

---

**REPUBLIQUE DU SENEGAL**  
**Un Peuple - Un But - Une Foi**  
**MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE**

---



# **MANUEL DE PROCEDURES**

**Financement Basé sur les Résultats (FBR) dans le  
Secteur de la Santé au Sénégal**

---

Version 2014

---

## Table des matières

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Acronymes</b> .....  | <b>5</b>  |
| <b>Introduction</b> .....   | <b>6</b>  |
| Contexte et justification.....  | 6         |
| Présentation générale du manuel .....   | 7         |
| <b>Présentation Générale du Projet Pilote FBR dans le Secteur de la Santé au Sénégal</b><br>..... | <b>8</b>  |
| Objectifs.....  | 8         |
| Cadre institutionnel du projet .....  | 9         |
| <b>Chapitre 1: Contrats de Performance</b> .....  | <b>11</b> |
| La mesure de la performance .....   | 11        |
| Le calcul des cibles .....  | 16        |
| Le calcul du crédit FBR .....   | 18        |
| La gestion des contrats .....   | 21        |
| Appui à la coordination du Programme FBR.....   | 21        |
| <b>Chapitre 2 : Transmission de l'Information et Suivi</b> .....                                  | <b>22</b> |
| Collecte et transmission des données liées à la performance des bénéficiaires .....               | 22        |
| Collecte et transmission des données routinières et de la gestion du FBR.....                     | 23        |
| Archivage de données.....   | 23        |
| Site web .....  | 24        |
| <b>Chapitre3 : Système de Vérification</b> .....  | <b>26</b> |
| La vérification des rapports FBR .....  | 26        |
| L'enquête Trimestrielle de Vérification auprès des Usagers .....                                  | 27        |
| Le rapprochement des documents.....   | 27        |
| La contre-vérification .....  | 27        |
| Le contrôle financier .....   | 27        |
| Plan d'Action .....   | 28        |
| <b>Chapitre 4 : Paiements</b> .....   | <b>29</b> |
| Calcul du montant pour la demande de paiement.....  | 29        |
| Pénalités.....  | 31        |
| Mobilisation des ressources .....   | 33        |
| Règles pour la répartition interne du crédit FBR .....  | 33        |
| <b>Chapitre 5 : Revue Périodiques et Révisions</b> .....  | <b>34</b> |
| <b>Chapitre 6 : Suivi et Evaluation du Projet</b> .....   | <b>35</b> |
| <b>Annexe 1 : Le cycle FBR – chronogramme</b> .....   | <b>37</b> |
| <b>Annexe 2 : Cadre institutionnel</b> .....  | <b>40</b> |
| <b>Comité de pilotage</b> .....   | <b>40</b> |
| Principales responsabilités du Comité de Pilotage .....   | 40        |
| Périodicité des réunions .....  | 40        |
| Procédures .....  | 41        |
| Principales responsabilités du Comité de suivi.....   | 41        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Programme FBR</b> .....   | <b>42</b>  |
| Principales activités du Programme .....   | 42         |
| Contrats de performance.....   | 43         |
| Transmission d'information et suivi.....   | 43         |
| Vérification.....  | 43         |
| Paiements .....  | 43         |
| Revue et révisions.....  | 43         |
| Suivi et évaluation.....   | 43         |
| <b>Comité régional de gestion</b> .....  | <b>43</b>  |
| Principales Activités du Comité Régional de Gestion .....  | 44         |
| Périodicité des réunions du Comité Régional de Gestion .....   | 44         |
| Procédures .....   | 44         |
| <b>Annexe 3 : Contrats de performance</b> .....  | <b>45</b>  |
| <b>A. Contrat de performance entre le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale et l'Établissement public de santé</b> .....                 | 45         |
| <b>B. Contrat de performance entre le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale et l'Équipe Cadre de Région</b> .....                        | 52         |
| <b>C. Contrat de performance entre la Région Médicale et l'Équipe Cadre de District.</b> .....   | 57         |
| <b>D. Contrat de performance entre la Région Médicale et le Centre de Santé</b> .....  | 62         |
| <b>E. Contrat de performance entre la Région Médicale et le Poste de Santé</b> .....   | 68         |
| <b>F. Tableaux à annexer aux contrats</b> .....  | 74         |
| <b>Annexe 4 : Description des indicateurs retenus dans le cadre du financement basé sur les résultats</b> .....                                | <b>80</b>  |
| <b>Annexe 4 bis Mode de calcul des populations cibles</b> .....  | <b>86</b>  |
| <b>Annexe 5 : Transmission de l'information et suivi</b> .....   | <b>87</b>  |
| A. Modèle du rapport de performances trimestriel du Centre de Santé .....  | 87         |
| B. Modèle du rapport de performances trimestriel du Poste de Santé .....   | 91         |
| C. Modèle de rapport de performances trimestriel de l'Équipe Cadre de District .....   | 95         |
| D. Modèle de rapport de performances trimestriel de l'Équipe Cadre de Région.....  | 96         |
| E. Modèle de rapport de performance trimestriel de l'EPS.....  | 97         |
| <b>Annexe 6. : Vérification</b> .....  | <b>101</b> |
| A. Guide Détaillé de la Vérification .....   | 101        |
| <i>CANEVAS DU RAPPORT DE LA MISSION DE VERIFICATION</i> .....  | 103        |
| <b>Tableau B</b> : Informations sur les usagers sélectionnés.....  | 106        |
| Tableau C1 : Rapport de vérification CENTRE DE SANTE .....   | 109        |
| B. Termes de Référence pour les Missions de Vérification .....   | 116        |
| C. Contrat entre le Comité Régional de Gestion et les Organisations Communautaires de Base chargées de la vérification auprès des usagers..... | 121        |
| D. Guide de l'enquêtrice/enquêteur .....   | 123        |
| E. Questionnaire pour les enquêtes à mener par les OCB auprès des ménages.....   | 133        |
| <b>Annexe 6 : Check-list qualité des soins</b> .....   | <b>141</b> |
| .....  | <b>141</b> |
| <b>Check-list qualité des soins – Centre de santé</b> .....  | <b>141</b> |
| <b>Check-list qualité des soins – Centre de santé</b> .....  | <b>143</b> |

|  |            |
|--|------------|
| • Présence de produits réactifs et de bandelettes non-périmés .....                              | 157        |
| (Marquez avec '1' ou '0') .....  | 157        |
| 1) giemsa .....  | 157        |
| 2) fuchsine, acide sulfurique, bleu de méthylène, huile à immersion et Alcool .....              | 158        |
| 4) test de grossesse .....   | 158        |
| 5) huile à immersion .....   | 158        |
| 6) tests VIH et TDR.....   | 158        |
| 7) tests syphilis.....   | 158        |
| .....  | 160        |
| <b>Check-list qualité des soins – POSTE DE SANTE .....</b>                                       | <b>160</b> |
| <b>Check-list qualité des soins - Poste de santé .....</b>                                       | <b>162</b> |
| <b>Annexe 7 : Paiements .....</b>  | <b>176</b> |
| A. Modèle de la demande de paiement trimestrielle pour les Centres de Santé .....                | 176        |
| B. Modèle de la demande de paiement trimestrielle pour les Postes de santé.....                  | 178        |
| C. Modèle de la demande de paiement trimestrielle pour les Equipes Cadres de District ...        | 180        |
| D. Modèle de la demande de paiement trimestrielle pour les Equipes Cadres de Région ...          | 183        |
| E. Modèle de la demande de paiement trimestrielle pour les Etablissements publics de Santé ..... | 185        |
| <i>D. Modèle rapport de dépenses.....</i>  | <i>187</i> |
| <b>Annexe 8 : Evaluation .....</b>   | <b>191</b> |
| <b>Termes de référence pour l'équipe chargée de l'évaluation du projet.....</b>                  | <b>191</b> |
| <b>Contexte et logique de l'évaluation.....</b>  | <b>191</b> |
| <b>2. Questions de recherche.....</b>  | <b>192</b> |
| <b>3. Théorie du changement .....</b>  | <b>193</b> |
| <b>4. Design de l'évaluation et stratégie d'identification.....</b>                              | <b>194</b> |
| <b>5. Instruments de collecte des données .....</b>  | <b>197</b> |
| 5.1. Enquête ménages .....   | 197        |
| 5.2. Enquête établissements.....   | 197        |
| <b>6. Approbations .....</b>   | <b>201</b> |
| <b>7. Séquence .....</b>   | <b>202</b> |
| <b>Annexe 9 : Documentation de la mise en œuvre du projet pilote FBR.....</b>                    | <b>203</b> |
| Introduction .....   | 203        |
| Les objectifs de la documentation.....   | 204        |
| Méthodologie .....   | 204        |
| Procédures .....   | 207        |
| Rôles et responsabilités .....   | 208        |
| Contribution au renforcement de la capacité .....  | 209        |
| Références .....   | 209        |

## Acronymes

---

|      |  |
|------|--|
| DPPD | Document de Programmation Pluriannuel des dépenses |
| CL   | Collectivité Locale                                |
| CRG  | Comité Régional de Gestion                         |
| CP   | Comité de Pilotage FBR                             |
| CS   | Centre de Santé                                    |
| ECD  | Equipe Cadre de District                           |
| ECR  | Equipe Cadre de Région                             |
| EPS  | Etablissement Public de Santé de Niveau            |
| FBR  | Financement Basé sur les Résultats                 |
| FCFA | Franc de la Communauté Française d'Afrique         |
| MCD  | Médecin Chef de District                           |
| MV   | Mission de Vérification                            |
| MSAS | Ministère de la Santé et de l'Action Sociale       |
| OCB  | Organisation communautaire de base                 |
| ONG  | Organisation non gouvernementale                   |
| OMD  | Objectifs du Millénaire pour le Développement      |
| PDIS | Plan de Développement Intégré de la Santé          |
| PNDS | Plan National de Développement Sanitaire           |
| PS   | Poste de Santé                                     |
| PTF  | Partenaires Techniques et Financiers               |
| SNIS | Système National d'Information Sanitaire           |
| TdR  | Termes de référence                                |

## Introduction

---

Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) au Sénégal a été conçu par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) comme approche pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) santé.

Il s'agit d'un projet pertinent, opportun et structurant. Il est pertinent par rapport au "Programme Gouvernance sanitaire" du Document de Programmation Pluriannuel des dépenses (DPPD) santé, instrument d'opérationnalisation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui fait de la culture de la performance un axe majeur. Son opportunité tient au besoin pressant de résoudre la question de la motivation des personnels de santé dans le cadre de la Gestion axée sur les Résultats et de promouvoir des réformes pour améliorer le management du district sanitaire dans le contexte de la décentralisation. Son caractère structurant est lié à l'effet positif qu'il aura sur la performance des districts en matière de réalisation des OMD.

Ses résultats contribueront au renforcement du processus de rationalisation de la dépense en santé, du fait de l'effet induit que le FBR aura sur l'amélioration de la performance des personnels au niveau opérationnel.

## Contexte et justification

---

Le MSAS dispose d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 mis en œuvre à travers le Document de Programmation Pluriannuel des dépenses (DPPD). Le DPPD est un plan triennal glissant avec des projections budgétaires pour les trois années. Cependant, sa mise en œuvre nécessite la réorganisation du système de management du district sanitaire, la culture de performance, une plus grande équité dans le système de motivation des agents de santé et le développement du sens de la responsabilité.

L'ancrage de la culture de la performance comme principe de gestion suppose l'élaboration d'instruments appropriés qui permettent d'assurer la cohérence entre le budget et les priorités du secteur, de suivre les performances afin de les améliorer progressivement et de façon durable. Le MSAS a entrepris un certain nombre d'actions pour se doter de tels instruments avec l'appui des partenaires techniques et financiers (PTF). Les évaluations du Plan de Développement Intégré de la Santé (PDIS) et de la deuxième phase du PNDS 1998-2007 ont révélé que les indicateurs de santé n'avaient pas évolué comme le MSAS pouvait l'espérer, compte tenu de l'importance des moyens mobilisés.

Par ailleurs, le personnel de santé insuffisant en quantité et en qualité, semble peu motivé. En plus, le système d'information souffre d'une insuffisance de promptitude, de complétude et d'exhaustivité qui hypothèque le processus de prise de décisions destinées à corriger les déficiences de performance. Ces conditions ne sont pas en faveur de l'amélioration des performances des districts d'autant plus que les programmes de santé restent cloisonnés.

Aujourd'hui, le Gouvernement est plus que jamais confronté à une rareté des ressources alors que les défis qu'il doit relever pour l'atteinte de ses objectifs sont énormes. C'est pourquoi le MSAS a besoin de développer une expertise en matière de planification et de gestion axée sur les résultats. L'amélioration de la gouvernance sanitaire, surtout au niveau local, est un levier efficace sur lequel il faut s'appuyer pour améliorer les performances.

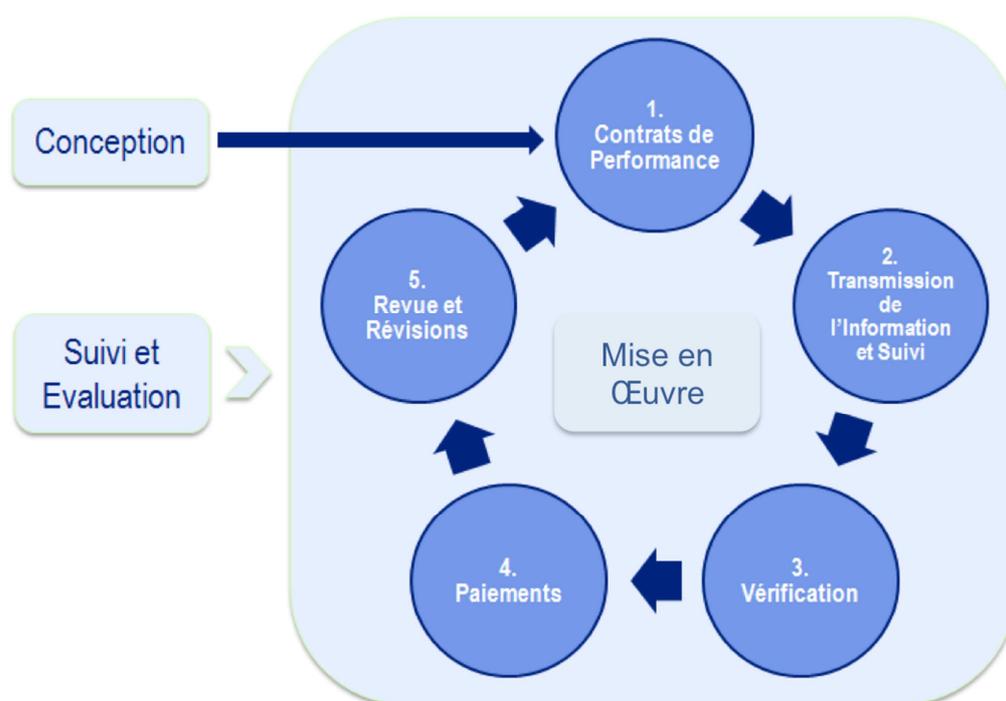
C'est dans cette perspective que l'expérience de FBR trouve toute sa pertinence.

## Présentation générale du manuel

L'objectif de ce Manuel FBR est de documenter les outils et procédures utilisés dans le cadre du Financement Basé sur les Résultats. Il est principalement destiné aux formateurs, aux personnels de santé des régions concernées et aux acteurs engagés dans la conception et la mise en œuvre de l'approche FBR, ainsi qu'à toute personne intéressée par le FBR au Sénégal.

Le manuel comprend six(6) chapitres qui correspondent aux cinq principales étapes du cycle FBR et à l'évaluation du projet pilote (voir Figure 1). Les outils de gestion mentionnés à différents endroits dans le manuel sont repris en annexe.

Figure 1– Les principales étapes dans le cycle FBR



Ce manuel est révisé périodiquement afin de refléter tout changement dans les différents éléments de conception, dans les procédures de mise en œuvre ou dans les outils de gestion.

## Présentation Générale du Projet Pilote FBR dans le Secteur de la Santé au Sénégal

---

Le mécanisme FBR a été expérimenté dans deux districts dont les situations diffèrent:

1. Le district de **Kolda** situé dans une région qui connaît une situation particulière par rapport à la santé de la mère et de l'enfant et au SIDA. En effet, dans cette zone du sud du pays, les données de l'EDS 4 ont montré :
  - le plus fort taux de mortalité infanto-juvénile du pays : 205 pour mille alors que la moyenne nationale est de 121 pour mille (160 pour mille en zone rurale) ;
  - la plus forte proportion d'accouchements à domicile du pays : 65, 2% (moyenne nationale=37,2%) ;
  - le plus fort taux de prévalence du SIDA du pays après Ziguinchor: 2 % (moyenne Sénégal =0,7%).
2. Le district de **Kaffrine**, relativement performant, dont le centre de santé, offrant des soins chirurgicaux, est érigé en Etablissement Public de Santé de niveau 1 (EPS 1).

Le projet pilote, qui a duré deux ans, s'est déroulé en deux phases. La première phase (la première année) a concerné les districts de Kolda et Kaffrine. A la deuxième phase (deuxième année), le reste des districts des régions de Kolda, et Kaffrine ont été enrôlés conformément au document de projet. Dans les zones ciblées, des subventions sont accordées aux prestataires sur la base de leurs performances en plus d'un appui apporté au fonctionnement des structures sanitaires. Le but d'une telle approche est de créer une émulation de prestataires responsables et motivés qui mettent en œuvre efficacement le paquet de prestations de services.

Après deux années de mise en œuvre du FBR dans les régions de Kaffrine et Kolda, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale va l'étendre aux régions de Tambacounda, Kédougou, Sédhiou et Ziguinchor à la faveur des ressources obtenues de la Banque mondiale dans le cadre du Projet de Financement de la Santé et de la Nutrition qui couvrira la période 2014 - 2017. Cette extension offre l'opportunité d'expérimenter le modèle de FBR– demande à côté du modèle FBR – Offre.

### Objectifs

---

L'objectif général du Financement basé sur les Résultats est d'améliorer la performance des districts dans les domaines de la santé maternelle et infantile et de la lutte contre la maladie.

Les objectifs spécifiques, dans les zones d'intervention, d'ici 2017 sont:

1. Augmenter de 5 points le taux de prévalence contraceptive ;
2. Augmenter de 15 points le taux de couverture adéquate en consultation pré natale (CPN) ;
3. Augmenter de 15 points le taux d'accouchements assistés de qualité ;
4. Augmenter de 20 points le taux de consultations post natales de qualité ;
5. Augmenter de 10 points le taux de dépistage de la tuberculose ;
6. Amener à 90% le taux d'enfants de moins d'un an complètement vaccinés ;

7. Eliminer la transmission VIH mère-enfant chez les femmes enceintes vues en CPN ;
8. Amener à 80% le suivi nutritionnel pondéral des enfants 0-24 mois ;
9. Prendre en charge 100% des cas de malnutrition chez les enfants de 0-5 ans conformément aux directives nationales ;
10. Prendre en charge 100% des cas de paludisme diagnostiqués chez les enfants de 0-5 ans conformément aux directives nationales ;
11. Améliorer la gouvernance dans les Etablissements Publics de Santé hospitaliers.

## Cadre institutionnel du projet

### *Les organes de gestion*

**Le Comité de Pilotage (CP)** est chargé d'assurer la direction stratégique du projet.

**Le Programme** est chargé de la coordination, de la mise en œuvre et du suivi du projet au niveau national. Il est logé à la Direction générale de la santé (DGS).

**Le Comité de suivi** s'assure de la mise en œuvre des décisions du Comité de Pilotage.

**Le Comité Régional de Gestion (CRG)** est responsable de la gestion du projet au niveau local.

La composition ainsi que les rôles et responsabilités de ces différents organes de gestion, décrits en détail dans leur Termes de Référence et repris dans l'Annexe 2, sont fixés par arrêté ministériel.

### *Les bénéficiaires*

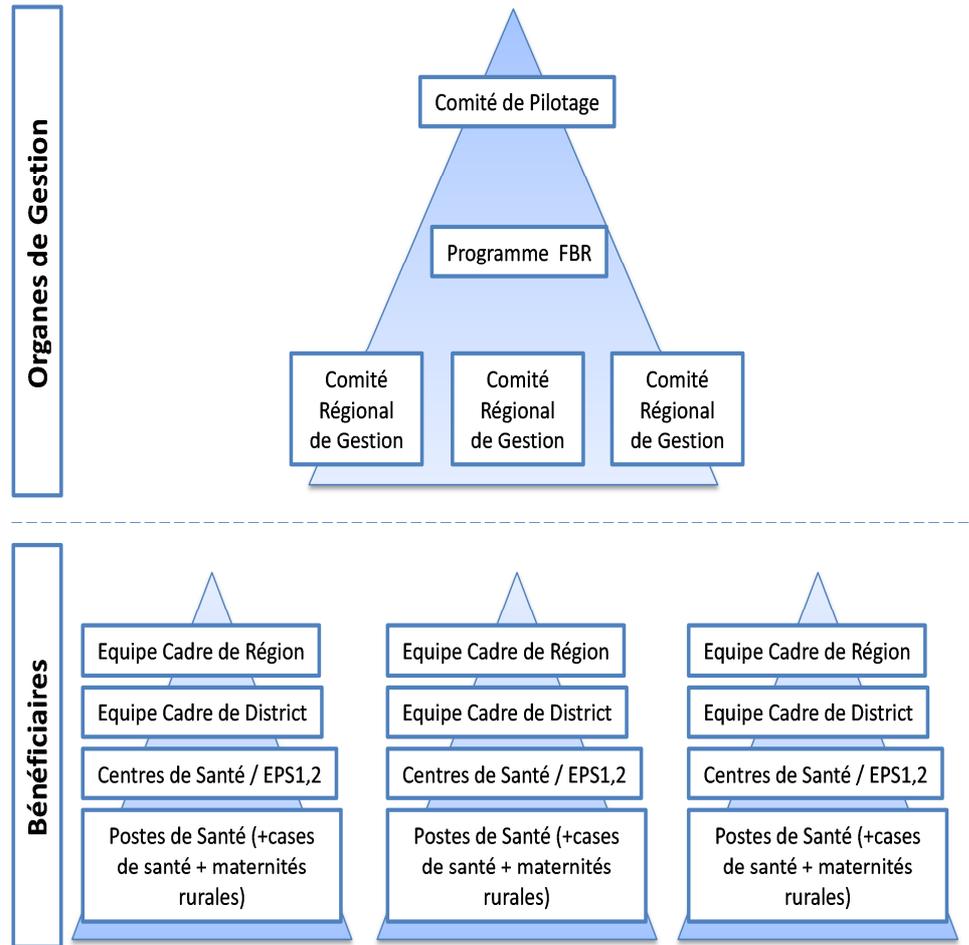
Cinq (5) types de **bénéficiaires** sont retenus pour les paiements basés sur les résultats :

1. L'équipe cadre de région (ECR)
2. L'équipe cadre de district (ECD)
3. Le centre de santé (CS)
4. L'Etablissement Public de Santé
5. Le poste de santé (PS) (y compris les cases de santé et les maternités rurales dont celui-ci est responsable)

Les mesures de performance adoptées pour ces différents types de bénéficiaires ainsi que leurs rôles et responsabilités sont détaillés dans les chapitres suivants.

Le cadre institutionnel du projet pilote est illustré dans la Figure 2.

Figure 2—Le cadre institutionnel du projet pilote



## Chapitre 1: Contrats de Performance

---

Le financement repose sur une contractualisation basée sur des services effectivement produits, avec comme exigence la bonne qualité des prestations.

Les Contrats de performances sont annuels et concernent les bénéficiaires. Le Ministre de la Santé et de l'Action sociale signe un contrat de performance avec les Médecins Chefs de Région représentant des Equipes Cadre de Région et les Directeurs des EPS. Le Médecins chefs des régions signe un contrat de performance d'une durée d'un an avec les médecins chefs de district (MCD), représentant des ECD, avec les médecins chefs des centres de santé et enfin avec les infirmiers chefs de postes. Ces contrats (Voir Annexe 3) définissent les responsabilités et engagements des différentes parties signataires.

Conformément au manuel d'opérationnalisation de la politique de contractualisation du MSAS, l'élaboration des contrats de performance à tous les niveaux respectera les différentes étapes du processus contractuel. Cet outil constitue la base de référence pour le suivi et l'évaluation de la performance.

### La mesure de la performance

---

Le rôle des formations sanitaires étant la prestation des services, leur performance est mesurée par la quantité et la qualité des soins offerts. Le FBR couvre un ensemble de paquet d'activités dans l'optique de rendre le district (centres et postes de santé) et les EPS performants dans toutes ces activités. Les indicateurs du FBR tiennent compte des priorités du PNDS et correspondent aux programmes ou composantes du Document de Programmation pluriannuel des Dépenses (DPPD). Ces indicateurs, présentés dans le Tableau 1 portent sur :

- La santé maternelle, néonatale et infantile
- La lutte contre la maladie
- La gouvernance sanitaire dans les EPS

Afin de prendre en compte la qualité des soins, une check-list de qualité a été élaborée. Celle-ci couvre différentes composantes de la qualité des soins, telles que l'accueil, la propreté de l'établissement, la gestion des déchets biomédicaux, la sécurité des injections, la disponibilité de certains médicaments traceurs, le respect de la confidentialité, etc. Les composantes de cette check-list de qualité sont pondérées afin de permettre le calcul d'un score. Ce score, exprimé en pourcentage, agira comme déflateur sur le montant trimestriel total des paiements à octroyer aux formations sanitaires du district. Si le score est de 80%, par exemple, le montant total calculé sur la base de l'atteinte des différentes cibles est multiplié par 0,8. Au début, le déflateur qualité ne portera que sur une partie du montant total et ce, afin de ne pas trop démotiver les bénéficiaires dès le départ et de leur donner une chance d'améliorer leur score qualité. Au départ, seulement 25% du montant avant la prise en compte du score qualité est sujet au déflateur.

L'augmentation de ce montant au cours de la durée du contrat est convenue pour tous les bénéficiaires avant la signature des contrats de performance (Voir Annexe 3).

La vérification de la qualité est décrite dans le Chapitre 3. La satisfaction de la population est évaluée par les Organisations Communautaires de Base qui mènent les enquêtes auprès des ménages dans le cadre de la vérification.

Le rôle des Equipes Cadre de District et de région étant de venir en appui aux structures sanitaires du district, la principale mesure de performance pour ces types de bénéficiaires reflète en quelque sorte la performance des différentes structures sanitaires du district. Les autres mesures portent sur certaines tâches spécifiques des équipes cadre. Les indicateurs retenus, tant pour les structures sanitaires que pour les ECD et ECR, sont présentés dans le Tableau 1. Le mode de calcul et la source des données de ces indicateurs sont présentés dans l'Annexe 4.

**Tableau 1 – Mesures de performance**

**Niveau poste de santé**

| Indicateurs  | Pondération |
|--|-------------|
| <b>A. Indicateurs Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI)</b>   |             |
| 1. Taux de couverture vaccinale complète des enfants de moins d'un an  | 8%          |
| 2. Taux de couverture SNP des enfants de 0-24 mois   | 6%          |
| 3. Pourcentage d'enfants 0-5 ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication correctement prise en charge | 6%          |
| 4. Proportion d'enfants de 6 à 59 mois correctement supplémentée en vitamine A en routine                                | 6%          |
| 5. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié   | 10%         |
| 6. Taux de nouvelles utilisatrices de la planification familiale   | 10%         |
| 7. Taux d'utilisation en consultation post natale  | 7%          |
| 8. Taux de réalisation de test VIH chez les femmes enceintes vues en CPN   | 6%          |
| 9. Taux de couverture adéquate en CPN  | 6%          |
| 10. Proportion de nouveau-nés ayant bénéficié de soins immédiats   | 6%          |
| <b>Sous total</b>  | <b>70%</b>  |
| <b>B. Indicateurs Lutte contre la Maladie (LM)</b>   |             |
| 1. Taux de couverture des femmes enceintes en TPI2   | 12%         |
| 2. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités                             | 8%          |
| 3. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée simple correctement traités                             | 10%         |
| <b>Sous total</b>  | <b>30%</b>  |
| <b>Total</b>   | <b>100%</b> |

**Niveau centre de santé**

| Indicateurs  | Pondération |
|--|-------------|
| <b>A. Indicateurs Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI)</b>   |             |
| 1. Taux de couverture vaccinale complète des enfants de moins d'un an  | <b>9%</b>   |
| 2. Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de Malnutrition aiguë sévère compliqué prise en charge et déchargés | <b>4%</b>   |
| 3. Proportion d'enfants de 6 à 59 mois correctement supplémenté en vitamine A en routine                               | 4%          |
| 4. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié avec partogramme  | 11%         |
| 5. Proportion de complication obstétricale prise en charge selon les normes et protocoles                              | 6%          |
| 6. Taux de couverture adéquate en CPN  | 5%          |
| 7. Taux de nouvelles utilisatrices de la planification familiale   | 11%         |
| 8. Taux d'utilisation en consultation post natale  | 11%         |

|   |             |
|---|-------------|
| 9. Proportion de femmes enceintes séropositives sous ARV                              | 4%          |
| 10. Proportion d'enfants nés de mère séropositive mis sous ARV à titre prophylactique | 5%          |
| <b>Sous total</b>   | <b>70%</b>  |
| <b>B. Indicateurs Lutte contre la Maladie (LM)</b>                                    |             |
| 1. Taux de couverture des femmes enceintes en TPI2                                    | 8%          |
| 2. Taux de dépistage de la tuberculose  | 10%         |
| 3. Taux de guérison au traitement de la tuberculose                                   | 12%         |
| <b>Sous total</b>   | <b>30%</b>  |
| <b>Total</b>  | <b>100%</b> |

## Niveau équipe cadre de district

| Equipe Cadre de District   |             |
|--|-------------|
| 1. Proportion de l'enveloppe FBR disponible pour les structures sanitaires ayant été effectivement octroyée à ces structures | 50%         |
| 2. Proportion de plans d'action trimestriels appuyés par l'ECD   | 20%         |
| 3. Taux de promptitude de rapports SIS périodiques   | 15%         |
| 4. Taux d'exhaustivité des rapports SIS périodiques  | 15%         |
| <b>TOTAL POIDS</b>   | <b>100%</b> |

## Niveau équipe cadre de région

| Indicateurs  |             |
|--|-------------|
| 1. Taux de promptitude des rapports périodiques SIS  | 15%         |
| 2. Taux d'exhaustivité des rapports SIS périodiques  | 15%         |
| 3. Proportion de l'enveloppe FBR disponible pour les équipes cadres des districts de la région | 40%         |
| 4. Nombre de supervisions au cours du trimestre de l'ECR vers les ECD                          | 30%         |
| <b>TOTAL POIDS</b>   | <b>100%</b> |

## Niveau EPS

| Indicateurs  | Pondération |
|--|-------------|
| <b>Indicateurs de Gouvernance</b>  |             |
| 1. Nombre de réunions du comité de pilotage de la qualité tenues                       | 7%          |
| 2. Nombre de réunions du CTE tenues  | 4%          |
| 3. Nombre de réunions de la CME tenues   | 4%          |
| 4. Proportion de services qui appliquent les 5S et le CLIN dans la gestion des déchets | 8%          |
| 6. promptitude du rapport d'activités trimestriel                                      | 6%          |
| 7. Taux d'exhaustivité des rapports d'activités des services de l'EPS                  | 6%          |
| 8. promptitude des rapports de suivi budgétaire  | 5%          |
| <b>Sous Total</b>  | <b>40%</b>  |
| <b>Indicateurs de lutte contre la maladie</b>  |             |
| 1. proportion de résultats de laboratoire validés                                      | 4%          |
| 2. proportion de résultats de laboratoire soumis au respect de la confidentialité      | 4%          |
| 3. proportion de résultats de laboratoire disponible dans les délais                   | 5%          |
| 4. proportion de cas d'urgence chirurgicale prise en charge dans les délais            | 7%          |
| 5. Proportion des cas référés correctement pris en charge                              | 5%          |

|  |             |
|--|-------------|
| 6. proportion de femmes enceintes séropositives suivies selon les normes et protocoles de  | 5%          |
| <b>Sous Total</b>  | <b>30%</b>  |
| <b>Indicateurs de Santé maternelle néonatale et infantile</b>                              |             |
| 1. Nombre de réactifs du bilan standard prénatal ayant connu une rupture durant la période | 7%          |
| 2. proportion de cas d'urgences obstétricales PEC dans les délais                          | 10%         |
| 3. proportion de nouveaux nés en détresse correctement pris en charge                      | 8%          |
| 4. proportion de décès maternels pour lesquels des audits sont réalisés                    | 5%          |
| <b>Sous Total</b>  | <b>30%</b>  |
| <b>Total</b>   | <b>100%</b> |

Au niveau des formations sanitaires, il est possible qu'un service ne soit pas disponible (pour des raisons externes) et que certains indicateurs ne soient donc pas applicables. Dans ce cas, la pondération doit être ajustée tout en maintenant les sous-totaux. (Voir Encadré 1).

Le cas échéant, la même procédure est appliquée pour ajuster la pondération des indicateurs de l'ECD et de l'ECR.

Si, au contraire, les raisons de la non applicabilité des indicateurs sont internes à la structure, la pondération n'est pas ajustée.

### Encadré 1– Pondération des indicateurs

Imaginons que dans un des Postes de Santé d'un des districts pilotes, l'indicateur « Taux de réalisation des tests VIH » ne soit pas applicable. Avant la signature du contrat de performance avec ce Poste de Santé, la pondération des indicateurs devra être ajustée en conséquence. Ceci est illustré dans le tableau suivant qui fait partie du contrat (Voir Annexe3). Les 70% pour les indicateurs portant sur la santé maternelle, néonatale et infantile doivent à présent être répartis sur neuf (09) indicateurs au lieu de dix (10). Ces 09 indicateurs représentent 64% dans la colonne « pondération possible » (8% + 6% + 6% + 6% + 10% + 10% + 7% + 6% + 5%). Pour le premier de ces six indicateurs, nous effectuons le calcul suivant :  $8 / 64 * 70 = 8.8$ . Pour le second indicateur, le calcul est le suivant :  $6 / 64 * 70 = 6.6$ . Et ainsi de suite.

| Indicateurs  | Mesure en vigueur | Pondération possible | Pondération en vigueur |
|--|-------------------|----------------------|------------------------|
| <b>A. Indicateurs Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI)</b>   |                   |                      |                        |
| 1. Taux de couverture vaccinale complète des enfants de moins d'un an  | oui               | 8%                   | 8,8%                   |
| 2. Taux de couverture SNP des enfants de 0-24 mois   | oui               | 6%                   | 6,6%                   |
| 3. Pourcentage d'enfants 0-5 ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication correctement prise en charge | oui               | 6%                   | 6,6%                   |
| 4. Proportion d'enfants de 6 à 59 mois correctement supplémentée en vitamine A en routine                                | oui               | 6%                   | 6,6%                   |
| 5. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié   | oui               | 10%                  | 10,9%                  |
| 6. Taux de nouvelles utilisatrices de la planification familiale   | oui               | 10%                  | 10,9%                  |
| 7. Taux d'utilisation en consultation post natale  | oui               | 7%                   | 7,7%                   |
| 8. Taux de réalisation de test VIH chez les femmes enceintes vues en CPN   | non               | 6%                   | 0%                     |
| 9. Taux de couverture adéquate en CPN  | oui               | 6%                   | 6,6%                   |
| 10. Proportion de nouveau-nés ayant bénéficié de soins immédiats   | oui               | 6%                   | 6,6%                   |
| <b>Sous total</b>  |                   | <b>70%</b>           | <b>70%</b>             |
| <b>B. Indicateurs Lutte contre la Maladie (LM)</b>   |                   |                      |                        |
| 4. Taux de couverture des femmes enceintes en TPI2   | oui               | 12%                  | 12%                    |
| 5. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités                             | oui               | 8%                   | 8%                     |
| 6. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée simple correctement traités                             | oui               | 10%                  | 10%                    |
| Sous total   |                   | 30%                  | 30%                    |
| Total  |                   | <b>100%</b>          | <b>100%</b>            |

## Le calcul des cibles

Pour chaque bénéficiaire (structure sanitaire ou équipe cadre), les cibles portant sur les différents indicateurs sélectionnés sont calculées à partir des références de base du bénéficiaire en question selon des règles prédéfinies. Ces règles peuvent varier d'un indicateur à un autre. Elles tiennent compte du fait qu'en général, plus la référence de base est élevée, plus il est difficile d'augmenter la couverture d'un service. Ces règles sont présentées dans le Tableau 2 a et le tableau 2b.

**Tableau 2 a – Règles pour le calcul des cibles du Centre de Santé et du Poste de Santé**

| Indicateurs   | Références de Base                              | Augmentation attendue |
|---|---|-----------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Taux de promptitude de rapports SIS périodiques</li> <li>– Taux d'exhaustivité des rapports SIS périodiques</li> </ul>   | Cible = 100% quelque soit la référence de base  |                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an</li> <li>– Taux de couverture SNP des enfants 0-24 mois</li> <li>– Taux d'utilisation en consultation post natale</li> </ul>   | Moins de 50%                                    | 30 points par an      |
|   | Entre 50% et 70%                                | 20 points par an      |
|   | 70% ou plus                                     | 10 points par an      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Proportion d'enfants de 6 mois à 59 mois correctement supplémentée en vitamine A en routine</li> <li>– Taux d'accouchement réalisés par un personnel qualifié</li> <li>– Taux d'accouchements réalisés avec partogramme</li> <li>– Taux de couverture adéquate en CPN</li> </ul>   | Moins de 50%                                    | 20 points par an      |
|   | Entre 50% et 70%                                | 15 points par an      |
|   | 70% ou plus                                     | 10 points par an      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Taux de nouvelles utilisatrices de planification familiale</li> </ul>  | quelque soit la références de base              | 5 points par an       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pourcentage d'enfants 0-5 ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication correctement pris en charge</li> <li>– Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de Malnutrition aiguë sévère compliqué PEC et déchargés</li> <li>– Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée simple correctement traités</li> <li>– Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités</li> </ul> | Cible = 100% quelque soit la références de base |                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Proportion de femmes enceintes séropositives sous ARV</li> <li>– Proportion d'enfants nés de mère séropositive mis sous ARV à titre prophylactique</li> <li>– Proportion de complication obstétricale PEC selon les normes et protocoles</li> <li>– Proportion de nouveau-nés ayant bénéficié de soins immédiats</li> </ul>  | Cible = 100% quelque soit la références de base |                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Taux de couverture des femmes enceintes en TPI 2</li> <li>– Taux de réalisation de test VIH chez les femmes enceintes vues en CPN</li> </ul>   | Moins de 60%                                    | 30 points par an      |
|   | Entre 60% et 70%                                | 20 points par an      |
|   | 70% ou plus                                     | 10 points par an      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Taux de guérison au traitement de la tuberculose</li> </ul>  | Moins de 70%                                    | 10 points par an      |

|                                     |                  |                  |
|-------------------------------------|------------------|------------------|
|                                     | 70% ou plus      | 5 points par an  |
|                                     |                  |                  |
| Taux de dépistage de la tuberculose | Moins de 50%     | 10 points par an |
|                                     | Entre 50% et 70% | 5 points par an  |

**Tableau 2 B – Règles pour le calcul des cibles de l'EPS**

| Indicateurs de l'ECD   | Cible relative                          | Augmentation attendue |
|--|---|-----------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nombre de réactifs du bilan standard prénatal ayant connu une rupture durant la période</li> <li>– promptitude du rapport d'activités trimestriel</li> <li>– Nombre de réunions du comité de pilotage de la qualité tenues</li> <li>– Nombre de réunions du CTE tenues</li> <li>– proportion de résultats de laboratoire validés</li> <li>– Taux de promptitude des rapports de suivi budgétaire</li> <li>– proportion de résultats de laboratoire soumis au respect de la confidentialité</li> <li>– proportion de résultats de laboratoire validés</li> </ul> | 100% quel que soit la référence de base |                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Proportion de services qui appliquent les 5S et le CLIN dans</li> <li>– la gestion des déchets</li> <li>– proportion de résultats de laboratoire disponible dans les délais</li> </ul>  | Moins de 50%                            | 20 points par an      |
|  | Entre 50% et 70%                        | 15 points par an      |
|  | 70% ou plus                             | 10 points par an      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– proportion de femmes enceintes séropositives suivies selon les normes et protocoles de PEC/VIH</li> <li>– proportion de cas d'urgences obstétricales PEC dans les délais</li> <li>– proportion de nouveaux nés en détresse correctement pris en charge</li> <li>– proportion de cas d'urgence chirurgicale PEC dans les délais</li> <li>– Proportion des cas référés correctement pris en charge</li> </ul>   | 100% quel que soit la référence de base |                       |

Les références de base des bénéficiaires sont déterminées avant la signature des contrats de performance. Pour la première année, les numérateurs (nécessaires pour le calcul de ces références de base) sont déterminés à partir des registres des formations sanitaires. Les données du SNIS sont utilisées pour le calcul des dénominateurs. Les cibles sont alors traduites en valeurs absolues. Ce sont ces valeurs absolues qui sont reprises dans le contrat (Voir Annexe 3). Ceci est illustré dans l'Encadré 2. Les cibles ne peuvent pas être modifiées au cours du contrat.

#### Encadré 2 - Exemple de calcul d'une cible annuelle

Fin juin 2013, le taux de couverture vaccinale des enfants de moins de 12 mois est de 38% pour le centre de santé X. Ce taux étant inférieur à 50%, cette formation sanitaire devra essayer d'atteindre un taux de couverture vaccinale de 68% au cours de l'année, soit une augmentation de 30 points. Le nombre d'enfants de moins de 12 mois dans la zone de responsabilité de la formation sanitaire est de 4.426 (soit 3,9% des 113.500 habitants). Cette cible correspond donc à la vaccination de 3.010 enfants de 0-11 mois dans l'année. Les cibles intermédiaires sont de 753 en fin du premier trimestre, 1.505 en fin du second trimestre et 2.258 en fin du troisième trimestre.

### Le calcul du crédit FBR

---

La logique pour le calcul du montant maximum pour les paiements basés sur la performance est illustrée dans la Figure 3. Deux conditions doivent être remplies. D'une part, le montant de la prime individuelle doit être suffisant pour motiver un changement de comportement sans pour autant être excessif. D'autre part, le montant total doit être dans les limites du budget.

Le calcul est donc basé sur les informations suivantes :

- Le nombre moyen d'agents de santé par catégorie pour les différents types de bénéficiaires
- Le salaire moyen par catégorie d'agent
- Les règles d'utilisation interne des fonds (plus précisément, le pourcentage alloué aux primes individuelles)
- Le nombre de structures de santé par type dans la région
- Les indicateurs par type de bénéficiaire et leur pondération

Muni de ces informations, il est donc possible d'estimer le montant maximum des paiements basés sur les résultats par formation sanitaire, par district, par ECD ou ECR et par cible.

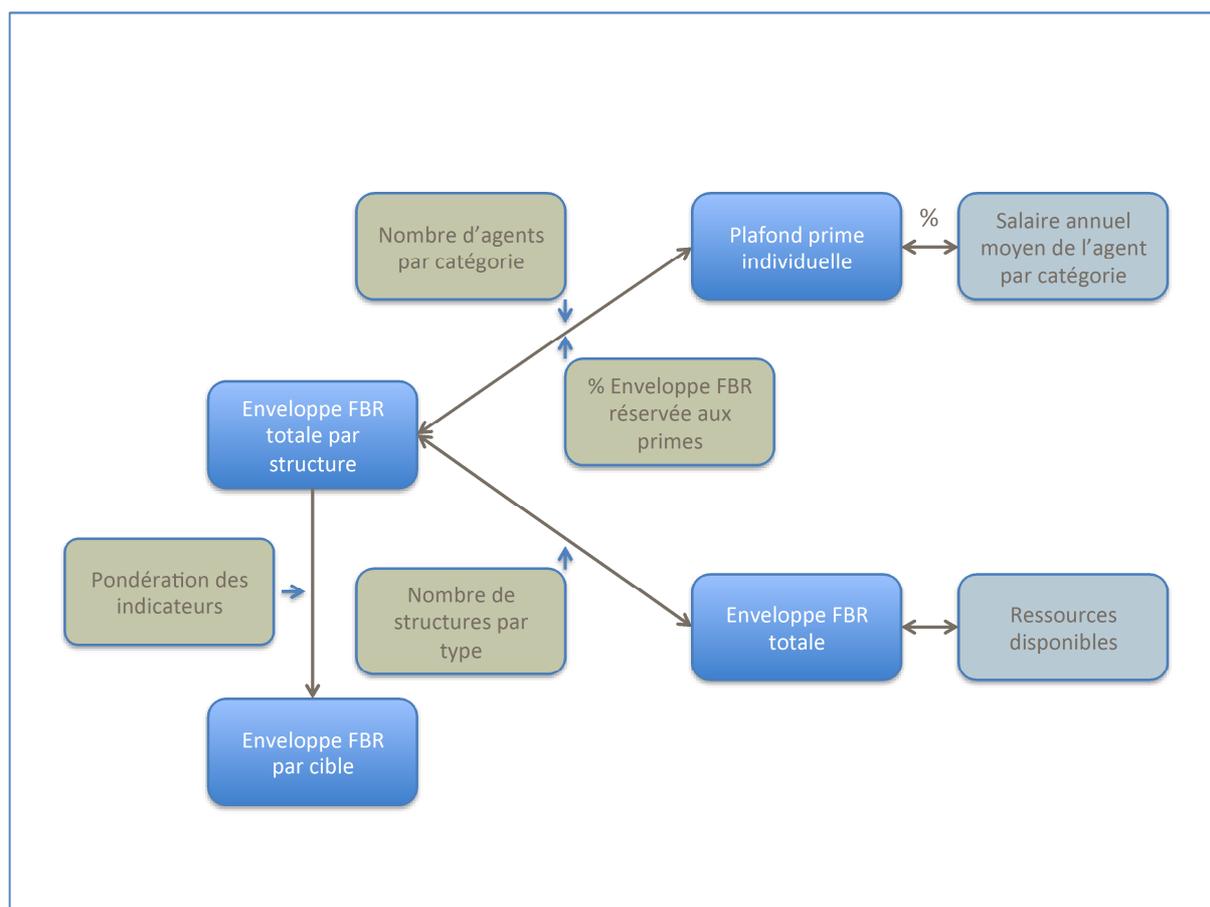
Dans la mise en œuvre du projet, le montant total annuel pourra varier d'une formation sanitaire à l'autre en fonction du nombre d'agents de santé qui y sont affectés (Voir les outils disponibles dans l'Annexe 3). Le personnel communautaire des structures de santé bénéficie également des primes. Il doit, par conséquent, être pris en compte dans les calculs. Un exemple est repris dans l'Encadré 3.

**Encadré 3 – Exemple du calcul de l’enveloppe FBR dans un Centre de Santé**

| Catégorie   | Salaire annuel moyen pour la catégorie | Nombre d'agents dans le centre de santé | Salaires annuels totaux pour le centre de santé | Plafond annuel pour les primes (Plafond = 20% du salaire annuel moyen) |
|---|--|---|---|--|
| Médecins & Assimilés  | 3.600.000                              | 1                                       | 3.600.000                                       | 720.000  |
| Technicien Supérieur de santé & Assimilés   | 2.400.000                              | 4                                       | 9.600.000                                       | 1.920.000  |
| Infirmier/Sage-femme et Assimilés   | 2.040.000                              | 9                                       | 18.360.000                                      | 3.672.000  |
| Assistant Infirmier & Assimilés   | 1.320.000                              | 5                                       | 6.600.000                                       | 1.320.000  |
| ASC & Assimilés   | 300.000                                | 32                                      | 9.600.000                                       | 1.920.000  |
| <b>SOUS-TOTAL : Montant annuel maximum pour les primes individuelles</b>                    |  |   |   | <b>9.552.000</b>   |
| <b>SOUS-TOTAL : Montant annuel maximum pour le fonctionnement de la formation sanitaire</b> |  |   |   | <b>3.184.000</b>   |
| <b>TOTAL : Enveloppe annuelle FBR</b>   |  |   |   | <b>12.736.000</b>  |

Dans cet exemple, le personnel du centre de santé a été regroupé en cinq catégories. Pour chacune de ces catégories, nous connaissons le salaire annuel moyen. Ce salaire annuel moyen est multiplié par le nombre d'agents dans chaque catégorie. 20% de ce montant représente le maximum pouvant être distribué au personnel sous forme de primes, soit un total de 9,55 millions FCFA. Nous savons que ces 9,55 millions FCFA correspondent à 75% du montant maximum du paiement basé sur la performance. Les 25% pour le fonctionnement du centre correspondent donc à un tiers des 9,55 millions FCFA, soit 3,18 millions FCFA. La somme de ces deux montants nous donne l'enveloppe FBR.

