trimestre prochain |
|----------|-----------------------|------------------------------------|---|
| 1 | Salaires | | |
| 2 | Primes additionnelles | | |
| 3 | Supervision/ coaching | | |
| 4 | Achat matériel | | |
| 5 | Fonctionnement | | |
| 6 | Autres dépenses | | |
| 7 | Réserves | | |
| | TOTAL | | |

IDENTIFICATION DES PRINCIPAUX GOULOTS D'ETRANGEMENT PAR DOMAINE D'ACTIVITE ET RESSOURCES A MOBILISER ²⁶

Dans cette rubrique, le District Sanitaire montre les problèmes prioritaires retenus pour l'ensemble des CSS et montrent les stratégies planifiées pour coacher les formations sanitaires à se relever.

| Domaines | Problèmes importants rencontrés | Stratégies de résolution envisagées | Ressources à mobiliser | Responsable |
|--|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------|
| Utilisation des services curatifs | | | | |
| Amélioration de la qualité au niveau des ZS | | | | |
| Accouchement assisté | | | | |
| Eau, hygiène et assainissement | | | | |
| Gestion des ressources | | | | |
| Lutte contre les grandes endémies (VIH/SIDA & TBP) | | | | |
| Gestion des médicaments | | | | |
| Autres ? | | | | |

Suivi de la feuille de route CAO 4-5

| Actions inscrites | Niveau du trimestre passé | Niveau envisagé pour le trimestre prochain |
|-------------------|---------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |

Liste des participants à l'élaboration du plan de management

| N° | Nom et post-nom | Fonction | Signature |
|----|-----------------|----------|-----------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |

²⁶Ce tableau doit prendre en compte les goulots d'étranglement discutés lors de la réunion de monitoring avec les responsables

PLAN DE MANAGEMENT TRIMESTRIEL DE LA ZONE DE SANTE

INFORMATIONS GENERALES

ZS de Population :
trimestre :Année.....

Contact/Phone et mail de la ZS.....

Nom du MCZS.....

STATISTIQUE DE PILOTAGE ET D'ENCADREMENT DE LA ZONE

| Année | Score de performance trimestriel de la ZS | Score moyen de la qualité au niveau des CS | Proportion des CS encadrées /prévues | Taux d'exécution de recommandations des missions d'encadrement | Proportion des réunions de revue mensuelle tenues | Proportion des décisions exécutées de la réunion du COGES | Taux de décisions exécutées lors des revues mensuelles des ZS | Proportion de recommandations issues du plan de supervision mise en œuvre |
|---------------------------|---|--|--------------------------------------|--|---|---|---|---|
| Trimestre passé | | | | | | | | |
| Trimestre prochain | | | | | | | | |

PLANIFICATION DES PROGRESSIONS

| ZONE DE SANTE | | Niveau du trimestre passé | | | Objectifs trimestre prochain | | |
|---------------|-------|---------------------------|----------------------------|--|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| | | Score qualité HGR | Score qualité moyen des CS | Utilisation services (curatif) ²⁷ | Score qualité HGR | Score qualité moyen des CS | Utilisation services (curatif) |
| 1 | HGR | | | | | | |
| 2 | CS1 | | | | | | |
| 2 | CS2 | | | | | | |
| 4 | CS3 | | | | | | |
| ... | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

²⁷Le taux curatif est utilisé comme référence

FINANCEMENT OBTENU POUR L'ECZS²⁸ (en USD)

| | Sources | Financement obtenu au trimestre passé | Financement prévisionnel pour le trimestre prochain |
|----------|--------------------------------|---------------------------------------|---|
| 1 | Etat (salaires) | | |
| 2 | Partenaires autres (Spécifier) | | |
| 3 | Achat des services | | |
| 4 | Autre source (Spécifier) | | |
| | | | |
| | TOTAL | | |

DEPENSES FAITES POUR L'ECZS (en USD)

| | Sources | Dépenses faites au trimestre passé | Dépenses prévisionnelles pour le trimestre prochain |
|----------|-----------------------|------------------------------------|---|
| 1 | Salaires | | |
| 2 | Primes additionnelles | | |
| 3 | Supervision/ coaching | | |
| 4 | Achat matériel | | |
| 5 | Fonctionnement | | |
| 6 | Autres dépenses | | |
| 7 | Réserves | | |
| | TOTAL | | |

IDENTIFICATION DES PRINCIPAUX GOULOTS D'ETRANGLEMENT PAR DOMAINE D'ACTIVITE

29

Dans cette rubrique, la zone de santé montre les problèmes prioritaires retenus pour l'ensemble des ZS et montrent les stratégies planifiées pour coacher les formations sanitaires à se relever.

| Domaines | Problèmes importants rencontrés | Stratégies de resolution envisagées |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|
| Utilisation des services curatifs | | |
| Pilotage et coordination de la zone de santé | | |
| Accouchement assisté | | |
| Eau, hygiène et assainissement | | |
| Gestion des ressources | | |
| Lutte contre les grandes endémies (VIH/SIDA & TB) | | |
| Gestion des médicaments | | |
| Autres ? | | |

Suivi de la feuille de route CAO 4-5

| Actions inscrites | Niveau du trimestre passé | Niveau envisagé pour le trimestre prochain |
|-------------------|---------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |

²⁹Ce tableau doit prendre en compte les goulots d'étranglement discutés lors de la réunion de monitoring avec les responsables

Plan d'encadrement de la zone de santé pour le trimestre

| N° | NOM DE L'AIRE DE SANTE | PROBLEMES PRIORITAIRES DU TRIMESTRE ³⁰ | STRATEGIE D'ENCADREMENT PROPOSEE (Formation, Briefing, Coaching, Demonstration, Supervision...) | NOM DU SUPERVISEUR | ACCOMPAGNANT (Si en équipe) | CHRONOGRAMME | BUDGET |
|----|------------------------|---|---|--------------------|-----------------------------|--------------|--------|
| 1 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Feuille d'émergence

| N° | Nom et Post nom | Fonction | Salaire | Primes de risque | Prime additionnelle | Autres | Total | Signature |
|----|-----------------|----------|---------|------------------|---------------------|--------|-------|-----------|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |

Fait à.....le/...../20

Liste des participants à l'élaboration du plan de management

³⁰ Les problèmes sont en rapport avec la qualité des soins, les points de vue des usagers, la tendance des indicateurs clés de la zone, les rapports des discussions tenues lors de la revue mensuelle etc.

| N° | Nom et post-nom | Fonction | Signature |
|----|-----------------|----------|-----------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

Visa du MCZ

Pour le COGES de la ZS

Nom et signature

Nom et signature

Noms, Signatures et sceau (après défense et adoption):

Pour Agence

Pour La DPS,

Le Coordinateur ou son délégué

Le Médecin Chef de Division Provinciale

Copie : AGENCE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIVISION PROVINCIALE DE LA SANTE

ZONE DE SANTE DE

PLAN DE MANAGEMENT TRIMESTRIEL DE L' HOPITAL GENERAL DE REFERENCE

I. INFORMATIONS GENERALES

Hôpital Général de Référence /CH..... Population ZS 20..... Trimestre :..... Année :.....

Nombre de personnel qualifié :

Nombre de personnel non qualifié (HGR) :

NB : Important

Ce plan doit être le plus participatif possible, associer toutes les personnes ressources de l'hôpital, se servir également de son évaluation qualité et des avis de la communauté. Soyez précis, concret et réalistes

Tous les participants à l'élaboration de ce plan doivent signer au verso ou sur un document à annexer en mettant leurs noms, signatures, adresses et numéros de contact)

II. STATISTIQUES DE L'HOPITAL

| Mois /Année 20.... | Consultations Médicales | Taux d'occupation des lits | Nbre d'accouchements assisté par personne qualifié* | Césariennes | Nbre de décès maternel | Nbre vasectomie + ligature des trompes | Nbre d'interventions | | Tx d'infection post opératoire/ intervention propre | Mortalité intra hospitalière. > 48heures |
|--------------------|-------------------------|----------------------------|---|-------------|------------------------|--|----------------------|---------|---|--|
| | | | | | | | Majeure | Mineure | | |
| Janvier 20.... | | | | | | | | | | |
| Février 20.... | | | | | | | | | | |
| Mars 20.... | | | | | | | | | | |

**Hormis les cas pris en charge par le personnel non qualifiés*

III. SUIVI DE L'AMELIORATION DE LA QUALITE PAR DOMAINE

| Domaines | Cotation du trimestre passé | Objectif pour le trimestre prochain |
|----------|-----------------------------|-------------------------------------|
|----------|-----------------------------|-------------------------------------|

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| Consultation externe | | |
| Hospitalisation | | |
| Planification | | |
| Service de gynéco-obstétrique | | |
| | | |
| | | |
| | | |

IV. OBJECTIFS ET CIBLES TENANT COMPTE DE L'ALIGNEMENT AU PLAN OPERATIONNEL DE LA ZONE DE SANTE

| | |
|--|--|
| Objectif spécifique | Assurer des soins de santé primaires de qualité à toute la population, en particulier aux groupes vulnérables, en combattant les grandes endémies telles que le VIH/Sida, le paludisme, la tuberculose, l'onchocercose, la trypanosomiase et autres maladies non transmissibles. |
| Objectif opérationnel 1 | Améliorer la couverture sanitaire et la qualité des services et des soins de santé offerts à la population |
| Cibles | Indicateurs des résultats au 31 décembre 20... |
| La couverture de la population par des services et soins de santé de qualité est augmentée de% d'ici le 31 décembre 20... | La proportion des activités du PCA conforme aux normes nationales offertes par l' HGR augmente de % à % |
| | Le taux de mortalité intra-hospitalière au-delà de 48h est réduit de moitié soit de% à% |
| | Le taux de mortalité maternelle intra hospitalière pour 100.000 naissances vivantes est maintenu à 0% |
| | Le taux de mortalité intra hospitalière liée à l'hypertension artérielle est maintenu à 0% |
| | Le taux d'infection post opératoire est réduit de% à% |
| | Taux de décès post op est réduit de % à % |
| | La proportion de décès néonataux intra-hospitaliers est réduite de % à % |
| Objectif opérationnel 2 | Améliorer l'utilisation des services et des soins de santé par la population |
| Cible | Indicateurs des résultats au 31 décembre 20... |
| Le taux d'utilisation des services est augmenté de ...% d'ici le 31 décembre 20... | Le taux d'occupation des lits de l'HGR accroit de % à % |
| | Le taux d'admission à l'HGR accroit de % à % |
| | La proportion des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié accroit de % à % |
| | Proportion des enfants nés à l'HGR et inscrit à l'état civil accroit de % à % |
| | La proportion des femmes suivies en CPoN à l'HGR accroit de % à % |
| | La proportion des enfants <1 mois vaccinés en BCG accroit de % à % |

| | |
|--|---|
| | La proportion d'adultes présentant une infection au VIH et qui reçoivent une thérapie antirétrovirale selon les directives nationales accroit de % à % |
| | La proportion d'enfants présentant une infection au VIH et qui reçoivent une thérapie antirétrovirale selon les directives nationales accroit de % à % |
| | Le pourcentage des Femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant accroit de % à % |
| | La proportion des transfusions réalisées et testées selon les normes nationales accroit de... % à..... % |
| | Le taux de succès thérapeutique des nouveaux cas TPM+ accroit de% à% |
| | Le taux de notification des nouveaux cas TPM+ accroit de % à% |
| | Le pourcentage des enfants de moins de 5 ans avec fièvre confirmée paludisme traités selon les directives nationales accroit de à% |
| | La proportion des enfants <5 ans souffrant de la malnutrition pris en charge selon les directives nationales accroit de% à% |
| | Le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont nouvelles acceptantes d'une méthode contraceptive moderne accroit de ...% à % |

V. ANALYSE DETAILLEE DES INDICATEURS ET STRATEGIES

1. CONSULTATIONS VUS par MEDECIN - PCA

Quelle est la cible mensuelle pour les consultations vus par les médecins dans votre hôpital: = population / 12 x 10%Quelle est la couverture actuelle par rapport à cet indicateur :..... (Nombre total de cas consultés par semestre x 100/ cible semestrielle).

