**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**SECRETARIAT GENERAL**

****

**CELLULE TECHNIQUE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS**

**GUIDE OPERATIONNEL DE L’APPROCHE FBR EN**

**RDC/SECTEUR SANTE**

**Août 2012**

TABLE DES MATIERES

[INTRODUCTION 3](#_Toc337019790)

[I. HISTORIQUE FBR EN RDC 3](#_Toc337019791)

[II. JUSTIFICATION 4](#_Toc337019792)

[Chapitre 1 : GENERALITES SUR LE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS 5](#_Toc337019793)

[1.1 DEFINITION DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS 5](#_Toc337019794)

[1.2 PRINCIPES DE BASE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS 5](#_Toc337019795)

[1.3 LES ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE 6](#_Toc337019796)

[1. Régulateur 6](#_Toc337019797)

[2. Prestataires des soins et des services de santé 8](#_Toc337019798)

[3. Vérificateur 8](#_Toc337019799)

[L’Agence d’Achat de performance 9](#_Toc337019800)

[4. Payeur 10](#_Toc337019801)

[1.4 LES OUTILS DE MISE EN ŒUVRE DU FBR 10](#_Toc337019802)

[1. Contrat de performance 10](#_Toc337019803)

[2. Plan de travail trimestriel 11](#_Toc337019804)

[3. Bordereaux de prestations 11](#_Toc337019805)

[4. Grille de répartition des primes 11](#_Toc337019806)

[5. Canevas d’évaluation de la qualité 12](#_Toc337019807)

[6. Grille de vérification communautaire 12](#_Toc337019808)

[7. Barème des sanctions 12](#_Toc337019809)

[7.1 Sanctions financières 12](#_Toc337019810)

[7.2. Sanctions administratives 13](#_Toc337019811)

[8. Les indicateurs contractuels de performance 13](#_Toc337019812)

[1.5. LE CIRCUIT FINANCIER 15](#_Toc337019813)

[1.6. LES ETAPES DE MISE EN ŒUVRE 15](#_Toc337019814)

[Chapitre 2 : Les intervenants du Financement Basé sur les Résultats au niveau opérationnel 18](#_Toc337019815)

[2.1 Prestataires 18](#_Toc337019816)

[2.1.1 Les Centres de Santé 18](#_Toc337019817)

[2.1.2 Les hôpitaux généraux de référence 18](#_Toc337019818)

[2.1.3 Les autres établissements de soins 19](#_Toc337019819)

[2.2 Communauté 19](#_Toc337019820)

[2.3 Régulateur 20](#_Toc337019821)

[2.4 Vérificateur 20](#_Toc337019822)

[2.5 Payeur 22](#_Toc337019823)

[Chapitre 3 : Les intervenants du Financement Basé sur les Résultats au niveau Provincial 23](#_Toc337019824)

[3.1 Prestataires 23](#_Toc337019825)

[3.2 Régulateur 23](#_Toc337019826)

[3.3 Vérificateur 24](#_Toc337019827)

[3.4 Payeur 24](#_Toc337019828)

[Chapitre 4 : Les intervenants du Financement Basé sur les Résultats au niveau Central 25](#_Toc337019829)

[4.1 Prestataires 25](#_Toc337019830)

[4.2 Régulateur 25](#_Toc337019831)

[Cellule Technique Nationale du FBR 26](#_Toc337019832)

[4.3 Vérificateur 27](#_Toc337019833)

[4.4 Payeur 27](#_Toc337019834)

[ANNEXES 28](#_Toc337019835)

[Annexe 1 : Les Indicateurs de Quantité 28](#_Toc337019836)

[Annexe 2 : Les Indicateurs de Qualité 28](#_Toc337019837)

[Annexe 3 : Bordereau de Prestation CS 28](#_Toc337019838)

[Annexe 4 : Bordereau de Prestation HGR 28](#_Toc337019839)

[Annexe 5 : Bordereau de Prestation ECZ 28](#_Toc337019840)

[Annexe 6 : Fiche individuelle d’évaluation des CS éligibles au FBR 28](#_Toc337019841)

[Annexe 7 : Modèle de contrat relatif aux modalités d’achat des services des Centres de santé 28](#_Toc337019842)

[Annexe 1 : LES INDICATEURS DE QUANTITE 29](#_Toc337019843)

[Annexe 2 : LES INDICATEURS DE QUALITE 48](#_Toc337019844)

[Annexe 3 : Bordereau de Prestation CS 76](#_Toc337019845)

[Annexe 4 : Bordereau de Prestation HGR 78](#_Toc337019846)

[Annexe 5 : Bordereau de Prestation ECZ 79](#_Toc337019847)

[Annexe 6 : Fiche individuelle d’évaluation des CS éligibles au FBR 80](#_Toc337019848)

[Annexe 7 : Modèle de contrat relatif aux modalités d’achat des services des Centres de santé 82](#_Toc337019849)

# INTRODUCTION

1. **HISTORIQUE FBR EN RDC**

En l’an 2000, l’approche contractuelle est introduite en RDC par le document Vade-mecum de Partenariat du gouvernement Congolais avec des partenaires dont la BM, l’UE, le FM, la BAD, GIZ et Cordaid.

La mise en œuvre du PBF en RDC a débuté depuis 2002 avec les initiatives des différents projets et couvraient en 2010 une population d’environ 22 millions de personnes reparties dans les 11 provinces et 153 zones de santé, soit un tiers de la population totale de la RDC.

Ces initiatives ont permis de démontrer que le financement basé sur les résultats améliore l'utilisation et la qualité des services de santé sous certaines conditions : réduction sensible de la tarification, inclusion d'indicateurs de qualité ou d'effectivité des services, régularité, promptitude et fiabilité des transferts d'argent, approbation préalable des budgets prévisionnels des formations sanitaires, documentation des fraudes et sanctions conséquentes.

La déclaration de Paris sur l’efficacité de l’aide au développement intervient en 2005.

La constitution de la République de 2006 prône la décentralisation et responsabilisation des provinces en matière de santé.

En 2009 un forum de haut niveau a été organisé du 15 au 16 juin pour l’application des recommandations de la déclaration de Paris, à l’issu duquel l’ « Agenda de Kinshasa » a été élaboré…

En février 2006, le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont adopté, lors de la revue annuelle, une stratégie sectorielle dénommée ‘Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS). Cette première édition de la SRSS a été actualisée en 2010 lors de l’élaboration du Plan National de Développement Sanitaire 2011 – 2015. Ces deux documents ont été adoptés par le Gouvernement de la République lors de la réunion du Conseil des ministres tenue le 31 mars 2010. Ils constituent dès lors le cadre stratégique de référence, de programmation et de budgétisation des actions du Gouvernement relatives au secteur de la santé, ainsi que pour le dialogue avec les Partenaires Techniques et Financiers.

En octobre 2010, une revue des expériences FBR a été organisée à Kinshasa, à l’issue de laquelle un mémorandum d’entente a été signé entre le MSP et ses partenaires pour l’adoption du FBR comme une des approches nationales, dans le cadre de la réforme du financement du secteur de la santé.

Pour la mise en œuvre de cette approche, une Cellule Technique Nationale du FBR a été mise en place en avril 2011. La cellule a reçu le mandat de contribuer à l’amélioration de l’efficience et l’efficacité du financement des services de santé dans le cadre de la réalisation du PNDS 2011-2015.

1. **JUSTIFICATION**

Afin de contribuer à l’atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Gouvernement a entrepris une série des réformes pour toute l’administration publique. Pour le secteur santé, quatre réformes importantes sont en cours, à savoir : la décentralisation, la réforme des ressources humaines, la réforme hospitalière et la réforme du financement. En rapport avec la réforme du financement, il ya eu la mise en place de la Cellule d’Appui et de Gestion (CAG) pour améliorer la coordination des interventions des différents partenaires.

Le Financement Basé sur les Résultats en RDC vise à améliorer la performance des structures de soins, la performance des différents acteurs, la qualité de services et de réduire le poids financier du coût des soins supportés par les malades. Il permet également de promouvoir des actions incitatives en vue d’améliorer la performance individuelle des agents de santé sur base des résultats réalisés. Ce qui contribue à la politique de rétention des ressources humaines en santé.

Cette approche est un mécanisme de paiement en faveur des prestations produites au niveau des structures contractantes du niveau opérationnel, provincial et central permettant ainsi d’adopter une approche holistique de soutien au système de santé.

A l’heure de la mise en œuvre du FBR conformément aux orientations nationales, le MSP se dote du présent Guide opérationnel, qui définit les modalités pratiques de mise en œuvre pour le secteur santé.

La mise en œuvre de cette approche se fera dans un esprit de recherche action et d’ajustement progressif de son contenu à l’épreuve des faits.

Ce guide présente les résultats qui doivent être atteints à tous les niveaux. Il laisse la latitude aux différents acteurs d’adopter la meilleure manière d’atteindre ces résultats en fonction des spécificités de leur contexte et ce, conformément aux orientations nationales.

# Chapitre 1 : GENERALITES SUR LE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

* 1. **DEFINITION DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS**

C’est une approche de financement axée sur les résultats réalisés (services produits) qui contribue à inciter les prestataires à l’amélioration de leurs performances. Cette approche est matérialisée par une relation contractuelle entre les différents acteurs du système.

* 1. **PRINCIPES DE BASE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS**

Le Financement basé sur les résultats repose sur les principes ci-après :

1. La séparation des fonctions de la régulation, de la prestation, de l’achat de services, de la canalisation des fonds et du renforcement de la voix de la communauté ;

2. Stimuler la concurrence pour les contrats entre les FOSA et d'autres intervenants ;

3. Promotion du partenariat public-privé avec égalité de chance entre les structures publiques, confessionnelles et privées de signer un contrat.

4. Le Ministère de la Santé Publique doit se concentrer sur son rôle de régulateur à tous les niveaux de la pyramide sanitaire : définition par le régulateur en concertation avec les prestataires et les bailleurs des indicateurs d’output, de qualité ainsi que l’élaboration du costing du budget public avec des payements additionnels pour garantir l’équité ;

5. Les structures contractantes sont autonomes dans la gestion des ressources, décident de comment utiliser leurs fonds propres et répondent aux paquets de santé définis pour chaque niveau, le tout éclairé par la régulation (normes et directives) ;

 6. Respecter la loi de l’équilibre des recettes et des dépenses ;

7. Négocier les contrats avec les structures contractantes : signature de contrat entre les prestataires et Agefin contre signé par le régulateur et l’agence d’achat;

8. Renforcement de la voix de la communauté : la vérification communautaire de l’effectivité des prestations et de la qualité perçue améliorent les intérêts du patient ;

9. Verser les paiements ou des subventions *en espèces* pour des résultats ;

10. Stimuler les effets économiques multiplicateurs ;

11. Etendre le financement basé sur la performance vers d'autres secteurs que la santé.

* 1. **LES ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE**

La mise en œuvre du FBR nécessite la collaboration entre les différents acteurs ayant chacun une fonction spécifique :

1. **Régulateur**

Assure le fonctionnement correct du système de santé, en fixant des normes et directives ; et en veillant à leur respect lors des supervisions.

La régulation est assurée par le Ministère de la Santé Publique et ses structures décentralisées (le Secrétariat Général au niveau central, les DPS au niveau provincial, les BCZS au niveau opérationnel).

Au niveau central, une Cellule Technique de Financement Basé sur les Résultats (CTFBR) fonctionne sous la coordination du Secrétaire Général de la Santé Publique et la responsabilité du Ministre ayant en charge la Santé Publique.

 Elle a pour mandat et mission :

* **Mandat**

La CT-FBR est appelée à contribuer à l’amélioration de l’efficience et l’efficacité du financement des services de santé dans le cadre du PNDS 2011-2015.

* **Mission**

La CT-FBR est appelée à piloter la mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats au sein du Ministère de la Santé Publique de la République Démocratique du Congo

De façon spécifique, la cellule veillera à ce que tous les projets FBR en cours et à venir du MSP s’alignent au document d’orientations nationales relatives au financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé.

La CT-FBR a 4 fonctions principales :

1. assurer la coordination et le suivi des activités de mise en œuvre du FBR à tous les niveaux ;
2. assurer le renforcement des capacités des acteurs du FBR à tous les niveaux ;
3. s’assurer de l’exécution rationnelle du financement de mise en œuvre du FBR ;
4. contribuer à la mobilisation des ressources nécessaires auprès du Gouvernement et des PTF actuels et potentiels.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, la CT-FBR a pour tâches de :

* Elaborer des directives nationales pour la mise en œuvre du FBR ;
* Suivre la mise en œuvre du FBR à tous les niveaux ;
* Appuyer le CCT du CNP-ss dans le plaidoyer et la mobilisation des ressources pour le FBR.
* Assurer la planification annuelle et trimestrielle des activités du FBR (Plan d’action Annuel et harmonisée y compris les activités des partenaires d’accompagnement) ;
* Elaborer une cartographie des interventions en matière de FBR ;
* Elaborer /Réviser les outils de gestion du FBR ;
* Assurer le renforcement des capacités des acteurs du FBR à tous les niveaux ;
* Participer à des réunions périodiques des sous commissions techniques avec des secteurs connexes à la santé;
* Organiser des réunions de coordination des activités relatives au FBR ;
* Organiser une revue conjointe annuelle sur la mise en œuvre du FBR ;
* Mener des activités d’encadrement et de supervision une fois par trimestre au niveau de chaque province ;
* Elaborer les rapports trimestriels et annuels de la mise en œuvre du FBR selon le canevas prédéfinis ;
* Elaborer un bulletin semestriel sur les résultats analysés du FBR (données quantitatives et qualitatives) ;
* Elaborer et exécuter la feuille de route pour la mise en œuvre du FBR à tous les niveaux ;
* Coordonner la gestion de la base de Données FBR ;
* Participer aux activités de recherche action en FBR ;
* Accompagner l’AAP dans la vérification des structures contractantes du niveau central et les DPS ;
1. **Prestataires des soins et des services de santé**

Fournit ou offre des soins ou des services de santé moyennant un paiement sur base d’un contrat.

Le prestataire varie selon le niveau de la pyramide sanitaire.

Au niveau central : le Secrétariat Général, les Directions centrales et des Programmes spécialisés, les hôpitaux et structures nationaux tertiaires,

Au niveau provincial : la Division Provinciale de la Santé, les hôpitaux et structures provinciaux secondaires.

Au niveau opérationnel : les BCZS, les HGR, les CS et autres structures de soins étatiques, confessionnels et privées.

1. **Vérificateur**

S’assure de l’authenticité des prestations déclarées par les structures contractantes et de la qualité perçue par la communauté. De ce fait la vérification revêt deux volets:

La vérification dans la structure : assurée par l’AAP (agence d’achat de performances). Elle se réalise périodiquement (mensuel, trimestriel ou semestriel). La vérification des données se fait sur base des factures élaborées par les structures contractantes. Il sera chaque fois accompagné du régulateur.

La vérification auprès des bénéficiaires (contre vérification) : elle se fait dans la communauté par des organisations indépendantes des autres acteurs de la mise en œuvre.

### L’Agence d’Achat de performance

Elle a pour mission de :

* Vérifier et valider les données quantitatives des prestations des structures contractantes;
* Valider les données qualitatives des prestations des structures contractantes ;
* Vérifier et valider les données quantitatives et qualitatives de la contre vérification;
* Inciter à la performance des structures contractantes.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, l’Agence d’Achat des Performance a pour tâches de :

* Négocier et contresigner des contrats de performance avec les structures contractantes;
* Valider le rapport de la contre vérification des données;
* Valider les résultats quantitatifs et qualitatifs des structures contractantes (Fosa, ECZ) dans les délais impartis;
* Transmettre les bordereaux de prestation et les rapports validés d’évaluation de la qualité des structures contractantes à l’Agefin avec copie au régulateur ;
* Participer au règlement d’éventuels conflits de mise en œuvre du FBR en collaboration avec le régulateur.

Fonctionnement de l’Agence d’Achat des Performances.

Le personnel de l’agence est principalement composé de :

* Un spécialiste en Santé Publique (ou économiste de santé);
* Un adjoint pour le coaching des FOSA (Plan de Business, outil indices…);
* Un administrateur/ comptable;
* Des vérificateurs en nombre suffisant, soit 1 par 100.000 habitants (vérificateurs médicaux, communautaires et/ou pour les écoles – dans le cas où l’intervention PBF paie les subsides pour les indicateurs scolaires);

L’AAP doit couvrir une population qui varie entre 200.000 à 800.000 habitants pour permettre un bon accompagnent des structures dans l’utilisation des outils FBR.

Pour ce faire, l’AAP doit avoir une logistique suffisante (moyen de transport, bureau avec matériel informatique et internet à haut débit).

1. **Payeur**

Assure le payement des factures émises par les structures contractantes après l’authentification de celles-ci par le vérificateur.

Le payeur dans le cadre du FBR en RDC est une agence financière (Ex. AGEFIN) au niveau national et ses succursales ou contractants au niveau provincial. Dans certains cas, les fonctions de vérification et de payement peuvent être jouées par une même structure en veillant à la séparation de ces fonctions.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, l’Agence financière est responsable de l'exécution les paiements des bordereaux des prestations et assure la gestion des comptes de paiement des dépenses des différents financements.

* 1. **LES OUTILS DE MISE EN ŒUVRE DU FBR**

Dans la gestion courante du FBR, les outils ci-après sont utilisés. Néanmoins cette liste n’est pas exhaustive, d’autres outils peuvent être intégrés selon le contexte.

1. **Contrat de performance**

Un arrangement contractuel est une alliance volontaire de partenaires indépendants ou autonomes qui s'engagent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de leur relation.