**Figure 3 - Logique pour l'estimation du montant maximum (total, par formation sanitaire, par cible) pour les paiements basés sur la performance**



La répartition du montant annuel total entre les différents indicateurs retenus se fait sur la base des poids repris dans le Tableau 1. Ceux-ci permettent de déterminer le montant associé à l'atteinte de chacune des cibles. Ceci est illustré dans l'Encadré 4.

**Encadré 4– Exemple du calcul du paiement basé sur les résultats**

Sur la base des poids spécifiés dans le Tableau 1, 9% des 12,7 millions de FCFA (l'enveloppe FBR calculée dans l'exemple repris dans l'Encadré 3) dépendent de l'atteinte de la cible correspondant à l'indicateur « Taux de couverture vaccinale des enfants de moins de 12 mois », soit un montant annuel d'environ 1,15 millions de FCFA. Si nous reprenons l'exemple de l'Encadré 2, la cible annuelle pour cet indicateur correspond à la vaccination de 3.010 enfants de moins de 12 mois. Imaginons que trois mois après la signature du contrat de performance, ce centre de santé soit parvenu à vacciner 778 enfants. Etant donné que ce nombre représente plus de 25% de la cible annuelle (c.à.d. plus de 752 enfants), 20% des 1,15 millions de FCFA, soit 230.000 FCFA, viendront s'ajouter au montant total du paiement basé sur les résultats pour le premier trimestre (avant application du déflateur de qualité).

## La gestion des contrats

---

Les contrats signés doivent être enregistrés au niveau régional selon les procédures en vigueur ainsi qu'au niveau de la Direction de la Planification de la Recherche et des Statistiques (DPRS) du MSAS, et ce, afin d'assurer la visibilité et la traçabilité de l'ensemble des contrats signés dans le cadre du FBR. Une banque de données pour la gestion de ces contrats est gérée au niveau du Programme national FBR. Ce dernier s'assure d'avoir la liste exhaustive de tous les contrats en cours de validité pour alimenter cette banque de données.

## Appui à la coordination du Programme FBR

---

L'équipe de coordination du Programme est chargée de la mise en œuvre et du suivi du projet au niveau national. A ce titre, les membres de ladite équipe vont bénéficier de motivation sur la base d'atteinte d'objectifs déterminés à l'avance. Cette motivation est payée trimestriellement.

## Chapitre 2 : Transmission de l'Information et Suivi

---

La transmission de l'information est primordiale pour établir une culture organisationnelle basée sur la performance et la transparence. Par conséquent, la transmission de l'information et le suivi font partie de chaque étape dans le cycle du FBR.

### Collecte et transmission des données liées à la performance des bénéficiaires

---

1. Dans les cinq jours ouvrables suivant la fin du mois, les formations sanitaires (CS et PS) fourniront à l'ECD et à la Collectivité locale (CL) leur rapport d'activités mensuel couvrant le mois précédent (Voir Annexe 5).
2. Dans les cinq jours ouvrables suivant la fin du trimestre, les formations sanitaires (CS et PS) soumettront à ces mêmes instances un rapport de performance de synthèse trimestriel sur les activités ciblées et la check-list de qualité des soins. Une demande de paiement est jointe aux documents trimestriels adressés à l'ECD pour transmission à l'ECR. Une copie de cette demande est envoyée à la CL. (Voir chapitre 4 : Paiement).
3. Dans les dix jours ouvrables suivant la fin du trimestre, les EPS enverront leurs rapports de performance trimestriels et leurs demandes de paiement directement à l'ECR avec copie à la Direction des Etablissements de Santé (DES) et à la collectivité locale.
4. Dans les dix jours ouvrables suivant la fin du mois, l'ECD fait la synthèse des rapports d'activités mensuels des formations sanitaires du district (CS et PS) (Voir Annexe 5) et prépare le tableau de bord (un outil de gestion en Microsoft Excel pour le suivi des indicateurs principaux du FBR et la synthèse de la performance trimestrielle des formations sanitaires du district -voir les exemples dans l'Annexe 5). L'ECD partage le tableau de bord avec les formations sanitaires du district, les autorités administratives et avec les CL concernées. Chaque trimestre, l'ECD procède également au remplissage du formulaire de demande de paiement (Voir chapitre 4 : Paiement) qu'elle soumet, accompagnée de la synthèse trimestrielle au MCR pour transmission au CRG. Ces documents sont soumis en copie dure et électronique.
5. Dans les quinze jours ouvrables suivant la fin du trimestre l'ECR fait la synthèse des rapports de performance des districts et des EPS, élabore son propre rapport de performances et les soumet au CRG, à l'autorité administrative et à la collectivité locale.
6. Le CRG veille à la mise en œuvre de la vérification, effectuée par l'Agence de Vérification Indépendante (AVI) et par les Organisations Communautaires de Base (OCB). La préparation des MV par le CRG se fait dans les 5 jours suivant la réception des Rapports de performances (c'est-à-dire entre le quinzième jour et le vingtième jour ouvrable suivant la fin du trimestre).

7. Dans les 35 jours ouvrables suivant la fin du trimestre, les MV soumettent leurs rapports en copie dure et électronique au CRG alors que les rapports des OCB doivent être remis au CRG (également en copie dure et électronique) 40 jours ouvrables suivant la fin du trimestre.
8. Le CRG fait le rapprochement de la synthèse de la performance trimestrielle des formations sanitaires du district et de l'EPS, de la demande de paiement, du rapport de la MV et du rapport de l'OCB, et soumet son rapport, 50 jours ouvrables suivant la fin du trimestre, accompagné de tous ces documents au Programme national FBR.
9. Après analyse des rapports, le Programme procède au paiement des bénéficiaires, 55 jours ouvrables suivant la fin du trimestre

### Collecte et transmission des données routinières et de la gestion du FBR

---

En plus des rapports destinés à mesurer et à vérifier la performance des bénéficiaires du FBR, les données routinières et les données liées à la gestion sont également importantes.

Outre les indicateurs faisant l'objet de paiements basés sur les résultats, il est important que tous les indicateurs traceurs du SNIS soient suivis et ce, afin de détecter d'éventuels effets inattendus du FBR. Il est possible, en effet, que les efforts des prestataires se focalisent sur les activités rémunérées au détriment d'autres activités également importantes (Voir chapitre 3 : Vérification).

Les comptes rendus des réunions, les tableaux de bord trimestriels remplis, les revues périodiques ainsi que les rapports préparés dans le cadre de la documentation et de l'évaluation sont rendus publics sur le site internet FBR.

### Archivage de données

---

#### *Les rapports de performance et les demandes de paiement*

---

L'archivage des rapports de performance mensuels et trimestriels et des demandes de paiement se fait au niveau des formations sanitaires et de l'ECD. Les rapports sont informatisés au niveau de l'ECD, qui les utilise pour préparer les tableaux de bord, le rapport de performance au niveau du district et la demande de paiement. L'archivage des rapports informatisés se fait à chaque niveau. La base de données centrale est administrée et gérée par le Programme.

#### *Les rapports de vérification*

---

Les rapports de vérification de l'AVI sont transmis en copie dure et électronique au CRG.

Les enquêtes auprès des Ménages menées par les Organisations Communautaires de Base (OCB) sont effectuées avec les questionnaires sur papier. La saisie et la synthèse sont faites par l'OCB. Une copie dure et une copie électronique des données de base et de leur synthèse sont transmises au CRG. Le CRG transmet les questionnaires sur papier au Programme.

### Les rapports de rapprochement du CRG

---

Le CRG transmet son rapport (c.à.d. le rapprochement effectué entre les performances trimestrielles et demande de paiement des bénéficiaires et les rapports de vérification (AVI et OCB), accompagné de la version électronique des rapports de vérification des MV et des données informatisées des enquêtes effectuées par les OCB au Programme national FBR. Ce dernier est responsable de l'intégration des rapports électroniques dans la base de données du FBR.

### La documentation et l'évaluation

---

Les données collectées au cours de la documentation (y compris les enregistrements et les transcriptions des interviews et des groupes de discussion) ainsi que les données récoltées dans le cadre de l'évaluation sont saisies par les organisations chargées de ces deux fonctions. Les données sur copie dure ainsi que les données électroniques sont ensuite transmises au Programme, qui est chargé de leur intégration dans la base de données FBR.

### La base de données du FBR

---

La base de données du FBR, gérée par le Programme comprend au moins quatre éléments, intégrés au maximum : (a) les mesures de performance, (b) les données financières, (c) les données récoltées dans le cadre de la documentation et (d) les données récoltées dans le cadre de l'évaluation. Dans la mesure du possible, la saisie et la transmission des données se feront électroniquement, via le site internet du FBR (Voir ci-dessous).

### Site web

---

Toutes les informations portant sur le projet pilote sont rendues publiques. Elles sont mises sur un site web lié à celui du MSAS. Ces informations peuvent également être diffusées au travers des medias (p.ex. radio, journaux).

### Présentation du site web

---

Le site web est développé et administré au niveau central, sous la supervision du Programme. Il comprend les éléments suivants:

**a. Un espace public**

- Historique du projet pilote
- Documents de projet et outils de gestion:
  - ✓ Le manuel de procédures du FBR
  - ✓ Les modèles de contrats de performance
  - ✓ Les termes de référence
  - ✓ Les modèles de rapports mensuels et trimestriels
  - ✓ Les modèles de demandes de paiement
  - ✓ Les outils de vérification (y compris la check-list qualité des soins)
  - ✓ Les outils d'évaluation et de documentation
- Suivi du projet
  - ✓ Tableaux de bord

- ✓ Rapports mensuels et trimestriels
- ✓ Rapports des revues périodiques
- ✓ Comptes rendus des réunions des acteurs FBR aux différents niveaux
- ✓ Les actualités FBR et les événements liés au projet : p.ex. les formations sanitaires/districts ayant reçu un « prix FBR » pour des performances exceptionnelles ; le lancement du FBR dans un autre district...
- Liens vers les sites des principaux acteurs du FBR (p.ex. MSAS, MEF, PTFs) et vers les sites d'acteurs importants tels que le SNIS, les mutuelles de santé, la société civile
- Autres activités :
  - ✓ Expériences Réussies (p.ex. approche innovatrice adoptée par un bénéficiaire FBR)
  - ✓ Espace pour faciliter le dialogue entre les différents acteurs impliqués dans le FBR, tels que les bénéficiaires, la communauté, la société civile (mécanisme de feedback)
  - ✓ Forum permettant l'échange avec d'autres pays ayant adopté un système FBR
  - ✓ Etudes de cas basées sur des informations récoltées dans le cadre de la documentation

#### **b. Un espace réservé – connexion nécessaire**

- Base de données pour tous les indicateurs et les cibles
- Base de données pour la documentation et l'évaluation
- Drafts de documents et autres produits non finalisés, avant d'être partagés dans l'espace publique.
- Espace pour la soumission des rapports mensuels/trimestriels avant vérification
- Les formulaires nécessaires

#### *Configuration et procédures*

---

Le Développement du site FBR prend en compte les éléments ci-après :

- Le responsable (individu ou équipe) de la conception, mise en œuvre, et maintenance du site web.
- L'hébergement du serveur
- le logiciel utilisé pour gérer le site FBR et pour faciliter la communication avec les bases de données.
- les autorisations d'accès.
- l'intégrité des données et de l'information sur le site.
- les procédures pour la saisie et la transmission des données.

## Chapitre3 : Système de Vérification

---

Les résultats mentionnés dans les rapports de performance et demandes de paiement doivent être vérifiés avant l'approbation pour s'assurer qu'on paye des soins dont les populations ont bénéficié et qu'il s'agit de soins de bonne qualité. Le contrôle de conformité des demandes de remboursement est de la responsabilité de l'AVI. Les termes de référence (TdR) des vérificateurs élaborés par le Programme, la procédure de vérification, les outils pour les OCB chargées des enquêtes auprès des ménages et un modèle de contrat à signer entre ces OCB et le CRG, se trouvent dans l'O. Les sections ci-dessous donnent un bref aperçu des procédures de vérification.

### La vérification des rapports FBR

---

La vérification des rapports FBR relève de la responsabilité de l'Agence de Vérification Indépendante (AVI). Celle-ci doit d'abord vérifier si les demandes de paiement sont justifiées et si la performance indiquée correspond à la réalité. A cet effet, l'AVI va vérifier les rapports soumis par les bénéficiaires. D'abord, ce sont les totaux dans les rapports d'activité accompagnant les demandes de paiement qui doivent être vérifiés. Ensuite, elle vérifie également la qualité des soins à l'aide d'une check-list préconçue (Voir Annexe 7), dont une copie séparée a déjà été remplie par le personnel de la formation sanitaire. Celle-ci couvre différentes composantes de la qualité des soins, telles que l'accueil, la propreté de l'établissement, la gestion des déchets biomédicaux, la disponibilité de certains médicaments traceurs, le respect de la confidentialité, etc.

Etant donné que les cases de santé contribuent à l'atteinte des performances des postes de santé et que leurs activités sont comptabilisées, celles-ci seront vérifiées au même titre que les centres de santé, EPS et les postes de santé. Si l'indicateur choisi pour la vérification concerne les activités qui sont menées au niveau des cases de santé, il est nécessaire de vérifier si le volume d'activités du poste de santé dont relèvent les cases de santé correspond à la réalité. Pour cela, l'infirmier chef de poste est appelé à préciser le nombre de cases de santé qui ont contribué aux résultats et leur part respective. L'AVI, sur la base de cette information, tirera au sort une des cases déclarées et vérifiera sur le terrain si l'information est correcte.

## L'enquête Trimestrielle de Vérification auprès des Usagers

L'enquête trimestrielle de vérification auprès des usagers vise à contrôler si les usagers choisis au hasard à partir des registres de la formation sanitaire pour les différentes prestations récompensées et non- récompensées dans le cadre du Financement Basé sur les Résultats (FBR) existent et qu'ils ont réellement reçu les services décrits dans les registres. En outre l'enquête permet d'obtenir les informations suivantes auprès des usagers : les dépenses engendrées dans le cadre des prestations, la perception de la qualité et du coût des soins et le profil socio-économique. Le questionnaire à utiliser pour cette enquête, ainsi qu'un guide pour l'enquêteur, sont repris dans l'Annexe 6.

La vérification des registres relève de la responsabilité des Organisation Communautaires de Base (OCB), sélectionnées et contractualisées pour une période d'un an (renouvelable) par le CRG. Les OCB sont bien placées pour mener les enquêtes auprès des usagers car elles ont une connaissance profonde de leur communauté.

Les OCB soumettent leur candidature en réponse à un appel à la concurrence, ouvert à toute organisation communautaire basée dans la région.

### Le rapprochement des documents

Une fois en possession du rapport de l'AVI et de celui de l'OCB, le CRG fait le rapprochement de tous les documents, c'est à dire des rapports de vérification, des rapports de performance et des demandes de paiement. Le CRG compare également les scores rapportés à ceux vérifiés pour chaque volet de la check-list portant sur la qualité des soins. C'est au cours de ce rapprochement que les corrections nécessaires sont faites et que les pénalités éventuelles sont déterminées. Il faut noter que tout changement apporté au rapport d'activité d'une formation sanitaire peut également avoir des répercussions sur le montant demandé par l'ECD et l'ECR, étant donné qu'il peut influencer la valeur de l'indicateur « proportion de l'enveloppe FBR disponible pour l'ensemble des structures sanitaires du district ayant été effectivement octroyée à ces structures ».

### La contre-vérification

La contre-vérification est faite par l'AVI. L'AVI procède à deux types de contre-vérifications. D'une part, elle s'assure que le rapprochement effectif préparé par le CRG et portant sur la vérification précédente soit correct. D'autre part, il s'assure que l'OCB a rempli les termes de son contrat comme il se doit. A cet effet, il vérifie la qualité et la promptitude du rapport de synthèse préparé par l'OCB et il effectue un sondage auprès de quelques ménages sélectionnés lors de la Mission de Vérification précédente.

La contre-vérification du travail de l'AVI incombe au Programme National de Financement Basé sur les Résultats.

### Le contrôle financier

Le contrôle financier peut être effectué par l'AVI ou par l'Inspection du MSAS. Ce contrôle consiste à vérifier que les paiements FBR sont perçus par les bénéficiaires et que ceux-ci ont appliqué la clé de répartition.

## Plan d'Action

---

Après chaque trimestre, les formations sanitaires passent en revue leur performance. Elles identifient les problèmes et défis et élaborent un plan d'action trimestriel décrivant les stratégies et moyens qu'elles comptent adopter pour améliorer la performance pendant le trimestre suivant. L'ECD appuie l'élaboration de ces plans d'actions.

Au cours des missions de vérification, l'équipe analyse les contraintes identifiées sur le terrain par les bénéficiaires et formule des recommandations pour l'amélioration des performances. Elle documente aussi les bonnes pratiques notamment en termes de qualité des services.

Il convient de noter que les missions de vérification ne remplacent aucunement les supervisions routinières.

## Chapitre 4 : Paiements

---

### Calcul du montant pour la demande de paiement

---

Les paiements basés sur les résultats sont octroyés aux bénéficiaires chaque trimestre en fonction de leur performance. Plus précisément, les montants dépendent des trois facteurs suivants pour les structures sanitaires du district:

- l'atteinte des cibles quantitatives trimestrielles ;
- le score obtenu en fin de trimestre sur la check-list qualité des soins ;
- les résultats de la vérification (ou plus précisément les corrections et les pénalités infligées en cas de fraude).

Pour les EPS, les montants dépendent de :

- l'atteinte des cibles quantitatives trimestrielles ;
- les résultats de la vérification (ou plus précisément les corrections et les pénalités infligées en cas de fraude).

Un montant correspondant aux frais de gestion des comptes bancaires sera pris en charge dans le montant viré.

#### *L'atteinte des cibles quantitatives*

---

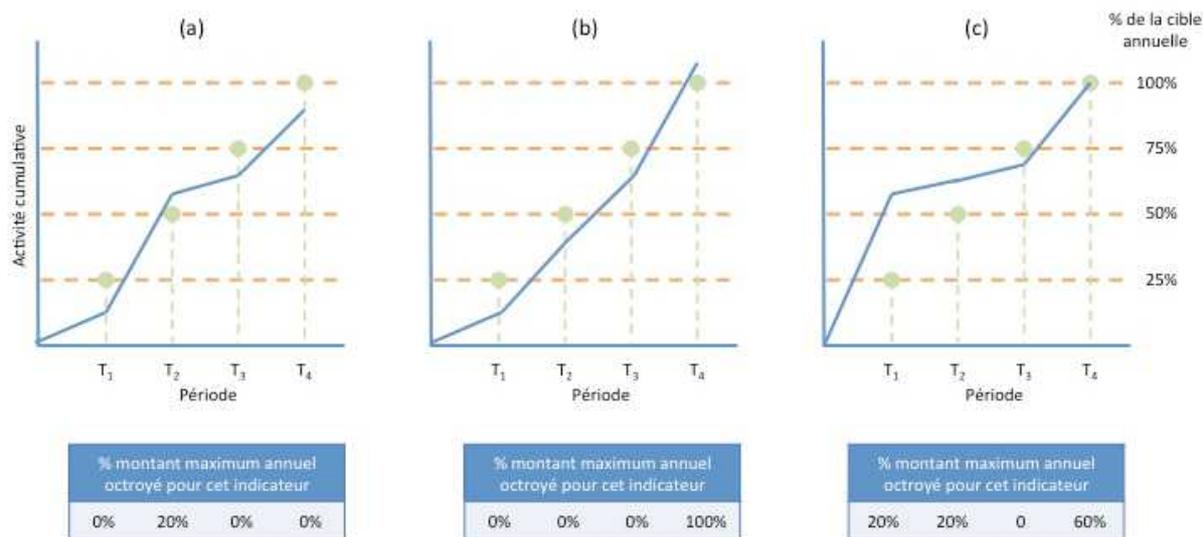
Les cibles annuelles sont calculées au moment de la signature du contrat pour chaque indicateur retenu, et tiennent compte des références de base. Plutôt que de devoir attendre un an avant de vérifier les cibles qui ont été atteintes et de procéder à l'octroi de paiements basés sur les résultats, il a été décidé que la performance des bénéficiaires serait évaluée et récompensée chaque trimestre. C'est à cette fin que des cibles trimestrielles sont fixées. Les cibles correspondent pour le premier trimestre à 25% de la cible annuelle, pour le second trimestre à 50% et pour le troisième trimestre à 75% de la cible annuelle. Ces pourcentages reflètent l'activité cumulative depuis le début de la période couverte par le contrat. Pour certains les indicateurs en rapport avec le suivi (Taux de couverture SNP des enfants de moins de deux ans), la cible annuelle correspond à la cible trimestrielle.

Pour chacun des trois premiers trimestres, le montant du paiement correspondant à l'atteinte de la cible trimestrielle portant sur un indicateur est de 20% du montant maximum annuel disponible pour cet indicateur. Si en fin d'année, le bénéficiaire parvient à atteindre la cible annuelle, le solde du montant maximum annuel lui est octroyé. Ceci est illustré dans l'Encadré 5.

Cette méthode de calcul implique que même si en fin d'année la cible annuelle liée à l'indicateur n'a pas été atteinte, il est possible que la formation sanitaire ait reçu une partie (20%, 40% ou 60%) du paiement associé à cet indicateur.

### Encadré 5 – Illustration du calcul des paiements trimestriels pour un indicateur spécifique

Les trois graphiques ci-dessous représentent trois situations différentes. Pour chaque trimestre, nous voyons le niveau de l'activité cumulative réalisée ainsi que la cible trimestrielle (indiquée par une ligne en pointillés verticale). Un paiement pour l'indicateur en question n'est octroyé que si l'activité réalisée atteint la cible trimestrielle, comme on peut le voir dans les tableaux situés en-dessous des graphiques.



Dans la situation (a), la formation sanitaire ne parvient à atteindre sa cible trimestrielle qu'au second trimestre (T<sub>2</sub>). Par conséquent, elle n'a droit qu'à 20% du montant maximum annuel disponible pour cet indicateur, et ce au deuxième trimestre.

Dans la situation (b), aucune des cibles intermédiaires n'est atteinte. Par contre, la formation sanitaire parvient à surpasser la cible annuelle en fin d'année (T<sub>4</sub>), ce qui lui donne droit à 100% du montant annuel réservé pour cet indicateur.

Dans la situation (c), les cibles des deux premiers trimestres sont atteintes. 20% du montant annuel sont donc octroyés en fin du premier trimestre (T<sub>1</sub>) et en fin du second trimestre (T<sub>2</sub>). L'activité cumulative étant inférieure à la cible trimestrielle à T<sub>3</sub>, aucun paiement n'est octroyé en fin du troisième trimestre. Le léger retard est néanmoins rattrapé en fin d'année : la formation sanitaire atteint 100% de sa cible à T<sub>4</sub> et a donc droit au solde de 60% du montant annuel.

### La prise en compte de la qualité des soins

La check-list portant sur la qualité des soins (voir Annexe 6) est remplie par la formation sanitaire en fin de trimestre. Les Missions de Vérification (voir Chapitre 3) remplissent également une check-list au cours de leurs visites. Toutes les composantes de la check-list sont pondérées afin de permettre le calcul d'un score. Ce score, exprimé en pourcentage, agit comme un déflateur sur le montant.

Pour les deux premiers trimestres du contrat (T<sub>1</sub> et T<sub>2</sub>), ce déflateur ne concernera que 25% du montant. Pour les troisième et quatrième trimestres du contrat (T<sub>3</sub> et T<sub>4</sub>), il est appliqué sur 50% du montant. Ce n'est qu'à partir de la deuxième année, c.à.d. qu'à partir de T<sub>5</sub> qu'il

portera sur 100% du montant. Cette prise en compte graduelle du score qualité vise à motiver le personnel de santé à faire un effort pour rapidement améliorer la qualité des soins, sans pour autant le pénaliser pour une éventuelle mauvaise qualité au moment de la signature du premier contrat. On peut s'attendre en effet qu'au départ, le score soit relativement faible dans grand nombre de formations sanitaires, la check-list étant un nouvel instrument mettant l'accent sur des éléments de qualité qui n'étaient peut-être pas mesurés auparavant.

#### Encadré 6 – Illustration du mode de prise en compte de la qualité des soins dans le calcul du montant à octroyer

Nous avons vu plus haut dans l'Encadré 4 comment le montant lié à l'atteinte d'une cible est calculé. Ce calcul est répété pour chacun des indicateurs retenus et les montants pour les différents indicateurs sont additionnés. Imaginons que pour le premier trimestre, le montant total calculé sur base de l'atteinte des cibles est de 2.150.000 FCFA (soit 16,9% de l'enveloppe annuelle FBR de 12,7 millions de FCFA de notre exemple).

Les agents de santé de la formation sanitaire ont rempli la check-list portant sur la qualité des soins et ont obtenu un score de 63% pour ce premier trimestre. Ce score fera l'objet d'une vérification par la Mission Conjointe de Vérification.

Comme nous ne sommes qu'à T1, seulement 25% des 2.150.000 FCFA sont assujettis au déflateur qualité de 63%. Dans ce cas, le montant après prise en compte de la qualité des soins est calculé de la façon suivante :  $[2.150.000 * 0,25 * 0,63] + [2.150.000 * 0,75] = 1.951.125$  FCFA. Si aucune erreur ou fraude n'est détectée par la MV ou l'OCB, c'est ce montant, plus les frais de gestion du compte bancaire, qui sera transféré du compte principal FBR vers le compte en banque FBR du bénéficiaire.

Les demandes de paiement que les différents bénéficiaires préparent après chaque trimestre FBR se font à l'aide des formulaires repris dans l'Annexe 7.

Etant donné qu'il est peu probable que tous les bénéficiaires parviennent à atteindre toutes leurs cibles ou qu'ils obtiennent un score de 100% sur la check-list portant sur la qualité, il faut s'attendre à ce que la somme prévue pour les paiements basés sur les résultats ne soit pas totalement octroyée.

Les performances exceptionnelles, en sus des paiements basés sur les résultats, peuvent faire l'objet de récompenses non-matérielles. Par exemple, un « prix FBR » annuel pourrait être accordé aux meilleurs bénéficiaires. Une cérémonie couverte par les médias pourrait être organisée pour la remise de ce prix. Des prix peuvent également être offerts aux relais communautaires les plus performants.

## Pénalités

Dans un système tel que le FBR, il est envisageable que les formations sanitaires cherchent à gonfler leurs résultats afin de maximiser le montant de leur crédit FBR. Plusieurs catégories de fraudes sont notamment possibles :

- déclarer des résultats qui ne correspondent pas aux registres de la formation sanitaire;
- réaliser des prestations partielles et donc non-conformes aux indicateurs du FBR;
- inscrire dans les registres des patients ou des actes « fictifs » ;
- entraver les contrôles ou tenter de corrompre les contrôleurs.

Les différentes mesures de vérification permettent de prévenir ces risques et de mesurer les écarts entre les déclarations et la réalité. Pour que le mécanisme du FBR soit crédible et efficient, il est crucial qu'un système de sanctions soit mis en place afin de freiner les éventuelles tentations de déclarations frauduleuses. Les fraudes peuvent être détectées à différentes étapes dans le cycle FBR :

- avant le versement du crédit FBR: lors de la vérification des résultats quantitatifs et qualitatifs par les MV et les OCB et lors du contrôle de conformité des demandes de paiement.
- après versement des crédits: lors des rapports de dépenses et des revues périodiques.

Dans ces deux cas, les sanctions suivantes sont appliquées (après soustraction des sommes qui auraient pu être perçues ou l'ont déjà été de façon frauduleuse) :

- ✓ 1<sup>ère</sup> fois qu'une fraude est constatée : 50% du crédit trimestriel FBR retenu ;
- ✓ 2<sup>ème</sup> fois qu'une fraude est constatée: la totalité du crédit trimestriel FBR est retenue ;
- ✓ 3<sup>ème</sup> fois qu'une fraude est constatée: le contrat est suspendu

Tout montant retenu suite à une fraude est retiré de l'enveloppe annuelle FBR. En outre, des sanctions administratives peuvent être prises par l'autorité compétente.

Quelques précisions sur les cas de suspicion de fraude :

- les résultats déclarés par le bénéficiaire dépassent ceux déterminés par la MV de plus de 2%
- le score qualité calculé par la formation sanitaire dépasse celui calculé par la MV de plus de 5%
- dès le 1<sup>er</sup> cas de patient ou acte médical « fictif », la fraude est constatée (d'autant que ces vérifications par les organisations communautaires de base sont réalisées à partir d'un échantillon aléatoire de patients)

En fonction du moment dans le cycle du FBR (avant ou après le paiement du crédit) où la fraude est détectée, les modalités d'application des pénalités sont différentes :

- Avant le versement du crédit: la pénalité concerne le crédit à verser et le montant est donc soustrait de ce crédit.
- Après le versement du crédit : la pénalité ainsi que le remboursement du trop-perçu seront prélevés du prochain versement de crédit FBR.

Après la vérification des résultats, le rapprochement effectué par le CRG, et l'analyse des rapports par le Programme, ce dernier procède au paiement. Le versement des fonds se passe dans le délai prévu et illustré dans le Chronogramme du projet (Voir Annexe 1). En général, les fonds sont versés dans le compte en banque des bénéficiaires au plus tard 55 jours ouvrables suivant la fin du trimestre.

### *Mécanisme de transfert des fonds du soutien de Partenaires*

---

Le compte principal FBR est ouvert par la Direction de l'Investissement du Ministère de l'Economie et des Finances. Un sous compte est ouvert par la Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement (DAGE) du MSAS pour gérer les fonds destinés aux bonus et au fonctionnement du Programme. Ce sous compte est alimenté à partir du Compte principal.

### *Mécanisme de transfert des fonds du FBR vers les comptes des bénéficiaires*

---

Avant la signature des contrats avec les bénéficiaires, chacun de ceux-ci ouvre un compte bancaire destiné à recevoir exclusivement les fonds FBR. Les numéros de ces comptes sont communiqués au Programme. A la fin de chaque trimestre, après le rapprochement effectué par le CRG et la validation des demandes de paiement, une requête est envoyée par le Programme à la DAGE pour le virement des bonus dans les comptes des bénéficiaires

### *Règles pour la répartition interne du crédit FBR*

---

La répartition interne du montant trimestriel est faite selon les règles générales suivantes : Un minimum de 25% est réservé au fonctionnement de la structure sanitaire / de l'ECD et ECR ou à la mise en œuvre d'activités contribuant à l'atteinte des cibles. Un poste de santé, par exemple, pourrait acheter des cartes téléphoniques pour envoyer des SMS à une femme enceinte lui rappelant sa consultation prénatale ou à une mère pour qu'elle vienne faire vacciner son enfant. L'ECD et ECR pourraient décider d'appuyer le fonctionnement des structures sanitaires

Ces 25% destinés au fonctionnement de la structure sanitaire / de l'ECD et ECR ou à de telles activités, sont gérés conformément au règlement général sur la comptabilité publique. Dans le cas des postes de santé, la partie réservée à cet usage doit être répartie entre le poste de santé, les cases de santé et les maternités rurales.

Le solde du montant (c.à.d. maximum 75%) est distribué au personnel de santé de la structure sanitaire / de l'ECD et ECR sous forme de primes. Cette distribution se fait de manière transparente et selon des critères développés au niveau de la structure sanitaire / de l'ECD et ECR tels que le niveau du salaire de base, le nombre de jours de présence au lieu de travail et le service/département auquel le personnel est affecté. Une fois arrêtés, ces critères ne sont pas révisables en cours de contrat. Le responsable de la structure sanitaire / de l'ECD et ECR est responsable de l'organisation de discussions autour de la définition de ces critères de répartition. Outre les agents de santé, des représentants du Comité de Santé et de la Collectivité Locale (dans le cas d'une formation sanitaire,) participeront à ces discussions. La distribution se fait sur la base d'un état de paiement qui sera conservé par le responsable de la structure pour d'éventuels contrôles.

## **Chapitre 5 : Revue Périodiques et Révisions**

---

Une revue nationale est effectuée chaque année. Au niveau régional, des revues semestrielles sont effectuées. Ces revues permettent d'identifier les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre du FBR et de proposer des mesures pour y remédier.

Au cours de ces revues, les rapports validés des districts et des régions font l'objet d'une analyse approfondie pour évaluer les réalisations et aussi faire des recommandations afin d'améliorer les performances. Les résultats de ces revues sont partagés par le Programme avec les responsables du niveau central (en réunion de coordination du cabinet), les collectivités locales et les régions/districts concernés afin que les mesures idoines soient prises.

C'est sur la base des recommandations de la revue que le Programme entreprend des activités de révision nécessaire à l'amélioration de la mise en œuvre.

## Chapitre 6 : Suivi et Evaluation du Projet

---

En plus de supervisions effectuées pour renforcer les bénéficiaires dans la mise en œuvre du FBR, l'évolution de la mise en œuvre du Programme est suivie au niveau national par le comité de suivi.

En plus du suivi régulier, il sera procédé à l'évaluation d'impact (EI) du FBR dont l'objectif est d'estimer son impact sur l'état de santé des populations.

Cette évaluation va combiner les deux types de FBR : le FBR-offre et le FBR-demande

Elle apportera une réponse aux questions suivantes :

- le FBR-offre augmente-t-il l'utilisation des services de soins maternels et infantiles ? (utilisation)
- le FBR-offre améliore-t-il la qualité de ces soins ? (qualité)
- le FBR-offre accroît-il l'accessibilité des soins maternels et infantiles, notamment pour les plus pauvres ? (équité)
- similairement, le FBR-demande augmente-t-il l'utilisation, la qualité et/ou l'équité ?
- la combinaison du FBR-offre et du FBR-demande a-t-il un plus grand impact que l'un des deux pris séparément ?

L'évaluation d'impact s'efforcera aussi de répondre à d'autres questions :

- le FBR-offre est-il un bon rapport coût-efficace ?
- le FBR-offre a-t-il un impact sur la motivation des personnels et plus généralement sur leur comportement ?
- le FBR-offre a-t-il un impact sur la présence des personnels ?
- le FBR-offre permet-il d'attirer durablement des personnels de santé qualifiés dans des zones reculées ?
- le FBR-offre améliore-t-il la disponibilité des médicaments et/ou des équipements essentiels ?

Pour le FBR-demande, les questions sont similaires. S'y ajoutent des questions sur l'impact du FBR-demande sur le comportement des ménages.

Les termes de référence pour l'expert (ou l'organisation) chargé de l'évaluation sont repris dans l'Annexe 8.

La documentation du FBR constitue une étape importante dans le processus de mise en œuvre et de passage à l'échelle. Elle porte sur l'ensemble des ressources, processus, et produits pouvant influencer les résultats (p.ex. la couverture, les changements de comportement). Elle porte également sur le contexte du projet, c.à.d. les éléments exogènes à la mise en œuvre pouvant affecter les résultats ou l'impact du projet. Une description plus détaillée du contenu et de l'approche pour la documentation est reprise dans l'Annexe 9.

# **Annexes**

## Annexe 1 : Le cycle FBR – chronogramme

| Catégorie  | Responsable | Activités  | 1er Trimestre         |    |        |    | 2e Trimestre |    |        |    | 3e Trimestre |    |        |    | 4e Trimestre |    |        |    |        |    |         |    |         |    |         |    |    |    |    |    |    |
|--|-------------|--|-----------------------|----|--------|----|--------------|----|--------|----|--------------|----|--------|----|--------------|----|--------|----|--------|----|---------|----|---------|----|---------|----|----|----|----|----|----|
|  |             |  | Mois 1                |    | Mois 2 |    | Mois 3       |    | Mois 4 |    | Mois 5       |    | Mois 6 |    | Mois 7       |    | Mois 8 |    | Mois 9 |    | Mois 10 |    | Mois 11 |    | Mois 12 |    |    |    |    |    |    |
|  |             |  | S1                    | S2 | S3     | S4 | S1           | S2 | S3     | S4 | S1           | S2 | S3     | S4 | S1           | S2 | S3     | S4 | S1     | S2 | S3      | S4 | S1      | S2 | S3      | S4 | S1 | S2 | S3 | S4 | S1 |
| ■ Collecte et Transmission des données   | FS          | ● Mesure de la performance   | [Orange shaded cells] |    |        |    |              |    |        |    |              |    |        |    |              |    |        |    |        |    |         |    |         |    |         |    |    |    |    |    |    |
|  | FS          | ● Transmission des rapports de performance mensuels à l'ECD  | [Blue shaded cells]   |    |        |    |              |    |        |    |              |    |        |    |              |    |        |    |        |    |         |    |         |    |         |    |    |    |    |    |    |
|  | FS          | ● Transmission des rapports de performance trimestriels de la chek-list qualité et de la demande de paiement à l'ECD | [Orange shaded cells] |    |        |    |              |    |        |    |              |    |        |    |              |    |        |    |        |    |         |    |         |    |         |    |    |    |    |    |    |
|  | ECD         | ● Synthèse des rapports et des demandes de paiement des formations sanitaires du DS                                  | [Blue shaded cells]   |    |        |    |              |    |        |    |              |    |        |    |              |    |        |    |        |    |         |    |         |    |         |    |    |    |    |    |    |
|  | ECD         | ● Transmission des rapports de performance trimestriels de la chek-list qualité et de la demande de paiement à l'ECR | [Orange shaded cells] |    |        |    |              |    |        |    |              |    |        |    |              |    |        |    |        |    |         |    |         |    |         |    |    |    |    |    |    |
|  | ECR         | ● Synthèse des rapports et des demandes de paiement des ECD  | [Blue shaded cells]   |    |        |    |              |    |        |    |              |    |        |    |              |    |        |    |        |    |         |    |         |    |         |    |    |    |    |    |    |
|  | ECR         | ● Transmission des rapports de performance trimestriels de la chek-list qualité et de la demande de paiement au CRG  | [Orange shaded cells] |    |        |    |              |    |        |    |              |    |        |    |              |    |        |    |        |    |         |    |         |    |         |    |    |    |    |    |    |
| <b>PS:</b> FS= Formations Sanitaires ; ECD= Equipe Cadre de District ; ECR= Equipe Cadre de Région |             |  |                       |    |        |    |              |    |        |    |              |    |        |    |              |    |        |    |        |    |         |    |         |    |         |    |    |    |    |    |    |

| Catégorie      | Responsable | Activités   | 1er Trimestre |    |    |    | 2e Trimestre |    |    |    | 3e Trimestre |    |    |    | 4e Trimestre |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |         |    |    |    |         |    |    |    |         |  |  |  |
|----------------|-------------|---|---------------|----|----|----|--------------|----|----|----|--------------|----|----|----|--------------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|---------|----|----|----|---------|----|----|----|---------|--|--|--|
|                |             |   | Mois 1        |    |    |    | Mois 2       |    |    |    | Mois 3       |    |    |    | Mois 4       |    |    |    | Mois 5 |    |    |    | Mois 6 |    |    |    | Mois 7 |    |    |    | Mois 8 |    |    |    | Mois 9 |    |    |    | Mois 10 |    |    |    | Mois 11 |    |    |    | Mois 12 |  |  |  |
|                |             |   | S1            | S2 | S3 | S4 | S1           | S2 | S3 | S4 | S1           | S2 | S3 | S4 | S1           | S2 | S3 | S4 | S1     | S2 | S3 | S4 | S1     | S2 | S3 | S4 | S1     | S2 | S3 | S4 | S1     | S2 | S3 | S4 | S1     | S2 | S3 | S4 | S1      | S2 | S3 | S4 | S1      | S2 | S3 | S4 |         |  |  |  |
| ■ Vérification | PNFBR       | ● Préparation des TDR des missions de vérification et transmission au CRG   |               |    |    |    |              |    |    |    |              |    |    |    |              |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |         |    |    |    |         |    |    |    |         |  |  |  |
|                | CRG         | ● Préparation des missions de vérification  |               |    |    |    |              |    |    |    |              |    |    |    |              |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |         |    |    |    |         |    |    |    |         |  |  |  |
|                | MV          | ● Vérification au niveau des FS, remplissage de la check-list qualité et transmissions des résultats de la vérifications au CRG                   |               |    |    |    |              |    |    |    |              |    |    |    |              |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |         |    |    |    |         |    |    |    |         |  |  |  |
|                | MV          | ● Transmission des résultats de vérification au CRG   |               |    |    |    |              |    |    |    |              |    |    |    |              |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |         |    |    |    |         |    |    |    |         |  |  |  |
|                | OCB         | ● Enquêtes auprès des usagers   |               |    |    |    |              |    |    |    |              |    |    |    |              |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |         |    |    |    |         |    |    |    |         |  |  |  |
|                | OCB         | ● Transmission des résultats auprès des usagers   |               |    |    |    |              |    |    |    |              |    |    |    |              |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |         |    |    |    |         |    |    |    |         |  |  |  |
|                | CRG         | ● Rapprochement de la synthèse de la performance trimestrielle des FS, de la demande de paiement, des rapports de la MV et de l'OCB et validation |               |    |    |    |              |    |    |    |              |    |    |    |              |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |         |    |    |    |         |    |    |    |         |  |  |  |
|                | CRG         | ● Transmission des rapports de synthèse des résultats des vérification au PNFBR   |               |    |    |    |              |    |    |    |              |    |    |    |              |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |         |    |    |    |         |    |    |    |         |  |  |  |

PS: PNFBR = Programme National Financement Basé sur les Résultats ; CRG= Comité Régional de Gestion ; MV= Mission de Vérification ; OCB = Organisations Comunautaires de Base



---

## Annexe 2 : Cadre institutionnel

---

Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) au Sénégal a été conçu par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) comme approche pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le projet pilote, qui a duré deux ans, s'est déroulé en deux phases. La première phase (la première année) a concerné les districts de Kolda et Kaffrine. A la deuxième phase (deuxième année), le reste des districts des régions de Kolda, et Kaffrine a été enrôlé conformément au document de projet. Dans les zones ciblées, des subventions sont accordées aux prestataires sur la base de leurs performances en plus d'un appui apporté au fonctionnement des structures sanitaires. Le but d'une telle approche est de créer une émulation de prestataires responsables et motivés qui mettent en œuvre efficacement le paquet de prestations de services

### Comité de pilotage

---

**Le Comité de Pilotage FBR (CP)** est chargé de l'orientation stratégique du projet et du suivi de son avancement. Le CP est composé ainsi qu'il suit :

Président : le Secrétaire général

Vice-président : le Directeur général de la Santé

Rapporteur : le Coordonnateur du programme

Membres :

- les représentants des Directions et Services du MSAS
- un représentant du Ministère de l'Economie et des Finances
- les représentants des partenaires techniques et financiers
- un représentant pour chaque ordre de collectivités locales
- les représentants des partenaires sociaux

### Principales responsabilités du Comité de Pilotage

---

Le comité de pilotage est chargé de :

- définir les orientations stratégiques du programme ;
- valider le plan d'action et le budget annuel.

### Périodicité des réunions

---

Les réunions ordinaires du CP sont tenues une fois par an. Les réunions permettent de partager l'état de mise en œuvre et les performances réalisées. Elles peuvent être plus fréquentes en cas de nécessité.

## Procédures

---

- i. Convocation aux réunions du CP : les réunions du CP sont convoquées par le Président au moins 10 jours ouvrables avant la date de la réunion. L'invitation doit être accompagnée d'une proposition d'agenda qui est préparée par le Secrétaire du CP.
- ii. Organisation des réunions du CP :
  - Les réunions du CP sont présidées par le Secrétaire Général
  - Un compte rendu est rédigé à l'issue de la réunion ; le brouillon du compte rendu est partagé pour commentaires avec tous les membres du CP dans les deux jours ouvrables suivant la réunion ; les membres ont alors cinq jours ouvrables pour faire part de leurs commentaires ; le rapporteur aura ensuite deux jours ouvrables pour intégrer les éventuels commentaires dans le compte rendu et pour partager sa version finaleLe Secrétaire du CP conserve les copies de tous les comptes rendus.

## Comité de suivi

---

Il est composé ainsi qu'il suit :

Président : le Directeur général de la Santé

Rapporteur : le coordonnateur du programme

Membres

- un représentant de la Direction de l'Action sociale
- un représentant de la Direction de l'Administration générale et de l'Équipement
- un représentant de la Direction des Ressources Humaines
- un représentant de la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
- un représentant de la Direction de des Infrastructures et des Equipements et de la Maintenance
- un représentant de la CACMU
- un représentant de la Direction de la santé de la mère et de la survie de l'enfant
- un représentant de la Direction de la prévention
- un représentant de la Direction des Etablissements de santé
- un représentant du Programme Qualité
- un représentant du SNEIPS
- un représentant du PNLP
- un représentant de la DLSI
- un représentant du PNT
- un représentant de chaque partenaire technique et financier partie prenante du programme

### Principales responsabilités du Comité de suivi

---

Le comité de Suivi est chargé de :

- préparer les revues du programme et les réunions du comité de pilotage ;
- suivre la mise en œuvre des décisions du comité de pilotage ;
- appuyer les comités régionaux de gestion ;
- veiller à la documentation et au suivi des activités au niveau des régions

## Programme National FBR

---

Le Programme national FBR est chargé du suivi de la mise en œuvre du projet au niveau national. Il est composé au moins de :

- un Coordonnateur
- un Chargé des Opérations
- un Chargé du suivi évaluation
- un Assistant administratif
- un chauffeur

### Principales activités du Programme

---

- Guider l'élaboration et la révision des différents outils de gestion
- Coordonner la sensibilisation et la formation des acteurs, au niveau des régions et des districts concernés, sur le projet, son fondement, sa mise en œuvre et ses enjeux, ainsi que sur les changements attendus sur le plan de la responsabilité et des performances
- S'assurer de l'approbation, dans les délais prévus et après étude par les organes compétents, des demandes de paiement
- Appuyer les districts pilotes dans la coordination des activités de mise en œuvre du FBR
- Appuyer les Comités Régionaux de Gestion dans l'exécution des différentes tâches de préparation et de mise en œuvre du projet pilote
- Veiller à la mise en place et au bon fonctionnement des systèmes de suivi et d'évaluation, y compris (i) le recrutement de l'expert ou de l'organisation externe responsable de la conception et de la mise en œuvre d'un plan d'évaluation pour le projet pilote FBR et (ii) l'approbation du plan final d'évaluation du projet pilote
- Guider la documentation du projet pilote, y compris (i) le recrutement de l'expert ou de l'organisation externe responsable de la conception d'un plan détaillé pour la documentation, (ii) l'approbation du plan détaillé pour la documentation et (iii) le suivi de la mise en œuvre de ce plan
- Planifier et mobiliser des ressources pour la vérification
- Elaborer les termes de référence de la Vérification : les Missions de Vérification (MV) et les Organisations Communautaires de Base (OCB)
- Elaborer les termes de référence pour l'équipe mixte interne et externe chargée des revues périodiques
- Organiser les revues périodiques
- Organiser des réunions de partage des résultats des revues périodiques avec le Comité de Pilotage, les collectivités locales, les régions et les districts concernés
- Guider la conception et la maintenance d'un site internet FBR
- Gérer la dissémination des informations relatives au FBR dans les medias
- Evaluer l'état d'avancement des activités du projet
- Transmettre l'information nécessaire pour les réunions du Comité de Pilotage et des Comités Régionaux de Gestion
- Gérer la communication avec le CP, et les CRG.