Relever 5 problèmes prioritaires en rapport avec les consultations externes dans rayon d'action de santé

Faites une analyse des facteurs comme le pouvoir d'achat de la population de payer les tarifs, l'influence de la tarification forfaitaire ou par acte, compétition avec les privées, quelles sont les stratégies des privées à copier, manque de médicaments, villages éloignées, manque de personnel qualifié, manque de motivation du personnel, ainsi que d'autres problèmes.

1.....

2.....

Pour chaque problème relevé, quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce Semestre et les ressources à mobiliser ? Considérez d'augmenter le personnel qualifié, stratégies avancées, de sous contrats avec des postes et/ou dispensaires privés, diminution des tarifs, la tarification forfaitaire ou tarification par acte, mesure à décourager les charlatans Croix-Rouge pour qu'ils arrêtent leurs services dangereux, etc.

.....

.....

2. HOSPITALISATION - PCA

Quelle est votre cible mensuelle pour les malades hospitalisés dans votre rayon d'action?

(= population / 1000 x 0,5x 30jours)

Quelle est la couverture actuelle par rapport à cet indicateur :

(Nombre total de cas hospitalisés par semestre x 100/ cible semestrielle)

Quelles sont les principales causes d'Hospitalisation des malades dans votre formation sanitaire ?

.....

.....

Relever 5 problèmes prioritaires en rapport avec les hospitalisations des malades dans formation sanitaire ?

Faites une analyse des facteurs comme l'hygiène de l'hôpital, la disponibilité des toilettes et douches, la présence permanente du personnel qualifié, l'organisation du système de garde (nuit, week-end), l'organisation des tours de salle quotidien, équipement d'hospitalisation (lits, moustiquaires, matelas, draps, table de nuit), conditions d'hospitalisation (homme-femme-enfant, espace, ventilation), examen clinique et suivi selon les directives thérapeutiques en vigueur à l'hôpital, mise à jour de la fiche d'hospitalisation, traitement selon les directives thérapeutiques en vigueur, tarif préférentiel pour les malades référés, ...

1.....

2.....

Pour chaque problème relevé, quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce Semestre ?

.....

.....

3. RÉTRO INFORMATION ARRIVÉE – PCA ET CONTRE-REFERENCE

Quelle est la cible pour le rétro référence aux centres de santé des malades graves pour hôpital ? (= population / 12 x 2%)Quelle est la couverture actuelle par rapport à cet indicateur :.....

(Nombre total de cas référés par semestre x 100/ cible semestrielle)

Relever 5 problèmes prioritaires en rapport avec rétro informations et contre référence des patients gravement malades référés par les centres de santé?

1.....

2.....

Pour chaque problème relevé, quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce Semestre et les ressources à mobiliser ?

.....
.....

4. ACTES CHIRURGICAUX - PCA

Quelle est la cible mensuelle pour les actes chirurgicaux majeurs (population / 12 x 0,5%) et mineurs (population / 12 x 1%)? Quelle est la couverture actuelle par rapport à cet Indicateur :..... (Nombre total des actes chirurgicaux par semestre x 100/ cible semestrielle)

Relever 5 problèmes prioritaires en rapport avec les activités chirurgicales au sein de votre hôpital?

Faites une analyse des procédures et protocoles de salle d'opération, procédures de stérilisation, disponibilité du personnel de garde, etc.

1.....

2.....

Pour chaque problème relevé, quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce Semestre et les ressources à mobiliser?

.....
.....

5. DON DE SANG - PCA

Calculer le besoin en transfusion de sang issu de donneurs bénévoles testé au VIH par mois dans votre hôpitalRelever 5 problèmes prioritaires que rencontrent le personnel médical et l'hôpital dans les activités liées à la transfusion de sang issu des donneurs bénévoles?

1.

2.

Pour chaque problème relevé, quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce Semestre et les ressources à mobiliser ?

.....

.....

Tenant compte de ces stratégies, Combien de poche de sang issues des donneurs bénévoles testé aux 4 marqueurs comptez-vous réaliser en moyenne par mois au cours de ce semestre ?.....

6. CESARIENNES, ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES – AVORTEMENTS

Quelles sont les cibles mensuelles pour les césariennes (population x 4% / 12 x 10% x 30%)..... et accouchements dystociques (population x 4% / 12 x 10% x 70%) ?

Relever 5 problèmes prioritaires que vous rencontrez en rapport avec la réalisation des césariennes et des accouchements dystociques dans votre hôpital ?

Faites une analyse des procédures de référence des centres de santé et les difficultés pour la population de payer les factures. Quelles interventions type dystociques vous faites dans l'hôpital (ventouse), procédures, éclampsie, Oxytocine, etc...). Césariennes non justifiés ?

1.....

2.....

Pour chaque problème relevé, quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce Semestre et les ressources à mobiliser?

.....

.....

Relever 5 problèmes prioritaires concernant les avortements dangereux dans votre formation sanitaire?

Cas de décès maternels après des avortements clandestins,

1.....

2.....

Pour chaque problème relevé, quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce Semestre ?

.....

.....

7. NAISSANCES DESIRABLES –PCA

Quelle est la cible mensuelle pour les méthodes des implants et DIU dans votre hôpital ? (= Population x 21% / 12 x 2%) ?Quelle est la couverture actuelle par rapport à cet indicateur :
(Nombre total des nouvelles utilisatrices des Implants et DIU par semestre x 100/ cible semestrielle)

Relever 5 problèmes prioritaires que vous rencontrez en rapport avec les des implants et DIU dans votre hôpital ?

1.....

2.....

Pour chaque problème relevé, quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce Semestre et les ressources à mobiliser?

.....

.....

Tenant compte de ces stratégies, Combien des cas d'implants et des DIU Comptez-vous réaliser en moyenne par mois dans votre hôpital au cours du prochain semestre?

Quelle est la cible pour les méthodes des ligatures des trompes et vasectomies pour votre hôpital ? (= Population couverte x 21% / 12 x 1%) ?

Relever 5 problèmes prioritaires que vous rencontrez en rapport avec la réalisation des ligatures des trompes et vasectomies dans votre hôpital ?

Payer les centres de santé un bonus de motivation pour chaque référence faite, diminuer le prix de ligature, faire des chirurgies de stratégie avancées dans certain CSR ?

1.....

2.....

Pour chaque problème relevé, quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce Semestre et les ressources à mobiliser?

.....
.....

8. VIOLENCES SEXUELLES

Existe –t-il des cas de violence sexuelle qui consultent dans votre hôpital ? Si oui, combien de cas avez-vous enregistré en moyenne par mois le semestre dernier ? Relever 5 problèmes prioritaires en rapport avec les cas de violences sexuelles dans votre hôpital ?

1.....

2.....

Pour chaque problème relevé, quelles sont les stratégies que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce Semestre pour prendre en charge correctement les violences sexuelles dans votre hôpital?

.....
.....

9. SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES JEUNES ET ADOLESCENTS

Combien des jeunes et adolescents ont-ils participé aux réunions d'échange en santé sexuelle et reproductive au sein de l'espace pour jeune au cours du semestre passé ?.....

Combien des jeunes et adolescents ont-ils bénéficié des services de santé sexuelle et reproductive au cours du semestre passé (Hormis les participants aux différentes rencontres d'échange) ?.....

Relever 5 problèmes prioritaires en rapport avec les activités de santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents dans votre Hôpital ?

1.....

2.....

Pour chaque problème relevé, quelles sont les stratégies que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce Semestre pour améliorer les services de santé sexuelles et reproductives pour jeunes et adolescents dans votre Hôpital ?

.....
.....

Combien des jeunes et adolescents pensez-vous recevoir pour les services de santé sexuelle et reproductives au cours de ce semestre ?.....

PARTIE 2 – PMA (pour certaines activités du PMA développées à l’HGR selon le cas)

10. LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Quelles sont les cibles mensuelles de dépistage de la tuberculose (population / 100.000 x 120 / 12)et de prise en charge des tuberculeux (population / 100.000 x 120 / 12 x 85%).....dans votre rayon d’action ?

Quel est le taux de détection de cas de TBC au cours du semestre passé dans votre rayon d’action ?.....
Quelle est la proportion de cas de TBC qui ont bénéficié d’un test de dépistage de VIH ?.....Quel est le taux de guérison de cas de TBC au cours du semestre passé dans votre rayon d’action ?.....

Relever 5 problèmes prioritaires en rapport avec la prise en charge de la TBC dans votre rayon d’action ?

1.....

2.....

Pour chaque problème relevé, quelles sont les stratégies et propositions d’amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce Semestre et les ressources à mobiliser?

.....

.....

Quel est le taux de détection et de guérison des cas de TBC que vous comptez atteindre cours du semestre prochain dans votre rayon d’action ?

11. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES et INFECTIONS OPPORTUNISTES (IST/IO)

Quelle est votre cible mensuelle pour la prise en charge des IST/IO dans votre formation sanitaire ?
(= population x / 12 x 5%.)

Relever 5 problèmes prioritaires en rapport avec le diagnostic et la prise en charge des IST/IO dans votre formation sanitaire ?

1.....

2.....

Pour chaque problème relevé, quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce Semestre et les ressources à mobiliser ?

.....
.....

12. DEPISTAGE CONSEIL DU VIH/SIDA INITIE PAR LE PRESTATAIRE

Quel est le nombre moyen de personnes conseillées/dépistées mensuellement dans votre CDV.....

Relever 5 problèmes prioritaires en rapport avec le conseil et dépistage volontaire du VIH/sida dans votre structure ?

1.....

2.....

Pour chaque problème relevé, quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce Semestre et les ressources à mobiliser?

.....
.....

Tenant compte de ces stratégies, Combien des cas de conseil et dépistage volontaire Comptez-vous réaliser dans votre CDV au cours de ce trimestre ?.....

13. PROTECTION DE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA DE LA MERE A L'ENFANT (PTME)

Quel est le nombre moyen de femmes enceintes dépistées par mois dans votre structure Quel est le nombre moyen de couples dépistés mensuellement/trimestriellement dans votre structure Quel est le nombre de cas de VIH+ diagnostiqués mensuellement/trimestriellement dans votre structure Quel est le nombre de femmes et nouveaux – nés VIH+ traités selon le protocole national dans votre structure?

Relever 5 problèmes prioritaires en rapport avec la PTME dans votre structure ?

1.....

2.....

Pour chaque problème relevé, quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce Semestre et les ressources à mobiliser?

Avez – vous un problème de disponibilité/vétusté des matériels roulants (véhicules ambulances et autres, motos, hors- bord) ? Si oui lesquels et comment comptez – vous y remédier au courant de ce semestre

.....

.....