Les signataires du contrat varient selon le niveau où celui-ci est signé. Au niveau du centre de santé, le contrat est signé entre d’une part, l’infirmier titulaire et le PRESICOSA et d’autre part l’Agefin. Ce contrat sera contresigné par le médecin chef de ZS et l’AAP.

Au niveau de l’hôpital, le contrat est signé entre d’une part, le médecin directeur et l’Administrateur Gestionnaire titulaire et d’autre part l’Agefin. Ce contrat sera contresigné par le médecin chef de ZS et l’AAP.

Au niveau du BCZS, le contrat est signé entre d’une part, le médecin chef de ZS et l’Administrateur Gestionnaire de la ZS et d’autre part l’Agefin. Ce contrat sera contresigné par le médecin inspecteur provincial et l’AAP.

Au niveau de la DPS, le contrat est signé entre d’une part, le médecin inspecteur provincial et le chef de Bureau chargé de la gestion des ressources et d’autre part l’Agefin. Ce contrat sera contresigné par le secrétaire général à la santé et l’AAP.

Au niveau central, le contrat est signé entre d’une part, le directeur chefs de services ou des programmes et le chef de division chargé de la gestion des ressources et d’autre part l’Agefin. Ce contrat sera contresigné par le secrétaire général à la santé et l’AAP.

Les éléments constitutifs d’un contrat sont : les indicateurs contractuels, le montant alloué par indicateur, les modalités de vérification, les modalités de payement, la durée du contrat, les sanctions, le mode de règlement des contentieux. Notons que tous ces éléments doivent être négociés entre les différents acteurs lors de la signature du contrat.

1. **Plan de travail trimestriel**

Il découle du plan d’action annuel de la structure. C’est un plan qui analyse la situation, identifie les problèmes prioritaires et propose les stratégies réalistes pour atteindre les objectifs fixés.

1. **Bordereaux de prestations**

Est la facture mensuelle élaborée par la structure après la vérification. Elle est contresignée par le vérificateur.

Cette facture mensuelle est produite en quatre exemplaires, une sera gardée au CS pour classement et référence, une sera acheminée au BCZ, deux seront transmises à la DPS en vue d’être validée et transmettra une copie à l’AGEFIN.

1. **Grille de répartition des primes**

Elle permet une répartition équitable de la prime individuelle aux agents d’une structure en fonction de leur catégorie professionnelle, de leur performance et de la norme établie par le gouvernement.

Pour des raisons d'équité, la rémunération de chaque prestataire est néanmoins ajusté par un facteur correctif prédéterminé et variable en fonction des critères prédéfinis (ex. catégorie professionnelle, ancienneté, responsabilité, présence au travail, etc.).

1. **Canevas d’évaluation de la qualité**

Dans le FBR, la qualité est particulièrement suivie au niveau des prestations des structures. Pour cela des canevas d’évaluation de la qualité sont régulièrement utilisés en ce qui concerne les FOSA (CS et HGR). Pour les autres structures l’évaluation de la qualité de la prestation est prise en compte sous forme de critères de qualité de l’indicateur de la prestation.

1. **Grille de vérification communautaire**

Cette grille comprend trois parties :

* Les éléments sur l’identification des utilisateurs tirés au sort dans les registres des formations sanitaires ;
* Les éléments sur l’effectivité de la prestation déclarée ;
* Les éléments du degré de satisfaction des utilisateurs pour la prestation effectuée.
1. **Barème des sanctions**

Lors de diverses vérifications, plusieurs types d’erreurs ou de fraudes commises par les structures contractantes du MSP peuvent être notés.

Il peut s’agir d’erreurs de calcul, de cas (patient) non identifiés[[1]](#footnote-1), de surfacturation, de fraudes dans le rapportage des résultats ou dans l’utilisation des ressources financières allouées. Les fraudes et les erreurs doivent être documentées et notifiées. Après vérification et confirmation des sanctions qui s’imposent seront prises.

Les sanctions suivantes peuvent être appliquées.

### 7.1 Sanctions financières

Il s’agit d’une retenue financière progressive qui sera appliquée sur les subsides alloués à la structure, telle que convenue lors de la signature du contrat.

Un seuil de discordance de 5% entre les données déclarées par la FOSA et les données vérifiées est toléré.

Au-delà de ce seuil, la FOSA est sanctionnée comme indiquée ci-dessous :

* > } 5% et ≤ à } 10% de discordance : - 5% du montant sur l’indicateur concerné ;
* > } 10 et ≤ a } 20% de discordance : - 10% sur le montant de l’indicateur concerné ;
* Plus de } 20% de discordance : on donne 0 pour l’indicateur concerné.

En cas d’aggravation ou de persistance de la fraude, l’Agefin peut suspendre le contrat de la structure. Dans ce cas, le régulateur et l’AAP doivent proposer une autre formation sanitaire de la Zone de Santé pour remplacer la structure suspendue.

### 7.2. Sanctions administratives

Les sanctions administratives seront appliquées aux agents en cas de fraude.

Pour les fonctionnaires de l’Etat, les sanctions se conformeront aux dispositions prévues par le statut des agents de carrière des services publics de l’Etat.

Pour les autres fonctionnaires (privés ou confessionnels), ces sanctions seront conformes à leur barème de sanction spécifique.

1. **Les indicateurs contractuels de performance**

#### Détermination des indicateurs

Les indicateurs contractuels de performance sont des mesures visant à décrire la performance à atteindre. Ils permettent de connaître le degré d’atteinte ou le niveau de réalisation d’un objectif. Ils sont déterminés par le régulateur en concertation avec les autres acteurs de mise en œuvre. Ils tiendront compte des objectifs à atteindre (cibles) qui ne doivent pas s’écarter des normes nationales et internationales.

Chaque niveau du système de santé a ses propres indicateurs qui sont en annexe au présent Guide. La province a pour mission d’adapter la liste des indicateurs selon son contexte tout en restant dans le cadre normatif du SNIS. Les indicateurs doivent prendre en compte les activités de la structure d’une manière globale et non seulement des interventions spécifiques.

Lors de la mise en œuvre d’un projet FBR, il est souhaité de commencer avec un nombre limité d’indicateurs.

 Trop d’indicateurs entraînent une gestion trop difficile avec comme conséquence la contre productivité. Par contre, s’il ya peu d’indicateurs cela a comme risque de se focaliser sur quelques prestations et de négliger les autres aussi importantes.

#### . Pondération des indicateurs contractuels

La détermination des subsides à allouer aux indicateurs contractuels se fait au cours d’une négociation entre l’AAP et les prestataires sous la supervision du régulateur. Ces ententes sont notifiées dans les clauses du contrat entre la structure et l’Agefin.

#### . Facturation des prestations

Pour chaque indicateur, la cible à atteindre est définie au préalable dans les clauses du contrat. Le calcul du montant à alloué à chaque indicateur tiendra compte de la performance réalisé par indicateur.

La quantité des prestations réalisées correspond à la sommation des montants calculés pour chaque indicateur. Le niveau d’atteinte de la cible est obtenu en divisant la quantité de prestations réalisées par la cible à atteindre définie dans les clauses du contrat. Le calcul du montant à percevoir pour un indicateur donné se fera en multipliant le taux de réalisation par le coût unitaire dudit indicateur. Le pourcentage de paiement à recevoir par indicateur est fonction du niveau d’atteinte de cette cible. En cas de dépassement de la cible, le pourcentage à payer sera négocié entre l’AAP et le prestataire sous la supervision du régulateur. Ce dernier ne doit pas excéder 125%.

#### Critères d’allocation des subsides FBR

#### Les critères d’allocation des subsides FBR aux indicateurs contractuels doit :

* Correspondre aux priorités de la politique du Ministère (Santé, Education, Développement rural,…) ;
* Tenir compte de la disponibilité des fonds ;
* Répondre au paquet des services de la structure contractante ;
* Satisfaire les besoins des bénéficiaires.
	1. **LE CIRCUIT FINANCIER**

Le FBR permet de mettre des ressources à la disposition des structures sanitaires. Les procédures de payement des subsides FBR se feront selon les étapes suivantes :

**1ère étape** : Vérification des prestations réalisées par la structure contractante.

* Le vérificateur contrôle la conformité des prestations, indicateur par indicateur ;
* Les prestations déclarées doivent être validées par le vérificateur ;

**2ème étape :** Facturation des prestations Il établit ensemble avec le responsable de la structure le bordereau de prestations des activités réalisées ;

**3ème étape** : Transmission du bordereau à l’Agefin avec copie au régulateur.

**4ème étape** : Payement

L’Agence financière exécute le payement des montants dus par virement bancaire sur les comptes respectifs de chaque structure contractante. Le payement peut se faire aussi par d’autres mécanismes convenus entre les acteurs en fonction du contexte local.

Le rythme de payement peut être le plus court possible en fonction des réalités locales.

NB : La structure est tenue d’accuser la réception des fonds auprès du payeur avec copie au régulateur.

* 1. **LES ETAPES DE MISE EN ŒUVRE**

L'initiative de lancer une nouvelle intervention FBR peut provenir d'un gouvernement, d’une organisation de développement ou d'une ONG nationales et internationales ou autres.

Les étapes de mise en œuvre du FBR au niveau Provincial passent par les étapes suivantes :

1. **Phase préparatoire :**
* Lorsqu’on démarre une intervention FBR il faut mener une étude de faisabilité ou une étude de base : l'analyse des problèmes et des choix stratégiques de mise en œuvre du FBR.
* Identifier les interventions de base et formuler la proposition :

Les études aident les initiateurs du FBR pour sélectionner des indicateurs SMART. Ils aident aussi pour identifier la situation de départ et de leurs cibles ainsi que les subsides pour l'achat des activités et leurs indicateurs;

* S’assurer du financement et signer l'accord avec les parties prenantes. Évaluer les résultats et, soit l'intervention la fin ou à réintégrer avec nouveau projet
1. **Phase de mise en œuvre proprement dite**

**Etape n° 1** : Elaboration du plan de mise en œuvre du FBR

**Etape n° 2** : Sensibilisation des parties prenantes sur les modalités de la mise en œuvre.

Cette sensibilisation ne se limitera pas à une seule approche particulière. Elle peut inclure plusieurs des activités : mener le plaidoyer, mener le lobbying, informer sur les principes et théories appliqués en FBR, vulgariser les documents normatifs de l’approche FBR,…

Le but de cette étape est d’atteindre une masse critique importante des acteurs qui adhèrent au FBR.

**Etape n° 3 :** Le renforcement des capacités des acteurs de mise en œuvre.

Le but de cette étape est de permettre aux acteurs de maîtriser les principes, théories du FBR, les outils de gestion et les procédures d’intervention en vue de leur application dans les structures contractantes.

Il s’agit de :

* La formation des acteurs (constitue l’une des étapes importante dans la mise en œuvre) ;
* La remise à niveaux des prestataires;
* L’échange d’expériences avec les acteurs ayant déjà appliqué l’approche ;

**Etape n° 4** : Démarrage des activités

Le démarrage des activités va consister à :

* l’élaboration des plans de travail budgétisé et subsidié des structures contractantes ;
* la négociation et la signature des contrats de performance et éventuellement des contrats secondaires;
* l’élaboration du bordereau des prestations de la période du contrat ;
* la vérification quantitative et qualitative des prestations ;
* le paiement des subsides aux structures contractantes ;
* la répartition des subsides selon les besoins prioritaires ;
* l’élaboration des modalités internes d’attribution des primes de performances pour les prestataires ;
* l’exécution budgétaire ;
1. **Phase d’évaluation du projet**

L’évaluation finale du projet permet d’émettre un jugement de valeur su les résultats et impacts de la mise en œuvre du projet. Elle est conduite selon le cadre méthodologique que l’étude de base.

# Chapitre 2 : Les intervenants du Financement Basé sur les Résultats au niveau opérationnel

* 1. **Prestataires**
		1. **Les Centres de Santé**

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, les CS ont pour tâches de :

* Elaborer un plan de travail (mensuel, trimestriel ou semestriel) budgétisé du CS, en collaboration avec le CODESA, les structures sous contrats sous la supervision de l’ECZ;
* Organiser les activités de marketing social en collaboration avec les CODESA, les RECO et autres leaders de la communauté ;
* Négocier la tarification des soins avec le CODESA et autres leaders de la communauté   ;
* Organiser les activités génératrices de revenu ;
* Inciter les communautés de s’organiser en mutuelles de santé et autres associations de développement ;
* Signer un contrat de performance avec l’Agefin ;
* Elaborer le bordereau des prestations avec le vérificateur;
* Elaborer des modalités interne d’attribution des primes de performance pour le personnel du CS par l’utilisation d’une grille de répartition ;
* Inciter à la performance des acteurs communautaires et des prestataires secondaires par des sous contrats.
* Transmettre au BCZ, le bordereau des prestations réalisées;
	+ 1. **Les hôpitaux généraux de référence**

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, les Hôpitaux ont pour tâches de :

* Elaborer un plan de management de l’Hôpital général de référence en collaboration avec les membres de son Comité de Direction et sous la supervision de l’ECP;
* Signer un contrat de performance avec l’Agefin ;
* Organiser les activités de marketing social en collaboration avec les CODESA, les RECO et autres leaders de la communauté ;
* Négocier la tarification des soins avec le CODESA et autres leaders de la communauté   ;
* Organiser les activités génératrices de revenu ;
* Inciter à la performance des prestataires secondaires par des sous contrats ;
* Elaborer des modalités interne d’attribution des primes de performance pour le personnel de l’Hôpital par l’utilisation d’une grille de répartition;
* Transmettre au BCZ, le bordereau des prestations réalisées;
	+ 1. **Les autres établissements de soins**

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, les autres établissements secondaires de soins ont pour tâches de :

* Participer à l’élaboration du plan de travail de la structure contractante principale ;
* Signer un sous contrat de performance avec la structure contractante principale, en vue de compléter le PMA ou le PCA ;
* Elaborer des modalités interne d’attribution des primes de performance pour le personnel de la structure par l’utilisation d’une grille de répartition.
* Transmettre à la structure contractante principale, le bordereau des prestations réalisées;
	1. **Communauté**

Les intervenants du FBR au niveau communautaire sont les organisations communautaires (Associations locales, ONG locale ou une autre approche).

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, la communauté a pour tâches de :

* Signer un contrat de prestation avec l’Agence d’achat de performance pour la vérification communautaire ;
* Vérifier l’existence des personnes enregistrées comme utilisatrices par les centres de santé et les hôpitaux ;
* Vérifier l’authenticité des prestations déclarées par ces FOSA;
* Participer à l’évaluation de la satisfaction de la population concernant les prestations fournies par le centre de santé et l’hôpital ;
* Récolter des suggestions d’amélioration de la qualité des services émises par la population. Ces suggestions seront transmises aux prestataires (CS et HGR, le Régulateur et l’Agence d’achat des prestations) pour être prise en compte lors de la négociation du plan de travail trimestriel;

NB : Les acteurs communautaires concernés dans la vérification communautaire ne doivent pas avoir de lien direct avec la structure de santé à contrôler pour éviter des conflits d’intérêt.

* 1. **Régulateur**

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, le BCZ a pour tâches de :

* Elaborer le plan de travail (mensuel, trimestriel ou semestriel) du BCZ;
* Signer un contrat de performance avec l’Agefin;
* Contresigner les contrats de performances entre les Fosa (CS et HGR) et l’Agefin;
* Assurer le coaching des structures contractantes de la province dans l’élaboration de leur plan de travail et dans la répartition des primes individuelles de performance;
* Renforcer l’organisation des réunions mensuelles de monitorage et de validation des données des Fosa ;
* Renforcer le contrôle de qualité des prestations dans les Fosa lors des supervisions formatives intégrées;
* Participer à la vérification des prestations des Fosa avec l’Agence d’achat des performances;
* Transmettre à la DPS, le bordereau des prestations réalisées par le BCZ;
* Transmettre à la DPS, les bordereaux des prestations réalisées par les Fosa (CS et HGR).
* Elaborer des modalités internes d’attribution des primes de performance pour le personnel de ECZS par l’utilisation de la grille de répartition);
* Résoudre d’éventuels conflits lors de la mise en œuvre du FBR au niveau des Fosa.
	1. **Vérificateur**

S’assure de l’authenticité des prestations déclarées par les structures contractantes ainsi que de la qualité technique et perçue par la communauté.

De ce fait la vérification revêt deux volets, la quantité et la qualité:

1. La vérification quantitative : est assurée par l’AAP (agence d’achat de performances). Elle se réalise périodiquement (mensuel). La vérification des données se fait sur base des factures élaborées par les structures contractantes. L’AAP sera chaque fois accompagné du régulateur.

Le vérificateur vérifie la conformité des données rapportées dans le SNIS et sur la fiche des données FBR déclarées en parcourant les registres de la formation sanitaire: au cours de la visite sont aussi vérifiés les registres des structures de santé de la zone de rayonnement qui ont éventuellement établi des sous contrats avec la formation sanitaire responsable de cette zone de rayonnement.

Avant d’effectuer la vérification, les vérificateurs doivent d’abord s’assurer que la FOSA dispose du rapport SNIS du mois précédent avec en annexe la fiche des données déclarées concernant les indicateurs contractuels. En cas d’absence du rapport SNIS, les vérificateurs ne font pas la vérification. Ils dressent un PV de vérification spécifiant que la FOSA n’a pas été vérifiée à cause du manque du rapport SNIS dûment élaboré.

1. La vérification qualitative :
* Qualitative technique, dans les structures : se fait dans les structures de soins. Elle est menée soit par les pairs, ou par une équipe ayant des compétences requises, constituée à cet effet ;
* Qualitative perçue : se fait par les organisations communautaires indépendantes, elle comprend 3 volets/résultats attendus :
* La vérification de l’existence des utilisateurs tirés au sort dans les registres des formations sanitaires ;
* La vérification de l’effectivité de la prestation déclarée ;
* Le degré de satisfaction des utilisateurs pour la prestation effectuée.

