

Projet de Santé Intégré

en République Démocratique du Congo



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



PROGRAMME DE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

MANUEL DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS-PROSANI

Octobre 2011

REMERCIEMENTS

La République Démocratique du Congo (RDC) a adopté le Financement Basé sur les Résultats (FBR) pour atteindre les objectifs d'amélioration de la performance du système de santé. En adéquation avec le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015) et les objectifs de l'USAID, le Projet de Santé Intégré de l'USAID en RDC (PROSANI) a opté pour le FBR comme stratégie lui permettant d'améliorer la qualité, l'accès et la disponibilité de service PMA et PCA plus dans les ZS ciblées.

Il existe plusieurs ouvrages et documents de référence sur le FBR. Toutefois, ils sont souvent théoriques ou d'application générale élaborés en faveur des responsables et concepteurs des programmes de financement de santé. Néanmoins, ils ne permettent pas souvent de répondre aux besoins spécifiques des acteurs de mise en œuvre au niveau opérationnel. Les prestataires des Centres de Santé (CS), des hôpitaux et des organisations communautaires qui ont plus besoin des connaissances pratiques facilement assimilables leur permettant d'acquérir des aptitudes pour appliquer directement le FBR dans le cadre de leur travail.

Ce manuel veut répondre à cette préoccupation en accordant plus d'attention aux aspects opérationnels et procéduraux dans un style simple et pratique. Il se focalise sur le contexte particulier de PROSANI pour être utilisé par les acteurs appelés à intervenir dans la mise en œuvre du programme FBR PROSANI.

La rédaction fait suite aux travaux internes de conception de modèle FBR PROSANI, aux échanges avec les organes compétents du Ministère de la Santé, l'USAID et d'autres acteurs intervenant dans le FBR en RDC. La grande expérience de MSH dans le FBR, les documents d'orientations nationales sur le FBR, les ouvrages de l'OMS sur l'approche contractuelle, de la Banque Mondiale, les expériences de FED-9, de IRC, de Cordaid ainsi que les échanges au sein de la Communauté Pratique du PBF ont été mise en contribution. Nous leur exprimons toute notre gratitude.

Nous remercions Jean KAGUBARE, Principal Technical Advisor, Center for Health Services de MSH à Boston qui appuie le programme FBR PROSANI et Delmond KYANZA, Health Finance Advisor et responsable du programme FBR PROSANI qui ont rédigé ce manuel et de manière générale tous les agents de PROSANI qui ont été impliqués dans sa production.

Ousmane FAYE

Chief Of Party, PROSANI

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
ABREVIATIONS	5
0. INTRODUCTION.....	7
0.1. Caractéristiques du système de santé en RDC	7
0.2. Le financement de la santé en RDC	Error! Bookmark not defined.
0.3. Aperçu sur le Projet de Santé Intégré (PROSANI).....	9
0.4. Objectifs du manuel PBF de PROSANI.....	10
1. MODELE PBF DE PROSANI	11
1.1. Généralités sur la théorie et les meilleures pratiques FBR.....	11
1.1.1. THEORIES LIEES AU FBR.....	12
1.1.2. MEILLEURES PRATIQUES DE FBR.....	13
1.2. Montage institutionnel du FBR de PROSANI.....	14
1.2.1. PRINCIPALES FONCTIONS DU FBR PROSANI.....	14
1.1.2. PARTIES PRENANTES.....	17
1.2.2. CONTRACTUALISATION	18
1.2.3. MODELE INSTITUTIONNEL DU FBR.....	20
2. PROCEDURES OPERATIONNELLES	22
2.1. Sélection des prestataires	22
2.2. Sélection des indicateurs.....	24
2.3. Détermination des cibles des indicateurs.....	31
2.4. L'élaboration du plan de travail.....	34
2.5. Elaboration du résumé trimestriel des activités du prestataire	38
2.6. Contractualisation	40
2.7. Vérification.....	40
2.7.1. VERIFICATION AU CS.....	41
2.7.2. VERIFICATION A L'HGR.....	47
2.7.3. VERIFICATION AU NIVEAU DE L'ECZ.....	48
2.7.4. VERIFICATION AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTE.....	48

2.8. Paiement.....	54
2.9. Outil d'indice du paiement de primes.....	55
2.10. Sanctions.....	59
3. SUIVI ET EVALUATION.....	60
3.1. Introduction.....	61
3.2. Procédures pour le suivi des activités.....	61
3.2.1. PLANIFICATION POUR LE SUIVI	62
3.2.2. IDENTIFIER LES ACTIVITÉS CRITIQUES ET LES INDICATEURS.....	62
3.2.3. RECUEILLIR ET GERER LES DONNÉES.....	63
3.2.4. LES OUTILS DE SUIVI.....	63
3.3. Evaluation	66
3.3.1. INTRODUCTION.....	65
3.3.2. EVALUATION DE BASE.....	68
3.3.3. EVALUATION INTERNE PERIODIQUE.....	69
3.3.4. EVALUATION FINALE.....	70

ABREVIATIONS

AG : Administrateur Gestionnaire

AS : Aire de Santé

BC : Bureau de Coordination du Projet de Santé Intégré

BCZ : Bureau Central de la Zone de Santé

CODESA : Comité de Développement et de Santé

COGE : Comité de Gestion

CPN : Consultation Prénatale

CPoN: Consultation Postnatale

COP : Cief Of Party/Directeur du Projet

CS : Centre de Santé

DN : Directeur de Nursing

DPS : Division Provinciale de la Santé

ECD : Equipe Cadre de District de Santé

ECP : Equipe Cadre Provinciale

ECZ : Equipe Cadre de la Zone de Santé

FBR : Financement Basé sur le Résultat

FOG : Fixed Obligation Grants

FOSA : Formation Sanitaire

FOSACOF : Formation Sanitaire Complètement Fonctionnelle

GESIS : Gestion du Système d'Information Sanitaire

GHI : Global Health Initiative

HGR: Hôpital Général de Référence

IRC : International Rescue Committee

IT: Infirmier Titulaire

LDP: Leadership Development Program

MCZ : Médecin Chef de Zone de Santé

MSH : Management Science for Health

MSP : Ministère de la Santé Publique

OAC : Organisation d'Assises Communautaires

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OSC : Overseas Strategic Consulting, LTD

PAO : Plan d'Action Opérationnelle

PBF/FBP : Financement Basé sur la Performance

PCA : Paquet Complémentaire d'Activités

PEPFAR : President's Emergency Plan for AIDS Relief (Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le sida)

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PROSANI : Projet de Santé Intégré de l'USAID

PSN : Politique Sanitaire Nationale

RDC : République Démocratique du Congo

SNIS : Système National d'Information Sanitaire

SSP : Soins de Santé Primaires

SRSS : Stratégie de Renforcement du Système de Santé

USAID : Agence Américaine d'Aide au Développement

ZS : Zone de Santé

0. INTRODUCTION

0.1. Caractéristiques du système de santé en RDC

Le rapport 2008 sur la santé dans le monde de l'OMS préconise le renouveau des soins de santé primaires à travers 4 types de reformes qui sont : la reforme des prestations, la reforme de la couverture universelle, la reforme du leadership et la reforme des politiques publiques.

Ces reformes correspondent à celles qui sont entreprises en RDC à travers la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) qui constitue la contribution du secteur de la santé pour une évolution à la fois efficace et efficiente vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Ces reformes touchent à la fois la gouvernance, le financement de la santé et les prestations.

La mise en œuvre de la SRSS depuis 2006 a généré de bonnes pratiques qu'il convient de capitaliser, mais elle a aussi mis en évidence un certain nombre des problèmes qui sont au centre des préoccupations du Gouvernement représenté par le Ministère de la Santé Publique (MSP) et doivent concerner tous les partenaires du secteur de la santé.

Les problèmes prioritaires identifiés du secteur de la santé sont liées à la gouvernance, à la reforme et décentralisation, aux ressources humaines, au financement de la santé, aux médicaments et intrants spécifiques, aux infrastructures, aux équipements et matériels, à l'information sanitaire et à la prestation des services.

Au niveau opérationnel, on observe la désarticulation des services de santé de la ZS, des interventions verticales peu efficaces, peu coordonnées, l'émergence du privé lucratif non régulé du fait de l'insuffisance des ressources nationales affectées au secteur et, de ce fait, la perte du pouvoir normatif du Ministère et celui de coordination des bailleurs par ce dernier.

Cette désarticulation se manifeste par la marginalisation de l'Hôpital Général de Référence qui entre en compétition avec les Centres de Santé (CS) financés par les partenaires du secteur perturbant ainsi les mécanismes de référence et de contre référence et par le fait que ces Centres de Santé répondent plus aux programmes verticaux et aux partenaires qu'aux ECZ.

Le financement basé sur les résultats ou la performance (FBR ou PBF) est une des réponses à ces problèmes. C'est un outil puissant d'amélioration de la qualité et la quantité des services de santé en offrant aux prestataires des mesures incitatives et des capacités gestionnaires pour améliorer la performance et obtenir des résultats. En soutenant les gouvernements, le Fonds Mondial, le PEPFAR, le Global Health Initiative (GHI) et autres importantes initiatives de santé, le PBF peut améliorer l'accès et la qualité des services de

soins de santé, stabiliser ou diminuer les coûts de ces services, favoriser l'utilisation efficace de ressources limitées et améliorer la motivation et le moral du personnel qui constituent un stimulant efficace de maintien des effectifs.

0.2. Le financement de la santé en RDC

Le financement du secteur de la santé en RDC repose principalement sur un trépied constitué du budget de l'Etat, des apports extérieurs (bilatéraux et multilatéraux) et du recouvrement des coûts des soins et services de santé auprès des usagers.

La part du budget de l'Etat consacré à la santé est toujours inférieure aux engagements des chefs d'Etat à ABUJA en 2001. Le budget de l'Etat consacré à la santé est le plus souvent inférieur à 5% du budget global, le taux de décaissement est aussi faible. Ce dernier est resté en moyenne de 54% sur la période allant de 1998 à 2009.

Ce désengagement progressif de l'Etat dans le financement du système de santé a conduit à la création des flux financiers où l'argent de la contribution des malades remonte pour financer les niveaux administratifs supérieurs. Ces versements servent au fonctionnement des activités, mais également aux rémunérations des personnels à ces différents niveaux jusqu'à devenir un des moteurs du système pour la survie financière des individus et des institutions.

Ce système « de survie » est également alimenté par toute une série de canaux comprenant notamment toutes sortes d'autorisations de fonctionnement ou d'ouverture pour les privés, les amendes et taxes avec comme conséquence un privé lucratif non régulé dans un contexte d'absence des mécanismes pour assurer la qualité des soins.

Si l'aide extérieure consacrée à la santé a augmenté depuis 2001, elle est en grande partie destinée à la lutte sélective contre la maladie à travers les programmes verticaux. Ces problèmes ont conduit le Ministère de la santé d'opter à la Reforme du financement de la santé parmi les axes stratégiques de la SRSS. Cette réforme concerne toutes les sources de financement du système de santé à savoir les ressources domestiques, les ressources extérieures, la contribution des ménages et le financement privé.

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015 qui est le plan de mise en œuvre de la SRSS vise l'augmentation progressive de la part du budget de la Santé chaque année pour atteindre 10% du budget national en 2015, l'augmentation de son taux d'exécution et l'amélioration de la pertinence de l'affectation du budget de l'Etat consacré à la santé, la réduction progressive de la fragmentation de l'aide internationale consacrée à la

santé, et l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité.

Le FBR est une des stratégies potentielles pour atteindre ces objectifs par le Ministère de la Santé Publique (MSP). Cette forme spécifique de l'approche contractuelle se focalise sur l'aspect relationnel entre l'acheteur et un établissement des prestations où la prestation de soins devient une fonction autonome qui doit se lancer dans la concurrence à travers des plans de travail (business plan) pour obtenir les fonds publics en vue d'offrir à la population des soins de santé de qualité soit un Paquet Minimum d'Activités (PMA) aux Centres de Santé (CS) et / ou un Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) aux Hôpitaux Généraux de Référence (HGR).

Au cœur de l'environnement dynamique de développement caractérisé par la prestation de services de soins de santé par les établissements publics et les organisations locales de la société civile, l'émergence de partenariats multisectoriels, la décentralisation des fonctions de santé publique et la prise en charge des projets et autres services par les pays bénéficiaires, les organisations et les pays dans le monde entier ont de plus en plus recours au FBR pour les aider à apporter des améliorations dans les domaines de la santé et du développement. Le FBR relie le financement d'une organisation à sa capacité d'atteindre les cibles convenues et peut faire intervenir des primes si l'organisation dépasse ces cibles.

0.3. Aperçu sur le Projet de Santé Intégré (PROSANI)

Le Projet de Santé Intégré (PROSANI) financé par le gouvernement américain et mis en œuvre par le Consortium constitué par MSH, IRC et OSC vient aider le MSP à atteindre ses objectifs d'amélioration de l'offre, la qualité ainsi que l'utilisation des services de santé par l'ensemble de la population congolaise pour améliorer sa santé.

PROSANI s'inscrit dans l'appui à la réalisation du PNDS 2011-2011 à travers un appui global au secteur de la Santé de la RDC à travers 80 Zones de Santé (ZS) réparties dans les provinces de Kasai Occidentale, Kasai Oriental, Katanga et Sud-Kivu. Il vise à améliorer l'environnement propice pour renforcer la capacité des ZS à offrir des services, et accroître la disponibilité et l'utilisation des services à fort impact.

Il développe dans les ZS une série d'innovations lui permettant d'atteindre ses objectifs à savoir le FOSACOF (formations sanitaires complètement fonctionnelles), le leadership et le management (LDP), les communautés championnes et le FBR.

Etant une approche intégrée dans le projet, le FBR est une stratégie qui lui permet d'améliorer la qualité, l'accès et la disponibilité de service PMA et PCA plus dans les ZS ciblées en adéquation avec le PNDS et les objectifs de USAID.

Le programme FBR de PROSANI est focalisé sur l'amélioration de la qualité de l'offre des services. En recourant au FBR, PROSANI croit qu'un programme de FBR associé à l'objectif d'amélioration de la qualité et d'accès aux soins y afférent, peut influencer sur les autres modules du système tant au niveau de la zone d'intervention de PROSANI qu'au niveau du pays tout entier.

0.4. Objectifs du manuel PBF de PROSANI

Ce manuel de procédures opérationnelles est destiné aux différents acteurs du PBF en vue de faciliter sa mise en œuvre dans le projet PROSANI pour contribuer à améliorer la qualité, l'accès, la disponibilité et la gestion des services de santé.

Il s'appuie sur la SRSS, le PNDS, les Directives nationales pour la mise en œuvre du FBR et le Guide d'opérationnalisation pour le FBR du Ministère de la santé, les expériences PBF de MSH à travers le monde et les expériences d'autres intervenants du FBR en RDC.

Pour atteindre cet objectif, il va :

- Présenter le modèle institutionnel du FBR de PROSANI
- Décrire les procédures et les outils de la mise en œuvre du FBR
- Présenter les mécanismes de suivi et évaluation du programme FBR

1. MODELE FBR DE PROSANI

1.1. Généralités sur la théorie et les meilleures pratique FBR

L'approche traditionnelle de financement des formations sanitaires (FOSA) consiste à financer des interventions. Le financement en intrants (inputs) implique le règlement à l'avance de postes tels que les salaires, les médicaments, les fournitures et les charges d'exploitation. Par conséquent, il y a un lien fragile entre le financement, les résultats et des dépenses qui ne sont justifiées qu'une fois le règlement effectué (par exemple par le biais d'audits financiers).

Au fil du temps, il a été prouvé que les financements en intrants est inefficace pour différentes raisons dont :

- L'allocation des ressources ne correspond pas souvent aux besoins des centres de santé et des hôpitaux.
- Les achats centralisés font souvent face à des procédures lourdes, et sont à risque de corruption.
- Les formations sanitaires ne sont pas responsabilisées dans les décisions d'allocation.
- Le personnel a peu d'incitants à être performant.

Le FBR est le transfert d'argent ou de biens matériels d'un organisme de financement ou autre soutien à un bénéficiaire, basé sur la condition que celui-ci entreprenne une action mesurable ou atteigne une cible de performance prédéterminée. Le règlement peut être financier ou non monétaire et n'est émis que sur réalisation des cibles de performance prédéterminées.

Contrairement à l'approche traditionnelle de financement, le FBR a une orientation sur les résultats défini comme des outputs quantitatifs et qualitatifs. Des subsides sont alloués aux FOSA sur base des services qu'ils rendent effectivement à la population. Au lieu d'accorder des inputs, le FBR paie les outputs incitant ainsi à la performance concourant ainsi aux meilleurs résultats sur le plan qualitatif, quantitatif et de l'équité.

Avec la mise en place de contrats basés sur la performance, l'obtention de résultats et de cibles de performance prédéterminés est primordiale. Les règlements basés sur la performance peuvent concerner des bénéficiaires cibles au niveau de la demande ou des bénéficiaires cibles au niveau de l'offre.

Au niveau de la demande, l'organisme de financement offre des mesures incitatives directement liées à une activité ou à un résultat. Par exemple : les programmes de transferts monétaires conditionnels du Nicaragua qui payent les familles qui vaccinent tous leurs enfants, les programmes qui approvisionnent en nourriture les patients tuberculeux qui suivent leur schéma thérapeutique et ceux qui, en Inde, offrent de l'argent ou des coupons aux femmes qui accouchent d'un premier enfant avec l'aide d'un professionnel de santé.

Au niveau de l'offre, l'organisme de financement lie les mesures incitatives que reçoit le bénéficiaire à des résultats prédéterminés. Les bénéficiaires sont des institutions ou des personnes. Dans un programme sanitaire, les bénéficiaires au niveau de l'offre peuvent être des établissements prestataires de services (cliniques, hôpitaux) ou des prestataires de soins de santé à tous les niveaux. Les résultats peuvent être des cibles au niveau des soins comme des taux de vaccination, des accouchements assistés ou des indices de qualité ou bien être des cibles au niveau des systèmes liés à la gestion tels que des systèmes de supervision, d'approvisionnement des médicaments ou d'efficience.