16. ANALYSE DES RESSOURCES HUMAINES

| <i>Catégories du personnel</i> | <i>Personnel actuel payé par la FOSA</i> | <i>Personnel proposé au recrutement pendant le trimestre suivant</i> | <i>Personnel proposé pour le déploiement pendant le trimestre suivant</i> |
|--|--|--|---|
| <i>Médecins</i> | | | |
| <i>Administrateur Gestionnaire L2</i> | | | |
| <i>Administrateur Gestionnaire A1</i> | | | |
| <i>Infirmier (ère) L2</i> | | | |
| <i>Infirmier (ère)A1</i> | | | |
| <i>Infirmier (ère)A2</i> | | | |
| <i>Accoucheuse L2</i> | | | |
| <i>Accoucheuse A1</i> | | | |
| <i>Accoucheuse A2</i> | | | |
| <i>Biologiste medical</i> | | | |
| <i>Technicien de Laboratoire A1</i> | | | |
| <i>Technicien de Laboratoire A2</i> | | | |
| <i>Technicien d'assainissement A1</i> | | | |
| <i>Technicien d'assainissement A2</i> | | | |
| <i>Technicien Supérieur en environnement de la santé</i> | | | |
| <i>Comptable</i> | | | |
| <i>Réceptionniste</i> | | | |
| <i>Secouriste</i> | | | |
| <i>Garçon / fille de sale</i> | | | |
| <i>Sentinelle</i> | | | |
| <i>Autres :</i> | | | |
| TOTAL | | | |

17. PLANIFICATION FINANCIERE

Analyse et planification des recettes USD

| Rubrique des recettes | Recettes réalisées au cours du semestre passé | % de chaque rubrique par rapport au total des recettes | Recettes planifiées au semestre prochain |
|---|---|--|--|
| Recettes de recouvrement des coûts (recettes directes) | | | |
| Contribution de l'Etat- (salaires, primes de risque, subventions) | | | |
| Subsides FBP | | | |
| Contribution d'autres bailleurs (à spécifier) | | | |
| Recettes des mutuelles de santé | | | |
| Autres recettes (à spécifier) | | | |
| TOTAL | | | |

*PP : prime de performance

EPARGNE USD

| Montant total épargné au courant du semestre passé | Total Montant actuellement disponible dans le compte d'épargne de la Fosa/Réserve | Montant planifié à épargner au cours de ce semestre | Où est – ce que la Fosa garde ses réserves. (Quelle banque, COOPEC)? |
|--|---|---|--|
| | | | |

Analyse et planification des dépenses USD

| Rubriques des dépenses | Montant dépensé au cours du semestre passé | % de chaque rubrique par rapport au total des recettes | Dépenses planifiées au cours du semestre |
|---|--|--|--|
| Prime du personnel (prime locale, prime de performance, prime Etat + salaire) | | | |
| Médicaments et matériel médical | | | |
| Dépenses de fonctionnement (fournitures de bureau, entretien, transport, communication) | | | |
| Dépenses d'investissement (Infrastructures, réhabilitation et équipements) | | | |
| Epargnes en banque/Coopec pour la période | | | |
| Autres dépenses à spécifier | | | |
| TOTAL | | | |

Montrer ici les principales réalisations de votre formation sanitaire au cours du trimestre passé en rapport

| | |
|---|--|
| avec ce qui était prévue comme stratégies dans votre plan de management | |
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |

VI. CHRONOGRAMME DES ACTIVITES ET BUDGET

| Activités prévues | Indicateurs de processus | cibles | Cout unitaire | Cout total semestre | Chronogramme | | | |
|-------------------|--------------------------|--------|---------------|---------------------|--------------|----|----|-------------|
| | | | | | M1 | M2 | M3 | Responsable |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | |

Fait à.....le/...../20...

Liste des participants à l'élaboration du plan de management

| N° | Nom et post-nom | Fonction | Signature |
|----|-----------------|----------|-----------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

Signatures et sceau

L'Administrateur Gestionnaire

Le Médecin Directeur

Noms, Signatures et sceau (après défense et adoption):

Pour Agence

Pour L'ECZS

Le Coordinateur ou son délégué

Le Médecin Chef de Zone

Copie : AGENCE

BCZS

PLAN DE MANAGEMENT DU CENTRE DE SANTE

DPS :

ZONE DE SANTE :

CENTRE DE SANTE :

STATUT DE LA STRUCTURE :

NOMS DU RESPONSABLE : CONTACT :

POPULATION ANNUELLE DE L'AIRE DE SANTE :

PLAN DE TRAVAIL TRIMESTRIEL POUR LA PERIODE ALLANT DU ___/___/201_ AU ___/___/201_

I. INFORMATIONS GENERALES

a. Structures sous contrat

Existe-t-il des sous contrats avec des postes de santé et/ou dispensaires privés ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Nombre de personnel soignant :

Nombre de personnel administratif :

Nombre de personnel d'appui :

Nombre total de personnel de la structure :

b. Renseignements sur les structures contractantes

| Contractant | Appellation de la structure | Population annuelle | Nombre de villages ou quartier | Distance en km jusqu'au ECZS ³¹ |
|--------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------------------|--|
| Contractant principal | | | | |
| Contractant secondaire 1 | | | | |
| Contractant secondaire 2 | | | | |

³¹La distance des structures secondaires est mesurée à partir du contractant principal mais la distance du CS est mesurée à partir de l'ECZS.

Données sur les activités du trimestre antérieur

| <i>Indicateurs/prestations</i> | <i>Total trimestre (a)</i> | <i>Cible trimestre (b)</i> | <i>Taux d'utilisation (=a/b x 100%)</i> |
|---|----------------------------|----------------------------|---|
| <i>Consultations externes (Nouveaux cas)</i> | | | |
| <i>Journées d'observation</i> | | | |
| <i>Nombre d'accouchements réalisés par un personnel qualifié</i> | | | |
| <i>Nombre de femmes – PF (nouvelles et anciennes)</i> <i>Pilules (3 mois) + injectable</i> | | | |
| <i>Nombre de CPN (nouvelles inscrites)</i> | | | |
| <i>Nombre d'enfants complement vaccinés</i> | | | |
| <i>Référence</i> | | | |
| | | | |

II. EVALUATION DU SCORE QUALITE DE LA FORMATION SANITAIRE

| Domaines | Cotation du trimestre passé | Objectif pour le trimestre prochain |
|------------------------------|------------------------------------|--|
| Consultation externe | | |
| Organisation générale | | |
| Planification | | |
| Maternité | | |
| | | |
| | | |
| | | |

III. CONSULTATIONS EXTERNES

a. Consultations curatives

- Quelle est la cible mensuelle pour les consultations externes dans votre aire de santé ?
(=**Population/12**)
- Quels sont les problèmes en rapport avec les consultations curatives dans votre centre de santé intégré?

Faites une analyse des facteurs comme le pouvoir d'achat de la population de payer les tarifs, l'influence de la tarification forfaitaire ou par acte, compétition avec les privées, quelles sont les stratégies des privées à copier, manque de médicaments, villages éloignées, manque de personnel qualifié, manque de motivation du personnel, ainsi que d'autres problèmes.

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

| Consultation curative | Nombre de consultation curative | Cible trimestriel le | % atteint au trimestre précédent | % à atteindre au trimestre suivant |
|-----------------------------|---------------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Consultation curative au CS | | | | |

- Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre et les ressources à mobiliser ?

Considérez d'augmenter le personnel qualifié, stratégies avancées, de sous contrats avec des postes et/ou dispensaires privés, diminution des tarifs, la tarification forfaitaire ou tarification par acte, paiement des charlatans – croix rouges pour qu'ils arrêtent leurs services dangereux, etc.

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

IV. OBSERVATION

- Quelle est votre cible mensuelle pour les journées d'observation dans l'aire de santé ? (**=Population / 1000) x 30**):
- Quel type de patients sont-ils observés dans la formation sanitaire ?

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

- *Quels sont les problèmes liés à l'observation des malades ?*

Faites une analyse des facteurs comme l'hygiène du centre de santé intégré, la disponibilité des latrines et douches, présence permanente du personnel qualifié, organisation du système de garde (nuit, week-end), équipement d'hospitalisation (lits, moustiquaires, matelas, draps, table de nuit), conditions d'hospitalisation (homme-femme-enfant, espace, ventilation), examen clinique et suivi selon l'ordinogramme, mise à jour de la fiche d'hospitalisation, traitement selon l'ordinogramme,

.....

- *Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre en considérant les facteurs mentionnés ci haut ?*

.....

V. REFERENCE DE PATIENTS GRAVES

- *Quelle est la cible mensuelle pour la référence des malades graves dans votre aire de santé ? (= **population / 12 x 2%**)*
- *Quels sont les problèmes que vous rencontrez pour référer des patients gravement malades aux structures de référence ?*

Vérifier les facteurs comme : contre-référence envoyé par l'hôpital, moyens de transport, distance, volonté des patients d'être référés, difficultés d'avoir des gardes malades et de quoi manger à l'hôpital, difficulté de faire face à la facture d'hospitalisation, etc. ? ?

.....

- *Quelles sont les stratégies et propositions locales pour améliorer la référence au cours de ce trimestre en tenant compte de vos moyens ?*

.....

VI. IMMUNISATION (PEV)

Le groupe cible des enfants âgés de moins de 1 an est de 3,49 % de la population de l'aire de santé (=population x 3,49 % / 12). Le nombre de grossesses prévues dans l'aire de desservie est de 4% % (=population x 4 % / 12).

| Type de vaccin | Nombre vacciné au trimestre précédent | Cible trimestrielle | % atteint au trimestre précédent | % à atteindre au trimestre suivant |
|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| BCG | | | | |
| PENTA 3 | | | | |
| VAR | | | | |
| VAA | | | | |
| ROTAVIRUS | | | | |
| VAT 2+ | | | | |
| Enfants complètement vaccinés | | | | |

- Quels sont les problèmes relatifs à l'immunisation dans votre Aire de Santé?

.....

- Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre et les ressources à mobiliser ?

.....

- De quelles ressources supplémentaires avez-vous besoin pour atteindre cette cible (UNICEF, OMS, etc...)

.....

VII. DISTRIBUTION VIT A (enfants entre 6 et 59 mois)

CONSULTATIONS PRE SCOLAIRES (enfants entre 12 et 59 mois)

Calculez le nombre d'enfants dans l'âge de 6 – 59 mois, qui doivent recevoir chaque mois une capsule de Vit A dans votre aire de santé ? (**Cible = population x 16.9 % / 12 x 2 caps x 90%**)

- Quelles stratégies vous comptez appliquer pour les atteindre ? Visites aux écoles, visites dans les villages, etc.

.....

.....

Calcule le nombre d'enfants chaque mois qui ont terminé 15 visites standards des consultations préscolaires dans l'âge de 6 mois et 23 mois (**Cible = population x 5.4% / 15 / 12**)

- Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre et les ressources à mobiliser ?

.....

.....

.....

VIII. **DISTRIBUTION DES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES D'INSECTICIDE**

Considérez que la cible pour la couverture de moustiquaires pour la population est de 70 % dans votre aire de santé, combien de moustiquaires vous devez distribuer par mois ? (= Population de l'aire de santé / 5 ans / 12 mois / 1,5 personnes³²).

- Quel était le taux de couverture pour l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide au cours du trimestre passé dans votre aire de santé ? (= Nombre de moustiquaires distribuées pendant le dernier trimestre / (Population de l'aire de santé / 4 trimestres / 5 ans / 1,5 personnes) =%
- Quels sont les problèmes liés à la distribution des moustiquaires imprégnés d'insecticide dans votre aire de santé ?

.....

.....

.....

- Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre et les ressources à mobiliser ?

.....

.....

- Où vous pensez acheter les moustiquaires ?

.....

.....

IX. **LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE**

- Quelles sont les cibles mensuelles de dépistage des tuberculeux BAAR + (= **population / 100.000 x 87 / 12**) et de prise en charge des tuberculeux (= **population / 100.000 x 87 / 12 x 60% (40% au Hôpital)**) dans votre aire de santé ?

³²On estime qu'une moustiquaire est utilisée par un utilisateur pendant 3 ans et qu'une moustiquaire est utilisée en moyenne par 1,5 personne – couple, mère avec son enfants.

✓ Dépistage

✓ Prise en charge

- Quels sont les problèmes relatifs au dépistage et prise en charge de TBC dans votre Aire de Santé?

.....
.....

- Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre et les ressources à mobiliser ?

-

X. NOUVELLES LATRINES CONSTRUITES

- Quelle est la cible mensuelle pour les latrines construites et/ou améliorées dans votre aire de santé **(Population / 6 personnes par ménage / 12 mois / 3 ans) ?**

.....

- Quels sont les problèmes relatifs à l'amélioration et la construction des latrines dans votre Aire de Santé?

.....
.....

- Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre et les ressources à mobiliser ?

-

XI. ESPACEMENT DES NAISSANCES

- Quelle est la cible mensuelle des couples (femmes) qui utilisent des méthodes orales et injectable dans votre aire de santé si on prend comme cible 23% de la population ?

.....

(=Nouvelles + anciennes utilisatrices = population x 21 % / 12 x 23% x 4 x 80% (20% niveaux GHR))

- Combien de cas d'espacement des naissances vous pensez pouvoir atteindre par mois durant le nouveau trimestre ?

- Quels sont les problèmes relatifs à l'espacement de naissances (orales & injectables) dans votre Aire de Santé?

-
.....
- *Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre et les ressources à mobiliser ?*

Recruter des infirmières additionnelles, collaboration avec les ONG locales, stratégies avancées, sous contrats privés, utiliser le relais communautaires, faire plaidoyer chez les autorités politico administratives, leaders d'opinion, églises, bien expliquer effets secondaires

.....
.....