Le score de qualité technique et le score de qualité perçue sont synthétisés en un score de qualité globale, dans une proportion de 60% pour la qualité technique et 40% pour la qualité perçue.

* 1. **Payeur**

Assure le payement des factures émises par les structures contractantes après l’authentification de celles-ci par le vérificateur.

Le payeur dans le cadre du FBR en RDC est une agence financière (Ex. AGEFIN) au niveau national et ses succursales ou contractants au niveau provincial. Dans certains cas, les fonctions de vérification et de payement peuvent être jouées par une même structure en veillant à la séparation de ces fonctions.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, l’Agence financière est responsable de l'exécution les paiements des bordereaux des prestations et assure la gestion des comptes de paiement des dépenses des différents financements.

# Chapitre 3 : Les intervenants du Financement Basé sur les Résultats au niveau Provincial

* 1. **Prestataires**

Les structures sanitaires du niveau provincial (hôpitaux provinciaux, laboratoires provinciaux, centrales d’achat et de distribution des médicaments, etc.)

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, ces structures sanitaires ont pour tâches de :

* Elaborer un plan de management de la structure en collaboration avec les membres de son Comité de Direction et sous la supervision de l’ECP;
* Signer un contrat de performance avec l’Agefin ;
* Elaborer des modalités interne d’attribution des primes de performance pour le personnel de la structure par l’utilisation d’une grille de répartition;
* Transmettre à la DPS, le bordereau des prestations réalisées;
	1. **Régulateur**

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, la DPS a pour tâches de :

* Elaborer le plan de management de la DPS ;
* Signer un contrat de performance avec l’AGEFIN pour la réalisation de ses missions ;
* Contresigner les contrats de performances entre les ZS et l’Agefin;
* Renforcer l’organisation des revues trimestrielles de validation des données des ZS ;
* Assurer le coaching des structures contractantes de la province dans l’élaboration de leur plan de travail et dans la répartition des primes individuelles de performance;
* Participer à l’évaluation de la qualité technique des prestations dans les hôpitaux et autres;
* Valider et transmettre à l’agence d’achat des prestations le rapport trimestriel d’évaluation de la qualité des prestations des Fosa;
* Valider et transmettre les rapports mensuels d’évaluation des prestations quantitatives des FOSA à l’agence d’achat des prestations ;
* Transmettre à l’AGEFIN les bordereaux des prestations réalisées de toutes les structures contractantes de la province;
* Participer à l’élaboration et à la validation des plans de Management de la ZS;
* Elaborer des modalités internes d’attribution des primes de performance pour le personnel (par l’utilisation de l’outil indices);
* Participer au règlement d’éventuels conflits de mise en œuvre du FBR au niveau Provincial en collaboration avec la ZS et l’agence d’achat des prestations ;
* Veiller à l’application des sanctions en province.
	1. **Vérificateur**

S’assure de l’authenticité des prestations déclarées par les structures contractantes et de la qualité perçue par la communauté. De ce fait la vérification revêt deux volets:

La vérification dans la structure : assurée par l’AAP (agence d’achat de performances). Elle se réalise périodiquement (mensuel, trimestriel ou semestriel). La vérification des données se fait sur base des factures élaborées par les structures contractantes. Il sera chaque fois accompagné du régulateur.

La vérification auprès des bénéficiaires (contre vérification) : elle se fait dans la communauté par des organisations indépendantes des autres acteurs de la mise en œuvre.

* 1. **Payeur**

Assure le payement des factures émises par les structures contractantes après l’authentification de celles-ci par le vérificateur.

Le payeur dans le cadre du FBR en RDC est une agence financière (Ex. AGEFIN) au niveau national et ses succursales ou contractants au niveau provincial. Dans certains cas, les fonctions de vérification et de payement peuvent être jouées par une même structure en veillant à la séparation de ces fonctions.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, l’Agence financière est responsable de l'exécution les paiements des bordereaux des prestations et assure la gestion des comptes de paiement des dépenses des différents financements.

# Chapitre 4 : Les intervenants du Financement Basé sur les Résultats au niveau Central

* 1. **Prestataires**

Les structures sanitaires du niveau central (hôpitaux nationaux, laboratoires nationaux, FEDECAME, etc.)

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, ces structures sanitaires ont pour tâches de :

* Elaborer un plan de management de la structure en collaboration avec les membres de son Comité de Direction et sous la supervision du Secrétariat Général à la santé;
* Signer un contrat de performance avec l’Agefin ;
* Elaborer des modalités interne d’attribution des primes de performance pour le personnel de la structure par l’utilisation d’une grille de répartition;
* Transmettre au Secrétariat Général à la santé, le bordereau des prestations réalisées.
	1. **Régulateur**

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, le Secrétariat Général à la santé a pour tâches de :

* Elaborer le plan de management du Secrétariat Général à la santé ;
* Signer un contrat de performance avec l’AGEFIN pour la réalisation de ses missions ;
* Contresigner les contrats de performances entre les DPS et l’Agefin;
* Renforcer l’organisation des revues annuelles de validation des données des DPS ;
* Assurer le coaching des structures contractantes du niveau national et des DPS dans l’élaboration de leur plan de travail et dans la répartition des primes individuelles de performance;
* Suivre la mise en œuvre du FBR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire;
* Elaborer des directives nationales pour la mise en œuvre du FBR dans le secteur santé en RDC;
* Assurer le plaidoyer et la mobilisation des ressources pour le FBR ;
* Planifier les missions d’accompagnement des provinces pour le FBR;
* Assurer le contrôle de qualité des prestations dans les structures des soins et services de santé tant du niveau provincial que central ;
* Participer à l’évaluation de la qualité technique des hôpitaux provinciaux et nationaux ;
* Elaborer des modalités internes d’attribution des primes de performance pour le personnel du Secrétariat Général à la santé ;
* Participer au règlement d’éventuels conflits de mise en œuvre du FBR au niveau Provincial et central en collaboration avec les DPS et l’agence financière ;
* Veiller à l’application des sanctions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

### Cellule Technique Nationale du FBR

La Cellule Technique Nationale du FBR a pour mission :

* Piloter la mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats à tous les niveaux du système de la Santé;
* Appuyer la planification, l’organisation et le suivi-évaluation de la mise en œuvre du FBR par le Ministère de la Santé Publique à tous les niveaux
* Assurer la coordination de tous les projets FBR en cours et à venir du MSP;
* Assurer le plaidoyer pour l’alignement de tous les partenaires aux orientations nationales relatives au Financement Basé sur les Résultats dans le secteur de la santé.
* La Cellule Technique Nationale du FBR a pour tâches de :
* Analyser et faire le feed back des rapports transmis ;
* Organiser les formations des prestataires en matière de Financement Basé sur les résultats ;
* Documenter la mise en œuvre du Financement Basé sur les résultats ;
* Participer aux activités de recherche action en rapport avec le FBR ;
* Assurer le suivi de la mise en œuvre du FBR à tous les niveaux;
* Archiver et Assurer la mise à jour de la base des données en rapport avec le FBR.
	1. **Vérificateur**

S’assure de l’authenticité des prestations déclarées par les structures contractantes et de la qualité perçue par la communauté. De ce fait la vérification revêt deux volets:

La vérification dans la structure : assurée par l’AAP (agence d’achat de performances). Elle se réalise périodiquement (mensuel, trimestriel ou semestriel). La vérification des données se fait sur base des factures élaborées par les structures contractantes. Il sera chaque fois accompagné du régulateur.

La vérification auprès des bénéficiaires (contre vérification) : elle se fait dans la communauté par des organisations indépendantes des autres acteurs de la mise en œuvre.

* 1. **Payeur**

Assure le payement des factures émises par les structures contractantes après l’authentification de celles-ci par le vérificateur.

Le payeur dans le cadre du FBR en RDC est une agence financière (Ex. AGEFIN) au niveau national et ses succursales ou contractants au niveau provincial. Dans certains cas, les fonctions de vérification et de payement peuvent être jouées par une même structure en veillant à la séparation de ces fonctions.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, l’Agence financière est responsable de l'exécution les paiements des bordereaux des prestations et assure la gestion des comptes de paiement des dépenses des différents financements.

# ANNEXES

Annexe 1 : Les Indicateurs de Quantité

Annexe 2 : Les Indicateurs de Qualité

Annexe 3 : Bordereau de Prestation CS

Annexe 4 : Bordereau de Prestation HGR

Annexe 5 : Bordereau de Prestation ECZ

Annexe 6 : Fiche individuelle d’évaluation des CS éligibles au FBR

Annexe 7 : Modèle de contrat relatif aux modalités d’achat des services des Centres de santé