De façon spécifique le Programme est chargé, à chaque étape du Cycle, d'appuyer les acteurs et de mettre en œuvre les activités suivantes :

## Contrats de performance

---

- Appuyer le MSAS pour la signature des contrats de performance avec les Equipes Cadres de Régions et les Directeurs d'hôpitaux
- Appuyer le MCR pour la signature des contrats de performance avec les Equipes Cadres de District (ECD)
- Appuyer le MCR pour la signature des contrats de performance avec le centre de santé et les postes de santé des districts concernés.

## Transmission d'information et suivi

---

- Gérer et maintenir la base de données FBR
- Assurer la bonne exécution des activités de collecte de données sur le terrain
- Intégrer régulièrement les données quantitatives et qualitatives dans la base de données FBR
- Analyser et interpréter l'évolution des indicateurs

## Vérification

---

- S'assurer que les données de la vérification sont intégrées dans la base de données FBR
- Appuyer les Comités Régionaux de Gestion dans la planification et l'organisation des missions trimestrielles de vérification et dans la contractualisation des OCB chargées de la vérification au niveau des ménages

## Paielements

---

- Vérifier et valider les demandes trimestrielles de paiement qui sont transmises par les CRG via les Médecins Chefs des Régions
- Préparer un rapport sur l'état des paiements aux bénéficiaires
- Coordonner la mobilisation des fonds FBR ainsi que les transferts vers les comptes des bénéficiaires

## Revue et révisions

---

Appuyer la mise en œuvre de la documentation du FBR et des revues périodiques

## Suivi et évaluation

---

- Préparer les données et les résultats à transmettre aux medias
- Assurer la bonne exécution des activités liées à l'évaluation du projet

## Comité régional de gestion

---

Le **Comité Régional de Gestion (CRG)** gère le projet au niveau local. Chaque CRG est composé des membres suivants :

- le Médecin Chef de Région,

- le Point focal FBR à la région médicale (Secrétaire du CRG),
- le Contrôleur Régional des Finances
- un représentant du Directeur de l'Agence Régionale de Développement (ARD),
- un représentant pour chaque partenaire technique et financier local partie prenante
- les Présidents de Comités de Santé de Districts,
- Un représentant de la collectivité locale
- le président de l'Union Régionale des Mutuelles de Santé.

Le Médecin Chef de Région est le président du CRG.

### Principales Activités du Comité Régional de Gestion

- Assurer le suivi des activités du projet pilote au niveau régional
- Veiller à l'exécution des décisions du Programme FBR
- Veiller à l'organisation et à l'exécution, dans les délais prévus, de la vérification par les Missions de Vérification et les Organisations Communautaires de Base (OCB)
- Faire le rapprochement des rapports d'activités des districts, de leurs demandes de paiement, des rapports des Missions de Vérification et des rapports des OCB et les transmettre au Programme
- Appuyer la supervision des bénéficiaires

### Périodicité des réunions du Comité Régional de Gestion

Les réunions ordinaires du CRG sont tenues au moins une fois par trimestre, mais peuvent être plus fréquentes si nécessaire.

### Procédures

- i. Convocation aux réunions du CRG : les réunions du CRG sont convoquées par le Médecin Chef de la Région au moins 5 jours ouvrables avant la date de la réunion. L'invitation doit être accompagnée d'une proposition d'agenda qui est préparée par le Secrétariat du CRG.
- ii. Organisation des réunions du CRG
  - Les réunions du CRG sont présidées par le Médecin Chef de la Région
  - Le secrétaire du CRG prépare le compte rendu de la réunion ; le compte rendu est partagé pour commentaires avec tous les membres du CRG dans les deux jours ouvrables suivant la réunion. Les membres ont alors cinq jours ouvrables pour faire part de leurs commentaires ; le secrétaire a ensuite deux jours ouvrables pour intégrer les éventuels commentaires dans le compte rendu et pour partager sa version finale
- iii. Le Secrétaire du CRG conserve les copies de tous les comptes rendus et s'assure que ces derniers sont publiés sur le site internet FBR

---

## Annexe 3 : Contrats de performance

---

### A. Contrat de performance entre le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale et l'Etablissement public de santé

---

Il est conclu le présent contrat entre le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale, « **nom du Ministre** » ET

L'Etablissement public de Santé (EPS) de « **nom de l'EPS** », représenté par son Directeur, « **nom de la région** » agissant pour le compte de « **nom de l'EPS** »

#### Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

##### *Préambule*

---

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) dispose d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 mis en œuvre à travers le Document de Programmation Pluriannuel des dépenses (DPPD). Le DPPD est un plan triennal glissant avec des projections budgétaires pour les trois années. Cependant, sa mise en œuvre nécessite la réorganisation du système de management des structures sanitaires, la culture de la performance, une plus grande équité dans le système de motivation des agents de santé et le développement du sens de la responsabilité.

C'est dans cette perspective qu'a été mis en place le Programme National de Financement Basé sur les Résultats (PNFBR) expérimenté au niveau des structures sanitaires.

Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) au Sénégal a été conçu par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) comme approche pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) santé.

Il s'agit d'un projet pertinent, opportun et structurant. Il est pertinent par rapport au "Programme Gouvernance sanitaire" du Document de Programmation Pluriannuel des dépenses (DPPD) santé, instrument d'opérationnalisation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui fait de la culture de la performance un axe majeur. Son opportunité tient au besoin pressant de résoudre la question de la motivation du personnel de santé dans le cadre de la Gestion axée sur les Résultats et de promouvoir des réformes pour améliorer le management des structures sanitaires dans le contexte de la décentralisation. Son caractère structurant est lié à l'effet positif qu'il aura sur la performance des structures sanitaires en matière de réalisation des OMD

La mise en œuvre du Financement basé sur les Résultats passe par la signature de contrats de performances entre le MSAS et les acteurs directement impliqués dans la mise en œuvre du projet. Ces

contrats de performances contribuent à l'amélioration de l'état de santé de la population de la Région de « **nom de la région** » par (i) la coordination de l'action sanitaire au niveau de la région (ii) l'organisation générale des activités et (iii) l'amélioration de la gouvernance sanitaire.

Le présent contrat a pour objet de définir les obligations mutuelles du MSAS et de L'EPS de « **nom de l'EPS** » dans la mise en œuvre du projet. Le manuel de procédures FBR contient la description des objectifs spécifiques et de la gouvernance du projet FBR.

#### Article premier. Objectif du contrat

Le présent contrat a pour objectif principal de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la Région de « **nom de la région** » par (i) la coordination de l'action sanitaire au niveau de la Région, (ii) l'organisation générale des activités et (iii) l'amélioration de la gouvernance sanitaire.

En partenariat avec le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) octroie aux EPS à travers le programme national FBR un crédit du dispositif FBR. Ce crédit est destiné à améliorer la santé de la population sénégalaise à travers l'amélioration du fonctionnement de l'EPS et du renforcement de la motivation du personnel de santé de l'EPS.

Le présent Contrat établit les obligations mutuelles du MSAS et de l'EPS signataires dans le cadre du FBR. Il est convenu que tous les montants figurant dans le texte du présent contrat sont exprimés en francs CFA.

#### Article 2. Engagements du MSAS

Le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale s'engage à doter l'EPS de la Région de « **nom de la région** » de ressources humaines et de moyens pour assurer le suivi des activités.

#### Article 3. Engagements du Directeur de l'EPS

Le directeur de l'EPS est, au nom et pour le compte de l'EPS chargé de : i) veiller à la remontée des informations ; ii) procéder trimestriellement à l'élaboration du rapport et de la demande de paiement ; iii) assurer le suivi régulier des services.

#### Article 4. Le système de motivation

L'objectif général du FBR est d'améliorer la performance des formations sanitaires dans les domaines de la santé maternelle et infantile et de la lutte contre la maladie. La principale mesure de performance adoptée pour l'EPS reflète la performance de l'ensemble des services de l'EPS. Cette mesure de la performance de l'EPS est présentée dans le Tableau 1. Une définition détaillée de ces indicateurs est reprise dans le *Manuel de procédures FBR*. Dans le cas où un ou plusieurs indicateurs ne sont pas applicables, la pondération doit être recalculée en rapport avec les instructions du *Manuel de procédures FBR*.

**Tableau 1: Mesures de performance - « nom de l'EPS »**

| Indicateurs   | Pondération |
|---|-------------|
| <b>►1. Indicateurs de gouvernance</b>   |             |
| 1.1 † Nombre de réunions du comité de pilotage de la qualité tenues                                   | 7%          |
| 1.2 † Nombre de réunions du CTE tenues  | 4%          |
| 1.3 † Nombre de réunions de la CME tenues   | 4%          |
| 1.4 † Proportion de services qui appliquent les 5S et le CLIN dans la gestion des déchets             | 8%          |
| 1.5 † Taux de promptitude du rapport d'activités trimestriel  | 6%          |
| 1.6 † Taux d'exhaustivité des rapports d'activités des services de l'EPS                              | 6%          |
| 1.7 † Taux de promptitude des rapports de suivi budgétaire  | 5%          |
| <b>Sous total</b>   | <b>40%</b>  |
| <b>► 2. Indicateurs de lutte contre la maladie</b>  |             |
| 2.1 † Proportion de résultats de laboratoire validés  | 4%          |
| 2.2 † Proportion de résultats de laboratoire soumis au respect de la confidentialité                  | 4%          |
| 2.3 † Proportion de résultats de laboratoire disponible dans les délais                               | 5%          |
| 2.4 † Proportion de cas d'urgence chirurgicale PEC dans les délais                                    | 7%          |
| 2.5 † Proportion des cas référés correctement pris en charge  | 5%          |
| 2.6 † Proportion de femmes enceintes séropositives suivies selon les normes et protocoles de PEC/VIH  | 5%          |
| <b>Sous total</b>   | <b>30%</b>  |
| <b>► 3. Indicateurs de santé maternelle néo-natale et infantile</b>                                   |             |
| 3.1 † Nombre de réactifs du bilan standard prénatal n'ayant pas connu une rupture durant le trimestre | 7%          |
| 3.2 † Proportion de cas d'urgences obstétricales PEC dans les délais                                  | 10%         |
| 3.3 † Proportion de nouveaux nés en détresse correctement pris en charge                              | 8%          |
| 3.4 † Proportion de décès maternels pour lesquels des audits sont réalisés                            | 5%          |
| <b>Sous total</b>   | <b>30%</b>  |
| <b>Total</b>  | <b>100%</b> |

### *Article 5. Le calcul des cibles*

Le calcul des cibles est effectué selon les règles du *Manuel de procédures FBR*. L'augmentation attendue varie selon la référence de base. Les cibles exprimées en taux sont traduites en valeurs absolues. Les cibles ne peuvent pas être modifiées au cours du contrat.

**Tableau 2.** Le calcul de l'augmentation attendue en fonction de la référence de base pour l'EPS.

| Indicateurs de l'EPS   | Cible relative                          | Augmentation attendue |
|--|---|-----------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de réactifs du bilan standard prénatal n'ayant pas connu une rupture durant le trimestre</li> <li>▪ Taux promptitude du rapport d'activités trimestriel</li> <li>▪ Nombre de réunions du comité de pilotage de la qualité tenues</li> <li>▪ Nombre de réunions du CTE tenues</li> <li>▪ Nombre de réunions de la CME tenues</li> <li>▪ Taux d'exhaustivité des rapports d'activités des services de l'EPS</li> <li>▪ Proportion de résultats de laboratoire validés</li> <li>▪ Taux de promptitude des rapports de suivi budgétaire</li> <li>▪ Proportion de résultats de laboratoire soumis au respect de la confidentialité</li> </ul> | 100% quel que soit la référence de base |                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proportion de services qui appliquent les 5S et le CLIN dans la gestion des déchets</li> <li>▪ Proportion de résultats de laboratoire disponible dans les délais</li> <li>▪ Proportion de décès maternels pour lesquels des audits sont réalisés</li> </ul>   | Moins de 50% →                          | 20 points par an      |
|  | Entre 50% et 70% →                      | 15 points par an      |
|  | 70% ou plus →                           | 10 points par an      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proportion de femmes enceintes séropositives suivies selon les normes et protocoles de PEC/VIH</li> <li>▪ Proportion de cas d'urgences obstétricales PEC dans les délais</li> <li>▪ Proportion de nouveaux nés en détresse correctement pris en charge</li> <li>▪ Proportion de cas d'urgence chirurgicale PEC dans les délais</li> <li>▪ Proportion des cas référés correctement pris en charge</li> </ul>   | 100% quel que soit la référence de base |                       |

### *Article 6. Estimation de l'enveloppe FBR*

Le montant maximum pouvant être octroyé à l'EPS de « **nom de l'EPS** » sous forme de paiements basés sur les résultats, selon le présent contrat, est de « **montant en F CFA** ». L'estimation de ce montant maximum est effectuée selon les règles élaborées dans le *Manuel de procédures FBR*, en utilisant les Tableaux 3a et 3b repris en annexe.

Pour chacun des trois premiers trimestres, le montant du paiement correspondant à l'atteinte de la cible trimestrielle portant sur un indicateur est de 20% du montant maximum annuel disponible pour cet indicateur.

## Article 7. Délais de transmission des rapports d'activité et de la demande de paiement

Dans les dix(10) jours ouvrables suivant la fin du trimestre, la direction de l'EPS fait la synthèse de tous les rapports d'activités trimestriels des différents services et élabore son rapport de performance et sa demande de paiement qu'elle soumet au CRG via le MCR pour transmission au PN FBR selon les règles détaillées dans le *Manuel de procédures FBR*.

## Article 8. Vérification

Le Financement Basé sur les Résultats repose sur une confiance forte entre les différentes entités impliquées. Toute fraude fait l'objet de sanctions. Le processus de vérification visant l'identification des fraudes est détaillé dans le *Manuel de procédures FBR*. A cette fin, il est attendu de chaque EPS le respect des procédures de vérification mises en place. Toute entrave est sanctionnée (voir Article 13).

## Article 9. Versement de fonds

Les crédits FBR sont versés trimestriellement, après vérification, sur le compte bancaire du bénéficiaire ouvert à cet effet. Le Chronogramme du FBR précise les délais prévus pour l'exécution des versements de fonds (voir le *Manuel de procédures FBR*).

## Article 10. Règles de répartition interne des primes

Un minimum de 25% du montant trimestriel octroyé à l'EPS est réservé au fonctionnement de l'EPS ou à la mise en œuvre d'activités contribuant à l'atteinte des cibles. Le solde du montant (maximum 75%) est distribué au personnel de l'EPS sous forme de primes. Cette distribution se fait de manière transparente et selon des critères développés au niveau de l'EPS en conformité avec les principes définis dans le *Manuel de procédures FBR*. Le Directeur est responsable de l'organisation de discussions autour de la définition de ces critères de répartition. La distribution se fait sur la base d'un état de paiement qui sera conservé par le Directeur pour d'éventuels contrôles.

## Article 11. Plafond pour les primes individuelles

Afin de maintenir une équité entre les agents de santé, la prime individuelle attribuée à un agent ne dépasse pas 20% de son salaire portant sur la même période.

## Article 12. Justification de l'usage du crédit FBR

Pour les besoins de vérification, l'EPS est tenu de conserver les justificatifs des dépenses – y compris les états de paiement des primes individuelles – réalisées avec les crédits FBR conformément aux procédures en vigueur.

## Article 13. Pénalités en cas de fraudes

Pour que le mécanisme du FBR soit crédible et efficient, il est crucial qu'un système de sanctions dissuasives soit mis en place afin de limiter les éventuelles déclarations frauduleuses. Toute fraude de la part de l'EPS fait l'objet de pénalités. Les sanctions suivantes sont appliquées (après soustraction des sommes qui auraient pu être perçues ou qui l'ont déjà été de façon frauduleuse) :

- 1<sup>ère</sup> fois qu'une fraude est constatée : 50% du crédit trimestriel FBR retenu ;
- 2<sup>ème</sup> fois qu'une fraude est constatée: la totalité du crédit trimestriel FBR est retenue ;
- 3<sup>ème</sup> fois qu'une fraude est constatée: le contrat est suspendu.

Tout montant retenu suite à une fraude est retiré de l'enveloppe annuelle FBR. En outre, des sanctions administratives appropriées peuvent être prises par l'autorité compétente.

#### Article 14. Durée

Le présent contrat est valable une année ne peut faire l'objet d'une tacite reconduction. Chaque année le FBR fait l'objet d'un nouveau contrat.

#### Article 15. Arbitrage

En cas de litiges dans l'exécution du contrat les parties contractantes peuvent saisir un arbitre désigné de façon consensuelle et ou convenir de tout autre arrangement à l'amiable.

#### Article 16. Révision

Les dispositions du présent contrat ainsi que les documents qui y sont annexés peuvent être révisés sur demande motivée de l'une des parties et acceptation de l'autre partie.

#### Article 17. Annexes

Les annexes du présent contrat de performance font partie intégrante.

#### Article 18. Déclaration d'engagement

En foi de quoi les parties acceptent les termes du présent contrat et s'engagent à les respecter et à les faire respecter par toutes les parties prenantes.

#### Article 19. Entrée en vigueur

Le présent contrat entre en vigueur dès sa signature par les parties prenantes. Les différentes parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat ainsi que du *Manuel de procédures FBR* auquel il fait référence.

● Fait en six (6) exemplaires à **Dakar**, le

⇨ Pour l'*Etablissement public de santé de Kolda*

⇨ Pour le Ministère de la Santé et l'Action Sociale,

⇨ le Directeur de l'EPS,  
« **nom du Directeur** »

⇨ le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale,

**« Nom du Ministre »**

- Un exemplaire de ce contrat est envoyé aux destinataires suivants :
    - La collectivité locale compétente
    - Le CRG
    - La DPRS
    - Le Programme national FBR
-

## B. Contrat de performance entre le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale et l'Equipe Cadre de Région

---

Il est conclu le contrat suivant entre le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, représenté par le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale, « **nom du Ministre** »

ET

la Région médicale (RM) de « **nom de la région** » représenté par le Médecin Chef de région (MCR), agissant pour le compte de l'Equipe Cadre de Région (ECR), « **nom du MCR** »

**Il a été convenu et arrêté ce qui suit :**

### *Préambule*

---

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) dispose d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 mis en œuvre à travers le Document de Programmation Pluriannuel des dépenses (DPPD). Le DPPD est un plan triennal glissant avec des projections budgétaires pour les trois années. Cependant, sa mise en œuvre nécessite la réorganisation du système de management du district sanitaire, la culture de performance, une plus grande équité dans le système de motivation des agents de santé et le développement du sens de la responsabilité.

C'est dans cette perspective qu'a été conçu le projet pilote de Financement Basé sur les Résultats (FBR) qui va être expérimenté au niveau des structures sanitaires.

Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) au Sénégal a été conçu par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) comme approche pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) santé.

Il s'agit d'un projet pertinent, opportun et structurant. Il est pertinent par rapport au "Programme Gouvernance sanitaire" du Document de Programmation Pluriannuel des dépenses (DPPD) santé, instrument d'opérationnalisation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui fait de la culture de la performance un axe majeur. Son opportunité tient au besoin pressant de résoudre la question de la motivation des personnels de santé dans le cadre de la Gestion axée sur les Résultats et de promouvoir des réformes pour améliorer le management du district sanitaire dans le contexte de la décentralisation. Son caractère structurant est lié à l'effet positif qu'il aura sur la performance des districts en matière de réalisation des OMD

La mise en œuvre du Financement basé sur les Résultats passe la signature de contrats de performances entre le MSAS et les acteurs directement impliqués dans la mise en œuvre du projet. Ces contrats de performances visent à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la Région de « **nom de la région** » par (i) la coordination de l'action sanitaire au niveau du district, (ii) l'organisation générale des activités et (iii) l'encadrement et la gestion des formations sanitaires.

Le présent contrat a pour objet de définir les obligations mutuelles du MSAS et de la RM de « **nom de la région** » dans la mise en œuvre du projet défini par l'arrêté fixant les modalités de la mise en œuvre du projet. Le manuel de procédures FBR contient la description des objectifs spécifiques et de la gouvernance du projet pilote FBR.

### Article premier. Objectif du contrat

Le présent contrat a pour objectif principal de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la Région de « **nom de la région** » par (i) la coordination de l'action sanitaire au niveau de la Région et du district, (ii) l'organisation générale des activités et (iii) l'encadrement et la gestion des formations sanitaires.

En partenariat avec le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) octroie aux ECR des régions à travers le FBR un crédit du dispositif FBR. Ce crédit est destiné à améliorer la santé de la population Sénégalaise au travers de l'amélioration du fonctionnement de l'ECR et du renforcement de la motivation du personnel de santé dans ces régions..

Le présent Contrat établit les obligations mutuelles du MSAS et de la RM signataires dans le cadre du FBR. Il est convenu que tous les montants figurant dans le texte du présent contrat sont exprimés en francs CFA.

### Article 2. Engagements du MSAS

Le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale s'engage à doter l'Equipe Cadre de Région de ressources humaines et de moyens pour assurer les Supervisions.

### Article 3. Engagements du MCR

Le MCR est, au nom et pour le compte de la RM, chargé de : i) veiller à la remontée des informations ; ii) procéder trimestriellement à la synthèse des rapports et des demandes de paiement des districts ; iii) assurer la tenue régulière des supervisions trimestrielles vers les Equipes Cadre de District.

### Article 4. Le système de motivation

L'objectif général du FBR est d'améliorer la performance des formations sanitaires dans les domaines de la santé maternelle et infantile et de la lutte contre la maladie. Le rôle de l'ECR étant de venir en appui aux ECD, la principale mesure de performance adoptée pour l'ECR reflète la performance de l'ensemble des ECD de la Région. Cette mesure, ainsi que trois autres mesures portant sur certaines tâches spécifiques de l'ECR, sont présentées dans le Tableau 1. Une définition détaillée de ces indicateurs est reprise dans le *Manuel de procédures FBR*. Dans le cas où un ou plusieurs indicateurs ne sont pas applicables, la pondération doit être recalculée en rapport avec les instructions du *Manuel de procédures FBR*.

**Tableau 1: Mesures de performance - Equipe Cadre de Région de nom de la région**

| Equipe Cadre de région   | Pondération |
|--|-------------|
| 1. Proportion de l'enveloppe FBR disponible pour les équipes cadres des districts de la région ayant été effectivement octroyée à ces structures | 40%         |
| 2. Nombre de supervisions au cours du trimestre de l'ECR vers les ECD  | 30%         |
| 3. Taux de promptitude des rapports périodiques SIS  | 15%         |
| 4. Taux d'exhaustivité des rapports SIS périodiques  | 15%         |
| <b>TOTAL POIDS</b>   | <b>100%</b> |

### Article 5. Le calcul des cibles

Le calcul des cibles (voir Tableau 2) est effectué selon les règles du *Manuel de procédures FBR*. L'augmentation attendue varie selon la référence de base. Les cibles exprimées en taux sont traduites en valeurs absolues en fonction du nombre de formations sanitaires dans le district en question (voir le *Manuel de procédures FBR*). Les cibles ne peuvent pas être modifiées au cours du contrat.

**Tableau 2. Le calcul de cibles pour l'Equipe Cadre de Région « nom de la région »**

| Indicateurs de l'ECD   | Cible relative                          | Cible absolue pour chaque trimestre  |
|--|---|--|
| 1. Proportion de l'enveloppe FBR disponible pour l'ensemble des ECD ayant été effectivement octroyée à ces ECD | Pas de cible                            | Pas de cible   |
| 2. Nombre de Supervisions au cours du trimestre de l'ECR vers les ECD  | 100% quel que soit la référence de base | Nombre de supervision attendu  |
| 3. Taux de promptitude des rapports SIS périodiques  | 100% quel que soit la référence de base | Nombre de rapports trimestriels attendus<br>Nombre de districts de la Région |
| 4. Taux d'exhaustivité des rapports SIS périodiques  | 100% quel que soit la référence de base | Nombre de rapports trimestriels attendus<br>Nombre de districts de la Région |

### Article 6. Estimation de l'enveloppe FBR

Le montant annuel maximum pouvant être octroyé à l'ECR de la région de « **nom de la région** » sous forme de paiements basés sur les résultats, selon le présent contrat, est de « **montant en F CFA** ». L'estimation de ce montant maximum annuel est effectuée selon les règles élaborées dans le *Manuel de procédures FBR*.

Pour chacun des trois premiers trimestres, le montant du paiement correspondant à l'atteinte de la cible trimestrielle portant sur un indicateur est de 20% du montant maximum annuel disponible pour cet indicateur.

### Article 7. Supervision

L'ECR s'engage à effectuer régulièrement les supervisions vers les Equipes Cadre de District de la Région.

### Article 8. Délais de transmission des rapports d'activité et des demandes de paiement

Dans les quinze jours ouvrables suivant la fin du trimestre, l'ECR fait la synthèse de tous les rapports trimestriels de performance des ECD et élabore son rapport de performance et sa demande de paiement qu'elle soumet au CRG via le MCR pour transmission au Programme chargé du FBR selon les règles détaillées dans le *Manuel de procédures FBR*.

### Article 9. Vérification

Le Financement Basé sur les Résultats repose sur une confiance forte entre les différentes entités impliquées. Toute fraude fait l'objet de sanctions. Le processus de vérification visant l'identification des fraudes est détaillé

dans le *Manuel de procédures FBR*. A cette fin, il est attendu de chaque ECR le respect des procédures de vérification mises en place. Toute entrave est sanctionnée.

#### Article 10. Versement de fonds

---

Les crédits FBR sont versés trimestriellement, après vérification, sur le compte bancaire ouvert à cet effet. Le Chronogramme du Projet Pilote FBR précise les délais prévus pour l'exécution des versements de fonds (voir le *Manuel de procédures FBR*).

#### Article 11. Règles pour la répartition interne des paiements basés sur les résultats octroyés

---

Un minimum de 25% du montant trimestriel octroyé à l'ECR est réservé au fonctionnement de l'ECR ou à la mise en œuvre d'activités contribuant à l'atteinte des cibles. Le solde du montant (maximum 75%) est distribué aux membres de l'ECR sous forme de primes. Cette distribution se fait de manière transparente et selon des critères développés au niveau de l'ECR en conformité avec les principes définis dans le *Manuel de procédures FBR*. Le MCR est responsable de l'organisation de discussions autour de la définition de ces critères de répartition. La distribution se fait sur la base d'un état de paiement qui sera conservé par le MCR pour d'éventuels contrôles.

Article 12. Plafond pour les primes individuelles

Afin de maintenir une équité entre les agents de santé, la prime individuelle attribuée à un agent ne dépasse pas 20% de son salaire portant sur la même période.

#### Article 12. Justification de l'usage du crédit FBR

---

Pour les besoins de vérification, l'ECR est tenue de conserver les justificatifs des dépenses – y compris les états de paiement des primes individuelles – réalisées avec les Crédits FBR conformément aux procédures en vigueur.

#### Article 13. Pénalités en cas de fraudes

---

Pour que le mécanisme du FBR soit crédible et efficient, il est crucial qu'un système de sanctions dissuasives soit mis en place afin de limiter les éventuelles tentations de déclarations frauduleuses. Toute fraude de la part de l'ECR fait l'objet de pénalités : les sanctions suivantes sont appliquées (après soustraction des sommes qui auraient pu être perçues ou l'ont déjà été de façon frauduleuse) :

- 1<sup>ère</sup> fois qu'une fraude est constatée : 50% du crédit trimestriel FBR retenu ;
- 2<sup>ème</sup> fois qu'une fraude est constatée: la totalité du crédit trimestriel FBR est retenue ;
- 3<sup>ème</sup> fois qu'une fraude est constatée: le contrat est suspendu.

Tout montant retenu suite à une fraude est retiré de l'enveloppe annuelle FBR. En outre, des sanctions administratives appropriées peuvent être prises par l'autorité compétente.

#### Article 14. Durée

---

Le présent contrat est valable pour une durée d'un an et, ne peut faire l'objet d'une tacite reconduction. Chaque année le FBR fait l'objet d'un nouveau contrat.

#### Article 15. Arbitrage

---

En cas de litiges dans l'exécution du contrat les parties contractantes peuvent saisir un arbitre qu'elles auront désigné de façon consensuelle ou convenir de tout autre arrangement à l'amiable.

### Article 16. Révision

Les dispositions du présent contrat ainsi que les documents qui y sont annexés peuvent être révisés sur demande motivée de l'une des parties et acceptation de l'autre partie.

### Article 17. Annexes

Les annexes du présent contrat d'exécution en font partie intégrante.

### Article 18. Déclaration d'engagement

En foi de quoi les parties acceptent les termes du présent contrat et s'engagent à les respecter et à les faire respecter par toutes les parties prenantes.

### Article 19. Entrée en vigueur

Le présent contrat entre en vigueur le jour de sa signature par les parties. Les différentes parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat ainsi que du *Manuel de procédures FBR* auquel celui-ci fait référence.

- Fait en six (6) exemplaires à **Dakar**, le .....

⇨ Pour l'Equipe Cadre de la Région Médicale de  
**« nom de la région »**

⇨ Pour le Ministère de la Santé et l'Action  
Sociale,

⇨ le Médecin Chef de la Région Médicale,  
**« nom du MCR »**

⇨ le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale,  
**« nom du Ministre »**

- Des exemplaires de ce contrat sont envoyés aux entités suivantes :

- La collectivité locale compétente
- La DPRS
- Le CRG
- Le Programme national FBR

## C. Contrat de performance entre la Région Médicale et l'Equipe Cadre de District.

---

Il est conclu le contrat suivant entre la région médicale (RM) de «**NomRM**», représenté par son Médecin Chef, «**TitreRepOG**» «**NomRepOG**»

ET

Le District sanitaire (DS) de «**NomDS**» représenté par le Médecin Chef de district (MCD), agissant pour le compte de l'Equipe Cadre de District (ECD), «**TitreRepSS**». «**PrénomsRepSS**» «**NomRepSS**».

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

### *Préambule*

---

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) dispose d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 mis en œuvre à travers le Document de Programmation Pluriannuel des dépenses (DPPD). Le DPPD est un plan triennal glissant avec des projections budgétaires pour les trois années. Cependant, sa mise en œuvre nécessite la réorganisation du système de management du district sanitaire, la culture de performance, une plus grande équité dans le système de motivation des agents de santé et le développement du sens de la responsabilité.

C'est dans cette perspective qu'a été conçu le projet pilote de Financement Basé sur les Résultats (FBR) qui va être expérimenté au niveau des structures sanitaires.

Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) au Sénégal a été conçu par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) comme approche pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) santé.

Il s'agit d'un projet pertinent, opportun et structurant. Il est pertinent par rapport au "Programme Gouvernance sanitaire" du Document de Programmation Pluriannuel des dépenses (DPPD) santé, instrument d'opérationnalisation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui fait de la culture de la performance un axe majeur. Son opportunité tient au besoin pressant de résoudre la question de la motivation des personnels de santé dans le cadre de la Gestion axée sur les Résultats et de promouvoir des réformes pour améliorer le management du district sanitaire dans le contexte de la décentralisation. Son caractère structurant est lié à l'effet positif qu'il aura sur la performance des districts en matière de réalisation des OMD

La mise en œuvre du Financement basé sur les Résultats passe par la signature de contrats de performances entre le MSAS et les acteurs directement impliqués dans la mise en œuvre du projet. Ces contrats de performances visent à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la Région de «**NomRM**» par (i) la coordination de l'action sanitaire au niveau du district, (ii) l'organisation générale des activités et (iii) l'encadrement et la gestion des formations sanitaires.

Le présent contrat a pour objet de définir les obligations mutuelles du MSAS et de la RM de «**NomRM**» dans la mise en œuvre du projet défini par l'arrêté fixant les modalités de la mise en œuvre du projet. Le manuel de procédures FBR contient la description des objectifs spécifiques et de la gouvernance du projet pilote FBR.

### *Article premier. Objectif du contrat*

---

Le présent contrat a pour objectif principal de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du district sanitaire de «**NomDS**», par une amélioration de (i) la coordination de l'action sanitaire au niveau du

district, (ii) l'organisation générale des activités et (iii) l'encadrement et la gestion des formations sanitaires en vue d'une amélioration de l'accessibilité, de l'utilisation et de la qualité des soins de santé.

En partenariat avec le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) octroie aux ECD des districts à travers le FBR un crédit du dispositif FBR. Ce crédit est destiné à améliorer la santé de la population Sénégalaise au travers de l'amélioration du fonctionnement de l'ECD et du renforcement de la motivation du personnel de santé dans les districts..

Le présent contrat établit les obligations mutuelles de la Région médicale de «**NomRM**» et de l'ECD signataires dans le cadre du FBR.

### **Article 2. Engagements du MCR**

Le MCR est, au nom et pour le compte de la RM, chargé de : i) coordonner le Comité régional de gestion (CRG) et veiller à ce que celui-ci remplisse ses tâches telles que décrites dans le manuel de procédures ; ii) veiller à la remontée des informations ; iii) procéder trimestriellement à la synthèse des rapports et des demandes de paiement des districts ; iv) et vérifier la conformité des rapports fournis par l'équipe cadre de district d'après les modalités prévues dans le manuel de procédures.

### **Article 3. Engagements du MCD**

Le médecin chef de district est, au nom et pour le compte de l'équipe cadre du district, chargé en rapport avec les médecins des centres de santé et les prestataires, de donner forme au projet et le rendre opérationnel.

Le médecin chef de district procède mensuellement en collaboration avec les membres de l'équipe cadre à la synthèse des informations fournies par les prestataires.

Le MCD appuie les Centres et postes de santé à préparer un plan d'actions trimestriel tiré de son Plan de travail annuel (PTA) qui identifie les stratégies visant à adresser les défis exposés dans les rapports d'activités mensuels et trimestriels. Il assurera également la transmission trimestrielle des rapports et des demandes de paiement à la Région Médicale dans les délais impartis.

### **Article 4. Le système de motivation**

L'objectif général du FBR est d'améliorer la performance des formations sanitaires dans les domaines de la santé maternelle et infantile et de la lutte contre la maladie. Le rôle de l'ECD étant de venir en appui aux formations sanitaires du district, la principale mesure de performance adoptée pour l'ECD reflète la performance de l'ensemble des formations sanitaires du district. Cette mesure, ainsi que trois autres mesures portant sur certaines tâches spécifiques de l'ECD, sont présentées dans le Tableau 1. Une définition détaillée de ces indicateurs est reprise dans le *Manuel de procédures FBR*. Dans le cas où un ou plusieurs indicateurs ne sont pas applicables, la pondération doit être recalculée en rapport avec les instructions du *Manuel de procédures FBR*.

**Tableau 1: Mesures de performance - Equipe Cadre du District de «NomDS»**

| Indicateurs de l'ECD   | Mesures en vigueur | Pondération | Pondération en vigueur |
|--|--------------------|-------------|------------------------|
| 1. Proportion de l'enveloppe FBR disponible pour les structures sanitaires ayant été effectivement octroyée à ces structures | Oui                | 50%         | 50%                    |
| 2. Proportion de plans d'action trimestriels appuyés par l'ECD   | Oui                | 20%         | 20%                    |
| 3. Taux de promptitude de rapports SIS périodiques   | Oui                | 15%         | 15%                    |
| 4. Taux d'exhaustivité des rapports SIS périodiques  | Oui                | 15%         | 15%                    |
| TOTAL POIDS  |                    | <b>100%</b> | <b>100%</b>            |

## Article 5. Le calcul des cibles

Le calcul des cibles (voir Tableau 2) est effectué selon les règles du *Manuel de procédures FBR*. L'augmentation attendue varie selon la référence de base. Les cibles exprimées en taux sont traduites en valeurs absolues en fonction du nombre de formations sanitaires dans le district en question (voir le *Manuel de procédures FBR*). Les cibles ne peuvent pas être modifiées au cours du contrat.

**Tableau 2. Le calcul de cibles pour l'Equipe Cadre de District**

| Indicateurs de l'ECD  | Cible relative                         |
|---|--|
| 1. Proportion de l'enveloppe FBR disponible pour l'ensemble des structures sanitaires du district (CS + PS) ayant été effectivement octroyée à ces structures | Pas de cible                           |
| 2. Proportion de plans d'action trimestriels appuyés par l'ECD  | 100% des structures sont appuyées      |
| 3. Taux de promptitude des rapports SIS périodiques   | 100% quelque soit la référence de base |
| 4. Taux d'exhaustivité des rapports SIS périodiques   | 100% quelque soit la référence de base |

## Article 6. Estimation de l'enveloppe FBR

Le montant annuel maximum pouvant être octroyé à l'ECD du «**NomSS**» sous forme de paiements basés sur les résultats, selon le présent contrat, est de «**MONTANT\_EFBR**» **F CFA**. L'estimation de ce montant maximum annuel est effectuée selon les règles élaborées dans le *Manuel de procédures FBR*, en utilisant les Tableaux 3a et 3b repris en annexe.

Pour chacun des trois premiers trimestres, le montant du paiement correspondant à l'atteinte de la cible trimestrielle portant sur un indicateur est de 20% du montant maximum annuel disponible pour cet indicateur. Si en fin d'année, la cible annuelle est atteinte, le solde du montant maximum annuel est octroyé.

## Article 7. Plan d'Action

L'ECD s'engage à préparer un plan d'action trimestriel tiré de son Plan de Travail Annuel (PTA) qui identifie les stratégies visant à adresser les défis exposés dans les rapports d'activité trimestriels.

## Article 8. Délais de soumission des rapports d'activité et des demandes de paiement

Dans les cinq jours ouvrables suivant la fin du mois, l'ECD reçoit un rapport de performance mensuel sur les activités ciblées de chaque formation sanitaire du district (CS et PS). Dans les cinq jours ouvrables suivant la fin du trimestre, l'ECD reçoit un rapport d'activités de synthèse trimestriel sur les activités ciblées de chaque formation sanitaire du district (CS et PS) ainsi que leur check-list de qualité des soins. Ces documents trimestriels sont accompagnés d'une demande de paiement trimestriel.

Dans les dix jours ouvrables suivant la fin du mois, l'ECD fait la synthèse de tous les rapports de performance mensuels et prépare le tableau de bord selon les instructions reprises dans le *Manuel de procédures FBR*. Chaque mois, l'ECD partagera le tableau de bord avec les formations sanitaires du district (CS et PS) ainsi qu'avec les Collectivités Locales compétentes. Dans les dix jours ouvrables suivant la fin du trimestre, l'ECD prépare un rapport de performance trimestriel pour l'ensemble du district (CS et PS). Elle procède également au remplissage du formulaire de demande de paiement qu'elle soumet au CRG via le MCR pour transmission au Programme FBR selon les règles détaillées dans le *Manuel de procédures FBR*.

### ***Article 9. Vérification***

---

Le Financement Basé sur les Résultats repose sur une confiance forte entre les différentes entités impliquées. Toute fraude fait l'objet de sanction pécuniaire et/ou administrative. Le processus de vérification visant l'identification des fraudes est détaillé dans le *Manuel de procédures FBR*. A cette fin, il est attendu de chaque ECD le respect des procédures de vérification mises en place. Toute entrave sera passible de l'article 14 ci-dessous ou d'une sanction administrative.

### ***Article 10. Versement de fonds***

---

Les crédits FBR sont versés trimestriellement, après vérification, sur le compte bancaire ouvert à cet effet. Le Chronogramme du Projet Pilote FBR précise les délais prévus pour l'exécution des versements de fonds (voir le *Manuel de procédures FBR*).

### ***Article 11. Règles pour la répartition interne des paiements basés sur les résultats octroyés***

---

Un minimum de 25% du montant trimestriel octroyé à l'ECD est réservé au fonctionnement de l'ECD ou à la mise en œuvre d'activités contribuant à l'atteinte des cibles. Le solde du montant (maximum 75%) est distribué aux membres de l'ECD sous forme de primes. Cette distribution se fait de manière transparente et selon des critères développés au niveau de l'ECD en conformité avec les principes définis dans le *Manuel de procédures FBR*. Le MCD est responsable de l'organisation de discussions autour de la définition de ces critères de répartition. Outre les membres de l'ECD, des représentants du Comité de Santé participeront à ces discussions. La distribution même se fait en présence de l'ensemble du personnel de l'ECD et du Président du Comité de santé de district ou de son représentant.

### ***Article 12. Plafond pour les primes individuelles***

---

Afin de maintenir une équité entre les agents de santé, la prime individuelle attribuée à un agent ne dépasse pas 20% de son salaire portant sur la même période.

### ***Article 13. Justification de l'usage du crédit FBR***

---

Pour les besoins d'audit, l'ECD est tenue de conserver les justificatifs des dépenses – y compris les états de paiement des primes individuelles – réalisées avec les Crédits FBR conformément aux procédures en vigueur.

### ***Article 14. Pénalités en cas de fraudes***

---

Pour que le mécanisme du FBR soit crédible et efficient, il est crucial qu'un système de sanction soit mis en place afin de limiter les éventuelles tentations de déclarations frauduleuses. Toute fraude de la part de l'ECD fait l'objet de pénalités : les sanctions suivantes sont appliquées (après soustraction des sommes qui auraient pu être perçues ou l'ont déjà été de façon frauduleuse) :

- 1<sup>ère</sup> fois qu'une fraude est constatée : 50% du crédit trimestriel FBR retenu ;
- 2<sup>ème</sup> fois qu'une fraude est constatée: la totalité du crédit trimestriel FBR est retenue ;
- 3<sup>ème</sup> fois qu'une fraude est constatée: le contrat est suspendu.

Tout montant retenu suite à une fraude est retiré de l'enveloppe annuelle FBR. En outre, des sanctions administratives appropriées peuvent être prises par l'autorité compétente.

### ***Article 15. Durée***

---

Le présent contrat est valable pour une durée d'un an et ne peut faire l'objet d'une tacite reconduction. Chaque année le FBR fait l'objet d'un nouveau contrat.

### Article 16. Arbitrage

En cas de litiges dans l'exécution du contrat les parties contractantes peuvent saisir l'autorité de tutelle supérieure ou convenir de tout autre arrangement à l'amiable.

### Article 17. Révision

Les dispositions du présent contrat ainsi que les documents qui y sont annexés peuvent être révisés sur demande motivée de l'une des parties et acceptation de l'autre partie.

### Article 18. Annexes

Les annexes du présent contrat d'exécution en font partie intégrante. Il s'agit des documents suivants : Tableaux 3a et 3b.

### Article 19. Déclaration d'engagement

En foi de quoi les parties acceptent les termes du présent contrat et s'engagent à les respecter et à les faire respecter par toutes les parties prenantes.

### Article 20. Entrée en vigueur

Le présent contrat entre en vigueur le jour de sa signature par les parties. Les différentes parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat ainsi que du *Manuel de procédures FBR* auquel celui-ci fait référence.

- Fait en six (6) exemplaires à «**FAIT\_A**», le «**ENDATEDU**»

⇒ Pour l'Equipe Cadre du District de «**NomDS**»

⇒ Pour la Région Médicale de «**NomRM**»,

⇒ Le Médecin Chef du District,

«**TitreRepSS**» «**PrénomsRepSS**» «**NomRepSS**»

⇒ Le Médecin Chef de Région,

«**TitreRepOG**» «**NomRepOG**»

- Des exemplaires de ce contrat sont envoyés aux entités suivantes :

- les autorités administratives compétentes
- Le CRG
- La DPRS
- Le PNFBR

## **D. Contrat de performance entre la Région Médicale et le Centre de Santé**

---

Il est conclu le contrat suivant entre la «**NomOG**», représenté par son Médecin Chef, «**TitreRepOG**» «**NomRepOG**»

ET

Le «**NomSS**», représentée par le Médecin Chef du Centre de Santé, «**TitreRepSS**» «**PrénomsRepSS**» «**NomRepSS**»

**Il a été convenu et arrêté ce qui suit :**

### *Préambule*

---

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) dispose d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 mis en œuvre à travers le Document de Programmation Pluriannuel des dépenses (DPPD). Le DPPD est un plan triennal glissant avec des projections budgétaires pour les trois années. Cependant, sa mise en œuvre nécessite la réorganisation du système de management du district sanitaire, la culture de performance, une plus grande équité dans le système de motivation des agents de santé et le développement du sens de la responsabilité.

C'est dans cette perspective qu'a été conçu le projet pilote de Financement Basé sur les Résultats (FBR) qui va être expérimenté au niveau des structures sanitaires.

Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) au Sénégal a été conçu par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) comme approche pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans le secteur de la santé.

Il s'agit d'un projet pertinent, opportun et structurant. Il est pertinent par rapport au "Programme Gouvernance sanitaire" du Document de Programmation Pluriannuel des dépenses (DPPD) santé, instrument d'opérationnalisation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui fait de la culture de la performance un axe majeur. Son opportunité tient au besoin pressant de résoudre la question de la motivation des personnels de santé dans le cadre de la gestion axée sur les résultats et de promouvoir des réformes pour améliorer le management du district sanitaire dans le contexte de la décentralisation. Son caractère structurant est lié à l'effet positif qu'il aura sur la performance des districts en matière de réalisation des OMD santé.

La mise en œuvre du Financement basé sur les Résultats passe par la signature de contrats de performances entre le MSAS et les acteurs directement impliqués dans la mise en œuvre du projet. Ces contrats de performances contribuent à l'amélioration de l'état de santé de la population de la Région de «**NomRM**» par (i) la coordination de l'action sanitaire au niveau du district, (ii) l'organisation générale des activités et (iii) l'encadrement et la gestion des formations sanitaires.

Le présent contrat a pour objet de définir les obligations mutuelles du MSAS et de la RM de «**NomRM**» dans la mise en œuvre du projet défini par l'arrêté fixant les modalités de la mise en œuvre du projet. Le manuel de procédures FBR contient la description des objectifs spécifiques et de la gouvernance du projet pilote FBR.

### *Article premier. Objectif du contrat*

---

Le présent contrat a pour objectif principal de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population desservie par le Centre de Santé, par une amélioration de (i) la coordination de l'action sanitaire, (ii)

l'organisation générale des activités et des soins, et (iii) l'encadrement et la gestion des services en vue de l'amélioration de l'accessibilité, de l'utilisation et de la qualité des soins de santé.

En partenariat avec le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), le MSAS octroie aux Centres de Santé (CS) un crédit du dispositif FBR. Ce crédit est destiné à améliorer la santé de la population Sénégalaise à travers l'amélioration du fonctionnement du CS et du renforcement de la motivation du personnel du Centre de santé. Le *manuel de procédures FBR* contient la description des objectifs spécifiques et de la gouvernance du projet pilote FBR.

Le présent Contrat établit les obligations mutuelles de la RM de «*NomRM*» et du «*NomSS*» signataires dans le cadre du FBR.

## Article 2. Le système de motivation

L'objectif général du FBR est d'améliorer la performance du CS dans les domaines de santé maternelle et infantile et de la lutte contre la maladie. Le FBR concerne les indicateurs suivants, qui tiennent compte des priorités du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) du MSAS (voir Tableau 1). Une définition détaillée de ces indicateurs est reprise dans le *Manuel de procédures FBR*. Dans le cas où un ou plusieurs indicateurs ne sont pas applicables, la pondération doit être recalculée en rapport avec les instructions du *Manuel de procédures FBR*.