- *Où vous pensez obtenir des intrants pour la PF?*

Comment pensez-vous commencer le programme des implants, et des DIU dans votre Aire de Santé ?

.....
.....

Quelles sont les stratégies pour les interventions chirurgicales de la PF (ligature des trompes, vasectomie) dans la zone en collaboration avec les hôpitaux de district?

.....
.....

XII. CONSULTATIONS PRENATALES

- *Quelle est la cible mensuelle des consultations prénatales nouvelles inscrites pour atteindre la cible de 90% (= **population x 4 % / 12 x 90%**) ?*
- *Calculez le nombre de consultations prénatales visites standard par mois pour atteindre le cible que 70% des femmes enceintes qui visitent au moins 3 fois les consultations standard (= **population 4 % / 12 x 3 x 70%**)?*
- *Quels sont les problèmes que rencontre le personnel médical en rapport avec les consultations prénatales effectuées dans votre aire de santé ?*

.....
.....

- *Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre et les ressources à mobiliser ?*

.....
.....

XIII. ACCOUCHEMENTS ET AVORTEMENTS

- Calculez le taux de couverture d'accouchements assisté pour le trimestre passé (**=nombre d'accouchements réalisés / population x 4% / 12 mois**) ? %
- Quelle est la cible pour les accouchements assistés dans votre aire de santé (**=population x 4% / 12 mois**) ?
- Quels sont les problèmes relatifs aux accouchements assistés par le personnel qualifié dans votre aire de santé ?

.....
.....

Faites une analyse des facteurs comme la disponibilité de personnel qualifié en permanence, salle d'accouchement propre et garantissant la confidentialité, équipement (table d'accouchement, boîte d'accouchement, ventouse, aspirateur, stéthoscope obstétrical, fil de cordon, fil de suture), conditions d'hygiène (gants, tablier plastique, produits de désinfection), conditions d'hospitalisation (espace, ventilation, moustiquaire), existence d'un partogramme et utilisation correcte.

.....
.....

- Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre et les ressources à mobiliser ?

Augmenter le personnel qualifiés, acheter des équipements médicaux et/ou de nettoyage, réhabilitation d'infrastructure, faire une formation du personnel, ouvrir une nouvelle maternité, etc.

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

- Quels sont les problèmes concernant les avortements dangereux dans votre aire de santé ?

Cas de décès maternel après des avortements clandestins, cas de grossesse après viol, manque d'aces aux avortements sans risque ?

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

- Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre et les ressources à mobiliser ?

.....

XIV. DEPISTAGE CONSEIL DU VIH INITIE PAR LE PRESTATAIRE

- Quelle est la cible pour votre aire de santé (= population x% / 12 mois x 90%) ?

.....

- Quel est le nombre moyen de personnes conseillées mensuellement dans votre CDV ?

.....

- Quel est le nombre moyen de personnes dépistées mensuellement dans votre CDV.....

- Quels sont les problèmes que rencontre le personnel médical pour le conseil et dépistage volontaire du VIH/sida dans votre aire de santé ?

.....

- Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre et les ressources à mobiliser ?

.....

- Quelle cible de dépistage vous comptez atteindre mensuellement tenant compte de ces stratégies ?.....

.....

XV. PATIENT MIS SOUS ARV ET SUIVI TOUS LES 6 MOIS

Quelle est la cible aimeriez-vous atteindre pour le prochain trimestre en rapport avec le malade sous TAR.....

.....

✓ Total prime payée au personnel d'appui du CS

=..... USD

✓ Total prime personnel (**Total A**) =..... USD

• Quel devrait être le montant raisonnable des primes mensuelles pour votre personnel ? Calculer le montant total requis pour tous les membres du personnel tenant compte du barème en vigueur dans la CSS =USD (**Total =B**)

• Quelle est la proportion de prime payée par rapport aux besoins du personnel (= **Total A/Total B x 100**)%

• Quelle est la proportion des besoins du personnel par rapport aux recettes actuels ? Part de la prime mensuelle raisonnable dans les recettes du CS = **Total B/Total recettes mensuelles x 100** :% des recettes.

| Catégories du personnel | Total personnel actuel payé par la FOSA | Salaire barémique de la ZS/ unité | Salaire moyen payé par mois (base+ PP*)/unité | Personnel proposé au recrutement pendant le semestre suivant |
|-------------------------|---|-----------------------------------|---|--|
| Médecins | | | | |
| Technicien A0 | | | | |
| Technicien A1 | | | | |
| Technicien A2 | | | | |
| Technicien A3 | | | | |
| Adm Gestionnaire | | | | |
| Comptabilité | | | | |
| Réceptionniste | | | | |
| AFR | | | | |
| Garçon / fille de salle | | | | |
| Sentinelle | | | | |
| TOTAL | | | | |

• **AUTRES RESSOURCES**

Décrire la situation concernant la disponibilité des médicaments essentiels (y inclut intrants PF et moustiquaires) et ce que vous comptez faire à ce sujet au cours de ce trimestre.

.....

• Décrire la situation concernant la disponibilité des matériels médicaux et ce que vous comptez faire à ce sujet au cours de ce trimestre

-
-
- Décrire la situation concernant la disponibilité des meubles et fournitures de bureau et ce que vous comptez faire à ce sujet au cours de ce trimestre.
-
-

- Décrire la situation concernant les bâtiments et autres infrastructures et ce que vous comptez faire à ce sujet au cours de ce trimestre.
-
-

XXIII. PLANIFICATION FINANCIERE

Estimer les besoins financiers du centre de santé sur la base de votre stratégie et des propositions d'amélioration.

| Catégories de recettes | Recettes du trimestre passé | Recettes prévisionnelles du trimestre en cours |
|---|-----------------------------|--|
| Recettes du recouvrement de coûts (Propres) | | |
| Contribution Ministère de la Santé - Salaires | | |
| Subsides de l'EUP FBP | | |
| Contribution d'autres bailleurs | | |
| Frais de fonctionnement (MSP) | | |
| Autres recettes | | |
| TOTAL | | |

| Catégorie des dépenses | Dépenses du trimestre Passé | Dépenses prévisionnelles du trimestre en cours |
|--|-----------------------------|--|
| Achat médicaments et équipements médicaux | | |
| Prime du personnel | | |
| Dépenses d'investissement (Infrastructures, réhabilitation et équipements) | | |
| Dépenses de fonctionnement (fournitures de bureau, entretien, transport,...) | | |
| Paiement subside de sous contrat (aux PS ou dispensaire sous contracté) | | |
| Autres dépenses | | |
| TOTAL | | |

Montrer ici les principales réalisations de votre formation sanitaire au cours du trimestre passé en rapport avec ce qui était prévu comme stratégies dans votre plan d'action

| | |
|---|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |

Liste des participants à l'élaboration du plan de mangement

| N° | Noms et post-noms | Fonction | Signature |
|----|-------------------|----------|-----------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

Fait à.....le /..... /20....

Le Président du CODESA

Nom :

Signature :

Le Chef du CS

Nom :

Signature :

Noms, Signatures et sceau (après défense et adoption):

Pour Agence

Le Coordinateur ou son délégué

Pour L'ECZS

Le Médecin Chef de Zone

Le MSP teste une nouvelle approche pour aider les plus pauvres des pauvres d'accéder aux soins médicaux de bonne qualité dans le programme FBP. Ce nouveau programme permettra aux formations sanitaires de classer jusqu'à 10% des consultations curatives du mois passé, à être classés sous la rubrique «nouvelle consultation par un patient indigent» (au Centre de Santé) ou «journée d'admission d'un indigent patient » (à l'hôpital général de référence).

La formation sanitaire est autorisée à demander un remboursement plus élevé (selon les barèmes en vigueur) pour cette catégorie de soins, dans les conditions suivantes :

1. Le patient est en effet très pauvre ;
2. Le nombre total par mois est limitée à 10% du total des nouvelles consultations du mois passé ;
3. Pour l'Hôpital général une règle spéciale supplémentaire s'applique :
 - a. Pour admissions, jusqu'à un total de 7 jours, l' HGR peut réclamer des frais à une telle catégorie pour chaque jour d'admission ; (entre 7 et 10 jours subventionnement croisé du soin par des autres sources de revenus)
 - b. Au-delà de 10 jours, l' HGR peut réclamer des frais à une telle catégorie pour chaque jour supplémentaire jusqu'à cinq jours ;
 - c. Au-delà de 15 jours, l'HGR devra contacter le vérificateur de l'EUP désignée pour discuter de cette question.
4. Il y a un Comité des Indigents fonctionnel qui supervise régulièrement l'identification correcte des plus pauvres parmi les pauvres ;
5. Le contrat d'achat avec l'EUP est valable (ca dépend aussi de l'utilisation correcte de cette catégorie);
6. La formation sanitaire continue d'offrir des soins de qualité pour ces indigents, tout comme pour n'importe quel autre patient (tel que mesuré par la check liste de la qualité et documentées dans le plan de management);
7. Si les soins pour l'indigent individuel dépasse la subvention négociée pour cette catégorie, c'est l'établissement de santé s'engage à subventionner les soins pour cette personne indigente, d'autres sources de revenus.

Le but du Comité d'indigent est :

- D'identifier sur base d'un critérium validé par le CPP tous les indigents de la ZS et leur octroyer un voucher pour leur prise en charge en cas de besoin
- De soumettre la liste des personnes identifiées pour validation auprès du COGE

- De s'assurer que la catégorie «nouvelle consultation par un malade indigent » (Centre de santé) ou «journee d'admission d'un malade indigent » (Hôpital General) est utilisé uniquement par les plus pauvres des pauvres ;
- De promouvoir et sensibiliser la communauté locale de ce mécanisme d'assistance aux plus pauvres des pauvres ;
- De résoudre les problèmes qui peuvent survenir avec ce mécanisme d'assistance.

Les règles intérieures du Comité indigents sont :

- Les membres du Comité Indigent (CI) sont nommés par le CODESA ;
- Les membres du Comité Indigent au niveau du Centre de Santé sont (4) :
 - Un président : un membre respecté de la communauté locale ; (non liée à un membre du personnel du centre de santé, pas un membre du CODESA)
 - Un secrétaire (membre du CODESA)
 - Deux membres (nommés par la communauté locale ; non liée à un membre du personnel du centre de santé, pas un membre du CODESA)
- Sexe : le C.I devrait être composé d'au moins 50% de femmes. Une meilleure représentativité des femmes est souhaitable ; une plus forte représentativité des hommes n'est pas admissible (par exemple : 2 femmes et 2 hommes sont acceptables ; 3 ou 4 femmes sont souhaitables, 3 hommes ou plus ne sont pas autorisées)

Ses produits sont les suivants :

- Le CI doit se réunir au moins une fois par mois et examiner et approuver l'application de la «catégorie de paiement indigent »;
- Procès-verbaux doivent être consignés dans un registre et signés par les participants et datés ;
- Leur rapport devrait figurer dans les délibérations du CODESA

VERIFICATION COMMUNAUTAIRE ACTIVITE

Vérificateur :

A. Partie remplie par le vérificateur

Année : Trimestre : ZS : Association locale :

CS :

DONNEES D'IDENTIFICATION

| N°/Reg | Noms et Post-nom | Sexe | Groupement | Village | Chef de famille |
|--------|------------------|------|------------|---------|-----------------|
| | | | | | |

B. Partie remplie par l'enquêteur (Encerclez le numéro de la réponse ou remplir les pointillés) Date de l'enquête, le...../...../20....