Annexe 1 : LES INDICATEURS DE QUANTITE

1. **INDICATEURS CS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **INDICATEURS** | **JUSTIFICATION** | **DONNEES NECESSAIRES** | **MODE DE CALCUL** | **METHODE DE COLLECTE**  | **SOURCE DE VERIFICATION** | **COMMENTAIRES** |
| 1 | Existence de rapport d’évaluation trimestriel du plan d’action annuel budgétisé du CS | Permet de s’assurer du niveau de réalisation du plan d’action annuel  | **Existence** du rapport d’évaluation du plan d’action annuel budgétisé du CS. | oui ou non | 1) Classement des Archives 2) Carnet de transmission | Rapport d'évaluation |  Le rapport du plan d'action doit contenir l'analyse des problèmes, les objectifs, les stratégies mises en oeuvre, les résultats atteints, les activités menées, les ressources et les coûts y relatifs. |
| 2 | Existence du plan de travail trimestriel des activités du CS | Permet d’apprécier la contribution de la structure à la mise en œuvre du PMA et la capacité de décrire la chronologie des actions à mener dans un temps défini. | **Existence** du plan de travail trimestriel des activités du CS. | oui ou non | 1) Classement des Archives 2) Carnet de transmission | Plan de travail trimestriel des activités du CS | Il découle du plan d’action annuel de la structure. C’est un plan qui analyse la situation, identifie les problèmes prioritaires et propose les stratégies réalistes pour atteindre les objectifs fixés. |
| 3 | Taux d'utilisation des services curatifs au CS | Permet de suivre l'accessibilité au premier contact et de mesurer l’importance du recours au service par la population ainsi que l’attractivité de la structure  | **Numérateur** : Nombre des nouveaux cas reçus durant le mois **Dénominateur** : Population attendue |  Nombre des nouveaux cas reçus durant le mois X 100/ Population attendue  | SNIS routine |  Registre de consultation du CS | La norme nationale est donnée à titre indicatif. Cependant il est souhaitable que la cible soit adaptée aux objectifs de chaque structure contractante. Il faut ressortir l'importance du recours au service par la population en rapport avec les mécanismes d'accès aux soins.  |
| 4 | Proportion des références réalisées  | Permet d’apprécier la prise en charge des maladies graves, les compétences des agents à référer à temps au respect des ordinogrammes ains ique l'opérationnalité du système de référence et contre-référence  | **Numérateur** : Nbre total des malades référés**Dénominateur** : Nbre total des malades reçus pendant la période | Nbre total des malades référés X100/ Nbre total des malades reçus pendant la période | SNIS de routine | Régistre de consultation et de référence du CS | Evaluer la capacité de la structure à référer (moyens logistiques, méthodologie utilisée,…) |
| 5 | Proportion de grossesses à haut risque référées  | Apprécie la qualité du suivi et l'importance du risque lié à la grossesse | **Numérateur** : Nbre des grossesses à haut risque référées ; **Dénominateur** : Total grossesse à haut risque détectées | Nbre des grossesses à risque référées X 100/Total grossesse à haut risque détectées | SNIS routine |  Registre CPN | Normalement le taux de référence devra être de 100% sauf dans les cas de référence impossible documentée Toutefois, l’aire de santé avec moyens logistiques disponibles (ambulance) et un système de référence et contre référence fonctionnel peut prendre en compte l’aspect de grossesse à haut risque référé et arrivé. |
| 6 | Taux de couverture en DTC- HepBhib3 (pentavalent) | Apprécie l'efficacité du service de vaccination, évalue le renforcement de l'immunité de l'enfant contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, hépatite virale B, Haemophillus influenzae | **Numérateur** : Enfants de l'AS âgés de 0 à 11 mois vaccinés au DTC HepBhib 3 **Dénominateur** : nourrissons survivants de l'AS attendu du mois  | Enfants de l'AS âgés de 0 à 11 mois vaccinés au DTC HepBhib 3 x 100 / nourrissons survivants de l'AS attendu du mois | SNIS routine |  Registre Vaccination/CPS | Evaluer les stratégies de la structure à organiser la vaccination en site fixe ou en stratégie avancée pour améliorer la couverture vaccinale. |
| 7 | Proportion de femmes enceintes ayant reçu VAT2+ (VAT2, VAT3, VAT4 ET VAT5) | Apprécie la capacité de prévenir le tétanos néonatal | **Numérateur** : Nbre de femmes enceintes ayant reçu VAT2+ ; **Dénominateur** : Total femmes enceintes attendu | Nbre de femmes enceintes ayant reçu VAT2+X100/Total femmes enceintes attendu | SNIS routine | Registre CPN |   |
| 8 | Taux d’utilisation des services PF | Permet d’évaluer l’acceptation des naissances désirables dans la communauté et de mesurer l’utilisation d’une méthode contraceptive moderne par les femmes en âge de procréer (15-45 ans) de l’AS | **Numérateur :** Nombre des femmes de en âge de procréer (15- 49 ans) ayant fréquenté le CS qui utilisent une méthode contraceptive moderne ; **Dénominateur** : Nombre total des femmes en âge de procréer de l’AS | Nombre des femmes de en âge de procréer (15- 49 ans) ayant fréquenté le CS qui utilisent une méthode contraceptive moderne X100/ Nombre total des femmes en âge de procréer de l’AS | SNIS routine | Registre PF | Cet indicateur est optionnel parce qu'il exige la disponibilité des intrants, du personnel qualifié et l'application des procédures de vérification de cette prestation. |
| 9 | Proportion des séances de CCC réalisées par thèmes par l’équipe du CS | Apprécie la capacité d'organiser les séances d'information et d'éducation des personnes cibles en vue du changement de comportement | **Numérateur** : Nombre des séances par thème de CCC au CS **Dénominateur** : Nombre total des séances de CCC prévues  |  Nombre des séances par thème de CCC au CS X 100/Nombre total des séances de CCC prévues  | SNIS routine | 1) Classement des archives2) Rapport d'activités | Nombre de séances de Communication pour le Changement de Comportement réalisées durant le trimestre par les équipes des CS de la ZS, que ce soit en site fixe et ou avancé, pour chacun des thèmes de la LISTE DES THEMES DE CCC |
| 10 | Taux d'accouchements assistés | Apprécie la prise en charge des accouchements par une personne formée | **Numérateur** : Nbre d’accouchements assurés par un personnel qualifié ; **Dénominateur** : nbre total d’accouchements attendus | Nbre d’accouchements assurés par un personnel qualifiéX100/ nbre total d’accouchement attendus | SNIS routine |  Registre d'accouchements | La norme nationale pour l'accouchement assisté prend en compte la présence d'une personne formée et qualifiée |
| 11 | Taux de détection de la tuberculose  | Apprécie la qualité des moyens diagnostics mis en œuvre pour la détection de la TBC | **Numérateur** : Nombre de NC TPM+ dépistés ; **Dénominateur** : Nombre des cas attendus (150 NC TPM+/100.000 hab) | Nombre de NC TPM+ dépistés X 100/Population attendue | SNIS routine |  Registre de laboratoire | Cet indicateur est optionnel parce qu'il exige la disponibilité des intrants, du personnel qualifié dans la structure. |
| 13 | Proportion de MIILD distribuées lors de la CPN et CPS | Permet d’apprécier la capacité de prévenir le paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans | a) Numérateur : Nbre des femmes enceintes ayant reçues une MIILD lors de la CPNDénominateur : Nbre des femmes attendues pour la période b) Numérateur : Nbre d’enfants de mois de 5 ans ayant reçu une MIILD lors de la CPS Dénominateur : Nbre d’enfants de moins de 5ans attendus pour la période | a) Nbre des femmes enceintes ayant reçues une MIILD lors de la CPNX100/ Nbre des femmes attendues pour la période b) Nbre d’enfants de mois de 5 ans ayant reçu une MIILD lors de la CPSX100/Nbre d’enfants de moins de 5 ans attendus pour la période  | SNIS routine | Registres CPN et CPS |   |
| 14 | Taux d’utilisation des services CPN4 | Permet d'apprécier l'acceptation du service, le recrutement des femmes enceintes et le suivi des femmes enceintes | **Numérateur** : Nbre de nouveaux cas femmes enceintes inscrites de l’AS ; **Dénominateur** : Pop femmes enceintes de l’AS attendues de la période | Nbre de nouveaux cas femmes enceintes inscrites de l’ASX 100/ Pop femmes enceintes de l'AS attendues de la période  | SNIS routine |  Registre CPN |   |
| 16 | Taux d’utilisation CPON | Permet d'apprécier l'accès aux soins obstétricaux essentiels et la prise en charge de l'accouchée | **Numérateur** : Nbre de NC femmes accouchées enregistrées à la CPON **Dénominateur** : Nbre total des femmes accouchées pendant la période | Nbre de NC femmes accouchées enregistrées à la CPON X100/ nbre total des femmes accouchées pendant la période | SNIS routine |  Registre CPON  |   |
| 17 | Proportion des rapports correctement remplis et transmis à temps au BCZS | Permet d'apprécier l'opérationnalité de rapportage du SNIS dans l'AS, et la capacité des CS à s’auto-évaluer et à rendre compte à la hiérarchie ainsi que la possibilité d’utiliser les informations pour prise des décisions | **Numérateur:** Nbre de rapports mensuels correctement remplis et transmis à temps; **Dénominateur** : Nbre de rapports attendus | Nbre de rapports mensuels transmis x 100/Nbre de rapports attendus | SNIS routine | Copie des rapports SNIS transmis |   |
| 18 | Proportion des rapports surveillance épidémiologique transmis à temps au BCZS | Permet d’apprécier l’opérationnalité de la surveillance épidémiologique dans l’AS et à rendre compte à la hiérarchie | **Numérateur:** Nbre de rapports mensuels correctement transmis; **Dénominateur** : Nbre de rapports attendus | Nbre de rapports mensuels transmis x 100/Nbre de rapports attendus | SNIS routine | Copie des rapports SNIS transmis |   |
| 19 | Taux de guérison de TBC  | Permet d’évaluer la mise en oeuvre de la lutte contre la tuberculose et mesure la capacité dela structure à garder les malades pendant toute la durée d’une séance de chimiothérapie assortie de résultats cliniques favorables | Numérateur: Nombre de nouveaux cas à frottis positif de tuberculose pulmonaire enregistrés au cours d’une période donnée qui ont guéri, plus le nombre de ceux qui ont achevé le traitement Dénominateur: Nombre total de nouveaux cas à frottis positif de tuberculose pulmonaire enregistrés au cours de la même période | Nombre de nouveaux cas à frottis positif de tuberculose pulmonaire enregistrés au cours d’une période donnée qui ont guéri, plus le nombre de ceux qui ont achevé le traitement X 100 / Nombre total de nouveaux cas à frottis positif de tuberculose pulmonaire enregistrés au cours de la même période |   |   | Le pourcentage d’une cohorte de cas de tuberculose enregistrés au cours d’une période donnée qui a achevé avec succès le traitement, que ce soit à l’aide de preuves de succès bactériologiques (« guéri ») ou sans (« traitement achevé »). |
| 20 | Proportion des femmes enceintes conseillées, testées ayant retiré le résultat  | Apprécie l'acceptation de la femme enceinte à la prévention contre le VIH ainsi que le taux de retour des femmes enceintes conseillées et leur engagement à connaître le statut sérologique | **Numérateur:** Femmes enceintes Conseillées, testées et informées du résultat à la CPN Dénominateur : Femmesenceintes conseillées à la CPN | Femmes enceintes Conseillées, testées et informées du résultat à la CPN x 100 / Femmesenceintes conseillées à la CPN | SNIS routine | Registre PTME |   |
| 21 | Proportion des partenaires masculins des femmes enceintes VIH+ conseillés, testés ayant retiré le résultat | Apprécie l'acceptation de partenaires masculins des femmes enceintes à la stratégie PTME | **Numérateur:** Partenaires masculins des femmes enceintes Conseillés, testés et informés du résultat à la CPN Dénominateur : Partenaires masculins des femmes enceintes conseillées à la CPN | Partenaires masculins des femmes enceintes Conseillés, testés et informés du résultat à la CPN X 100/Partenaires masculins des femmes enceintes conseillées à la CPN | SNIS routine | Registre PTME |   |
| 22 | Proportion des nouveaux nés des mères VIH+ mis sous prophylaxie | apprécie le niveau de protection de l'enfant né de mère sero-positive contre l'infection VIH | **Numérateur:** Nombre des nouveaux nés des mères VIH+ mis sous prophylaxie **Dénominateur :** Nombredes nouveaux nés des mères VIH+ | Nombre des nouveaux nés des mères VIH+ mis sous prophylaxie X 100/ Nombredes nouveaux nés des mères VIH+  | SNIS routine | Registre PTME |   |
| 23 | Proportion de nourrissons nés de mère VIH+ ayant été testée dans les 12 mois | Permet d'évaluer la capacité de la structure à assurer la prise en charge pédiatrique ainsi que le suivi pour guider la prise de décision clinique au stade le plus précoce possible. | **Numérateur:** Nombre de nourrissons ayant bénéficié du dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois (avant l’âge de 12 mois).**Dénominateur:** Nombre de femmes enceintes séropositives donnant naissance à un enfant au cours des 12 derniers mois.  | Nombre de nourrissons ayant bénéficié du dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois (avant l’âge de 12 mois) X100 / Nombre de femmes enceintes séropositives donnant naissance à un enfant au cours des 12 derniers mois.  | SNIS routine | Registre PTME | Nombre de femmes enceintes séropositives donnant naissance à un enfant au cours des 12 derniers mois: ***Il s’agit là d’une mesure d’approximation du nombre de nourrissons*** |
| 24 | Proportion des femmes enceintes VIH+ éligibles aux TAR mises sous ARV | Permet d'évaluer la capacité de la structure à assurer la thérapie antirétrovirale pour lemaintient en vie les femmes enceintes séropositives au VIH et la réduction du risque detransmission de TME. | Numérateur: Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH dont l’éligibilitéà la thérapie antirétrovirale a été évaluée au cours des 12 derniers mois Dénominateur: Nombre des femmes enceintes séropositives au VIH au cours des 12 derniers mois | Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH dont l’éligibilitéà la thérapie antirétrovirale a été évaluée au cours des 12 derniers mois X 100 / Nombre des femmes enceintes séropositives au VIH au cours des 12 derniers mois | SNIS routine | Registre PTME | Cet indicateur mesure la couverture des femmes enceintes séropositives au VIH dont l’éligibilité à la thérapie antirétrovirale a été évaluée du point de vue clinique, conformémentaux critères de l’OMS, ou immunologique, à partir de la numération des CD4.L’évaluation de l’éligibilité à la thérapie antirétrovirale peut être faite sur place ouaprès réorientation. |
| 25 | Proportion de personnes éligibles au TAR mis sous ARV  | Permet d'évaluer la capacité de la structure à assurer la thérapie antirétrovirale | **Numérateur:** Nombre de personnes séropositives au VIH dont l’éligibilitéà la thérapie antirétrovirale a été évaluée au cours des 12 derniers mois **Dénominateur:** Nombre des personnes séropositives au VIH au cours des 12 derniers mois | Nombre de personnes séropositives au VIH dont l’éligibilitéà la thérapie antirétrovirale a été évaluée au cours des 12 derniers mois X 100 / Nombre des personnes séropositives au VIH au cours des 12 derniers mois | SNIS routine | Registre PTME | Cet indicateur mesure la couverture des personnes séropositives au VIH dont l’éligibilité à la thérapie antirétrovirale a été évaluée du point de vue clinique, conformémentaux critères de l’OMS, ou immunologique, à partir de la numération des CD4.L’évaluation de l’éligibilité à la thérapie antirétrovirale peut être faite sur place ouaprès réorientation. |
| 26 | Proportion des IST traités selon le protocole national | Permet d'évaluer la capacité de la structure à assurer la prise en charge des IST | **Numérateur** : Nbre total des IST traités selon le protocole national**Dénominateur:** Nombre des IST reçus  | Nbre total des IST traités selon le protocole national X 100 / Nombre des IST reçus  | SNIS routine | Registre PTME |   |
| 27 | Proportion de cas pris en charge selon le protocole national | Permet d'apprécier le respect des normes et des directives des prestations conformément au protocole national | **Numérateur** : Nbre total des cas pris en charge selon le protocole national**Dénominateur:** Nombre des cas reçus  | Nbre total des cas pris en charge selon le protocole national X 100/Nombre des cas reçus | Fiche individuelle des malades | Registre de consultation |   |
| 28 | Taux de disponibilité en médicaments essentiels traceurs  | Permet d’apprécier la disponibilité en médicaments et la gestion rationnelle de médicaments | **Numérateur** : Nbre total des jours de la période - nombre de jour de rupture de stock **Dénominateur**: Total des jours de la période  | Nbre total des jours de la période - nombre de jour de rupture de stockX100 /total des jours de la période  | SNIS routine | Registre de gestion de la pharmacie |   |
| 29 | Proportion d’inventaires mensuels de médicaments, matériels et équipements effectuées dans la structure | Permet d'évaluer la capacité de gestion des ressources du CS ainsi que l'organisation de la logistique. |  **Existence** de la liste mensuels/inventaire de médicaments, matériels et équipements | Nombre des rapports d'inventaires disponibles  | SNIS routine | Document d'inventaire | Pour chaque catégorie déterminer le nombre d'unités en bon état pour chaque élément. |
| 30 | Existence des rapports mensuels des présences du personnel  | Permet de suivre la présence effective du personnel au service chaque mois et d'évaluer la capacité de répertorier le personnel en activité;  | **Existence** des rapports mensuels | Nombre des rapports disponibles  | Registres des présences | Cahier, registre ou liste de présence | La liste déclarative devra comprendre la position administrative de l’agent (en activité, en suspension, en détachement, malade ou en mutation), le nombre de jours prestés) |
| 32 | Taux de disponibilité en médicaments essentiels traceurs  | Permet d’apprécier la disponibilité en médicaments  | **Numérateur** : Nbre total des jours de la période - nombre de jour de rupture de stock **Dénominateur:** Total des jours de la période  | Nbre total des jours de la période - nombre de jour de rupture de stockX100 /total des jours de la période  | SNIS routine | Registre de gestion de la pharmacie |   |
| 33 | Proportion des réunions du Comité de Santé | Permet d’assurer la participation communautaire aux activités du CS | **Numérateur** : Nbre des réunions du Codesa réalisées**Dénominateur** : Nbre des réunions de Codesa prévues  | Nbre des réunions du Codesa realiséesX100/Nbre des réunions du Codesa prévues | SNIS routine | Rapports d’activités | L’analyse des données doit se faire avec tout le staff soignant et le CODESA |
| 34 | Proportion de réunions de monitorage mensuel avec PV organisé avec le CODESA au niveau de l’aire de santé | Permet d’évaluer la participation communautaire à l’analyse et la validation des données puis d’autres activités du CS | **Numérateur** : Nbre de réunions de monitoring mensuel impliquant la communauté tenues**Dénominateur** : Nbre des réunions de monitoring prévues | Nbre de réunions de monitoring mensuel impliquant la communauté tenues x 100/Nbre des réunions de monitoring prévues | SNIS routine | Rapports d’activités |   |

1. **INDICATEURS HGR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **INDICATEURS** | **JUSTIFICATION** | **DONNEES NECESSAIRES** | **MODE DE CALCUL** | **METHODE DE COLLECTE**  | **SOURCE DE VERIFICATION** | **Commentaires** |
| 1 | Existence de rapport d’évaluation trimestriel du plan d’action annuel budgétisé du HGR | Permet de s’assurer du niveau de réalisation du plan d’action annuel  | **Existence** du rapport d’évaluation du plan d’action annuel budgétisé de l'HGR. | oui ou non | 1) Classement des Archives 2) Carnet de transmission | Rapport d'évaluation |  Le rapport du plan d'action doit contenir l'analyse des problèmes, les objectifs, les stratégies mises en oeuvre, les résultats atteints, les activités menées, les ressources et les coûts y relatifs. |
| 2 | Existence du plan de travail trimestriel des activités du HGR | Permet d’apprécier la contribution de la structure à la mise en œuvre du PCA et la capacité de décrire la chronologie des actions à mener dans un temps défini.  | **Existence** du plan de travail trimestriel des activités de l'HGR. | oui ou non | 1) Classement des Archives 2) Carnet de transmission | Plan de travail trimestriel des activités du CS | Il découle du plan d’action annuel de la structure. C’est un plan qui analyse la situation, identifie les problèmes prioritaires et propose les stratégies réalistes pour atteindre les objectifs fixés. |
| 3 | Proportion de cas référés consultés par le Médecin | Permet d’apprécier la prise en charge des maladies graves, les compétences des agents à prendre à temps au respect des protocoles nationaux ainsi que l'opérationnalité du système de référence et contre-référence  | **Numérateur** : Nbre de cas référés à l’HGR consulté à temps par le Médecin**Dénominateur** : Nbre total de cas référés à l’HGR  | Nbre de cas référés à l’HGR consulté à temps par le MédecinX100/ Nbre total de cas référés reçus | SNIS routine | Registre de référence |  Indicateur ayant un impact sur la morbi-mortalité |
| 4 | Proportion des malades hospitalisés avec dossiers complets | Permet d’apprécier la capacité de l’organisation des services. Un dossier doit comprendre : le document de référence, la fiche de consultation, les éléments des examens para cliniques, la fiche de suivi de l’évolution, le document justifiant le paiement | **Numérateur** : Nbre malades hospitalisés avec dossiers complets **Dénominateur** : Nbre total malades hospitalisés  | Nbre malades hospitalisés avec dossiers complets X100/ total malades hospitalisés  | SNIS routine | Dossiers des malades hospitalisés  |   |
| 5 | Proportion de contre référés vers les centres de santé avec documents | Permet de suivre l'articulation des FOSA et la fonctionnalité du système de contre référence dans la ZS | **Numérateur** : Nbre de cas contre référés au CS ;**Dénominateur**: Total de cas référés et reçus à l’HGR | Nbre de cas contre référés au CSX100/ Total de cas référés et reçus à l’HGR | SNIS routine | Registre de contre-référence de l'HGR; Registre de référence CS |   |
| 6 | Taux d'occupation des lits par service: Pédiatrie, Médecine Interne, Gynéco- obstétrique (Maternité) et Chirurgie.  | Evalue l'utilisation des services hospitaliers ainsi que le rendement de l'hôpital | **Numérateur** : Nbre de journées d'hospitalisation;**Dénominateur**: Nbre de lits montés x jours du mois | Nbre de journées d'hospitalisation x 100/Nbre de lits montés x jours du mois  | SNIS routine | 1) Registre de d'hospitalisation 2) Rapport d'inventaire de l' HGR 3) Calendrier | 1) Nbre Journées d'hospit /service= Nbre de nuits réalisées par les malades sortis pendant la période 2) Nbre de lits montés / service = Nbre de lits disponibles pour l'HGR correspondant au nombre de nuits d'hospitalisation potentielle/ service pendant la période 3) Jours du mois =Nbre total de jours du mois  |
| 7 | Durée moyenne de séjour | Renseignement sur la qualité des soins, la gravité des pathologies et l'existence de procédures tendant à allonger ou raccourcir le temps de séjour en hospitalisation dans les services. | **Numérateur** : Somme des séjours des malades sortants **Dénominateur**: Nbre des malades sortant du mois | total des journées d'hospitalisation des malades sorties du mois x100 /Nbre total des malades sortis du mois  | SNIS routine | Registre d'hospitalisation | **1) total.journées d'hospitalisation des malades sorties du mois=Nbre total de nuits réalisées par les malades qui ont quitté l'hôpital au cours du mois 2)Nbre total des malades sortis du mois= Nbre total des malades qui ont quitté l'hôpital au cours du mois** |
| 8 | Proportion des infections postopératoires/ Taux de suppuration post opératoire | Mesure la qualité des soins infirmiers dans le service | **Numérateur** : Nbre de NC de suppuration pendant la période ;**Dénominateur** :Nbre d'interventions chirurgicales pendant la période | Nbre de NC de suppuration pendant la période x 100/Nbre d'interventions chirurgicales pendant la période | SNIS routine | Registre d'hospitalisation | 1) Nbre de NC de suppuration post-op pendant la période= Nbre de nouveau cas d'infections après une intervention chirurgicale propre au cours du mois 2) Nbre d'interventions chirurgicales pendant la période= Nbre total d'interventions chirurgicales propres au cours du mois  |
| 9 | Proportion de poches de sangs testés  | Permet d’apprécier la fonctionnalité de la banque de sang et la sécurité transfusionnelle | **Numérateur** : Nbre de poches de sang testés ;**Dénominateur**: Nbre total de poches de sang collectées | Nbre de poches de sang testésX100/ total de poches de sang collectées | SNIS routine | Registre du laboratoire/ banque de sang | Cet indicateur sera optionnel uniquement pendant la période avant la réhabilitation et l'équipement des labos. Préciser s'il s'agit de 4 marqueurs |
| 10 | Proportion de patients transfusés avec du sang sécurisé (testés au 4 marqueurs ou plus) | Permet d’évaluer la qualité du sang transfusé et la qualité de transfusions effectuées par la structure  | **Numérateur** : Nbre de patients transfusés avec du sang sécurisé ;**Dénominateur**: Nbre total de patients transfusés | Nbre de patients transfusés avec du sang sécuriséX100/ total de patients transfusés | SNIS routine | Registre d'hospitalisation |   |
| 11 | Proportion d'accouchements dystociques réalisés | Apprécier le rôle de l'HGR dans la prise en charge des accouchements difficiles | **Numérateur** : Nbre d’accouchements dystociques réalisés ;**Dénominateur**: Nbre total d’accouchements | Nbre d'accouchements dystociques réalisés x100/ nbre total d'accouchements | SNIS routine | Registre d'accouchement | ***1) Nbre d'accouchement dystocique=*** Nbre d'accouchement difficile par voie basse 2) Nbre total d'accouchement à l'HGR= Nbre total d'accouchement à l'HGR au cours du mois  |
| 12 | Proportion de césariennes  | Evaluer la couverture par l'HGR des interventions obstétricales majeures  | **Numérateur** : Nbre de cas de césarienne ;**Dénominateur**: le nbre total d'accouchement | Nbre de cas de césarienne x100/ le nbre total d'accouchement | SNIS routine | Registre d'accouchement + registre du bloc opératoire | 1)Nbre de cas de césarienne= Nbre d'accouchements par intervention chirurgicale qui consiste à ouvrir la paroi abdominale et celle de l'uterus gravide pour en extraire le foetus pour le mois 2)Nbre total d'accouchement à l'HGR= Nbre total d'accouchement à l'HGR au cours du mois  |
| 13 | Taux de disponibilité en médicaments essentiels traceurs  | Permet d’apprécier la disponibilité en médicaments et les capacités de gestion de la structure | Numérateur : Nbre total des jours de la période - nombre de jour de rupture de stock Dénominateur: Total des jours de la période  | Nbre total des jours de la période - nombre de jour de rupture de stockX100 /total des jours de la période  | SNIS routine | Registre de gestion de la pharmacie |   |
| 14 | Proportion des rapports SNIS correctement remplis et transmis à temps au BCZS (discutés et validés) | Permet d'apprécier l'opérationnalité de rapports SNIS dans l'AS, et la capacité des CS à s’auto-évaluer et à rendre compte à la hiérarchie | Numérateur: Nbre de rapports mensuels correctement remplis et transmis à temps;Dénominateur: Nbre de rapports attendus | Nbre de rapports mensuels correctement remplis et transmis à temps x 100/Nbre de rapports attendus | SNIS routine | Rapport d'activités |   |
| 15 | Proportion des Audits de décès maternels organisés | Permet d'identifier les causes de décès en vue d'améliorer la qualité de la prestation | Numérateur : Nbre d’audits de décès maternels organisés ;Dénominateur: Nbre total de décès maternels survenus dans l’HGR durant la période | Nbre d’audits de décès maternels organisés X100/Nbre total de décès maternels survenus dans l’HGR durant la période | SNIS routine | Registre d'hospitalisation; registre d'accouchement | Focalisé uniquement aux décès maternels pour répondre aux normes. " tout décès maternel doit être audité";  |
| 16 | Proportion de réunions du Comité de Gestion tenues  | Permet de suivre la capacité de gestion de l’hôpital  | Numérateur : Nbre de réunions du Comité de Gestion tenues avec compte rendu ;Dénominateur: Nbre de réunions du Comité de Gestion prévues | Nbre de réunions du Comité de Gestion tenuesX100/ Nbre de réunions du Comité de Gestion prévues | SNIS routine | Rapport d'activités |   |
| 17 | Proportion de cas pris en charge selon le protocole national | Permet d'apprécier le respect des normes et des directives des prestations conformément au protocole national | **Numérateur** : Nbre total des cas pris en charge selon le protocole national**Dénominateur:** Nombre des cas reçus  | Nbre total des cas pris en charge selon le protocole national X 100/Nombre des cas reçus | Fiche individuelle des malades | Registre de consultation |   |
| 18 | Proportion d’inventaires mensuels de médicaments, matériels et équipements effectuées dans la structure | Permet d'évaluer la capacité de gestion des ressources de l'HGR ainsi que l'organisation de la logistique. |  **Existence** de la liste mensuels/inventaire de médicaments, matériels et équipements | Nombre des rapports d'inventaires disponibles  | SNIS routine | Document d'inventaire |   |
| 19 | Existence des rapports mensuels des présences du personnel  | Permet de suivre la présence effective du personnel au service chaque mois et d'évaluer la capacité de répertorier le personnel en activité;  | **Existence** des rapports mensuels | Nombre des rapports disponibles  | Registre des présences | Cahier, registre ou liste de présence |   |
|  20 | Proportion des rapports surveillance épidémiologique transmis à temps au BCZS | Permet d’apprécier l’opérationnalité de la surveillance épidémiologique dans la ZS et à rendre compte à la hiérarchie | **Numérateur:** Nbre de rapports mensuels correctement transmis; **Dénominateur** : Nbre de rapports attendus | Nbre de rapports mensuels transmis x 100/Nbre de rapports attendus | SNIS routine | Copie des rapports SNIS transmis |   |