Les responsables des unités de prestations de service formulent leurs propres stratégies pour atteindre leurs cibles, les règlements des mesures incitatives récompensent donc la créativité et l'innovation. Il s'agit d'une approche passive de responsabilisation, parfois appelée la « boîte noire ». Les prestataires de service peuvent également être sanctionnés s'ils n'atteignent pas leurs cibles. Comme le suggère son nom, le PBF récompense uniquement la performance mesurable.

Les éléments fondamentaux pour la réussite des programmes de FBR sont :

- des objectifs clairement définis
- les rôles et responsabilités des acteurs documentés par écrit
- la transparence et l'obligation de rendre compte
- un système opérationnel d'informations sanitaires
- un solide système de suivi et évaluation (S&E), ainsi que des systèmes de vérification et de validation des données.

De plus, pour que des programmes de FBR soient réussis, toutes les parties prenantes, y compris les pouvoirs publics, doivent jouer un rôle consultatif et transparent dans l'élaboration et la gestion des services de santé conformément à l'approche contractuelle.

1.1.1. THEORIES LIEES AU FBR

Le FBR est fondé sur le concept économique du mandant-mandataire, c'est-à-dire l'idée que les intérêts du mandant (organisation, institution ou personne qui en invite une autre à

accomplir une tâche) et ceux du mandataire (organisation, institution, ou personne qui répond à l'invitation du mandant) peuvent être harmonisés de telle sorte que les deux parties bénéficient ou tirent un avantage de la relation contractuelle. Pour une mise en place de FBP réussie, les intérêts des deux parties doivent être harmonisés – ils doivent avoir les mêmes objectifs (c.-à-d. les mêmes cibles de performance).

Dans le FBR, le mandant est l'acheteur – la partie qui établit les cibles à atteindre et achète les résultats aux prestataires dans des entités de prestation cibles précises. Le mandataire est le prestataire – auquel incombe la responsabilité de développer des stratégies novatrices, de mettre en place des activités qui amélioreront le volume et la qualité des services et d'atteindre les cibles ou des objectifs prédéterminés de santé de manière efficace. Un contrôleur intermédiaire peut intervenir entre ces deux parties, son rôle est de déterminer et de surveiller l'observance des normes et procédures.

Le FBR repose sur les théories de l'économie du libre marché, de l'analyse du système, du choix public, de l'économie de la santé, de la santé publique et de la contractualisation. Il obéit aux lois de l'offre et de la demande en tenant compte des spécificités du marché de santé, à la prise en compte de l'unité de prestation comme une composante indépendante et autonome (la boîte noire), à l'intégration des incitations positives et négatives pour motiver les différents acteurs, à la décentralisation et l'autonomie de gestion.

La contractualisation et la bonne gouvernance sont au cœur du FBR. Elles consacrent la multiplicité des acteurs, la séparation et l'équilibre des pouvoirs entre les acteurs, la description claire des responsabilités des acteurs et la description claire des procédures et mécanismes de négociation. Comparativement aux mécanismes traditionnels de financement, les mesures incitatives encouragent et favorisent la bonne gouvernance, la transparence et l'obligation de rendre compte.

1.1.2. MEILLEURES PRATIQUES DE FBR

La mise en œuvre du FBR se fonde sur certains principes à savoir la séparation des fonctions, la contractualisation, l'autonomie de gestion, le choix libre des fournisseurs pour les FOSA, la concurrence dans la contractualisation, le paiement en espèce, le respect de l'équilibre entre les dépenses et les recettes, et la collaboration des FOSA publiques, religieuses et privées.

La séparation des fonctions, singulièrement entre la prestation et la régulation et entre la vérification et le paiement est essentielle pour s'assurer de l'objectivité dans l'évaluation des performances. Elle minimise les conflits d'intérêt et les implications des relations hiérarchiques au niveau du Ministère de la santé. Les fonctions et les responsabilités

principales du système FBR sont la régulation, la prestation des services, le paiement (canalisation des fonds) et la vérification.

La régulation et l'encadrement du système sont assurés par le MSP ou ses entités déconcentrées, la prestation est assurée par les formations sanitaires, et le paiement et la vérification technique sont assurés par des fiduciaires ou des agences et des structures gouvernementales ou non gouvernementales jouant le rôle de fiduciaire agissant de manière autonome. La vérification communautaire se fait par des organisations d'assise communautaire (OAC) ou organisations de la société civile pour renforcer la voix de la population.

1.2. Montage institutionnel du FBR de PROSANI

Le modèle FBR adopté par PROSANI a trois niveaux. Un niveau central où on trouve le bailleur USAID, l'équipe du niveau central du PROSANI et le Ministère de la Santé à travers sa cellule FBR. Un niveau intermédiaire (provincial) où on trouve les coordinations de PROSANI ainsi que les DPS et les districts sanitaires. Un niveau périphérique (opérationnel) où se retrouvent les ECZ, les HGR, les CS et la population. Toutefois, la mise en œuvre du FBR notamment la contractualisation et le paiement des performances se feront au niveau opérationnel, les niveaux central et intermédiaire assurant le rôle d'appui.

1.2.1. PRINCIPALES FONCTIONS DU FBR PROSANI

Le FBR prône une approche systémique. La réussite du FBR dans les programmes sanitaires se trouve donc renforcée si elle tient compte de tout ce qui doit être accompli dans le contexte du système. Un programme de FBR bien conçu a de fortes chances d'avoir un impact positif sur l'ensemble du système de santé. Ce potentiel est particulièrement fort si le Ministère de la Santé est partenaire du programme, mais même un programme conçu uniquement au sein d'un réseau d'ONG peut permettre de renforcer l'ensemble d'un système de santé comme en Haïti.

Ainsi, dans le programme FBR PROSANI, tous les acteurs du système de FBR ont un rôle clairement défini au sein du système tant à leur niveau que dans leurs interactions avec les autres niveaux. Les principales fonctions du FBR dans PROSANI sont expliquées ci-dessous.

i. La régulation

La régulation implique la définition des politiques, des normes et des procédures ainsi que le suivi et l'observance de leur application. Elle protège et assure le respect des valeurs universelles prônées de la Politique Sanitaire Nationale qui sont l'amélioration de l'état de

santé de la population à travers la disponibilité et l'offre des services de santé de qualité, accessibles, équitables et efficaces.

Le MSP de part sa fonction régalienne a le mandat de définir les politiques, les normes et les procédures et de s'assurer du suivi et l'observance de leur application au niveau central. Il exerce l'autorité, assure la formation et la supervision des agents à tous les niveaux.

Au niveau intermédiaire, il assure la régulation, le contrôle et l'évaluation d'assurance qualité, le renforcement des capacités techniques et des formations.

Au niveau périphérique qui est le niveau de la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale, il effectue des évaluations de qualité dans les FOSA, et le renforcement des capacités et le suivi pour l'exécution du Plan d'action opérationnel annuel (PAO) et la réglementation du secteur privé.

PROSANI renforce la régulation au niveau opérationnel en appuyant la formation, la supervision, le suivi et l'évaluation des prestataires et des Equipes Cadres des Zones de Santé (ECZ). Au niveau provincial, il appuie l'équipe cadre provinciale (ECP) dans l'encadrement des ZS et au niveau central, il collabore avec la cellule FBR du MSP pour le développement d'une approche FBR national.

Les niveaux provinciaux et opérationnels sont ainsi appelés à veiller à ce que les prestataires respectent ces valeurs et que les ressources sont utilisées de manière rationnelle, équitables, et contribuent à renforcer l'économie et le plein emploi et la diminution de la pauvreté à travers les effets économiques multiplicateurs du FBR.

ii. La prestation

La prestation est assurée par des structures qui offrent le service moyennant un contrat. Chaque unité de prestation constitue une équipe qui offre des services de santé de manière autonome en tant qu'entité organisationnelle et non des travailleurs individuels. Les membres de l'équipe ont les mêmes obligations des résultats à produire et dépendent d'une même autorité hiérarchique. Les prestations fournies rentrent dans le cadre des PMA pour les CS, PCA pour les HGR, l'encadrement et la gestion pour les ECZ, et les activités promotionnelles au niveau de la communauté. L'approche FBR de PROSANI insiste plus sur la qualité des services produits dans les FOSA que le volume produit (quantité).

La prestation est assurée par les CS, HGR, ECZ et des Organisations d'Assise Communautaire (OAC) identifiées et contractées par PROSANI pour cette fin. Ces structures qui offrent les prestations sont accompagnées en termes de supervision et de formation par

les structures hiérarchiques du MSP (ECZS, DPS). Les OAC devront avoir un statut juridique ou administratif pour pouvoir contractualiser avec PROSANI.

iii. Le paiement ou achat

C'est l'acquisition du service moyennant un paiement. L'acheteur est le Management Team de PROSANI jouant le rôle d'une agence d'achat et de financement.

Chaque année, un contrat de performance est signé entre les structures sanitaires (CS, HGR, ECZ) et PROSANI. Ces structures sanitaires reçoivent chaque trimestre un paiement en fonction du score total (pourcentage) des résultats atteints par rapport aux objectifs fixés dans le contrat. Lorsque le score total (%) des résultats atteint ou dépasse les objectifs fixés, la structure bénéficiera d'un bonus supplémentaire équivalent à 5% du budget total du trimestre concerné. Ce montant est octroyé à la formation sanitaire dans son ensemble.

Les OAC qui vont mener des activités de contre vérification et des activités préventives et promotionnelles au niveau communautaire auront un contrat du type « grant/subsides » (et non un contrat de performance) qui sera basé sur le plan de travail et budget préalablement négocié avec le projet. Le paiement PBF sera assuré par l'équipe de gestion de PROSANI. Le paiement se fera directement dans le compte bancaire des structures sanitaires ou par le canal de leurs choix lorsqu'elles n'auront pas de compte bancaire. Le paiement de la prime de performance au personnel sera fait par chaque structure selon leur modalité propre mais préalablement convenue et agréée par leurs instances hiérarchiques.

iv. La vérification

La vérification permet de s'assurer de l'exactitude des informations présentées dans le résumé trimestriel du prestataire. La vérification se fait de trois manières. La vérification quantitative, la vérification qualitative et la vérification communautaire, les deux premières constituant la vérification technique.

La vérification technique se fera par une équipe mixte Ministère de la santé et PROSANI pour d'une part, renforcer les capacités du Ministère de la Santé dans cette fonction clé et faciliter le transfert des compétences, et d'autre part, minimiser les conflits d'intérêt.

La vérification quantitative se fera aux niveaux des CS et des ECZ. 16 indicateurs seront suivis au niveau de chaque centre de sante et 13 indicateurs au niveau de chaque ECZ.

La vérification qualitative se fera au niveau de CS (concomitamment avec l'évaluation quantitative) et au niveau de l'HGR en utilisant l'outil d'évaluation de Formation Sanitaire Complètement Fonctionnel (FOSACOF).

La vérification des CS se fera par une équipe conjointe composée de l'ECZ et du bureau de coordination de PROSANI (BC) couvrant la ZS.

Au niveau des HGR, la vérification se fera par une équipe conjointe composée par l'équipe cadre de district et le bureau de coordination de PROSANI. La vérification sera faite en utilisant l'outil FOSACOF hôpital (voir annexe..). La vérification au niveau de l'ECZ se fera par une équipe composée par l'équipe cadre de district, un membre de l'Equipe cadre Provincial (ECP) et avec le bureau de coordination de PROSANI couvrant la ZS.

Pour s'assurer de la transparence et éviter des conflits d'intérêt, une insistance particulière sera observée dans le caractère mixte MSP-PROSANI de la vérification des structures sanitaires. La vérification communautaire sera assurée par les OAC et ou communautés championnes identifiées et contractualisées par le projet PROSANI. Elles s'assureront de l'authenticité des prestations déclarées par les prestataires et évalueront la qualité perçue par les bénéficiaires dans les zones de rayonnement des formations sanitaires.

1.1.2. PARTIES PRENANTES

Les parties prenantes du FBR PROSANI sont :

- i. **USAID.** Bailleur des fonds, il s'assure que ses objectifs et ses procédures sont respectées dans la mise en œuvre du FBR.
- ii. **Management Team de PROSANI.** Joue le rôle d'agence d'achat et de financement en fournissant les fonds aux structures sanitaires (ECZ, HGR, CS et OAC) sous contrat.
- iii. **Ministère de la santé au niveau national** (Commission Financement de la Santé ou Cellule FBR). Assure son rôle normatif et régulateur pour la mise en œuvre du FBR, supervise le niveau provincial et assure le suivi du programme PBF.
- iv. **Bureau de Coordination de PROSANI.** Assure avec les ECP et les ECZ la vérification des activités et appuie les ECZ et les ECP dans leurs activités de régulation.
- v. **ECP.** Assure la régulation, le contrôle et l'évaluation d'assurance qualité, le renforcement des capacités techniques/formations.
- vi. **ECZ.** Assurent la vérification et l'évaluation de qualité dans les FOSA, les supervisions formatives, l'assurance qualité des CS et des formations.
- vii. **HGR.** Offre le PCA avec un focus sur la qualité des services.
- viii. **CS.** Offre le PMA.
- ix. **Communauté.** Sont des patients, des bénéficiaires, des OAC. Elle achète des services auprès des FOSA. Des OAC et/ou communautés championnes mèneront

des enquêtes communautaires de la vérification des prestations et de satisfaction des clients et conduiront des activités préventives et promotionnelles au niveau communautaire.

1.2.2. CONTRACTUALISATION

La contractualisation est au centre du FBR. C'est une option stratégique du ministère de la santé qui régule la participation de l'action privée au développement du système de santé à laquelle adhère PROSANI.

Le contrat va comprendre un ensemble précis d'objectifs et d'indicateurs, des efforts continus de recueil et de validation de données pour ces indicateurs et des corollaires basées sur la performance. Ces corollaires peuvent être des primes ou des sanctions pour le bénéficiaire, selon qu'il atteint ou non les objectifs prédéterminés.

i. Forme de contrats

Cette contractualisation peut prendre différentes formes et concerner de multiples acteurs. PROSANI prône dans la mise en œuvre du FBR des arrangements contractuels des partenaires indépendants avec des droits et obligations réciproques, chaque partie obtenant un gain dans la contractualisation basé sur un partenariat solidaire en vue d'accomplir des objectifs sociaux.

Contrairement aux contrats classiques avec un objet clair, durée limitée, opposable au sens juridique, obtenue sur base d'un appel d'offre, il s'agit des contrats à rationalité limitée dans le cadre du partenariat, nécessitant la confiance mutuelle et la flexibilité en cas d'imprévu.

ii. Caractéristiques de cette contractualisation

Les caractéristiques générales de la contractualisation sont :

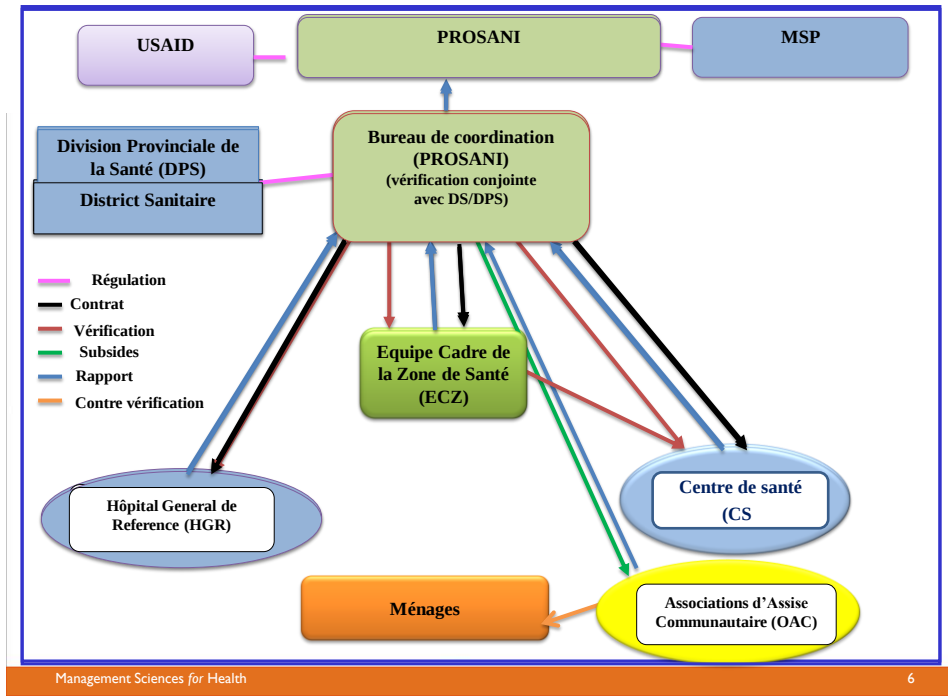
1. La contractualisation s'inscrit dans le cadre de l'approche contractuelle prônée par la RDC qui respecte l'indépendance des entités contractantes et l'autonomie des quatre fonctions clé à savoir la prestation, la régulation, le paiement (achat) et la vérification.
2. Les parties contractantes sont d'une part PROSANI, et d'autre part une unité ou entité de prestation de service qui peut être une formation sanitaire (CS, HGR), une entité de régulation (ECZ) ou une organisation locale et non des personnes individuelles.
3. Le contrat est signé annuellement et les engagements des parties sont évalués trimestriellement au cours de l'évaluation de l'exécution du plan de travail. Le plan de travail trimestriel précise les objectifs et les stratégies que le prestataire se fixe dans le cadre de la contractualisation.