1° Confirmation de l'existence

| N° | Questions | Variables |
|----|---|--|
| 1 | Est-ce que la personne existe ? | 1. Oui 2. Non |
| 2 | Si Oui, son existence a été confirmée par qui ? | 1. Par le chef du village ; 2. Par le Chef de localité ; 3. Par un membre de la famille ; 4. Par un voisin ; 5. Directement par le patient ou le parent. |
| 3 | Quel âge a-t-elle ? | ans |

2° Interview (Si la personne existe, l'interview avec la personne ou un membre de son ménage)

| N | Questions | Variables |
|---|---|--|
| 1 | Est-ce que la personne (ou le membre du ménage) peut confirmer une visite à la structure de santé ? | 1. Oui ; <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> |
| 2 | Nom de la structure | |
| 3 | Si Oui, est-ce que la personne a un carnet de consultation ? | 1. Oui ; <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> |
| 4 | Si Oui, la dernière visite a eu lieu quand ? | Le..... /...../201... |

| N | Questions | Variables |
|----|--|--|
| 5 | Comment a été l'accueil? | 1. Bon ; <input type="text"/> 2. Mauvais <input type="text"/> |
| 6 | Comment jugez-vous le temps mis avant d'être reçu ? | 1. Raisonnable ; <input type="text"/> 2. Trop long <input type="text"/> |
| 7 | Combien avez-vous payé? | Fc |
| 8 | Comment avez-vous apprécié ce paiement ? | 1. Raisonnable ; <input type="text"/> 2. Cher <input type="text"/> |
| 9 | Etiez-vous satisfait de la prestation fournie ? | 1. Oui ; <input type="text"/> 2. Non <input type="text"/> |
| 10 | Combien des jours avez-vous passé dans la structure de santé ? | jours |
| 11 | Avez-vous eu les médicaments du CS ou une ordonnance ? | 1 Médicament <input type="text"/> 2. Ordonnance <input type="text"/> |
| 12 | Avez-vous un commentaire ou des suggestions pour l'amélioration de service de notre structure ? | |

Nom et prénom de l'enquêteur

Date

Signature

**FICHE D'ECHANTILLONNAGE DES PATIENTS CHOISIS AU HASARD POUR LES VERIFICATIONS
COMMUNAUTAIRES/ENQUETES DE SATISFACTION DANS LES CENTRE DE SANTE**

PERIODE D'ECHANTILLONNAGE : 90 JOURS QUI PRECEDENT LA DATE DE TIRAGE AU SORT.

Aire de santé de.....Zone de santé.....

Nom Vérificateur.....

Date du tirage au sort de l'échantillon.....

DONNEES DE CONSULTATIONS EXTERNES CODE : C/O10

| ECH | Date | N° | Nom | Post nom | Age | Sexe | Groupe ment/ Commune | Village/Quartier/Avenue | Chef de famille | A | HA | HZ | Examens de labo |
|-----|------|----|-----|----------|-----|------|-------------------------|-------------------------|--------------------|---|----|----|--------------------|
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |

DONNEES DE PLANIFICATION FAMILIALE CODE : P/017

| Ech. | Date | N° | Nom et post nom | Age | Méthode Utilisée | Groupe ment/ Commune | Village/Quartier/Avenue | Chef de famille |
|------|------|----|--------------------|-----|---------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |

DONNEES DES FEMMES QUI ONT ACCOUCHE CODE : A/016

| ECH | N° | Nom | Post nom | Age | Groupe ment/ Commune | Village/Quartier/Avenue | Chef de famille | Date de nais de l'enfant | Sexe d'enfant | Jour d'Hosp |
|-----|----|-----|----------|-----|-------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------------------|------------------|----------------|
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |

DONNEES DES ACHETEURS DE MOUSTIQUAIRE CODE : M/014

| ECH | Date | N° | Nom | Post nom | Groupement/ Commune | Village/Quartier/Avenue | Chef de famille | Nbre de Moustiq | Prix Unitaire |
|-----|------|----|-----|----------|------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| 1 | | | | | | | | | FC: |
| 2 | | | | | | | | | FC: |
| 3 | | | | | | | | | FC: |
| 4 | | | | | | | | | FC: |
| 5 | | | | | | | | | FC: |

DONNEES DES FEMMES QUI ONT SUIVI LA CPN CODE : W/015

| ECH | N° | Nom | Post nom | Age | Groupement/ Commune | Village/Quartier/Avenue | Chef de famille | Nombre de grossesses (inclure grossesse actuelle) |
|-----|----|-----|----------|-----|------------------------|-------------------------|-----------------|---|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |

DONNEES D'IDENTIFICATION DES PATIENTS GRAVES REFERES CODE : R/013

| ECH | N° | Nom | Prénom | Age | Sexe | Groupement/ Commune | Village/Quartier/Avenue | Date de référence | Motif et lieu de la référence |
|-----|----|-----|--------|-----|------|------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------------|
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |

ENFANTS COMPLETEMENT VACCINÉS**CODE : V/012**

| ECH | No. du registre | Nom de l'enfant | Nom du père | Nom de la mère | Groupement/ Commune | Village/Quartier/Avenue (préciser l'adresse ex à côté de l'église...) | Date de réception du VAR et VAA | Date de naissance |
|-----|-----------------|-----------------|-------------|----------------|---------------------|---|---------------------------------|-------------------|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |

| 1 GRILLE D'ÉVALUATION INDIVIDUELLE DU PERSONNEL DES CENTRES DE SANTÉ ET HÔPITAUX DE ZONE DE SANTÉ | | | | | | |
|--|---|---|---|---|------------|-----------------|
| CRITÈRES | Cotation 0 = 0% des points sur le critère | Cotation 1 = 30% des points sur le critère | Cotation 2 = 60% des points sur le critère | Cotation 3 = 100% des points sur le critère | Max | Cotation |
| Conscience professionnelle incluant les notions de: (20 points) | | | | | | |
| Ponctualité | est arrivé en retard plus de 7 fois/mois | est arrivé en retard 4 à 7 fois/mois | est arrivé quelques fois en retard 1 à 3 fois/mois | n'est jamais arrivé en retard | 8 | |
| Disponibilité | a été absent de son poste plus de 7 fois/mois sans motif connu. | a été souvent absent de son poste d'attache sans motif connu (4 à 7 fois/mois) | a été quelques fois absent de son poste d'attache sans motif connu (1 à 3 fois/mois) | n'a jamais été absent de son poste de travail sans motif connu | 7 | |
| Tenue de travail | non souvent portée au poste de travail (plus de 4 fois/mois) | non portée quelque fois au poste de travail (1 à 4 fois/mois) | tenue toujours portée mais négligée (sale ou déchiré ou non repassée) | tenue toujours portée et soignée (lavée, repassée et non déchirée) | 5 | |
| 2 Esprit d'équipe incluant les notions de : (30 points) | | | | | | |
| Relations interpersonnelles | a été le plus souvent en conflit avec les collègues (rapporté plus de 4 fois/trimestre à la hiérarchie) | a été quelques fois en conflit avec des collègues rapporté à la hiérarchie (2 à 4 fois/trimestre) | a été parfois en conflit avec les collègues (rapporté 1 fois/trimestre) | n'a jamais été en conflit avec des collègues | 8 | |
| Sens de coopération et collaboration | à très souvent refusé de donner l'assistance et/ expertise aux collègues (plus de 4 fois/mois) | a souvent refusé de donner assistance et/ou expertise aux collègues (2 à 3 fois/mois) | a parfois refusé de donner l'assistance et/ou expertise aux collègues (1 fois/mois) | n'a jamais refusé de donner l'assistance et/expertise aux collègues | 8 | |
| Dévouement | a plusieurs fois abandonné le travail (non terminé) sans relève sous prétexte que | a souvent abandonné le travail (non terminé) sans relève sous prétexte que les heures de travail sont terminées (4 à 7 fois/mois) | a parfois abandonné le travail (non terminé) sans relève sous prétexte que les heures de travail sont terminées (1 à 3 fois/mois) | n'a jamais abandonné le travail (non terminé) sans relève sous prétexte que les heures de | 8 | |

| | | | | | | | |
|----------|---|---|---|--|---|----|--|
| | | les heures de service sont terminées (≥8 fois/mois) | | | service sont terminées | | |
| | Initiative | n'a jamais accompli un travail supplémentaire sous prétexte qu'il n'a pas de temps matériel | a toujours attendu les ordres de la hiérarchie pour accomplir au moins un travail supplémentaire | a toujours commencé un travail supplémentaire sans terminer | a accompli au moins un travail supplémentaire sans attendre les ordres de la hiérarchie | 6 | |
| 3 | Compétences techniques et adaptabilité dans le travail : (40 points) | | | | | | |
| | Organisation | ne dispose jamais d'un plan journalier d'activités (constat lors de chaque supervision interne) | ne dispose pas toujours d'un plan journalier d'activités lors de supervisions internes | dispose d'un plan journalier d'activités non suivi lors de supervisions internes | dispose toujours d'un plan d'activités respecté lors de supervisions internes | 10 | |
| | Qualité du travail | ne respecte jamais les normes spécifiques à ses taches (selon le rapport de supervisions internes) | Change les normes spécifiques à ses taches (constat fait 2 fois/trimestre lors de la supervision interne) | ne respecte pas toujours les normes spécifiques à ses taches (constat fait au moins 1 fois lors de la supervision interne) | respecte toujours les normes spécifiques à ses taches | 15 | |
| | Quantité du travail | ne termine jamais les taches définies dans son plan journalier d'activités (constat lors de chaque supervision interne) | ne termine pas souvent les taches définies dans son plan journalier d'activités (3 fois/trimestre) | ne termine pas toujours les taches définies dans son plan journalier d'activités (1 fois/trimestre) | termine toujours les taches définies dans son plan journalier d'activités | 15 | |
| 4 | Volonté de développement personnel : (10 points) | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|-----|--|
| | Prise en compte des recommandations des supervisions internes et externes précédentes | ne tiens jamais compte des recommandations reçues lors des supervisions internes et externes précédentes (constat lors de chaque supervision interne et externe) plus de 2 fois/trimestre | ne tiens pas toujours compte des recommandations reçues lors des supervisions internes et externes précédentes (constat 2 fois/trimestre) | tiens compte par fois des recommandations reçues lors des supervisions internes et externes précédentes (constat 1 fois/trimestre) | tiens toujours compte des recommandations reçues lors des supervisions internes et externes précédentes | 10 | |
| | | | | | TOTAL DES POINTS | 100 | |
| | Participation aux résultats et à la performance du trimestre | | | | | | |
| 5 | Participation aux résultats et à la performance du trimestre par la présence au service pendant les jours ouvrables au cours de trois (3) mois évalués. NB: il s'agit ici de considérer les jours ouvrables effectivement travaillés sans tenir compte d'absence au service (congé, maladie, suspension disciplinaire...), sauf les jours de récupération qui, par compensation, sont considérés comme des jours prestés. | | | Nombre de jours ouvrables(N)= | | | |
| | Résultat de l'évaluation individuelle trimestrielle= (Total de la colonne cotation de 1 à 8)*P | | | | | | |