1. **INDICATEURS BCZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **INDICATEURS** | **JUSTIFICATION** | **DONNEES NECESSAIRES** | **MODE DE CALCUL** | **METHODE DE COLLECTE**  | **SOURCE DE VERIFICATION** | **Commentaires** |
| 1 | Existence de rapport d’évaluation trimestriel du plan d’action annuel budgétisé du CS | Permet de s’assurer du niveau de réalisation du plan d’action annuel ainsi que la contribution de BCZS à la mise en œuvre des interventions prioritaires du PMA en tenant compte des réalités locales. | **Existence** du rapport d’évaluation du plan d’action annuel budgétisé du BCZS | Oui ou non | 1) Classement des Archives 2) Carnet de transmission | Rapport d'évaluation |  Le rapport du plan d'action doit contenir l'analyse des problèmes, les objectifs, les stratégies mises en oeuvre, les résultats atteints, les activités menées, les ressources et les coûts y relatifs. |
| 2 | Existence du plan de travail trimestriel des activités du CS | Permet d’apprécier la contribution du BCZS à la mise en œuvre du PAO et la capacité de décrire la chronologie des actions à mener dans un temps défini.  | **Existence** du plan de travail trimestriel des activités du BCZS | Oui ou non | 1) Classement des Archives 2) Carnet de transmission | Plan de travail | Il découle du plan d’action annuel de la structure. C’est un plan qui analyse la situation, identifie les problèmes prioritaires et propose les stratégies réalistes pour atteindre les objectifs fixés. |
|   | Existence d’un document synthèse des micro-plans de la ZS intégrant le PMA et le PCA  | Permet d'apprécier la capacité du BCZS d'élaborer le plan d'exécution des interventions de PMA et du PCA ainsi que de faire un plaidoyer pour la ZS. | **Nombre** de Document synthèse de micro-plans élaborés | Oui ou non | 1) Classement des Archives 2) Carnet de transmission | Document synthèse de micro-plans |   |
| 3 | Proportion des réunions hebdomadaires tenues par le BCZ | Permet d’évaluer la capacité du BCZ à organiser les services | **Numérateur :** Nbre des réunions tenues avec Compte rendu**Dénominateur :** Nbre des réunions prévues | Nbre des réunions tenues avec compte renduX100/ Nbre des réunions prévues | SNIS de routine | Rapports d’activités |   |
| 4 | Proportion des réunions tenues par l’ECZS avec rapport | Permet de suivre le pilotage des activités au niveau de l’ECZS | **Numérateur :** Nbre des réunions tenues avec Compte rendu**Dénominateur** : Nbre des réunions prévues | Nbre des réunions tenues avec compte renduX100/ Nbre des réunions prévues | SNIS de routine | Rapports d’activités |   |
| 5 | Proportion de supervisions effectuées (avec rapport) | Permet de suivre la capacité de l’ECZ dans l’accompagnement des structures de la ZS | **Numérateur** : Nbre de supervisions effectuées avec rapports et TDR;**Dénominateur:** Nbre de supervisions prévues | Nbre de supervisions effectuées avec rapports et TDR X100/ Nbre de supervisions prévues | SNIS de routine | Registre de supervision |   |
| 6 | Proportion d’activités du plan de travail réalisées | Permet de suivre la mise en œuvre des activités  | **Numérateur** : Nbre d’activités réalisées **Dénominateur:** Nbre d’activités planifiées | Nbre d’activités réaliséesX100/Nbre d’activités planifiées | SNIS de routine | Rapport d’activités mensuel |   |
| 7 | Proportion des rapports des structures sanitaires de la ZS analysés | Permet de suivre la traçabilité et la fiabilité des données des structures sanitaires | **Numérateur** : Nbre des rapports analysés **Dénominateur:** Nbre des rapports reçus  | Nbre des rapports analysés X 100/ Nbre des rapports reçus | SNIS de routine | Rapport d’activités mensuel |   |
| 8 | Promptitude et complétude des rapports SNIS transmis à la DPS  | Permet d'évaluer les capacités de rapportage de la ZS | **Numérateur :** Nbre de rapports SNIS transmis à temps à la DPS ; **Dénominateur:** Nbre total des rapports attendus | Nombre de rapports SNIS transmis à temps à la DPSX100/ total des rapports attendus | SNIS de routine | Rapport de la structureRapport SNIS  |   |
| 9 | Proportion de retro information écrite et transmise aux structures | Permet de suivre la capacité de l’ECZ dans l’accompagnement des structures de la ZS | **Numérateur :** Nbre de retro information écrite et transmise aux structures ; **Dénominateur:** Nbre total des rapports reçus | Nbre de retro information écrite et transmise aux structuresX100/nbre total des rapports reçus | SNIS de routine | Copie de la lettre de feedback adressée aux centres de santé et à l’HGR |   |
| 10 | Proportion de réunions de monitorage mensuel organisé au niveau du BCZ | Permet de consolider, valider et analyser les données en vue d’améliorer la qualité  | **Numérateur :** Nbre de réunions de monitorage mensuel tenues ; **Dénominateur:** Nbre total de réunions de monitorage mensuel prévues  | Nbre de réunions de monitorage mensuel tenues X100/ Nbre total de réunions de monitorage mensuel prévues | SNIS de routine | (i) Compte rendu de réunions + (ii) rapport synthèse des données  |   |
| 11 | Proportion de réunions de COGE avec PV transmis à la DPS | Permet de suivre la capacité de gestion de l’ECZ | **Numérateur :** Nbre de réunions tenues avec Compte rendu; **Dénominateur:** Nbre total de réunions prévues  | Nbre de réunions tenues avec compte renduX100/ nbre total de réunions prévues  | SNIS de routine | (i) Copie du PV transmis à la DPS |   |
| 12 | Proportion d’audits financiers réalisés au niveau des HGR | Permet d’assurer une gestion saine des financements octroyés aux Fosa | **Numérateur :** Nbre d’audits réalisés**Dénominateur :** Nbre d’audits prévus | Nbre d’audits réalisésX100/Nbre d’audits prévus | Rapport d’activités | Rapports d’audits |   |
| 13 | Proportion des rapports transmis à la DPS  | Permet d'évaluer la complétude de rapportage de la ZS | **Numérateur :** Nbre de rapports SNIS transmis à temps à la DPS ; **Dénominateur:** Nbre total des rapports attendus | Nombre de rapports SNIS transmis à temps à la DPSX100/ total des rapports attendus | SNIS de routine | Copie de la lettre de transmissionRapport SNIS  |   |
| 14 | Proportion de décisions du COGE exécutées  | Permet de suivre la capacité du COGE à exécuter les décisions prises  | **Numérateur** : Nbre de décisions du COGE exécutées ; **Dénominateur:** Nbre total de décisions prises par le COGE | Nbre de décisions du COGE exécutéesX100/ Nbre total de décisions prises par le COGE | SNIS routine | Rapport d’activités  |   |
| 15 | Existence d’une base de données GESIS fonctionnelle et à jour | Permet un suivi régulier du rapportage des données de la ZS, du partage et l'utilisation de l'information.  | **Existence** d’un GESIS fonctionnel et à jour  | Présence d’une base de données GESIS fonctionnelle et à jour | SNIS routine | Date d’entrée des dernières données par centre de santé et HGR | Pour une ZS qui n’a pas de base des données GESIS, on prendra la base des données existante  |
| 16 | Proportion des inventaires internes effectués | Permet d’évaluer la capacité d’organiser les ressources matérielles ainsi que celle de contribuer au contrôle des disponibilités du patrimoine | **Numérateur :** Nbre d’inventaires effectués **Dénominateur :** Nbre total d’inventaires prévus | Nbre d’inventaires effectués X 100 / Nbre total d’inventaires prévus | SNIS routine | Rapport d’activités  | **Nbre de vérification physique de matériel et équipement, de leur état, quantité et emplacement=** Inventaires des matériels roulant, équipements, carburant, médicaments, matériels de bureau |
| 17 | Proportion de sessions de monitorage appuyées sur terrain | Permet d'apprécier la capacité d'évaluation à mi chemin de la couverture des interventions du PMA dans les ZS / AS.  | **Numérateur :** Nbre de sessions de monitorage appuyées sur terrain **Dénominateur :** Nbre de sessions de monitorage appuyées sur terrain  | Nbre de sessions de monitorage appuyées sur terrain x 100 / Nbre total de monitorage prévus dans la ZS | SNIS routine | Rapport d’activités  |   |

Annexe 2 : LES INDICATEURS DE QUALITE

1. **INDICATEURS AU BCZ**

|  |
| --- |
| **A. SCORE DE MISE EN PLACE DE L’EQUIPE DU BCZS** |
|  |  |  |  |
| **Description** | **Valeur acquise** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. Dossier complet de chaque membre (commission d’affectation, diplôme, curriculum vitae, certificat etc),< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3) |  | **3** |  |
| 2. Description des postes des membres de l’équipe en rapport avec les normes (43) < 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3) |  | **3** |  |
| 3. Effectif de personnel en rapport avec les normes Effectif > à la norme (score 0) ; Effectif < à la norme (score 2) ; Effectif = à la norme (score 5) |  | **5** |  |
| 4. Règlement d’ordre intérieur disponible |  | **1** |  |
| **Total** |  | **12** |  |
|  |  |  |  |
| **A2. SCORE DES ACTIVITES DE PLANIFICATION ET DE COORDINATION DU BCZS** |
|  |  |  |  |
| **Description** | **Valeur acquise** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. Existence de l’organigramme du BCZS |   | 1 |  |
| 2. Existence d’un chronogramme des audits internes à la structure |   | 1 |  |
| 3. Disponibilité des rapports de performance du personnel du BCZS |   | 1 |  |
| **Critères de qualité à ramener aux indicateurs de quantité** |  |  |   |
|  |  |  |   |
| 4. Taux de tenue des réunions hebdomadaires avec CR (présence du personnel à plus que 90%) < 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3) |   | 3 |  |
| 5. Taux d’exécution de recommandations de différentes réunions selon leur CR < 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3) |   | 3 |  |
| 6. Taux de tenue des réunions de CODI avec CR, < 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3) |   | 3 |  |
| 7. Taux d’exécution des activités planifiées (dans le plan d’activités trimestrielles) < 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3) |   | 3 |  |
| 8. Disponibilité des rapports d’évaluation trimestrielle du plan d’action des activités. Le rapport doit contenir tous les éléments suivants : 1)       Les activités et leur niveau de réalisation (réalisé, en cours et non réalisé, et les observations. 2)       Les activités doivent référer à un plan d’action trimestriel conforme au plan d’action annuel. Par critère 1 point Si tous les critères sont inclus DISPONIBLE (score 2), si un critère manque PAS  DISPONIBLE (score 0)Nombre de rapports disponible / rapports prévus |   | 2 |  |
| 9. Disponibilité des rapports mensuels de réunions de coordination Le rapport doit contenir tous les éléments suivants :  1)       date, heure de début et de fin de la réunion 2)       l’agenda ou ordre de jour 3)       liste de présence des participants signée 4)       approbation du CR de la réunion précédente 5)       bilan des recommandations ou actions de la réunion précédente 6)       pour chaque activité : description du sujet 7)       pour chaque activité : bilan des recommandations ou actions de la réunion précédente 8)       pour chaque activité délai d’exécution mentionné  9)       pour chaque activité observation indiquée 10)    signature du président et du rapporteur de la réunionPar critère 1 pointSi tous les éléments sont inclus DISPONIBLE (score 10), si un élément manque PAS DISPONIBLE (score 0)Nombre de rapports disponible / rapports prévus |   | 10 |  |
| 10. Disponibilité des rapports mensuels d’analyse de données SNIS de l’hôpital Le rapport doit contenir tous les éléments suivants : 1)  Graphique continu de données de l’année en cours avec commentaire 2)  CR des réunions mensuelles avec les chefs de services où les rapports d’analyse sont présentésPar critère 1 pointSi tous les éléments sont inclus DISPONIBLE (score 2), si un élément manque PAS DISPONIBLE (score 0)Nombre de rapports disponible / rapports prévus |   | 2 |  |
| 11. Disponibilité des rapports mensuels des réunions du comité de gestionLe rapport doit contenir tous les éléments suivants :  1)  date, heure de début et de fin de la réunion 2)  l’agenda ou ordre de jour 3)  liste de présence des participants signée 4)  approbation du CR de la réunion précédente 5)  bilan des recommandations ou actions de la réunion précédente 6)  pour chaque activité : description du sujet 7)  pour chaque activité : décisions et recommandations prises 8)  pour chaque activité délai d’exécution mentionné 9)  pour chaque activité : un responsable désigné 10)  pour chaque activité une observation indiquée 11) signature du président et du rapporteur de la réunionPar critère 1 pointSi tous les éléments sont inclus DISPONIBLE (score 11), si un élément manque PAS DISPONIBLE (score 0)Nombre de rapports disponible / rapports prévus |   | 11 |  |
| 12. Le Règlement d’Ordre Intérieur Existe 1)  Signé par Le Président du Conseil d’administration ou Le Représentant Légal ou Le Président du Comité de gestion et est accessible à tout le personnel dans chaque service 2)  définit le fonctionnement des différentes structures 3)  contient l’organigramme 4)  définit les procédures de permutations internes, avantages, régime disciplinaire, système d’évaluation et motivation, politique des congés, horaire de travail, remerciements et gestion du matériel, recrutement du personnelPar critère 1 pointSi tous les éléments sont inclus DISPONIBLE (score 4), si un élément manque PAS DISPONIBLE (score 0) |   | 4 |  |
| **Score total** |   | **47** |   |
|  |  |  |  |

1. **INDICATEURS HGR**

**FICHE RESUME D’EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS A L’HGR**

**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**

Province : ……………………………………..………………….

Code : /\_\_/\_\_/

District sanitaire: ……………………………………..…………..

Code  : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Zone de Santé : ……………………………………..…… ……..

Code  : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Formation Sanitaire : ……………………………………..…… ..

Code HGR : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Période évaluée : du ………/……./……… au ….../……./…….…………

Dates de l’évaluation : …………………………………………………………..…………..