4. L'objet du contrat est la production des services prédéterminés dans le cadre du PMA aux CS, du PCA aux HGR et des activités promotionnelles au niveau communautaire.
5. L'évaluation de la performance du prestataire est une évaluation de la production des services sur base des objectifs prédéterminés dans le plan de travail trimestriel.
6. Les CS, HGR et les ECZ signeront des contrats de performances (Contracts) avec PROSANI. L'appui de la participation de la communauté se fera sous forme de subventions à coûts fixe ou Fixed Obligation Grants (FOG). La structuration et la négociation se conformeront aux procédures du bailleur, USAID.
7. Le non respect des valeurs prônées par la Politique Sanitaire Nationale (PSN) et des violations graves des principes fondamentaux du PBF par une partie peuvent donner lieu à la suspension ou la résiliation des contrats par l'autre à l'issue de l'évaluation trimestrielle.
8. Les services à produire visent l'amélioration de la qualité, la quantité des services de santé, la gouvernance et l'équité. Les indicateurs y afférentes sont quantitatifs et qualitatifs.
9. En contre partie des services prestés, l'entité contractualisée reçoit de PROSANI des fonds sur base des performances réalisées, telles que mesurées par les indicateurs.
10. Les fonds reçus servent essentiellement à payer des primes de motivation pour le personnel de la structure sanitaire suivant les modalités propre à la structure, et à couvrir certains frais de fonctionnement et de formation et à appuyer des activités préventives et promotionnelles.
11. Avant la mise en œuvre du FBR, le Ministère de la Santé devra rationaliser le personnel ou prendre des mesures pour que le personnel qui devra bénéficier des primes de performance soit connu au préalable.
12. Le moratoire du Ministère de la Santé sur les affectations du personnel devra être respecté et le personnel ne pourra être affecté ou désaffecté dans les FOSA impliquées dans le FBR qu'en cas de mesure disciplinaire ou de force majeure après une concertation avec PROSANI.

1.2.3. MODELE INSTITUTIONNEL DU FBR

Le modèle institutionnel de l'approche FBR de PROSANI se trouve dans le schéma suivant.

Schémas 1. Montage institutionnel du FBR dans PROSANI



Ce montage institutionnel révèle que le modèle PBF de PROSANI a trois (3) niveaux, un niveau central, un niveau intermédiaire et un niveau opérationnel ou périphérique.

Au niveau central, il y a le Ministère de la Santé Publique (MSP), USAID et PROSANI.

Le MSP joue son rôle normatif et régulateur pour la mise en œuvre du PBF, supervise le niveau provincial. A travers la cellule PBF, il assure l'harmonisation des expériences PBF du pays.

USAID est le bailleur des fonds de PROSANI. Il s'assure de la conformité de la contractualisation et de la gestion du PBF suivant les objectifs du projet et les procédures USAID.

PROSANI joue le rôle d'agence de financement en canalisant les fonds aux prestataires (ECZ, HGR, CS et OAC) avec qui il contractualise, supervise les bureaux de coordination et assure le suivi & évaluation, la documentation, et la recherche opérationnelle.

Le niveau intermédiaire comprend la DPS notamment le district sanitaire et le bureau de coordination de PROSANI.

La DPS joue le rôle de régulateur en s'assurant de l'application des normes, d'encadrement en renforçant les capacités des ECZ par les supervisions et les formations dans le cadre du projet. Il assure l'accompagnement, le suivi de la mise en œuvre de l'approche dans la ZS et la vérification technique des prestations.

Le Bureau de Coordination de PROSANI appuie dans le cadre du projet les ECZ et les ECP dans leurs activités respectives de régulation, d'encadrement et de la mise en œuvre de l'approche (formations, supervisions...). Il assure la vérification technique et la validation des résultats de l'ECZ et des FOSA.

Le niveau opérationnel comprend l'ECZ, l'HGR, le CS et la population bénéficiaire (communauté).

Outre les activités en rapport avec son mandat (veiller à l'application des normes d'assurance qualité, aux formations, supervisions et monitoring, analyse et consolidation du SNIS des FOSA, à la promotion et l'encadrement des activités communautaires ...), l'ECZ élabore le plan de management trimestriel du BCZ, signe le contrat des performances avec PROSANI, assure le contrôle de qualité des prestations des FOSA, et participe à l'évaluation externe des prestations des FOSA (vérification technique des résultats pour le PBF) avec le Bureau de Coordination de PROSANI. Il élabore les modalités internes d'attribution des primes de performances du personnel. Par ailleurs, il accompagne les FOSA dans l'élaboration de leurs plans de management et contre signe leurs contrats avec PROSANI.

L'HGR offre le PCA avec un focus sur la qualité en vue de devenir une FOSACOF. Il élabore son plan de management trimestriel sous la supervision de l'ECP et signe le contrat de performance avec PROSANI et élabore les modalités internes d'attribution des primes de performances du personnel.

CS offre le PMA avec un focus sur la qualité en vue de devenir une FOSACOF. Il élabore son plan de management trimestriel avec le CODESA sous la supervision de l'ECZ et signe le contrat de performance avec PROSANI et élabore les modalités internes d'attribution des primes de performances du personnel.

La communauté est constituée des patients, des bénéficiaires. Elle achète des services auprès des FOSA et participe à la promotion de la santé. Des OAC peuvent fournir des enquêteurs communautaires pour la vérification des prestations et la satisfaction de la communauté et des activités promotionnelles.

2. PROCEDURES OPERATIONNELLES

Les procédures opérationnelles définies dans ce manuel décrivent les interventions et règles à accomplir pour assurer la bonne mise en œuvre du PBF dans PROSANI. Comme dit précédemment, elles s'appuient sur les documents d'orientation sur le FBR du Ministère de la Santé de la RDC et capitalise les expériences de MSH ainsi que des autres partenaires intervenant dans le FBR en RDC et dans les pays voisins.

Les procédures techniques développées dans ce manuel portent sur :

- La sélection des prestataires
- La sélection des indicateurs
- La détermination des cibles
- L'élaboration du plan de travail
- L'élaboration du résumé trimestriel des activités
- La contractualisation
- La vérification
- Le paiement
- L'outil de l'indice
- Les sanctions

2.1. Sélection des prestataires

L'option prise par PROSANI est celle d'intégrer le FBR dans toutes les FOSA de la ZS à la fois. De ce fait, la sélection d'une ZS implique la sélection de toutes les unités de prestation impliquées dans le FBR. PROSANI s'inspire des documents d'orientation nationale pour l'opérationnalisation du FBR et les spécificités du projet pour déterminer ses critères de sélection.

La sélection des ZS repose sur la procédure suivante :

- Option d'intégration de RBF dans la province par PROSANI suivant les objectifs et les priorités du projet ;
- Identification de la coordination PROSANI devant assurer l'accompagnement du processus sur terrain ;
- Envoi du canevas de sélection de la ZS à la coordination ;
- Remplissage du canevas de sélection par le bureau de coordination PROSANI en utilisant les critères liés à l'accessibilité géographique, les conditions sécuritaires et les performances antérieures dans la disponibilité, l'utilisation et la gestion des services de santé des ZS (voir annexe...) ;

- Analyse du canevas de sélection rempli par les bureaux de coordination au niveau central du projet PROSANI ;
- Présélection des deux ou trois ZS à l'issue de cette analyse par le niveau central ;
- Envoi de la liste des ZS présélectionnées aux coordinations pour avis ;
- Proposition finale de la ZS par le bureau de coordination ;
- Approbation par le responsable du programme FBR ;
- Validation officielle de la ZS sélectionnée par le chef du projet PROSANI.

Le canevas de sélection des ZS se trouve dans le tableau suivant.

Tableau 1. Fiches de cotation des ZS

District sanitaire de :

ZS de :

Nº	Indicateurs	Cotation
1	Accessibilité géographique	
2	Condition sécuritaire	
3	Disponibilité des services PCA	
4	Disponibilité des services PMA	
5	Existence de PBF ou paiements des primes au personnel par d'autres bailleurs	
6	Existence des bailleurs	
7	Application antérieure de PBF	
8	Population couverte par la ZS	
9	Nombre des AS	
10	Taux d'utilisation de curatif	
11	Taux d'utilisation de DTC- HepBhib3 (pentavalent)	
12	Taux d'accouchements assistés	
13	Promptitude et complétude des rapports SNIS transmis à la DPS	
14	Proportion de réunions de COGE avec PV transmis à la DPS	
15	Proportion des supervisions réalisées.	
16	Existence d'une base de données GESIS fonctionnelle et à jour	

Le mode de cotation par critère se trouve en annexe.

2.2. Sélection des indicateurs

La sélection des indicateurs est liée aux options choisies pour la mise en œuvre du PBF au niveau national en s'appuyant sur le Guide d'Opérationnalisation du PBF du Ministère de la Santé, aux types des structures et aux priorités de PROSANI.

L'option levée pour la sélection des indicateurs de qualité est l'utilisation de l'outil d'évaluation de FOSACOF que PROSANI et le Ministère de la Santé sont entrain de mettre en place dans les FOSA.

La procédure de sélection des indicateurs quantitatifs au niveau des structures est :

- Revue documentaire sur les indicateurs du PMA, du PCA et des ECZ du Ministère de la santé publique, du bailleur, du projet et autres intervenants dans le RBF ;
- Identification des indicateurs répondant aux objectifs du ministère de la santé ; publique et du projet PROSANI dans le but d'harmonisation;
- Présélection des indicateurs au cours d'une réunion technique PROSANI pour le RBF ;
- Présentation des indicateurs présélectionnés à la réunion technique de PROSANI ;
- Confirmation des indicateurs par le responsable du programme FBR ;
- Validation des indicateurs par le COP.

Les indicateurs PBF sélectionnés pour les différentes structures sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2. Indicateurs des CS

N°	Indicateurs	Données nécessaires	Méthode de calcul	Outil(s) de collecte	Source de vérification
1	Taux (Nb) d'utilisation des services curatifs au CS	Numérateur : Nb Nouveaux cas reçus durant le mois Dénominateur : Population attendue	Nb Nouveaux cas reçus durant le mois X 100 / Population attendue	SNIS routine	(i) Tableaux de bords de la ZS + (ii) Registre de consultation
2	Proportion (Nb) de grossesses à haut risque référées	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	(i) Tableaux de bords de la ZS + (ii) Registre CPN
3	Taux (Nb) de couverture en DTC- HepBhib3 (pentavalent)	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	(i) Tableaux de bords de la ZS + (ii) Registre Vaccination/CPS
4	Proportion (Nb) de femmes enceintes ayant reçu VAT2+	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	(i) Tableaux de bords de la ZS + (ii) Registre CPN
5	Nombre des clients ayant reçu le conseil en PF	Nombres de femmes et hommes ayant participé aux différentes séances de counseling au cours de la période	Somme des nbre de femmes et hommes ayant participé aux différentes séances de counseling au cours de la période	SNIS routine	(i) Tableaux de bords de la ZS + (ii) Registre PF
6	Taux (Nb) d'accouchements assistés	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	(i) Tableaux de bords de la ZS + (ii) Registre d'accouchements
7	Taux (Nb) de 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

8	Proportion (Nb) de MIILD distribuées	Numérateur : Nbre des femmes enceintes ayant reçues une MIILD lors de la CPN sur la période Dénominateur : Nbre des femmes attendues a la CPN pour la période	a) Nbre des femmes enceintes ayant reçues une MIILD lors de la CPNX100 / Nbre des femmes attendues pour la période	SNIS routine	Registre CPN et CPS
9	Taux (Nb) d'utilisation des services CPN 1	Numérateur : Nbre de nouveaux cas femmes enceintes inscrites de l'AS ; Dénominateur : Nbre femmes enceintes de l'AS attendues dans 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	(i) Tableaux de bords de la ZS + (ii) Registre CPN
10	Nb des clients ayant reçu le conseil et dépistage volontaire du VIH	Nbre des femmes enceintes qui ont consulté dans différentes séances de CDV au cours de la période	Somme des nbre des femmes enceintes qui ont consulté dans différentes séances de CDV au cours de la période	Fiche PTME	(i) Tableaux de bords de la ZS + (ii) Registre PTME
11	Nbre des femmes enceintes testées pour le VIH	Nombre des femmes enceintes ayant été testées au cours de la période	Somme des nbre des femmes enceintes VIH+ bénéficiant de la prophylaxie	Fiche PTME	(i) Tableaux de bords de la ZS + (ii) Registre PTME
12	Taux (Nb) de couverture CPN 4 (recentrée)	Numérateur: Nbre des femmes enceintes de l'AS ayant réalisé quatre rendez-vous de CPN Dénominateur: Nbre des femmes enceintes de l'AS attendues au CPN	Nbre des femmes enceintes inscrites de l'AS ayant réalisé quatre RDV de CPNX 100/ Pop femmes enceintes de l'AS attendues de la période	SNIS routine	(i) Tableaux de bords de la ZS + (ii) Registre CPN
13	Taux (Nb) d'utilisation CPON 2+	Numérateur : Nbre de NC femmes accouchées enregistrées à la CPON 2+ Dénominateur : Nbre total des femmes accouchées pendant la période	Nbre de NC femmes accouchées enregistrées à la CPON2+ X100/ nbre total des femmes accouchées pendant la période	SNIS routine	(i) Tableaux de bords de la ZS + (ii) Registre CPON
14	% (Nb) de rapports mensuels de gestion et inventaire des médicaments analysés et transmis à temps au BCZ	Numérateur : Nbre de rapports mensuels de gestion et inventaire des médicaments analysés et transmis à temps au BCZ Dénominateur : Nbre total des rapports mensuels de gestion et inventaire des médicaments attendus	Nbre de rapports mensuels de gestion et inventaire des médicaments analysés et transmis à temps au BCZ X 100 / Nbre total des rapports mensuels de gestion et inventaire des médicaments attendus	Rapport synthèse de gestion des médicaments, rapports d'inventaires mensuels	Rapports mensuels des CS

15	Score global FOSACOF du Centre de santé	Numérateur: Sommes des points allouées aux neuf composantes du FOSACOF Dénominateur: Total des points du FOSACOF du CS	Sommes de toutes les neuf composantes du FOSACOFx100/score total FOSACOF du CS	Check-list d'évaluation par composante	Rapport d'évaluation du FOSACOF
16	Score global de satisfaction des patients des CS	Numérateur: Scores obtenus par les CS Dénominateur: Total des points attendus de satisfaction des clients	Somme des scores obtenus X 100 / Total des points attendu de satisfaction des clients	Formulaire de satisfaction des patients	Rapport de la satisfaction des patients

Tableau 3. Indicateurs des HGR

N°	Indicateurs	Données nécessaires	Méthode de calcul	Outil de collecte	Source de vérification
1	Infrastructures	Scores pour chaque standard des critères spécifiques du check list infrastructures	Somme des scores obtenus de tous les critères spécifiques aux infrastructures de check list FOSACOF	Check-list d'évaluation des infrastructures	Rapport d'évaluation du FOSACOF
2	Equipement medical	Scores pour chaque standard des critères spécifiques du check list équipements médicaux	Sommes des scores toutes les critères spécifiques du check list des équipements médicaux	Check-list d'évaluation des équipements médicaux	Rapport d'évaluation du FOSACOF
3	Fourniture et médicaments essentiels	Scores pour chaque standard des critères spécifiques du check list fournitures médicales	Sommes des scores des tous les critères spécifiques du check list médicaments essentiels	Check-list d'évaluation des fournitures médicales	Rapport d'évaluation du FOSACOF
4	Personnel	Scores pour chaque standard des critères spécifiques du check list personnel	Sommes des scores des tous les critères spécifiques du check list personnel	Check-list d'évaluation du personnel	Rapport d'évaluation du FOSACOF
5	Formation	Scores pour chaque standard des critères spécifiques du check list formations	Sommes des scores des toutes les critères spécifiques du check list des formations	Check-list d'évaluation de la formation	Rapport d'évaluation du FOSACOF

6	Relation de l'HGR avec les autres éléments de la ZS	Scores pour chaque standard des critères spécifiques du check list relation avec les autres éléments de la ZS	Sommes des scores des toutes les critères spécifiques du check list relation avec les autres éléments de la ZS	Check-list d'évaluation de relation avec les autres éléments de la ZS	Rapport d'évaluation du FOSACOF
7	Paquet complémentaire	Scores pour chaque standard des critères spécifiques du check list paquet complémentaire	Sommes des scores des toutes les critères spécifiques du check list paquet complémentaire	Check-list d'évaluation de paquet complémentaire	Rapport d'évaluation du FOSACOF
8	Qualité clinique	Scores pour chaque standard des critères spécifiques du check list qualité clinique	Sommes des scores des toutes les critères spécifiques du check list qualité clinique	Check-list d'évaluation par composante	Rapport d'évaluation du FOSACOF
9	Gestion	Scores pour chaque standard des critères spécifiques du check list gestion	Sommes des scores des toutes les critères spécifiques du check list gestion	Check-list d'évaluation de la gestion	Rapport d'évaluation du FOSACOF
	Total	Scores pour chaque check list des critères généraux	Sommes des scores des toutes les critères généraux du check list de FOSACOF	Check-list d'évaluation du FOSACOF	Rapport d'évaluation du FOSACOF