Annexe 24 : Cadre de performance de la DEP-santé

| N° | Activités | Sources de vérification | Indicateurs et Critères d'évaluation | Indication pour la cotation | Poids de l'activité | Côte obtenue |
|----|---|--|--|--|---------------------|--------------|
| 1 | Élaboration et exécution du plan de travail trimestriel/plan de management de la DEP intégré reprenant les missions de la DEP | Rapport d'évaluation du plan de travail trimestriel/plan de management Plan de travail intégré diffusé à tous. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Existence du Plan de travail trimestriel cohérent avec le plan d'action de la DEP validé par le SG (Ce plan inclut toutes les activités de coordination du projet avec des deadlines précis) 2. Existence d'un rapport d'évaluation du plan de travail trimestriel passé 3. Évaluation réalisée au plus tard le 10 du premier mois du nouveau trimestre, 4. Plus de 80% des activités du plan sont réalisées | <p>Si critères 1 et 2 manquent=0</p> <p>Chaque critère=10</p> | 40 | |
| 2 | Préparation et participation aux réunions de coordination des projets | Compte rendu de la réunion de coordination Documents préparatoires des réunions de coordination | <ol style="list-style-type: none"> 1. Existence d'un compte rendu de la réunion Coordination des projets, 2. Existence de compte rendu d'au moins une réunion préparatoire de coordination (secrétariat technique ou Commission) 3. Goulots d'étranglements liés aux projets analysés à la réunion préparatoire, 4. Décisions pertinentes prises au sujet des problèmes liés aux projets ancrés à la DEP-santé | <p>Si critères 1 et 2 manquent=0 ;</p> <p>Chaque critère = 5</p> | 20 | |

| N° | Activités | Sources de vérification | Indicateurs et Critères d'évaluation | Indication pour la cotation | Poids de l'activité | Côte obtenue |
|----|---|---|--|---|---------------------|--------------|
| 3 | Gestion financière et comptable au sein de la DEP correcte et conforme aux bonnes pratiques | Livres de caisse et de banque, bons de sortie, bon d'entrée de caisse, fiches de stock, registres (fiches) d'inventaire, PV de contrôle de caisse, pièces justificatives des dépenses, budget DPS, Fichier CSDMT DPS, Manuel des procédures de la DPS | <ol style="list-style-type: none"> 1. Les livres de banque complets et à jour 2. Les livres de caisse (une caisse par compte) complet et à jour 3. Les dépenses donnent lieu à un document d'autorisation de dépense 4. Les recettes donnent lieu à un document d'enregistrement de recette 5. Le rapprochement bancaire mensuel est effectué 6. Le classement des pièces comptables est correct (numérotation en continu + classement chronologique) 7. Le suivi régulier de la caisse (inventaire de caisse) est au moins mensuel [procès-verbal signé] 8. Fichiers de suivi des dettes et des créances à jour 9. Rapport financier mensuel disponible et correct, 10. Transparence des financements des partenaires | <p>Tous les critères remplis=10</p> <p>Chaque critère=2</p> | 20 | |

| N° | Activités | Sources de vérification | Indicateurs et Critères d'évaluation | Indication pour la cotation | Poids de l'activité | Côte obtenue |
|----|--|--|---|------------------------------|---------------------|--------------|
| 4 | Autorise les paiements dans vers les formations sanitaires | Preuve d'autorisation de paiement | Les paiements des formations sanitaires sont faits dans le délai après validation des factures par les commissions financement/CP FBP | Le critère compte 14 | 14 | |
| 5 | Disposer d'un plan des études dans le cadre du projet | Plan de mise en œuvre des différentes études | <ol style="list-style-type: none"> 1. Existence du Plan des différentes études validé par le SG 2. Existence d'un rapport d'évaluation du plan de travail trimestriel passé 3. Les différents rapports sur les études existent | Chaque critère compte pour 2 | 6 | |
| | Total | | | | 100 | |

| N° | Prestation/Indicateur | Source de données primaires/secondaires | Indicateurs composites/critères de validation | Côte Obtenu |
|----|---|--|--|-------------|
| 1 | Compilation régulière de données SNIS issues du DHIS2 | Rapport SNIS trimestriel | <p>Compilation régulière de données, sur une base trimestrielle.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Critère 1: pour chaque trimestre un rapport est produit sur le dernier trimestre. • Critère 2: une copie de ce rapport est partagée avec la DEP-santé et la CT-FBR/MSP • Critère 3: le rapport décrit les données SNIS pour l'ensemble du pays • Critère 4: le rapport contient une section avec une analyse critique de l'intégralité des données et des résultats. • Critère 5: Une analyse est faite entre ces données du DHIS2 et celle du portail WEB <p>Chaque critère correspond à 2 point. Total des 10 points.</p> | 10 |
| 2 | Analyse régulière des tendances de prestations du PMA et du PCA | Rapport sur l'analyse de prestations du PMA et PCA | <p>Analyse régulière des résultats PMA et de PCA. Une fois par trimestre, un rapport est présenté au SG, à la DEP-santé et à la CT-FBR/MSP qui met l'accent sur la tendance - analyse pour les prestations contractuelles</p> <p>En plus de ces services de base, trois services supplémentaires sont analysés (choix au SNIS), mais ils sont différents des trois analysés dans le rapport trimestriel précédent.</p> <p>Pour le PCA analyse des tendances des prestations contractuelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Critère 1 : rapport sur les prestations est produit et partagé avec la DEP- | 25 |

| N° | Prestation/Indicateur | Source de données primaires/secondaires | Indicateurs composites/critères de validation | Côte Obtenu |
|----|--|--|--|-------------|
| | | | <p>santé avant le 7e jour du deuxième mois suivant le trimestre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Critère 2 : Un feedback est envoyé aux provinces <p>Score tout ou rien.</p> | |
| 3 | Analyse régulière de la tendance des scores de la qualité des soins | Rapport sur les scores qualité des formations sanitaires | <p>Une analyse régulière de la qualité des formations sanitaires FBP. Une fois par trimestre, un rapport est partagé avec la DEP-santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Critère: rapport contient une analyse des tendances des performances de qualité des structures de santé. • Critère : des feedbacks sont envoyés aux provinces <p>Score tout ou rien.</p> | 10 |
| 4 | Formation et renforcement des capacités en fonction des besoins exprimés | Rapports de formation Liste de présence | <p>La formation régulière des DPS selon les besoins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Critère1 : Existence d'un plan trimestriel de renforcement des capacités • Critère2: au moins une formation par trimestre est prévue et assurée • Critère 3: rapport de formation disponible, y compris pré et post tests, la liste des participants et le contenu de la formation. <p>Score tout ou rien.</p> | 10 |
| 6 | Participation aux réunions de la commission financement | Comptes rendus de la commission Liste de présence | <p>Participation chaque deux mois aux réunions de la commission, par au moins un membre clé de la division,</p> <p>Critère: Pour toutes les réunions de l'équipe élargie tenues au cours du dernier trimestre, le SNIS/MSP avait une participation de 100%</p> | 5 |

| N° | Prestation/Indicateur | Source de données primaires/secondaires | Indicateurs composites/critères de validation | Côte Obtenu |
|----------------------|---|--|---|-------------|
| | | | Score tout ou rien. | |
| 8 | Secrétariat pour la commission de gestion de base de données du portail web | Comptes rendus de la réunion de la commission de gestion de la BDD-FBP Liste de présence | (au moins) une fois par trimestre une réunion du comité de gestion de base de données de la FBP. <ul style="list-style-type: none"> • Critère 1: CR disponibles qui comprennent la liste des participants signée. • Critère 2 : Point focal de la CT-FBP Focal était présent. Score tout ou rien. | 25 |
| 9 | Secrétariat pour la commission éditoriale de l'application web FBP | Comptes rendus de la réunion de la commission éditoriale de l'application web FBP Liste de présence | (au moins) une fois par mois réunion du comité de rédaction de l'application FBP web-application, point focal de la CT-FBP était présent. Score tout ou rien. | 10 |
| 10 | Promotion de la recherche opérationnelle | Protocole de recherche Plan de recherche avec liste des thèmes | Présence des plans de recherche avec les domaines de recherche et des stratégies de renforcement des capacités des structures à différents niveaux de la pyramide sanitaire Critère 1 : organiser au moins une session de formation dans le trimestre Critère2 : Pour chaque recherche opérationnelle initiée et réalisée, impliquer à différents niveaux les acteurs concernés | 5 |
| Maximum : 100 Points | | | | |
| Total obtenu | | | | |

Annexe 26 : Cadre de performance de la CAGF/MSP

À développer après validation des discussions en cours

Annexe 27 : Cadre de performance de la CGPMP

À développer après validation des discussions en cours

Annexe 28 : Cade de performance de la CT-FBR

| N° | Activités | Sources de vérification | Indicateurs et Critères d'évaluation | Indication pour la cotation | Poids de l'activité | Côte obtenue |
|----|---|---|---|--|---------------------|--------------|
| 1 | Élaboration et exécution du plan de travail trimestriel/plan de management de la CT-FBR | Plan de travail validé par le SG et diffusé aux partenaires Rapport d'évaluation du plan de travail trimestriel/plan de management | (1) Existence du Plan de travail trimestriel cohérent avec les missions de la CT-FBR (2) Existence d'un rapport d'évaluation du plan de travail du trimestre passé (3) Évaluation réalisée au plus tard le 10 du premier mois du nouveau trimestre, (4) Taux de réalisation des activités du plan (10 pts si taux égal ou supérieur à 80%, sinon les points attribués au prorata du taux de réalisation des activités planifiés) NB : Les activités non réalisées pour des raisons non liées à la CT-FBR ne sont pas prises en compte. | Si critères 1 et/ou 2 manquent=0 Chaque critère=2.5 (max 10 points) | 10 | |
| 2 | Organisation des réunions trimestrielles de coordination des projets FBR avec les PTF | Invitation, liste des invités et ordre du jour Comptes rendus des réunions trimestrielles de coordination des projets FBR | Critère 1 : Liste de présence des participants aux réunions trimestrielles de coordination des projets FBR Critère 2: compte rendu des réunions disponible et distribué dans les 4 jours ouvrables après la réunion (date courrier électronique). | Chaque critère=2 sauf le dernier critère 5 | 11 | |

| N° | Activités | Sources de vérification | Indicateurs et Critères d'évaluation | Indication pour la cotation | Poids de l'activité | Côte obtenue |
|----|---|--|--|-----------------------------|---------------------|--------------|
| | | | <p>Critère 3: Compte rendu amendé et publié sur le portail web FBR public endéans 9 jours ouvrables après la tenue de la réunion</p> <p>Critère 4: Taux de réalisation des recommandations formulées à la CT-FBR lors de la réunion trimestrielle précédente (4 pts si taux égal ou supérieur à 80%, sinon les points attribués au prorata du taux de réalisation des recommandations formulées) NB : Les activités non réalisées pour des raisons non liées à la CT-FBR ne sont prises en compte)</p> | | | |
| 3 | Réunion trimestrielle de monitoring des données FBR par le comité de gestion du portail Web | <p>Invitation, liste des invités et ordre du jour</p> <p>Site web public FBP</p> <p>Comptes rendus de la réunion du comité de gestion du portail Web</p> | <p>Critère 1 : Liste de présence des participants à la réunion du comité de gestion du portail Web pour le monitoring des données FBR</p> <p>Critère 2: CR du comité de gestion du portail Web est disponible et transmis au secrétaire général avec copie aux partenaires dans les 7 jours ouvrables (date courrier électronique)</p> <p>Critère 3 : Les données FBR sont publiées sur le portail Web FBR public au cours du trimestre</p> | Chaque critère=3 | 9 | |
| 4 | Rapportage trimestriel des | Rapport diffusé avant le 15 du | (i) Rapport élaboré selon le canevas convenu | Chaque critère | 5 | |

| N° | Activités | Sources de vérification | Indicateurs et Critères d'évaluation | Indication pour la cotation | Poids de l'activité | Côte obtenue |
|----|--|---|--|--|---------------------|--------------|
| | activités de la CT-FBR dans le cadre de la mise en œuvre du FBR | mois qui suit le trimestre prochain | (ii) Rapport est transmis au secrétaire général avant le 15 du mois qui suit le trimestre prochain (date courrier électronique). | compte 2.5 | | |
| 5 | Réunions mensuelles de services tenues dans la période | CR des réunions de service de la CT-FBR | <p>Critère 1: Listes de présence des participants aux réunions mensuelles de services tenues</p> <p>Critère 2: compte rendu disponible des réunions mensuelles de services tenus.</p> <p>Critère 3: Taux de réalisation des recommandations formulées lors de la réunion précédente à la CT-FBR lors de la réunion mensuelle (5 pts si taux égal ou supérieur à 80%, sinon les points attribués au prorata du taux de réalisation des activités planifiés)</p> | <p>Pour une réunion 5 points ;</p> <p>Chaque critère=2 sauf le dernier critère qui compte 3 (max 3 réunions ; max 15 points)</p> | 15 | |
| 6 | Accompagnement semestriel des structures contractantes du niveau central (Directions, programmes et cellules) dans la mise en œuvre du FBR | Rapport des missions | <p>Critère 1: Termes de référence de la mission élaboré</p> <p>Critère 2 : Ordres de missions signé par l'autorité compétente</p> <p>Critère 3 : Rapport des missions transmis au Secrétaire Général avec copie aux structures contractantes.</p> | Chaque critère= 5 | 10 | |
| 7 | Accompagnement semestriel des DPS dans la mise en œuvre du FBR | Rapport des missions | <p>Critère 1: Termes de référence de la mission élaborés</p> <p>Critère 2 : Ordre des missions signé par l'autorité compétente</p> | <p>Pour chaque mission 10 points</p> <p>Chaque critère= 2,5 sauf le</p> | 40 | |

| N° | Activités | Sources de vérification | Indicateurs et Critères d'évaluation | Indication pour la cotation | Poids de l'activité | Côte obtenue |
|--------------|-----------|-------------------------|--|--|---------------------|--------------|
| | | | Critère 3 : Rapport des missions transmis au Secrétaire Général avec copie aux structures contractantes. | dernier critère qui compte 5 (max 4 DPS ; une mission par DPS) | | |
| Total | | | | | 100 | |