**Résultats:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicateur** | **Score réalisé** | **Score max** | **Proportion** |
| **A. FONCTIONNEMENT DE L’HOPITAL** |  |  |  |
| a1. Score de mise en place de l’équipe de l’HGR  |  |  |  |
| a2. Score de réalisation des activités de planification et de coordination |  |  |  |
| a3. Score de réalisation des activités de suivi - évaluation |  |  |  |
| a4. Score de gestion des médicaments et autres intrants |  |  |  |
| a5. Score de gestion des équipements  |  |  |  |
| a6. Score de renforcement des capacités |  |  |  |
| a7. Score d’hygiène hospitalière |  |  |  |
| **B. ACTIVITES CLINIQUES** |  |  |  |
| b.1. Score des activités curatives |  |  |  |
|  *Score consultation de référence par le médecin* |  |  |  |
|  *. Score de consultation ordinaire* |  |  |  |
| b.2.Score d’appréciation de la qualité des soins  |  |  |  |
| b.3. Score des activités para cliniques |  |  |  |
|  *Score d’imagerie et examens complémentaires* |  |  |  |
| b4. Score d’activités d’hospitalisation |  |  |  |
| **C. ACTIVITES DE GESTION** |  |  |  |
| Total |  |  |  |

**Nom, post nom et Signature des évaluateurs**

**Nom, postnom et Signature du MDH de l’HGR de ………………**

**A. FONCTIONNEMENT**

**a.1. Score de mise en place de l’équipe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur acquise** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. Dossier complet de chaque membre (commission d’affectation, diplôme, curriculum vitae, certificat etc),

< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3) |  | **3** |  |
| 1. Description des postes des membres de l’équipe en rapport avec les normes (43) < 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3)
 |  | **3** |  |
| 1. Effectif de personnel en rapport avec les normes

 Effectif > à la norme (score 0) ; Effectif < à la norme (score 2) ; Effectif = à la norme (score 5) |  | **5** |  |
| 1. Règlement d’ordre intérieur disponible
 |  | **1** |  |
| **Total** |  | **12** |  |

MCZ : Médecin Chef de Zone de Santé

MDH : Médecin Directeur de l’hôpital

MCStaff : Médecin Chef de Staff Médical

AG : Administrateur Gestionnaire

**a2. Score des activités de planification et de coordination de l’ HGR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur acquise** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. Existence de l’organigramme de l’HGR
 |  | **1** |  |
| 1. Existence d’un chronogramme des audits internes à la structure
 |  | **1** |  |
| 1. Disponibilité des rapports de performance du personnel de l’HGR
 |  | **1** |  |
| 1. Taux de tenue des réunions hebdomadaires avec CR (présence du personnel à plus que 90%)

< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3) |  | **3** |  |
| 1. Taux d’exécution de recommandations de différentes réunions selon leur CR

< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3) |  | **3** |  |
| 1. Taux de tenue des réunions de CODI avec CR,

< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3) |  | **3** |  |
| 1. Taux d’exécution des activités planifiées (dans le plan d’activités trimestrielles)

< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3) |  | **3** |  |
| 1. Disponibilité des rapports d’évaluation trimestrielle du plan d’action des activités.

 Le rapport doit contenir tous les éléments suivants : * 1. Les activités et leur niveau de réalisation (réalisé, en cours et non réalisé, et les observations.
	2. Les activités doivent référer à un plan d’action trimestriel conforme au plan d’action annuel.

 Par critère 1 pointSi tous les critères sont inclus DISPONIBLE (score 2), si un critère manque PAS  DISPONIBLE (score 0) Nombre de rapports disponible / rapports prévus |  | **2** |  |
| 1. Disponibilité des rapports mensuels de réunions de coordination

 Le rapport doit contenir tous les éléments suivants : * 1. date, heure de début et de fin de la réunion
	2. l’agenda ou ordre de jour
	3. liste de présence des participants signée
	4. approbation du CR de la réunion précédente
	5. bilan des recommandations ou actions de la réunion précédente
	6. pour chaque activité : description du sujet
	7. pour chaque activité : bilan des recommandations ou actions de la réunion précédente
	8. pour chaque activité délai d’exécution mentionné
	9. pour chaque activité observation indiquée
	10. signature du président et du rapporteur de la réunion

 Par critère 1 pointSi tous les éléments sont inclus DISPONIBLE (score 10), si un élément manque  PAS DISPONIBLE (score 0) Nombre de rapports disponible / rapports prévus |  | **10** |  |
| 1. Disponibilité des rapports mensuels d’analyse de données SNIS de l’hôpital

 Le rapport doit contenir tous les éléments suivants : * 1. Graphique continu de données de l’année en cours avec commentaire
	2. CR des réunions mensuelles avec les chefs de services où les rapports d’analyse sont présentés

 Par critère 1 pointSi tous les éléments sont inclus DISPONIBLE (score 2), si un élément manque  PAS DISPONIBLE (score 0) Nombre de rapports disponible / rapports prévus |  | **2** |  |
| 1. Disponibilité des rapports mensuels des réunions du comité de gestion

Le rapport doit contenir tous les éléments suivants : * 1. date, heure de début et de fin de la réunion
	2. l’agenda ou ordre de jour
	3. liste de présence des participants signée
	4. approbation du CR de la réunion précédente
	5. bilan des recommandations ou actions de la réunion précédente
	6. pour chaque activité : description du sujet
	7. pour chaque activité : décisions et recommandations prises
	8. pour chaque activité délai d’exécution mentionné
	9. pour chaque activité : un responsable désigné
	10. pour chaque activité une observation indiquée
	11. signature du président et du rapporteur de la réunion

Par critère 1 pointSi tous les éléments sont inclus DISPONIBLE (score 11), si un élément manque PAS DISPONIBLE (score 0)Nombre de rapports disponible / rapports prévus |  | **11** |  |
| 1. Le Règlement d’Ordre Intérieur Existe
	1. Signé par Le Président du Conseil d’administration ou Le Représentant Légal ou Le Président du Comité de gestion et est accessible à tout le personnel dans chaque service
	2. définit le fonctionnement des différentes structures
	3. contient l’organigramme
	4. définit les procédures de permutations internes, avantages, régime disciplinaire, système d’évaluation et motivation, politique des congés, horaire de travail, remerciements et gestion du matériel, recrutement du personnel

Par critère 1 pointSi tous les éléments sont inclus DISPONIBLE (score 4), si un élément manque PAS DISPONIBLE (score 0) |  | **4** |  |
| **Score total** |  | **47** |  |

**a3. Score des activités de suivi et évaluation de l’ HGR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur acquise** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. Disponibilité d’un chronogramme d’activités découlant du plan d’action
 |  | **1** |  |
| 1. Disponibilité des rapports de centralisation des données SNIS

< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3) |  | **3** |  |
| 1. Rapports (complètement rempli et respectant toutes les étapes ci-après) (1. traitement des données, 2. analyse, 3. interprétation, 4, prise de décision, 5. retro-information ,6. transmission, 7. archivage, 8. complétude externe)
 |  | **8** |  |
| 1. Disponibilité hebdomadaire des rapports de surveillance épidémiologique

< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3)  |  | **3** |  |
| 1. Rapports (complètement rempli et respectant toutes les étapes ci-après) (1. traitement des données, 2. analyse, 3. interprétation, 4, prise de décision, 5. retro-information ,6. transmission, 7. archivage, 8. complétude externe)
 |  | **8** |  |
| **Total** |  | **23** |  |

**a4.Score de fonctionnement de la gestion des médicaments et autres intrants**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur acquise** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. ***Gestion de stock des Médicaments Essentiels Génériques***

Fiches de stock des médicaments et consommables remplies selon les normes du Ministère de la santé et à jour et:* 1. seuil d'alerte défini et respecté
	2. stock de sécurité défini et respecté
	3. concordance entre stock réel et stock théorique
	4. commande en cas d'alerte (voir fiche de commande)
	5. système de conservation approprié pour les produits nécessitant une conservation particulière
	6. absence de rupture de stock des médicaments traceurs au cours des trois derniers mois et lors de la session d'évaluation

 Par critère 1 pointSi tous les critères remplis (score 6), un critère non rempli (score 0) |  | **6** |  |
| 1. ***Gestion de stock de la pharmacie vente, les critères suivants doivent être remplis :***
	1. Fiche de stock ou registre avec entrées et sorties
	2. Absence de rupture de stock au cours du trimestre évalué ou lors de la session d’évaluation
	3. Concordance entre stock réel et stock théorique

Par critère 1 pointSi tous les critères remplis (score 3),  |  | **3** |  |
| 1. ***Gestion de stock de médicaments vitaux de la pharmacie de garde, les critères suivants doivent être remplis :***
	1. Fiche de stock ou registre avec entrées et sorties
	2. Absence de rupture de stock au cours du trimestre évalué ou lors de la session d’évaluation
	3. Concordance entre stock réel et stock théorique

Par critère 1 pointSi tous les critères remplis (score 3),  |  | **3** |  |
| 1. ***Disponibilité des Rapports mensuel de gestion de stock :***

***Intégrants les éléments suivants*** :* 1. Valeur d’inventaire,
	2. Pertes en % de la valeur,
	3. Consommation mensuelle moyenne des médicaments

Par critère 1 pointSi tous les critères remplis (score 3),  |  | **3** |  |
| 1) Les soldes des livres de caisse correspondent aux montants en caisseSi Oui (score 5) ; si non (score 0) |  | **5** |  |
| Total |  | **20** |  |

**a5. Score de Gestion des équipements**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur acquise** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. ***Maint***e***n***a***nce préventive des équipements assurée***

 Les critères suivants doivent être remplis 1) Activités de maintenance préventive de tous les appareils planifiées trimestriellement  2) Registres des activités de maintenance préventive réalisées au cours du mois  Par critère 1 point |  | **2** |  |
| 1. ***Utilisation des carnets de bord du matériel roulant***

Carnet de bord choisi au hasard de trois pièces de l’ambulance et autres matériels roulants1. Nom, prénom et l’adresse correcte et complète des patients transportés (si ambulance)2. Le nom du conducteur et passagers du matériel roulant3. Signature du responsable AG autorisant le déplacement4. Mention de kilométrage du compteur au départ et à l’arrivée5. Mention d’utilisation du carburant6. Information sur l’entretien du matériel roulantPar critère 1 pointSi tous les critères remplis (score 6),  |  | **6** |  |
| **Total** |  | **21** |  |

**a7. Score d’appréciation du renforcement des capacités**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur acquise** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. ***Disponibilité des rapports de formation continue organisée par l’hôpital de référence pour son personnel et le personnel des CS (tirée d’un plan de formation)***

1. rapport d’une formation (stage) 2. contenant : justification de la formation (basée sur les résultats des supervisions des services, résultats des audits et auto évaluations, analyse SNIS, autres sujets d’actualité ou restitution des formations reçues)3. disponibilité du module de formation4. résultats de pré et post test5. liste de présence signée par les participantsPar critère 1 pointSi tous les critères remplis (score 5),  |  | **5** |  |
| Total |  | **5**  |  |

**a8. Score de fonctionnement hygiène hospitalière**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur acquise** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. ***Propreté des salles de l’HGR*** :
	1. Présence de poubelles dans chaque salle
	2. Absence de déchets dispersés
	3. Présence d’une source d’alimentation en eau (robinet ou point d’eau)
	4. Tenue réglementaire propre et en bon état porté par **tout** le personnel
	5. Absence des taches aux murs dans chaque salle

Par critère 3 pointsSi tous les critères remplis (score 15),  |  | **15** |  |
| 1. ***Propreté de la Cour***

1. Présence de poubelles avec couvercle2. Absence de déchets dispersés3. Environnement autour de l’hôpital entièrement débroussaillé4. drainage d’eau stagnante5. Absence de déchets organiques, seringues et produits dangereux dans la cour6. Incinérateur fonctionnel et utilisé selon les normes (triage et destruction)7. Protection et entretien de la fosse à placenta selon les normes8. Présence d’une source d’alimentation en eau (robinet ou point d’eau)Par critère 2 pointSi tous les critères remplis (score 16),  |  | **16** |  |
| 1. ***Latrines hygiéniques***

1. propres à l’intérieur et autour2. porte qui se ferme 3. fosse couverte4. Eau disponible près des latrinesPar critère 2 point |  | **8** |  |
| 1. ***Douches***

1. propres à l’intérieur et autour2. porte qui se ferme Par critère 2 pointsDouches remplissant tous les critères (score 4),  |  | **4** |  |
| **Total** |  | **43** |  |

**B. ACTIVITES CLINIQUES**

**b1. Score des activités curatives**

**b1.1. Consultations de référence par le médecin**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur réalisée** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. ***Nombre de grossesses à haut risques référés***

Trier au hasard 10 cas de références dans le registre de consultation médicale de femmes enceintes 1. fiche de référence du CS 2. fiche de consultation médicale (vue par le médecin le même jour)  3. fiche de contre référence signée par le médecin (résultats, observations significatives, diagnostic, traitement reçu, interventions bénéficiées, recommandations traitement à suivre)4. mention du lieu d’accouchement5. conseil sur le planning familial (PF)< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 5); entre 76% et 90% (score 10) ; > 90% (score 15) |  | **15** |  |
| 1. ***Consultation de référence (femmes enceintes exclues)***

Trier au hasard 10 cas de consultations dans le registre de consultation médicale 1. fiche de référence du CS 2. fiche de consultation médicale (vue par le médecin le même jour)  3. fiche de contre référence signée par le médecin (résultats, observations significatives, diagnostic, traitement reçu, interventions bénéficiées, recommandations traitement à suivre)< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 5); entre 76% et 90% (score 10) ; > 90% (score 15) |  | **6** |  |
| **Total** |  | **21** |  |

**b1.2. Consultations ordinaires**

**Optionnel**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur acquise** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. ***Nombre de nouveaux cas consultation en kinésithérapie***

Trier au hasard 10 cas de consultations dans le registre de consultation en kinésithérapie1. fiche de consultation médicale contenant – identification du patient, date de consultation, nom et signature du kinésithérapeute2. fiche de consultation médicale contenant – indication pour la kinésithérapie clairement formulée (nom et signature du médecin) annexé à la fiche3. description des actes posés par le kinésithérapeutePar critère 1 point< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 5); entre 76% et 90% (score 10) ; > 90% (score 15) |  | **3** |  |
| 1. ***Nombre de nouveau cas consultation en dentisterie***

Trier au hasard 10 cas de consultations dans le registre de consultation en dentisterie1. fiche de consultation médicale contenant – identification du patient, date de consultation, nom et signature du dentiste2. fiche de consultation médicale contenant – indication pour la dentisterie clairement formulée (nom et signature du médecin) annexé à la fiche3. description des actes posés par le dentistePar critère 1 point< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 5); entre 76% et 90% (score 10) ; > 90% (score 15) |  | **3** |  |
| Total |  | **6** |  |

**b2. Score d’appréciation de la qualité des soins**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur réalisée** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. ***Rapport des réunions d’évaluation mensuelles contenant*** :

1. Bilan des activités du mois passé2. Conclusions, décisions, recommandations et instructions visant une amélioration de la qualité 3. Feed back spécifique adressé à chaque service et chaque CS concerné4. Planification des activités pour améliorer la qualitéPar critère 1 pointSi tous les critères remplis (score 4) |  | **4** |  |
| 1. ***Rapport*** d’auto ***évaluation trimestrielle***

1. Sous forme de grille remplie correctement et complètement (2 points)2. L’écart entre l’auto évaluation et l’évaluation des pairs est inférieur à 10%3. Remise du rapport d’auto évaluation scellé aux pairs évaluateurs4. Promptitude : tout document demandé par les pairs évaluateurs est disponible et à portée des mains (endéans 5 minutes)Si tous les critères remplis (score 5) |  | **5** |  |
| **Total** |  | **16** |  |

**b3 . Score d’activités para cliniques : imagerie et examens complémentaires**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur réalisée** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. ***Nombre de clichés examinés pour la Radiologie (optionnel)***

Trier au hasard 10 patients du registre hospitalisation ayant subi un examen RxEt trouver :1. un enregistrement dans le registre Rx – identification du patient, date de consultation, âge, sexe, adresse, type d’examen demandé2. description de chaque cliché Rx : a) contraste, b) netteté, c) identification du malade, d) mention gauche droite< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 5); entre 76% et 90% (score 10) ; > 90% (score 15) |  | **2** |  |
| 1. ***Nombre d’examens d’échographie (optionnel)***

Trier au hasard 10 examens d’échographie dans le registre d’échographies1. fiche de consultation médicale contenant – identification du patient, date de consultation, nom et signature du prestataire2. fiche de consultation médicale contenant – indication pour l’échographie clairement formulée (nom et signature du médecin) annexé à la fiche< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 5); entre 76% et 90% (score 10) ; > 90% (score 15) |  | **2** |  |
| 1. ***Nombre d’examens de laboratoire : dépistage ou contrôle TBC***

1. Rapport de contrôle de qualité disponible (nombre de tests reçus pour contrôle, tirage de 20 dépistages ou contrôle TBC au hasard, nom et signature de l’évaluateur)2. 3 crachats pour un examen de dépistage, 1 crachat pour un examen de contrôle3. ≥ 90% des résultats concordentSi contrôle dépistage disponible et ≥ 90% des résultats concordent (score 5)Si contrôle dépistage disponible et < 90% des résultats concordent (score 2)Si contrôle dépistage non disponible (score 0) |  | **5** |  |
| **Total** |  | **14** |  |

**b4. Score des activités d’hospitalisation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur réalisée** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. ***Nombre de patients sortants service de médecine interne***

Tirez au hasard 10 cas sortants. Et rechercher la proportion de ceux disposant d’un dossier complet 1. document de référence (optionnel)
2. fiche de consultation médicale respectant les étapes
3. Les éléments des examens para clinique
4. Suivi paramédical (suivi de l’évolution)
5. Suivi journalier par le médecin
6. billet de contre référence et signalement dans le registre (optionnel)
7. Document justifiant le payement des soins