Tableau 4. Indicateurs de l'ECZ

N°	Indicateurs	Données nécessaires	Méthode de calcul	Outil(s) de collecte	Source de vérification
1	Proportion (Nb) de supervisions effectuées	<u>Numérateur</u> : Nbre de supervisions effectuées avec rapports et TDR <u>Dénominateur</u> : Nbre de supervisions prévues	Nbre de supervisions effectuées avec rapports et TdR X 100/ Nbre de supervisions prévues	SNIS routine	Registre de supervision
2	Proportion (Nb) d'activités du plan de travail réalisées pour le trimestre	<u>Numérateur</u> : Nbre d'activités réalisées <u>Dénominateur</u> : Nbre d'activités planifiées	Nbre d'activités réalisées X100/Nbre d'activités planifiées	SNIS routine	Rapport d'activités mensuel
3	Proportion (Nb) de promptitude et complétude des rapports SNIS transmis à la DPS	<u>Numérateur</u> : Nbre de rapports complets SNIS transmis à temps à la DPS <u>Dénominateur</u> : Nbre total des rapports attendus	Nombre de rapports SNIS transmis à temps à la DPSX100/ total des rapports attendus	SNIS routine	Rapport SNIS
4	Proportion (Nb) de retro information écrite aux centres de santé et à l'HGR	<u>Numérateur</u> : Nbre de retro information écrite et transmise aux structures ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total des rapports attendus	Nbre de retro information écrite et transmise aux structuresX100/nbre total des rapports attendus	SNIS routine	Copie de la lettre de feedback adressée aux centres de santé et à l'HGR
5	Proportion (Nb) de réunions de consolidation, validation et analyse des données tenues	<u>Numérateur</u> : Nbre de réunions de monitoring mensuel tenues ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total de réunions de monitoring mensuel prévues	Nbre de réunions de monitoring mensuel tenues X100/ Nbre total de réunions de monitoring mensuel prévues	SNIS routine	(i) Compte rendu de réunions + (ii) rapport synthèse des données
6	Proportion (Nb) de réunions de COGE avec PV transmis à la DPS	<u>Numérateur</u> : Nbre de réunions tenues avec Compte rendu; <u>Dénominateur</u> : Nbre total de réunions prévues	Nbre de réunions tenues avec compte renduX100/ nbre total de réunions prévues	SNIS routine	(i) Copie du PV transmis à la DPS
7	Proportion (Nb) de décisions du COGE exécutées	<u>Numérateur</u> : Nbre de décisions du COGE exécutées ; <u>Dénominateur</u> : 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

8	Existence d'une base de données GESIS fonctionnelle et à jour	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
9	Proportion (Nb) des CS sans rupture de stock des médicaments (> 3 jours)	<u>Numérateur</u> : Nbre des fosa en rupture de stock pour l'Item ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total des FOSA de la ZS	Nbre des fosa en rupture de stock pour l'Item x100 / Nbre total des FOSA de la ZS	SNIS routine (SNIS-MED)	Rapport synthèse de gestion des médicaments
10	Proportion (Nb) des commande des médicaments validées par le comité de quantification	<u>Numérateur</u> : Nbre de commande de médicaments validé par le CQ ; <u>Dénominateur</u> : Nbre total de commandes effectuées par la ZS	Nbre de commande de médicaments validé par le CQ x 100 / Nbre total de commande effectuées par la ZS	PV de la réunion de Comité de quantification, Farde des commandes des médicaments	Rapport mensuel
11	Proportion (Nb) d'activités de sensibilisation communautaires ayant bénéficié de l'appui de l'ECZ	<u>Numérateur</u> : Nbre d'activités de sensibilisation communautaires ayant bénéficié de l'appui de l'ECZ <u>Dénominateur</u> : Nbre total de sensibilisations communautaires	Nbre d'activités de sensibilisation communautaires ayant bénéficié de l'appui de l'ECZ x100 / Nbre total de sensibilisation communautaires	Rapport d'activité	Rapport mensuel
12	Proportion (Nb) des activités WASH ayant été appuyées par l'ECZ	<u>Numérateur</u> : Nbre d'activités WASH dans la communauté ayant bénéficié de l'appui de l'ECZ <u>Dénominateur</u> : Nbre total d'activités WASH dans la communauté	Nbre d'activités wash dans la communauté ayant bénéficié de l'appui de l'ECZ X 100 / Nbre total d'activités wash dans la communauté	Rapport d'activité	Rapport mensuel
13	Score global des CS de la ZS	<u>Numérateur</u> : Scores obtenus par les CS <u>Dénominateur</u> : Total des points attendus	Somme des points obtenus par tous les CS X 100 / Total des points attendus pour toutes les CS	Formulaire de satisfaction des patients	Rapport de la satisfaction des patients

2.3. Détermination des cibles des indicateurs

Les cibles correspondent aux objectifs à atteindre pour chaque indicateur. Pour contribuer efficacement à la mise en œuvre du PNDS, leur détermination tient compte des normes et des objectifs des Plans d'Actions Opérationnelles (PAO) des ZS. Pour éviter des problèmes de dénominateurs, les populations cibles y afférentes devront se référer aux populations cibles actualisées du Ministère de la santé.

De ce qui précède, la détermination des cibles pour chaque indicateur se fera par les procédures suivantes :

a. Détermination des cibles pour l'ECZ

- Revue documentaire sur les normes, les objectifs du PAO de la ZS, les résultats de l'année précédente et du trimestre précédent pour chaque indicateur de l'ECZ ;
- Remplissage du canevas y afférent pour chaque indicateur ;
- Fixation des cibles visant l'augmentation de la performance de la ZS pour le projet pour chaque indicateur par le bureau de coordination de PROSANI ;
- Approbation des cibles annuelles et trimestrielles PROSANI par le responsable du programme FBR PROSANI ;
- Négociation des cibles trimestrielles avec l'ECZ ;
- Inclusion des cibles issues des négociations dans les plans de travail.

Tableau 5. Cibles de l'ECZ

N°	Indicateurs	Année 2010	Trimestre précédent	PAO ZS	Norme	Baseline	Cible PROSANI
1	Proportion (Nb) de supervisions effectuées						
2	Proportion (Nb) d'activités du plan de travail réalisées pour le trimestre						
3	Proportion (Nb) de promptitude et complétude des rapports SNIS transmis à la DPS						
4	Proportion (Nb) de retro information écrite aux centres de santé et à l'HGR						
5	Proportion (Nb) de réunions de consolidation, validation et analyse des données tenues						

6	Proportion (Nb) de réunions de COGE avec PV transmis à la DPS						
7	Proportion (Nb) de décisions du COGE exécutées						
8	Existence d'une base de données GESIS fonctionnelle et à jour						
9	Proportion (Nb) des CS sans rupture de stock des médicaments (> 3 jours)						
10	Proportion (Nb) des commande des médicaments validées par le comité de quantification						
11	Proportion (Nb) d'activités de sensibilisation communautaires ayant bénéficié de l'appui de l'ECZ						
12	Proportion (Nb) des activités WASH ayant été appuyées par l'ECZ						
13	Score global des CS de la ZS						

b. Détermination des cibles pour l'HGR

La grande particularité de l'HGR est le fait que PROSANI y axe son activité sur la qualité. Pour ce faire, il opte pour l'approche FOSACOF pour améliorer et mesurer la qualité.

La procédure pour déterminer les cibles de l'HGR est :

- Revue documentaire sur les normes, les baselines, et les cibles de PROSANI pour chaque indicateur général et spécifique du FOSACOF pour l'HGR ;
- Remplissage du canevas y afférent ;
- Détermination des cibles de l'HGR du projet pour chaque indicateur par le bureau de coordination de PROSANI ;
- Approbation des cibles annuelles et trimestrielles par le responsable du programme FBR PROSANI;
- Négociation des cibles trimestrielles avec l'ECZ ;
- Inclusion des cibles issues des négociations dans les plans de travail.

Tableau 6. Cibles de l'HGR

N°	Indicateurs	Année 2010	Trimestre précédent	PAO de la ZS	Baseline	Norme FOSACOF	Cible PROSANI
		Nb	Nb	Nb	Nb	Nb	Nb
1	Infrastructures						
2	Equipement medical						
3	Fourniture et médicaments essentiels						
4	Personnel						
5	Formation						
6	Relation de l'HGR avec les autres éléments de la ZS						
7	Paquet complémentaire						
8	Qualité clinique						
9	Gestion						

Pour des raisons pratiques, à ce niveau, les indicateurs de l'HGR sont présentés sous forme des critères généraux du FOSACOF. Ces critères généraux sont éclatés en critères spécifiques pour un meilleur suivi au cours de la mise en œuvre du FBR (voir annexe).

c. Détermination des cibles pour le CS

- Revue documentaire sur les normes, les objectifs des PAO des ZS, les plans annuels des CS, les résultats de l'année précédente et du trimestre précédent et le baseline pour chaque indicateur de CS ;
- Remplissage du canevas d'identification y afférent ;
- Détermination des cibles du CS pour chaque indicateur par les spécialistes techniques des bureaux de coordination de PROSANI en collaboration avec le superviseur de la ZS ;
- Approbation des cibles par le responsable du programme FBR ;
- Négociation des cibles trimestrielles avec l'ECZ ;
- Inclusion des cibles issues des négociations dans les plans de travail.

La détermination des cibles pour le volet qualité du CS suivra la même procédure que le FOSACOF de l'HGR ci-haut mentionné.

Tableau 7. Cibles du CS

N°	Indicateurs	2011	Trimestre precedent	PAO de la ZS	Norme	Baseli ne	Cible PROSANI
1	Taux (Nb) d'utilisation des services curatifs au CS						
2	Proportion (Nb) de grossesses à haut risque référées						
3	Taux (Nb) de couverture en DTC- HepBhib3 (pentavalent)						
4	Proportion (Nb) de femmes enceintes ayant reçu VAT2+						
5	Nombre des clients ayant reçu le conseil en PF						
6	Taux (Nb) d'accouchements assistés						
7	Taux (Nb) de détection de la TBC						
8	Proportion (Nb) de MIILD distribuées						
9	Taux (Nb) d'utilisation de services CPN 1						
10	Nb des clients ayant reçu le conseil et dépistage volontaire du VIH						
11	Nbre des femmes enceintes testées pour le VIH						
12	Taux (Nb) de couverture CPN 4 (recentrée)						
13	Taux (Nb) d'utilisation CPON 2+						
14	% (Nb) de rapports mensuels de gestion et inventaire des médicaments analysés et transmis a temps au BCZ						
15	Score global FOSACOF du Centre de santé						
16	Score global de satisfaction des patients des CS						

2.4. Elaboration du plan de travail

Les plans annuel et trimestriel de travail proposent des stratégies pour atteindre les cibles établies après négociation par l'unité de prestation pour être subventionnés dans le cadre de RBF. Compte tenu des problèmes d'accessibilité géographique, de la présence

d'autres structures sanitaires comme les postes de santé ou des structures privées ou encore pour d'autres spécificités de l'aire de santé, les titulaires des CS peuvent réaliser des sous contrats de collaboration (qui n'engagent pas PROSANI) avec d'autres structures sanitaires situées dans leurs AS pour atteindre les cibles négociées avec PROSANI.

PROSANI approuve le plan de travail s'il est convaincant et réalisable. La bonne mise en œuvre de ce plan conduit au renouvellement de l'accord trimestriel.

L'élaboration du plan de travail se fait en équipe au sein de l'unité de prestation, avec une pleine participation des représentants de la communauté pour les différentes structures.

La procédure d'élaboration du plan de travail est la suivante:

- La revue documentaire sur les cibles FBR PROSANI ;
- L'identification des problèmes et les facteurs intervenant dans la mise en œuvre des activités liées à chaque indicateur et l'identification des solutions ;
- Détermination des cibles pour l'unité de prestation ;
- Le remplissage du canevas de plan de travail initial en vue de négociation avec PROSANI ;
- Détermination des stratégies pour arriver à atteindre les cibles prévues dans le contrat ;
- La manière dont le personnel sera motivé par un système raisonnable de répartition des primes pour y arriver ;
- La négociation avec le représentant de PROSANI ;
- Fixation définitive des cibles après négociation ;
- Remplissage du canevas définitif du plan de travail ;
- Et la certification du plan de travail par les signatures des responsables de l'unité de prestation, de l'ECZ et du représentant de PROSANI.

Les responsables de l'unité de prestation varient suivant la structure. Il peut s'agir de l'IT, du Président du CODESA, du représentant du propriétaire pour les établissements privés ayant intégré les SSP pour les CS, du Médecin Directeur, du Médecin Chef de staff, du représentant du propriétaire pour les établissements privés ayant intégré les SSP, et/ou un représentant du COGE de l'HGR ; le MCZ, et deux représentants du COGE dont un de la communauté pour l'ECZ.

Les plans des travaux pour le CS est présenté ci-dessous (voir annexes pour l'HGR et de l'ECZ).

Tableau 8. Plan de travail de CS

Centre de Santé: _____. Population Totale: _____

N°	Indicateur	Données de base en 2011	Cibles FBR 2012	Plan de travail du trimestre..... 2012					
				Trimestre:		Défis/contraintes	Stratégies/Activités clés	Ressources	Responsables
				Baseline	Cible				
1	Taux (#) d'utilisation des services curatifs au CS								
2	Proportion (#) de grossesses à haut risque référées								
3	Taux (#) de couverture en DTC- HepBhib3 (pentavalent)								
4	Proportion (#) de femmes enceintes ayant reçu VAT2+								
5	Nombre des clients ayant reçus un conseil en planification familiale								
6	Taux (#) d'accouchements assistés								
7	Taux de détection de la tuberculose (Nombre de cas de TPM+ dépistés (3 crachats)								
8	Proportion (#) de MIILD distribuées Nombre de MIILD distribuées								
9	Taux (#) d'utilisation des services CPN 1								

10	Nombre des clients ayant recus le conseil et dépistage volontaire du VIH								
11	Nombre des femmes enceintes testées pour le VIH								
12	Taux (#) de couverture CPN 4 (recentrée)								
13	Taux (#) d'utilisation CPON								
14	% (Nb) de rapports mensuels de gestion et inventaire des médicaments analysés et transmis a temps au BCZ								
15	Score global FOSACOF du Centre de santé								
16	Score global de satisfaction des clients								

Soumission du Plan de travail

Nom :

Titre:

Signature:

Date:

Approbation du plan de travail

Nom:

Titre:

Signature:

Date:

2.5. Elaboration du résumé trimestriel des activités du prestataire

Le résumé trimestriel des activités du prestataire est un document qui présente les résultats atteints pour chaque cible au cours du trimestre par l'unité de prestation. Il est élaboré mensuellement par le prestataire pour lui permettre de s'auto-évaluer, d'améliorer ses performances, de suivre l'évolution mensuelle de ses activités, de l'aider à se préparer à la vérification, et d'assurer la transparence dans le rapportage. C'est à partir du résumé trimestriel des activités que l'unité de prestation pourra compléter le bordereau de prestation et élaborer sa facture.

L'élaboration du résumé trimestriel des activités se fait à travers un canevas qui comprend :

- Les résultats mensuels obtenus par sommation mensuelle des réalisations pour chaque indicateur à partir du registre (SNIS ou autre) y afférent ;
- L'obtention du résultat trimestriel par la sommation des totaux mensuels pour chaque indicateur ;
- Et la certification du résumé mensuel par les signatures des responsables de l'unité de prestation.

Le résumé trimestriel du CS est présenté ci-dessous (pour l'HGR et l'ECZ voir annexe).

Tableau 9. Résumé trimestriel de CS

Zone de santé de :

Centre de Santé :

N°	Indicateurs	Réalisations mensuelles						Total trimestre	
		Mois 1		Mois 2		Mois 3			
		Nb	Taux, %	Nb	Taux, %	Nb	Taux, %	Nb	Taux, %
1	Taux (Nb) d'utilisation des services curatifs au CS								
2	Proportion (Nb) de grossesses à haut risque référées								
3	Taux (Nb) de couverture en DTC- HepBhib3 (pentavalent)								

4	Proportion (Nb) de femmes enceintes ayant reçu VAT2+								
5	Nombre des nouvelles acceptantes du PF								
6	Taux (Nb) d'accouchements assistés								
7	Taux (Nb) de détection de la TBC								
8	Proportion (Nb) de MIILD distribuées								
9	Taux (Nb) d'utilisation des services CPN								
10	Nb femmes enceintes conseillées, testées ayant retiré le résultat VIH								
11	Nbre des femmes enceintes VIH+ ayant bénéficié de la prophylaxie								
12	Taux (Nb) de couverture CPN recentrée								
13	Taux (Nb) d'utilisation CPON								
14	% (Nb) commandes médicaments validées par le comité de quantification								
15	Score global FOSACOF du Centre de santé								
16	Score global de satisfaction des patients du CS								

Signatures de l'IT et du PRESICODESA

2.6. Contractualisation

La contractualisation est au centre du FBR qui rentre dans le cadre de l'approche contractuelle. C'est une option stratégique du Ministère de la santé qui régule la participation de l'action privée au développement du système de santé à laquelle adhère PROSANI.

La procédure de signature de contrat dans le programme FBR PROSANI est :

- Une négociation initiale sur le projet et les principes de contractualisation du Ministère de la Santé et du projet.
- Les parties contractantes sont PROSANI, et une unité de prestation de service FOSA (CS, HGR), une entité de régulation (ECZ) ou une organisation locale à l'exception des personnes individuelles.
- Le contrat est signé annuellement et les engagements des parties sont évalués trimestriellement au cours de l'évaluation de l'exécution du plan de travail.
- L'objet du contrat est la production de services prédéterminés dans le cadre du PMA aux CS, du PCA aux HGR et des activités promotionnelles au niveau communautaire.
- L'évaluation de la performance du prestataire est une évaluation de la production de services sur base des objectifs prédéterminés dans le plan de travail trimestriel.

La contractualisation tiendra compte des éléments suivants :

- Les CS, HGR et les ECZ signeront des contrats (Contracts) avec PROSANI. L'appui de la participation de la communauté se fera sous forme de Fixed Obligation Grants (FOG) ou subventions à coûts fixe.
- Le non respect des valeurs prônées par la politique sanitaire nationale et des violations graves des principes fondamentaux du PBF par une partie peuvent donner lieu à la suspension ou la résiliation des contrats par l'autre à l'issue de l'évaluation trimestrielle.
- La structuration et la négociation se conformeront aux procédures du bailleur, USAID.

2.7. Vérification

La vérification est une activité clé du FBR. Elle permet de s'assurer de l'exactitude des informations présentées dans le résumé trimestriel de l'unité ou de l'entité de prestation par les vérificateurs en vue du paiement et subsidiairement de renforcer les capacités du CS à réaliser son auto évaluation et à rapporter correctement ses données dans le SNIS. Elle se fait au niveau de la structure sanitaire dans le cadre de la vérification technique et au niveau de la communauté par la contre vérification.