**Tableau 1 : Mesures de performance – «NomSS»**

|  | Mesure en vigueur | Pondération possible | Pondération en vigueur |
|--|-------------------|----------------------|------------------------|
| <b>A. Indicateurs Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI)</b>                                       |                   |                      |                        |
| 1. Taux de couverture vaccinale complète des enfants de moins d'un   |                   | 9%                   |                        |
| 2. Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de Malnutrition aiguë sévère compliqué PEC et déchargés |                   | 4%                   |                        |
| 3. Proportion d'enfants de 6 à 59 mois correctement supplémenté en vitamine A en routine                   |                   | 4%                   |                        |
| 4. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié avec partogramme                                |                   | 11%                  |                        |
| 5. Proportion de complication obstétricale PEC selon les normes et protocoles                              |                   | 6%                   |                        |
| 6. Taux de couverture adéquate en CPN  |                   | 5%                   |                        |
| 7. Taux de nouvelles utilisatrices de la planification familiale   |                   | 11%                  |                        |
| 8. Taux d'utilisation en consultation post natale  |                   | 11%                  |                        |
| 9. Proportion de femmes enceintes séropositives sous ARV   |                   | 4%                   |                        |
| 10. Proportion d'enfants nés de mère séropositive mis sous ARV à titre prophylactique                      |                   | 5%                   |                        |
| <b>Sous total</b>  |                   | <b>70%</b>           |                        |
| <b>B. Indicateurs Lutte contre la Maladie (LM)</b>   |                   |                      |                        |
| 1. Taux de couverture des femmes enceintes en TPI2   |                   | 8%                   |                        |
| 2. Taux de dépistage de la tuberculose   |                   | 10%                  |                        |
| 3. Taux de guérison au traitement de la tuberculose  |                   | 12%                  |                        |
| <b>Sous total</b>  |                   | <b>30%</b>           |                        |
| <b>Total</b>   |                   | <b>100%</b>          |                        |

Outre ces indicateurs portant sur la quantité de services offerts, les paiements octroyés au CS tiendront également compte de la qualité des soins. Celle-ci est évaluée sur la base d'une check-list, reprise en annexe du *Manuel de procédures FBR*. La partie du montant sujette au déflateur qualité est augmentée graduellement. Au départ, seulement une partie du montant avant la prise en compte du score qualité est sujette au déflateur (voir Tableau 2).

**Tableau 2. Pourcentage du paiement FBR sujet au déflateur qualité**

| 1 <sup>er</sup> Trimestre | 2 <sup>ème</sup> Trimestre | 3 <sup>ème</sup> Trimestre | 4 <sup>ème</sup> Trimestre |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 25%                       | 25%                        | 50%                        | 50%                        |

Article 3. Le calcul des cibles

Le calcul des cibles (voir Tableau 3) est effectué selon les règles du *Manuel de procédures FBR*. L'augmentation attendue varie selon la référence de base. Les cibles exprimées en taux sont traduites en valeurs absolues en fonction de la population desservie par le CS (voir le *Manuel de procédures FBR*). Les cibles ne peuvent pas être modifiées au cours du contrat.

**Tableau 3. Le calcul des cibles pour le «NomSS»**

| Indicateurs  | Références de Base                              |                  | Augmentation attendue |
|--|---|------------------|-----------------------|
|  |   |                  |                       |
| – Taux de couverture vaccinale des enfants de - d'un an<br>– Taux d'utilisation en consultation post natale  | Moins de 50%                                    | 30 points par an |                       |
|  | Entre 50% et 70%                                | 20 points par an |                       |
|  | 70% ou plus                                     | 10 points par an |                       |
| – Proportion d'enfants de 6 mois 59 mois correctement supplémentée en vitamine A en routine<br>– Taux d'accouchements réalisés avec partogramme<br>– Taux de couverture adéquate en CPN  | Moins de 50%                                    | 20 points par an |                       |
|  | Entre 50% et 70%                                | 15 points par an |                       |
|  | 70% ou plus                                     | 10 points par an |                       |
| Taux de nouvelles utilisatrices de planification familiale   | quelque soit la références de base              | 5 points par an  |                       |
| – Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de Malnutrition aigüe sévère compliqué PEC et déchargés  | Cible = 100% quelque soit la références de base |                  |                       |
| – Proportion de femmes enceintes séropositives sous ARV<br>– Proportion d'enfants nés de mère séropositive mis sous ARV à titre prophylactique<br>– Proportion de complication obstétricale PEC selon les normes et protocoles | Cible = 100% quelque soit la références de base |                  |                       |
| Taux de couverture des femmes enceintes en TPI 2   | Moins de 60%                                    | 30 points par an |                       |
|  | Entre 60% et 70%                                | 20 points par an |                       |
|  | 70% ou plus                                     | 10 points par an |                       |
| Taux de guérison au traitement de la tuberculose   | Moins de 70%                                    | 10 points par an |                       |
|  | 70% ou plus                                     | 5 points par an  |                       |
| Taux de dépistage de la tuberculose  | Moins de 50%                                    | 10 points par an |                       |
|  | Entre 50% et 70%                                | 5 points par an  |                       |

Article 4. Estimation de l'enveloppe FBR

Le montant annuel maximum pouvant être octroyé au «NomSS» sous forme de paiements basés sur les résultats, selon le présent contrat, est de «**MONTANT\_EFBR**» F CFA L'estimation de ce montant maximum annuel est

effectuée selon les règles élaborées dans le *Manuel de procédures FBR*, en utilisant les Tableaux 3a et 3b repris en annexe.

Pour chacun des trois premiers trimestres, le montant du paiement correspondant à l'atteinte de la cible trimestrielle portant sur un indicateur est de 20% du montant maximum annuel disponible pour cet indicateur. Si en fin d'année, la cible annuelle est atteinte, le solde du montant maximum annuel est octroyé.

#### Article 5. Plan d'Action

Le CS, avec l'appui de l'ECD, s'engage à préparer un plan d'action trimestriel tiré de son Plan de Travail Annuel (PTA) qui identifie les stratégies visant à adresser les défis exposés dans les rapports d'activité mensuels et trimestriels.

#### Article 6. Délais de soumission des rapports d'activité et des demandes de paiement

Dans les cinq jours ouvrables suivant la fin du mois, le CS fournira à l'ECD, à la collectivité locale et à l'autorité administrative compétente un rapport d'activités mensuelles sur les activités ciblées. Dans les cinq jours ouvrables suivant la fin du trimestre, le CS soumettra à ces mêmes instances un rapport de performance de synthèse trimestriel sur les activités ciblées et la check-list de qualité des soins. Une demande de paiement est jointe aux documents trimestriels adressés à l'ECD pour transmission au CRG. Une copie de cette demande est envoyée à la CL. Le calcul du montant figurant dans la demande de paiement se fait selon les règles détaillées dans le *Manuel de procédures FBR*. Ce montant tient compte du progrès réalisé pour chaque indicateur et du score obtenu pour la qualité des soins.

#### Article 7. Vérification

Le Financement Basé sur les Résultats repose sur une confiance forte entre les différentes entités impliquées. Toute fraude fait l'objet de sanction pécuniaire et/ou administrative. Le processus de vérification visant l'identification des fraudes est détaillé dans le *Manuel de procédures FBR*. A cette fin, il est attendu du CS le respect des procédures de vérification mises en place. Toute entrave sera passible de l'article 12 ci-dessous ou d'une sanction administrative.

#### Article 8. Versement de fonds

Les crédits FBR sont versés trimestriellement, après vérification, sur le compte bancaire ouvert à cet effet. Le Chronogramme du Projet Pilote FBR précise les délais prévus pour l'exécution des versements de fonds (voir le *Manuel de procédures FBR*).

#### Article 9. Règles pour la répartition interne des paiements basés sur les résultats octroyés

Un minimum de 25% du montant trimestriel octroyé au CS est réservé au fonctionnement du CS ou à la mise en œuvre d'activités contribuant à l'atteinte des cibles. Le solde du montant (maximum 75%) est distribué au personnel du CS sous forme de primes. Cette distribution se fait de manière transparente et selon des critères développés au niveau du CS en conformité avec les principes définis dans le *Manuel de procédures FBR*. Une fois arrêtés, ces critères ne sont pas révisables en cours de contrat. Le Médecin chef du CS est responsable de l'organisation de discussions autour de la définition de ces critères de répartition. Outre les agents de santé, des représentants de la Collectivité Locale et du Comité de Santé participeront à ces discussions. La distribution même se fait en présence de l'ensemble du personnel de la formation sanitaire et du Président du Comité de santé ou son représentant.

#### Article 10. Plafond pour les primes individuelles

Afin de maintenir une équité entre les agents de santé, la prime individuelle attribuée à un agent ne dépasse pas 20% de son salaire perçu au cours du trimestre concerné.

### Article 11. Justification de l'usage du crédit FBR

Pour les besoins d'audit, le CS est tenu de conserver les justificatifs des dépenses – y compris les états de paiement des primes individuelles – réalisées avec les Crédits FBR conformément aux procédures en vigueur.

### Article 12. Pénalités en cas de fraudes

Pour que le mécanisme du FBR soit crédible et efficient, il est crucial qu'un système de sanction soit mis en place afin de limiter les éventuelles tentations de déclarations frauduleuses. Toute fraude de la part du CS fait l'objet de pénalités : les sanctions suivantes sont appliquées (après soustraction des sommes qui auraient pu être perçues ou l'ont déjà été de façon frauduleuse) :

- 1<sup>ère</sup> fois qu'une fraude est constatée : 50% du crédit trimestriel FBR retenu ;
- 2<sup>ème</sup> fois qu'une fraude est constatée: la totalité du crédit trimestriel FBR est retenue ;
- 3<sup>ème</sup> fois qu'une fraude est constatée: le contrat est suspendu

Tout montant retenu suite à une fraude est retiré de l'enveloppe annuelle FBR. En outre, des sanctions administratives appropriées peuvent être prises par l'autorité compétente.

### Article 13. Durée

Le présent contrat est valable pour une durée d'un an (quatre trimestres FBR) et ne peut faire l'objet d'une tacite reconduction. Chaque année FBR fait l'objet d'un nouveau contrat.

### Article 14. Arbitrage

En cas de litiges dans l'exécution du contrat les parties contractantes peuvent saisir un arbitre qu'elles auront désigné de façon consensuelle ou convenir de tout autre arrangement à l'amiable.

### Article 15. Révision

Les dispositions du présent contrat ainsi que les documents qui y sont annexés peuvent être révisés sur demande motivée de l'une des parties et acceptation de l'autre partie.

### Article 16. Annexes

Les annexes du présent contrat d'exécution en font partie intégrante. Il s'agit des documents suivants : Tableaux 3a et 3b.

### Article 17. Déclaration d'engagement

En foi de quoi les parties acceptent les termes du présent contrat et s'engagent à les respecter et à les faire respecter par toutes les parties prenantes.

### Article 18. Entrée en vigueur

Le présent contrat entre en vigueur le jour de sa signature par les parties. Les différentes parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat ainsi que du *Manuel de procédures FBR* auquel celui-ci fait référence.

- Fait en six (6) exemplaires à «**FAIT\_A**», le «**ENDATEDU**»

⇒ Pour **le «NomSS»**

⇒ Pour la RM de «**NomRM**»,

⇒ Le Médecin Chef du «**NomSS**»

«**TitreRepSS**» «**PrénomsRepSS**» «**NomRepSS**»

⇒ Le Médecin Chef de la Région,

«**TitreRepOG**» «**NomRepOG**»

- Des exemplaires de ce contrat sont envoyés aux entités suivantes :

- Les autorités administratives compétentes
- Le CRG
- La DPRS
- Le PNFBR

## E. Contrat de performance entre la Région Médicale et le Poste de Santé

---

Il est conclu le contrat suivant entre la Région Médicale (RM) de **«NomRM»**, représenté par son Médecin Chef, **«TitreRepOG» «NomRepOG»**

ET

Le **«NomSS»**, représenté par l'ICP, **«TitreRepSS» «PrénomsRepSS» «NomRepSS»**

**Il a été convenu et arrêté ce qui suit :**

### *Préambule*

---

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) dispose d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 mis en œuvre à travers le Document de Programmation Pluriannuel des dépenses (DPPD). Le DPPD est un plan triennal glissant avec des projections budgétaires pour les trois années. Cependant, sa mise en œuvre nécessite la réorganisation du système de management du district sanitaire, la culture de performance, une plus grande équité dans le système de motivation des agents de santé et le développement du sens de la responsabilité.

C'est dans cette perspective qu'a été conçu le projet pilote de Financement Basé sur les Résultats (FBR) qui va être expérimenté au niveau des structures sanitaires.

Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) au Sénégal a été conçu par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) comme approche pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans le secteur de la santé.

Il s'agit d'un projet pertinent, opportun et structurant. Il est pertinent par rapport au "Programme Gouvernance sanitaire" du Document de Programmation Pluriannuel des dépenses (DPPD) santé, instrument d'opérationnalisation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui fait de la culture de la performance un axe majeur. Son opportunité tient au besoin pressant de résoudre la question de la motivation des personnels de santé dans le cadre de la gestion axée sur les résultats et de promouvoir des réformes pour améliorer le management du district sanitaire dans le contexte de la décentralisation. Son caractère structurant est lié à l'effet positif qu'il aura sur la performance des districts en matière de réalisation des OMD santé.

La mise en œuvre du Financement basé sur les Résultats passe par la signature de contrats de performances entre le MSAS et les acteurs directement impliqués dans la mise en œuvre du projet. Ces contrats de performances contribuent à l'amélioration de l'état de santé de la population de la Région de **«NomRM»** par (i) la coordination de l'action sanitaire au niveau du district, (ii) l'organisation générale des activités et (iii) l'encadrement et la gestion des formations sanitaires.

Le présent contrat a pour objet de définir les obligations mutuelles du MSAS et de la RM de **«NomRM»** dans la mise en œuvre du projet défini par l'arrêté fixant les modalités de la mise en œuvre du projet. Le manuel de procédures FBR contient la description des objectifs spécifiques et de la gouvernance du projet pilote FBR.

### *Article premier. Objectif du contrat*

---

Le présent contrat a pour objectif principal de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la zone de responsabilité du **«NomSS»**, à travers (i) un renforcement de la coordination de l'action sanitaire au niveau du district, (ii) une bonne organisation des activités et (iii) une bonne gestion des formations sanitaires en vue d'une amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins de santé.

En partenariat avec le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) octroie aux Postes de Santé (PS) des districts pilotes un crédit du dispositif FBR. Ce crédit est destiné à améliorer la santé de la population de la zone de responsabilité à travers l'amélioration du fonctionnement du PS (y compris les cases de santé et les maternités rurales polarisées par le poste) et du renforcement de la motivation du personnel de santé. Le *Manuel de procédures FBR* contient la description des objectifs spécifiques et de la gouvernance du projet pilote FBR.

Le présent contrat établit les obligations mutuelles de la Région médicale de «*NomRM*» et du «*NomSS*» signataires dans le cadre du FBR.

## Article 2. Le système de motivation

L'objectif général du FBR est d'améliorer la performance du PS dans les domaines de santé maternelle et infantile et de la lutte contre la maladie. Le FBR concerne les indicateurs suivants, qui tiennent compte des priorités du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) du MSAS (voir Tableau 1). Une définition détaillée de ces indicateurs est reprise dans le *Manuel de procédures FBR*. Dans le cas où un ou plusieurs indicateurs ne sont pas applicables, la pondération doit être recalculée en rapport avec les instructions du *Manuel de procédures FBR*.

**Tableau 1 : Mesures de performance – «NomSS»**

|  | Mesure en vigueur   | Pondération possible | Pondération en vigueur |
|--|---|----------------------|------------------------|
| <b>A. Indicateurs Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI)</b> |   |                      |                        |
| 1.   | Taux de couverture vaccinale complète des enfants de moins d'un an                        | 8%                   |                        |
| 2.   | Taux de couverture SNP des enfants de moins de deux ans                                   | 6%                   |                        |
| 3.   | Pourcentage d'enfants 0-5 ans présentant une malnutrition aiguë sévère                    | 6%                   |                        |
| 4.   | Proportion d'enfants de 6 à 59 mois correctement supplémentée en vitamine A en routine    | 6%                   |                        |
| 5.   | Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié                                   | 10%                  |                        |
| 6.   | Taux de nouvelles utilisatrices de la planification familiale                             | 10%                  |                        |
| 7.   | Taux d'utilisation en consultation post natale  | 7%                   |                        |
| 8.   | Taux de réalisation de test VIH chez les femmes enceintes vues en CPN                     | 6%                   |                        |
| 9.   | Taux de couverture adéquate en CPN  | 6%                   |                        |
| 10.  | Proportion de nouveau-nés ayant bénéficié de soins immédiats                              | 6%                   |                        |
| <b>Sous total</b>  |   | 70%                  |                        |
| <b>B. Indicateurs Lutte contre la Maladie (LM)</b>                   |   |                      |                        |
| 1.   | Taux de couverture des femmes enceintes en TPI2   | 12%                  |                        |
| 2.   | Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités | 8%                   |                        |
| 3.   | Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée simple correctement traités | 10%                  |                        |
| <b>Sous total</b>  |   | 30%                  |                        |
| <b>Total</b>   |   | 100%                 |                        |

Outre ces indicateurs portant sur la quantité de services offerts, les paiements octroyés aux PS tiendront également compte de la qualité des soins. Celle-ci est évaluée sur la base d'une check-list, reprise en annexe du *Manuel de procédures FBR*. La partie du montant sujette au déflateur qualité est augmentée graduellement. Au départ, seule une partie du montant avant la prise en compte du score qualité est sujette au déflateur (voir Tableau 2).

**Tableau 2. Pourcentage du paiement FBR sujet au déflateur qualité**

| 1 <sup>er</sup> Trimestre | 2 <sup>ème</sup> Trimestre | 3 <sup>ème</sup> Trimestre | 4 <sup>ème</sup> Trimestre |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 25%                       | 25%                        | 50%                        | 50%                        |

### *Article 3. Le calcul des cibles*

Le calcul des cibles (voir Tableau 3) est effectué selon les règles du *Manuel de procédures FBR*. L'augmentation attendue varie selon la référence de base. Les cibles exprimées en taux sont traduites en valeurs absolues en fonction de la population desservie par le PS (voir le *Manuel de procédures FBR*). **Les cibles ne peuvent pas être modifiées au cours du contrat.**

**Tableau 3. Le calcul des cibles pour le «NomSS»**

| Indicateurs  | Références de Base                              | Augmentation attendue |
|--|---|-----------------------|
| – Taux de couverture vaccinale des enfants de - d'un an  | Moins de 50%                                    | 30 points par an      |
| – Taux de couverture SNP des enfants 0-24 mois   | Entre 50% et 70%                                | 20 points par an      |
| – Taux d'utilisation en consultation post natale   | 70% ou plus                                     | 10 points par an      |
| – Proportion d'enfants de 6 mois 59 mois correctement supplémentée en vitamine A en routine                            | Moins de 50%                                    | 20 points par an      |
| – Taux d'accouchement réalisés par un personnel qualifié   | Entre 50% et 70%                                | 15 points par an      |
| – Taux de couverture adéquate en CPN   | 70% ou plus                                     | 10 points par an      |
| – Taux de nouvelles utilisatrices de planification familiale   | quelque soit la références de base              | 5 points par an       |
| – Pourcentage d'enfants 0-5 ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication correctement pris en charge | Cible = 100% quelque soit la références de base |                       |
| – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée simple correctement traités                            |   |                       |
| – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités                            |   |                       |
| – Proportion de nouveau-nés ayant bénéficié de soins immédiats   |   |                       |
| – Taux de couverture des femmes enceintes en TPI 2   | Moins de 60%                                    | 30 points par an      |
| – Taux de réalisation de test VIH chez les femmes enceintes vues en CPN  | Entre 60% et 70%                                | 20 points par an      |
|  | 70% ou plus                                     | 10 points par an      |

#### Article 4. Estimation de l'enveloppe FBR

Le montant annuel maximum pouvant être octroyé au «**NomSS**» sous forme de paiements basés sur les résultats, selon le présent contrat, est de «**MONTANT\_EFBR**» F CFA. L'estimation de ce montant maximum annuel est effectuée selon les règles élaborées dans le *Manuel de procédures FBR*, en utilisant les Tableaux 3a et 3b repris en annexe.

Pour chacun des trois premiers trimestres, le montant du paiement correspondant à l'atteinte de la cible trimestrielle portant sur un indicateur est de 20% du montant maximum annuel disponible pour cet indicateur. Si en fin d'année, la cible annuelle est atteinte, le solde du montant maximum annuel est octroyé.

#### Article 5. Plan d'Action

Le PS, avec l'appui de l'ECD, s'engage à préparer un plan d'action trimestriel qui identifie les stratégies visant à adresser les défis exposés dans les rapports d'activité mensuels et trimestriels.

#### Article 6. Délai de soumission des rapports d'activité et des demandes de paiement

Dans les cinq jours ouvrables suivant la fin du mois, le PS fournira à l'ECD, à la collectivité locale et à l'autorité administrative compétente un rapport d'activités mensuelles sur les activités ciblées. Dans les cinq jours ouvrables suivant la fin du trimestre, le PS soumettra à ces mêmes instances un rapport de performance de synthèse trimestriel sur les activités ciblées et la check-list de qualité des soins. Une demande de paiement est jointe aux documents trimestriels adressés à l'ECD pour transmission au CRG. Le calcul du montant figurant dans la demande de paiement se fait selon les règles détaillées dans le *Manuel de procédures FBR*. Ce montant tient compte du progrès réalisé pour chaque indicateur et du score obtenu pour la qualité des soins.

#### Article 7. Vérification

Le Financement Basé sur les Résultats repose sur une confiance forte entre les différentes entités impliquées. Toute fraude fait l'objet de sanction sévère. Le processus de vérification visant l'identification des fraudes est détaillé dans le *Manuel de procédures FBR*. A cette fin, il est attendu du PS le respect des procédures de vérification mises en place. Toute entrave sera passible d'une sanction.

#### Article 8. Versement de fonds

Les crédits FBR sont versés trimestriellement, après vérification, sur le compte bancaire du bénéficiaire ouvert à cet effet. Le chronogramme du Projet Pilote FBR précise les délais prévus pour l'exécution des versements de fonds (voir le *Manuel de procédures FBR*). Il est convenu que tous les montants figurant dans le texte du présent contrat sont exprimés en francs CFA.

#### Article 9. Règles pour la répartition interne des paiements basés sur les résultats octroyés

Un minimum de 25% du montant trimestriel octroyé au PS est réservé au fonctionnement du PS (et des cases de santé et maternités rurales dont le PS est responsable) ou à la mise en œuvre d'activités contribuant à l'atteinte des cibles. Le solde du montant (maximum 75%) est distribué au personnel du PS (et des cases de santé et maternités rurales dont le PS est responsable) sous forme de primes. Cette distribution se fait de manière transparente et selon des critères développés au niveau du PS en conformité avec les principes définis dans le *Manuel de procédures FBR*. Une fois arrêtés, ces critères ne sont pas révisables en cours de contrat. Le responsable du PS est chargé de l'organisation de discussions autour de la définition de ces critères de répartition. Outre les agents de santé, des représentants de la Collectivité Locale et du Comité de Santé participent à ces discussions. La distribution même se fait en présence de l'ensemble du personnel de la formation sanitaire et du Président du Comité de santé ou son représentant.

#### Article 10. Plafond pour les primes individuelles

Afin de maintenir une équité entre les agents de santé, la prime individuelle attribuée à un agent ne dépasse pas 20% de son salaire perçu au cours du trimestre concerné.

### Article 11. Justification de l'usage du crédit FBR

Pour les besoins d'audit, le PS est tenu de conserver les justificatifs des dépenses – y compris les états de paiement des primes individuelles – réalisées avec les Crédits FBR conformément aux procédures en vigueur.

### Article 12. Pénalités en cas de fraudes

Pour que le mécanisme du FBR soit crédible et efficient, il est crucial qu'un système de sanction soit mis en place afin de limiter les éventuelles tentations de déclarations frauduleuses. Toute fraude de la part du PS fait l'objet de pénalités : les sanctions suivantes sont appliquées (après soustraction des sommes qui auraient pu être perçues ou l'ont déjà été de façon frauduleuse) :

- 1<sup>ère</sup> fois qu'une fraude est constatée : 50% du crédit trimestriel FBR retenu ;
- 2<sup>ème</sup> fois qu'une fraude est constatée: la totalité du crédit trimestriel FBR est retenue ;
- 3<sup>ème</sup> fois qu'une fraude est constatée: le contrat est suspendu.

Tout montant retenu suite à une fraude est retiré de l'enveloppe annuelle FBR. En outre, des sanctions administratives appropriées peuvent être prises par l'autorité compétente.

### Article 13. Durée

Le présent contrat est valable pour une durée d'un an et ne peut faire l'objet d'une tacite reconduction. Chaque année le FBR fait l'objet d'un nouveau contrat.

### Article 14. Arbitrage

En cas de litiges dans l'exécution du contrat, les parties contractantes peuvent saisir un arbitre qu'elles auront désigné de façon consensuelle ou convenir de tout autre arrangement à l'amiable.

### Article 15. Révision

Les dispositions du présent contrat ainsi que les documents qui y sont annexés peuvent être révisés sur demande motivée de l'une des parties et acceptation de l'autre partie.

### Article 16. Annexes

Les annexes du présent contrat d'exécution en font partie intégrante. Il s'agit des documents suivants : Tableaux 3a et 3b.

### Article 17. Déclaration d'engagement

En foi de quoi les parties acceptent les termes du présent contrat et s'engagent à les respecter et à les faire respecter par toutes les parties prenantes.

### Article 18. Entrée en vigueur

Le présent contrat entre en vigueur le jour de sa signature par les parties. Les différentes parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat ainsi que du *Manuel de procédures FBR* auquel celui-ci fait référence.

- Fait en six (6) exemplaires à «**FAIT\_A**», le «**ENDATEDU**»

⇒ Pour le «**NomSS**»,

⇒ Pour la RM de «**NomRM**»,

⇒ l'Infirmier/e Chef de Poste

«**TitreRepSS**» «**PrénomsRepSS**» «**NomRepSS**»

⇒ le Médecin Chef de la Région,

«**TitreRepOG**» «**NomRepOG**»

- Des exemplaires de ce contrat sont envoyés aux entités suivantes :

- Les autorités administratives compétentes
- Le CRG
- La DPRS
- Le PNFBR

## F. Tableaux à annexer aux contrats

**Tableau 3a:** Le calcul de l'enveloppe annuelle FBR

| Catégorie   | Nom de l'agent de santé | Prénom de l'agent de santé | Position | Salaire annuel moyen pour la catégorie | Plafond annuel pour les primes individuelles<br>(Plafond = 20% du salaire annuel moyen) |
|---|-------------------------|----------------------------|----------|--|---|
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
|   |                         |                            |          |  |   |
| <b>SOUS-TOTAL : Montant annuel maximum pour les primes individuelles</b>                    |                         |                            |          |  |   |
| <b>SOUS-TOTAL : Montant annuel maximum pour le fonctionnement de la formation sanitaire</b> |                         |                            |          |  |   |
| <b>TOTAL : Enveloppe annuelle FBR</b>   |                         |                            |          |  |   |

- A noter :**
- Le salaire annuel moyen pour la catégorie de l'agent de santé selon le tableau du Ministère de la Santé et de la Prévention
  - Le plafond annuel pour les primes Individuelles = Salaire annuel \* Plafond des primes individuelles. Le plafond des primes individuelles est le pourcentage indiqué dans l'Article 11 du contrat entre le CS/PS et la CL

- Le sous-total des primes individuelles représente la somme des plafonds annuels pour les primes de chaque agent de santé. Ce sous-total représente 75% de l'enveloppe annuelle FBR
- Le sous-total du montant annuel maximum pour le fonctionnement de la formation sanitaire ou de l'ECD = Montant annuel maximum pour les primes individuelles / 3. Ce sous-total représente 25% de l'enveloppe annuelle FBR
- TOTAL Enveloppe annuelle FBR = Montant annuel maximum pour les primes individuelles + Montant annuel maximum pour le fonctionnement de la formation sanitaire

**Tableau 3b:** Le calcul de l'enveloppe FBR par cible pour le **Centre de Santé**

| Mesures de performance du CS   | Pondération en vigueur | Enveloppe annuelle par cible | Enveloppe trimestrielle par cible pour T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub> et T <sub>3</sub> |
|--|------------------------|------------------------------|--|
| <b>A. Mesures en vigueur de la santé maternelle, néonatale et infantile</b>                                |                        |                              |  |
| 1. Taux de couverture vaccinale complète des enfants de moins d'un an                                      |                        |                              |  |
| 2. Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de Malnutrition aiguë sévère compliqué PEC et déchargés |                        |                              |  |
| 3. Proportion d'enfants de 6 à 59 mois correctement supplémenté en vitamine A en routine                   |                        |                              |  |
| 4. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié avec partogramme                                |                        |                              |  |
| 5. Proportion de complication obstétricale PEC selon les normes et   |                        |                              |  |
| 6. Taux de couverture adéquate en CPN  |                        |                              |  |
| 7. Taux de nouvelles utilisatrices de la planification familiale   |                        |                              |  |
| 8. Taux d'utilisation en consultation post natale  |                        |                              |  |
| 9. Proportion de femmes enceintes séropositives sous ARV   |                        |                              |  |
| 10. Proportion d'enfants nés de mère séropositive mis sous ARV à titre prophylactique                      |                        |                              |  |
| <b>Sous-total</b>  | <b>70%</b>             |                              |  |
| <b>B. Mesures en vigueur de la lutte contre la maladie</b>   |                        |                              |  |
| 1. Taux de couverture des femmes enceintes en TPI2   |                        |                              |  |
| 2. Taux de dépistage de la tuberculose   |                        |                              |  |
| 3. Taux de guérison au traitement de la tuberculose  |                        |                              |  |
| <b>Sous-total</b>  | <b>30%</b>             |                              |  |
| <b>TOTAL</b>   | <b>100%</b>            |                              |  |

**A noter :**

- Pondération en vigueur : voir Tableau 1
- Enveloppe annuelle par cible = Enveloppe annuelle FBR (voir Tableau 3a) \* Pondération en vigueur
- Enveloppe trimestrielle par cible pour les 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres = 20% de l'enveloppe annuelle FBR ; l'atteinte de la cible à T<sub>4</sub> donne droit au montant annuel moins les montants déjà octroyés pour les 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et/ou 3<sup>ème</sup> trimestres.

**Tableau 3c:** Le calcul de l'enveloppe FBR par cible pour le **Poste de santé**

| Mesures de performance du PS   | Pondération en vigueur | Enveloppe annuelle par cible | Enveloppe trimestrielle par cible pour T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub> et T <sub>3</sub> |
|--|------------------------|------------------------------|--|
| <b>A. Mesures en vigueur de la santé maternelle, néonatale et infantile</b>  |                        |                              |  |
| 1. 1. Taux de couverture vaccinale complète des enfants de moins d'un an   |                        |                              |  |
| 2. 2. Taux de couverture SNP des enfants de moins de deux ans  |                        |                              |  |
| 3. 3. Pourcentage d'enfants 0-5 ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication correctement pris en charge |                        |                              |  |
| 4. 4. Proportion d'enfants de 6 à 59 mois correctement supplémentée en vitamine A en routine                               |                        |                              |  |
| 5. 5. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié  |                        |                              |  |
| 6. 6. Taux de nouvelles utilisatrices de la planification familiale  |                        |                              |  |
| 7. 7. Taux d'utilisation en consultation post natale   |                        |                              |  |
| 8. 8. Taux de réalisation de test VIH chez les femmes enceintes vues en CPN  |                        |                              |  |
| 9. 9. Taux de couverture adéquate en CPN   |                        |                              |  |
| 10. 10. Proportion de nouveau-nés ayant bénéficié de soins immédiats   |                        |                              |  |
| <b>Sous-total</b>  | <b>70%</b>             |                              |  |
| <b>B. Mesures en vigueur de la lutte contre la maladie</b>   |                        |                              |  |
| 1. Taux de couverture des femmes enceintes en TPI2   |                        |                              |  |
| 2. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités                               |                        |                              |  |
| 3. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée simple correctement traités                               |                        |                              |  |
| <b>Sous-total</b>  | <b>30%</b>             |                              |  |
| <b>TOTAL</b>   | <b>100%</b>            |                              |  |

**A noter :**

- Pondération en vigueur : voir Tableau 1
- Enveloppe annuelle par cible = Enveloppe annuelle FBR (voir Tableau 3a) \* Pondération en vigueur
- Enveloppe trimestrielle par cible pour les 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres = 20% de l'enveloppe annuelle FBR ; l'atteinte de la cible à T<sub>4</sub> donne droit au montant annuel moins les montants déjà octroyés pour les 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et/ou 3<sup>ème</sup> trimestres.

**Tableau 3d: Le calcul de l'enveloppe FBR par cible pour l'ECD**

| Mesures de performance de l'ECD   | Pondération en vigueur | Enveloppe annuelle par cible | Enveloppe trimestrielle par cible pour T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub> et T <sub>3</sub> |
|---|------------------------|------------------------------|--|
| 1. Proportion de l'enveloppe FBR disponible pour l'ensemble des structures sanitaires du district ayant été effectivement octroyée à ces structures |                        |                              |  |
| 2. Proportion de plans d'actions trimestrielles appuyés par l'ECD   |                        |                              |  |
| 3. Taux de promptitude de rapports SIS périodiques  |                        |                              |  |
| 4. Taux d'exhaustivité des rapports SIS périodiques   |                        |                              |  |
| <b>TOTAL</b>  | <b>100%</b>            |                              |  |

**A noter :**

- Pondération en vigueur : voir Tableau 1
- Enveloppe annuelle par cible = Enveloppe annuelle FBR (voir Tableau 3a) \* Pondération en vigueur
- Enveloppe trimestrielle par cible pour les 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres = 20% de l'enveloppe annuelle FBR ; l'atteinte de la cible à T<sub>4</sub> donne droit au montant annuel moins les montants déjà octroyés pour les 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et/ou 3<sup>ème</sup> trimestres.

**Tableau 3e: Le calcul de l'enveloppe FBR par cible pour l'ECR**

| Mesures de performance de l'ECR  | Pondération en vigueur | Enveloppe annuelle par cible | Enveloppe trimestrielle par cible pour T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub> et T <sub>3</sub> |
|--|------------------------|------------------------------|--|
| 1. Proportion de l'enveloppe FBR disponible pour les équipes cadres des districts de la région ayant été effectivement octroyée à ces structures |                        |                              |  |
| 2. Nombre de supervisions au cours du trimestre de l'ECR vers les ECD  |                        |                              |  |
| Taux de promptitude des rapports périodiques SIS   |                        |                              |  |
| 3. Taux d'exhaustivité des rapports SIS périodiques  |                        |                              |  |
| <b>TOTAL</b>   | <b>100%</b>            |                              |  |

**Tableau 3f : le calcul de l'enveloppe FBR par cible pour l'EPS**

| Mesures de performance de l'EPS  | Pondération en vigueur | Enveloppe annuelle par cible | Enveloppe trimestrielle par cible pour T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub> et T <sub>3</sub> |
|--|------------------------|------------------------------|--|
| <b>B. Indicateurs de gouvernance</b>   |                        |                              |  |
| 1. Nombre de réunions du comité de pilotage de la qualité tenues                                   |                        |                              |  |
| 2. Nombre de réunions du CTE tenues  |                        |                              |  |
| 3. Nombre de réunions de la CME tenues   |                        |                              |  |
| 4. Proportion de services qui appliquent les 5S et le CLIN dans la gestion des déchets             |                        |                              |  |
| 5. Taux de promptitude du rapport d'activités trimestriel  |                        |                              |  |
| 6. Taux d'exhaustivité des rapports d'activités des services de                                    |                        |                              |  |
| 7. Taux de promptitude des rapports de suivi budgétaire  |                        |                              |  |
| <b>Sous-total</b>  | <b>70%</b>             |                              |  |
| <b>C. Indicateurs de lutte contre la maladie</b>   |                        |                              |  |
| 1. Proportion de résultats de laboratoire validés  |                        |                              |  |
| 2. Proportion de résultats de laboratoire soumis au respect de la confidentialité                  |                        |                              |  |
| 3. Proportion de résultats de laboratoire disponible dans les                                      |                        |                              |  |
| 4. Proportion de cas d'urgence chirurgicale PEC dans les délais                                    |                        |                              |  |
| 5. Proportion des cas référés correctement pris en charge  |                        |                              |  |
| 6. Proportion de femmes enceintes séropositives suivies selon les normes et protocoles de PEC/VIH  |                        |                              |  |
| <b>Sous-</b>   | <b>30%</b>             |                              |  |
| <b>D. Indicateurs de santé maternelle et néo-natale</b>  |                        |                              |  |
| 1. Nombre de réactifs du bilan standard prénatal n'ayant pas connu une rupture durant le trimestre |                        |                              |  |
| 2. Proportion de cas d'urgences obstétricales PEC dans les délais                                  |                        |                              |  |
| 3. Proportion de nouveaux nés en détresse correctement pris en charge                              |                        |                              |  |
| 4. Proportion de décès maternels pour lesquels des audits sont réalisés                            |                        |                              |  |
| <b>Sous-total</b>  | <b>30%</b>             |                              |  |
| <b>TOTAL</b>   | <b>100%</b>            |                              |  |

## Annexe 4 : Description des indicateurs retenus dans le cadre du financement basé sur les résultats

| Indicateurs  |   | Mode de calcul  | Source des données           | Définition   | ECR | ECD | EPS                  | CS                   | PS                   |
|--|---|---|------------------------------|--|-----|-----|----------------------|----------------------|----------------------|
| ■ Taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an  | N | Nombre total d'enfants de moins d'un an complètement vaccinés au cours de l'année   | N : Registre nourrisson sain | Enfants ayant pris l'ensemble des vaccins du PEV avant leur 1er anniversaire : BCG, PENTA1 + PO1, PENTA2 + PO2, PENTA3 + PO3, ROUGEOLE, FIEVRE JAUNE |     |     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|  | D | Nombre total d'enfants de moins d'un an de la zone de responsabilité  | D : données du SIS           |  |     |     | <input type="text"/> |                      |                      |
| ■ Taux de couverture SNP des enfants 0-24 mois   | N | Nombre d'enfants 0-24 mois bénéficiant d'une surveillance de l'état nutritionnel (poids/taille, poids/âge) au cours de l'année  | N : Registre nourrisson sain | Enfants de moins de deux ans ayant bénéficié chaque mois d'1 pesée   |     |     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|  | D | Nombre d'enfants 0-24 mois de la zone de responsabilité   | D : données du SIS           |  |     |     | <input type="text"/> |                      |                      |
| ■ Proportion d'enfants de 6 mois à 59 mois ayant été supplémenté en Vit A tous les 6 mois en routine | N | Nombre total d'enfants de 6 mois à 59 mois ayant été supplémenté en Vit A tous les 6 mois en routine ayant reçu la 1 <sup>ère</sup> dose de vit A au cours de l'année | N : Registre nourrisson sain | Enfants de 6 mois à 59 mois ayant été supplémentés en Vit A tous les 6 mois en routine   |     |     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|  | D | Nombre total d'enfants de 6 mois à moins d'un an de la zone de responsabilité   | D : données du SIS           |  |     |     | <input type="text"/> |                      |                      |
| ■ Taux d'accouchements réalisés par un personnel qualifié  | N | Nombre total d'accouchements effectués par un personnel qualifié au cours de l'année  | N : Registre Accouchement    | Accouchements réalisés par :<br><br>- Médecins,<br>- Sage femmes, infirmiers<br>- Assistants infirmiers, agents sanitaires, infirmiers brevetés      |     |     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|  | D | Nombre de grossesses attendues dans la zone de responsabilité   | D : données du SIS           |  |     |     | <input type="text"/> |                      |                      |
| ■ Taux d'accouchements réalisés par un personnel qualifié avec partogramme                           | N | Nombre total d'accouchements effectués par un personnel qualifié avec partogramme au cours de l'année   | N : Registre Accouchement    | Accouchements réalisés par :<br><br>- Médecins,  |     |     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Indicateurs   |   | Mode de calcul  | Source des données                              | Définition   | ECR | ECD | EPS | CS | PS |
|---|---|---|---|--|-----|-----|-----|----|----|
|   | D | Nombre de grossesses attendues dans la zone de responsabilité                                 | D : données du SIS                              | - Sage femmes, infirmiers<br>- Assistants infirmiers, agents sanitaires, infirmiers breveté<br>-Utilisation de partogramme |     |     |     |    |    |
| ■ Taux de nouvelles utilisatrices de planification familiale (recrutement)        | N | Nombre de nouvelles utilisatrices de la PF (toutes méthodes confondues) au cours de l'année   | N : Registre planification familiale            | Femmes bénéficiant pour la 1ere fois d'un service PF   |     |     |     |    |    |
|   | D | Nombre de femmes en âge de reproduction dans la zone de responsabilité                        | D : données du SIS                              |  |     |     |     |    |    |
| ■ Taux d'utilisation en consultation post natale                                  | N | Nombre de femmes ayant effectué une Consultation Post Natale                                  | N : Registre consultation post natal            | Femmes ayant effectué au moins 1 consultation post natale  |     |     |     |    |    |
|   | D | Nombre de grossesses attendues  | D : données du SIS                              | NB : Ne compter la femme qu'une seule fois quelque soit le nombre de consultation effectuées                               |     |     |     |    |    |
| Proportion de femmes enceintes séropositives sous ARV                             | N | Nombre de femmes enceintes vues en CPN qui sont séropositives et sous ARV au cours de l'année | Registres de CPN, dossiers PTME, registres TARV | Nombre de femmes enceintes séropositives et sous ARV   |     |     |     |    |    |
|   | D | Nombre de femmes enceintes vues en CPN qui sont séropositives                                 |   |  |     |     |     |    |    |
| Proportion d'enfants nés de mère séropositive mis sous ARV à titre prophylactique |   | Nombre d'enfants nés de mères séropositives mis sous ARV à titre prophylactique               | Registre PTME                                   | Nombre d'enfants nés de mères séropositives mis sous ARV à titre prophylactique  |     |     |     |    |    |
|   |   | nombre d'enfants nés de mères séropositives   | Registre Accouchements, registre CPN            |  |     |     |     |    |    |
| Taux de réalisation de test VIH chez les femmes enceintes vues en CPN             | N | Nombre de tests VIH réalisés chez les femmes enceintes  | Registre de consultation prénatale              | Nombre de test VIH réalisés chez les femmes enceintes vues en CPN premier contact  |     |     |     |    |    |
|   | D | Nombre de 1 <sup>er</sup> contact en CPN  |   |  |     |     |     |    |    |

| Indicateurs  |   | Mode de calcul  | Source des données   | Définition  | ECR | ECD | EPS | CS | PS |
|--|---|---|--|---|-----|-----|-----|----|----|
| Taux de Couverture adéquate en CPN   | N | Nombre de femmes enceintes vues en CPN et ayant effectué de 4 CPN correctes   | Registre CPN   | Femmes enceintes ayant effectué 4 CPN correctes au niveau de la structure et en stratégie avancée (1er CPN : Trim1 ; CPN2 : Trim2 ; CPN3 : 8e mois ; CPN4 : 9e mois)          |     |     |     |    |    |
|  | D | Nombre de grossesses attendues  | Données SNIS   |   |     |     |     |    |    |
| ■ Taux de couverture des femmes enceintes en TPI 2   | N | Nombre de femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP au cours de l'année  | Registre de consultation CPN   | Femmes ayant reçu la 2ème dose de SP durant le dernier trimestre de la grossesse  |     |     |     |    |    |
|  | D | Nombre de femmes enceintes ayant eu au moins un contact en CPN  |  |   |     |     |     |    |    |
| ■ Taux de dépistage de la tuberculose  | N | Nombre de cas de tuberculose pulmonaire positif détectés au cours de l'année  | - Registre laboratoire   | Nouveaux cas de TPM positif dépistés  |     |     |     |    |    |
|  | D | Nombre de cas de tuberculose attendus dans le district au cours de l'année  | Registre de Traitement PNT   |   |     |     |     |    |    |
| ■ Taux de guérison au traitement de la tuberculose   | N | Nombre de patients TB ayant été déclarés guéris   | registre TB du Centre de Traitement (CDT)  | Tuberculeux pulmonaire positifs déclarés guéris<br><br>NB : Cas guéris BK négatif au 6ème mois  |     |     |     |    |    |
|  | D | Nombre de patients tuberculeux positifs enregistrés une année auparavant  |  |   |     |     |     |    |    |
| ■ Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités                                | N | Nombre de paludisme simple correctement traités chez les enfants de moins de cinq ans                               | - Registre Consultation Primaire Curative (Consultation Générale)  | Paludisme confirmé par TDR ou GE<br><br>- Traité par ACT<br>- Dosage en fonction du poids ou de l'âge<br>- Durée traitement de trois jours<br>- RV 48 heures après            |     |     |     |    |    |
|  | D | Nombre de paludisme simple enregistrés chez les enfants de moins de cinq ans  |  |   |     |     |     |    |    |
| ■ Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée simple correctement traités                                | N | Nombre d'enfants de 0 – 5ans présentant une diarrhée et ayant reçu du SRO/Zinc                                      | Registre Consultation Primaire Curative (Consultation Générale)  | -Nombre d'enfants de 0 – 5ans présentant une diarrhée et ayant reçu du SRO/Zinc<br>-  |     |     |     |    |    |
|  | D | Nombre de cas de diarrhées chez les enfants de moins de cinq ans enregistrés  |  |   |     |     |     |    |    |
| ■ Pourcentage d'enfants de 0 – 5ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication pris en charge correctement |   | Nombre d'enfants de 0 – 5ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication pris en charge correctement | <ul style="list-style-type: none"> <li>Registre de consultation générale</li> <li>Registre UREN</li> </ul> | Nombre d'enfants de 0 – 5ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication pris en charge correctement (suivi hebdomadaire, ATPE en fonction du poids, sortie du |     |     |     |    |    |
|  |   | Nombre de cas de malnutrition aiguë sévère dépistés chez les enfants de moins de cinq ans enregistrés               |  |   |     |     |     |    |    |

| Indicateurs  |                          | Mode de calcul  | Source des données                                    | Définition   | ECR                      | ECD                      | EPS | CS | PS |
|--|--------------------------|---|---|--|--------------------------|--------------------------|-----|----|----|
|  |                          |   |   | programme à 1,5 z score)   |                          |                          |     |    |    |
| Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de MAS complique PEC et déchargés   | <input type="checkbox"/> | Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de MAS complique PEC et déchargés               | Registre Maternité                                    | Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de MAS complique PEC dans le CREN et déchargés   |                          |                          |     |    |    |
|  | <input type="checkbox"/> | nombre total d'enfants de moins de 5ans atteints de MAS compliqués admis au CREN            |   |  |                          |                          |     |    |    |
| Proportion de nouveau-nés ayant bénéficié de soins immédiats   | <input type="checkbox"/> | Nombre de nouveaux nés ayant bénéficié de soins immédiats                                   | Registre Maternité                                    | Nombre de nouveaux nés ayant bénéficié de soins immédiats (mise au sein précoce (H qui suit la naissance), maintien de la température, vit.K1, collyre...) |                          |                          |     |    |    |
|  | <input type="checkbox"/> | Nombre d'accouchements enregistrés  |   |  |                          |                          |     |    |    |
| ■ Proportion de l'enveloppe FBR disponible pour l'ensemble des structures sanitaires du district ayant été effectivement octroyée à ces structures | N                        | Montants FBR effectivement octroyés aux structures sanitaires du district                   | N : Rapport du CRG préparé suite à la vérification    |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |    |    |
|  | D                        | Enveloppe FBR disponible pour l'ensemble des structures sanitaires du district              | D : Montants repris dans les contrats de performances |  |                          |                          |     |    |    |
| ■ Taux d'exhaustivité des rapports SIS périodiques   | N                        | Nombre de structures de santé dont les trois rapports mensuels du trimestre sont exhaustifs | Rapports de zone et cahiers de transmission           | Rapport où tous les items attendus sont renseignés   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |    |    |
|  | D                        | Nombre total de structures de santé du district   |   |  |                          |                          |     |    |    |
| ■ Taux de promptitude de rapports mensuels SIS périodiques   | N                        | Nombre de rapports mensuels transmis dans les délais  | Rapports de zone et cahiers de transmission           | - Rapport mensuel transmis par les districts dans les 5 premiers jours ouvrables du mois suivant   |                          | <input type="checkbox"/> |     |    |    |
|  | D                        | Nombre total de structures de santé du district (CS et PS)                                  |   |  |                          |                          |     |    |    |
| ■ Proportion de plans d'action trimestriels appuyés par l'ECD  | N                        | Nombre de plans d'actions élaborés et suivis  | -Plans d'actions des structures                       | Participation de l'ECD à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation du plan d'action trimestriel de la structure  |                          | <input type="checkbox"/> |     |    |    |
|  | D                        | Nombre total de structures de santé du district   | -Rapports de suivi                                    |  |                          |                          |     |    |    |