 < 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 5); entre 76% et 90% (score 10) ; > 90% (score 15) |  | **15** |  |
| 1. ***Nombre de patients sortants service de pédiatrie***

Tirez au hasard 10 cas sortant. Et rechercher la proportion de ceux disposant d’un dossier complet1. document de référence (optionnel)
2. fiche de consultation médicale respectant les étapes
3. Les éléments des examens para clinique
4. Suivi paramédical (suivi de l’évolution)
5. Suivi journalier par le médecin
6. billet de contre référence et signalement dans le registre (optionnel)
7. Document justifiant le payement des soins

 < 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 5); entre 76% et 90% (score 10) ; > 90% (score 15) |  | **15** |  |
| 1. ***Nombre de patients sortants du service de réhabilitation nutritionnelle***

Tirez au hasard 10 cas sortants. Et apprécier la qualité de prise en charge :1. document de référence
2. Traitement selon le protocole de référence
3. Suivi paramédical (signes vitaux, poids, diarrhées, vomissements, oedèmes, prise de médicaments)
4. Suivi journalier par le médecin
5. Sortant réhabilités avec un poids taille > 80%
6. 5. Billet de contre référence et signalement dans le registre

< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 5); entre 76% et 90% (score 10) ; > 90% (score 15) |  | **15** |  |
| 1. ***Nombre de patients sortants après une intervention chirurgicale***

Tirez au hasard 10 cas sortant1. document de référence (optionnel)
2. fiche de consultation médicale respectant les étapes
3. Les éléments des examens para clinique
4. Suivi paramédical (suivi de l’évolution)
5. Fiche d’anesthésie complètement remplie
6. Protocole opératoire
7. Traitement post opératoire et plan de suivi du patient bien respecté (suivi signes vitaux, prise de médicaments)
8. Suivi journalier par le médecin
9. billet de contre référence et signalement dans le registre
10. Document justifiant le payement des soins

< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 5); entre 76% et 90% (score 10) ; > 90% (score 15) |  | **15** |  |
| 1. ***Nombre de patients sortants du service gynéco obstétrique***

Tirez au hasard 10 cas sortants Et rechercher la proportion de ceux disposant d’un dossier complet1. document de référence (optionnel)
2. fiche de consultation médicale respectant les étapes
3. Les éléments des examens para clinique
4. Suivi paramédical (suivi de l’évolution)
5. Suivi journalier par le médecin
6. billet de contre référence et signalement dans le registre (optionnel)
7. Document justifiant le payement des soins

 < 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 5); entre 76% et 90% (score 10) ; > 90% (score 15) |  | **15** |  |
| 1. ***Nombre de femmes sortant après accouchement***

Tirez au hasard 10 cas d’accouchements eutociquesEt rechercher la proportion de ceux disposant d’un dossier complet1. document de référence (optionnel)
2. fiche de consultation médicale respectant les étapes
3. Les éléments des examens para clinique
4. Suivi paramédical (suivi de l’évolution)
5. Suivi journalier par le médecin(en cas de césarienne vérifier la notification des indications)
6. billet de contre référence et signalement dans le registre (optionnel)
7. Document justifiant le payement des soins
8. Partogramme complètement rempli: – identification de la femme, date et heure d’admission, date et heure de sortie, dilatation, descente de la présentation, prise TA toutes les 4h, pouls, BCF et contractions toutes les 30 minutes

 < 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 5); entre 76% et 90% (score 10) ; > 90% (score 15)NB. L’existence d’un partogramme d’un cas non rempli correctement vaut un score 0 pour les 10 cas  |  | **15** |  |
| 1. Proportion de décès maternels

Nbre de décès maternels à la maternité X 100/ Nbre de naissances vivantes |  |  |  |
| 1. ***Disponibilité*** *des* ***proto****c****oles et schémas thérapeutiques dans tous les services***

3 points sont accordés par service (score 12), si un service qui en a besoin manque le protocole (score 0)  |  | **12** |  |
| 1. ***Disponibilité des rapports de réunions journalières de service / réunion hebdomadaire de staff***

Par service : médecine interne, pédiatrie, gynéco-obstétrique, chirurgieDisponible dans le registre de réunion de staff : tirez au hasard 10 réunions 1. Nom et signature du prestataire responsable de la garde (2 points)2. Présentation du nouveaux cas, des cas graves, des décès et autres problèmes rencontrés (8 points)3. recommandations et autres décisions sur les cas discutés clairement ressorties dans le rapport (2 points)Par réunion remplissant tous les critères 12 points par service et pour les 4 services précités Score maximal : 48 |  | **48** |  |

**C. SCORE DE GESTION FINANCIERE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur réalisée** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. Existence de manuels de procédures de gestion financière disponible et à portée de mains
 |  | **7** |  |
| 1. Disponibilité de rapports par service (comptable et suivi budgétaire de la période précédente)

 < 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3) |  | **3** |  |
| 1. Proportion des dépenses effectuées selon la planification

< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score2); entre 76% et 90% (score 5) ; > 90% (score 10) |  | **10** |  |
| 1. Proportion des dépenses non prévues effectuées

< 5% (score 5) ; entre 5% et 10% (score 2); > 10% (score 0) |  | **5** |  |
| 1. Proportion des dépenses correctement justifiées (existence de pièces justificatives éligibles) et à temps

< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 5); entre 76% et 90% (score 10) ; > 90% (score 15) |  | **15** |  |
| Total |  | **14** |  |

1. **INDICATEURS AU CS**

**FICHE RESUME D’EVALUATION DE LA QUALITE DE SOINS AU CS**

**MINISTERE DE LA SANTE**

Province :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code : /\_\_/\_\_/

District sanitaire:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Zone de Santé :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code  : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Aire de santé ; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code: /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Structure Sanitaire :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code CS: /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Période évaluée : du ………/……./……… au ….../……./…….…………

Date de l’évaluation  : …………………………………………………………..…………..

**Résultats:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs** | **Score réalisé**  | **Score max (cible)**  | **Proportion** |
| **A. Score de la mise en place de l’équipe** |  |  |  |
| **B. Score de réalisation des activités** |  |  |  |
| *b1. score d’élaboration des rapports d’activités* |  |  |  |
| *b2. score de réalisation des activités curatives* |  |  |  |
| *b3. score de réalisation des activités préventives* |  |  |  |
| **C. Score de réalisation des activités de supervision** |  |  |  |
| **D. Score de réalisation des activités de suivi- évaluation** |  |  |  |
| **E. Score de l’audit de gestion des médicaments et autres intrants** |  |  |  |
| **F. Score de gestion financière** |  |  |  |
| **G. Score de fonctionnement de l’hygiène** |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |

**Nom, post nom et signature des évaluateurs**

**Nom, post nom et signature de l’IT du CS**

**A. SCORE DE MISE EN PLACE DE L’EQUIPE DU CS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur réalisée** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. Disponibilité de description des postes de membre de l’équipe en rapport avec les normes (Infirmier Titulaire(1), Infirmier auxiliaire (1) Accoucheuse qualifiée(1), Laborantin(1), Réceptionniste(1)

 < 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3) |  | **3** |  |
| **Total** |  | **3** |  |

**B .SCORE DE REALISATION DES ACTIVITES**

**b. 1. Score de réalisation des rapports d’activités**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur réalisée** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. Disponibilité des rapports du monitorage précédent
 |  | **1** |  |
| 1. Disponibilité des rapports de supervision de membres du CODESA par l’équipe du CS
 |  | **1** |  |
| 1. Disponibilité des rapports d’activités menées dans la communauté
 |  | **1** |  |
| 1. Disponibilité des rapports d’activités menées au CS
 |  | **1** |  |
| 1. Taux de réalisation des activités planifiées au monitorage précédent

< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3) |  | **3** |  |
| 1. Taux de réalisation des réunions de CODESA

< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3) |  | **3** |  |
| **Total** |  | **10** |  |

**b2. Score de réalisation des activités curatives**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur acquise** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. Taux d’utilisation des services curatifs : ................% (Prenez l’utilisation rapportée dans SNIS)

< 10% (score 1), entre 10 et 20% (score 2), entre 21 et 30%(score 3), entre 31 et 40%(score 4), >40% (score 5)  |  | **5** |  |
| 1. Proportion des enfants de moins de 5ans traités correctement selon les ordinogrammes / livret des tableaux PCIME: ……….. %

 < 80% (score 0), entre 80 et 90% (score 1), >90% (score 5) |  | **5** |  |
| 1. Proportion de patients correctement traités selon les ordinogrammes (cohérence entre diagnostic et plaintes principales du malade y compris le traitement) : …….. %

 < 30% (score 0), entre 30 et 50% (score 2), >50% (score 5) |  | **5** |  |
| 1. Proportion des cas non référés qui devraient être référés selon les ordinogrammes

 < 10% (score 5), ≥10 (score 0) |  | **5** |  |
| 1. Le taux de références des faux positifs (% des cas référés qui ne devraient pas être référés)

 < 10% (score 5), ≥10 (score 0) |  | **5** |  |
| Proportion de PVV en indication thérapeutique recevant les traitements antirétroviraux selon les normes < 100% (score 0), 100% (score 3) |  | **3** |  |
| 1. Le taux de guérison des patients TPM+ soignés une année auparavant

 < 80% (score 0), entre 80 et 90% (score 1), >90% (score 5) |  |  |  |
| 1. Proportion des cas de Paludisme simple traités correctement selon les normes

< 80% (score 0), entre 80 et 90% (score 1), >90% (score 5) |  |  |  |
| 1. Taux d’accouchement assisté et GATPA (personnel qualifié et équipement adéquat) : ..................%

 < 80% (score 0), entre 80 et 90% (score 1), >90% (score 5)Personnel qualifié : personnel formée dans la PEC de l’accouchement (Infirmier, médecin et autre)Equipement adéquat : table d’accouchement, Kit d’accouchement (Boîte, trousse, linge propre, utéro- tonique, gants, soluté, désinfectant, anesthésique), Autres intrants : partogrammes, registre d’accouchement selon les normes et à jour  |  | **5** |  |
| 1. Proportion des décès maternels survenus au CS

 ≥ 1% (score 0) ; 0% (score 5) |  | **5** |  |
| 1. Proportion des décès maternels audités

<100% (score 0) ; 100% (score 5) |  | **5** |  |
| **Total** |  | **43** |  |

**b3. Score de réalisation des activités préventives de la femme et de l’enfant (CPN, CPS, PTME)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur acquise** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. Taux d’utilisation de la CPN : ........................

< 10% (score 1), entre 10 et 20% (score 2), entre 21 et 30%(score 3), entre 31 et 40%(score 4), >40% (score 5) |  | **5** |  |
| 1. Proportion de femmes enceintes ayant bénéficié d’au moins 4 CPN : ……… %

< 80% (score 0), entre 80 et 90% (score 1), >90% (score 5) |  | **5** |  |
| 1. Proportion de femmes enceintes ayant suivi une CPN de qualité : ……. %

< 30% (score 0), entre 30 et 50% (score 2), >50% (score 5)CPN de qualité (recentrée) : 4 CPN, TPI 2+, VAT 2+, PTME compréhensive, Supplémentation en micronutriment, déparasitage, MIILD, disponibilité du plan d’accouchement  |  | **5** |  |
| 1. Proportion de Grossesse à haut risques référées

<100% (score 0) ; 100% (score 5) |  | **5** |  |
| 1. Proportion des femmes enceintes testées et ayant reçu leurs résultats (tests disponibles au niveau de la structure)

< 80% (score 0), entre 80 et 90% (score 1), >90% (score 5) |  | **5** |  |
| 1. Proportion d'enfants nés de mères séropositives qui ont pris la nevirapine selon les normes

< 80% (score 0), entre 80 et 90% (score 1), >90% (score 5) |  |  |  |
| 1. Proportion d’enfants complètement vacciné (jusqu’à 24mois)

< 80% (score 0), entre 80 et 90% (score 1), >90% (score 5)  |  | **5** |  |
| 1. Taux d’utilisation des CPS  : ……. %

 < 80% (score 0), entre 80 et 90% (score 1), >90% (score 5)  |  | **5** |  |
| 1. Couverture vaccinale en DTC-Hep B-Hib3: ……. %

 < 80% (score 0), entre 80 et 90% (score 1), >90% (score 5) |  | **5** |  |
| 1. Proportion d'enfants < 1 an ayant reçu une MII:

 < 80% (score 0), entre 80 et 90% (score 1), >90% (score 5)  |  | **5** |  |
| 1. Taux d’abandon

< 10% (score 3), >10% (score 0)  |  | **3** |  |
| 1. Taux d’utilisation service de PF : ………. %

<5% (score 1), entre 5 et 10% (score 3), >10% (score 5)  |  | **5** |  |
| **Total** |  | **58** |  |

**C. SCORE DE REALISATION DES ACTIVITES DE SUPERVISION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur acquise** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. Disponibilité d’un plan de supervision des membres du CODESA par l’équipe du CS
 |  | **1** |  |
| 1. Taux de réalisation de supervision des membres du CODESA par l’équipe du CS

< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3) |  | **3** |  |
| 1. Taux d’exécution de recommandations formulées par l’ECZ lors des supervisions antérieures

< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 76% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3) |  | **3** |  |
| **Total** |  | **7** |  |

**D. SCORE DE REALISATION DES ACTIVITES DE SUIVI - EVALUATION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur acquise** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. Disponibilité d’un plan de monitorage des activités
 |  | **1** |  |
| 1. Disponibilité de rapport de collecte mensuelle des données SNIS
 |  | **1** |  |
| 1. Disponibilité des outils de gestion du SNIS (fiches, registres, canevas)
 |  |  |  |
| 1. Réalisation des différentes fonctions du SNIS : 1. Collecte des données (remplissage de toutes les rubriques du registre selon les instructions) 2. Remplissage de toutes les cases du canevas, 3. Analyse (graphique continu (courbe) des indicateurs de l'année en cours affichés au CS, PV de réunion de discussions des données SNIS), 4. interprétation (voir PV de réunion de discussions des données SNIS), 5. prise de décision (voir PV de réunion de discussions des données SNIS), 6. Transmission (complétude), 7. Archivage (classement des canevas selon un système qui permet un accès facile)
 |  | **7** |  |
| 1. Disponibilité de rapport hebdomadaire de surveillance épidémiologique
 |  | **1** |  |
| 1. Réalisation des différentes fonctions de surveillance épidémiologique : 1. Remplissage de toutes les cases de la fiche de surveillance épidémiologique, 2. Analyse (graphique continu (courbe) des nombre de cas de maladie à surveillance épidémiologique de l'année en cours affichés au CS, 3. interprétation (proportion d’épidémie détectées), 4. prise de décision (voir PV de réunion de discussions des données de SURVEPI), 5. Transmission (complétude), 6. Archivage (classement des fiche de rapport de SURVEPI selon un système qui permet un accès facile)
 |  | **6** |  |
| **Total** |  | **18** |  |

**E. SCORE DE L’AUDIT DE LA GESTION DES MEDICAMENTS ET AUTRES INTRANTS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur acquise** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. ***Gestion de stock des Médicaments Essentiels Génériques***

Fiches de stock des médicaments et consommables remplies selon les normes du Ministère de la santé et à jour et:1. seuil d'alerte défini et respecté
2. stock de sécurité défini et respecté
3. concordance entre stock réel et stock théorique
4. commande en cas d'alerte (voir fiche de commande)
5. système de conservation approprié pour les produits nécessitant une conservation particulière
6. absence de rupture de stock des médicaments traceurs au cours des trois derniers mois et lors de la session d'évaluation

Par critère 1 pointSi tous les critères remplis (score 6), un critère non rempli (score 0) |  | **6** |  |
| 1. ***Gestion de stock des vaccins***

Fiches de stock pour tous les antigènes PEV remplis selon les normes du Ministère de la santé et à jour et :1. seuil d'alerte défini et respecté
2. stock de sécurité défini et respecté
3. concordance entre stock réel et stock théorique
4. commande en cas d'alerte (voir fiche de commande)
5. absence de rupture de stock des vaccins au cours des trois derniers mois et lors de la session d'évaluation
6. Disponibilité des matériels d’inoculation (SAB, seringue de dilution, ouate, eau distillée).(4)

Rupture de stock d’un antigène au cours de la période sur laquelle porte l’évaluation : **Sanction -3**Si tous les critères remplis (score 5), un critère non rempli (score 0) |  | **9** |  |
| 1. ***Gestion de la chaîne de froid***

***a. Chaine de froid avec réfrigérateur***1. Température de frigo dans les limites (entre +2 °C et +8 °C)
2. 2) Existence des fiches de relevé de température correctement remplie.
3. Absence de rupture de la chaîne de froid au cours des 3 derniers mois

Si tous les critères remplis (score 5), si critère 1 ou 2 non rempli = **score 0*****b. Chaine de froid sans réfrigérateur***1) Température de la boite isotherme dans les limites (entre +2 °C et +8 °C) :2) Existence des fiches (ou cahier) de relevé de température correctement remplie pour chaque séance (depuis le jour du retrait des vaccins jusqu’à leur retour au site de stockage)Si tous les critères remplis (score 5), si critère 1 ou 2 non rempli (score 0) |  | **5** |  |
| 1. ***Gestion de stock de la pharmacie vente, les critères suivants doivent être remplis :***
2. Fiche de stock ou registre avec entrées et sorties
3. Absence de rupture de stock au cours du trimestre évalué ou lors de la session d’évaluation
4. concordance entre stock réel et stock théorique

Par critère 1 pointSi tous les critères remplis (score 3), si un critère non rempli (score 0) |  | **3** |  |
| ***Total*** |  | **23** |  |