La spécificité de PROSANI est que la vérification technique se fait en équipe mixte constituée par Ministère de la Santé et PROSANI. La contre vérification se fera par des OAC.

Les rapports des vérifications sont transmis par les vérificateurs au bureau de coordination de PROSANI en réservant une copie aux BCZ pour les CS et au bureau de District sanitaire ou à la DPS pour l'HGR ainsi qu'à l'unité de prestation. La vérification technique se fera en présence des représentants des structures de participation communautaire (membres du CODESA et des COGE de l'HGR et de ZS).

2.7.1. VERIFICATION AU CS

La vérification au sein du CS permet de valider les informations du résumé trimestriel fournies par le CS. Elle porte sur les indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

a. La vérification quantitative

La vérification technique portant sur les indicateurs quantitatifs du CS suit la procédure suivante :

- Réaliser la revue systématique des registres SNIS ou autres contenant les données mensuelles sur les différents indicateurs ;
- Vérifier la correspondance des totaux mensuels obtenus lors de la vérification et ceux des registres ;
- Collecter les informations pour chaque indicateur par comptage à partir des registres et autres sources de vérification mensuellement ;
- Remplir les totaux mensuels issus de la vérification dans la fiche d'évaluation des résultats ;
- Obtenir les résultats trimestriels vérifiés par la somme des totaux mensuels ;
- Comparer les résultats obtenus aux résultats du résumé trimestriel du CS ;
- Dégager les écarts entre les résultats obtenus aux résultats du résumé trimestriel du CS ;
- Signer avec les responsables du CS la fiche de vérification ;
- Vérifier la correspondance des totaux mensuels des résumés trimestriels et ceux obtenus lors de la vérification avec les données du rapport SNIS du CS ;
- Analyser la conformité de la gestion des ressources humaines et financières à partir de l'outil de l'indice ;
- Comparer les résultats obtenus par rapport aux cibles fixés dans le plan de travail ;
- Donner le feedback des observations aux responsables du CS.

b. La vérification qualitative

L'évaluation portant sur les indicateurs qualitatifs se fait après l'évaluation quantitative. Elle vise à mesurer les performances atteintes par rapport aux cibles du plan de travail

et à renforcer les capacités du CS à réaliser correctement son auto évaluation et l'aider à élaborer un bon plan de redressement.

L'évaluation qualitative au sein du CS suit la procédure suivante :

- Passer en revue des évaluations internes mensuelles effectuées au cours du trimestre par l'équipe du CS particulièrement l'évaluation du dernier mois présentée dans le résumé trimestriel du CS ;
- Réaliser avec l'équipe du CS l'évaluation FOSACOF pour mesurer les performances trimestrielles du CS ;
- Dégager l'écart obtenu en comparant l'évaluation trimestrielle effectuée par les vérificateurs et les résultats de l'évaluation interne présentés dans le résumé trimestriel ;
- Signer l'outil d'évaluation avec les représentants du CS ;
- Identifier les faiblesses dans l'utilisation de l'outil et briffer l'équipe du CS sur l'amélioration de la qualité de leur évaluation interne ;
- Comparer les résultats obtenus par rapport aux cibles fixés dans le plan de travail ;
- Partager les expériences et formuler les recommandations pour l'amélioration des performances de la qualité des services par un plan de redressement adéquat.

Les outils de vérification de CS sont dans les pages suivantes :

Tableau 10. Fiche d'évaluation quantitative des résultats des centres de santé (CS)

Zone de santé de :

Centre de Santé :

N°	Indicateurs	Mois 1		Mois 2		Mois 3		Trimestre		Cotation résumé trimestriel		Différence (déclarés et constatés)	
		Nb	Taux , %	Nb	Taux , %	Nb	Taux , %	Nb	Taux , %	Nb	Taux , %	Nb	Taux , %
1	Taux (Nb) d'utilisation des services curatifs au CS												
2	Proportion (Nb) de grossesses à haut risque référéées												
3	Taux (Nb) de couverture en DTC- HepBhib3 (pentavalent)												
4	Proportion (Nb) de femmes enceintes ayant reçu VAT2+												
5	Nombre des nouvelles acceptantes du PF												

6	Taux (Nb) d'accouchements assistés												
7	Taux (Nb) de détection de la TBC												
8	Proportion (Nb) de MILD distribuées												
9	Taux (Nb) d'utilisation des services CPN												
10	Nb femmes enceintes conseillées, testées ayant retiré le résultat VIH												
11	Nbre des femmes enceintes VIH+ ayant bénéficié de la prophylaxie												
12	Taux (Nb) de couverture CPN recentrée												
13	Taux (Nb) d'utilisation CPON												
14	% (Nb) commandes médicaments validées par le comité de quantification												

Tableau 11. Fiche d'évaluation qualitative des résultats de CS

Zone de santé de :

Centre de Santé :

N°	Indicateurs généraux	Indicateurs spécifiques	Cotation à la vérification		Cotation du résumé trimestriel		Ecart	
			Score	%	Score	%	Score	%
1	Infrastructures							
		Entretien des infrastructures						
		Conditions physiques (eau, hyg, assain)						
		Bâtiment adéquat						
		Bâtiment fonctionnel						
2	Equipement médical							
		Système de contrôle de l'inventaire						
		Equipements indispensables						
		Mobiliers indispensables						
		Fournitures de bureau, imprimés et formulaires indispensables						
3	Fourniture et MEG							
		Système de surveillance (inventaires)						
		Système de commande						
4	Personnel							
		Dotation en ressources humaines						

		Evaluation des performances						
		Disponibilité des ressources humaines						
		Climat de travail						
		Qualifications correspondant aux postes						
5	Formation							
		Besoin en formation						
		Personnel formé						
6	Approche communautaire							
		Relation avec les autres structures de la ZS, la communauté et avec les partenaires						
		Activités IEC au niveau de l'HGR						
7	Soutien communautaire							
		CODESA opérationnel						
		Participation des agents communautaires						
8	Qualité clinique							
		Satisfaction des patients						
		Système d'orientation						
		Analyse des décès évitables et capacité à conserver le corps						
		Disponibilité des protocoles thérapeutiques et capacité de prendre en charge les						

		malades						
		Offre des services cliniques						
		TIARHT (Planification Familiale)						
		Supervision intégrée						
9	Gestion							
		Organisation et structuration des services de santé						
		Planification						
		SNIS						
		Suivi et évaluation						
		Information financière						
	Total							

2.7.2. VERIFICATION A L'HGR

La vérification dans l'HGR est essentiellement une vérification de la qualité et se fait pendant deux jours par une équipe composée du MCD et l'AG du district (ou l'encadreur de la ZS ou du cadre ayant en charge le FBR au niveau de la province) et le représentant du bureau de coordination du projet PROSANI.

La procédure de vérification des HGR est la suivante :

- Passer en revue des évaluations internes mensuelles effectuées au cours du trimestre par l'équipe de l'HGR particulièrement l'évaluation du dernier mois présenté dans le résumé trimestriel de l'HGR ;
- Réaliser avec l'équipe de l'HGR (Médecin Directeur, le MCZ, l'AG, le Médecin chef de Staff et le DN) l'évaluation qualitative pour mesurer les performances trimestrielles de l'HGR en utilisant l'outil de FOSACOF Hôpital ;
- Examiner l'écart obtenu en comparant l'évaluation trimestrielle effectuée par les vérificateurs et l'évaluation interne de l'HGR ;
- Signer l'outil d'évaluation avec les représentants de l'HGR ;
- Identifier les faiblesses de l'utilisation de l'outil et briffer l'équipe de l'HGR sur l'amélioration de la qualité de leur évaluation interne ;

- Comparer les résultats obtenus par rapport aux cibles fixés dans le plan de travail ;
- Partager les expériences et formuler des recommandations pour l'amélioration des performances de la qualité des services à partir d'un plan de redressement adéquat.

2.7.3. VERIFICATION AU NIVEAU DE L'ECZ

Pour assurer la transparence et vérifier la conformité des données de l'ECZ, la vérification des informations du résumé trimestriel de l'ECZ sera faite par une équipe composée du MCD et l'AG du district (ou l'encadreur de la ZS ou du cadre ayant en charge le FBR au niveau de la province) et le représentant du bureau de coordination du projet PROSANI. Elle se déroulera pendant un jour.

La procédure de vérification suivra les étapes ci-dessous :

- Réaliser la revue systématique des registres, rapports ou autres sources de vérification contenant les données mensuelles sur les différents indicateurs ;
- S'assurer de l'exactitude et de l'authenticité des informations fournies dans le rapport en interrogeant des membres des COGE en cas de doute ;
- Obtenir les résultats trimestriels par la somme des totaux mensuels ;
- Comparer les résultats obtenus au cours de la vérification par rapport au résumé trimestriel de l'ECZ ;
- Signer avec les responsables de la ZS la fiche de vérification ;
- Analyser la conformité de la gestion des ressources humaines et financières par rapport à l'outil de l'indice ;
- Comparer les résultats obtenus par rapport aux cibles fixés dans le plan de travail ;
- Donner le feedback des observations et formuler les recommandations pour l'amélioration des performances aux responsables de la ZS.

Les outils de vérification de l'HGR et de l'ECZ sont présentés en annexe.

2.7.4. VERIFICATION AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTE

La vérification communautaire est une contre-vérification. Il s'agit d'une enquête trimestrielle effectuée par des organisations d'assise communautaires (OAC) au sein de la communauté. Cette enquête permet d'une part, authentifier les données recueillies dans les registres, rapports ou autres documents fournis par des prestataires dans le cadre du FBR lors de la vérification quantitative et d'autre part, recueillir le niveau de satisfaction de la population pour les prestations fournies par les FOSA. Sur terrain, les deux activités se font au même moment, l'enquête de satisfaction se réalisant une fois que le client est identifié.

La vérification communautaire suivra la procédure suivante :

i. Sélection de l'organisation d'assise communautaire

PROSANI a pris l'option de favoriser la dynamique interne du projet dans le choix des OAC, à savoir utiliser les communautés championnes appuyées par le projet pour assurer la fonction de vérification communautaire.

Dans le cas de retard dans le processus de mise en place des communautés championnes, une organisation communautaire préexistante sera choisie. Pour ce faire, PROSANI lancera un appel d'offre pour sélectionner les OAC.

L'OAC devra remplir les conditions suivantes :

- Avoir une reconnaissance par l'autorité politico-administrative ;
- Avoir un objectif social lié à la santé ;
- Etre opérationnelle dans la zone d'intervention ;
- Etre crédible dans la communauté ;
- Disposer d'un compte bancaire ou d'une institution de microfinance (IMF) ;
- Etre autonome vis-à-vis des FOSA et des CODESA des Zones de Santé ;
- Ne pas avoir des conflits d'intérêt avec les FOSA et les CODESA (des liens directs avec les personnels ou les membres des CODESA où a lieu la vérification) ;
- Disposer des agents capables de réaliser la vérification au sein de la communauté.

ii. Profil des vérificateurs communautaires

Le vérificateur communautaire a le profil suivant :

- Etre intègre, discipliné et rigoureux ;
- Savoir lire, écrire le français et communiquer la langue locale ;
- Etre disponible pour l'enquête ;
- Ne pas avoir de conflit d'intérêt avec les FOSA et les membres des CODESA des Aires de Santé à visiter ;
- Etre capable de se déplacer jusqu'aux ménages à pieds ou avec son propre moyen de transport ;
- Recevoir la formation de vérificateur communautaire.

iii. Préparation de la vérification communautaire

La préparation de la vérification communautaire se fait par les vérificateurs du FOSA à l'issu de la vérification quantitative.

Les étapes de la préparation de la vérification communautaire sont :

- Trier au hasard les noms de deux villages (ou quartiers ou avenues) à partir d'une urne contenant les noms de tous les villages de l'aire de santé ;

- Sélectionner au hasard cinq pathologies ou activités préventives prises ayant des indicateurs quantitatifs dont identifiera des cas qui seront concernés par la contre-vérification ;
- Sélectionner de manière aléatoire dans les registres ou parmi les fiches cinq cas pour ces pathologies ou activités préventives par village soit un total de 10 cas par aire de santé ;
- Etablir pour chaque cas sélectionné une fiche d'échantillonnage résumant toutes les données concernant l'identification de patient, la période et les prestations fournies par la FOSA qui sera gardée par le vérificateur pour authentifier si le vérificateur communautaire a effectivement réalisé le travail (les détails sur le jour de visite, le motif de la visite, le diagnostic, le traitement ou prestation reçu ne figureront pas sur la fiche de vérification communautaire) ;
- Etablir aussi pour le même cas une fiche d'enquête à remettre aux vérificateurs communautaires en reprenant seulement des détails nécessaires pour identifier le client (les informations disponibles sont le nom, post nom, prénom, village de provenance, profession, nom du père ou du mari ...) et les informations à vérifier pour l'authentifier (âge, motif de la visite, date de la visite, nombre des jours de prise en charge...) ainsi que le questionnaire de satisfaction du client ;
- Contacter l'OAC pour une réunion au cours de laquelle sont distribuées les fiches d'enquête de la période concernée.

iv. Vérification communautaire proprement dite

La vérification communautaire se fait après que l'OAC ait reçu les fiches d'enquête. L'OAC distribue des fiches d'enquête à ses enquêteurs communautaires qui vont évaluer en même temps la satisfaction communautaire.

Pour chaque fiche de vérification et d'enquête de satisfaction des clients reçue, l'enquêteur visite le ménage en vue de recueillir les informations demandées. Le consentement éclairé du client est de mise et l'enquêteur respectera le réserve des personnes interrogées pour certaines questions sur les plaintes, les examens ou l'issue des soins en vue de respecter leur intimité.

Une fois l'adresse du client repérée, la contre-vérification se déroule en suivant la procédure suivante :

a. Authentification du client

- Confirmer les éléments d'identité du client en se référant à la partie identité de la fiche de vérification et d'enquête de satisfaction du patient ;
- Authentifier le client en recueillant les informations partie de la fiche concernant l'authentification du patient à savoir l'âge, le motif de la visite, la date de la visite, le nombre de jours de prise en charge et le traitement ou les prestations reçues.

b. Enquête de satisfaction de client

- Coter la satisfaction des clients à partir des réponses pour 10 questions en complétant le formulaire de satisfaction des clients ;
- Faire la sommation des cotes de toutes les questions pour chaque client donnant la cotation finale qui correspond au pourcentage de satisfaction personnelle.

c. Compilation des données de l'aire de santé

Compléter le formulaire de vérification physique et de satisfaction des clients de l'aire de santé en reprenant pour chaque personne les éléments de son identification et son score de satisfaction ;

- Obtenir la somme globale de l'aire de santé par la sommation des cotes de chaque client ;
- Diviser la somme globale des cotes des clients par le nombre des clients interrogés pour obtenir le pourcentage de satisfaction des clients de l'aire de santé.

d. Rapportage des données de l'OAC

- Compléter le formulaire de rapport de contre vérification en reprenant pour chaque aire de santé les noms des clients visités, les éléments de leur identification et leur score de satisfaction ;
- Compléter les scores globaux de satisfaction communautaire de l'aire de santé ;
- Le représentant de l'OAC remet endéans 20 jours le rapport synthèse de vérification avec en annexe les rapports de contre vérification et enquête de satisfaction par aire de santé au bureau de coordination de PROSANI.

e. Traitement des données de la vérification communautaire

- Le secrétariat du bureau de coordination de PROSANI accuse réception des fiches de vérification communautaire en spécifiant le nombre des fiches reçues ;
- Les vérificateurs de PROSANI confrontent et valident les données de l'enquête avec les fiches d'échantillonnage (fiches témoins) gardées et contenant les informations du malade.
- Le vérificateur de PROSANI pourra aussi :
 - Comparer le nombre de patients confirmés avec l'échantillon tiré ;
 - Comparer le nombre de prestations confirmées par les patients avec le nombre de prestations déclarées dans les registres au niveau des centres de santé ;
 - Eventuellement identifier les raisons de non participation des patients à l'enquête s'il n'est pas retrouvé.
 - Informer directement sa hiérarchie en cas de constatation de cas de tricherie.

La fiche de vérification communautaire est présentée ci-dessous.