| Indicateurs   |                      | Mode de calcul  | Source des données  | Définition   | ECR                  | ECD                  | EPS | CS | PS |
|---|----------------------|---|---|--|----------------------|----------------------|-----|----|----|
| ■ Nombre de supervisions au cours du trimestre de l'ECR vers les ECD                | N                    | Nombre de supervisions effectuées   | Rapports de supervision   | Supervision des ECD par l'ECR sur les programmes en cours  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |     |    |    |
|   | D                    | Nombre de supervisions prévues  |   |  |                      |                      |     |    |    |
| ■ Taux de promptitude de rapports trimestriels SIS périodiques                      | N                    | Nombre de rapports trimestriels transmis dans les délais  | Rapports supervision et rapport de zone   | Rapport trimestriel disponible 10 premiers jours ouvrables du trimestre suivant                                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |     |    |    |
|   | D                    | Nombre de rapports attendus   |   |  |                      |                      |     |    |    |
| Nombre de réunions du comité de pilotage de la qualité tenues                       | <input type="text"/> | Nbre de réunions tenues avec rapport de suivi   | PV + RAPPORTS   | tenue d'une réunion du comité de pilotage par trimestre assortie d'un rapport  |                      |                      |     |    |    |
|   |                      | Nbre de réunions prévues  |   |  |                      |                      |     |    |    |
| Nombre de réunions du CTE tenues  | <input type="text"/> | Nbre de réunions tenues   | PV  | le CTE est fonctionnel s'il tient au moins une réunion par trimestre   |                      |                      |     |    |    |
|   |                      | Nbre de réunions prévues  |   |  |                      |                      |     |    |    |
| Nombre de réunions de la CME tenues   | <input type="text"/> | Nbre de réunions tenues   | PV  | la CME est fonctionnelle si elle tient au moins une réunion par trimestre  |                      |                      |     |    |    |
|   |                      | Nbre de réunions prévues  |   |  |                      |                      |     |    |    |
| Proportion de services qui appliquent les 5S et le CLIN dans la gestion des déchets | <input type="text"/> | Nb de service qui applique la méthode des 5S et les activités du CLIN relative à la gestion des déchets | <ul style="list-style-type: none"> <li>rapports de supervision du comité 5S</li> <li>Check-lists remplies par les services</li> </ul> | la méthode des 5S et les activités du CLIN relatives à la gestion des déchets sont appliquées dans tous les services |                      |                      |     |    |    |
|   |                      | Nb de services de la structure  |   |  |                      |                      |     |    |    |
| Taux de promptitude des rapports d'activités trimestriel                            | <input type="text"/> | Nbre de rapports reçus à temps  | SSI   | l'EPS transmet un rapport d'activités 15 jours suivant le trimestre échu   |                      |                      |     |    |    |
|   |                      | Nbre total de rapports attendus   |   |  |                      |                      |     |    |    |
| Taux d'exhaustivité des rapports d'activités trimestriels                           | <input type="text"/> | Nbre de rapports exhaustifs   | SSI   | tous les items sont renseignés   |                      |                      |     |    |    |
|   |                      | Nbre total de rapports attendus   |   |  |                      |                      |     |    |    |
| Taux de promptitude des rapports de suivi budgétaire                                | <input type="text"/> | Nbre de rapports de suivi reçus à temps   | SSI /CG   | l'EPS transmet un rapport de suivi budgétaire 15 jours suivant le trimestre échu à la DES                            |                      |                      |     |    |    |
|   |                      | Nbre total de rapports attendus   |   |  |                      |                      |     |    |    |
| proportion de résultats de laboratoires validés                                     | <input type="text"/> | Nbre de résultats de laboratoire validés selon les normes   | registre des résultats du laboratoire   | Les résultats-labo sont validés par l'autorité compétente et contiennent un code unique pour chaque malade           |                      |                      |     |    |    |
|   |                      | Nbre total d'analyses réalisées   |   |  |                      |                      |     |    |    |
| proportion de résultats de laboratoire soumis au respect de la confidentialité      | <input type="text"/> | Nbre enveloppes scellées dans casier fermé à clé  | casiers   | résultats scellés contenus s dans des casiers fermés à clé   |                      |                      |     |    |    |
|   |                      | Nbre total enveloppes trouvées dans le labo   |   |  |                      |                      |     |    |    |

| Indicateurs  |                          | Mode de calcul   | Source des données   | Définition   | ECR | ECD | EPS | CS | PS |
|--|--------------------------|--|--|--|-----|-----|-----|----|----|
| proportion de résultats de laboratoire disponible dans les délais                              | <input type="checkbox"/> | Nbre résultats disponibles dans les délais                                 | registre des résultats du laboratoire  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>au plus 30 minutes pour les urgences</b></li> <li>• <b>au plus 72 heures pour les autres analyses sauf hémocultures</b></li> </ul>   |     |     |     |    |    |
|  |                          | Nbre total de résultats attendus   |  |  |     |     |     |    |    |
| proportion de cas d'urgence chirurgicale PEC dans les délais                                   | <input type="checkbox"/> | Nbre de cas urgents PEC dans les délais                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• registre des urgences</li> <li>• registre du bloc</li> <li>• dossier malade</li> </ul>                                | le temps mis entre l'admission et le début de la PEC est moins de 15 minutes   |     |     |     |    |    |
|  |                          | Nbre total de cas d'urgence chirurgicale reçus                             |  |  |     |     |     |    |    |
| Proportion des cas référés correctement pris en charge   | <input type="checkbox"/> | Nbre cas contreréférés   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• registres des services d'accueil</li> <li>• registre des urgences</li> </ul>  | l'ensemble des patients référés par les postes et centres de santé et effectivement pris en charge dans l'EPS et contre-référés  |     |     |     |    |    |
|  |                          | Nbre total cas reçus en référence et PEC                                   |  |  |     |     |     |    |    |
| proportion de femmes enceintes séropositives suivies selon les normes et protocoles de PEC/VIH | <input type="checkbox"/> | Nbre fem.enceintes séropositives correctement PEC                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registres PTME,</li> <li>• dossier des malades,</li> <li>• registre TARV</li> </ul>                                   | Les femmes dépistées séropositives, mises sous ARV, respect des RV de suivi, bilan de suivi, accouchement assisté par une personne formée en PTME, poursuite des ARV, allaitement maternel protégé, dépistage précoce de l'enfant (voir protocole) |     |     |     |    |    |
|  |                          | Nbre fem.enceintes séropositives enregistrées                              |  |  |     |     |     |    |    |
| Nombre de réactifs du bilan standard prénatal n'ayant pas connu une rupture durant la période  | <input type="checkbox"/> | Nbre réactifs bilan standard n'ayant pas connu 1 rupture durant la période | fiches de stock  | réactifs utilisés dans le bilan standard prénatal: GSRH, VIH, TEST D'EMMEL, TX HB, syphilis, Glycémie à jeun   |     |     |     |    |    |
|  |                          | Nbre total réactifs bilan standard   |  |  |     |     |     |    |    |
| proportion de cas d'urgences obstétricales PEC dans les délais                                 | <input type="checkbox"/> | Nbre cas urgents PEC dans les délais                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• registre bloc opératoire</li> <li>• registre maternité</li> </ul>   | le temps mis entre l'admission et le début de la PEC ( <b>15MNS</b> )  |     |     |     |    |    |
|  |                          | Nbre total cas urgents reçus   |  |  |     |     |     |    |    |
| proportion de nouveaux nés en détresse correctement pris en charge                             | <input type="checkbox"/> | Nbre nouveaux nés en détresse réanimés                                     | registre maternité   | les nouveaux nés présentant un APGAR inférieur à 6 sont réanimés   |     |     |     |    |    |
|  |                          | Nbre nouveaux nés en détresse enregistrés                                  |  |  |     |     |     |    |    |
| proportion de décès maternels pour lesquels des audits sont réalisés                           | <input type="checkbox"/> | Nbre cas décès maternels audités durant la période                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• registre maternité</li> <li>• registre décès</li> <li>• dossiers des malades</li> <li>• rapport des audits</li> </ul> | tous les cas de décès maternels seront analysés en vu d'identifier les causes  |     |     |     |    |    |
|  |                          | Nbre décès maternels enregistrés durant la même période                    |  |  |     |     |     |    |    |

## Annexe 4 bis Mode de calcul des populations cibles

| Cible   | Proportion de la population | Mode calcul                        |
|---|-----------------------------|------------------------------------|
| • Nombre total d'enfants de 6 mois à 59 mois                | ☞ 17,4/100 de la PT         | = Population totale X 0,020        |
| • Nombre total d'enfants de 0 à 11 mois (moins d'un an)     | ☞ 39/1000 de la PT          | = Population totale X 0,039        |
| • Accouchement attendu                                      | ☞ 39/1000 de la PT          | = Population totale X 0,039        |
| • Consultation post natale                                  | ☞ 39/1000 de la PT          | = Population totale X 0,039        |
| • Enfants de 0 à 24 mois                                    | ☞ 7% de la PT               | = Population totale X 0,07         |
| • Nombre total d'enfants de 0 à 59 mois (moins de cinq ans) | ☞ 19,4% de la PT            | = Population totale X 0,194        |
| • Nombre de femme en âge de reproduction (de 15 à 49 ans)   | ☞ 23% de la PT              | = Population totale X 0,23         |
| • Cas attendus de tuberculose                               | ☞ 110/100 000 habitants     | = Population totale X 110 /100 000 |

## Annexe 5 : Transmission de l'information et suivi

### A. Modèle du rapport de performances trimestriel du Centre de Santé

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple- Un But- Une Foi



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE

PROGRAMME NATIONALE DE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS  
(PNFBR)

#### RAPPORT DE PERFORMANCE (Niveau CS)

##### Informations Générales

|                               |                     |                         |  |
|-------------------------------|---------------------|-------------------------|--|
| • Période de : À :            |                     | • Date de transmission: |  |
| • Centre de Santé (CS) de :   |                     |                         |  |
| • District Sanitaire:         |                     | • Région:               |  |
| • Téléphone :                 | • Fax :             | • Email du CS :         |  |
| • Nom du Médecin Chef du CS : |                     | • Téléphone :           |  |
| • B.P :                       | • E-mail du MC/CS : |                         |  |

| Mesures de performance du CS                           | Activité                  |                    |        |        |       | Cible trimestrielle | Différence entre activité et cible | Cible trimestrielle atteinte ? (oui / non) |                     |
|--|---------------------------|--------------------|--------|--------|-------|---------------------|------------------------------------|--|---------------------|
|  | Trimestre(s) antérieur(s) | Trimestre en cours |        |        |       |                     |                                    |  | Activité cumulative |
|  |                           | Mois 1             | Mois 2 | Mois 3 | Total |                     |                                    |  |                     |
| A  |                           |                    |        | B      | C     | D                   | E                                  | F  |                     |
| <b>A. Santé maternelle, néonatale et infantile</b>     |                           |                    |        |        |       |                     |                                    |  |                     |
| 1. Nombre d'enfants moins d'1 an complètement vaccinés |                           |                    |        |        |       |                     |                                    |  |                     |

| Mesures de performance du CS  |  | Activité                  |                    |        |                 |       | Cible trimestrielle | Différence entre activité et cible | Cible trimestrielle atteinte ? (oui / non) |                     |
|---|--|---------------------------|--------------------|--------|-----------------|-------|---------------------|------------------------------------|--|---------------------|
|   |  | Trimestre(s) antérieur(s) | Trimestre en cours |        |                 |       |                     |                                    |  | Activité cumulative |
|   |  |                           | Mois 1             | Mois 2 | Mois 3          | Total |                     |                                    |  |                     |
|   |  | A                         |                    |        |                 | B     |                     |                                    |  | C                   |
| 2. Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de Malnutrition aigüe sévère compliquée PEC et déchargés | Activités=Nombre d'enfants de moins de 5ans atteints de Malnutrition aigüe sévère compliqué PEC et déchargés |                           |                    |        | Total activités |       | D= total cibles     | E= D- Total activités              |  |                     |
|   | cibles=nombre total d'enfants de moins de 5ans atteints de MAS compliqués admis au CREN                      |                           |                    |        | Total cibles    |       |                     |                                    |  |                     |
| 3. Nombre d'enfants de 6 mois à 59 mois ayant reçu 1 dose de vitamine A tous les 6 mois                 |  |                           |                    |        |                 |       |                     |                                    |  |                     |
| 4. Nombre d'accouchements réalisés par un personnel qualifié avec partogramme                           |  |                           |                    |        |                 |       |                     |                                    |  |                     |
| 5. Nombre de complications obstétricales PEC selon les normes et protocoles                             | Activités : Nombre de complication obstétricale correctement PEC   |                           |                    |        | Total activités |       | D= total cibles     | E= D- Total activités              |  |                     |
|   | Cibles : nombre de complication obstétricale PEC dans le CS  |                           |                    |        | Total cibles    |       |                     |                                    |  |                     |
| 6. Nombre de femmes enceintes ayant effectuées 4 CPN  |  |                           |                    |        |                 |       |                     |                                    |  |                     |

| Mesures de performance du CS  |  | Activité  |                    |        |        |                 | Cible trimestrielle | Différence entre activité et cible  | Cible trimestrielle atteinte ? (oui / non) |                     |
|---|--|---|--------------------|--------|--------|-----------------|---------------------|-------------------------------------|--|---------------------|
|   |  | Trimestre(s) antérieur(s)   | Trimestre en cours |        |        |                 |                     |                                     |  | Activité cumulative |
|   |  |   | Mois 1             | Mois 2 | Mois 3 | Total           |                     |                                     |  |                     |
|   |  | A   |                    |        |        | B               |                     |                                     |  | C                   |
| correctes.  |  |   |                    |        |        |                 |                     |                                     |  |                     |
| 7. Nombre de nouvelles utilisatrices de planification familiale                         |  |   |                    |        |        |                 |                     |                                     |  |                     |
| 8. Nombre de femmes reçues en consultation post natale                                  |  |   |                    |        |        |                 |                     |                                     |  |                     |
| 9. Nombre de femmes enceintes séropositives sous ARV                                    |  | Activités : Nombre de femmes enceintes séropositives sous ARV                               |                    |        |        | Total activités |                     | D= total cibles                     | E= D- Total activités                      |                     |
|   |  | Cibles : Nombre de femmes enceintes vues en CPN qui sont séropositives                      |                    |        |        | :Total cibles   |                     |                                     |  |                     |
| 10. Proportion d'enfants nés de mères séropositives mis sous ARV a titre prophylactique |  | Activités : Nombre d'enfants nés de mères séropositives mis sous ARV à titre prophylactique |                    |        |        | Total activités |                     | D= total cibles                     | E= D- Total activités                      |                     |
|   |  | Cibles : nombre d'enfants nés de mères séropositives  |                    |        |        | Total cibles    |                     |                                     |  |                     |
| <b>B. Lutte contre la maladie</b>   |  |   |                    |        |        |                 |                     |                                     |  |                     |
| 1. Nombre de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de SP (TPI2)                           |  | Activités : Nombre de femmes enceintes ayant reçu la deuxième                               |                    |        |        | Total activités |                     | D= total cibles x cible annuelle en | E= D- Total activités                      |                     |

| Mesures de performance du CS                                |  | Activité                  |                    |        |                 |       | Cible trimestrielle                                 | Différence entre activité et cible | Cible trimestrielle atteinte ? (oui / non) |                     |
|---|--|---------------------------|--------------------|--------|-----------------|-------|---|------------------------------------|--|---------------------|
|   |  | Trimestre(s) antérieur(s) | Trimestre en cours |        |                 |       |   |                                    |  | Activité cumulative |
|   |  |                           | Mois 1             | Mois 2 | Mois 3          | Total |   |                                    |  |                     |
|   |  | A                         |                    |        |                 | B     |   |                                    |  | C                   |
|   | dose de SP   |                           |                    |        |                 |       | valeur relative                                     |                                    |  |                     |
|   | <b>Cibles</b> : Nombre de femmes enceintes ayant eu au moins un contact en CPN |                           |                    |        | Total cibles    |       |   |                                    |  |                     |
| <b>2. Nombre de cas de tuberculose dépistés</b>             |  |                           |                    |        |                 |       |   |                                    |  |                     |
| <b>3. Nombre de patients TPM+ ayant été déclarés guéris</b> | <b>Activités</b> : Nombre de patients TB ayant été déclarés guéris             |                           |                    |        | Total activités |       | D= total cibles x cible annuelle en valeur relative | E= D- Total activités              |  |                     |
|   | <b>Cibles</b> Nombre de patients tuberculeux positifs enregistrés              |                           |                    |        | Total cibles    |       |   |                                    |  |                     |
|   |  |                           |                    |        |                 |       |   |                                    |  |                     |

| À noter :  |   |
|--|---|
| <p>* Les mesures de performance ne sont pas nécessairement toutes applicables – se référer au contrat entre le CS et la Collectivité Locale (CL)</p> <p><b>A</b> : L'activité cumulative du CS/PS au cours du ou des trimestres antérieurs (en valeur absolue)</p> <p><b>B</b> : L'activité du CS/PS au cours du trimestre auquel le présent rapport se réfère (en valeur absolue)</p> | <p><b>C</b> : L'activité cumulative du CS/PS (en valeur absolue) (C = A + B)</p> <p><b>D</b> : Cible pour le trimestre en cours (en valeur absolue) – se référer au contrat entre le CS/PS et la CL</p> <p><b>E</b> : Différence entre l'activité cumulative et la cible trimestrielle (E = C – D)</p> <p><b>F</b> : La cible trimestrielle a-t-elle été atteinte ? Si E&gt;=0 =&gt; « oui » ; si E&lt;0 =&gt; « non » colonne éliminée</p> |

## B. Modèle du rapport de performances trimestriel du Poste de Santé



REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple- Un But- Une Foi

MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

PROGRAMME NATIONAL DE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS  
(PNFBR)

### RAPPORT DE PERFORMANCE (Niveau PS)

| Informations Générales            |                         |                 |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------------|
| • Période de : À :                | • Date de transmission: |                 |
| • Poste de Santé (PS) de :        |                         |                 |
| • District Sanitaire:             | • Région:               |                 |
| • Téléphone :                     | • Fax :                 | • Email du PS : |
| • Nom de l'Infirmier Chef du PS : |                         | • Téléphone :   |
| • B.P :                           | • E-mail de l'ICP :     |                 |

| Mesures de performance du PS  | Activité                  |                    |        |        |       |                     | Cible trimestrielle | Différence entre activité et cible | Cible trimestrielle atteinte ? (oui / non) |
|---|---------------------------|--------------------|--------|--------|-------|---------------------|---------------------|------------------------------------|--|
|   | Trimestre(s) antérieur(s) | Trimestre en cours |        |        |       | Activité cumulative |                     |                                    |  |
|   |                           | Mois 1             | Mois 2 | Mois 3 | Total |                     |                     |                                    |  |
| A   |                           |                    |        |        | B     | C                   | D                   | E                                  | F  |
| <b>A. La santé maternelle, néo-natale et infantile</b>  |                           |                    |        |        |       |                     |                     |                                    |  |
| 1. Nombre d'enfants moins d'1an complètement vaccinés   |                           |                    |        |        |       |                     |                     |                                    |  |
| 2. Enfants de moins de deux ans ayant bénéficié de 3 pesées durant le trimestre dont 1 pesée/mois |                           |                    |        |        |       |                     |                     |                                    |  |

| Mesures de performance du PS   |   | Activité                  |                    |        |        |                 | Cible trimestrielle                                 | Différence entre activité et cible | Cible trimestrielle atteinte ? (oui / non) |                     |
|--|---|---------------------------|--------------------|--------|--------|-----------------|---|------------------------------------|--|---------------------|
|  |   | Trimestre(s) antérieur(s) | Trimestre en cours |        |        |                 |   |                                    |  | Activité cumulative |
|  |   |                           | Mois 1             | Mois 2 | Mois 3 | Total           |   |                                    |  |                     |
| A  |   |                           |                    |        | B      | C               | D   | E                                  | F  |                     |
| 3. Nombre d'enfants de 6 mois à 59 mois ayant été supplémenté en vitamine A de routine |   |                           |                    |        |        |                 |   |                                    |  |                     |
| 4. Nombre d'accouchements assistés réalisés par un personnel qualifié                  |   |                           |                    |        |        |                 |   |                                    |  |                     |
| 5. Nombre de nouvelles utilisatrices de planification familiale                        |   |                           |                    |        |        |                 |   |                                    |  |                     |
| 6. Nombre de femmes reçues en consultation post natale                                 |   |                           |                    |        |        |                 |   |                                    |  |                     |
| 7. Nombre de femmes enceintes vues en CPN ayant réalisé un Test VIH                    | activités :<br>Nombre de femmes enceintes vues en CPN, ayant réalisé un test VIH au 1er contact |                           |                    |        |        | Total activités | D= total cibles x cible annuelle en valeur relative | E=D- Total activités               |  |                     |
|  | Cibles : Nombre de femmes enceintes vues en CPN (1er contact)                                   |                           |                    |        |        | Total cibles    |   |                                    |  |                     |
| 8. Femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN correctes                                 |   |                           |                    |        |        |                 |   |                                    |  |                     |
| 9. Nombre de nouveaux nés ayant bénéficié de soins immédiats (mise au sein)            | Activités :<br>Nombre de nouveaux nés ayant bénéficié   |                           |                    |        |        | Total activités | D= total cibles                                     | E= D- Total activités              |  |                     |

| Mesures de performance du PS  |   | Activité                  |                    |        |                 |       | Cible trimestrielle                                 | Différence entre activité et cible | Cible trimestrielle atteinte ? (oui / non) |                     |
|---|---|---------------------------|--------------------|--------|-----------------|-------|---|------------------------------------|--|---------------------|
|   |   | Trimestre(s) antérieur(s) | Trimestre en cours |        |                 |       |   |                                    |  | Activité cumulative |
|   |   |                           | Mois 1             | Mois 2 | Mois 3          | Total |   |                                    |  |                     |
|   |   | A                         |                    |        |                 | B     |   |                                    |  | C                   |
| précoce: H qui suit la naissance ; maintien de la température, vit.K1, collyre...)                                  | de soins immédiats  |                           |                    |        |                 |       |   |                                    |  |                     |
|   | <b>Cibles :</b> Nombre d'accouchements enregistrés  |                           |                    |        | Total cibles    |       |   |                                    |  |                     |
| 10. Nombre d'enfants 0-5 ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication correctement pris en charge | <b>Activités :</b><br>Nombre d'enfants de 0 – 5ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication pris en charge correctement |                           |                    |        | Total Activités |       | D= total cibles                                     | E= D- Total activités              |  |                     |
|   | <b>cibles :</b><br>Nombre de cas de malnutrition aiguë sévère dépistés chez les enfants de moins de cinq ans enregistrés                  |                           |                    |        | Total cibles    |       |   |                                    |  |                     |
| <b>B. Lutte contre la maladie</b>   |   |                           |                    |        |                 |       |   |                                    |  |                     |
| 1. Nombre de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de SP (TPI2)   | <b>Activités :</b> Nombre de femmes enceintes ayant reçu au moins 2 doses de SP sous TDO  |                           |                    |        | Total activités |       | D= total cibles x cible annuelle en valeur relative | E= D- Total activités              |  |                     |

| Mesures de performance du PS  |  | Activité                  |                    |        |                 |       | Cible trimestrielle | Différence entre activité et cible | Cible trimestrielle atteinte ? (oui / non) |                     |
|---|--|---------------------------|--------------------|--------|-----------------|-------|---------------------|------------------------------------|--|---------------------|
|   |  | Trimestre(s) antérieur(s) | Trimestre en cours |        |                 |       |                     |                                    |  | Activité cumulative |
|   |  |                           | Mois 1             | Mois 2 | Mois 3          | Total |                     |                                    |  |                     |
|   |  | A                         |                    |        |                 | B     |                     |                                    |  | C                   |
|   | <b>Cibles :</b> Nombre de femmes enceintes vues en CPN   |                           |                    |        | Total cibles    |       |                     |                                    |  |                     |
| 2. Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités | <b>activités :</b> Nombre de cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans correctement traités |                           |                    |        | Total activités |       | D= total cibles     | E= D- Total activités              |  |                     |
|   | <b>cibles :</b> Nombre de cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans enregistrés             |                           |                    |        | Total cibles    |       |                     |                                    |  |                     |
| 3. Nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée simple correctement traités | <b>activités :</b> Nombre d'enfants de 0 – 5ans présentant une diarrhée et ayant reçu du SRO/Zinc        |                           |                    |        | Total activités |       | D= total cibles     | E= D- Total activités              |  |                     |
|   | <b>cibles :</b> Nombre de cas de diarrhées chez les enfants de moins de cinq ans enregistrés             |                           |                    |        | Total cibles    |       |                     |                                    |  |                     |

**À noter :**

\* Les mesures de performance ne sont pas nécessairement toutes applicables – se référer au contrat entre le PS et la Collectivité Locale (CL)

**A :** L'activité cumulative du PS au cours du ou des trimestres antérieurs (en valeur absolue)

**B :** L'activité du CS/PS au cours du trimestre auquel le présent rapport se réfère (en valeur absolue)

**C :** L'activité cumulative du PS (en valeur absolue) (C = A + B)

**D :** Cible pour le trimestre en cours (en valeur absolue) – se référer au contrat entre le CS/PS et la CL

**E :** Différence entre l'activité cumulative et la cible trimestrielle (E = C – D)

**F :** La cible trimestrielle a-t-elle été atteinte ? Si E>=0 => « oui » ; si E<0 =>

## C. Modèle de rapport de performances trimestriel de l'Equipe Cadre de District



REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple- Un But- Une Foi

MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

PROGRAMME NATIONALE DE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

### RAPPORT DE PERFORMANCE DE L'ECD

#### ■ Informations Générales

|                                     |  |            |                         |  |
|-------------------------------------|--|------------|-------------------------|--|
| ■ Période de :                      |  | À :        | ■ Date de transmission: |  |
| ■ Equipe Cadre du District (ECD)    |  |            |                         |  |
| ■ District Sanitaire:               |  |            | ■ Région:               |  |
| ■ Téléphone :                       |  | ■ Fax :    | ■ Boîte Postale :       |  |
| ■ Nom du Médecin Chef de District : |  |            | ■ Téléphone :           |  |
| ■ B.P :                             |  | ■ E-mail : |                         |  |

| Mesures de performance de l'ECD | Mois 1   |  |  | Mois 2   |  |  | Mois 3   |  |  | Cible atteinte ?   |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                 | Nombre de formations satisfaisant le critère (A <sub>1</sub> ) | Nombre total de formations (B <sub>1</sub> ) | Proportion de formations satisfaisant le critère (C <sub>1</sub> ) = (A <sub>1</sub> )/(B <sub>1</sub> ) | Nombre de formations satisfaisant le critère (A <sub>2</sub> ) | Nombre total de formations (B <sub>2</sub> ) | Proportion de formations satisfaisant le critère (C <sub>2</sub> ) = (A <sub>2</sub> )/(B <sub>2</sub> ) | Nombre de formations satisfaisant le critère (A <sub>3</sub> ) | Nombre total de formations (B <sub>3</sub> ) | Proportion de formations satisfaisant le critère (C <sub>3</sub> ) = (A <sub>3</sub> )/(B <sub>3</sub> ) |  |
| Promptitude                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 100% des formations ont rempli le critère les 3 mois (Oui/Non) (D) |
| Exhaustivité                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Plans d'actions appuyés         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## D. Modèle de rapport de performances trimestriel de l'Equipe Cadre de Région

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple- Un But- Une Foi



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE

PROGRAMME NATIONALE DE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS  
(PNFBR)

### RAPPORT DE PERFORMANCE DE L'ECR

#### • Informations Générales

|                                   |            |                         |  |
|-----------------------------------|------------|-------------------------|--|
| • Période de : À :                |            | • Date de transmission: |  |
| • Equipe Cadre de Région (ECR)    |            |                         |  |
| • District Sanitaire:             |            | • Région:               |  |
| • Téléphone :                     | • Fax :    | • Boîte Postale :       |  |
| • Nom du Médecin Chef de Région : |            | • Téléphone :           |  |
| • B.P :                           | • E-mail : |                         |  |

| Mesures de performance de l'ECR | Mois 1   |  |  | Mois 2   |  |  | Mois 3   |  |  | Cible atteinte ?   |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                 | Nombre de districts satisfaisant le critère<br>(A <sub>1</sub> ) | Nombre total de districts<br>(B <sub>1</sub> ) | Proportion de districts satisfaisant le critère<br>(C <sub>1</sub> ) = (A <sub>1</sub> )/(B <sub>1</sub> ) | Nombre de districts satisfaisant le critère<br>(A <sub>2</sub> ) | Nombre total de districts<br>(B <sub>2</sub> ) | Proportion de districts satisfaisant le critère<br>(C <sub>2</sub> ) = (A <sub>2</sub> )/(B <sub>2</sub> ) | Nombre de districts satisfaisant le critère<br>(A <sub>3</sub> ) | Nombre total de districts<br>(B <sub>3</sub> ) | Proportion de districts satisfaisant le critère<br>(C <sub>3</sub> ) = (A <sub>3</sub> )/(B <sub>3</sub> ) |  |
| • Promptitude                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 100% des districts ont rempli le critère les 3 mois (Oui/Non)<br>(D) |
| • Exhaustivité                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| • Supervisions effectuées       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## E. Modèle de rapport de performance trimestriel de l'EPS

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple- Un But- Une Foi



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE

PROGRAMME NATIONALE DE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS  
(PNFBR)

### RAPPORT DE PERFORMANCE DE L'ECR

#### Informations Générales

|  |  |               |  |                 |  |                         |  |
|--|--|---------------|--|-----------------|--|-------------------------|--|
| • Période de :                             |  |               |  | À :             |  | • Date de transmission: |  |
| • Etablissement Public de Santé (EPS) de : |  |               |  |                 |  |                         |  |
| • Région :                                 |  | • Téléphone : |  | • Fax :         |  | • B.P :                 |  |
| • Adresse Email de l'EPS :                 |  |               |  |                 |  |                         |  |
| • Nom du Directeur de l'EPS:               |  |               |  | • Téléphone 1 : |  | • Téléphone 2 :         |  |
| • E-mail du Directeur :                    |  |               |  |                 |  |                         |  |

| Mesures de performance de l'EPS   |   | Activité           |        |        |       | Cible trimestrielle | Différence entre activité et cible | Cible trimestrielle atteinte ? (oui / non) |
|---|---|--------------------|--------|--------|-------|---------------------|------------------------------------|--|
|   |   | Trimestre en cours |        |        |       |                     |                                    |  |
|   |   | Mois 1             | Mois 2 | Mois 3 | Total |                     |                                    |  |
|   |   |                    |        |        | B     |                     |                                    |  |
| <b>A. Gouvernance</b>   |   |                    |        |        |       |                     |                                    |  |
| <b>1. Nombre de réunions du comité de pilotage de la qualité tenues</b>                       | Activités : Nbre réunions tenues                |                    |        |        |       |                     |                                    |  |
| <b>2. Nombre de réunions du CTE tenues</b>  | Activités : Nbre réunions tenues                |                    |        |        |       |                     |                                    |  |
| <b>3. Nombre de réunions de la CME tenues</b>   | Activités : Nbre réunions tenues                |                    |        |        |       |                     |                                    |  |
| <b>4. Proportion de services qui appliquent les 5S et le CLIN dans la gestion des déchets</b> | Activités : Nbre services qui appliquent        |                    |        |        | B*    | D*                  | E*                                 |  |
|   | Cibles : Nbre total de services de la structure |                    |        |        | B**   |                     |                                    |  |
| <b>5. Promptitude du rapport d'activités trimestriel</b>                                      | Activités : Nbre rapports reçus à temps         |                    |        |        | B*    | D*                  | E*                                 |  |
|   | Cibles : Nbre total de rapports attendus        |                    |        |        | B**   |                     |                                    |  |
| <b>6. Taux d'exhaustivité des rapports d'activités des services de l'EPS</b>                  | Activités : Nbre rapports exhaustifs            |                    |        |        | B*    | D*                  | E*                                 |  |
|   | Cibles : Nbre total rapports attendus           |                    |        |        | B**   |                     |                                    |  |

|  |  |  |  |  |     |    |    |  |
|--|--|--|--|--|-----|----|----|--|
| <b>7. Promptitude des rapports de suivi budgétaire</b>                                   | Activités : Nbre rapports de suivi reçus à temps             |  |  |  |     |    |    |  |
| <b>B. Indicateurs Lutte contre la maladie</b>  |  |  |  |  |     |    |    |  |
| <b>1. Proportion de résultats de laboratoire validés</b>                                 | Activités : Nbre résultats validés selon les normes          |  |  |  | B*  | D* | E* |  |
|  | Cibles : Nbre total analyses réalisées                       |  |  |  | B** |    |    |  |
| <b>2. Proportion de résultats de laboratoire soumis au respect de la confidentialité</b> | Activités : Nbre enveloppes scellées dans casier fermé à clé |  |  |  | B*  | D* | E* |  |
|  | Cibles : Nbre total enveloppes trouvées dans le laboratoire  |  |  |  | B** |    |    |  |
| <b>3. Proportion de résultats de laboratoire disponibles dans les délais</b>             | Activités : Nbre résultats disponibles dans les délais       |  |  |  | B*  | D* | E* |  |
|  | Cibles : Nbre total de résultats attendus                    |  |  |  | B** |    |    |  |
| <b>4. Proportion de cas d'urgence chirurgicale PEC dans les délais</b>                   | Activités : Nbre cas PEC dans les délais                     |  |  |  | B*  | D* | E* |  |
|  | Cibles : Nbre total cas reçus                                |  |  |  | B** |    |    |  |
| <b>5. Proportion des cas référés correctement pris en charge</b>                         | Activités : Nbre cas contre référés                          |  |  |  | B*  | D* | E* |  |
|  | Cibles : Nbre total cas reçus en référence et PEC            |  |  |  | B** |    |    |  |

|   |  |  |  |  |     |    |    |  |
|---|--|--|--|--|-----|----|----|--|
| 6. Proportion de femmes enceintes séropositives suivies selon les normes et protocoles de PEC/VIH | Activités : Nbre de femmes enceintes séropositives correctement PEC                          |  |  |  | B*  | D* | E* |  |
|   | Cibles : Nbre de femmes enceintes séropositives enregistrées                                 |  |  |  | B** |    |    |  |
| <b>C. Santé maternelle néonatale et infantile</b>   |  |  |  |  |     |    |    |  |
| C01. Nombre de réactifs du bilan standard prénatal ayant connu une rupture durant la période      | Activités : Nbre de réactifs du bilan standard n'ayant pas connu 1 rupture durant la période |  |  |  | B*  | D* | E* |  |
|   | Cibles : Nbre total réactifs bilan standard  |  |  |  | B** |    |    |  |
| C02. Proportion de cas d'urgences obstétricales PEC dans les délais                               | Activités : Nbre cas urgents PEC dans les délais   |  |  |  | B*  | D* | E* |  |
|   | Cibles : Nbre total de cas urgents reçus   |  |  |  | B** |    |    |  |
| C03. Proportion de nouveaux nés en détresse correctement pris en charge                           | Activités : Nbre de nouveaux nés en détresse réanimés  |  |  |  | B*  | D* | E* |  |
|   | Cibles : Nbre de nouveaux nés en détresse enregistrés  |  |  |  | B** |    |    |  |
| C04. Proportion de décès maternels pour lesquels des audits sont réalisés                         | Activités : Nbre de cas décès maternels audités durant la période                            |  |  |  | B*  | D* | E* |  |
|   | Cibles : Nbre de décès maternels enregistrés durant la même période                          |  |  |  | B** |    |    |  |

---

## Annexe 6. : Vérification

---

### A. Guide Détaillé de la Vérification

---

#### *Procédures de vérification pour les Missions de Vérification (MV)*

---

La vérification est confiée à une agence de vérification indépendante. Le CRG est responsable de la préparation, de l'organisation et de la mise en œuvre des MV. **La sélection des formations sanitaires pour la vérification des rapports**

La MV effectuera des visites de vérification auprès de l'équipe cadre de région (ECR), l'Equipe Cadre de District (ECD), du Centre de Santé (CS), Etablissement Public de Santé (EPS), et d'un échantillon de 30% des Postes de Santé (PS) du district.

Etant donné que les cases de santé contribuent à l'atteinte des performances des postes de santé et que leurs activités sont comptabilisées, celles-ci seront vérifiées au même titre que les centres de santé/ EPS et les postes de santé. Si l'indicateur choisi pour la vérification concerne les activités qui sont menées au niveau des cases de santé, il est nécessaire de vérifier si le volume d'activités du poste de santé dont relève les cases de santé correspond à la réalité. Pour cela, l'infirmier chef de poste est appelé à préciser le nombre de cases de santé qui ont contribué aux résultats et leur part respective. La MV, sur la base de cette information, tirera au sort une des cases déclarées et vérifiera sur le terrain si l'information est correcte.

Ces visites de vérification ont lieu au cours de la deuxième quinzaine du premier mois du trimestre suivant et ne sont pas annoncées. Les instructions spécifiques sont reprises dans les termes de référence préparés par le Programme et transmises au CRG entre le seizième et le dix-septième jour ouvrable du premier mois. L'horaire spécifique et la liste des formations sanitaires à visiter ne sont communiqués par le CRG que deux jours avant le démarrage de la mission. Le Programme et le CRG s'assurent que les ECD, les ECR, les CS et EPS ne soient pas visités le même jour de la semaine ou du mois à chaque vérification et que l'horaire de la MV ne soit pas transmis aux bénéficiaires.

Alors que les ECD, les ECR, les CS et EPS font l'objet d'une vérification trimestrielle, les PS ne sont visités qu'une ou deux fois par an. Les PS sont choisis par le Programme (et spécifiés dans les termes de référence de la MV) selon la procédure suivante d'échantillonnage aléatoire systématique modifié :

- **L'échantillon à visiter après le premier trimestre** : Le Programme calcule combien de PS doivent être compris dans un échantillon de 30%. Le Programme prend une liste des PS de chaque district, arrangés par ordre alphabétique et assigne un nombre de 1 à  $n$  à chacun. Ensuite, le Coordonnateur du Programme, observé par un deuxième membre du Programme, choisit un nombre au hasard du tableau de nombres aléatoires (Voir Tableau A). Le nombre obtenu sert de guide pour le choix de l'échantillon des PS dans chaque district – P.ex. si le nombre choisi est un 4, le Programme choisira chaque quatrième PS jusqu'à ce qu'il ait un échantillon de 30% des PS.
- **L'échantillon à visiter après le deuxième et le troisième trimestre** : Le Programme sépare tout d'abord, pour chaque district, les PS ayant été visités de ceux n'ayant pas encore été visités. Ensuite, le Programme tire 75% de l'échantillon nécessaire de la liste des PS non-visités (en utilisant la procédure décrite ci-dessus) et 25% de la liste des PS déjà visités.

- **L'échantillon à visiter après le dernier trimestre de l'année** : Tous les PS n'ayant pas encore été visités font automatiquement partie de l'échantillon. Le Programme choisit le reste de l'échantillon selon les règles décrites ci-dessus parmi les PS déjà visités. Si tous les PS ont déjà été visités, le Programme choisit l'échantillon de manière aléatoire.

#### a. Le déroulement d'une MV

Les visites de vérification commencent par une introduction auprès du chargé de l'ECR, de l'ECD, du CS, EPS ou du PS. Durant cette introduction, le Chef de Mission explique les procédures de vérification, et il spécifie quelles mesures de performance (récompensées et non-récompensées) font l'objet de la vérification.

Dès que l'équipe de vérification reçoit l'horaire pour la MV, le Chef de Mission répartit les tâches entre les membres de l'équipe. Par exemple, au cours de la visite d'une formation sanitaire, trois des membres peuvent se concentrer sur la vérification des différentes mesures de performance tandis que le quatrième complète la check-list qualité.

Pour le FRB offre la vérification des données des rapports de performance se fait dans les registres. La mission doit également sélectionner l'échantillon des usagers qui font partie des enquêtes menées par les Organisations Communautaires de Base (Voir la description de la vérification des registres ci-dessous). Selon les termes de référence de la MV, celle-ci doit vérifier six indicateurs qui ont été sélectionnés au hasard : trois indicateurs récompensés et trois indicateurs non-récompensés. Pour chacun de ces indicateurs, la vérification porte sur une période d'un mois, également sélectionné au hasard, du trimestre précédent. L'échantillonnage des usagers se fait à partir des registres portant sur ces mêmes indicateurs/mois. Pour les PS, cela inclut les registres des Cases de Santé sélectionnées. **Pour chaque indicateur/mois retenu, le nombre d'usagers à sélectionner est de 10 pour les PS, 15 pour les CS. L'échantillon total est donc de 60 usagers par PS et 90 usagers par CS (Prévoir 50% de l'échantillon pour les cas où le questionnaire ne peut pas être appliqué pour diverses raisons).** Cet échantillonnage se fait pour chaque indicateur retenu de manière aléatoire systématique selon la procédure suivante :

- S'assurer que les usagers sont numérotés dans chaque registre et déterminer le nombre total d'usagers vus au cours du mois auquel la vérification se rapporte. Si ce nombre est inférieur à la taille de l'échantillon requis (c.à.d. inférieur à 10 pour un PS ou à 15 pour un **CS** les trois mois du trimestre sont pris en considération.
- Calculer l'intervalle de sélection (que l'on appelle aussi le pas de sondage) en divisant le nombre total d'usagers calculé ci-dessus par la taille de l'échantillon recherchée par indicateur.
- Choisir un nombre au hasard du tableau de nombres aléatoires (Voir Tableau A) et sélectionner comme premier usager de l'échantillon celui dont le numéro dans le registre correspond à ce nombre.
- Sélectionner les autres usagers pour l'échantillon en appliquant le pas de sondage (si les informations détaillées sur les usagers, telles que leur nom complet, leur adresse, et le type de service offert ne peuvent pas être obtenues par la MV, l'utilisateur est gardé dans l'échantillon, marqué non-vérifié. La pénalité appliquée en cas de registres incomplets est la même que celle appliquée en cas de présence de services fictifs.

Le tableau dans lequel la MV inscrit les informations détaillées sur les usagers sélectionnés est repris ci-dessous (Tableau B).

La durée de la visite de vérification auprès d'un bénéficiaire du FBR ne doit pas dépasser un jour ouvrable. Les équipes de vérification doivent respecter la confidentialité des usagers traités au **CS et PS** pendant la durée de la MV.

**Pour le FBR-demande**, la vérification porte sur les femmes bénéficiaires du paiement forfaitaire. Elle est effectuée à partir des registres et concerne tous les indicateurs objets de paiement forfaitaire.

#### b. Transmission d'informations

Les équipes de vérification préparent leurs rapports (Tableau C) en trois exemplaires. L'original, accompagné d'une copie électronique et de l'échantillon des usagers, est transmis par le Chef de Mission au CRG. Une

première copie est donnée au responsable de la structure le jour même de la vérification. Le chef de mission garde la seconde copie.

## *CANEVAS DU RAPPORT DE LA MISSION DE VERIFICATION*

---

### *I- INTRODUCTION*

---

- Note introductive
- Rappel des TdR

### *II- DEROULEMENT DE LA MISSION*

---

- Organisation de la mission
- Méthodologie de travail

### *III- RESULTATS OBTENUS*

---

- Indicateurs récompensés
- Indicateurs non récompensés
- Check list qualité

### *IV- OBSERVATIONS GENERALES*

---

- Points forts
- Points à améliorer

### *V- RECOMMANDATIONS*

---

### *VI- ANNEXES*

---

- Synthèse du rapport de vérification
- Check list qualité

## Procédures de vérification pour les Organisations Communautaires de Base

Le Comité Régional de Gestion s'engage pendant la durée du contrat, aux activités préparatoires suivantes :

- a) Soumettre la liste des usagers à visiter. Il s'agit d'un échantillon tiré au hasard par l'Equipe de Vérification au cours de sa visite auprès de la formation sanitaire concernée
- b) Former les enquêteurs sur l'utilisation des outils d'enquête et sur la conduite de celle-ci
- c) Etablir un calendrier pour les enquêtes et le communiquer à l'organisation communautaire de base
- d) Fournir aux enquêteurs les questionnaires accompagnés des informations permettant de retrouver les personnes à enquêter

Pendant l'enquête, la vérification des données issues des registres se fait sur un échantillon des données à travers des visites auprès des ménages (Voir les contrats ci-dessous). Cet échantillon est communiqué par le CRG (Voir la description de la vérification des registres ci-dessus). L'OCB s'engage à mener les entretiens selon les critères décrits dans le Guide de l'Enquêteur et de les compléter dans le délai prévu dans leur contrat avec le CRG. Chaque interview dure environ 15 minutes, mais les enquêteurs comprennent qu'il faut ajouter à cela le temps nécessaire pour se rendre auprès du ménage (Voir les Procédures de travail sur le terrain).

**Pour le FBR-demande**, la vérification se fait également dans la population par les OBC. La vérification porte sur échantillon de 30% de bénéficiaires de paiement forfaitaire par indicateur.

A la fin de l'enquête, l'OCB fait la saisie des questionnaires et prépare le rapport de synthèse en trois exemplaires. Elle envoie l'original accompagné des questionnaires remplis et d'une copie électronique aux CRG dans le délai prévu (Voir ci-dessous le Contrat entre le Comité Régional de Gestion et les Organisations Communautaires de Base chargées de la vérification auprès des usagers). Le deuxième exemplaire du rapport de synthèse est envoyé à l'ONG. L'OCB garde le troisième exemplaire.

Le CRG, à son tour doit :

- a) Contrôler que les questionnaires ont été correctement remplis par les enquêteurs
- b) S'assurer que la saisie et la synthèse des questionnaires soient correctes
- c) Payer une somme fixe par questionnaire rempli correctement une fois que tous les questionnaires ont été délivrés dans le délai prévu (le montant par questionnaire est spécifié dans le contrat)

## Le rapprochement des documents

Une fois en possession du rapport de la MV et de celui de l'OCB, le CRG fait le rapprochement de tous les documents, c'est à dire de ces deux rapports de vérification, du rapport d'activités du district, de l'EPS, de l'ECR accompagnés des demandes de paiement respectives. Le CRG compare également les scores rapportés à ceux vérifiés pour chaque volet de la check-list portant sur la qualité des soins. C'est au cours de ce rapprochement que les corrections nécessaires sont faites et que les pénalités éventuelles sont déterminées. Il faut noter que tout changement apporté au rapport d'activité d'une formation sanitaire peut également avoir des répercussions pour le montant demandé par l'ECR et l'ECD, étant donné qu'il peut influencer la valeur de l'indicateur portant sur la proportion des formations sanitaires du district ayant atteint leurs cibles.

Ensuite, le CRG s'assure que les résultats sont communiqués à l'ECR, aux ECD et aux formations sanitaires concernées et transmis au Programme.

## Contre-vérification

A partir de la seconde MV, l'AVI procède à trois types de contre-vérifications.

Premièrement, il s'assure que l'OCB a rempli les termes de son contrat comme il se doit. A cet effet, il vérifie la qualité et la promptitude du rapport de synthèse préparé par l'OCB et il effectue un sondage auprès de quelques ménages sélectionnés lors de la MV précédente.

Deuxièmement, il s'assure que le rapprochement effectif préparé par le CRG suite à la MV précédente – c.à.d. le rapprochement du rapport d'activités du district, de l'EPS et de l'ECR de sa demande de paiement, du rapport de la MV et du rapport de l'OCB – soit correct.

Troisièmement, il vérifie que les montants FBR octroyés ont été bien reçus par les bénéficiaires et que ceux-ci ont appliqué la clé de répartition et se sont tenus aux règles portant sur l'utilisation de ces montants.