**F. SCORE DE GESTION FINANCIERE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur acquise** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. ***Existence*** des outils de gestion financière disponible et à portée de mains (Carnet de reçu, livre de caisse, Rumer, Bon d’entrée, bon de sortie, registre de recettes, registre des dépenses)
 |  | **1** |  |
| 1. ***Proportion*** des dépenses effectuées selon les prévisions< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 75% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3)
 |  | **3** |  |
| 1. . Proportion des dépenses non prévues effectuées < 5% (score 3) ; entre 5% et 10% (score 1); > 10% (score 0)
 |  | **3** |  |
| 1. . Proportion des dépenses correctement justifiées (demande, autorisation, reçu, facture)< 50% (score 0) ; entre 50% et 75% (score 1); entre 75% et 90% (score 2) ; > 90% (score 3)
 |  | **3** |  |
| 1. .Disponibilité des rapports financiers du CS
 |  | **1** |  |
| 1. Soldes des livres de caisse correspondent avec le montant en caisse
 |  | **5** |  |
| **Total** |  | **16** |  |

**G. SCORE DE L’HYGIENE DU CENTRE DE SANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Valeur acquise** | **Valeur Maximale** | **Proportion** |
| 1. . **Propretédes salles :**

1. Présence de poubelles avec couvercle2. Nombre de poubelles3. Absence de déchets dispersés4. Présence des boites pour matériel d’injection dans la salle5. Présence d’un point d’eau6. Présence de solutions de décontamination de matériels utilisées dans les salles de soins et autres services7. Tenue réglementaire propre et en bon état porté par **tout** le personnelPar critère 1 pointSi tous les critères remplis (score 6), un critère non rempli (score 0) |  | **7** |  |
| 1. . **Propreté *de la Cour***

1. Présence de poubelles avec couvercle2. Absence de déchets dispersés3. Environnement autour du CS entièrement débroussaillé4. drainage d’eau stagnante5. Absence de déchets organique, seringues et produits dangereux dans la cour6. Incinérateur fonctionnel et utilisé selon les normes (triage et destruction)7. Protection et entretien de la fosse à placenta selon les normes8. Présence d’un point d’eauPar critère 1 pointSi tous les critères remplis (score 8), un critère non rempli (score 0) |  | **8** |  |
| 1. ***Latrines* hygiéniques**

1. propres2. absence de matières organiques autour3. porte qui se ferme une fois à l’intérieur4. fosse couverte5. point d’eau disponible près des latrines (à condition de rendre disponible un fut d’eau à coté)Par critère 1 pointLatrines remplissant tous les critères (score 3), un critère non rempli (score 0) |  | **5** |  |
| 1. ***Douches***

1. propres2. absence de matières organiques autour3. porte qui se ferme une fois à l’intérieurPar critère 1 pointDouches remplissant tous les critères (score 3), un critère non rempli (score 0) |  | **3** |  |
| **Total** |  | **23** |  |

Annexe 3 : Bordereau de Prestation CS



Annexe 4 : Bordereau de Prestation HGR



Annexe 5 : Bordereau de Prestation ECZ



Annexe 6 : Fiche individuelle d’évaluation des CS éligibles au FBR

**FICHE INDIVIDUELLE D’EVALUATION DES CS**

**CS :**

**ZS – Nom : - Code :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critères d’exclusion** | **Système de notation** | **Réponse** |
| 1. **Accessibilité géographique permanente  (proximité du BCZS)**
 | Si distance > 25km = non pré-éligible  | Si distance > 25km = pré-éligible  |  |
| 1. **Disponibilité de services individualisés pour le PMA**
 |  |  |  |
| * Réception/salle d’attente
 | Si non existant = non pré-éligible  | Si existant = pré-éligible  |  |
| * Bureau de l’infirmier titulaire
 | Si non existant = non pré-éligible  | Si existant = pré-éligible  |  |
| * Salle de consultation
 | Si non existant = non pré-éligible  | Si existant = pré-éligible  |  |
| * Salle de traitement
 | Si non existant = non pré-éligible  | Si existant = pré-éligible  |  |
| * Maternité
 | Si non existant = non pré-éligible  | Si existant = pré-éligible  |  |
| * Salle d’observation
 | Si non existant = non pré-éligible  | Si existant = pré-éligible  |  |
| * Laboratoire
 | Si non existant = non pré-éligible  | Si existant = pré-éligible  |  |
| * Pharmacie/réserve
 | Si non existant = non pré-éligible  | Si existant = pré-éligible  |  |
| 1. **Existence de paiements FBR ou primes (top up) au personnel du centre de Santé par un bailleur.**
 | Si existant = non pré-éligible  | Si non existant = pré-éligible  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critères de sélection** | **Système de notation** | **Score** |
| 1. **Population couverte par l’aire de santé**
 | Si ≤ normes nationales= 0 point | Si ≥ normes nationales = **2** points |  |
| 1. **Adéquation aux normes d’organisation**
 |  |  |
| **1.** Ressources humaines **:**  |  |  |  |
| * Nombre d’infirmiers de diplôme ≥ A2 :
 | Si <2 = 0 point | Si ≥ 2 = **5** points |  |
| **2.** Système d’information sanitaire |  |  |  |
| * Taux de complétude du rapportage 2010 : %
 | Si <100% = 0 point | Si = 100% = **3** points |  |
| * Taux de promptitude du rapportage 2010 : %
 | Si <100% = 0 point | Si = 100% = **2** points |  |
| 1. **Performance du CS dans l’offre du PMA**
 |  |  |  |
| 1. Curatif
 |
| * Taux d’utilisation 2010 : %
 | Si <20% = 0 point | Si ≥ 20% = **4** points |  |
| * Taux d’accouchements assistés 2010 : %-
 | Si <70% = 0 point | Si ≥ 70% = **3** points |  |
| * Taux de prise en charge TB
 | Si < ...% = 0 point | Si ≥ .. % = **4** points |  |
| 1. Préventif
 |
| * Taux de couverture vaccinale DTC3 2010 : %
 | Si < ...% = 0 point | Si ≥ .. % = **1** points |  |
| * Taux de couverture en CPN recentrée 2010 : %
 | Si < ...% = 0 point | Si ≥ .. % = **1** points |  |
| * Taux de couverture en CPS 2010 : %
 | Si < ...% = 0 point | Si ≥ .. % = **1** points |  |
| * Taux de distribution de MILD 2010 : %
 | Si < ...% = 0 point | Si ≥ .. % = **1** points |  |
| 1. Promotionnel
 |
| * Existence d’un Comité de Santé (COSA)
 | Si non = 0 point | Si oui = **1** points |  |
| * Existence d’activités de sensibilisation VIH/SIDA
 | Si non = 0 point | Si oui = **1** points |  |
| 1. **Survenue d’épidémie au cours de l’année 2010**
 | Si non = 0 point | Si oui = **1** points |  |
|  |  |  |
| **SCORE TOTAL** |  /**30** |

Annexe 7 : Modèle de contrat relatif aux modalités d’achat des services des Centres de santé

**Modèle de contrat relatif aux modalités d’achat des services des**

**Centres de santé**

**Entre,**

La **Zone de santé de ………….. dans la Province de ……………………………**, représentée par  **Dr ……………………………..**, Médecin Chef de zone, ci-après dénommée « ECZ »

**Et**

Le centre de santé de : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Représenté par :

Le Titulaire, Sr / Mme / Mr ……………………………………………………………………..

Président du Comité de Santé, Mme/Mr…………………………………..………………..

Le centre de santé se situe dans la zone de santé de …………………………………………, ci-après dénommé le « centre »

Considérant la Politique Nationale de Santé à travers son outil de mise en œuvre qu’est la stratégie de renforcement du système de santé ;

Tenant compte des différents axes de cette stratégie dont l’axe de revitalisation des zones de santé auquel contribue le <le bailleur/ projet>.

Se basant sur le Document de Politique Nationale FBR,

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

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

Il est librement convenu ce qui suit :

**Article Premier : Objet du présent contrat**

Le présent contrat a pour objet la subvention du fonctionnement du centre de santé de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Cette subvention s’effectue sur base d’achat par le <bailleur/ dénomination du projet> de prestations effectivement fournies par la formation sanitaire à la population.

**Article 2 : Durée**

Le présent contrat prend effet à partir de la date de sa signature par toutes les parties et couvre une période de trois mois renouvelables tacitement.

**Article 3 : Nature des prestations à financer**

Sur base des priorités de santé publique identifiées au niveau de la province, l’ECZ a défini et validé une liste de services de santé ou prestations à acheter au niveau d’un centre de santé.

**Article 4 : Modes de paiement des services de santé ou prestations**

Le paiement est réalisé en numéraire.

Le centre de santé bénéficiera d’un versement en cash dont la valeur est égale à la somme des prestations déclarées par le centre de santé et validé, multiplié par le montant défini par l’ECZ et l’Equipe Cadre Provinciale.

Ce versement s’effectuera sur base trimestrielle.

Une copie du rapport SNIS et l'état de paiement ci-après appelé "Bordereau de Prestations" visés par l’ECZ doivent être transmis au Vérificateur au plus tard le 10 du mois suivant. La périodicité est mensuelle. Après réception du rapport SNIS et Bordereau de Prestations, l’AGEFIN va procéder à la vérification de ces rapports et si ces derniers sont conformes, puis elle pourra procéder au paiement de la subvention prévue.

Le Centre de Santé devra systématiquement recevoir à la fin du trimestre la totalité du montant prévue pour sa catégorie dans le cadre du projet finançant le FBR. Cependant, le montant à payer par l’AGEFIN en fin de trimestre pourrait être revu à la baisse si la vérification des prestations du trimestre précédent a présenté un non atteint des cibles ou des cas de fraudes.

Si l’analyse du rapport met en évidence des incohérences ou incongruités, le Titulaire du Centre de Santé sera invité à s’expliquer, et l’ECZ et la DPS en seront informé.

**Article 5 : Mécanisme de vérification des prestations**

L’AGEFIN a l’obligation de s’assurer de la validité des informations reçues. Dans cette optique le vérificateur de l’AGEFIN organisera des missions sur le terrain directement et indirectement s’assurer de l’exactitude des informations reçues.

La vérification est également effectuée dans le centre par l’ECZ.

Les rapports de vérification de l’AGEFIN vont permettre de calculer et de payer les subventions prévues.

**Article 6 : Sanctions**

En cas de création ou soumission de données fictives ou toute fraude dans le Bordereau de subvention de fonctionnement, le paiement sera annulé pour le mois concerné. Le présent contrat sera suspendu lors de récidives des cas des fraudes. Le Comité de Santé, l’ECZ et la DPS seront systématiquement averti.

En cas de non application de la tarification forfaitaire affichée. Ces cas pourront être identifiés par les ECZ lors des supervisions ou par l’AGEFINlors de l’analyse des résultats des enquêtes menées par les associations locales.

Ce cas doit être documenté et notifié au Secrétaire Général du MSP qui devra décider de l’application des sanctions suivantes. Les sanctions seront **progressives :**

* Toute sanction commence par un avertissement
* En cas de **récidive**, la même formation sanitaire, elle sera sanctionnée par une **retenue financière** de **20%** pour le trimestre concerné.
* En cas de seconde **récidive**, la formation sanitaire sera sanctionnée par une retenue financière de **50%** pour le trimestre concerné et pour l’ensemble des prestations déclarées, et sera suspendue pour le mois suivant.
* En cas d’une troisième récidive, le contrat avec la formation sanitaire sera résilié. **L’ECZ doit informer la population (à travers le COGE) des raisons de la suspension.**

Une suspension préventive du contrevenant par son supérieur hiérarchique sera faite lors de l’ouverture de la procédure administrative (29).

**Article 7 : Obligations de l’Equipe Cadre de la Zone de Santé de ………………**

L’ECZ s’engage à :

* Vérifier et analyser les données contenues dans les rapports mensuels et concernant en particulier le rapportage des nouveaux cas, la synthèse de la gestion des MEG et le bilan financier
* Valider et viser les activités déclarées par le centre de santé dans ses rapports SNIS et le bordereau mensuel.
* Transmettre une copie des rapports SNIS et le Bordereau de Prestations au plus tard le 10 du mois N+1
* Valider les constatations de fraudes établies par l’équipe de vérification et prendre les mesures conséquentes (30).
* Informer la DPS les fraudes détectées au niveau des rapportages des centres de santé ou des entraves faites à l’encontre des superviseurs
* Appuyer le centre de santé à produire avant décembre 2011 son plan d’action opérationnel pour l’année 2012
* Appuyer le centre de santé dans la dynamisation de ses organes de gestion (comité de santé et commission de gestion)
* Prendre des sanctions contre les individus responsables de faute professionnelle
* **Ne plus appliquer le mécanisme de financement ascendant au niveau la zone de santé.**

**Article 8 : Obligations du centre de santé (comité de santé et personnels de soins)**

Le centre de santé s’engage à :

* Dynamiser ses organes de gestion (comité de santé et commission de gestion). Pour cela (i) il réunira mensuellement son comité de santé, (ii) établira un compte rendu systématique de ces réunions ou un procès verbal au cas où des décisions y ont été prises, (iii) mettra en place sa commission de gestion et (iv) la réunira hebdomadairement pour suivre et exécuter les décisions du comité de santé.
* Produire avant décembre 2011 le plan d’action opérationnel 2012
* Etablir sur base régulière un plan de développement selon le modèle proposé par l’ECZ;
* Respecter la tarification forfaitaire (actes et MEG) pour le patient et afficher la tarification en vigueur.
* Envoyer mensuellement au niveau du bureau central de zone et avant le 5ième jour du mois N+1 les rapports SNIS et Bordereau de subvention de fonctionnement correctement remplis
* Effectuer des inventaires au minimum semestriel de son stock de MEG et valoriser ce stock au prix de revient CDR
* Tenir correctement les outils de gestion financiers et des MEG
* Respecter les contrôles financiers, le contrôle des données et d’autres vérifications ainsi que les visites de supervision du BCZ et les vérificateurs de l’AGEFIN.
* Rendre tous ces outils de gestion et d’administration accessibles aux personnes en charge du contrôle de la bonne exécution du contrat ;
* Dénoncer au Comité de Pilotage par écrit toute tentative d’extorsion de fonds de la part de toute personne en charge de la supervision ou du contrôle de son activité ;
* **Ne plus participer au financement ascendant du système de santé et dénoncer au comité FBR du MSP toute tentative de la part d’un membre de l’ECZ ou d’autres personnes provenant de la hiérarchie de prélever de l’argent au niveau du centre de santé.**

**Article 9 : Obligations de l’AGEFIN**

L’AGEFIN s’engage à :

* Respecter les orientations et dispositions du Guide opérationnel FBR à tous les niveaux.
* Archiver les informations à elle transmises par les FOSA, en particulier, archiver les informations concernant le niveau d’utilisation des services des Fosa avant la mise en œuvre de ce contrat, les modes et niveaux de tarification qui y sont appliqués.
* Subventionner le fonctionnement des Fosa à travers le financement en numéraire sur base des prestations.
* Exploiter les informations venant : (i) de la supervision des Fosa par l’ECZ, (ii) de la vérification des prestations qu’elle réalise auprès des FOSA, (iii) de la contre vérification réalisée par les Associations Communautaires auprès de la population.
* En cas de fraude et de non respect des dispositions du présent contrat, appliquer les sanctions d’ordre financier préalablement définies dans le Guide opérationnel FBR niveau périphérique et rapporter au Secrétaire Général du MSP l’information pour l’application des sanctions administratives.
* Informer à la demande la Cellule FBR du MSP du niveau de mise en œuvre du contrat (évolution du niveau d’utilisation des services des Fosa, respect par les Fosa centre de leurs engagements, sanctions appliquées…)
* Evaluer la satisfaction de la population suite aux prestations fournies par les structures de santé, à travers des enquêtes de vérification et de suivi, qui sont effectuées trimestriellement par des enquêteurs locaux.

**Article 10 : Évaluation du présent contrat**

Les différentes structures du MSP ciblées par le FBR (au niveau périphérique, intermédiaire et central) subiront chacune trimestriellement, l’évaluation du contrat des performances qui permettra aux AGEFIN et aux différents niveaux du MSP de pouvoir se rendre compte du niveau d’atteinte des résultats. Cette évaluation sera faite par le niveau hiérarchique de chaque structure. Au niveau des HGR, elle se fera par les pairs.

**Article 11 : Règlement des litiges**

Tout litige qui surviendrait pendant l’exécution du présent contrat, sera réglé à l’amiable entre les parties. Celles-ci s’engagent, en cas de désaccord persistant, à recourir au Médecin Inspecteur Provincial. En cas d’échec, elles s’engagent à recourir au Secrétaire General du MSP.

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

**Article 12 : Résiliation**

Ce contrat pourra être rompu sans préavis dans les cas suivants :

***Force majeure :***

Des événements graves se produisant en RDC privant les AGEFIN de leurs moyens de financement, de sécurité et /ou d'action sont réputés constituer une force majeure dégageant le <bailleur> de ses engagements.

***Faute grave :***

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.

**Article 16 : Avenant**

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

**Ce contrat est établi à …………………….. en quatre (4) exemplaires originaux dont chacune des parties en reçoit un.**

 Fait à **………………..** , le

|  |  |
| --- | --- |
| Pour l’ECP  |  **Le Médecin Inspecteur Provincial : ……………………………**Date de signature : ………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| Pour le Centre de Santé de ………………….: | **Le Président du Comité de Santé** Mme/Mr ………………………..Date de signature : ………………….. **L’Infirmier Titulaire** Mme/Mr ……………………….. Date de signature : ………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| Pour l’ECZ  de ………………….: |  **Le Médecin Chef de Zone** Dr ………………………..Date de signature : ………………….. |

1. Il se peut que l’association locale ne retrouve pas dans la communauté un patient figurant dans la liste des cas à vérifier au niveau communautaire identifier par l’agence de vérification. [↑](#footnote-ref-1)