Tableau 12. Fiche de vérification et d'enquête de satisfaction au niveau de la communauté

Zone de santé:

Aire de santé:

Nom de la structure:

Année 2012/Trimestre:

Nom de l'enquêteur :

A. Authentification du client

1. Identité du patient			
1	Nom et postnom du client :		
2	Profession :		
3	Sexe :		
4	Village/Quartier/Avenue :		
5	Nom du père du client:		
6	Nom de la mère :		
7	Profession :		
8	Nom de la personne interrogée si représentant :		
9	Qualité du représentant :		
2. Informations d'authentification			
1	Age :		
2	Motif de la visite :		
3	Date de visite :		
4	Nombre de jours de prise en charge :		
5	Traitement ou prestations reçues :		
	Appréciation de l'authentification	Client identifié	Client non identifié

B. Questionnaire de satisfaction du client

N°	Rubrique	Réponses (Points)		
		0	5	10
1	Comment trouvez-vous l'accueil par le personnel du CS (attitude, convivialité, ...)?	médiocre	Moyen	Excellent
2	Comment trouvez-vous l'Etat de propreté du CS (cours, salle, latrine,...) ?	Sale	Moyen	Excellent
3	Comment trouvez-vous la durée de l'attente lorsque vous arrivez au CS?	Trop longue	Moyenn e	Courte
4	Comment jugez-vous la qualité de la prise en charge (consultation, hospitalisation, labo,.....)?	Médiocre	Moyen	Excellent e

5	Est-ce que tous les médicaments prescrits sont toujours disponibles au CS?	Aucun	Partielle ment	Totalement
6	Comment trouvez-vous le tarif des prestations au CS?	Trop cher	Moyen	pas cher
7	Le personnel du CS garde t-il bien le secret sur la maladie des patients ?	Aucune	Partielle	Totale
8	Le personnel soignant du CS est-il disponible tous les jours et chaque fois que vous avez besoin de lui?	Aucune	Partielle	Totale
9	Connaissez-vous le CODESA et bénéficiez-vous de ses activités au niveau de votre village/entité ?	Ne connaît pas	Existe mais peu actif	Très actif
10	Est-ce que il y a du favoritisme dans l'accueil au CS selon que vous êtes hommes ou femme?	Beaucoup	Peu	Non
11	Est-ce que il y a du favoritisme au CS selon que vous êtes riche ou pauvre ?	Beaucoup	Peu	Non
12	Est-ce que votre relais communautaire sensibilise la communauté pour consulter au CS?	Souvent	Peu	Non
Total des points obtenus				

Soumission des Résultats de la satisfaction des clients

Nom :
Titre:
Signature:
Date:

2.7.5. CHRONOGRAMME DE LA VERIFICATION

La vérification est un processus cyclique qui se déroule pendant 11 semaines par trimestre. Les étapes de ce processus suivant les semaines sont :

- Analyse et synthèse des résultats obtenus par les prestataires CS/HGR/ECZ : en remplissant le résumé trimestriel des activités suivi de l'établissement de la facture à la première semaine du trimestre (S1) ;
- Envoie des bordereaux et factures des prestations du CS/HGR/ECZ au BC PROSANI au début de la deuxième semaine du trimestre par l'unité de prestation (plus tard début S2) ;
- Analyse des résultats de tous CS/HGR/ECZ de la ZS par le BC PROSANI (fin S2) ;
- Analyse et paiement des factures des unités de prestation par le niveau central PROSANI (S3 et S4) ;
- Vérification des résultats au niveau des CS/HGR/ECZ par BC PROSANI avec DPS/DS/ECZ (S3-S6) ;
- Contre vérification des résultats des CS par les OAC (S7-S9) ;
- Transmission de rapport de contre vérification au BC PROSANI (S10) ;
- Analyse et synthèse des rapports de vérification et contre vérification par le BC PROSANI (S10) ;
- Transmission des résultats finaux validées et proposition de réajustement de paiement par le BC au Bureau central PROSANI (S11).

2.7.6. COMPOSITION DES EQUIPES DE VERIFICATION ET DE CONTRE VERIFICATION

La composition des équipes de vérification varie selon les structures. Ces équipes seront composées des cadres du Ministère de la santé ayant des connaissances avérées sur le modèle FBR PROSANI, ayant de l'autorité sur l'unité de prestation et pouvant contribuer au renforcement de ses capacités et au développement du FBR dans PROSANI.

Au niveau des ECZ et HGR, il s'agit des médecins chefs de Districts, de l'encadreur de la ZS ou des responsables du PBF de la DPS pour le MSP conjointement avec le Capacity Building ou le Technical Specialist pour PROSANI. Au niveau du CS, elles seront constituées des cadres de l'ECZ connaissant le modèle et la procédure FBR PROSANI et des superviseurs des ZS de PROSANI.

2.8. Paiement

Le paiement est trimestriel et se fait au niveau central de PROSANI par le COP de PROSANI qui canalise les fonds sur base du résultat de l'évaluation. Pour éviter le conflit d'intérêt entre le vérificateur et l'acheteur, le paiement se fera par virement bancaire dans le compte du prestataire ou de son mandataire et ne transitera pas par le bureau de coordination PROSANI ou les autres structures impliquées dans la vérification, sauf de manière exceptionnelle sur demande expresse écrite par l'unité de prestation. PROSANI encouragera les unités de prestations d'avoir leurs propres comptes.

Une cartographie des institutions bancaires, de micro finance et autres pouvant servir au virement ou au transfert des fonds dans le cadre du FBR est mis à disposition pour celles n'ayant pas de compte propre.

La procédure de paiement se fait de la manière suivante :

- Sur base des résumés trimestriels les unités de prestations complètent le bordereau de prestations « particulièrement la colonne résultats atteints » car le poids des indicateurs, le pourcentage de poids, le maximum et les cibles sont connus, ayant été prédéfinis lors de la signature du contrat ;
- Les montant à payer apparait automatiquement lorsque l'unité de prestation dispose du format électronique du bordereau des prestations - et le cas échéant, l'unité de prestation fait les calculs nécessaires sur le pourcentage de la cible atteint, le pourcentage alloué par indicateur, pourcentage total, le prime obtenu, la perte, le prime du personnel, le prime de fonctionnement et le bonus ;
- Le montant étant obtenu, l'unité de prestation élabore sa facture et l'envoie avec le bordereau de prestations au BC à la première semaine du mois (S1) ;
- Le service des finances du BC s'assure que les calculs qui ont été faits sur le bordereau de prestations sont conformes à la facture ;
- En cas d'erreurs de calcul observé, le BC interpelle directement le prestataire pour bien remplir le bordereau et élaborer une nouvelle facture ;
- Le BC envoie des factures scannées des CS/HGR/ECZ et un classeur résumant les résultats et les montants dus à chaque unité de prestation de la ZS au service des finances PROSANI en réservant une copie au responsable du programme FBR à la fin de la S2 ;
- La conformité de la facture est approuvée par le service de finances de PROSANI qui enclenche le processus de transfert des fonds aux unités des prestations (S3 et S4) ;
- Le BC transmet à l'issu des vérifications les résultats finaux validés avec des propositions de réajustement de paiement au niveau central PROSANI en utilisant un bordereau de prestations vérifié (S11);
- Le responsable du programme FBR approuve les propositions de réajustement et les transmet aux services des finances PROSANI (S12 à mi-S2 du trimestre suivant) ;
- Le réajustement s'opère lors du paiement de la facture du trimestre suivant par le service des finances (S3 et S4 du trimestre suivant).

Les factures des différentes unités de prestation sont présentées à l'annexe.

2.9. Outil d'indice du paiement de primes

Le FBR PROSANI cherche améliorer de la qualité et la quantité des services de santé en offrant aux prestataires des mesures incitatives et des capacités gestionnaires pour améliorer leurs performances. Cette performance implique que l'unité de prestation

reçoive sa prime mais que celle-ci serve réellement à inciter le personnel à la performance.

Les montants des primes seront affectés dans le fonctionnement du FOSA à raison de 25% et les primes du personnel à raison de 75%. Tout en considérant l'unité de prestation comme une composante indépendante et autonome (boîte noire), l'intégration des incitations positives au niveau du personnel requiert la bonne gouvernance notamment la transparence, l'équité et la reconnaissance du travail réellement produit et des performances individuelles.

Pour y arriver, la bonne répartition des primes du personnel sera facilitée par un outil de l'indice de paiement des primes qui prendra en compte la catégorie du staff, la performance individuelle et la présence physique au travail.

Le remplissage de l'outil de l'indice requiert en amont l'identification et la collecte des informations sur le personnel suivi du remplissage proprement-dit de l'outil de l'indice.

La procédure de remplissage de l'outil de l'indice est :

- **Collecte des informations sur le personnel**

- Identifier au préalable le personnel travaillant réellement à l'unité de prestation et ayant accès au prime individuel de performance sur base de la liste du personnel rationalisé ou de la liste pré établi à cet effet par la réunion du CODESA ou du COGE dès le début de la mise en œuvre du FBR ;
- Disposer des cahiers des présences mensuelles et de cotations des performances individuelles des agents ;
- Coter chaque jour les présences individuelles par 1 pour l'agent présent et 0 pour l'absent quelque soit la raison ;
- Calculer le point de présence individuelle par la somme des présences individuelles mensuelles pour chaque agent ;
- Coter dans les performances mensuelles de chaque agent sur 10 ;
- Déterminer le point de performance individuelle trimestrielle en calculant la moyenne des performances mensuelles de chaque agent ;
- Identifier le personnel ayant le salaire le plus élevé ;

- **Remplissage de l'outil de l'indice :**

- Ecrire le nom de l'agent et sa fonction ;
- Compléter les salaires mensuelles de chaque agent ;
- Prendre comme référence le salaire de l'agent le plus élevé ;
- Calculer le pourcentage (ou proportion) relatif de chaque agent par rapport à ce salaire de référence ;
- Dégager les points relatifs de salaire de chaque agent en multipliant le pourcentage obtenu par cent ;
- Obtenir le total des points relatifs des agents par la sommation des points relatifs individuels ;

- Compléter le point de performance individuelle et de présences individuelles de chaque agent ;
- Calculer le Point total de l'agent en multipliant le point relatif de salaire par le point de performance individuelle et le point de présence de l'agent ;
- Calculer l'indice du trimestre de paiement en divisant le montant total de la prime du personnel par le point total ;
- Compléter l'indice du trimestre pour chaque agent ;
- Calculer la prime de l'agent en multipliant son point total par l'indice.

Au cours de la vérification, PROSANI s'assurera que l'outil de l'indice est appliqué suivant la clé de répartition définie d'un commun accord au sein de l'unité de prestation. En cas de mauvaise application, PROSANI demandera à l'échelon supérieur de l'unité de prestation de réaliser le contrôle et de prendre les mesures nécessaires pour que les primes servent réellement à l'incitation du personnel.

L'exemple de l'outil de l'indice est présenté à la page suivante.

Tableau 13. Outil de l'indice pour les unités de prestations

Calcul de prime PBF											
No	Nom et Postnom	Catégorie du staff	Salaire (mensuel)	% relatif	Points relatifs (salaire)	Points de la performance individuelle	Points de présence physique	Point total	Indice du trimestre	Prime a payer	Signature
1	A	Titulaire /MD/MCZ									
2	B	Infirmière 1 /Médecin/ AG BCZ									
3	C	Infirmière 2 /Médecin/ Superviseur BCZ									
4	D	Infirmière 3/ DN/ Superviseur BCZ									
5	E	Infirmière 4/ Infirmier HGR / Superviseur BCZ									
6	F	Secrétaire									
7	G	Gardien									
Total											
Score indice du trimestre:											
Total montant RBF obtenu pour le trimestre											

2.10. Sanctions

La contractualisation prévoit les actions à mener en cas de non respect des clauses du contrat. PROSANI se réserve le droit de suspendre ou de rompre le contrat suivant la gravité des faits. En même temps, il référera les cas des fraudes au Ministère de la Santé qui prévoit des sanctions y afférentes. Les sanctions du Ministère de la Santé sont financières, administratives et des poursuites judiciaires sont repris ci-dessous.

Au cours de la vérification ou contre vérification, plusieurs types d'erreurs ou de fraudes commises par les structures contractantes peuvent être notés. Il peut s'agir : d'erreurs de calcul, de cas (patient) non identifiés, de surfacturation aux usagers, de fraudes dans le rapportage des résultats ou sur l'utilisation des ressources financières allouées.

Les cas d'erreurs de calcul du montant à payer ou du niveau de performance atteint doivent être notifiés à l'ECP, l'ECZ et aux FOSA concernés et corrigées. Si la même erreur est constatée le trimestre suivant, la Cellule FBR du MSP doit en être informée pour la prise des dispositions de renforcement de capacité de l'ECZ ou de l'ECP en question.

Les cas (patients) non identifiés ne peuvent pas permettre aux vérificateurs de conclure à une fraude. L'ECZ devra en collaboration avec PROSANI initier une contre vérification exhaustive des documents de gestion de la formation sanitaire concernée.

Cependant dans les cas de surfacturation et de fraudes, des sanctions financières, administratives et des poursuites judiciaires devront être prises.

Sanctions financières

Les sanctions financières sont appliquées à l'ensemble de la structure contractante.

Cas de surfacturations

Un tel cas doit être documenté et notifié à la cellule FBR, qui après vérification et confirmation du cas, fera rapport au Secrétaire Général du MSP pour des sanctions. Les sanctions suivantes seront progressives :

- un avertissement écrit ;
- En cas de récidive, dans la même formation sanitaire, retenue financière de 20% pour le trimestre concerné ou pour le trimestre suivant ;
- En cas de seconde récidive, la formation sanitaire sera sanctionnée par une retenue financière de 50% pour le trimestre concerné sur l'ensemble des prestations déclarées. Si la fraude est grave selon le rapport du noyau FBR, la formation sanitaire sera suspendue pour le mois suivant.
- En cas d'une troisième récidive, le contrat avec la formation sanitaire sera résilié définitivement. L'ECZ doit informer la population (à travers le COGE) des raisons de la résiliation du contrat. Une autre formation sanitaire de la Zone de Santé pourra remplacer la structure suspendue de la contractualisation.

Cas de fraudes

Il s'agit des cas de :

- (i) discordance ou d'incohérence entre les données du Bordereau de Prestation et celles des outils de gestion ;
- (ii) Répartition inéquitable de la prime trimestrielle, sans suivre les dispositions du contrat.

Chacun de ces cas doit être documenté et notifié au Secrétaire Général du MSP qui devra décider de l'application de l'une des sanctions suivantes:

- résiliation du contrat avec la formation sanitaire
- suspension de la fourniture de médicaments pour cette formation sanitaire
- remboursement par la Formation sanitaire de l'avance de prime reçue.

Les cas de surfacturation et de fraudes doivent systématiquement être notifiés au MCZ (pour les cas de fraudes dans les CS et l'HGR) et au MIP pour les cas de fraudes dans les ECZ). Le MCZ ou le MIP devra dans un délai maximum d'un mois avant le début du trimestre suivant, notifier par écrit à PROSANI la sanction à appliquer à la structure concernée.

Sanctions administratives

Les sanctions administratives sont appliquées aux agents en cas de fraude. Elles devront se faire conformément aux dispositions prévues par le statut de carrières de l'agent de services publics de l'Etat. Etant donné la flagrance et le préjudice causés à la population, la procédure sera ouverte par la suspension du responsable par son chef hiérarchique direct. La révocation ou la mutation disciplinaire dans les structures sans FBR des responsables de fraude et de mégestion sera de mise.

Poursuites judiciaires

En cas de fraudes avérées, l'autorité sanitaire de la juridiction ou de la communauté devra intenter une action judiciaire à l'encontre de (s) agent (s) fautif(s).

PROSANI demandera au MSP d'appliquer aussi des sanctions administratives et judiciaires au cas de corruption ou tentative de corruption des vérificateurs ou bien de détournement ou de tentative de détournement des primes de performances par les chefs hiérarchiques des prestataires. Dans ce cas les sanctions seront individuelles ou devront concerner l'unité de prestation suivant que le forfait aura été individuel ou collectif.

3. SUIVI ET EVALUATION DU PROGRAMME FBR

3.1. Introduction

Le suivi ou monitoring du programme PBF est un processus continu et régulier d'observation et de collecte de données relatives à la mise en œuvre du programme pour s'assurer qu'il évolue tel que prévu et au besoin le corriger.

Il s'agit, à partir d'un certain nombre d'indicateurs, d'un suivi des résultats facilitant ainsi l'évaluation interne du programme et l'amélioration de la mise en œuvre car il permettra de déceler les problèmes et y apporter des solutions appropriées pour atteindre les objectifs du programme.

Le suivi se fera au niveau central, au niveau intermédiaire et au niveau opérationnel. A chaque niveau, il est mis en place un Task Force FBR qui aidera le responsable des activités FBR du niveau dans le suivi et la coordination des activités.

Les objectifs du suivi et de l'évaluation interne sont :

- Identifier les entraves dans la réalisation harmonieuse des activités du programme PBF.
- Analyser ses problèmes en remontant à leurs causes.
- Proposer des actions correctrices au responsable du projet sous forme des recommandations.

3.2. Procédures pour le suivi des activités

Pour effectuer le suivi des activités, la procédure suivante sera suivie :

1. Préparer le plan de Suivi ;
2. Identifier les activités critiques qui feront l'objet du suivi ;
3. Déterminer les indicateurs en fonction de ces activités parmi les indicateurs PBF ;
4. Recueillir les données ;
5. Gérer les données recueillies ;
6. Analyser les informations ;
7. Interpréter les informations ;
8. Formuler des recommandations pour améliorer la mise en œuvre du programme.

3.2.1. PLANIFICATION POUR LE SUIVI

La planification du suivi des activités se fera par le responsable de l'activité qui le proposera aux membres du Task Force PBF. La mise en œuvre du suivi suivra la procédure suivante :

- Etablir l'objet du suivi, soit l'ensemble ou certaines parties du programme ;
- Déterminer le niveau du suivi qui est soit intermédiaire ou périphérique (ECZ, FOSA ou OAC) ;
- Sélectionner les outils de suivi spécifiques à ce niveau ;
- Déterminer la régularité du suivi qui sera mensuelle au niveau périphérique et trimestriel au niveau intermédiaire ;
- Déterminer la modalité de suivi qui sera passive ou active ;
- Déterminer les personnes qui vont effectuer le suivi ;
- Sélectionner les outils et des indicateurs appropriés pour le suivi ;
- Déterminer à qui rendre compte ;
- Etablir le budget de l'activité suivant la procédure PROSANI ;
- Déterminer les modalités de la rétro-information.

3.2.2. IDENTIFIER LES ACTIVITÉS CRITIQUES ET LES INDICATEURS

Les activités critiques du PBF PROSANI sont les activités ou autres aspects essentiels révélateurs de la qualité de mise en œuvre du programme. Les indicateurs quantitatifs et qualitatifs du FBR PROSANI ayant été déterminés sur base de ces activités critiques, il faudra choisir lesquelles devront faire l'objet d'un suivi particulier par rapports aux problèmes et les priorités du niveau et de l'entité, singulièrement après l'évaluation de base.

A coté des indicateurs qualitatifs et quantitatifs, les activités des différents acteurs dans la mise en œuvre du FBR seront suivies à l'interne par des indicateurs du processus.

Le suivi du processus de la mise en œuvre du programme FBR comprend les activités de suivi, de supervision, de rapportage effectuées, la qualité des données produites, les ressources mises en contribution dans le suivi (nombre de personnes, temps dépensés, les moyens utilisés) et les performances de ZS sous leurs responsabilités.

Les données des rapports, des vérifications ou des supervisions pourront orienter le choix des activités critiques.