*Tableau A : Tableau des nombres aléatoires*

|    | 1 2 3 4 | 5 6 7 8 | 9 10 11 12 | 13 14 15 16 | 17 18 19 20 | 21 22 23 24 | 25 26 27 28 | 29 30 31 32 |
|----|---------|---------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1  | 8 0 9 4 | 2 5 2 5 | 8 2 4 7    | 1 3 4 7     | 7 4 3 3     | 3 6 2 0     | 1 8 9 7     | 2 1 3 4     |
| 2  | 3 5 6 3 | 2 1 9 6 | 8 2 1 1    | 9 0 4 5     | 2 6 1 8     | 2 7 5 1     | 2 6 2 7     | 1 0 9 5     |
| 3  | 1 3 3 0 | 6 3 3 1 | 3 7 5 3    | 9 6 9 3     | 8 7 3 8     | 6 6 1 5     | 1 5 3 8     | 8 5 4 3     |
| 4  | 3 5 6 5 | 0 0 1 6 | 2 2 4 3    | 6 4 3 2     | 4 7 9 6     | 6 0 9 5     | 5 2 8 3     | 1 6 2 0     |
| 5  | 7 8 5 0 | 5 9 2 6 | 5 5 8 8    | 7 3 1 1     | 2 1 9 2     | 4 6 4 5     | 3 5 3 0     | 5 5 8 9     |
| 6  | 4 4 9 0 | 5 4 1 7 | 9 7 2 7    | 6 1 5 3     | 5 9 0 1     | 4 8 7 8     | 9 9 8 0     | 9 8 7 7     |
| 7  | 6 6 4 6 | 9 1 0 4 | 9 3 1 8    | 8 8 1 9     | 7 5 3 7     | 2 7 8 5     | 9 3 7 3     | 2 4 4 5     |
| 8  | 3 6 2 6 | 5 9 9 5 | 1 2 1 5    | 9 7 5 3     | 9 2 2 3     | 5 6 6 8     | 2 9 4 4     | 2 8 9 9     |
| 9  | 4 6 6 5 | 4 8 2 0 | 7 5 5 4    | 0 6 1 2     | 9 6 6 3     | 4 2 5 1     | 9 1 3 8     | 1 7 0 9     |
| 10 | 6 4 9 8 | 7 5 1 9 | 0 4 7 4    | 7 8 1 8     | 6 6 3 2     | 9 6 6 3     | 9 8 7 2     | 4 0 9 0     |
| 11 | 6 7 2 2 | 9 8 6 9 | 9 3 6 1    | 7 8 7 5     | 4 8 8 3     | 1 3 1 5     | 9 6 7 9     | 8 8 3 4     |
| 12 | 9 7 4 8 | 5 9 3 2 | 5 1 1 5    | 2 7 2 1     | 0 0 3 3     | 9 3 0 3     | 9 7 1 3     | 4 0 1 2     |
| 13 | 5 6 4 1 | 1 4 1 7 | 1 4 1 9    | 7 4 3 4     | 8 1 6 5     | 7 3 6 8     | 1 2 1 8     | 5 0 3 9     |
| 14 | 7 4 4 4 | 9 2 0 0 | 6 8 4 0    | 5 8 8 2     | 4 3 9 8     | 3 9 0 4     | 9 1 9 9     | 9 3 3 6     |
| 15 | 8 2 7 9 | 3 0 1 9 | 4 6 7 2    | 3 7 4 3     | 3 9 7 9     | 4 6 8 9     | 9 0 2 1     | 6 9 9 0     |
| 16 | 0 1 6 1 | 7 6 1 7 | 1 0 2 4    | 2 3 6 7     | 2 8 9 1     | 6 6 7 7     | 1 5 8 5     | 2 4 8 2     |
| 17 | 7 3 8 8 | 9 7 5 9 | 7 5 5 5    | 6 6 2 4     | 9 9 7 7     | 2 0 0 8     | 5 5 9 6     | 9 7 4 0     |
| 18 | 7 8 3 0 | 4 7 1 4 | 3 6 9 5    | 2 9 1 9     | 1 8 0 4     | 4 0 4 4     | 1 0 3 4     | 2 5 9 7     |
| 19 | 9 8 8 7 | 4 2 1 6 | 6 5 2 6    | 4 5 3 5     | 8 4 3 0     | 5 2 7 0     | 9 6 0 5     | 0 7 8 8     |
| 20 | 1 2 6 1 | 2 5 1 6 | 8 5 6 9    | 2 3 1 0     | 3 9 3 9     | 8 7 0 3     | 9 8 4 1     | 0 3 5 3     |
| 21 | 3 9 4 7 | 4 9 3 7 | 7 6 3 4    | 2 5 4 3     | 6 2 3 9     | 7 4 5 5     | 2 0 5 5     | 7 7 9 5     |
| 22 | 4 5 5 0 | 8 1 0 3 | 1 2 5 0    | 2 3 0 4     | 1 1 3 8     | 9 7 8 8     | 9 1 4 4     | 4 5 2 6     |
| 23 | 1 3 4 4 | 9 6 9 7 | 2 3 8 3    | 6 9 7 6     | 6 2 5 1     | 4 2 0 1     | 2 0 3 8     | 6 5 5 2     |
| 24 | 8 9 7 6 | 5 8 2 3 | 8 4 8 7    | 0 4 6 0     | 3 1 0 6     | 9 1 6 6     | 2 7 1 7     | 7 6 0 1     |
| 25 | 7 7 1 0 | 9 9 4 3 | 6 9 7 8    | 8 2 7 3     | 9 7 1 4     | 9 7 0 0     | 1 5 6 6     | 2 8 8 9     |
| 26 | 6 9 5 9 | 6 0 0 8 | 8 4 4 2    | 2 2 8 2     | 1 5 2 4     | 2 5 1 7     | 5 8 1 8     | 0 0 8 1     |
| 27 | 7 9 4 1 | 2 3 1 2 | 2 4 3 1    | 6 7 0 2     | 9 9 8 4     | 3 4 6 9     | 3 0 8 5     | 4 7 6 2     |
| 28 | 2 2 8 4 | 0 8 9 6 | 9 1 0 7    | 5 5 4 2     | 7 3 1 9     | 3 7 8 2     | 1 0 6 8     | 9 5 7 4     |
| 29 | 9 5 9 4 | 7 4 1 6 | 9 3 6 5    | 6 0 4 5     | 1 1 8 3     | 5 9 1 6     | 9 5 9 9     | 1 1 4 3     |
| 30 | 4 6 1 3 | 6 5 4 9 | 6 3 6 9    | 3 2 0 8     | 5 1 0 9     | 9 6 8 0     | 1 1 6 8     | 6 1 3 3     |

## Tableau B : Informations sur les usagers sélectionnés

• Région Médicale de : \_\_\_\_\_ Code RM : |\_\_|\_\_|

• District Sanitaire de : \_\_\_\_\_ Code DS : |\_\_|\_\_|

Tableau B : Informations sur les usagers sélectionnés (DESTINE A L'OCB)

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>• Sélection des usagers</b> | ☛ <b>Indicateur à Vérifier :</b> <span style="float: right;">Code IV. :  __ __ __ </span>     |
|                                | ☛ Vérification portant sur la période du ____/____/201____ à ____/____/201____                |
|                                | ☛ <b>Nom de la Formation Sanitaire :</b> <span style="float: right;">Code FS :  __ __ </span> |

| 01      | 02                         | 03      | 04  | 05   | 06  | 07      | 08                                 | 09                        |
|---------|----------------------------|---------|-----|------|-----|---------|------------------------------------|---------------------------|
| N° Ord. | N° Usager dans le Registre | Prénoms | Nom | Sexe | Age | Adresse | Date enregistrement service offert | Types de services offerts |
| __ 01   |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| __ 02   |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| __ 03   |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| __ 04   |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| __ 05   |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |

| 01      | 02                         | 03      | 04  | 05   | 06  | 07      | 08                                 | 09                        |
|---------|----------------------------|---------|-----|------|-----|---------|------------------------------------|---------------------------|
| N° Ord. | N° Usager dans le Registre | Prénoms | Nom | Sexe | Age | Adresse | Date enregistrement service offert | Types de services offerts |
| ___ 06  |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| ___ 07  |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| ___ 08  |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| ___ 09  |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| ___ 10  |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| ___ 11  |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| ___ 12  |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| ___ 13  |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| ___ 14  |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| ___ 15  |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |

| 01      | 02                         | 03      | 04  | 05   | 06  | 07      | 08                                 | 09                        |
|---------|----------------------------|---------|-----|------|-----|---------|------------------------------------|---------------------------|
| N° Ord. | N° Usager dans le Registre | Prénoms | Nom | Sexe | Age | Adresse | Date enregistrement service offert | Types de services offerts |
| ___ 16  |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| ___ 17  |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| ___ 18  |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| ___ 19  |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| ___ 20  |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| ___ 21  |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |
| ___ 22  |                            |         |     |      |     |         |                                    |                           |

## Tableau C1 : Rapport de vérification CENTRE DE SANTE

### Rapport de la Mission de Vérification (niveau CS)

| ● Informations Générales                     |                  |                               |                         |
|--|------------------|-------------------------------|-------------------------|
| ● Période de : _____ à _____                 |                  | ● Date de transmission: _____ |                         |
| ● Centre de Santé (CS) de : _____            |                  |                               |                         |
| ● District Sanitaire de : _____              |                  | ● Région de : _____           |                         |
| ● Téléphone : _____                          | ● Fax : _____    |                               | ● Boîte Postale : _____ |
| ● Nom du responsable de la structure : _____ |                  | ● Téléphone : _____           |                         |
| ● B.P : _____                                | ● E-mail : _____ |                               |                         |

| N°   | Mesures de performance   | Activités vérifiées |        |        | Contrôleur(s) | Commentaires |
|--|--|---------------------|--------|--------|---------------|--------------|
|  |  | Mois 1              | Mois 2 | Mois 3 |               |              |
| <b>010 - La santé maternelle, néonatale et infantile</b> |  |                     |        |        |               |              |
| <b>01 01 -</b>   | Nombre d'enfants moins d'1 an complètement vaccinés  |                     |        |        |               |              |
| <b>01 02 -</b>   | Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de Malnutrition aigüe sévère compliquée PEC et déchargés |                     |        |        |               |              |
| <b>01 03 -</b>   | Nombre d'enfants de 6 mois à 59 mois ayant reçu 1 dose de vitamine A tous les 6 mois                 |                     |        |        |               |              |
| <b>01 04 -</b>   | Nombre d'accouchements réalisés par un personnel qualifié avec partogramme                           |                     |        |        |               |              |
| <b>01 05 -</b>   | Nombre de complications obstétricales PEC selon les normes et protocoles                             |                     |        |        |               |              |
| <b>01 06 -</b>   | Nombre de femmes enceintes ayant effectuées 4 CPN correctes.   |                     |        |        |               |              |
| <b>01 07 -</b>   | Nombre de nouvelles utilisatrices de planification familiale   |                     |        |        |               |              |
| <b>01 08 -</b>   | Nombre de femmes reçues en consultation post natale  |                     |        |        |               |              |
| <b>01 09 -</b>   | Nombre de femmes enceintes séropositives sous ARV  |                     |        |        |               |              |
| <b>01 10 -</b>   | Proportion d'enfants nés de mères séropositives mis sous ARV a titre prophylactique                  |                     |        |        |               |              |

| N°                                   | Mesures de performance  | Activités vérifiées |        |        | Contrôleur(s) | Commentaires |
|--------------------------------------|---|---------------------|--------|--------|---------------|--------------|
|                                      |   | Mois 1              | Mois 2 | Mois 3 |               |              |
| <b>020 - Lutte contre la maladie</b> |   |                     |        |        |               |              |
| <b>02 01 -</b>                       | <b>Nombre de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de SP (TPI2)</b> |                     |        |        |               |              |
| <b>02 02 -</b>                       | <b>Nombre de cas de tuberculose dépistés</b>                      |                     |        |        |               |              |
| <b>02 03 -</b>                       | <b>Nombre de patients TPM+ ayant été déclarés guéris</b>          |                     |        |        |               |              |
|                                      |   |                     |        |        |               |              |
| <b>XXX - Mesures non-rémunérés</b>   |   |                     |        |        |               |              |
|                                      |   |                     |        |        |               |              |
|                                      |   |                     |        |        |               |              |
|                                      |   |                     |        |        |               |              |

🔗 **Observations générales :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Signatures des Contrôleurs**

Contrôleur 1

Contrôleur 2

Contrôleur3

Contrôleur 4



## Rapport de la Mission de Vérification (niveau PS)

| ■ Informations Générales               |  |               |                         |
|--|--|---------------|-------------------------|
| ■ Période de :                         |  | à             | ■ Date de transmission: |
| ■ Poste de Santé (PS) de :             |  |               |                         |
| ■ District Sanitaire de :              |  | ■ Région de : |                         |
| ■ Téléphone :                          |  | ■ Fax :       | ■ Boîte Postale :       |
| ■ Nom du Responsable de la Structure : |  | ■ Téléphone : |                         |
| ■ B.P :                                |  | ■ E-mail :    |                         |

| N°  | Mesures de performance   | Activités vérifiées |        |        | Contrôleur(s) | Commentaires |
|---|--|---------------------|--------|--------|---------------|--------------|
|   |  | Mois 1              | Mois 2 | Mois 3 |               |              |
| <b>010- La santé maternelle, néonatale et infantile</b> |  |                     |        |        |               |              |
| 01 01 -   | Nombre d'enfants moins d'1 ans complètement vaccinés   |                     |        |        |               |              |
| 01 02 -   | Nombre d'enfants de 0 à 24mois ayant bénéficié de 3 pesées durant le trimestre dont 1 pesée/mois   |                     |        |        |               |              |
| 01 03 -   | Nombre d'enfants de 6 mois à 59 mois ayant été supplémentés en vitamine A de routine   |                     |        |        |               |              |
| 01 04 -   | Nombre d'accouchements assistés réalisés par un personnel qualifié   |                     |        |        |               |              |
| 01 05 -   | Nombre de nouvelles utilisatrices de planification familiale   |                     |        |        |               |              |
| 01 06 -   | Nombre de femmes reçues en consultation post natale  |                     |        |        |               |              |
| 01 07 -   | Nombre de femmes enceintes vues en CPN ayant réalisé un Test VIH   |                     |        |        |               |              |
| 01 08 -   | Femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN correctes  |                     |        |        |               |              |
| 01 09 -   | Nombre de nouveaux nés ayant bénéficié de soins immédiats (mise au sein précoce: H qui suit la naissance ; maintien de la température, vit.K1, collyre...) |                     |        |        |               |              |
| <b>020 - Lutte contre la maladie</b>                    |  |                     |        |        |               |              |
| 02 01 -   | Nombre de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de SP (TPI2)   |                     |        |        |               |              |
| 02 02 -   | Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités   |                     |        |        |               |              |

| N°                                 | Mesures de performance  | Activités vérifiées |        |        | Contrôleur(s) | Commentaires |
|------------------------------------|---|---------------------|--------|--------|---------------|--------------|
|                                    |   | Mois 1              | Mois 2 | Mois 3 |               |              |
| 02 03 -                            | Nombre d'enfants de 0-5ans souffrant de diarrhée simple correctement traités                                    |                     |        |        |               |              |
| 02 04 -                            | Nombre d'enfants 0-5 ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication correctement pris en charge |                     |        |        |               |              |
| <b>XXX - Mesures non-rémunérés</b> |   |                     |        |        |               |              |
| -                                  |   |                     |        |        |               |              |
| -                                  |   |                     |        |        |               |              |
| -                                  |   |                     |        |        |               |              |

☒ **Observations générales :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Signatures des Contrôleurs**

Contrôleur 1

Contrôleur 2

Contrôleur3

Contrôleur 4





## Rapport de la Mission de Vérification (niveau EPS)

| ■ Informations Générales   |  |               |                         |
|----------------------------|--|---------------|-------------------------|
| ■ Période de :             |  | à             | ■ Date de transmission: |
| ■ Poste de Santé (PS) de : |  |               |                         |
| ■ EPS de :                 |  | ■ Région de : |                         |
| ■ Téléphone :              |  | ■ Fax :       | ■ Boîte Postale :       |
| ■ Nom du Directeur :       |  | ■ Téléphone : |                         |
| ■ B.P :                    |  | ■ E-mail :    |                         |

| N°                                | Mesures de performance   | Activités vérifiées |        |        | Contrôleur(s) | Commentaires |
|-----------------------------------|--|---------------------|--------|--------|---------------|--------------|
|                                   |  | Mois 1              | Mois 2 | Mois 3 |               |              |
|                                   |  | -                   | -      | -      |               |              |
| <b>A. Gouvernance</b>             |  |                     |        |        |               |              |
| 1.                                | Nombre de réunions du comité de pilotage de la qualité tenues                  |                     |        |        |               |              |
| 2.                                | Nombre de réunions du CTE tenues   |                     |        |        |               |              |
| 3.                                | Nombre de réunions de la CME tenues  |                     |        |        |               |              |
| 4.                                | nombre services qui appliquent les 5S et le CLIN dans la gestion               |                     |        |        |               |              |
| 5.                                | Nombre rapports d'activités trimestriel promptitude des                        |                     |        |        |               |              |
| 6.                                | Nombre de rapports d'activités trimestriels exhaustifs                         |                     |        |        |               |              |
| 7.                                | Taux de promptitude des rapports de suivi budgétaire                           |                     |        |        |               |              |
| <b>B. Lutte contre la maladie</b> |  |                     |        |        |               |              |
| 1.                                | proportion de résultats de laboratoire validés                                 |                     |        |        |               |              |
| 2.                                | proportion de résultats de laboratoire soumis au respect de la confidentialité |                     |        |        |               |              |
| 3.                                | proportion de résultats de laboratoire disponible dans les délais              |                     |        |        |               |              |

| N°   | Mesures de performance   | Activités vérifiées |        |        | Contrôleur(s) | Commentaires |
|--|--|---------------------|--------|--------|---------------|--------------|
|  |  | Mois 1              | Mois 2 | Mois 3 |               |              |
|  |  | -                   | -      | -      |               |              |
| 4.   | proportion de cas d'urgence chirurgicale PEC dans les délais                                   |                     |        |        |               |              |
| 5.   | Proportion des cas référés correctement pris en charge   |                     |        |        |               |              |
| 6.   | proportion de femmes enceintes séropositives suivies selon les normes et protocoles de PEC/VIH |                     |        |        |               |              |
| <b>C. Santé maternelle, néonatale et infantile</b> |  |                     |        |        |               |              |
| 1.   | Nombre de réactifs du bilan standard prénatal ayant connu une rupture durant la période        |                     |        |        |               |              |
| 2.   | proportion de cas d'urgences obstétricales PEC dans les délais                                 |                     |        |        |               |              |
| 3.   | proportion de nouveaux nés en détresse correctement pris en                                    |                     |        |        |               |              |
| 4.   | proportion de décès maternels pour lesquels des audits sont réalisés                           |                     |        |        |               |              |
| <b>XXX - Mesures non-rémunérés</b>                 |  |                     |        |        |               |              |
| -  |  |                     |        |        |               |              |
| -  |  |                     |        |        |               |              |
| -  |  |                     |        |        |               |              |

## B. Termes de Référence pour les Missions de Vérification

### Préambule

Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) au Sénégal a été conçu par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) comme approche pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Dans le FBR, des subventions sont accordées aux prestataires sur la base de leurs performances en plus d'un appui apporté au fonctionnement des structures sanitaires. Le but d'une telle approche est de créer une émulation de prestataires responsables et motivés qui mettent en œuvre efficacement le paquet de prestations de services du niveau opérationnel en rapport avec les OMD. La description de l'approche FBR se trouve dans le *Manuel de procédures du Financement Basé sur les Résultats dans le Secteur de la Santé au Sénégal*, dénommé ci-après le *Manuel de procédures FBR*

Le Financement Basé sur les Résultats repose sur une confiance forte entre les différentes entités impliquées. A cet effet, il est prévu une **Mission de Vérification (MV)** trimestrielle.

Le principal objectif de la MV est d'assurer, dans chacune des structures que le crédit FBR soit octroyé pour des soins dont la population a réellement bénéficiés et que ces soins soient de bonne qualité. Les procédures de vérifications de la quantité et de la qualité des soins sont détaillées dans le présent *Manuel de procédures FBR*.

### Portée des Termes de Référence

Les présents Termes de Référence (TdR) sont préparés pour la MV devant être effectuée dans le district de ..... entre le ...../...../..... et le ...../...../..... Les vérifications portent sur le trimestre couvrant la période du ...../...../..... au ...../...../.....

### Composition de la Mission de Vérification

L'équipe de est composée de ainsi qu'il suit :

|                      |        |
|----------------------|--------|
|                      |        |
| - Un Chef de mission | -      |
| Membres              | -<br>- |

### Formations sanitaires sélectionnées

La MV effectue des visites de vérification auprès de l'Equipe Cadre de District (ECD), de l'Equipe Cadre de Région (ECR), du Centre de Santé (CS), de l'Etablissement Public de Santé (EPS), et d'un échantillon de 30% des Postes de Santé (PS) du district, soit auprès de ..... des ..... PS. L'échantillon, présenté dans le tableau ci-dessous, a été sélectionné de manière aléatoire suivant la procédure détaillée dans le *Manuel de procédures FBR*.

| Type de formation sanitaire | Non de la formation sanitaire | Dernière vérif. * | Date vérification ** |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|----------------------|
| Poste de santé #1           |                               |                   |                      |
| Poste de santé #2           |                               |                   |                      |

| Type de formation sanitaire | Non de la formation sanitaire | Dernière vérif. * | Date vérification ** |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|----------------------|
| Poste de santé #3           |                               |                   |                      |
| Poste de santé #4           |                               |                   |                      |
| Poste de santé #5           |                               |                   |                      |
| Poste de santé #6           |                               |                   |                      |
| Poste de santé #7           |                               |                   |                      |

\* Date à laquelle la dernière vérification a été effectuée

\*\* Date à laquelle la MV effectue la visite de vérification

### Indicateurs récompensés sélectionnés

Outre la check-list de qualité des soins pour les CS et PS et les indicateurs retenus pour les ECD et les ECR, la MV vérifie, pour chaque formation sanitaire retenue, que l'information dans les rapports d'activité corresponde à l'information dans les registres. Cette vérification va porter sur trois indicateurs récompensés et sur une période d'un mois par indicateur. Les indicateurs et les mois, choisis au hasard pour chaque formation sanitaire retenue, sont repris dans le tableau suivant :

#### ▪ Etablissement public de Santé

|     | Information à vérifier   | EPS |
|-----|--|-----|
| 1.  | Nombre de réunions du comité de pilotage de la qualité tenues                                  |     |
| 2.  | Nombre de réunions du CTE tenues   |     |
| 3.  | Nombre de réunions de la CME tenues  |     |
| 4.  | nombre services qui appliquent les 5S et le CLIN dans la gestion des déchets                   |     |
| 5.  | Nombre rapports d'activités trimestriel promptitude des  |     |
| 6.  | Nombre de rapports d'activités trimestriels exhaustifs   |     |
| 7.  | Taux de promptitude des rapports de suivi budgétaire   |     |
| 8.  | proportion de résultats de laboratoire validés   |     |
| 9.  | proportion de résultats de laboratoire soumis au respect de la confidentialité                 |     |
| 10. | proportion de résultats de laboratoire disponible dans les délais                              |     |
| 11. | proportion de cas d'urgence chirurgicale PEC dans les délais                                   |     |
| 12. | Proportion des cas référés correctement pris en charge   |     |
| 13. | proportion de femmes enceintes séropositives suivies selon les normes et protocoles de PEC/VIH |     |
| 14. | Nombre de réactifs du bilan standard prénatal ayant connu une rupture durant la période        |     |

|     | Information à vérifier   | EPS |
|-----|--|-----|
| 15. | proportion de cas d'urgences obstétricales PEC dans les délais     |     |
| 16. | proportion de nouveaux nés en détresse correctement pris en charge |     |

● Centre de Santé

|     | Information à vérifier   | CS |
|-----|--|----|
| 1.  | Nombre d'enfants de moins d'un an complètement vaccinés  |    |
| 2.  | . Proportion de complication obstétricale PEC selon les normes et protocoles                         |    |
| 3.  | Nombre d'enfants de 6 mois à 59 mois ayant été supplément é en vitamine A tous les 6 mois en routine |    |
| 4.  | Nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié avec partogramme                           |    |
| 5.  | Nombre de nouvelles utilisatrices de planification familiale   |    |
| 6.  | Nombre de femmes reçues en consultation post natale  |    |
| 7.  | Nombre de femmes enceintes séropositives sous ARV  |    |
| 8.  | nombre de femmes enceintes ayant effectué les 4 CPN correctes  |    |
| 9.  | Nombre d'enfants nés de mères séropositives mis sous ARV à titre prophylactique                      |    |
| 10. | Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de MAS compliqué PEC dans le CREN et déchargés           |    |
| 11. | Nombre de femmes enceintes ayant reçu TPI2   |    |
| 12. | Nombre de cas de tuberculose dépistés  |    |
| 13. | Nombre de patients TB déclarés guéris  |    |

■ Poste de Santé

|  | Information à vérifier  | PS#1 | PS#2 | PS#3 | PS#4 | PS#5 | PS#6 | PS#7 | PS#8 |
|--|---|------|------|------|------|------|------|------|------|
|  | Nombre d'enfants de moins d'un an complètement vaccinés   |      |      |      |      |      |      |      |      |
|  | Nombre d'enfants 0-24 mois vus en SNP   |      |      |      |      |      |      |      |      |
|  | Nombre d'enfants de 6 mois à 59 mois ayant été supplémenté en vitamine A tous les 6 mois en routine |      |      |      |      |      |      |      |      |
|  | Nombre d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié                                  |      |      |      |      |      |      |      |      |
|  | Nombre de nouvelles utilisatrices de planification familiale  |      |      |      |      |      |      |      |      |
|  | Nombre de femmes reçues en consultation post natale   |      |      |      |      |      |      |      |      |

|  | Information à vérifier   | PS#1 | PS#2 | PS#3 | PS#4 | PS#5 | PS#6 | PS#7 | PS#8 |
|--|--|------|------|------|------|------|------|------|------|
|  | Nombre de tests VIH réalisés chez les femmes enceintes vues en CPN                                 |      |      |      |      |      |      |      |      |
|  | Nombre d'enfants de moins de 5ans atteints de Malnutrition aigüe sévère compliqué PEC et déchargés |      |      |      |      |      |      |      |      |
|  | Nombre de femmes enceintes ayant effectuées les 4 CPN correctes                                    |      |      |      |      |      |      |      |      |
|  | Nombre d'enfants nés de mères séropositives mis sous ARV à titre prophylactique                    |      |      |      |      |      |      |      |      |
|  | Nombre de femmes enceintes ayant reçu TPI2   |      |      |      |      |      |      |      |      |
|  | Nombre de cas de paludisme simple correctement traités chez les enfants de moins de cinq ans       |      |      |      |      |      |      |      |      |
|  | Nombre d'enfants de 0 – 5ans présentant une diarrhée et ayant reçu du SRO/Zinc                     |      |      |      |      |      |      |      |      |

### Indicateur non-récompensés sélectionnés

Outre les indicateurs récompensés, la MV vérifie également trois indicateurs non-récompensés par formation sanitaire. Ces indicateurs, ainsi que le mois à vérifier, sont sélectionnés au hasard, pour chaque formation sanitaire retenue, sur la liste du SNIS ; ils sont repris dans le tableau suivant :

#### • EPS

|  | Information à vérifier | CS |
|--|------------------------|----|
|  |                        |    |
|  |                        |    |
|  |                        |    |

#### Centre de Santé

|  | Information à vérifier | CS |
|--|------------------------|----|
|  |                        |    |
|  |                        |    |
|  |                        |    |

■ Poste de Santé

| Cod | Information à vérifier | PS#1 | PS#2 | PS#3 | PS#4 | PS#5 | PS#6 | PS#7 |
|-----|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
|     |                        |      |      |      |      |      |      |      |
|     |                        |      |      |      |      |      |      |      |
|     |                        |      |      |      |      |      |      |      |
|     |                        |      |      |      |      |      |      |      |

1, 2 ou 3 : vérifier les données portant sur le premier, second ou troisième mois du trimestre ; : ne pas vérifier

Si pour un des indicateurs retenus, le nombre de cas vus au cours du mois sélectionné s'avère être inférieur à 10 pour un PS, ou à 15 pour un CS/EPS, la vérification portera sur les trois mois du trimestre.

## C. Contrat entre le Comité Régional de Gestion et les Organisations Communautaires de Base chargées de la vérification auprès des usagers

---

Il est conclu le contrat suivant entre l'Organisation Communautaire de Base ..... , opérant dans le(s) district(s) sanitaire(s) de..... et représentée par son Président .....

ET

Le Comité Régional de Gestion du projet (CRG) de la région de.....représenté par le Médecin Chef de la Région, Dr. ....

### Article 1. Les enquêtes dans le cadre du financement basé sur les résultats (FBR)

L'enquête trimestrielle de vérification auprès des usagers vise à contrôler si les usagers choisis, au hasard à partir des registres de la formation sanitaire pour les différentes prestations subventionnées dans le cadre du Financement Basé sur les Résultats (FBR), existent réellement et si ceux-ci ont réellement reçu les services décrits dans les registres. L'enquête cherche également à obtenir les informations suivantes auprès des usagers : les dépenses engendrées dans le cadre des prestations, la perception de la qualité des soins et le profil socio-économique.

### Article 2. Les engagements des deux parties

#### **2.1. L'organisation communautaire de base**

L'organisation communautaire de base s'engage pendant la durée du contrat à :

- a) Utiliser des enquêteurs choisis parmi ses membres qui répondent aux critères suivants :
  - Avoir suivi la formation pour vérificateurs FBR
  - Etre une personne intègre
  - Savoir lire et écrire en français
  - Parler correctement la langue locale
  - Avoir la volonté de servir la communauté
  - Etre capable d'accomplir les tâches de vérification dans une atmosphère familiale avec fidélité, discipline, discrétion et franchise
  - Avoir la capacité de communiquer
  - Avoir la capacité de travailler en équipe
- b) Effectuer des enquêtes dans la population selon l'échantillon qui lui est soumis par le CRG, dans un délai ne dépassant pas **dix jours ouvrables** à partir de la date de communication de l'échantillon. L'enquête est effectuée principalement dans la zone de responsabilité de la formation sanitaire concernée telle que décrite dans le *Manuel de procédures FBR*. Remettre au CRG l'ensemble des questionnaires d'enquête correctement et complètement remplis dans le délai susmentionné (voir modèle de questionnaire annexé au présent contrat).
- c) Faire la saisie des enquêtes trimestrielles, préparer le rapport de synthèse (selon le modèle proposé ) et le communiquer au CRG et à l'ONG.

#### **2.2. Le Comité Régional de Gestion**

Le Comité Régional de Gestion s'engage pendant la durée du contrat à :

- a) Former les enquêteurs sur l'utilisation des outils d'enquête et sur la conduite de celle-ci
- b) Etablir un calendrier pour les enquêtes et le communiquer à l'organisation communautaire de base
- c) Soumettre la liste des ménages à visiter (il s'agit d'un échantillon tiré au hasard par la Mission de Vérification)

- d) Fournir aux enquêteurs les questionnaires accompagnés des informations permettant de retrouver les personnes à enquêter
- e) Contrôler que les questionnaires aient été correctement remplis par les enquêteurs
- f) Payer un montant en FCFA de X ..... par questionnaire rempli correctement une fois que tous les questionnaires ont été délivrés dans le délai prévu

Article 3. Durée du contrat

Le présent contrat a une durée limitée d'une année renouvelable d'accord partie à compter de sa date de signature.

Article 4. Causes de non-paiement ou de résiliation ou non-renouvellement du contrat

Un mauvais remplissage ou un remplissage incomplet d'un questionnaire conduit au non-paiement de ce questionnaire (sauf au cas où cela est indépendant de l'OCB). Au-delà de la date buttoir, une pénalité de 1% du montant total du contrat sera appliquée par jour de retard. Si le délai est dépassé de plus de 7 jours, le contrat est résilié. La non-exécution de l'enquête commanditée ou le remplissage du questionnaire avec des données fausses conduit à la résiliation du contrat en cours et au non-renouvellement du contrat.

En cas de résiliation du contrat par une des parties, celle-ci devra donner un préavis minimum de quinze jours.

Article 5. Règlements de litiges

Tout malentendu sur l'interprétation ou l'exécution de ce contrat est résolu à l'amiable. Si une solution à l'amiable n'est pas trouvée, le différend est porté à l'attention du Programme FBR pour décision.

Fait à ....., le ...../...../.....

**Lu et approuvé**

**Le Président de**

**L'organisation communautaire de base**

**Le Président du CRG**

### *Comment conduire une interview<sup>1</sup>*

---

Conduire une interview avec succès est un art et ne doit pas être considéré comme un procédé mécanique. Chaque interview est une nouvelle source d'informations, il faut donc la rendre intéressante et agréable. L'art d'enquêter se développe avec la pratique mais il existe certains principes de base que les enquêtrices/enquêteurs doivent suivre pour réussir. Dans cette section vous trouverez plusieurs directives générales pour vous apprendre comment établir de bons rapports avec les enquêtés et comment mener une interview réussie.

#### **A. Comment établir de bons rapports avec l'enquêté(e)**

Le chef d'équipe attribuera à une enquêtrice / un enquêteur la tâche d'établir le premier contact avec chaque ménage sélectionné pour la vérification des résultats FBR. La sélection des ménages parmi les usagers des services de santé aura été faite par la Mission Conjointe de Vérification (MV) lors de la vérification des registres de la formation sanitaire. La liste des ménages sélectionnés sera remise à l'organisation communautaire chargée des enquêtes par le CRG. Dans le cas où l'utilisateur est un enfant, l'enquêté(e) sera un de ses parents ou son tuteur, de préférence celui ou celle qui l'a accompagné à la formation sanitaire. Si au moins une personne éligible est identifiée dans le ménage sélectionné, l'enquêtrice/enquêteur continuera et complétera le Questionnaire de Vérification.

En tant qu'enquêtrice/enquêteur, votre première responsabilité consistera à établir un bon contact avec l'enquêté(e). Au début de l'interview, vous serez, vous et l'enquêté(e), des étrangers l'un pour l'autre. La première impression que l'enquêté(e) aura de vous influera sur sa bonne volonté à coopérer à l'enquête. Assurez-vous que votre attitude soit amicale quand vous vous présentez. Avant de commencer à travailler quelque part, votre chef d'équipe aura informé les autorités administratives et locales, qui informeront éventuellement, à leur tour, les ménages sélectionnés dans la localité où vous allez mener les enquêtes. On vous donnera également une lettre et/ou un badge qui attestera que vous travaillez pour l'organisation communautaire de base [*Nom de l'organisation communautaire de base chargée de mener l'enquête*].

#### **1. Faites dès le début une bonne impression**

Quand vous abordez l'enquêté(e) pour la première fois, faites de votre mieux pour la/le mettre à l'aise. Avec quelques paroles bien choisies, vous pouvez mettre l'enquêté(e) dans un état d'esprit favorable pour l'interview. Commencez l'interview avec un sourire et une formule de politesse, puis présentez-vous.

#### **2. Demandez le consentement de l'enquêté(e) pour l'interview**

Vous devez obtenir le consentement informé de l'enquêté(e) pour sa participation à l'enquête avant de commencer l'interview. Des déclarations particulières figurent au début du Questionnaire de Vérification dans lesquelles les objectifs de l'enquête sont expliqués. Dans ces déclarations, il est également spécifié que la participation à l'enquête est totalement volontaire et que tout enquêté(e) a le droit de refuser de répondre aux questions ou de stopper l'interview à n'importe quel moment. Vous devez absolument lire la déclaration de consentement telle qu'elle est écrite avant de demander à l'enquêté(e) de participer à l'enquête.

#### **3. Ayez toujours une approche positive**

N'adoptez jamais un air d'excuses, et n'utilisez pas des expressions telles que « Êtes-vous trop occupé(e)? » Ce genre de questions risque d'entraîner un refus avant même de commencer. Dites plutôt à l'enquêté(e), « Je voudrais vous poser quelques questions » ou « Je voudrais vous parler quelques instants ».

#### **4. Mettez l'accent sur le caractère confidentiel des réponses, si nécessaire**

---

<sup>1</sup> D'après IFC Macro (Mai2011). *L'Enquête Démographique et de Santé : Le Manuel de l'enquêtrice et de l'enquêteur*. Page 8-19 ([http://www.measuredhs.com/pubs/pub\\_details.cfm?ID=711&srchTp=type](http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=711&srchTp=type))

Si l'enquêté(e) hésite à répondre à l'interview ou demande à quoi serviront ces informations, expliquez-lui que les données que vous recueillez resteront confidentielles, qu'aucun nom d'individu ne sera utilisé en aucun cas et que tous les renseignements seront mis en commun pour rédiger un rapport. En outre, vous ne devez jamais mentionner d'autres interviews ou montrer des questionnaires complétés à d'autres enquêtrices/enquêteurs, aux chefs d'équipe ou aux contrôleuses/contrôleurs devant un enquêté/une enquêtée ou toute autre personne.

### **5. Répondez franchement aux questions de l'enquêté(e)**

Avant d'accepter d'être interviewé(e), l'enquêté(e) peut vous poser quelques questions concernant l'enquête ou la façon dont on l'a sélectionné pour être enquêté(e). Soyez directe et aimable quand vous répondez. L'enquêté(e) peut également s'inquiéter de la durée de l'interview. Dites-lui que d'habitude l'interview prend entre 15 et 20 minutes. Précisez que vous êtes disposé à revenir à un autre moment si l'enquêté(e) n'est pas disponible à ce moment-là pour répondre aux questions.

Il peut arriver que l'enquêté(e) pose des questions ou veuille parler des sujets de l'enquête, par exemple, de méthodes particulières de planification familiale. Bien qu'il soit important de ne pas interrompre le cours de l'interview, dites-lui que vous serez heureux/heureuse de répondre à ses questions ou de parler de ce sujet après avoir terminé l'interview.

### **6. Interviewez l'enquêté(e) en particulier**

La présence d'une tierce personne pendant l'interview peut vous empêcher d'obtenir des réponses franches et honnêtes de la part de l'enquêté(e). Par conséquent, il est essentiel que l'interview individuelle soit conduite en privé et que toutes les questions reçoivent une réponse de l'enquêté(e) elle/lui-même. Si d'autres personnes sont présentes quand vous commencez une interview, expliquez à l'enquêté(e) que certaines questions sont privées et demandez-lui quel est le meilleur endroit pour lui parler en particulier. Parfois le fait de demander à rester seul/e avec l'enquêté(e) rend les autres personnes plus curieuses, ce qui peut les inciter à vouloir écouter. Dans ce cas, c'est à vous de leur faire comprendre qu'elles doivent vous laisser seul/e avec l'enquêté(e). Commencer une interview en privé, dès le début, permettra à l'enquêté(e) d'être plus attentif/attentive à vos questions.

S'il est impossible d'être en privé, vous pouvez être obligé d'accomplir l'interview en présence d'autres personnes. Dans de telles circonstances, il est important de ne pas oublier que :

- S'il y a plus d'un(e) enquêté(e) éligible dans le ménage, vous ne devez pas enquêter l'un(e) en présence de l'autre ;
- Dans tous les cas où d'autres personnes sont présentes, essayez autant que possible de vous isoler, vous et l'enquêté(e), des autres personnes.

## **B. Conseils pour conduire l'interview**

### **1. Soyez neutre pendant toute l'interview**

La plupart des gens sont polis et ont tendance à donner les réponses qu'ils pensent que vous souhaitez entendre. Par conséquent, il est très important que vous restiez absolument neutre pendant que vous posez les questions. Ne donnez jamais à penser à l'enquêté(e) qu'il/elle a donné la réponse "juste" ou "fausse" à la question, soit par l'expression du visage ou le ton de la voix.

De même, ne donnez jamais l'impression d'approuver ou de désapprouver une des réponses de l'enquêté(e). Les questions sont toutes soigneusement formulées pour être neutres. Elles ne suggèrent pas qu'une réponse est plus probable ou préférable à une autre. Si vous ne lisez pas la question complète, vous enlèverez tout caractère neutre à la question. La question devient ce qu'on appelle une « question tendancieuse ». C'est pourquoi il est important de lire toute la question telle qu'elle est écrite. Si l'enquêté(e) donne une réponse ambiguë, essayez d'approfondir de façon neutre, en posant des questions telles que :

« Pouvez-vous expliquer un peu plus » ?

« Je n'ai pas bien compris, pouvez-vous répéter » ?

« On n'est pas pressé. Prenez le temps de réfléchir »

## **2. Ne suggérez jamais les réponses aux enquêté(e)s**

Si la réponse d'un(e) enquêté(e) n'est pas pertinente, ne l'aidez pas en disant quelque chose comme « Je suppose que vous voulez dire que....n'est-ce pas? ». Très souvent elle/il sera d'accord avec votre interprétation de sa réponse, même si ce n'est pas le cas. Vous devez plutôt approfondir le problème de façon à ce que l'enquêté(e) lui/elle-même trouve la réponse pertinente. Vous ne devez jamais lire la liste des réponses codées à l'enquêté(e), même s'il/si elle a des difficultés à répondre.

## **3. Ne changez pas la formulation ou la séquence des questions**

La formulation des questions et leur séquence dans le questionnaire doivent être respectées. Si l'enquêté(e) a mal compris une question, vous devez répéter la question lentement et clairement. S'il/si elle ne comprend toujours pas, vous pouvez reformuler la question en prenant soin de ne pas modifier le sens de la question d'origine. Donnez seulement le minimum d'informations nécessaires pour obtenir une réponse appropriée.

## **4. Faites preuve de tact avec les enquêté(e)s qui hésitent**

Dans certains cas, il se peut que l'enquêté(e) réponde simplement « Je ne sais pas », donne une réponse non pertinente, semble s'ennuyer ou être désintéressé(e), contredise ce qu'il/elle vient de dire précédemment. Dans de tels cas, vous devez essayer de raviver son intérêt à la conversation. Par exemple, si vous sentez qu'il/elle est intimidé(e) ou effrayé(e), essayez de le/la mettre en confiance avant de poser la question suivante. Passez quelques instants à parler de choses sans rapport avec l'enquête (par exemple, sa ville ou son village, le temps, ses activités quotidiennes, etc.).

Si une femme ou un homme donne des réponses non pertinentes ou compliquées, ne l'arrêtez pas brusquement ou impoliment, mais écoutez ce qu'il/elle a à dire. Puis, essayez de le/la guider doucement vers la question de départ. Une bonne ambiance doit être maintenue durant toute l'interview. On parvient à la meilleure ambiance pour une interview quand l'enquêté(e) considère l'enquêtrice/enquêteur comme une personne aimable, réceptive et sympathique qui ne l'intimide pas, et à qui il/elle peut tout dire sans se sentir intimidé(e) ou embarrassé(e).

Si une femme ou un homme hésite ou ne veut pas répondre à une question, expliquez-lui de nouveau que cette même question est posée à tous les usagers sélectionnés au hasard dans les registres des formations sanitaires du district et que les réponses seront mises en commun. Si l'enquêté(e) ne veut toujours pas répondre à la question, inscrivez simplement REFUSÉ à côté de la question et continuez normalement. Rappelez-vous que l'on ne peut obliger un(e) enquêté(e) à fournir une réponse.

## **5. N'ayez pas d'idées préconçues**

N'ayez pas d'idées préconçues sur les capacités et les connaissances de l'enquêté(e). Ne croyez pas, par exemple, que les femmes et les hommes des zones rurales ou celles et ceux peu éduqué(e)s ou illettré(e)s ne connaissent pas la planification familiale ou des méthodes de planification familiale.

## **6. Ne précipitez pas l'interview**

Posez les questions lentement pour que l'enquêté(e) comprenne bien ce qu'on lui demande. Après avoir posé une question, attendez et donnez-lui le temps de réfléchir. Si l'enquêté(e) se sent bousculé(e) ou si on ne lui permet pas de formuler sa propre opinion, il/elle peut répondre "Je ne sais pas" ou donner une réponse inexacte. Si vous pensez que l'enquêté(e) répond sans réfléchir, simplement pour hâter l'interview, dites-lui : « On n'est pas pressé. Votre opinion est très importante, aussi réfléchissez à vos réponses avec soin »

## **C. Langue de l'interview**

Lors des formations, vous travaillerez à la traduction des questionnaires dans la ou les langues parlées là où l'enquête sera menée. Bien sûr, une des premières choses que vous ferez quand vous entrerez en contact avec un ménage pour faire une interview sera d'identifier la langue ou les langues qui y sont parlées. Les équipes de terrain devront être constituées de façon à ce que vous puissiez travailler dans une zone où l'on parle votre langue. Les cas où les enquêté(e)s ne parlent pas votre langue devraient donc être peu nombreux. Dans de tels cas vous devrez trouver une autre langue que vous parlez en commun et vous conduirez l'interview dans cette langue. Cependant, dans quelques cas, il ne sera pas possible de trouver une langue commune à vous et à

l'enquêté(e). Dans ce cas, essayez de découvrir si l'enquêté(e) parle une langue qu'un autre membre de votre équipe ou que le contrôleur/la contrôlease parle. Si c'est le cas, dites-le à votre contrôleur/votre contrôlease pour qu'il/elle puisse faire en sorte que ce soit cette personne qui conduise l'interview.

Essayer, si possible, d'éviter l'utilisation des interprètes car, non seulement cela met en cause la qualité de l'interview, mais aussi cela signifie que l'interview prendra beaucoup plus de temps. Cependant, si l'enquêté(e) ne parle aucune langue parlée par un des membres de votre équipe, vous aurez besoin d'une tierce personne pour traduire à votre place. Comme l'interview peut couvrir des sujets intimes, il est préférable de trouver une femme comme interprète pour interviewer une femme. En aucune circonstance, vous ne devez utiliser le mari de l'enquêtée comme interprète. Les enfants ne conviennent pas non plus comme interprètes. Il est très important de ne pas changer le sens d'une question quand vous la reformulez ou l'interprétez dans une autre langue.

### *Procédures de travail sur le terrain*

---

Le travail sur le terrain se déroulera selon un calendrier précis, et l'enquête ne sera un succès que si chaque membre des équipes d'enquête comprend et suit correctement les procédures de terrain. Dans les sections qui suivent, nous examinerons en détail ces méthodes, les procédures correctes d'affectation du travail ainsi que celles qui permettent de conserver les réponses des ménages sélectionnés.

#### **A. Activités préparatoires et feuilles d'affectation**

##### ***1. Affectation du travail et remplissage de la feuille d'affectation de l'enquêtrice/enquêteur***

Chaque matin votre contrôleur/contrôlease vous donnera un aperçu du travail de la journée et il/elle vous expliquera comment trouver les ménages. Quand votre contrôleur/contrôlease vous désigne les ménages, écrivez ces informations d'identification sur votre Feuille d'Affectation de l'Enquêteur/Enquêtrice (FAE) (voir Tableau 1). Les informations d'identification telles que le numéro du ménage, le numéro de structure ou l'adresse, le nom de l'utilisateur, la date des services délivrés, les types de services délivrés, et la formation sanitaire concernée figureront dans les colonnes (A) à (F). Les colonnes (G) et (H) de la FAE servent à résumer les résultats de votre travail sur le terrain pour chaque ménage. A la fin de la journée, vous devrez enregistrer dans ces colonnes les résultats finaux de toutes les visites de ménages et des interviews individuelles que vous aurez faites.

Quand on vous affecte votre travail, vous devez l'examiner rapidement et poser toutes les questions que vous pouvez avoir; rappelez-vous que votre contrôleur/contrôlease ne sera pas toujours disponible pour répondre aux questions une fois le travail de la journée entamé. Assurez-vous que :

- Les colonnes (A) à (F) de votre FAE sont complètement remplies et qu'elles contiennent toutes les informations dont vous aurez besoin pour identifier les ménages sélectionnés.
- Vous avez un questionnaire de Vérification pour chaque usager qui vous a été attribué.
- Vous avez rempli les informations d'identification figurant sur la page de couverture de chaque questionnaire de Vérification.
- Vous connaissez la localisation des ménages sélectionnés que vous devez enquêter et vous disposez de tout le matériel nécessaire (cartes, directions écrites, etc.) pour les localiser.
- Vous avez compris toutes les instructions spéciales fournies par votre contrôleur/contrôlease pour contacter les ménages qui vous ont été attribués.



REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple- Un But- Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

PROGRAMME NATIONALE DE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

(PNFBR)

Tableau 1 :

**Feuille d'Affectation de l'Enquêteur/trice pour les Questionnaires de  
Vérification des Usagers**

(Page : \_\_\_\_\_ sur \_\_\_\_\_)

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>NUMERO FORMATION SANITAIRE (cf. Colonne 10)</b><br><input type="text"/> | <b>NOM DE L'ENQUETEUR/ENQUETRICE</b><br><input type="text"/>                          | <b>NUMERO ENQUETEUR/ENQUETRICE</b><br><input type="text"/> |
|  | <b>DATE D'AFFECTION :</b><br><input type="text"/> / <input type="text"/> / <b>201</b> |  |

| 01                   | 02                                  | 03 & 04                      | 05   | 06  | 07      | 08                               | 09                         | 10                               | 11                                  | 12           |
|----------------------|-------------------------------------|------------------------------|------|-----|---------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| N° Ord.<br>Usager    | N°<br>Usager<br>dans le<br>Registre | PRENOMS & NOM DE<br>L'USAGER | Sexe | Age | ADRESSE | DATE DES<br>SERVICES<br>DELIVRES | TYPES DE SERVICES DELIVRES | NOM FORMATION(S)<br>SANITAIRE(S) | RÉSULTAT<br>FINAL DE<br>L'INTERVIEW | OBSERVATIONS |
| <input type="text"/> |                                     |                              |      |     |         |                                  |                            |                                  |                                     |              |
| <input type="text"/> |                                     |                              |      |     |         |                                  |                            |                                  |                                     |              |
| <input type="text"/> |                                     |                              |      |     |         |                                  |                            |                                  |                                     |              |
| <input type="text"/> |                                     |                              |      |     |         |                                  |                            |                                  |                                     |              |
| <input type="text"/> |                                     |                              |      |     |         |                                  |                            |                                  |                                     |              |

| 01             | 02                         | 03 & 04                   | 05   | 06  | 07      | 08                         | 09                         | 10                            | 11                            | 12           |
|----------------|----------------------------|---------------------------|------|-----|---------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------|
| N° Ord. Usager | N° Usager dans le Registre | PRENOMS & NOM DE L'USAGER | Sexe | Age | ADRESSE | DATE DES SERVICES DELIVRES | TYPES DE SERVICES DELIVRES | NOM FORMATION(S) SANITAIRE(S) | RÉSULTAT FINAL DE L'INTERVIEW | OBSERVATIONS |
| ____           |                            |                           |      |     |         |                            |                            |                               |                               |              |
| ____           |                            |                           |      |     |         |                            |                            |                               |                               |              |
| ____           |                            |                           |      |     |         |                            |                            |                               |                               |              |
| ____           |                            |                           |      |     |         |                            |                            |                               |                               |              |
| ____           |                            |                           |      |     |         |                            |                            |                               |                               |              |

**CODES POUR COLONNE « 11 »**

- 1 REMPLI
- 2 PAS DE MEMBRE DE MÉNAGE À LA MAISON/PAS D'ENQUETÉ COMPÉTENT
- 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE
- 4 DIFFÉRÉ
- 5 REFUSÉ

- 6 LOGEMENT VIDE/PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE
- 7 LOGEMENT DETRUIT
- 8 LOGEMENT NON TROUVÉ
- 9 AUTRE

**NOMBRE TOTAL DE QUESTIONNAIRES MÉNAGES COMPLÉTÉS**

**NOMBRE TOTAL DE QUESTIONNAIRES MÉNAGES NON-COMPLÉTÉS, A POURSUIVRE**

## **2. Planning des visites de rappel.**

Étant donné que chaque ménage a été soigneusement sélectionné, vous devez faire en sorte de mener toutes les interviews auprès des personnes qui ont été identifiées comme étant éligibles dans ce ménage. Il peut arriver qu'un membre du ménage ne soit pas disponible lors de votre première visite. Vous devez faire au moins 3 visites de rappel, à différents moments de la journée ou à des jours différents, pour essayer d'obtenir une interview individuelle, cela pour vous permettre de compléter le maximum d'interviews individuelles.

En début de journée, vous devez examiner les pages de couverture de vos questionnaires pour voir si vous avez des rendez-vous pour des visites de rappel auprès de ménages éligibles. Si aucun rendez-vous n'a été fixé, effectuez vos visites de rappel auprès de ces ménages à une autre heure que lors des visites précédentes; par exemple, si les premières visites ont eu lieu tôt dans l'après-midi, vous devez aménager votre horaire pour faire les visites de rappel le matin ou tard dans l'après-midi. Effectuer les visites de rappel à différentes heures est important pour réduire le taux de non-réponse (c'est-à-dire, le nombre de cas où vous ne parvenez pas à contacter un ménage ou à réaliser une interview).

Vous remettez le Questionnaire de Vérification à votre chef d'équipe ou contrôleur/d'inspecteur dès que vous avez terminé votre enquête dans un ménage. Avant de remettre un questionnaire, assurez-vous d'avoir inscrit les informations sur le résultat de l'interview sur la Feuille d'Affectation de l'Enquêtrice/Enquêteur :

- Colonne (G): résultat final de l'interview avec l'utilisateur ou, dans le cas où l'utilisateur est un enfant, un de ses parents ou son tuteur éligible
- Colonne (H): toute observation sur d'éventuels problèmes rencontrés durant l'enquête pouvant être utile à votre chef d'équipe ou contrôleur/d'inspecteur, notamment la raison pour laquelle une interview n'a pas pu être complétée ou le moment auquel vous pensez faire une visite de rappel pour obtenir une interview. La Feuille d'Affectation de l'Enquêteur/Enquêtrice comprend des cases pour enregistrer le nombre total d'enquêtes effectuées. Après avoir terminé le travail dans une grappe, remplissez le total pour la grappe entière dans les cases sur la première page. Laissez ces cases en blanc sur les feuilles suivantes pour cette grappe.

Il est important d'inscrire sur la Feuille d'Affectation de l'Enquêtrice/Enquêteur l'enregistrement de la visite puisque ce formulaire fournit un résumé de tous les enquêtés éligibles dans l'échantillon de vérification. Ces formulaires seront envoyés au siège de l'OCB pour y être revus après que les interviews aient été menées ; ils seront utilisés pour vérifier que le nombre de questionnaires correspond au nombre d'enquêtés éligibles.

## **3. Les questionnaires doivent demeurer confidentiels.**

Vous devez faire en sorte que les questionnaires restent confidentiels. Vous ne devez pas discuter des résultats avec d'autres enquêteurs. Vous ne devez jamais interviewer un ménage dans lequel vous connaissez un ou plus d'un membre, même s'il ne s'agit que de rencontres occasionnelles. Si on vous a attribué un ménage dans lequel vous connaissez une personne et même si cette personne n'est pas éligible pour l'interview, vous devez le signaler à votre chef d'équipe pour qu'il/elle affecte un autre enquêteur à ce ménage.

## **4. Fournitures et documents nécessaires pour le travail de terrain.**

Avant de partir sur le terrain, vous devez vérifier que vous avez tout ce qu'il vous faut pour le travail de la journée. Ces fournitures comprennent :

- Une feuille d'affectation de l'Enquêtrice/Enquêteur
- Une quantité suffisante de questionnaires
- Votre copie du Manuel de l'Enquêtrice/Enquêteur
- Vos documents d'identité
- Un sous-main pour écrire
- Des stylos à encre bleue
- Un cartable ou un sac pour porter les questionnaires et le matériel.

## **B. Contacter les ménages et les personnes éligibles**

### **1. Localisation des ménages de l'échantillon**

Afin de faciliter le travail de terrain, des équipes pourraient visiter au préalable chacune des zones de responsabilité des formations sanitaires du district pour :

1. mettre à jour les cartes des zones pour indiquer la localisation des structures ;
2. écrire les informations concernant les adresses pour chaque structure ou décrire leur localisation (pour des zones où il n'y a pas de nom de rue ou de numéros sur les structures) ;
3. écrire les numéros sur les structures ; et
4. faire une liste des noms des chefs de ménage qui résident dans les structures.

Une structure est une construction séparée qui peut être utilisée comme résidence ou comme commerce et qui peut comprendre une ou plusieurs pièces dans lesquelles habitent des individus; il peut s'agir, par exemple, d'un immeuble d'habitations, d'une maison, ou d'une case. À l'intérieur d'une structure, il peut y avoir une ou plusieurs unités d'habitation. Une *unité d'habitation* est une pièce ou un groupe de pièces occupées par un ou plusieurs ménages. Elle peut être distinguée de l'unité d'habitation par une entrée séparée. Par exemple, il peut y avoir une unité d'habitation dans une case mais il peut y avoir 50 unités d'habitation dans un immeuble ou 5 unités d'habitation dans une concession.

Par définition, un ménage est composé d'une personne ou d'un groupe de personnes, apparentées ou non, qui vivent ensemble dans la même unité d'habitation, qui reconnaissent le même homme ou la même femme adulte comme chef de ménage, qui partagent les mêmes repas. Vous pouvez rencontrer un groupe de personnes qui vivent ensemble dans la même maison, mais chaque personne prend ses repas séparément; dans ce cas, chaque personne doit être comptée comme un ménage d'une seule personne. Des collectivités telles que des hôtels, des casernes ou camps militaires, des pensionnats ou des prisons ne sont pas considérées comme des ménages. Des ménages particuliers ont été sélectionnés pour être enquêtés et vous ne devriez avoir aucun problème pour trouver les ménages qui vous sont désignés si vous utilisez, pour vous guider, le numéro de structure et le nom du chef de ménage. Le numéro de structure est inscrit d'habitude au-dessus de la porte de la maison, mais parfois il peut être sur le mur. Bien que le chef d'équipe vous accompagne sur le terrain, en particulier au début du travail sur le terrain, il est important que vous sachiez comment localiser les bâtiments de l'échantillon.

## **2. Difficultés pour entrer en contact avec l'usager**

Dans quelques cas vous aurez des difficultés à trouver les usagers sélectionnés car les gens peuvent avoir déménagé, ou les équipes qui ont fait les listes peuvent avoir fait une erreur. Voici quelques exemples de problèmes que vous pouvez rencontrer et comment les résoudre :

- a) L'usager sélectionné a déménagé et un nouveau ménage occupe actuellement la structure. Dans ce cas, il ne faut pas enquêter le nouveau ménage, mais prendre note de cette information sur votre FAE.
- b) L'usager sélectionné habite dans une autre structure que celle indiquée sur votre liste. S'il y a un désaccord entre le numéro de logement et le nom de l'usager, n'enquêtez pas celui qui habite la structure qui vous a été désignée. *Exemple:* On vous a attribué un ménage dont l'usager est Maguette Camara dans la structure 7, et vous trouvez que cette Maguette Camara habite en fait dans la structure 5, enquêtez l'usager qui habite dans la structure 5.
- c) Il se peut que l'usager soit décédé. Prenez note de cette information sur votre FAE.
- d) La maison est fermée et les voisins disent que les habitants sont sur leur plantation (ou en visite, etc.) et qu'ils ne rentreront que dans quelques jours ou semaines. Inscrivez le Code '3' (MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE). La maison devra être revisitée au moins deux fois pour s'assurer que l'usager n'est pas rentré.
- e) La maison est fermée et les voisins disent que personne n'y habite; le ménage a déménagé définitivement. Inscrivez le Code '6' (LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE).
- f) Une structure qui vous est désignée est en fait une boutique et personne n'y habite. Vérifiez avec soin pour voir si personne n'y habite. Si c'est le cas, inscrivez le Code '6' (LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT A L'ADRESSE).
- g) Une structure sélectionnée n'est pas trouvée dans la grappe, et les résidents vous disent qu'elle a été détruite dans un incendie. Inscrivez le Code '7' (LOGEMENT DETRUIT).

- h) Personne n'est à la maison et les voisins vous disent que la famille est allée au marché. Inscrivez le Code '2' (PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE A LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE) et retournez voir ce ménage quand la famille sera de retour.

Discutez avec votre chef d'équipe de tous les problèmes que vous rencontrez pour localiser les ménages qui vous ont été attribués.

### **3. Difficultés pour obtenir des interviews individuelles**

Voici quelques exemples de problèmes que vous pouvez rencontrer pour obtenir une interview avec un usager:

- a) Usager non disponible. Si l'usager n'est pas à la maison quand vous faites la visite, inscrivez le Code '2' (PAS À LA MAISON) comme résultat de la visite sur la page de couverture et demandez à un(e) voisin(e) quand cette personne rentrera. Vous devez visiter la maison au moins trois fois, en essayant de faire chaque visite à une heure différente de la journée. En aucun cas vous ne devez faire les trois visites le même jour.
- b) Usager refuse d'être interviewé : La disponibilité des usagers et leur volonté d'être enquêtés dépendra dans une large mesure de la première impression que vous leur ferez quand vous les rencontrerez. Il faut vous présenter, expliquer le but de la visite. Lisez l'introduction qui figure sur le Questionnaire Individuel. Mettez l'accent sur le caractère confidentiel des renseignements fournis par les enquêtés. Si la personne n'accepte toujours pas d'être enquêtée, il se peut que le moment soit mal choisi. Demandez-lui si une autre heure lui conviendrait mieux et fixez un rendez-vous. Si la personne refuse toujours l'interview, inscrivez le Code '4' (REFUSÉ) comme résultat de la visite sur la page de couverture et signalez-le à votre contrôleur/contrôleuse.
- c) Interview non terminée. Un ou une enquêtée peut être demandé(e) à l'extérieur au cours de l'interview ou il/elle peut ne pas vouloir répondre à toutes les questions au moment où vous lui rendez visite. Si une interview est incomplète pour une raison quelconque, vous devez essayer de fixer un rendez-vous pour revoir la personne aussitôt que possible pour obtenir les informations qui manquent. Prenez soin d'enregistrer le Code '5' (PARTIELLEMENT REMPLI) sur la page de couverture du questionnaire et indiquez l'heure que vous avez fixée pour une visite de rappel; vous devez également rendre compte du problème à votre chef d'équipe.
- d) Enquêté/enquêtée en état d'incapacité. Il se peut qu'il soit impossible d'interviewer une personne parce qu'elle est très malade ou parce qu'elle est incapable, mentalement, de comprendre les questions que vous allez lui poser, ou encore parce qu'elle est sourde etc. Dans ces cas, enregistrer le code '6' (INCAPACITÉ) sur la page de couverture du questionnaire et sur votre Feuille d'Affectation.

### **C. Vérification des questionnaires remplis**

Les enquêtrices/enquêteurs ont la responsabilité de revoir le questionnaire une fois l'interview terminée. Cette vérification doit être effectuée avant de quitter le ménage pour être certain que chaque question appropriée a été posée, que toutes les réponses sont claires et logiques et que votre écriture est lisible. En outre, vérifiez que vous avez correctement suivi toutes les instructions de passage. Vous pouvez faire des corrections mineures mais dans de nombreux cas, les erreurs devront être corrigées avec l'enquêtée/enquêté. Expliquez simplement que vous avez fait une erreur et que vous posez la question de nouveau.

Ne recopiez pas les questionnaires. Autant les réponses doivent être claires et lisibles, autant le questionnaire lui-même ne doit pas être nécessairement propre. Chaque fois que vous recopiez les réponses sur un nouveau questionnaire, vous augmentez les risques d'erreurs. Pour cette raison, vous n'êtes pas autorisé à utiliser des feuilles de travail pour recueillir les informations. Inscrivez directement TOUTES les informations sur les questionnaires qu'on vous a fournis. Si vous devez faire des calculs, vous pouvez utiliser la marge ou le dos du questionnaire.

En outre, vous devez expliquer tout ce qui sort de l'ordinaire, soit dans la marge près de la question, soit dans la section des observations, située à la fin. Ces observations seront utiles au chef d'équipe au moment de la

vérification des questionnaires. Les commentaires sont aussi lus au siège et utilisés pour résoudre les problèmes qui peuvent se poser lors de la saisie des données.

#### **D. Retour des tâches attribuées**

À la fin de chaque journée de travail sur le terrain, vérifiez que vous avez rempli la page de couverture du Questionnaire de Vérification pour chaque usager qui vous a été attribué, que vous ayez ou non terminé l'interview. Pour toutes les interviews que vous avez complétées, inscrivez le résultat final sur votre FAE et écrivez à la colonne (H) les notes qui peuvent aider votre chef d'équipe ou contrôleur, comme par exemple, les problèmes que vous avez rencontrés pour localiser un ménage, pour compléter un Questionnaire de Vérification...

#### **E. Qualité des données**

Les contrôleurs et les contrôleuses ont la responsabilité de revoir les Questionnaires de Vérification d'une grappe pendant que l'équipe se trouve toujours dans la grappe. Il est particulièrement important que les contrôleurs voient les questionnaires dès le début de la collecte des données. Le superviseur doit assister le contrôleur/la contrôleuse pour la correction des questionnaires. Le contrôleur ou la contrôleuse discutera avec chaque enquêtrices/enquêteur des erreurs qui auront été trouvées au cours de la collecte des données. Il se peut qu'il faille renvoyer l'enquêtrices/enquêteur auprès d'un usager pour corriger certaines erreurs.

## E. Questionnaire pour les enquêtes à mener par les OCB auprès des ménages

| FINANCEMENT BASÉ SUR LES RÉSULTATS - ENQUÊTE DE VÉRIFICATION AUPRÈS DES USAGERS  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|--|--|-----------------|--|---|--|---|--|--|---|---|---|---|--|--|--|--|--|
| QUESTIONNAIRE  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| <b>République du Sénégal</b><br>Ministère de la Santé et de l'Action Sociale   |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| IDENTIFICATION   |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| NOM DE L'USAGER _____<br>NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ NUMÉRO DU MÉNAGE _____<br>NOM DE LA LOCALITÉ _____<br><i>(Village/Quartier)</i><br>ZONE RESIDENCE ( <input type="checkbox"/> 1.Urbaine ; <input type="checkbox"/> 2.Rurale ) .....<br>RÉGION _____<br>DEPARTEMENT _____<br>DISTRICT SANITAIRE _____<br>FORMATION SANITAIRE _____      | N° USAGER <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>MÉNAGE ..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>ZONE ..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>RÉGION ..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>DEPARTEMENT ..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>DS ..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>FS ..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| VISITES D'ENQUÊTEURS/TRICES  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|  | 1  | 2               | 3  | VISITE FINALE   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| DATE →   | _____  | _____           | _____  | JOUR ..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>ANNEE.... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table><br>CODE ENQU. .... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table><br>CODE RÉSULTAT ..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |  |   |  |  | 2 | 0   | 1 | 3 |  |  |  |  |  |
|  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 2  | 0  | 1               | 3  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| NOM DE L'ENQUÊTEUR/TRICE   | _____  | _____           | _____  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| RÉSULTAT* →  | _____  | _____           | _____  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| PROCHAINE DATE VISITE :<br>HEURE   | _____  | _____           |  | NOMBRE TOTAL DE VISITES ..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| *CODES RÉSULTATS :<br>1 REMPLI<br>2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTE COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE<br>3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE<br>4 DIFFÉRÉ<br>5 REFUSÉ<br>6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE<br>7 LOGEMENT DÉTRUIT<br>8 LOGEMENT NON TROUVÉ<br>9 AUTRE _____<br>(A PRÉCISER) |  |                 |  | TOTAL DANS LE MÉNAGE ..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>  |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| CONTRÔLEUR   | CHEF D'ÉQUIPE  | CONTRÔLE BUREAU | SAISI PAR  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| NOM _____  | NOM _____  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| DATE _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>   |  |                 | DATE _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |   |  | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |  |  |   | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> |   |   |  |  |  |  |  |
|  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|  |  |                 |  |   |  |   |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |

## PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_. Je travaille pour [PRÉCISEZ LE NOM DE L'ORGANISATION]. Nous effectuons une enquête de vérification de la performance des formations sanitaires de votre zone, dans le cadre du Projet Pilote de Financement Basé sur les Résultats au Sénégal.

Les informations que nous recueillons aideront le gouvernement et vos formations sanitaires à améliorer les services de santé. Comme vous habitez dans la zone de responsabilité du [PRÉCISEZ LE NOM DE LA FORMATION SANITAIRE] vous avez été sélectionné pour cette enquête.

Nous voudrions vous poser quelques questions par rapport au [PRÉCISEZ LE NOM DE LA FORMATION SANITAIRE], et par rapport à certaines caractéristiques de votre ménage. Cela ne prendra pas plus de 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autres que les membres de l'équipe d'enquête.

Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête, mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment. Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter les personnes figurant sur cette carte.

[DONNEZ LA CARTE AVEC LES INFORMATIONS POUR CONTACTER CES PERSONNES]

Avez-vous des questions à me poser ?

Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE

L'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE DE RÉPONDRE . . . . 1 L'ENQUÊTÉ REFUSE DE RÉPONDRE . . . . 2 → FIN



**VÉRIFICATION DE L'INFORMATION REPRIS DANS LES REGISTRES DE LA FORMATION SANITAIRE**

| N°  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES   | PASSER À |
|-----|---|---|----------|
|     | REPRENEZ LES INFORMATIONS SUR L'USAGER TELLES QU'ELLES APPARAISSENT DANS LE REGISTRE  |   |          |
| 101 | Êtes-vous _____ ?<br>(PRÉCISEZ LE NOM)  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2                                      | → 104    |
| 102 | [INDIQUEZ SI L'INTERVIEWÉ(E) EST DU SEXE] _____<br>(PRÉCISEZ LE SEXE)   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2                                      |          |
| 103 | Avez-vous _____ ans ?<br>(PRÉCISEZ L'ÂGE)   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8               | → 111    |
| 104 | _____ fait-il/elle partie de ce ménage?<br>(PRÉCISEZ LE NOM)  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8               | → Fin    |
| 105 | Est-il/elle du sexe _____ ?<br>(PRÉCISEZ LE SEXE)   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8               |          |
| 106 | A-t-il/elle _____ ans ?<br>(PRÉCISEZ L'ÂGE)   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8               |          |
| 107 | Quelle est votre relation par rapport à _____ ?<br>(PRÉCISEZ LE NOM)  | PARENT ..... 1<br>TUTEUR ..... 2<br>AUTRE ..... 8               |          |
| 108 | Quel est votre nom?   | _____   |          |
| 109 | Quel âge avez-vous ?  | NOMBRE D'ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> |          |
| 110 | [INDIQUEZ LE SEXE DE L'INTERVIEWÉ(E)]   | MASCULIN ..... 1<br>FÉMININ ..... 2                             |          |
| 111 | Avez-vous [ou l'enfant dont vous êtes le parent ou le tuteur] visité le _____ ?<br>(PRÉCISEZ LE NOM DU CS/EPS1/PS CONCERNÉ)   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8               | → Fin    |
| 112 | L'avez-vous [ou l'enfant dont vous êtes le parent ou le tuteur] visité le _____ / _____ / _____ ?<br>(PRÉCISEZ LA DATE DE LA VISITE)  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8               |          |
| 113 | Quels étaient les raisons principales pour lesquelles vous [ou l'enfant dont vous êtes le parent ou le tuteur] avez visité le _____ ?<br>(PRÉCISEZ LE NOM DU CS/EPS1/PS CONCERNÉ)               |   |          |
| 114 | Avez-vous [ou l'enfant dont vous êtes le parent ou le tuteur] reçu _____ lors de cette visite?<br>(PRÉCISEZ LE SERVICE)   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8               |          |
| 115 | Pourriez-vous me montrer un document délivré au moment de cette visite (p.ex. carnet de vaccination, ordonnance, bulletin d'analyse...) ?<br>[L'interviewé(e) vous a-t-il montré un document ?] | OUI ..... 1<br>NON ..... 2                                      |          |
| 116 | Quels informations ou médicaments avez-vous [ou l'enfant dont vous êtes le parent ou le tuteur] reçu lors de cette visite ?   |   |          |



| DÉPENSES ENGENDRÉES |   |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|---|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| N°                  | QUESTIONS ET FILTRES  | CODES  | PASSER À |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 301                 | <p>Dans le cadre de votre visite [ou celle de l'enfant dont vous êtes le parent ou le tuteur] au _____ pour le _____, combien _____, combien _____</p> <p>(PRÉCISEZ LE NOM DU CS/EPS1/PS CONCERNÉ)</p> <p>(PRÉCISEZ LE SERVICE À VÉRIFIER)</p> <p>avez vous dépensé (en FCFA) pour :</p> <p>(mettez 0 si aucune dépense n'a été engendrée)</p> <p>a) Pour le transport (aller-retour)</p> <p>b) Pour votre hébergement</p> <p>c) Pour votre nourriture [et/ou la nourriture de l'enfant dont vous êtes le parent ou le tuteur]</p> <p>d) Pour les soins que vous [ou l'enfant dont vous êtes le parent ou le tuteur]</p> <p>e) Pour les médicaments que vous [ou l'enfant dont vous êtes le parent ou le tuteur] avez reçus</p> <p>f) Pour les documents (p.ex. fiches, carnets, cartes) que vous [ou l'enfant dont vous êtes le parent ou le tuteur] avez dû obtenir</p> <p>g) Autres: _____</p> | <p>TRANSPORT</p> <p>HEBERGEMENT</p> <p>NOURRITURE</p> <p>SOINS</p> <p>MEDICAMENTS</p> <p>DOCUMENTS</p> <p>AUTRES</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |   |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |   |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |   |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |   |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |   |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |   |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |   |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |   |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE |  |  |          |
|----------------------------|--|--|----------|
| N°                         | QUESTIONS ET FILTRES   | CODES  | PASSER À |
| 401                        | D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ? | <p><b>EAU DU ROBINET</b></p> <p>ROBINET DANS LOGEMENT ..... 11</p> <p>ROBINET DANS COUR/PARCELLE ..... 12</p> <p>ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE ... 13</p> <p>PUITS À POMPE OU FORAGE ..... 21</p> <p><b>PUITS CREUSÉ</b></p> <p>PUITS PROTÉGÉ ..... 31</p> <p>PUITS NON PROTÉGÉ ..... 32</p> <p><b>EAU DE SOURCE</b></p> <p>SOURCE PROTÉGÉE ..... 41</p> <p>SOURCE NON PROTÉGÉE ..... 42</p> <p>EAU DE PLUIE ..... 51</p> <p>CAMION CITERNE ..... 61</p> <p>CHARRETTE A VEC PETITE CITERNE/<br/>TONNEAU ..... 71</p> <p>EAU DE SURFACE (RIVIÈRES/BARRAGES/<br/>LACS/MARES/FLEUVES/CANAUX<br/>D'IRRIGATION ..... 81</p> <p>EAU EN BOUTEILLE ..... 91</p> <p>AUTRE _____ 96<br/>(PRÉCISEZ)</p> |          |
| 402                        | Où est située cette source d'approvisionnement de l'eau ?                    | <p>DANS VOTRE LOGEMENT ..... 1</p> <p>DANS VOTRE COUR/PARCELLE ..... 2</p> <p>AILLEURS ..... 3</p>   |          |

| 403   | Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement ? | <b>TOILETTE AVEC CHASSE</b><br>CHASSE BRANCHÉE À L'ÉGOÛT ..... 11<br>CHASSE BRANCHÉE À FOSSE ..... 12<br><b>FOSSE/LATRINES</b><br>AMÉLIORÉES/VENTILÉES ..... 21<br>LATRINES A CHASSE MANUELLE ..... 22<br>TOILETTE AVEC FOSSE SANS CHASSE ..... 23<br>AUTRES SYSTÈMES AMÉLIORÉS ..... 24<br>LATRINES TRADITIONNELLES ..... 24<br>PAS DE TOILETTES /NATURE ..... 31<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISER)  | → 406 |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
|---|---|---|-------|-----|-----|--------------------|---------------------|---|----------------|---------------|---|---------------------|--------------------|---|---------------------------|---------------------|---|----------------------------|---------------|---|------------------------|-------------------|---|------------------------------|-------------------|---|--------------------------|-------------------------|---|-----------------------|-----------------------|---|---|----------------------------|---|------------------------|------------------------|---|------------------------------|----------------------|---|---------------------|---------------------|---|--------------------|--------------------|---|---------------------------|------------------|---|--|
| 404   | Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?                               | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 406 |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| 405   | Combien de ménages utilisent ces toilettes ?                                      | N°. DE MÉNAGES<br>SI MOINS DE 10 ..... <input type="text" value="0"/> <input type="text"/><br>10 MÉNAGES OU PLUS ..... 95<br>NE SAIT PAS ..... 98   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| 406   | Dans votre ménage, y-a-t-il :   | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a- L'électricité ?</td> <td>ÉLECTRICITÉ ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b- Une radio ?</td> <td>RADIO ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c- Une télévision ?</td> <td>TÉLÉVISION ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d- Une antenne MMDS/TV5 ?</td> <td>ANTENNE TV5 ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e- Un abonnement à CANAL ?</td> <td>CANAL ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f- Un téléphone fixe ?</td> <td>TÉLÉPHONE ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g- Un téléphone cellulaire ?</td> <td>TÉLÉP-CEL ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h- Une machine à laver ?</td> <td>MACHINE À LAVER ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>i- Un réfrigérateur ?</td> <td>RÉFRIGÉRATEUR ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>j- Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ?</td> <td>RÉCHAUD/CUISINIÈRE ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>k- Un foyer amélioré ?</td> <td>FOYER AMÉLIORÉ ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>l- Un Vidéo/Lecteur CD/DVD ?</td> <td>VIDÉO/CD/DVD ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>m- Un climatiseur ?</td> <td>CLIMATISEUR ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>n- Un ordinateur ?</td> <td>ORDINATEUR ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>o- Internet à la maison ?</td> <td>INTERNET ..... 1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> |       | OUI | NON | a- L'électricité ? | ÉLECTRICITÉ ..... 1 | 2 | b- Une radio ? | RADIO ..... 1 | 2 | c- Une télévision ? | TÉLÉVISION ..... 1 | 2 | d- Une antenne MMDS/TV5 ? | ANTENNE TV5 ..... 1 | 2 | e- Un abonnement à CANAL ? | CANAL ..... 1 | 2 | f- Un téléphone fixe ? | TÉLÉPHONE ..... 1 | 2 | g- Un téléphone cellulaire ? | TÉLÉP-CEL ..... 1 | 2 | h- Une machine à laver ? | MACHINE À LAVER ..... 1 | 2 | i- Un réfrigérateur ? | RÉFRIGÉRATEUR ..... 1 | 2 | j- Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ? | RÉCHAUD/CUISINIÈRE ..... 1 | 2 | k- Un foyer amélioré ? | FOYER AMÉLIORÉ ..... 1 | 2 | l- Un Vidéo/Lecteur CD/DVD ? | VIDÉO/CD/DVD ..... 1 | 2 | m- Un climatiseur ? | CLIMATISEUR ..... 1 | 2 | n- Un ordinateur ? | ORDINATEUR ..... 1 | 2 | o- Internet à la maison ? | INTERNET ..... 1 | 2 |  |
|   | OUI   | NON   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| a- L'électricité ?                          | ÉLECTRICITÉ ..... 1   | 2   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| b- Une radio ?                              | RADIO ..... 1   | 2   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| c- Une télévision ?                         | TÉLÉVISION ..... 1  | 2   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| d- Une antenne MMDS/TV5 ?                   | ANTENNE TV5 ..... 1   | 2   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| e- Un abonnement à CANAL ?                  | CANAL ..... 1   | 2   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| f- Un téléphone fixe ?                      | TÉLÉPHONE ..... 1   | 2   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| g- Un téléphone cellulaire ?                | TÉLÉP-CEL ..... 1   | 2   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| h- Une machine à laver ?                    | MACHINE À LAVER ..... 1   | 2   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| i- Un réfrigérateur ?                       | RÉFRIGÉRATEUR ..... 1   | 2   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| j- Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ? | RÉCHAUD/CUISINIÈRE ..... 1  | 2   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| k- Un foyer amélioré ?                      | FOYER AMÉLIORÉ ..... 1  | 2   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| l- Un Vidéo/Lecteur CD/DVD ?                | VIDÉO/CD/DVD ..... 1  | 2   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| m- Un climatiseur ?                         | CLIMATISEUR ..... 1   | 2   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| n- Un ordinateur ?                          | ORDINATEUR ..... 1  | 2   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| o- Internet à la maison ?                   | INTERNET ..... 1  | 2   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| 407   | Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour cuisiner ? | ÉLECTRICITÉ ..... 1<br>GAZ EN BOUTEILLE ..... 2<br>CHARBON DE BOIS ..... 3<br>BOIS À BRÛLER, PAILLE ..... 4<br>BOUSE ..... 5<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISER)   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |
| 408   | Quelle source d'éclairage votre ménage utilise-t-il principalement ?              | ELECTRICITE (SENELEC) ..... 01<br>GROUPE ELECTROGENE ..... 02<br>SOLAIRE ..... 03<br>LAMPE TORCHE ..... 04<br>LAMPE A GAZ ..... 05<br>LAMPE TEMPETE ..... 06<br>LAMPE A PETROLE ARTISANALE ..... 07<br>BOUGIE ..... 08<br>BOIS ..... 09<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISEZ)   |       |     |     |                    |                     |   |                |               |   |                     |                    |   |                           |                     |   |                            |               |   |                        |                   |   |                              |                   |   |                          |                         |   |                       |                       |   |   |                            |   |                        |                        |   |                              |                      |   |                     |                     |   |                    |                    |   |                           |                  |   |  |

|     |   |  |       |
|-----|---|--|-------|
| 409 | Est-ce que la cuisine est faite habituellement dans la maison, dans un bâtiment séparé ou à l'extérieur ? | DANS LA MAISON ..... 1<br>DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ ..... 2<br>À L'EXTÉRIEUR ..... 3<br>AUTRE ..... 6<br>(PRÉCISEZ)  | → 411 |
| 410 | Avez-vous une pièce séparée que vous utilisez comme cuisine ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2   |       |
| 411 | PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL<br><br>ENREGISTREZ L'OBSERVATION.   | <b>MATÉRIAU NATUREL</b><br>TERRE/SABLE ..... 11<br>BOUSE ..... 12<br><b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b><br>PLANCHES EN BOIS ..... 21<br>PALMES/BAMBOU ..... 22<br><b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b><br>PARQUET OU BOIS CIRÉ ..... 31<br>BANDES DE VINYLE/ASPHALTE ..... 32<br>CARRELAGE ..... 33<br>CIMENT ..... 34<br>MOQUETTE ..... 35<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISEZ)   |       |
| 412 | PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT<br><br>ENREGISTREZ L'OBSERVATION.  | <b>MATÉRIAU NATUREL</b><br>PAS DE TOIT ..... 11<br>CHAUME/PALMES/FEUILLES ..... 12<br>MOTTES DE TERRE ..... 13<br><b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b><br>NATTES ..... 21<br>PALMES/BAMBOU ..... 22<br>PLANCHES EN BOIS ..... 23<br>CARTON ..... 24<br><b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b><br>TÔLE ..... 31<br>BOIS ..... 32<br>ZINC/FIBRE DE CIMENT ..... 33<br>TUILES ..... 34<br>CIMENT ..... 35<br>SHINGLES ..... 36<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISEZ)   |       |
| 413 | PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS EXTÉRIEURS<br><br>ENREGISTREZ L'OBSERVATION.                                  | <b>MATÉRIAU NATUREL</b><br>PAS DE MUR ..... 11<br>BAMBOU/CANE/PALME/TRONC ..... 12<br>TERRE ..... 13<br><b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b><br>BAMBOU AVEC BOUE ..... 21<br>PIERRES AVEC BOUE ..... 22<br>ADOBE NON RECOUVERT ..... 23<br>CONTRE-PLAQUÉ ..... 24<br>CARTON ..... 25<br>BOIS DE RÉCUPÉRATION ..... 26<br><b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b><br>CIMENT ..... 31<br>PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT ..... 32<br>BRIQUES ..... 33<br>BLOCS DE CIMENT ..... 34<br>ADOBE RECOUVERT ..... 35<br>PLANCHE EN BOIS/SHINGLES ..... 36<br>AUTRE ..... 96<br>(PRÉCISEZ) |       |

| 414                        | Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?  | NOMBRE DE PIÈCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
|----------------------------|--|---|-----------------------|----------------------|----------------------|------------------|----------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------|----------------------|----------------------|-----------------|----------------------|----------------------|---------------------|---|---|--|
| 415                        | Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :<br>a- Bicyclette ?<br>b- Mobylette ou motocyclette ou Scooter ?<br>c- Une voiture personnelle ?<br>e- Voiture ou Camion à titre commercial ?<br>f- Charrette ?<br>g- Charrue ?<br>h- Pirogue/Filet de pêche ?  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BICYCLETTE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE ...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE PERSONNELLE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE/CAMION .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CHARRETTE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CHARRUE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PIROGUE/FILET .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>  |                       | OUI                  | NON                  | BICYCLETTE ..... | 1                    | 2                    | MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE ... | 1                    | 2                    | VOITURE PERSONNELLE ..... | 1                    | 2                    | VOITURE/CAMION ..... | 1                    | 2                    | CHARRETTE ..... | 1                    | 2                    | CHARRUE .....   | 1                    | 2                    | PIROGUE/FILET ..... | 1 | 2 |  |
|                            | OUI  | NON   |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| BICYCLETTE .....           | 1  | 2   |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE ... | 1  | 2   |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| VOITURE PERSONNELLE .....  | 1  | 2   |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| VOITURE/CAMION .....       | 1  | 2   |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| CHARRETTE .....            | 1  | 2   |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| CHARRUE .....              | 1  | 2   |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| PIROGUE/FILET .....        | 1  | 2   |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| 416                        | Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 418                 |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| 417                        | Combien d'hectares de terres cultivables les membres du ménage possèdent-ils ?<br><br>SI 95 OU PLUS, ENCERCLEZ '950'.  | NOMBRE D'HECTARES ... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/><br><br>95 HECTARES OU PLUS ..... 950<br>NE SAIT PAS ..... 998  |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| 418                        | Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2  | → 420                 |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| 419                        | Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède t-il ?<br>SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.<br>SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.<br>SI NE SAIT PAS, INSCRIVEZ '98'.<br><br>a- Vaches laitières ou taureaux ?<br>b- Des chameaux ?<br>c- Chevaux, ânes ou mules ?<br>d- Chèvres ?<br>e- Moutons ?<br>f- Porcs ?<br>g- Volaille ? | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>VACHES/TAUREAUX .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CHAMEAUX .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CHEVAUX/ÂNES/MULES .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CHÈVRES .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MOUTONS .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PORCS .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>VOLAILLES .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> | VACHES/TAUREAUX ..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | CHAMEAUX .....   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | CHEVAUX/ÂNES/MULES .....   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | CHÈVRES .....             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | MOUTONS .....        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | PORCS .....     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | VOLAILLES ..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                     |   |   |  |
| VACHES/TAUREAUX .....      | <input type="text"/>   | <input type="text"/>  |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| CHAMEAUX .....             | <input type="text"/>   | <input type="text"/>  |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| CHEVAUX/ÂNES/MULES .....   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>  |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| CHÈVRES .....              | <input type="text"/>   | <input type="text"/>  |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| MOUTONS .....              | <input type="text"/>   | <input type="text"/>  |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| PORCS .....                | <input type="text"/>   | <input type="text"/>  |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| VOLAILLES .....            | <input type="text"/>   | <input type="text"/>  |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| 420                        | Est-ce qu'un membre de votre ménage a un compte en banque ou dans une autre institution financière (mutuelles d'épargne et de crédit, caisse d'épargne...)?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |
| 421                        | Est-ce qu'un membre de votre ménage participe à une tontine?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NSP ..... 8   |                       |                      |                      |                  |                      |                      |                            |                      |                      |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                 |                      |                      |                 |                      |                      |                     |   |   |  |

## Annexe 6 : Check-list qualité des soins



REPUBLIQUE DU SENEGAL  
 \*\*\*\*\*  
 MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE  
 \*\*\*\*\*  
 DIRECTION GENERALE DE LA SANTE  
 \*\*\*\*\*  
 PROGRAMME NATIONAL DE FINANCEMENT  
 BASE SUR LES RESULTATS  
 (PNFBR)

### Check-list qualité des soins – Centre de santé

| Informations Générales   |  |  |
|--|--|--|
| ♦ Période de : _____ À : _____                                     |  | ♦ Date de l'évaluation : _____   |
| ♦ Formation sanitaire : centre de santé (CS) de :                  |  |  |
| ♦ District Sanitaire :   |  | ♦ Région:  |
| ♦ Téléphone :<br>☎   | ♦ Fax :  | ♦ Boîte Postale :  |
| ♦ Pop. desservie :<br><input type="text"/>                         | ♦ Nombre de lits:<br><input type="text"/>              | ♦ Nbre de personnel qualifié par catégorie:<br>1) _____ :  _____ <br>2) _____ :  _____ <br>3) _____ :  _____ <br>4) _____ :  _____ |
| ♦ Ratio personnel qualifié/1000 habitants:<br><input type="text"/> | ♦ Nombre lits/1000 habitants :<br><input type="text"/> | ♦ Nbre de personnel non qualifié :  _____  |
| ➤ Nom et fonction du Responsable :<br>_____                        |  | ➤ Téléphones (du Responsable):<br>_____  |
| ➤ B.P :  | ➤ E-mail (du Responsable) :<br>_____                   |  |

| Évaluateurs (Internes ou faisant partie de la Mission Conjointe de Vérification) |                 |          |           |
|--|-----------------|----------|-----------|
| #  | NOMS ET PRENOMS | FONCTION | SIGNATURE |
|  |                 |          |           |
|  |                 |          |           |
|  |                 |          |           |

### Synthèse trimestrielle de l'évaluation de la qualité de la formation sanitaire

| No             | Activité évaluée   | Points possibles | Points attribués | Score | Pondération | Score pondéré |
|----------------|--|------------------|------------------|-------|-------------|---------------|
|                |  | A                | B                | C=B/A | D           | E=C*D         |
| I              | ▪ Activités générales                                    | 120              |                  |       | 10          |               |
| II             | ▪ Hygiène, environnement, et stérilisation               | 135              |                  |       | 15          |               |
| III            | ▪ Gestion (financière, ressources humaines, médicaments) | 335              |                  |       | 15          |               |
| IV             | ▪ Suivi évaluation/SIS                                   | 115              |                  |       | 15          |               |
| V              | ▪ Maternité  | 191              |                  |       | 10          |               |
| VI             | ▪ Planification familiale                                | 70               |                  |       | 10          |               |
| VII            | ▪ Vaccinations et suivi des nourrissons                  | 110              |                  |       | 10          |               |
| VIII           | ▪ Maladies infectieuses (TB, VIH)                        | 134              |                  |       | 10          |               |
| IX             | ▪ Laboratoire  | 51               |                  |       | 5           |               |
| <b>TOTAL :</b> |  |                  |                  |       | <b>100</b>  |               |