Annexe 29 : Cadre de performance des CDR et des fournisseurs agréés par le MSP

| N° | Activités | Source de vérification | Indicateurs et critères de validation | Pondération | Côte obtenue |
|----|--|--|---|-------------|--------------|
| 0 | Autorisation d'ouverture d'un établissement pharmaceutique | Autorisation d'ouverture signée par le Ministre de la santé publique | Présence de l'autorisation d'ouverture signée | 0 | |
| 1 | Organigramme officiel de la centrale | Organigramme signé | Présence de l'organigramme signé par le PCA qui indique: 1. les positions, les noms, responsables 2. lignes de rapportage hiérarchique description des tâches écrites pour tout personnel signé par chaque personnel | 5 | |
| 2 | Conditions de stockage des médicaments | Entrepôt | Bonnes Pratiques de Stockage des médicaments : Présence de : - Thermomètre mural fonctionnel (Moins de 30°C) - Rapport mensuel prélèvement de température - Hygromètre mural fonctionnel (moins de 65%) | 5 | |

| | | | Tout ou rien | | |
|---|---|---|--|----|--|
| 3 | Proportion des médicaments achetés à travers le BCAF (FEDECAME) | Facture d'achat Bon de livraison | Sur un échantillon des 15 médicaments tirés au hasard, présenter la facture ou bon de livraison et vérifier les numéros de lot de ces produits. Pour chaque médicament acheté à travers le BCAF, le score est de 1. | 15 | |
| 4 | Disponibilité des médicaments traceurs PMA et PCA | Liste des médicaments traceurs (Voir guide des CDR) Fiche de stock Bordereau de livraison correspondant aux médicaments en stock (pour vérification du numéro de lot) | Sur base de la liste des médicaments traceurs, vérifier que l'état réel du stock au moment de la visite est égal au moins au stock minimum : ≥95% des médicaments traceurs disponibles au stock=> Score = Max. 95% et 85% des médicaments traceurs disponibles au stock =>Score= moitié. <85% des médicaments disponibles au stock Score = 0 | 20 | |
| 5 | Taux de satisfaction des commandes | Rapport trimestriel de satisfaction de commandes Bon de commande des clients Facture de commande | Critère 1 : 95-100% : maximum Critère 2 : 70-94% : 75% des points Critère 3 : 60-69% : 50% des points Critère 4 : < 60% : 0 | 20 | |
| 6 | Promptitude de livraison | Bon de commande (date) Bon de livraison (date) Bordereau d'expédition | Délai compris entre la date de commande et de livraison (Ce délai ne peut pas dépasser 15 jours). Au-delà des 15 jours, le score est nul. | 10 | |
| 7 | Disponibilité de la | Tarif | Liste de prix des | 5 | |

| | | | | | |
|--------------|--|---|---|------------|--|
| | <i>tarification des médicaments transmis à temps aux ZS</i> | | <i>médicaments pour les PMA et PCA mis à jour et transmis aux ZS sur une base trimestrielle avant le 15eme jour qui suivent le trimestre.</i> | | |
| 8 | <i>Disponibilité de la tarification des médicaments transmis à temps aux ZS</i> | <i>Tarif</i> | <i>Liste de prix des médicaments pour les PMA et PCA mis à jour et transmis aux ZS sur une base trimestrielle</i> | 5 | |
| 9 | <i>Informar la DPS et les zones de santé de la liste de disponibilité des médicaments.</i> | <i>Lettre d'information avec stock des médicaments à jour</i> | <i>Vérifier que la DPS dispose de la liste de stock envoyée par la CDR</i> | 5 | |
| 10 | <i>La CDR partage avec la DPS, les 3 tableaux de bords (financier, évaluation et de gestion)</i> | <i>Tableau de bord</i> | <i>Les 3 tableaux de bord sont transmis à la DPS avec accusé de réception</i> | 5 | |
| 11 | <i>Transmettre à la DPS le relevé des structures clientes</i> | <i>Fiche d'achat mensuel</i> | <i>Vérifier que cette fiche est transmise à temps à la DPS</i> | 5 | |
| Total | | | | 100 | |

Annexe 30 : Grille d'évaluation trimestrielle de la performance du RECO

| N° | Activités RECO | Indicateurs et critères d'évaluation | Sources de vérification | Score (pondération) | | Niveau de réalisation |
|-----|---|---|---|---------------------|---------|-----------------------|
| | | | | Attribué | Obtenu | |
| 1.1 | Actualisation du cahier de dénombrement | Données de population actualisées | - Cahier de dénombrement - Rapport de visite à domicile dans le ménage | (Max=3 points) | ... / 3 | |
| 1.2 | | - Données de population actualisées (enfants de moins de 5 ans, femme enceinte) = 1 point | | | | |
| 1.3 | | - Données de nouvelles naissances actualisées = 1 point | | | | |
| | | - Données des décès récents actualisées (enfants de moins de 5 ans, femme enceinte) = 1 point | | | | |
| 2. | Promotion des Pratiques Familiales | Suivi de la grossesse et du Post-partum | - Cahier du RECOs - Rapport de visite à domicile dans le ménage | (Max=2 points) | ... / 2 | |
| 2.1 | Essentielles (PFE) | - les visites de consultations prénatales dans les 4 premiers mois = 1 point | - Registre CPN | | | |
| 2.2 | | - les visites consultations post-natale avant le 7eme jour après l'accouchement= 1 point | - Registre CPoN | | | |
| | | Promotion des bonnes pratiques d'alimentation et de la nutrition du jeune enfant | - Cahier du RECOs - Rapport de visite à domicile dans le ménage | (Max=3 points) | ... / 3 | |
| 2.3 | | - AME = 1 point | | | | |
| 2.4 | | - Alimentation de complement = 1 point | | | | |
| 2.5 | | - MNPs = 1 point | | | | |
| 2.6 | | Disponibilité et Promotion de l'utilisation de la MILD | - Cahier du RECOs - Rapport de visite à domicile dans le ménage | (Max=3 points) | ... / 3 | |
| | | - Disponibilité de la MILD dans le ménage = 1 point | | | | |
| 2.7 | | - Utilisation de la MILD par les enfants de moins 5 ans = 1 point | | | | |
| 2.8 | | - Utilisation de la MILD par les | | | | |

| N° | Activités RECO | Indicateurs et critères d'évaluation | Sources de vérification | Score (pondération) | | Niveau de réalisation |
|------|---|--|--|---------------------|---------|-----------------------|
| | | | | Attribué | Obtenu | |
| | | femmes enceintes = 1 point | | | | |
| 2.9 | | Promotion de l'Eau Hygiène et Assainissement | - Cahier du RECOs - Rapport de visite à domicile dans le ménage | (Max=6 points) | ... / 6 | |
| | | - Promotion du lavage des mains = 1 point | | | | |
| 2.10 | | - assainissement du cadre de vie (balayer, débroussailler, drainer les eaux usées, évacuer les ordures ménagères) = 1 point | | | | |
| 2.11 | | Disponibilité de toilettes de améliorées fonctionnelles = 1 point | | | | |
| 2.12 | | - Utilisation de toilettes améliorées = 1 point | | | | |
| | | - Disponibilité de l'eau potable = 1 point | | | | |
| 2.13 | | - Bonne conservation de l'eau (stocké dans un récipient propre et couvert) = 1 point | | | | |
| 2.14 | | Promotion de la vaccination | - Cahier du RECOs - Rapport de visite à domicile dans le ménage | (Max=2 points) | ... / 2 | |
| | | - Respect du calendrier vaccinal = 1 point | | | | |
| 2.15 | | - Recherche des enfants perdus de vus = 1 point | | | | |
| 2.16 | | Promotion de l'Enregistrement des naissances | - Cahier du RECOs - Rapport de visite à domicile dans le ménage | (Max=1 points) | ... / 1 | |
| | | - Enfants de moins de 5 ans disposant du document d'extrait d'acte de naissance = 1 point | | | | |
| 3. | Promotion pour | Promotion de la Planification Familiale | - Cahier du RECOs - Rapport de visite à domicile dans le ménage | (Max=1 points) | ... / 1 | |
| 3.1 | l'utilisation des services de santé (site de soins communau | - Utilisation de méthodes contraceptives modernes (implant, DIU, Préservatifs, Pilules, dépôt..) par les femmes en âge de procréer (15-49 ans) = 1 point | | | | |
| 3.2 | taires et centres de | Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant | | | | |

| N° | Activités RECO | Indicateurs et critères d'évaluation | Sources de vérification | Score (pondération) | | Niveau de réalisation |
|-------------------|---|---|---------------------------|---------------------|-----------------|-----------------------|
| | | | | Attribué | Obtenu | |
| | santé) | - Prise en charge de la fièvre et du paludisme = 1 point | à domicile dans le ménage | | | |
| 3.3 | | - Prise en charge de la Diarrhée = 1 point | | | | |
| 3.4 | | - Prise en charge de la Pneumonie = 1 point | | | | |
| 3.5 | | - Prise en charge de la Malnutrition Aigüe Sévère = 1 point | | | | |
| 3.6 | | Promotion des Consultations Périnatales | | (Max=2 points) | ... / 2 | |
| | | - CPN1 avant 4 mois = 1 point | | | | |
| 3.7 | | - CPN2 à CPN4 = 1 point | | | | |
| 3.8 | | Promotion de l'accouchement dans les structures de santé | | (Max=1 points) | ... / 1 | |
| | | - Accouchement assisté par un personnel qualifié (Médecin, infirmier/IT, accoucheuse) dans une structure de santé = 1 point | | | | |
| 4. | Distribution et Promotion de l'utilisation des kits familiaux | Distribution et promotion de l'utilisation des kits familiaux | | (Max=2 points) | ... / 2 | |
| 4.1 | | - Kits PCIME utilisés = 1 point | | | | |
| 4.2 | | - Kits Accouchement utilisés = 1 point | | | | |
| Sous-Total | | | | 30 |/30 | |

PROTOCOLE DE VISITE A DOMICILE POUR LE RECO

Il s'agit des visites avec protocole réalisées par un relais communautaire dans un ménage axées sur les causeries éducatives portant sur les thématiques en relation avec : (i) la Promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) ; (ii) la Promotion pour l'utilisation des services de santé (site de soins communautaires et centres de santé).

Ce protocole sera appliqué, dans le cadre du financement basé sur la performance, pour examiner/vérifier les résultats obtenus par le RECO lors de sa visite mensuelle dans le ménage et apprécier le travail et le rôle du RECO au sein de sa communauté.

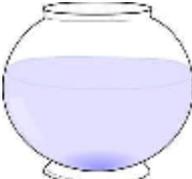
Deux documents seront donc nécessaires pour réaliser le paiement de la performance des acteurs communautaires en lien avec le PMA : (i) le rapport du RECO sur la visite à domicile dans le ménage ; (ii) la grille de vérification des prestations réalisées par le RECO.

1. Rapport de visite à domicile dans le ménage

- Q1. Village/Quartier :.....
- Q2. Aire de Santé :
- Q3. Zone de Santé :.....
- Q4. Nom du RECO :.....
- Q5. Objet de la visite :.....
- Q6. Date de la visite :.....
- Q7. Heure début de la visite :.....
- Q8. Heure fin de la visite :.....
- Q9. Nom et prénom du chef de ménage :.....
- Q10. Nombre de membres du ménage :.....