3.2.3. RECUEILLIR ET GERER LES DONNÉES

Les données sont recueillies à partir des rapports des différentes entités. Le niveau central collecte les données des coordinations, les coordinations recueillent les données des ZS et des OAC, les ZS collectent les données des CS et des HGR.

Pour recueillir les données, il faut :

- Identifier les sources d'informations : rapport d'activité PBF et le SNIS. Un effort devra être fourni pour que les données récoltées dans le cadre de PBF à partir des différentes sources (registre, fiches, rapports périodiques, de supervision, documents comptables...) validées par la vérification soient rapportées au SNIS pour qu'en fin ce dernier constitue la principale source d'information.
- Collecter les données dans des outils de collecte des données et de suivi appropriés.
- Présenter les données trimestrielles sous forme de tableaux et des graphiques d'évolution des données mensuelles.

3.2.3. ANALYSER ET INTERPRETER LES INFORMATIONS

Le rapport devra comprendre à côté de la présentation des données, une analyse et le commentaire du rapporteur sur les résultats, problèmes de mise en œuvre et les propositions y afférentes.

Schématiquement, l'analyse et l'interprétation des résultats suivront le schéma suivant :

- S'assurer de la conformité des données aux rapports SNIS, de vérification et de contre vérification ;
- Analyser et commenter les résultats trimestriels en les comparant aux données précédentes de la ZS et les données des ZS de comparaison ;
- Identifier les problèmes affectant le programme au sein de la ZS ou du BC ;
- Proposer les solutions y afférentes ;
- Envoyer les données au superviseur du bureau de coordination en copiant le responsable du programme FBR et verser les informations dans le logiciel de gestion des données de FBR.

3.2.4. LES OUTILS DE SUIVI

Les outils de suivi du PBF PROSANI sont le tableau de bord, les graphiques de suivi et les cartes.

1. Le tableau de bord

Le tableau de bord du PBF PROSANI comprend les rubriques suivantes :

- les activités à suivre (activités critiques)
- les indicateurs de suivi (indicateurs PBF et de processus)
- la valeur de référence à considérer
- le niveau de réalisation atteint
- l'écart constaté
- et les décisions proposées.

Le tableau de bord de réalisation des activités est présenté dans le tableau suivant :

Tableau 14. Tableau de bord de réalisation des activités

Activités	Indicateurs de suivi	Valeur de référence	Source de vérification	Niveau de réalisation	Ecart constaté	Décision proposée
activité 1						
activité 2						
activité 3						
activité 4						
activité 5						

Tableau 15. Tableau de bord de suivi mensuel des activités

Indicateurs à suivre	Mois ou T 1	Mois ou T 2	Mois ou T 3	Mois ou T 4	Mois ou T 5	Mois ou T 6
Indicateur 1						
Indicateur 2						
Indicateur 3						
Indicateur 4						
Indicateur 5						

2. Autres outils

Les autres outils de suivi sont les graphiques de suivi des activités critiques et les cartes pour le niveau national.

3.2.5. TASK FORCE FBR PROSANI

Le Task Force FBR PROSANI est une équipe constituée par le responsable du programme FBR PROSANI et les autres cadres dont les activités sont directement concernées par le FBR en vue de permettre une bonne coordination et un bon suivi des activités.

Il s'agit au niveau central des Superviseurs des Bureaux des Coordination, du Capacity Building, du Contract Manager, du Monitoring & Evaluation, des représentants des finances, des Conseillers techniques et tout autre cadre du niveau central concerné par le FBR. Au niveau du Bureau de Coordination, il s'agit du Directeur du bureau de coordination, le point focal FBR, le CBS, les Technical Specialist, les Health Zone Supervisor, du M&E et toute autre personne impliqué dans le FBR.

Le Task Force est mis en place pour aider le responsable du programme FBR qui le coordonne et le supervise dans le suivi du processus, de l'évolution des indicateurs et de l'amélioration des résultats avec un focus particulier sur la qualité. Constituant un réseau de huit équipes localisées au sein des bureaux de coordination encadrés par une équipe du niveau centrale, les Task Forces intégreront les principes de l'approche collaborative pour atteindre les meilleurs résultats.

A l'issu de l'évaluation de base, ces équipes devront déterminer des objectifs communs d'amélioration des performances des unités de prestation et du programme liés aux activités des différents spécialistes au sein du Task Force. Les indicateurs de suivi seront déterminés à partir de l'évaluation de base et des évaluations périodiques. De ce fait, en prévision de signature des contrats de performance avec les unités de prestation, les Task Forces des bureaux de coordination devront définir les objectifs à atteindre par indicateur (cibles) et le paquet de changement à opérer qu'ils devront présenter aux unités de prestation.

Etant composées des plusieurs spécialistes dans différents domaines complémentaires, les équipes des bureaux de coordination devront organiser régulièrement des rencontres suivi, d'analyse et d'évaluation du processus et des résultats du programme, partager les expériences et faciliter la prise des décisions relative à l'amélioration de performances du programme FBR. Ces réunions devront avoir au moins un rythme bihebdomadaire. A l'occasion, chaque spécialiste pourra partager aux membres de l'équipe l'évolution de des indicateurs liés à sa spécialité, les difficultés sur terrain et les meilleures pratiques à adopter dans la mise en œuvre.

Au cours de la deuxième semaine du mois, le point focal FBR du task Force FBR rapportera au superviseur du bureau de coordination en réservant une copie au

Directeur du bureau de coordination et au responsable du programme FBR sur un canevas commun à tous les bureaux de coordination.

Le task force du niveau central assurera la coordination des activités des Task Force des bureaux de coordination. Ses réunions seront des occasions de suivre le processus de la mise en œuvre du programme au niveau intermédiaire et de suivi de l'évaluation des indicateurs de résultat. En collectant et en compilant les données du niveau opérationnel, tenant compte des expériences des task force provinciaux, les différents spécialistes devront partager à l'équipe les stratégies à prendre pour améliorer les performances dans leurs domaines respectifs.

Le responsable du programme FBR PROSANI organisera la coordination des activités du Task force, facilitera l'analyse et l'évaluation interne régulière du programme, l'identification des besoins de formation des membres du Task Force, l'organisation des visites conjointes de suivi et de supervision aux bureaux de coordination, des rencontres de partage d'expérience et des sessions d'apprentissage en faveur des membres des différents task force des bureaux de coordination et la documentation de l'expérience FBR PROSANI.

Le programme FBR ayant une visée particulière sur l'amélioration de la qualité des services offerts à la population, les Tasks force accorderont une attention particulière à l'identification des stratégies pour améliorer la fonctionnalité des FOSA et la satisfaction communautaire. Ces stratégies seront partagées entre les différentes équipes et le niveau central veillera à ce que les ZS et les FOSA qui atteindront les meilleures performances soient primés.

Dans la phase d'implantation du programme, à tous les niveaux, le task force FBR se réunira en session ordinaire une fois par semaine. Des réunions en session extraordinaires seront organisées toutes les fois qu'elles seront nécessaires. Des réflexions sur l'extension du programme FBR se feront concomitamment à celles de l'extension des Task forces FBR.

3.3. Evaluation

3.3.1. INTRODUCTION

L'évaluation va vérifier le niveau d'atteinte des objectifs du programme FBR. Elle appréciera l'adéquation et l'efficacité du programme pour décider quels sont les changements à opérer ou les éléments à ajouter afin d'en améliorer l'orientation et les performances. Il se fera sous forme d'enquête ou d'observations et utilisera des outils adaptés tels que des questionnaires ou des grilles d'observation.

Les évaluations internes du programme PBF seront effectuées pour apprécier l'état d'avancement du programme, l'efficacité et l'efficience. L'évaluation externe permettra

de certifier la situation de départ ou les performances réalisées par une (des) firmes externe(s) choisi par USAID agissant de manière indépendante de PROSANI. Pour capitaliser les acquis de l'évaluation, les méthodes de recherche opérationnelle sont les plus encouragées.

En cas d'une évaluation externe, sous la supervision de USAID, la firme externe déterminera en collaboration avec PROSANI le sujet de l'évaluation, la méthodologie et le support informationnel sur base de laquelle aura lieu l'évaluation.

Des études d'observations et des enquêtes seront utilisées dans les évaluations. Des enquêtes de ménages, d'évaluation de qualité, de satisfaction communautaire et des entretiens avec des acteurs clés (responsables des FOSA, les responsables de la régulation, les autres partenaires du Ministère de la Santé, les autorités administratives) individuellement ou en groupe (focus-groupe, analyse type Delphy) seront réalisées pour déterminer les indicateurs de base, réaliser l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale ou en tout autre moment selon le besoin.

L'évaluation du programme est de la compétence du niveau central, toutefois des évaluations au niveau opérationnel peuvent être faites par les bureaux des coordinations avec les ECZ.

Les données récoltées par le processus de monitoring et du SNIS peuvent être mis en contribution pour réaliser les évaluations internes tandis que les évaluations externes se feront exclusivement par des enquêtes de ménage, des enquêtes de qualité à travers le FOSACOF, des enquêtes de satisfaction communautaire et des entretiens avec acteurs clés. Les évaluations externes sont du ressort du bailleur des fonds.

Dans l'évolution du programme, des évaluations économiques pourront être réalisées pour mesurer l'utilité sociale découlant du projet, l'impact du projet du point de vue de la population ainsi que des études économétriques pour dégager le pouvoir prédictif des différentes interventions dans le résultat.

Les évaluations permettront de réaliser des comparaisons en premier lieu entre les situations d'avant l'intervention, pendant et après l'intervention et en second lieu des comparaisons entre des ZS pilotes et des ZS de comparaison ou contrôle. En outre, d'autres études pourront comparer sur le plan qualitatif et quantitatif l'efficacité et l'efficience du programme FBR PROSANI par rapport aux autres programmes FBR du pays.

L'évaluation se déroulera en trois phases : l'évaluation de base, les évaluations internes périodiques et l'évaluation finale.

3.3.2. ÉVALUATION DE BASE

La détermination des « baselines » se réalisera avant la mise en œuvre effective du PBF dans les entités des prestations quelque soit l'approche méthodologique. Cette évaluation permet d'être en phase avec les acteurs principaux sur la situation de départ

de l'entité ou de l'unité de prestation ciblée ; de s'accorder sur les hypothèses, les objectifs, les indicateurs d'intervention à suivre ; et de mettre en place un instrument de suivi et d'évaluation de l'intervention pour analyser l'atteinte des objectifs.

Elle se fera par une firme extérieure sous la supervision du bailleur. Tout en étant autonome dans ses choix, le processus de cette évaluation devra tenir compte des aspects pratiques du projet et collaborera à cet effet avec PROSANI.

De manière schématique, l'évaluation de base prendra en compte les étapes suivantes :

1. Préciser le sujet de l'évaluation
2. S'assurer un appui informationnel adéquat
3. Elaborer un instrument de collecte d'informations adapté
4. Organiser et analyser l'information obtenue
5. Mesurer les écarts entre les résultats obtenus, les données administratives et celles d'autres enquêtes
6. Proposer des mesures correctrices pour un suivi adéquat en cas d'écart important dans ces données
7. Déterminer les indicateurs de base pour le suivi et évaluation du programme

Tout le long du processus, des réunions techniques auront lieu entre la firme externe et PROSANI avec ou sans la supervision de USAID.

3.3.3. EVALUATIONS INTERNES PERIODIQUES

Il s'agit des évaluations internes qui permettent d'apprécier l'adéquation et l'efficacité du programme de manière périodique (annuelles, à mi-parcours). Elle comprend une évaluation des résultats atteints et du processus. Cette appréciation de l'état d'avancement du programme permet de déterminer les changements à opérer afin d'améliorer l'orientation et les performances.

Les résultats de cette évaluation interne peuvent permettre en cas de bonnes performances de proposer l'extension du programme aux autres ZS.

L'évaluation à mi-parcours elle se réalisera de la manière suivante :

a. Evaluation des résultats atteints

- Effectuer pour l'entité ou l'unité de prestation la revue documentaire sur le SNIS et autres sources des données administratives, le FOSACOF, les enquêtes de satisfaction ces clients, l'enquête de base de PROSANI et l'enquête de base de la firme externe ;
- Identifier dans ces sources des données les indicateurs de base déterminés par l'évaluation de base ;

- Récolter des données actualisées de ces sources des données pour chaque indicateur ;
- Comparer les données récoltées avec les données de base ;
- Comparer les données récoltées avec les données des ZS de comparaison ;
- Analyser les informations ;
- Interpréter les informations ;
- Formuler des recommandations pour l'amélioration des résultats au décideur.

b. Evaluation du processus

- Effectuer pour l'entité ou l'unité de prestation la revue des rapports et autres sources d'informations récoltées à travers le suivi de routine ;
- Déterminer de ces sources des données les activités à évaluer ;
- Déterminer les indicateurs objectivement vérifiables à utiliser dans l'évaluation ;
- Récolter des données actualisées de ces sources des données pour chaque indicateur ;
- Comparer le niveau d'atteinte des résultats par rapport aux prévisions
- Analyser les informations ;
- Interpréter les informations ;
- Formuler des recommandations pour améliorer le processus au décideur.

3.3.4. EVALUATION FINALE

L'évaluation finale permettra d'analyser les résultats réels et observés du programme et les comparer aux résultats attendus, pour déceler les écarts et apporter une appréciation générale sur le programme.

Contrairement à l'évaluation interne qui est une vérification périodique interne pour améliorer les activités en cours et promouvoir une planification plus efficace, l'évaluation externe sera une analyse indépendante portant sur le contexte, les objectifs, les résultats, les activités et moyens déployés en vue d'émettre un jugement sur la pertinence, l'efficacité, l'efficacé, l'impact et la validité du programme dans le contexte des objectifs qui lui sont assignés.

L'évaluation de finale prendra en compte les étapes suivantes :

1. Préciser le sujet de l'évaluation
2. S'assurer un appui informationnel adéquat
3. Elaborer un instrument de collecte d'informations adapté
4. Organiser et analyser l'information obtenue
5. Comparer les données récoltées avec les données de base ;
6. Comparer les données récoltées avec les données des ZS de comparaison ;
7. Analyser les informations ;
8. Interpréter les informations ;

9. Emettre un jugement sur la pertinence, l'efficacité, l'efficience et l'impact du projet ;
10. Formuler les recommandations y afférentes.

Tout le long du processus, des réunions techniques auront lieu entre la firme externe et PROSANI avec ou sans la supervision de USAID.

ANNEXES : LES OUTILS DE GESTION DU PBF

(1) Grille sélection des ZS pour le FBR

COTES CRITERES DE SELECTION

?

Accessibilité géographique

- | | |
|---|--|
| 1 | Accès possible à Pieds seulement |
| 2 | Accès possible par pieds, et par vélo |
| 3 | Accès possible par pieds, par vélo et par moto |
| 5 | Accès possible par pieds, par vélo, par moto et par véhicule |

? Conditions sécuritaires

- | | |
|---|--|
| E | Conditions sécuritaires mauvaises (groupes armées actives dans une grande partie de la ZS) |
| 2 | Existence des poches des troubles non armées |
| 3 | Existence des rumeurs et menaces des troubles armées et non armées |
| 5 | Absence de trouble ou la paix totale |

? Disponibilité des services PCA

- | | |
|---|--|
| 1 | Existence d'un HGR |
| 2 | Existence d'un HGR avec moins de 4 services |
| 3 | Existence d'un HGR avec 4 services |
| 4 | Existence d'un HGR avec 4 services et Radiologie ou imagerie |

? Disponibilité des services PMA

- | | |
|---|---|
| 1 | Existence d'un service Curatif |
| 2 | Existence d'un service Curatif et de prévention (Vaccination) |
| 3 | Existence d'un service Curatif, de prévention (Vaccination) et promotionnel |
| 4 | Existence d'un service Curatif, de prévention (Vaccination), promotionnel et des activités de participation communautaire |

? Existence du PBF ou paiement des primes au personnel par d'autres bailleurs

- | | |
|---|--|
| E | Existence d'un contrat de performance ou prime au personnel dans la ZS |
| 4 | Non existence d'un contrat de performance dans le passe dans la ZS |

? Existence des bailleurs

- | | |
|---|--|
| 0 | Présence des partenaires d'appui dans la ZS avec appui global autre que PROSANI dans toutes les aires de santé |
| 1 | Présence des partenaires d'appui dans la ZS avec appui global dans quelques AS |
| 3 | Présence des partenaires d'appui dans la ZS avec appui partiel dans quelques AS |
| 5 | Absence d'autres partenaires d'appui que PROSANI dans la ZS |

☐ **Application antérieure de PBF**

- E Application antérieure de PBF
4 Non application antérieure de PBF

☐ **Population couverte par la ZS :**

- 1 Population couverte de moins de 50 000 Ha
2 Population couverte de 50 000 à 74 999 Ha
3 Population couverte de 75 000 à 99 999 Ha
4 Population couverte de 100 000 Ha ou plus

☐ **Taux d'utilisation de curatif**

- 4 < à 12,5 %
3 25 à 12,5
2 37,5 à 25%
1 50 à 37,5%

☐ **Taux de la 3^e dose du pentavalent,**

- 5 < à 30%
4 30 à 50%
3 50 à 60%
2 60 à 80%
1 > à 80%

☐ **Taux d'Accouchements assistés,**

- 5 < à 30%
4 30 à 50%
3 50 à 60%
2 60 à 80%
1 > à 80%

☐ **Taux de Promptitude et complétude SNIS,**

- 0 < à 30%
1 30 à 50%
2 50 à 60%
3 60 à 80%
4 > à 80%

☐ **Proportion des PV de COGE transmis à la DPS,**

- 5 < à 30%
4 30 à 50%
3 50 à 60%
2 60 à 80%
1 > à 80%

☐ **Proportion des supervisions réalisées.**

5	< à 30%
4	30 à 50%
3	50 à 60%
2	60 à 80%
1	> à 80%

☐ Existence d'une base des données GESIS :

- 0 Sans outil informatique propre au BCZ
- 1 Présence de l'Outil informatique propre au BCZ
Présence de l'Outil informatique propre au BCZ et les membres de l'ECZ
- 2 formés en GESIS
Présence de l'Outil informatique propre au BCZ, les membres de l'ECZ
- 3 formés en GESIS, quelques rapports saisies
Présence de l'Outil informatique propre au BCZ, les membres de l'ECZ
formés en GESIS, quelques rapports saisies et base des données GESIS à
- 4 jour

(2) Plan de travail de l'HGR

Plan de Travail (Business Plan)									
Hopital Général de Référence: _____.									
No	Indicateur	Données de base en 2011	Cibles FBR 2012	Plan de travail du trimestre....., 2012					
				Trimestre:		Défis/contraintes	Stratégies / Activités clés	Ressources	Responsables
				Baseline	Cible				
1	Infrastructure								
2	Equipement médical								
3	Fourniture et médicaments essentiels								
4	Personnel								
5	Formation								
6	Relation HGR avec les autres éléments de la ZS								
7	Paquet complémentaire d'activités								
8	Qualité clinique								
9	Gestion								

Nom :
 Titre:.....
 Signature:.....
 Date:.....

Nom:.....
 Titre:.....
 Signature:.....
 Date:.....

(3) Plan de travail de l'ECZ

Plan de Travail (Business Plan)									
Equipe Cadre de Zone de Santé: _____									
No	Indicateur	Données de base en 2011	Cibles FBR 2012	Plan de travail du trimestre....., 2012					
				Trimestre:		Défis / contraintes	Stratégies / Activités clés	Ressources	Responsables
				Baseline	Cible				
1	Proportion (#) de supervisions effectuées								
2	Proportion (#) d'activités du plan de travail réalisées								
3	Proportion (#) de promptitude et complétude des rapports SNIS transmis à la DPS								
4	Proportion (#) de retro information écrite aux centres de santé et à l'HGR								
5	Proportion (#) de réunions de consolidation, validation et analyse des données tenues								
6	Proportion (#) de réunions de COGE avec PV transmis à la DPS								
7	Proportion (#) de décisions du COGE exécutées								
8	Existence d'une base de données GESIS fonctionnelle et à jour								

9	Proportion (#) des CS sans rupture de stock des médicaments traceurs (>3 jours)								
10	Proportion (Nb) des commande des médicaments validées par le comité de quantification								
11	Proportion (Nb) d'activités de sensibilisation communautaires ayant bénéficié de l'appui de l'ECZ								
12	Proportion (Nb) des activités WASH ayant été appuyées par l'ECZ								
13	Score global des Centres de Santé (Zone de santé)								

Soumission du Plan de travail

Nom :.....
Titre:
Signature:
Date:

Approbation du plan de travail

Nom:
Titre:
Signature:
Date:

(4) Résumé trimestriel de HGR

Zone de santé de :

HGR de :

N°	Indicateurs généraux	Indicateurs spécifiques	Mois 1		Mois 2		Mois 3	
			Score	%	Score	%	Score	%
1	Infrastructures							
		Entretien des infrastructures						
		Conditions physiques (eau, hyg, assain)						
		Bâtiment adéquat						
		Bâtiment fonctionnel						
		<i>Sous Total 1</i>						
		<i>Maximum</i>						
2	Equipement médical							
		Système de contrôle de l'inventaire						
		Equipements indispensables						
		Mobiliers indispensables						
		Fournitures de bureau, imprimés et formulaires indispensables						
		<i>Sous Total 1</i>						
		<i>Maximum</i>						
3	Fourniture et MEG							
		Système de surveillance (inventaires)						
		Rupture de stock						
		Système de commande						
		<i>Sous Total 1</i>						
		<i>Maximum</i>						

4	Personnel							
		Dotation en ressources humaines						
		Evaluation des performances						
		Disponibilité des ressources humaines						
		Climat de travail						
		Qualifications correspondant aux postes						
		<i>Sous Total 1</i>						
		<i>Maximum</i>						
5	Formation							
		Besoin en formation						
		Personnel formé						
		<i>Sous Total 1</i>						
		<i>Maximum</i>						
6	Relation HGR et les autres éléments de la ZS							
		Relation avec les autres structures de sante de la ZS, avec la communauté et avec les partenaires						
		Activités IEC au niveau de l'HGR						
		<i>Sous Total 1</i>						
		<i>Maximum</i>						
7	Paquet complémentaire							
		Activité curative						
		Activité diagnostique						
		<i>Sous Total 1</i>						
		<i>Maximum</i>						
8	Qualité clinique							
		Satisfaction des patients						

		Système d'orientation						
		Analyse des décès évitables et capacité à conserver le corps						
		Disponibilité des protocoles thérapeutiques et capacité de prendre en charge les malades						
		Offre des services cliniques						
		TIARHT (Planification Familiale)						
		Supervision intégrée						
		<i>Sous Total 1</i>						
		<i>Maximum</i>						
9	Gestion							
		Organisation et structuration des services de santé						
		Planification						
		SNIS						
		Suivi et évaluation						
		Information financière						
		<i>Sous Total 1</i>						
		<i>Maximum</i>						

Signature du Médecin Directeur de l'HGR et du représentant du Comité de gestion

(5) Résumé trimestriel de l'ECZ

Province de :

District sanitaire de :

Zone de santé de :

N°	Indicateurs	Mois 1		Mois 2		Mois 3		Trimestre	
		Nb	Taux, %	Nb	Taux, %	Nb	Taux, %	Nb	Taux, %
1	Proportion (Nb) de supervisions effectuées								
2	Proportion (Nb) d'activités du plan opérationnel réalisées pour le trimestre								
3	Proportion (Nb) de promptitude et complétude des rapports SNIS transmis à la DPS								
4	Proportion (Nb) de retro information écrite aux centres de santé et à l'HGR								
5	Proportion (Nb) de réunions de consolidation, validation et analyse des données tenues								
6	Proportion (Nb) de réunions de COGE avec PV transmis à la DPS								
7	Proportion (Nb) de décisions du COGE exécutées								

8	Existence d'une base de données GESIS fonctionnelle et à jour								
9	Proportion (Nb) des CS sans rupture de stock des médicaments								
10	Proportion (Nb) des commande des médicaments validée par le comite de quantification								
11	Proportion (Nb) des activités de sensibilisation communautaires ayant bénéficié de l'appui de l'ECZ								
12	Proportion (Nb) des activités wash ayant été appuyées par l'ECZ								
13	Score global des CS de la ZS								

(6) Fiche d'évaluation des résultats de l'HGR

ZS de :

HGR de :

N°	Indicateurs généraux	Indicateurs spécifiques	Cotation à la vérification		Cotation du résumé trimestriel		Ecart	
			Score	%	Score	%	Score	%
1	Infrastructures							
		Entretien des infrastructures						

		Conditions physiques (eau, hygiène, assainissement)						
		Bâtiment adéquat						
		Bâtiment fonctionnel						
2	Equipement médical							
		Système de contrôle de l'inventaire						
		Equipements indispensables						
		Mobiliers indispensables						
		Fournitures de bureau, imprimés et formulaires indispensables						
3	Fourniture et MEG							
		Système de surveillance (inventaires)						
		Rupture de stock						
		Système de commande						
4	Personnel							
		Dotation en ressources humaines						
		Evaluation des performances						
		Disponibilité des ressources humaines						
		Climat de travail						
		Qualifications correspondant aux postes						
5	Formation							
		Besoin en formation						

		Personnel formé						
6	Relation HGR avec les autres éléments de la zone santé							
		Relation avec les autres structures de la ZS, la communauté et avec les partenaires						
		Activités IEC au niveau de l'HGR						
7	Paquet complémentaire							
		Activité curative						
		Activité diagnostique						
8	Qualité clinique							
		Satisfaction des patients						
		Système d'orientation						
		Analyse des décès évitables et capacité à conserver le corps						
		Disponibilité des protocoles thérapeutiques et capacité de prendre en charge les malades						
		Offre des services cliniques						
		Planification Familiale						
		Supervision intégrée						
9	Gestion							

		Organisation et structuration des services de santé						
		Planification						
		SNIS						
		Suivi et évaluation						
		Information financière						
Total général								

(7) Fiche d'évaluation des résultats de l'ECZ

N°	Indicateur	Mois 1	Mois 2	Mois 3	Trimestre	Cotation du résumé trimestriel	Ecart (déclarés et constatés)
1	Proportion (Nb) de supervisions effectuées						
2	Proportion (Nb) d'activités du plan opérationnel réalisées pour le trimestre						
3	Proportion (Nb) de promptitude et complétude des rapports SNIS transmis à la DPS						
4	Proportion (Nb) de retro information écrite aux centres de santé et à l'HGR						
5	Proportion (Nb) de réunions de consolidation, validation et analyse des données tenues						
6	Proportion (Nb) de réunions de COGE avec PV transmis à la DPS						
7	Proportion (Nb) de décisions du COGE exécutées						
8	Existence d'une base de données GESIS fonctionnelle et à jour						

9	Proportion (Nb) des CS sans rupture de stock des médicaments						
10	Proportion (Nb) des commandes des médicaments validée par le comité de quantification						
11	Proportion (Nb) des activités de sensibilisation communautaires ayant bénéficié de l'appui de l'ECZ						
12	Proportion (Nb) des activités wash ayant été appuyées par l'ECZ						

(8) Les équipes de vérification technique aux ZS

Composition des équipes de vérification FBR par niveau		
Centre de santé		
Equipe	BC PROSANI	ECZ
	Superviseur infirmier 1	Superviseur 1
	Superviseur infirmier 2	Superviseur 2
Hôpital Général de Référence (HGR)		
Equipe	BC PROSANI	DPS/DS
	Capacity Building	Médecin chef de district (ou
	Superviseur Médecin	Encadreur de la ZS (DPS))
Equipe Cadre de Zone (ECZ)		
Equipe	BC PROSANI	DPS/DS
	Capacity Building	Médecin chef de district (ou
	Superviseur Médecin	Encadreur de la ZS (DPS))
Supervision du niveau central		
Equipe	PROSANI Central	PROSANI Province
	Health Finance advisor	Représentant provincial
	Membre du Task Force FBR	
NB: Visite 1 fois par semestre de chaque BC		

(9) Composition des équipes de contre vérification

Equipes pour la contre vérification					
Equipe	OAC	Nb CS	Nb villages	Nb patients /village	Nb total patients/ CS
2	OAC 1 enqueteur 1 Enqueteur 2	10	2	5	100
2	OAC 2 enqueteur 1 Enqueteur 2	10	2	5	100

NB:

2 OAC par ZS

2 équipes d'enqueteurs de 2 personnes chacune par OAC.

1 équipe enquête dans 5 CS /10 villages/ 50 patients

Durée d'enquête de 1 jour par village par équipe d'enquêteurs

(10) Formulaire de rapport synthèse de contre vérification de l'OAC

Nom de l'association :

Zone de santé:

Année 201

Trimestre :

Période de verification :

VERIFICATION PHYSIQUE ET SATISFACTION DES CLIENTS						
No	Noms du client	Adresse	Résultat: Présence physique			Score de satisfaction
			OUI	NON	Commentaire (Absent, démenagé, décédé, n'existe pas, autre)	
AIRE DE SANTE DE.....						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

AIRE DE SANTE DE.....						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
AIRE DE SANTE DE.....						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
AIRE DE SANTE DE.....						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
AIRE DE SANTE DE.....						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

AIRE DE SANTE DE.....						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

AIRE DE SANTE DE.....						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

AIRE DE SANTE DE.....						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Soumission des Résultats de la contre vérification
Nom :
Titre:.....
Signature:.....
Date:.....

(11) Formulaire de rapport de contre vérification et de l'enquête de satisfaction des clients des enquêteurs des aires de santé

Nom de l'association :

Zone de santé de :

Aire de santé de :

Année et trimestre :

Période de verification :

RAPPORT DE VERIFICATION PHYSIQUE ET SATISFACTION DES CLIENTS								
No	Nom du client	Age (année ou mois)	Sexe (M ou F)	Adresse	Résultat: Présence physique			Score de satisfa ction
					OUI	NON	Commentaire (Absent, déménagé, décédé, n'existe pas, autre)	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
Total Score								

Date, noms et signature : Enquêteur 1

Enquêteur 2

(12) Calendrier de validation des résultats FBR

Activites	Duree (J)	Chronogramme (trimestre)											
		sem 1	sem 2	sem 3	sem 4	sem 5	sem 6	sem 7	sem 8	sem 9	sem 10	sem 11	sem 12
Fin du trimestre													
Analyse et synthèse des résultats par les CS/HGR/ECZ	5	X											
Envoie des résultats des CS/HGR/ECZ au BC PROSANI	1		X										
Analyse et synthèse des résultats de tous CS/HGR/ECZ de la ZS par le BC PROSANI	5		X										
Envoie des factures consolidées des CS/HGR/ECZ de la ZS par le BC au bureau central PROSANI	1		X										
Analyse et paiement des factures consolidées des ZS par le bureau central PROSANI	5			X									
Vérification des résultats au niveau des CS/HGR/ECZ par BC PROSANI avec DPS/DS/ECZ	20			X	X	X	X						
Contre vérification des résultats des CS par les OAC	15							X	X	X			
Transmission de rapport de contre vérification au BC PROSANI	1										X		
Analyse et synthèse des rapports vérification et contre vérification par le BC PROSANI	3										X		
Transmission des résultats finaux valides et proposition de réajustement de paiement par le BC au Bureau central PROSANI	1											X	

NB: durée de vérification par structure: 1 jour par CS; 2 jour par HGR; 1 jour par ECZ

(13) Bordereau de prestation pour le CS

Bordereau des prestations de CS	
Nom de la structure:	.....
Zone de santé:	.....
Année 2011 / Trimestre:	.....
Date	.....

No	Indicateur	Poids	% Poids [A]	Cible [B]	RESULTATS		Maximum [D]	Alloué [E]	% Total [A x E]
					Atteint [C]	% Cible atteint [B x C]			
1	Taux (#) d'utilisation des services curatifs au CS								
2	Proportion (#) de grossesses à haut risque référées								
3	Taux (#) de couverture en DTC- HepBhib3 (pentavalent)								
4	Proportion (#) de femmes enceintes ayant reçu VAT2+								
5	Nombre des nouvelles acceptantes du PF								
6	Taux (#) d'accouchements assistés								
7	Taux de détection de la tuberculose / Nombre de cas de TPM+ dépisté (3 crachats)								

8	Proportion (#) de MIILD distribuées								
9	Taux (#) d'utilisation des services CPN								
10	Nombre des clients ayant reçus le conseil et dépistage volontaire du VIH								
11	Nombre des femmes enceintes testées pour le VIH								
12	Taux (#) de couverture CPN recentrée								
13	Taux (#) d'utilisation CPON								
14	% (Nb) commandes médicaments validées par le comité de quantification								
13	Score global FOSACOF du Centre de santé								
TOTAL									
<i>Prix indicateur PF (\$)</i>									
<i>Nbre estimatif des indicateurs PF</i>									
<i>125% du nbre estimatif des indicateurs PF</i>									

Paiement de prime					
Prime pour FOSA (toutes)					

Soumission des Résultats et Facture		Approbation des Résultats et Facture	
Nom :.....		Nom:.....	
Titre:.....		Titre:.....	
Signature:.....		Signature:.....	
Date:.....		Date:.....	

(14) Bordereau de prestation pour l'HGR

Bordereau des prestations (HGR):	
Nom de la structure:	.....
Zone de santé:	.....
Année 2011 / Trimestre:	.....
Date	.....

No	Indicateur FOSACOF (qualité)	Poids	% Poids [A]	Cible [B]	RESULTATS		Maximum [D]	Alloué [E]	% Total [A x E]
					Atteint [C]	% Cible atteint [B x C]			
1	Infrastructure								
2	Equipement médical								
3	Fourniture et médicaments essentiels								
4	Personnel								
5	Formation								
6	Relation HGR avec les autres éléments de la zone santé								
7	Paquet complémentaire d'activités								

8	Qualité clinique							
9	Gestion							
	TOTAL							

Paielement de prime					
Prime pour HGR					

Soumission des résultats et de la facture
Nom

:.....

Titre:.....

Signature:.....

Date:.....

Approbation des résultats et de la facture
Nom:.....

Titre:.....

Signature:.....

Date:.....

(15) Bordereau de prestation pour l'ECZ

Bordereau des prestations ECZ	
Nom de la structure:	.....
Zone de santé:	.....
Année 2011 / Trimestre:	/.....
Date:	.....

No	Indicateur	Poids	% Poids [A]	Cible [B]	RESULTATS		Maximum [D]	Alloué [E]	% Total [A x E]
					Atteint [C]	% Cible atteint [B x C]			
1	Proportion (#) de supervisions effectuées								
2	Proportion (#) d'activités du plan de travail réalisées								
3	Proportion (#) de promptitude et complétude des rapports SNIS transmis à la DPS								
4	Proportion (#) de retro information écrite aux centres de santé et à l'HGR								
5	Proportion (#) de réunions de consolidation, validation et analyse des données tenues								
6	Proportion (#) de réunions de COGE avec PV transmis à la DPS								
7	Proportion (#) de décisions du COGE exécutées								
8	Existence d'une base de données GESIS fonctionnelle et à jour								
9	Proportion (#) des CS sans rupture de stock des médicaments								
10	Proportion (Nb) des commande des médicaments validées par le comité de quantification								

11	Proportion (Nb) d'activités de sensibilisation communautaires ayant bénéficié de l'appui de l'ECZ								
12	Proportion (Nb) des activités WASH ayant été appuyées par l'ECZ								
10	Score global des FOSA								
	TOTAL								

Paiement de prime					
Prime pour ECZ					
Prime pour les FOSA (toutes)					
Total prime ECZ et FOSA					

Soumission de résultats et de la facture Nom : Titre:..... Signature:..... Date:.....	Approbation des résultats et de la facture Nom:..... Titre:..... Signature:..... Date:.....
---	---