PROTOCOLE DE VISITE A DOMICILE MENSUELLE POUR LE RELAIS COMMUNAUTAIRE

| Questions clés à répondre | Thèmes abordés | Oui (Cocher) | Non (Cocher) |
|---|--|--------------|--------------|
| 1. Y'a-t-il des enfants de moins de 5 ans ? |  | | |
| 2. Y'a-t-il une femme enceinte ? |  | | |
| 4. Y'a-t-il une femme qui a récemment accouché ? (moins de 42 jours) ? |  | | |
| 5. Y'a-t-il une femme allaitante ? Pratique-t-elle l'Allaitement Maternel exclusif ? |  | | |
| 6. Les enfants âgés de plus de 6 mois bénéficient-ils d'une alimentation complémentaire ? |  | | |
| 8. Y'a-t-il des MILD correctement montées ? |  | Combien? = | |
| 9. Les enfants de moins de 5 ans ont-ils dormi sous la MILD la nuit précédant la visite ? | | Combien? = | |
| 10. Les femmes enceintes ont-elles dormi sous la MILD la nuit précédant la visite ? | | Combien? = | |
| 15. Y'a-t-il un lieu ou un dispositif de lavage des mains dans le ménage ? Si Oui le ménage l'utilise-t-il? |  | | |
| 11. a. Y'a-t-il une toilette bien aménagée et fonctionnelle? |  | | |

| Questions clés à répondre | Thèmes abordés | Oui (Cocher) | Non (Cocher) |
|---|--|--------------|--------------|
| 11. b. Si oui, Les membres du ménage utilisent-ils ces toilettes ? | | | |
| 12. Les alentours de la maison sont –ils bien balayés et débroussaillés, les eaux usées drainées et les ordures ménagères évacuées ? |  | | |
| 13. Y'a-t-il un accès à l'eau potable ? |  | | |
| 14. L'eau est-elle bien conservée (stockée dans un récipient propre et couvert)? |  | | |
| 16. Y'a-t-il des enfants qui auraient abandonné le calendrier vaccinal ? |  | Combien? = | |
| 17. Chaque enfant de moins de 5 ans dispose -t-il d'un extrait d'acte de naissance ? - |  | | |
| 18. Les membres du ménage utilisent-ils les services de santé ? | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Planification Familiale |  | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (Paludisme, Diarrhée, Pneumonie, Malnutrition, ...) |  | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Consultations Périnatales |  | | |

| Questions clés à répondre | Thèmes abordés | Oui (Cocher) | Non (Cocher) |
|--|---|--------------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Accouchements |  | | |
| 19. Le ménage a-t-il reçu des kits familiaux ? Si Oui lesquels |  | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Kits familiaux PCIME ? | | Combien? = | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Kits familiaux Accouchement ? |  | Combien ?= | |
| 20. Ces Kits sont-ils utilisés correctement ? |  | | |
| 21. Y'aurait-il eu de nouvelles naissances durant le dernier mois ? |  | Combien? = | |
| 22. Y'aurait-il eu un décès à domicile d'enfant de moins de 5 ans durant le dernier mois ? | | | |
| 23. Y'aurait-il eu un décès à domicile de femme enceinte ou en couche durant le dernier mois ? | | - | |

Q13. Identité du RECO :

Nom et prénom :.....**Signature**.....

Les médicaments constituent un élément très important dans l'accès de la population aux soins de santé mais aussi dans la qualité.

Dans le Financement Basé sur la Performance, les médicaments sont au centre des actions par :

- Les outils de gestion des médicaments (fiche de stock, RUMER) qui servent de triangulation dans la vérification
- L'évaluation de la qualité met un accent sur la disponibilité des médicaments traceurs, sur les habitudes de prescriptions, sur les respects des ordinogrammes et des arbres décisionnels
- Les structures doivent maîtriser la CMM
- L'approvisionnement des médicaments doit se faire auprès des fournisseurs réglementés et autorisés par la DPS ;

Le RUMER sera un outil obligatoire dans les formations sanitaires et pourra aider les prestataires à bien calculer leur valeur des médicaments consommés

$$\text{La CMM} = \frac{\sum \text{sorties de 6 mois} \times 30}{\text{nbre jrs période} - \text{nbre jrs rupture}}$$

Le centre de santé doit utiliser les paramètres pour passer les commandes à temps et éviter les ruptures de stock. De manière régulière, des évaluations de la disponibilité seront posées aux Fosa, des questions seront posées aux usagers si oui ou non ils ont reçu les médicaments.

Les prestataires doivent scrupuleusement suivre les ordinogrammes et éviter le gaspillage. Le nombre des antibiotiques, le nombre des injections et les nombre des médicaments par ordonnance doivent être conforme aux référentiels.

Les conditions de stockage des médicaments doivent être très respectées et bénéficieront du suivi des ECZS

Partie remplie par le vérificateur

Année : **Trimestre :** **ZS :**

Site des soins communautaire de :

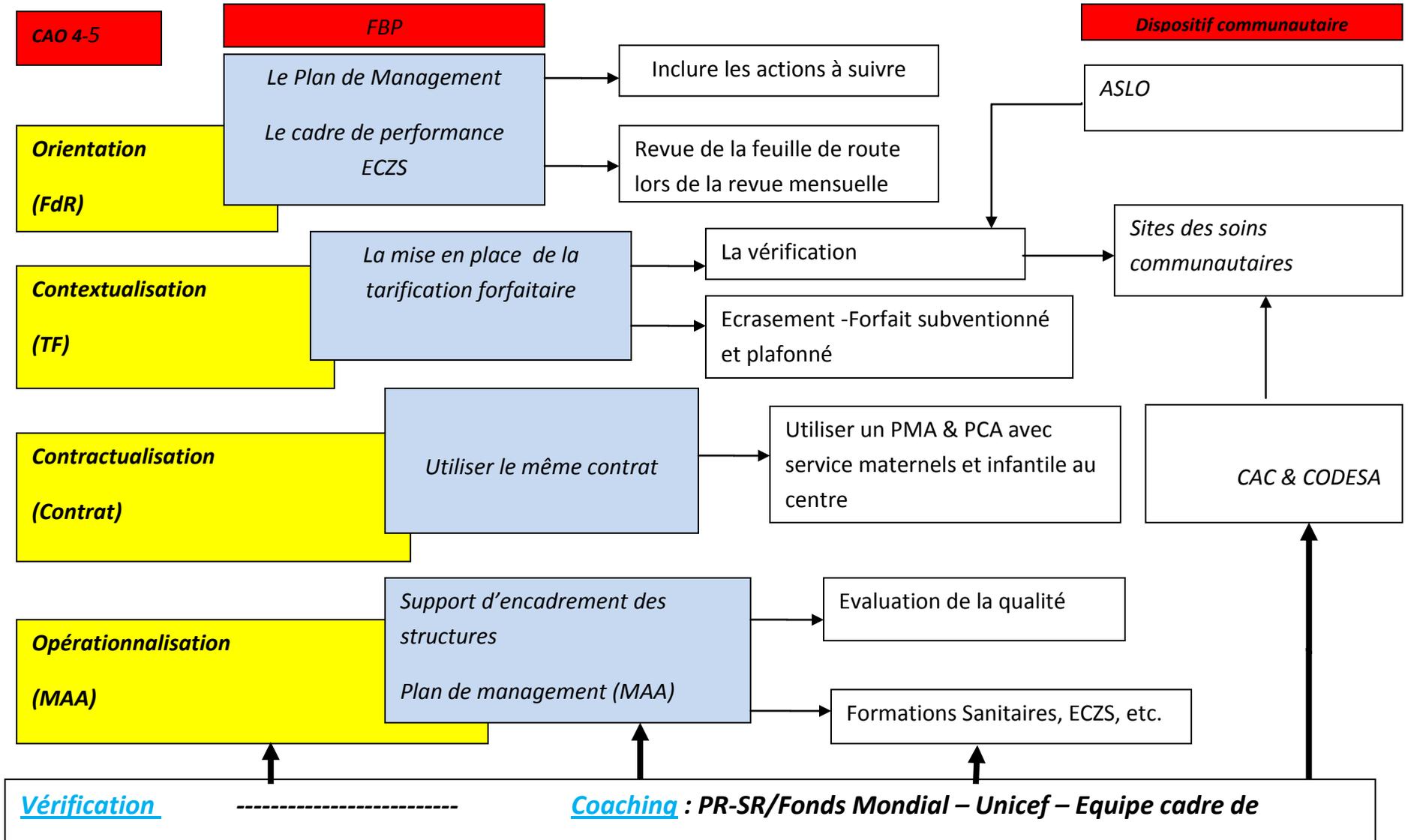
Fiche n°

Questions

| | Questions | Cotation |
|---|---|---|
| 1 | Comment apprécierez-vous l'accueil par le RECOSITE au site des soins (attitude) lorsque vous aviez amené votre enfant malade? | 1. <i>Bon</i> <input type="text"/> 2. <i>Mauvais</i> <input type="text"/> |
| 2 | Comment trouvez-vous l'état de propreté du site des soins (cours, salle, bancs, latrine,...)? | 1. <i>Bon</i> <input type="text"/> 2. <i>Mauvais</i> <input type="text"/> |
| 3 | Comment trouvez-vous la durée de l'attente lorsque vous arrivez au SSC? | 1. <i>Longue</i> <input type="text"/> 2. <i>Courte</i> <input type="text"/> |
| 4 | Comment jugez-vous la qualité de la prise en charge (consultation, médicaments...)? | 1. <i>Bonne</i> <input type="text"/> 2. <i>Mauvaise</i> <input type="text"/> |
| 5 | Est-ce que tous les médicaments prescrits sont toujours disponibles au SSC? | 1. <i>Oui</i> <input type="text"/> 2. <i>Non</i> <input type="text"/> |
| 6 | Est-ce que la tarification est abordable au SSC? | 1. <i>Oui</i> <input type="text"/> 2. <i>Non</i> <input type="text"/> |
| 7 | RECOSITE du SSC est-il disponible toutes les fois que vous avez besoin de lui? | 1. <i>Oui</i> <input type="text"/> 2. <i>Non</i> <input type="text"/> |
| 8 | Est-ce que votre RECO sensibilise la communauté pour consulter au SSC? | 1. <i>Oui</i> <input type="text"/> 2. <i>Non</i> <input type="text"/> |

Nom et signature de l'enquêteur

Design des synergies opérationnelles



Annexe 35 : Liste de personnes ayant contribué à la rédaction du manuel

| Nom et post-nom | Structure |
|----------------------------|--|
| Mr Marcel MAKANGU DYAD | DEP- santé |
| Dr Michel MUVUDI | Banque Mondiale RDC |
| Dr Gyuri FRITSCHE | Banque Mondiale Washington DC |
| Dr Charlie TCHOMBA | CT FBR/MSP |
| Dr Raymond CIAMBELE | CT FBR/MSP |
| AG. Célestin BUKANGA | CT FBR/MSP |
| Mr. Lourd SHAMASHANGA | CT FBR/MSP |
| Dr Damase MAKAYA | CT FBR/MSP |
| Dr Leonard KOUADIO | UNICEF |
| Dr Dominique BAABO | UNICEF |
| Mr Issa KONE | UNICEF |
| Dr Paul KHOMBA | CORDAID-Hollande/RDC |
| Dr Denis MATSHIFI | SANRU |
| Dr Agnès MUZAMA | PDSS |
| Dr Jean LONGRI | PDSS |
| Mr. Antoine BILONGI | PDSS |
| Dr Didier MBALI | PDSS |
| Dr Baudouin MAKUMA | PDSS |
| Dr Emery BEWA | MEMISA- Belgique/RDC |
| Dr Didier RAMANANA | Consultant Banque Mondiale RDC |
| Dr Francis KAMBOL | CB ISCR DPS Lualaba |
| Mr. Denis MPANYA | MEMISA- Belgique/RDC |
| Dr Claude NTABUYANTWA | AAP Sud Kivu |
| Mr. Pacifique MUSHAGALUSHA | AAP Sud Kivu |
| Dr Charles MUSHAGALUSHA | BDOM Sud Kivu |
| Dr Michelle SWELE | CSE/SG-MSP |
| Dr Clarisse Kumuntima | 9 ^e Direction de l'Hygiène/SG-MSP |
| Dr Katusi Jules | DPS- Kinshasa |
| Dr Mateta Makanda | CSE/SG-MSP |
| Mr. Claude Wilondja | DPS Sud-Kivu |
| Mr. Cyrille MOANDA | MEMISA- Belgique/RDC |