**Observations :**

| Volet I : Activités générales |   |                         |             |                |  |  |    |  |
|-------------------------------|---|-------------------------|-------------|----------------|--|--|----|--|
| No                            | Indicateurs/Résultats à évaluer   | Critères de validation  | Points Max. | Points Obtenus |  |  |    |  |
| 1                             | <p>● <b>Bon accueil assuré aux bénéficiaires des services</b><br/>(Marquez avec '1' ou '0')</p> <p><b>1) Existence d'un système de triage avec numéro d'ordre et orientation</b></p> <p><b>2) Durée d'attente du patient inférieure à 60min</b><br/>(renseigner à partir de la fiche d'évaluation)<br/><b>Instructions de vérification:</b></p> <p>i. Pour la Mission Conjointe de Vérification : (a) à deux reprises au cours de la journée, prendre un échantillon de cinq patients pour renseigner la fiche d'évaluation (b) vérifiez les données sur le délai d'attente recueillies par la formation sanitaire (voir ci-dessous).</p> <p>ii. Pour la formation sanitaire – au moins une fois par trimestre lors du remplissage de la check-list qualité de soins, prendre, à deux reprises au cours de la journée, un échantillon de cinq patients et administrer la fiche d'évaluation.</p> <p><b>3) Agents de santé en blouse adéquate</b></p> <p><b>4) Lieux d'attente couverts avec chaises ou bancs propres</b></p> <p><b>5) Présence d'une personne faisant le triage selon la gravité et le numéro d'ordre</b></p> | Un élément présent = 10 | 50          |                |  |  |    |  |
|                               | 2   |                         |             |                | <p>● <b>Disponibilité des tarifs des prestations</b><br/>Tarifs des prestations et des médicaments à jour affichés en un endroit accessible au public</p>  | Critère rempli = 10  | 10 |  |
|                               | 3   |                         |             |                | <p>● <b>Disponibilité et fonctionnalité du matériel d'examen dans chaque salle de consultation</b> (Marquez avec '1' ou '0')</p> <p><b>1) thermomètre</b></p> <p><b>2) tensiomètre</b></p> <p><b>3) stéthoscope</b></p> <p><b>4) otoscope</b></p> <p><b>5) gants latex</b></p> <p><b>6) balances (adulte et nourrisson)</b></p> <p><b>7) abaisse langue</b></p> <p><b>8) table d'examen</b></p> <p><b>9) toise</b></p> <p><b>10) table de rapport poids/taille et ruban pour périmètre brachial (PB)</b></p> | <p>Chaque salle de consultation équipée de 10 matériels fonctionnels = 20</p> <p>Un matériel manquant ou non-fonctionnel même pour une salle= 10</p> <p>Plus d'un matériel manquant ou non-fonctionnel même pour une salle = 0</p> | 20 |  |

| Volet I : Activités générales |  |  |             |                |
|-------------------------------|--|--|-------------|----------------|
| No                            | Indicateurs/Résultats à évaluer  | Critères de validation   | Points Max. | Points Obtenus |
| 4                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Conditions de confidentialité assurées:</b> Local de consultation individuel non-visible/non-audible de l'extérieur (fenêtres avec rideaux ; portes fermant,...).</li> </ul> | Confidentialité assurée = 10   | 10          |                |
| 5                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité du matériel et de l'équipement dans chaque salle d'hospitalisation/observation</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>  | Tous les critères remplis dans toutes les salles d'hospitalisation/observation = 20<br><br>Un critère manque même pour une salle = 0 | 20          |                |
|                               | 1) lits avec matelas plastifiés non déchirés   |  |             |                |
|                               | 2) moustiquaires pour tous les lits  |  |             |                |
|                               | 3) bassin de lit (pour chaque lit)   |  |             |                |
|                               | 4) potence (pour chaque lit)   |  |             |                |
|                               | 5) tableau pour feuille de température accroché au lit   |  |             |                |
| 6                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité de l'horaire de travail et du programme de garde :</b> Horaire de travail et programme de garde affichés dans un endroit accessible au public</li> </ul>       | Critère rempli = 10  | 10          |                |
| <b>TOTAL</b>                  |  |  | <b>120</b>  |                |

| Volet II : Hygiène |  |  |             |                |
|--------------------|--|--|-------------|----------------|
| No                 | Indicateurs/Résultats à évaluer  | Critères de validation   | Points Max. | Points Obtenus |
| 1                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Propreté des salles et de la cour assurée</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul> | Chaque critère de propreté rempli = 5  | 15          |                |
|                    | 1) présence de poubelles fermées (dans le hall d'attente et le couloir)  |  |             |                |
|                    | 2) Présence d'une boîte de sécurité (ou réceptacle avec couvercle) pour matériel d'injection dans chaque salle de soins        |  |             |                |
|                    | 3) Environnement de la formation sanitaire propre (absence de déchets, débroussaillé, convivial)                               |  |             |                |
| 2                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Points d'eau disponibles</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>                  | Tous les points d'eau disponibles = 40<br><br>Point d'eau manque pour même un des endroits = 0 | 40          |                |
|                    | - dans les salles de consultations,  |  |             |                |
|                    | - dans le laboratoire,   |  |             |                |
|                    | - salle d'accouchement,  |  |             |                |
|                    | - salle de soins   |  |             |                |
|                    | - près des toilettes.  |  |             |                |
| 3                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Présence de toilettes</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>                     | Toutes les toilettes remplissent les critères =  | 30          |                |

| Volet II : Hygiène |   |  |             |                |
|--------------------|---|--|-------------|----------------|
| No                 | Indicateurs/Résultats à évaluer   | Critères de validation   | Points Max. | Points Obtenus |
|                    |   | 30<br>Un critère manque pour même une toilette = 0               |             |                |
|                    | 1) plancher sans fissures   |  |             |                |
|                    | 2) absence de matières organiques   |  |             |                |
|                    | 3) porte qui se ferme et se verrouille de l'intérieur   |  |             |                |
| 4                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité et fonctionnalité du matériel de stérilisation</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>   | Chaque critère rempli = 10                                       | 30          |                |
|                    | 1) cocotte, autoclave ou poupinel fonctionnel   |  |             |                |
|                    | 2) protocole de stérilisation affiché   |  |             |                |
|                    | 3) Lieu de stockage approprié pour le matériel stérilisé  |  |             |                |
| 5                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Stock de produit de décontamination et de stérilisation. Solution étiquetée avec formule et date de préparation.</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul> | Tous les critères remplis = 10<br>Même un critère non rempli = 0 | 10          |                |
|                    | 1) produit présent  |  |             |                |
|                    | 2) solution étiquetée avec formule et date de préparation   |  |             |                |
|                    | 3) matériels utilisés trempés (s'il y en a) dans les solutions de décontamination<br><i>(si pas de matériel utilisé, l'item n'est pas applicable)</i>   |  |             |                |
| 6                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestion des déchets biomédicaux</b></li> </ul>  | Tous les critères remplis = 10<br>Même un critère non rempli = 0 | 10          |                |
|                    | 1) procédure de tri respecté  |  |             |                |
|                    | 2) condition de transport respecté  |  |             |                |
|                    | 3) lieu de stockage approprié   |  |             |                |
|                    | 4) condition d'élimination respectée (incinération, enfouissement protégé, transport sécurisé)  |  |             |                |
| <b>TOTAL</b>       |   |  | <b>135</b>  |                |

| Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, matériels, médicaments) |  |           |   |   |                |  |
|---|--|-----------|---|---|----------------|--|
| No  | Indicateurs/Résultats à évaluer  |           | Critères de validation  | Points Max.   | Points Obtenus |  |
|   | <b>• Gestion ressources humaines</b><br><i>(Marquez avec '1' ou '0')</i>   |           |   |   |                |  |
| 1   | 1) Présence de personnel qualifié en permanence dans la structure durant les trois derniers mois (maternité et service de consultation générale)                                       |           | Présence personnel qualifié en permanence = 20<br>Absence de personnel qualifié = 0 | 50  |                |  |
|   | 2) Aucun jour d'absence du personnel pour des raisons non justifiées au cours des 3 derniers mois ( <i>vérification à partir d'un registre de présence ou des demandes d'absence</i> ) |           | Pas d'absence non justifiée du personnel = 10<br>Une absence non justifiée = 0      |   |                |  |
|   | 3) Existence de fiche de poste pour tout le personnel  |           | critère rempli = 10   |   |                |  |
|   | 4) Existence d'organigramme de fonction et de structure  |           | critère rempli = 10   |   |                |  |
|   | <b>• Local de la pharmacie conforme aux normes</b><br><i>(Marquez avec '1' ou '0')</i>   |           |   |   |                |  |
| 3   | 1) présence d'étagères   |           | Tous les critères remplis = 20<br>Même un critère non rempli = 0                    | 20  |                |  |
|   | 2) local aéré et protégé contre la lumière du soleil, les insectes et les rongeurs   |           |   |   |                |  |
|   | 3) mesures de sécurité adéquates (portes qui ferment à clé, présence de grilles <b>et grillages</b> aux fenêtres)  |           |   |   |                |  |
|   | 4) présence d'un extincteur fonctionnel <b>ou d'un seau de sable</b>   |           |   |   |                |  |
|   | <b>• Stockage des médicaments et des consommables conforme aux normes</b> <i>(Marquez avec '1' ou '0')</i>   |           |   |   |                |  |
| 4   | 1) rangement de tous les produits sur des étagères et non par terre (solutés et autres produits lourds sur palettes)   |           | Stockage remplissant tous les critères = 50<br>Même un critère non rempli = 0       | 50  |                |  |
|   | 2) ordre de rangement logique (ordre alphabétique ou par forme thérapeutique)  |           |   |   |                |  |
|   | 3) rangement en fonction de la date de péremption  |           |   |   |                |  |
|   | 4) étiquettes sur les étagères spécifiant les Dénominations Communes Internationales (c.à.d. les noms génériques)  |           |   |   |                |  |
|   | 5) Concordance entre le stock théorique et le stock physique (vérifier pour les médicaments traceurs)  |           |   |   |                |  |
|   | <b>• Gestion des outils</b> <i>(Marquez avec '1' ou '0')</i><br><b>#1) Présence de l'outil dans la pharmacie</b><br><b>#2) Remplissage conforme aux normes</b>                         |           |   |   |                |  |
| 5   |  | <b>#1</b> | <b>#2</b>   | Un outil remplissant les 2 critères = 5<br>Un outil avec même un critère non rempli = 0 | 35             |  |
|   | 1 - fiches de stock (à jour)   |           |   |   |                |  |
|   | 2 - bons de commande/livraison   |           |   |   |                |  |
|   | 3 - registre d'entrées des médicaments   |           |   |   |                |  |
|   | 4 - registre de sortie de médicament par malade  |           |   |   |                |  |
| 5 - registre de distribution journalière des médicaments                      |  |           |   |   |                |  |

| Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, matériels, médicaments) |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |                |    |  |  |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------|----------------|----|--|--|
| No  | Indicateurs/Résultats à évaluer  |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Critères de validation  | Points Max. | Points Obtenus |    |  |  |
|   | 6 - PV de réception  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |                |    |  |  |
|   | 7 - PV d'inventaire mensuel des médicaments  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |                |    |  |  |
| 6   | <b>• Disponibilité de médicaments et de consommables traceurs (prendre un échantillon de 10 produits)</b><br>(Marquez avec '1' ou '0')   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Les médicaments et consommables traceurs de l'échantillon disponibles = 50<br><br>Rupture même d'un médicament ou consommable = 0 | 50          |                |    |  |  |
|   |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |   |             |                | 10 |  |  |
|   | 1) Disponibilité des médicaments et des consommables traceurs  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |                |    |  |  |
|   | 2) Absence de rupture de stock depuis la dernière évaluation   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |                |    |  |  |
|   | 3) respect du seuil d'alerte (vérifier que le stock restant soit supérieur à la CMM pour les 10 médicaments et consommables traceurs)<br><i>NB : CMM= consommation moyenne mensuelle</i>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |                |    |  |  |
| 7   | <b>• Disponibilité des outils de gestion du matériel</b>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Tous les outils disponibles = 20<br><br>Absence même d'un outil = 0   | 20          |                |    |  |  |
|   | 1. Bon d'entrée/sortie   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |                |    |  |  |
|   | 2. Fiche stock et inventaire   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |                |    |  |  |
|   | 3. PV réception  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |                |    |  |  |
|   | 4. Bon de commande   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |                |    |  |  |
|   | 5. Livre des comptes   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |                |    |  |  |
| 6. Plan de maintenance préventive et ou curative                              |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |                |    |  |  |
| 8   | <b>• Respect de la marge bénéficiaire sur la vente des médicaments</b><br>(vérifier sur un échantillon de dix médicaments dans le dépôt de la formation sanitaire)<br><b>NB : Marge bénéficiaire ne doit pas dépasser 23,33% du prix d'achat à la centrale d'achat</b> |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Chaque produit = 2<br>Si deux produits non conforme = 0   | 20          |                |    |  |  |
| 9   | <b>• Quittancier (Marquez avec '1' ou '0')</b>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Tous les critères remplis = 10<br>Même un critère non rempli = 0  | 10          |                |    |  |  |
|   | 1) disponible<br>2) spécifiant :<br>a) nom du client<br>b) le montant reçu en chiffres et en lettres<br>c) le motif du paiement (libellé) avec quantification  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |                |    |  |  |
| 10  | <b>• Carnet de recettes et de dépenses (Marquez avec '1' ou '0')</b>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Tous les critères remplis = 20<br>Même un critère non rempli = 0  | 20          |                |    |  |  |
|   | 1) disponible  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |                |    |  |  |
|   | 2) concordant aux justificatifs des dépenses de la formation sanitaire   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |                |    |  |  |
|   | 3) à jour  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |             |                |    |  |  |

| <b>Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, matériels, médicaments)</b> |   |  |   |                    |                       |
|--|---|--|---|--------------------|-----------------------|
| <b>No</b>  | <b>Indicateurs/Résultats à évaluer</b>  |  | <b>Critères de validation</b>                           | <b>Points Max.</b> | <b>Points Obtenus</b> |
| <b>11</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité d'un compte ouvert dans une institution financière</b><br/>(détails des mouvements de fonds documentés ; relevés bancaires mensuels)</li> </ul> |  | Compte disponible = 20<br>Compte non-disponible = 0     | <b>20</b>          |                       |
| <b>12</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Système de répartition interne des primes de performance</b><br/>(Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>   |  | Critères remplis = 20<br>Même un critère non rempli = 0 | <b>20</b>          |                       |
|  | <b>1)</b> établi et connu du personnel  |  |   |                    |                       |
|  | <b>2)</b> respect de la clé de répartition (source de vérification : état de paiement)  |  |   |                    |                       |
| <b>TOTAL</b>   |   |  |   | <b>295</b>         |                       |

| Volet IV : Suivi évaluation/SIS                  |  |   |             |                |
|--|--|---|-------------|----------------|
| No   | Indicateurs/Résultats à évaluer  | Critères de validation  | Points Max. | Points Obtenus |
| 1  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité des outils (documents) d'usage pour différents services</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>   | Un outil disponible = 5   | 30          |                |
|  | 01) Dossiers des malades hospitalisés (10 dossiers à vérifier)   |   |             |                |
|  | 02) Fiches de référence/contre-référence (au moins 10)   |   |             |                |
|  | 03) Carnets CPN (au moins 20)  |   |             |                |
|  | 04) Fiches PF (au moins 20)  |   |             |                |
|  | 05) Partogrammes vierges (au moins 10)   |   |             |                |
| 2  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rapport d'analyse mensuelle des données DSIS du trimestre évalué sur les problèmes prioritaires</b> (<i>Soins Curatifs, Vaccination, CPN, PF, Accouchement</i>) contenant (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul> | Un rapport remplissant les 2 critères = 5<br>Un rapport avec même un critère non rempli = 0 | 10          |                |
|  | 1) courbe d'évolutions (PEV, CPC, CPON, PF, CPN, Accouchement)   |   |             |                |
|  | 2) tableau de bord FBR   |   |             |                |
| 3  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PV mensuels des 3 réunions de coordination de la formation sanitaire au cours du trimestre évalué</b><br/>Chaque PV doit contenir (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>   | Un PV remplissant tous les critères = 10<br><br>Un PV avec même un critère non-rempli = 0   | 30          |                |
|  | 1) la date, l'heure de début et de fin de la réunion   |   |             |                |
|  | 2) l'ordre du jour   |   |             |                |
|  | 3) la liste de présence des participants signée  |   |             |                |
|  | 4) suivi des décisions prises lors de la réunion précédente  |   |             |                |
| 5) déroulement de la réunion et décisions prises |  |   |             |                |
| 4  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rapports d'activités mensuelles transmis à temps</b> (dans les 5 premiers jours ouvrables)</li> </ul>  | Les 2 critères remplis = 30<br><br>Même un critère non rempli = 0                           | 30          |                |
|  | 1) Disponibilité de cahiers/Registre de transmission   |   |             |                |
|  | 2) Mention de la date et de l'identité du destinataire   |   |             |                |
| 5  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Archivage de tous les outils</b></li> </ul>  | Critère rempli = 10   | 10          |                |
| 6  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rapport de supervision mensuel du personnel du centre de santé disponible</b> (<u>Source de vérification</u> : rapport supervision)</li> </ul>   | Critère rempli = 5  | 5           |                |
| <b>TOTAL</b>                                     |  |   | <b>115</b>  |                |

| Volet V : Maternité |  |  |   |             |                |
|---------------------|--|--|---|-------------|----------------|
| No                  | Indicateurs/Résultats à évaluer  |  | Critères de validation  | Points Max. | Points Obtenus |
| 1                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Salle d'accouchement en bon état et remplissant les conditions de confidentialité</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul> |  | Tous les critères remplis = 25<br><br>Un critère manque = 0   | 25          |                |
|                     | 1)   | murs en dur sans fissure avec peinture à huile ou carrelage mural jusqu'à hauteur d'environ 1m80   |   |             |                |
|                     | 2)   | sol carrelé  |   |             |                |
|                     | 3)   | Conditions de confidentialité et assurées: non-visible de l'extérieur ou des autres compartiments si salle partagée                                  |   |             |                |
|                     | 4)   | local propre (sans déchets visibles, ni éclaboussures etc....)   |   |             |                |
| 2                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité et fonctionnalité de l'équipement et du matériel</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>                    |  | Un matériel disponible et fonctionnel = 3<br><br>Si même un matériel de (1) à (4) non disponible ou non-fonctionnel = 0 | 66          |                |
|                     | 01)  | table d'accouchement propre  |   |             |                |
|                     | 02)  | au minimum 3 boîtes d'accouchement stériles (avec pince porte aiguille, deux pinces de Kocher, pince chirurgicale à griffes, deux paires de ciseaux) |   |             |                |
|                     | 03)  | trousse d'urgence : anesthésie, fil de suture résorbable, diazépam, vitamine K1, sulfate de magnésium, ocytocine                                     |   |             |                |
|                     | 04)  | balance pèse-bébé  |   |             |                |
|                     | 05)  | collyre antiseptique   |   |             |                |
|                     | 06)  | tambour avec gazes   |   |             |                |
|                     | 07)  | tablier en plastique   |   |             |                |
|                     | 08)  | source de lumière  |   |             |                |
|                     | 09)  | embu bébé  |   |             |                |
|                     | 10)  | masque   |   |             |                |
|                     | 11)  | gants stériles   |   |             |                |
|                     | 12)  | clamp de barre   |   |             |                |
|                     | 13)  | sceau à placenta   |   |             |                |
|                     | 14)  | table chauffante   |   |             |                |
|                     | 15)  | point d'eau disponible avec savon  |   |             |                |
|                     | 16)  | pèse-personne  |   |             |                |
|                     | 17)  | tensiomètre  |   |             |                |
|                     | 18)  | oxygène  |   |             |                |
|                     | 19)  | sondes naso-gastrique  |   |             |                |
|                     | 20)  | aspirateur de mucosités  |   |             |                |
| 21)                 | stéthoscope obstétrical  |  |   |             |                |

| Volet V : Maternité  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|-------------|----------------|----|
| No   | Indicateurs/Résultats à évaluer   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Critères de validation   | Points Max. | Points Obtenus |    |
|  | 22) ruban mètre   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |
| 3  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation correcte du partogramme (vérification de 10 accouchements choisis au hasard dans le registre ou dossier de la parturiente)</li> </ul> <p align="center"><i>(Marquez avec '1' ou '0')</i></p> |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Une fiche remplissant tous les critères = 3<br>Une fiche avec même un critère non rempli = 0 | 30          |                |    |
|  |   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |             |                | 10 |
|  | 1) le Partogramme a été rempli correctement :   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |
|  | - information identifiant la parturiente  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |
|  | - le rythme cardiaque du fœtus  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |
|  | - la couleur du liquide amniotique  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |
|  | - le modelage du crane fœtal  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |
|  | - les modes de contraction  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |
|  | - les médicaments donnés  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |
|  | - la courbe de dilatation du col  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |
| 2) le Partogramme a été correctement utilisé (mesures préconisées en adéquation avec les normes) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |
| 4  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Référence des accouchements adéquate - analyse de 5 cas de complications référés</li> </ul> <p align="center"><i>(Marquez avec '1' ou '0')</i></p>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Tous les critères remplis pour tous les cas= 30<br>Un critère manque = 0                     | 30          |                |    |
|  |   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |   |   |   |   |  |             |                |    |
|  | 1) le dossier de la patiente est renseigné de façon complète (notamment complication justifiant la référence)   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |
| 2) la patiente a reçu un formulaire de référence adéquatement rempli                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |
| 5  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Conformité des consultations prénatales aux standards de qualité (vérification de 10 CPN choisies au hasard dans le registre)</li> </ul> <p align="center"><i>(Marquez avec '1' ou '0')</i></p>          |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Une fiche remplissant tous les critères = 2<br>Une fiche avec même un critère non rempli = 0 | 20          |                |    |
|  |   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |             |                | 10 |
|  | 1) informations sur les signes de complications obstétricales données   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |
|  | 2) pesée  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |
|  | 3) tension artérielle vérifiée  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |
|  | 4) Recherche d'albumine dans les urines   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |

| Volet V : Maternité |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|-------------|----------------|----|--|
| No                  | Indicateurs/Résultats à évaluer   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Critères de validation   | Points Max. | Points Obtenus |    |  |
|                     | 5) prise de sang effectuée  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |
|                     | 6) taille mesurée   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |
|                     | 7) conseils nutritionnels donnés et enregistrés   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |
|                     | 8) sulfadoxine pyriméthamine (Traitement Directement Observé : TDO)   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |
|                     | 9) Prescription de fer  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |
|                     | 10) proposition de test VIH   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |
|                     | 11) VAT   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |
|                     | 11) prescription de moustiquaire imprégné   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |
|                     | 12) mesure de la hauteur utérine (HU)   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |
|                     | 13) présentation (à partir de 36 semaines)  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |
|                     | 14) bruit du cœur fœtal (BCF) (à partir de 20 semaines)   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |
|                     | 15) mouvement fœtaux  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |
|                     | 16) examen des seins  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |
|                     | 17) recherche des œdèmes  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |
| 6                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformité des consultations postnatales aux standards de qualité (vérification de 10 Cpon choisies au hasard dans le registre)</li> <li>(Marquez avec '1', '0' ou 'NA' si la période n'est pas encore écoulée)</li> </ul> |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Une fiche remplissant tous les critères ('1' ou 'NA') = 2<br>Une fiche avec même un critère non rempli ('0') = 0 | 20          |                |    |  |
|                     |   | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |             |                | 10 |  |
|                     |   | 1) CPoN1 effectuée dans la période J1 à J3  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |
|                     |   | 2) CPoN2 effectuée dans la période J9 à J15 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |
|                     | 3) CPoN3 effectuée dans la période J16 à J42  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |
| <b>TOTAL</b>        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  | <b>188</b>  |                |    |  |

| Volet VI: Planification familiale |  |   |             |                |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |
|-----------------------------------|--|---|-------------|----------------|----|----|---|---|---|---|---|---|---|----|
| No                                | Indicateurs/Résultats à évaluer  | Critères de validation  | Points Max. | Points Obtenus |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |
| 1                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité des méthodes contraceptives :</b></li> <li><b>#1)</b> disponibilité du contraceptif avec stock théorique correspondant au stock physique</li> <li><b>#2)</b> seuil d'alerte déterminé et respecté (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul> | Une méthode contraceptive remplissant les 2 critères = 5<br><br>Une méthode contraceptive avec même un critère non rempli = 0 | 30          |                |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                   |  |   |             |                | #1 | #2 |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                   | 1. ☛ Pilules   |   |             |                |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                   | 2. ☛ Injectables   |   |             |                |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                   | 3. ☛ Collier   |   |             |                |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                   | 4. ☛ Préservatifs  |   |             |                |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                   | 5. ☛ DIU avec pince à col et hystéromètre, avec matériel de pose et d'ablation.  |   |             |                |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                   | 6. ☛ Implant, avec matériel de pose et d'ablation  |   |             |                |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |
| 2                                 | • <b>Rapport Trimestriel de Stock (RTS) du dernier trimestre disponible</b>  | Critère rempli = 5  | 5           |                |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |
| 3                                 | • <b>Disponibilité des affiches murales ou boîte à image</b> pour la démonstration des méthodes de PF  | Critère rempli = 5  | 5           |                |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |
| 4                                 | • <b>Registre PF disponible:</b> toutes les rubriques remplies et à jour   | Critères remplis = 10   | 10          |                |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |
| 5                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La fiche PF disponible (vérification de 10 fiches de PF choisies au hasard)</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>   | Critères remplis pour 1 fiche = 2<br>Une fiche avec même un critère non rempli = 0  | 20          |                |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                   |  |   |             |                | 1  | 2  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|                                   | 1) rubriques renseignées   |   |             |                |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                                   | 2) classées par mois de rendez-vous dans l'échéancier  |   |             |                |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |
| <b>TOTAL</b>                      |  |   | <b>70</b>   |                |    |    |   |   |   |   |   |   |   |    |

| Volet VII : Vaccinations et suivi des nourrissons |   |  |             |                |  |
|---|---|--|-------------|----------------|--|
| No  | Indicateurs/Résultats à évaluer   | Critères de validation   | Points Max. | Points Obtenus |  |
| 1   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité et fonctionnalité de l'équipement et du matériel</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul> | Tous les équipements et matériels disponibles et fonctionnels = 20<br><br>Même un équipement ou matériel manquant ou non fonctionnel = 0 | 20          |                |  |
|   | 1) réfrigérateur  |  |             |                |  |
|   | 2) accumulateurs de froid   |  |             |                |  |
|   | 3) boîte isotherme (porte vaccins)  |  |             |                |  |
|   | 4) source d'énergie alternative disponible  |  |             |                |  |
|   | 5) thermomètre interne  |  |             |                |  |

| Volet VII : Vaccinations et suivi des nourrissons |   |    |    |    |                        |   |   |   |   |                |   |
|---|---|----|----|----|------------------------|---|---|---|---|----------------|---|
| No  | Indicateurs/Résultats à évaluer   |    |    |    | Critères de validation |   |   |   | Points Max.   | Points Obtenus |   |
|   | 6) boîte de sécurité  |    |    |    |                        |   |   |   |   |                |   |
| 2   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité des vaccins et diluants:</b></li> <li>1) présence des vaccins non-périmés avec étiquette</li> <li>2) absence de rupture de stock pendant les 3 derniers mois (pour les produits disponibles au niveau du district)</li> <li>3) stock théorique de vaccins correspond au stock physique</li> <li>4) stock minimum au moins égal au stock de sécurité déterminé et respecté</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>(Marquez avec '1' ou '0')</i></p> |    |    |    |                        |   |   |   | Disponibilité de tous les antigènes et diluants remplissant les 4 critères = 30<br><br>Péremption ou rupture même d'un antigène ou un diluant = 0 | 30             |   |
|   |   | #1 | #2 | #3 | #4                     |   |   |   |   |                |   |
|   | • BCG   |    |    |    |                        |   |   |   |   |                |   |
|   | • VPO (polio orale)   |    |    |    |                        |   |   |   |   |                |   |
|   | • Rougeole Rubéole  |    |    |    |                        |   |   |   |   |                |   |
|   | • VAA   |    |    |    |                        |   |   |   |   |                |   |
|   | • Penta (DTC + HepB + Hib)  |    |    |    |                        |   |   |   |   |                |   |
|   | • Pneumonie   |    |    |    |                        |   |   |   |   |                |   |
| • VAT   |   |    |    |    |                        |   |   |   |   |                |   |
| • Diluants  |   |    |    |    |                        |   |   |   |   |                |   |
| 3   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Administration des doses</b> (vérification de 10 enfants choisis au hasard dans le registre de vaccination)</li> </ul> <p>(Marquez avec '1' ou '0')</p>   |    |    |    |                        |   |   |   | Critères remplis pour 1 enfant = 2  | 20             |   |
|   |   | 1  | 2  | 3  | 4                      | 5 | 6 | 7 |   |                | 8 |
|   | Respect du calendrier vaccinal  |    |    |    |                        |   |   |   |   |                |   |
| 4   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Chaîne de froid</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>  |    |    |    |                        |   |   |   | Chaîne rempli les 4 critères = 20<br><br>Même un jour de rupture = 0  | 20             |   |
|   | 1) température du frigo dans les limites (entre +2 et +8 degrés C)  |    |    |    |                        |   |   |   |   |                |   |
|   | 2) absence de rupture de la chaîne de froid au cours des 3 derniers mois (voir les feuilles de température du réfrigérateur)  |    |    |    |                        |   |   |   |   |                |   |
|   | 3) registre de maintenance disponible et à jour (cahier pour renseigner toutes les informations concernant le frigo)  |    |    |    |                        |   |   |   |   |                |   |
|   | 4) présence de vaccins avec PCV non-virés (< stade 3)   |    |    |    |                        |   |   |   |   |                |   |
| 5   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Registre de PEV disponible</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>   |    |    |    |                        |   |   |   | Critères remplis = 10<br>Un critère manque = 0  | 10             |   |
|   | 1) disponible   |    |    |    |                        |   |   |   |   |                |   |
|   | 2) toutes les rubriques remplies  |    |    |    |                        |   |   |   |   |                |   |

| Volet VII : Vaccinations et suivi des nourrissons |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |             |                |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|-------------|----------------|--|--|
| No  | Indicateurs/Résultats à évaluer   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Critères de validation  | Points Max. | Points Obtenus |  |  |
| 6   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Détermination de l'état nutritionnel de tous les enfants de 0 à 24 mois qui viennent en consultation nourrisson-sain (sélection au hasard de 10 enfants en consultation et vérification si l'état nutritionnel a été déterminé) (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul> |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Critère rempli pour toutes les fiches = 10, absent sur même une seule fiche = 0 | 10          |                |  |  |
|   | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |   |             |                |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |             |                |  |  |
| <b>TOTAL</b>                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   | <b>110</b>  |                |  |  |

| Volet VIII : Maladies infectieuses (TB, LEPRE, VIH) |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|----------------|
| No  | Indicateurs/Résultats à évaluer   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Critères de validation                               | Points Max. | Points Obtenus |
| <b>VIH</b>  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                |
| 1   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocole de traitement antirétroviral disponible et appliqué :<br/>(Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul> |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 critères remplis = 30<br><br>Un critère manque = 0 | 30          |                |
|   | 1) les critères et conditions de mise sous ARV sont remplis   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                |
|   | 2) le schéma de première ligne chez un sujet naïf (qui n'a jamais été sous ARV)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                |
|   | 3) l'introduction progressive de la Névirapine (tri thérapie)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                |
| 2   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocole de la PTME disponible et utilisé<br/>(Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 critères remplis = 20<br><br>Un critère manque = 0 | 20          |                |
|   | 1) Traitement antirétroviral instauré dès que le diagnostic est posé  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                |
|   | 2) pratiques obstétricales à moindre risques appliquées   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                |
|   | 3) prophylaxie antirétrovirale correctement conduite chez le nouveau-nés  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                |
| 3   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi correct des nouveau-nés de mères séropositives<br/>(Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 critères remplis = 30<br><br>Un critère manque = 0 | 30          |                |
|   | 1) disponibilité et utilisation du papier buvard (à 6 semaines)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                |
|   | 2) RDV médical mensuel (donné /prise en charge effective) respecté  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                |
|   | 3) administration du cotrimoxazole  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                |
|   | 4) suivi de la croissance de l'enfant   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                |

| Volet VIII : Maladies infectieuses (TB, LEPRE, VIH) |   |  |   |             |                |
|---|---|--|---|-------------|----------------|
| No  | Indicateurs/Résultats à évaluer   |  | Critères de validation  | Points Max. | Points Obtenus |
|   | 5) informations sur l'allaitement maternel protégé  |  |   |             |                |
|   | 6) examen clinique à chaque visite  |  |   |             |                |
| TB  |   |  |   |             |                |
| 4   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Gestion du stock des antituberculeux (RHZE, RH, STREPTO)</b><br/>(Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul> |  | Gestion remplissant les 2 critères pour anti-TB = 30<br>Un critère manque = 0   | 30          |                |
|   | 1) présence des antituberculeux en fonction des malades sous traitement   |  |   |             |                |
|   | 2) stock théorique correspond au stock physique   |  |   |             |                |
| 5   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Disponibilité des outils de gestion</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>                          |  | Un outil présent = 2<br><br>Présence des outils (1– 6) est indispensable<br><br>Absence même d'un outil indispensable = 0 | 24          |                |
|   | 1) registre des cas de tuberculose  |  |   |             |                |
|   | 2) fiches de traitement   |  |   |             |                |
|   | 3) registre de laboratoire  |  |   |             |                |
|   | 4) bulletin de demande d'analyse d'expectorât   |  |   |             |                |
|   | 5) fiche de commande des antituberculeux  |  |   |             |                |
|   | 6) bons d'approvisionnement, fiches de stock et PV de réception   |  |   |             |                |
|   | 7) protocole schéma court et retraitement thérapeutique affiché dans les salles de consultation   |  |   |             |                |
|   | 8) fiches de transfert  |  |   |             |                |
|   | 9) fiches de référence / contre-référence   |  |   |             |                |
|   | 10) PV de réception de matériels et réactifs de laboratoire   |  |   |             |                |
|   | 11) PV de réception des outils de gestion   |  |   |             |                |
| 12) registre lèpre                                  |   |  |   |             |                |
| <b>TOTAL</b>  |   |  |   | <b>132</b>  |                |

| <b>Volet IX: Laboratoire</b> |   |  |                    |                       |
|------------------------------|---|--|--------------------|-----------------------|
| <b>No</b>                    | <b>Indicateurs/Résultats à évaluer</b>  | <b>Critères de validation</b>                              | <b>Points Max.</b> | <b>Points Obtenus</b> |
| <b>1</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Équipement et matériel disponibles et fonctionnels</b><br/>(Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>                 | Un équipement ou un matériel disponible et fonctionnel = 1 | <b>22</b>          |                       |
|                              | 1) microscope   |  |                    |                       |
|                              | 2) centrifugeuse  |  |                    |                       |
|                              | 3) hémoglobinomètre   |  |                    |                       |
|                              | 4) lames neuves   |  |                    |                       |
|                              | 5) lamelles   |  |                    |                       |
|                              | 6) source de lumière  |  |                    |                       |
|                              | 7) minuterie  |  |                    |                       |
|                              | 8) crachoirs  |  |                    |                       |
|                              | 9) flacons à selles   |  |                    |                       |
|                              | 10) flacons à urine   |  |                    |                       |
|                              | 11) anse de platine   |  |                    |                       |
|                              | 12) bec à benzène   |  |                    |                       |
|                              | 13) lames à plage   |  |                    |                       |
|                              | 14) tubes   |  |                    |                       |
|                              | 15) boîtes de sécurité  |  |                    |                       |
|                              | 16) écouvillons   |  |                    |                       |
|                              | 17) seringues à usage unique  |  |                    |                       |
|                              | 18) gants stériles  |  |                    |                       |
|                              | 19) masques   |  |                    |                       |
|                              | 20) papier buvard   |  |                    |                       |
|                              | 21) poubelle à pédale   |  |                    |                       |
| 22) appareil CD 4            |   |  |                    |                       |
| <b>2</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Présence de produits réactifs et de bandelettes non-périmés</b><br/><i>(Marquez avec '1' ou '0')</i></li> </ul> | Chaque produit présent = 3                                 | <b>24</b>          |                       |
|                              | 1) giemsa   |  |                    |                       |

| <b>Volet IX: Laboratoire</b> |   |                               |                    |                       |
|------------------------------|---|-------------------------------|--------------------|-----------------------|
| <b>No</b>                    | <b>Indicateurs/Résultats à évaluer</b>  | <b>Critères de validation</b> | <b>Points Max.</b> | <b>Points Obtenus</b> |
|                              | 2) fuchsine, acide sulfurique, bleu de méthylène, huile à immersion et Alcool |                               |                    |                       |
|                              | 3) bandelettes pour albumine et sucre   |                               |                    |                       |
|                              | 4) test de grossesse  |                               |                    |                       |
|                              | 5) huile à immersion  |                               |                    |                       |
|                              | 6) tests VIH et TDR   |                               |                    |                       |
|                              | 7) tests syphilis   |                               |                    |                       |
|                              | 8) TDR (paludisme)  |                               |                    |                       |
| <b>3</b>                     | <b>• Présence d'un technicien de laboratoire</b>                              | Critère rempli = 5            | <b>5</b>           |                       |
| <b>TOTAL</b>                 |   |                               | <b>51</b>          |                       |

◆ District : \_\_\_\_\_

◆ Centre de santé : \_\_\_\_\_

◆ Date : \_\_\_\_\_

**1. Recommandations non-appliquées du trimestre précédent et leurs justifications**

**2. Points forts identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre**

**3. Points à améliorer identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre**

**4. Recommandations par rapport aux points à améliorer**

\_\_\_\_\_  
◆ Signature de l'évaluateur

\_\_\_\_\_  
◆ Date



***Check-list qualité des soins – POSTE DE SANTE***

| <b>Informations Générales</b>   |   |  |
|---|---|--|
| ♦ Période de : _____ À : _____  | ♦ Date de l'évaluation : _____  |  |
| ♦ Formation sanitaire : Poste de Santé (PS) de :                                    |   |  |
| ♦ District Sanitaire :  | ♦ Région:   |  |
| ♦ Téléphone :<br>☛ _____  | ♦ Fax :   | ♦ Boîte Postale :  |
| <div style="border: 1px solid red; width: 100px; height: 30px; margin: 5px;"></div> | ♦ Nombre de lits:<br><div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div> ♦ Nombre lits/1000 habitants :<br><div style="border: 1px solid red; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div> | ♦ Nbre de personnel qualifié par catégorie:<br>1) _____ :   ____  <br>2) _____ :   ____  <br>3) _____ :   ____  <br>4) _____ :   ____  <br>♦ Nbre de personnel non qualifié :   ____ |
| ♦ Nom et fonction du Responsable :<br>_____   |   | ♦ Téléphone :  |
| ♦ B.P :   | ♦ E-mail :  |  |

| <b>Évaluateurs (Internes ou faisant partie de la Mission Conjointe de Vérification)</b> |                 |          |           |
|---|-----------------|----------|-----------|
| #   | NOMS ET PRENOMS | FONCTION | SIGNATURE |
|   |                 |          |           |
|   |                 |          |           |
|   |                 |          |           |

| Synthèse trimestrielle de l'évaluation de la qualité de la formation sanitaire |  |                       |                       |                |                  |                        |
|--|--|-----------------------|-----------------------|----------------|------------------|------------------------|
| No   | Activité évaluée   | Points possibles<br>A | Points attribués<br>B | Score<br>C=B/A | Pondération<br>D | Score pondéré<br>E=C*D |
| I.   | ▪ Activités générales                                    | 110                   |                       |                | 10               |                        |
| II.  | ▪ Hygiène, environnement, et stérilisation               | 135                   |                       |                | 17               |                        |
| III.   | ▪ Gestion (financière, ressources humaines, médicaments) | 295                   |                       |                | 16,5             |                        |
| IV.  | ▪ Suivi évaluation/SIS                                   | 105                   |                       |                | 16,5             |                        |
| V.   | ▪ Maternité  | 188                   |                       |                | 10               |                        |
| VI.  | ▪ Planification familiale                                | 60                    |                       |                | 10               |                        |
| VII.   | ▪ Vaccinations et suivi des nourrissons                  | 110                   |                       |                | 10               |                        |
| VIII.  | ▪ Maladies infectieuses (TB, VIH)                        | 90                    |                       |                | 10               |                        |
| <b>TOTAL :</b>   |  |                       |                       |                | <b>100</b>       |                        |

**Observations :**

Check-list qualité des soins - Poste de santé

| Volet I : Activités générales   |  |  |  |             |                |
|---|--|--|--|-------------|----------------|
| No  | Indicateurs/Résultats à évaluer  |  | Critères de validation   | Points Max. | Points Obtenus |
| 1   | <b>Bon accueil assuré aux bénéficiaires des services</b><br><i>(Marquez avec '1' ou '0')</i>   |  | Un critère rempli = 10   | 40          |                |
|   | 1) Orientation et attribution de numéro d'ordre aux clients  |  |  |             |                |
|   | <b>2) Durée d'attente du patient inférieure à 60 minutes</b><br><b>(renseigner à partir de la fiche d'évaluation)</b><br><b>Instructions de vérification:</b>  |  |  |             |                |
|   | ii. Pour la Mission Conjointe de Vérification : (a) à deux reprises au cours de la journée, prendre un échantillon de cinq patients pour renseigner la fiche d'évaluation (b) vérifiez les données sur le délai d'attente recueillies par la formation sanitaire (voir ci-dessous).<br>v. Pour la formation sanitaire – au moins une fois par mois lors du remplissage de la check-list qualité de soins, prendre, à deux reprises au cours de la journée, un échantillon de cinq patients et administrer la fiche d'évaluation. |  |  |             |                |
|   | 3) Agent de santé en blouse adéquate (blouse propre, en bon état et de dimension suffisante pour protéger l'agent)   |  |  |             |                |
|   | 4) Lieux d'attente couverts avec chaises ou bancs propres  |  |  |             |                |
| 2   | <b>Disponibilité des tarifs des prestations et des médicaments</b><br>Tarifs des prestations et des médicaments à jour affichés dans un endroit accessible au public   |  | Critère rempli = 10  | 10          |                |
| 3   | <b>Disponibilité et fonctionnalité du matériel d'examen dans la salle de consultation</b> <i>(Marquez avec '1' ou '0')</i>   |  | La salle de consultation équipée de 10 matériels fonctionnels = 20<br><br>Un matériel manquant ou non-fonctionnel = 10<br><br>Plus d'un matériel manquant ou non-fonctionnel = 0 | 20          |                |
|   | 1) thermomètre   |  |  |             |                |
|   | 2) tensiomètre   |  |  |             |                |
|   | 3) stéthoscope   |  |  |             |                |
|   | 4) otoscope  |  |  |             |                |
|   | 5) gants latex   |  |  |             |                |
|   | 6) balances (adulte et nourrisson)   |  |  |             |                |
|   | 7) abaisse langue  |  |  |             |                |
|   | 8) table d'examen  |  |  |             |                |
|   | 9) toise   |  |  |             |                |
| 10) table de rapport poids/taille et ruban pour Périmètre brachial (muac) |  |  |  |             |                |
| 4   | <b>Conditions de confidentialité assurées:</b> Local de consultation individuel non-visible/non-audible de l'extérieur (fenêtres avec rideaux ; portes fermant,...).   |  | Confidentialité assurée = 10   | 10          |                |
| 5   | <b>Disponibilité du matériel et de l'équipement dans chaque salle d'hospitalisation/observation</b> <i>(Marquez avec '1' ou '0')</i>   |  | Tous les critères remplis dans toutes les salles d'hospitalisation/observation = 20<br><br>Un critère manque même pour une salle = 0   | 20          |                |
|   | 2) lits avec matelas plastifiés non déchirés   |  |  |             |                |
|   | 2) moustiquaires (MILDA) pour tous les lits  |  |  |             |                |
|   | 3) bassin de lit (pour chaque lit)   |  |  |             |                |
|   | 4) potence (pour chaque lit)   |  |  |             |                |
| 6   | <b>Disponibilité de l'horaire de travail :</b><br>Horaires de travail affichés en un endroit accessible au public  |  | Critère rempli = 10  | 10          |                |
| <b>TOTAL</b>  |  |  |  | <b>110</b>  |                |

| Volet II : Hygiène |   |  |  |             |                |
|--------------------|---|--|--|-------------|----------------|
| No                 | Indicateurs/Résultats à évaluer   |  | Critères de validation   | Points Max. | Points Obtenus |
| 1                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Propreté des salles et de la cour assurée</b><br/>(Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>  |  | Chaque critère de propreté rempli = 5  | 15          |                |
|                    | 1) Présence de poubelles fermées (dans le hall d'attente et le couloir)   |  |  |             |                |
|                    | 2) Présence d'un réceptacle (boîte de sécurité) pour matériel d'injection dans chaque salle de soins  |  |  |             |                |
|                    | 3) Environnement de la formation sanitaire propre (absence de déchets, débroussaillé, convivial)  |  |  |             |                |
| 2                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Points d'eau disponibles :</b></li> </ul>   |  | Tous les points d'eau disponibles = 40<br>Point d'eau manque pour même un des endroits = 0 | 40          |                |
|                    | 1- dans les salles de consultations,  |  |  |             |                |
|                    | 2- salle d'accouchement,  |  |  |             |                |
|                    | 3- salle soins  |  |  |             |                |
|                    | 4- près des toilettes.  |  |  |             |                |
| 3                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Présence de toilettes</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>  |  | Toutes les toilettes remplissent les critères = 30   | 30          |                |
|                    | 1) plancher sans fissures   |  |  |             |                |
|                    | 2) absence de matières organiques autour  |  | Un critère manque pour même une toilette = 0   |             |                |
|                    | 3) porte qui se ferme et se verrouille de l'intérieur   |  |  |             |                |
| 4                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Disponibilité et fonctionnalité du matériel de stérilisation</b><br/>(Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>   |  | Tous les critères remplis = 30<br>Un critère manque = 0                                    | 30          |                |
|                    | 1) cocotte, autoclave ou poupinel fonctionnel   |  |  |             |                |
|                    | 2) protocole de stérilisation affiché   |  |  |             |                |
|                    | 3) Lieu de stockage approprié pour le matériel stérilisé  |  |  |             |                |
| 5                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Stock de produits de décontamination et de stérilisation</b></li> <li>● <b>Solution étiquetée avec formule et date de préparation.</b></li> </ul> (Marquez avec '1' ou '0') |  | Tous les critères remplis = 10<br>Un critère non rempli = 0                                | 10          |                |
|                    | 1) produit présent (eau de javel, détergent, savon liquide...)  |  |  |             |                |
|                    | 2) solution étiquetée avec formule et date de préparation   |  |  |             |                |
|                    | 3) matériels utilisés trempés (s'il y en a) dans les solutions de décontamination ( <i>si pas de matériel utilisé l'item n'est pas applicable</i> )   |  |  |             |                |
| 6                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Gestion des déchets biomédicaux</b></li> </ul>  |  | Tous les critères remplis = 10<br>Même un critère non rempli = 0                           | 10          |                |
|                    | 5) <b>procédure de tri respecté</b>   |  |  |             |                |
|                    | 6) <b>condition de transport respecté</b>   |  |  |             |                |
|                    | 7) <b>lieu de stockage approprié</b>  |  |  |             |                |
|                    | 8) <b>condition d'élimination respectée (incinération, enfouissement protégé, transport sécurisé)</b>   |  |  |             |                |
| <b>TOTAL</b>       |   |  |  | <b>135</b>  |                |

| Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, médicaments) |   |    |   |             |                |    |  |
|--|---|----|---|-------------|----------------|----|--|
| No   | Indicateurs/Résultats à évaluer   |    | Critères de validation  | Points Max. | Points obtenus |    |  |
| 1  | <b>• Disponibilité du personnel :</b><br>1) Présence de personnel qualifié en permanence dans la structure durant les trois derniers mois<br><b>(vérification à partir d'un registre de consultation)</b> |    | Présence personnel qualifié = 30<br><br>Pas d'absence non justifiée du personnel = 20       | 50          |                |    |  |
|  | 2) Aucun jour d'absence du personnel pour des raisons non justifiées au cours des 3 derniers mois<br><b>(vérification à partir d'un registre de présence ou des demandes d'absence)</b>                   |    |   |             |                |    |  |
| 2  | <b>• Local de la pharmacie conforme aux normes</b><br>(Marquez avec '1' ou '0')   |    | Tous les critères remplis = 20<br><br>Même un critère non rempli = 0                        | 20          |                |    |  |
|  | 1) présence d'étagères  |    |   |             |                |    |  |
|  | 2) local aéré et protégé contre la lumière du soleil  |    |   |             |                |    |  |
|  | 3) mesures de sécurité adéquates (portes qui ferment à clé, présence de grilles aux fenêtres)   |    |   |             |                |    |  |
| 4) présence d'un extincteur fonctionnel ou d'un SEAU de sable      |   |    |   |             |                |    |  |
| 3  | <b>• Stockage des médicaments et des consommables conforme aux normes</b> (Marquez avec '1' ou '0')   |    | Stockage remplissant tous les critères = 50<br><br>Même un critère non rempli = 0           | 50          |                |    |  |
|  | 1) Rangement de tous les produits sur des étagères et non par terre (solutés et autres produits lourds sur palettes)  |    |   |             |                |    |  |
|  | 2) Ordre de rangement logique (ordre alphabétique ou par forme thérapeutique)   |    |   |             |                |    |  |
|  | 3) Rangement en fonction de la date de péremption   |    |   |             |                |    |  |
|  | 4) Etiquettes sur les étagères spécifiant les Dénominations Communes Internationales (c.à.d. les noms génériques)   |    |   |             |                |    |  |
|  | 5) Concordance entre le stock théorique et le stock physique (vérifier pour les médicaments traceurs)   |    |   |             |                |    |  |
| 4  | <b>• Gestion des outils</b> (Marquez avec '1' ou '0')<br><b>#1) Présence de l'outil dans la pharmacie</b><br><b>#2) Remplissage conforme aux normes</b>   |    | Un outil remplissant les 2 critères = 5<br><br>Un outil avec même un critère non rempli = 0 | 35          |                |    |  |
|  |   | #1 |   |             |                | #2 |  |
|  | 1. Fiches de stock (à jour)   |    |   |             |                |    |  |
|  | 2. Bons de commande/livraison   |    |   |             |                |    |  |
|  | 3. Registre d'entrées des médicaments   |    |   |             |                |    |  |
|  | 4 - registre de sortie de médicament par malade   |    |   |             |                |    |  |
|  | 5. Registre distribution journalière des médicaments  |    |   |             |                |    |  |
|  | 6 - PV de réception   |    |   |             |                |    |  |
| 7. PV d'inventaire mensuel des médicaments                         |   |    |   |             |                |    |  |

| Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, médicaments) |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|-------------|----------------|----|--|--|--|--|--|--|
| No   | Indicateurs/Résultats à évaluer  |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Critères de validation   | Points Max. | Points obtenus |    |  |  |  |  |  |  |
| 5  | <b>• Disponibilité de médicaments et de consommables traceurs (prendre un échantillon de 10 produits)</b><br>(Marquez avec '1' ou '0')   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Les médicaments et consommables traceurs de l'échantillon disponibles = 50<br><br>Rupture même d'un médicament ou consommable = 0        | 50          |                |    |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |             |                | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  | 1) Disponibilité des médicaments et des consommables traceurs  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |  |  |  |  |  |
|  | 2) Absence de rupture de stock depuis la dernière évaluation trimestrielle (FBR)   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3) Absence de menace de pénurie (vérifier que le stock restant soit supérieur à la CMM pour les 10 médicaments et consommables traceurs) |             |                |    |  |  |  |  |  |  |
| NB : CMM = Consommation moyenne mensuelle                          |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |  |  |  |  |  |
| 6  | <b>• Respect de la marge bénéficiaire sur la vente des médicaments</b><br>(vérifier sur un échantillon de <b>10 médicaments</b> dans le dépôt du poste de santé)<br><b>NB : Marge bénéficiaire ne doit pas dépasser 23,33% du prix d'achat à la centrale d'achat</b> |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Chaque produit pour lequel la marge est respecté = 2<br><br>Si deux produits ne respectent pas la marge = 0                              | 20          |                |    |  |  |  |  |  |  |
| 7  | <b>• Quittancier</b> (Marquez avec '1' ou '0')   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Tous les critères remplis = 10<br><br>Même un critère non rempli = 0   | 10          |                |    |  |  |  |  |  |  |
|  | 1) disponible<br>2) spécifiant :<br>a) nom du client<br>b) le montant reçu en chiffres et en lettres<br>c) le motif du paiement (libellé) avec quantification  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |  |  |  |  |  |
| 8  | <b>• Carnet de recettes et de dépenses</b> (Marquez avec '1' ou '0')   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Tous les critères remplis = 20<br><br>Même un critère non rempli = 0   | 20          |                |    |  |  |  |  |  |  |
|  | 1) disponible  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |  |  |  |  |  |
|  | 2) concordant aux justificatifs des dépenses de la formation sanitaire   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3) à jour  |             |                |    |  |  |  |  |  |  |
| 9  | <b>• Disponibilité d'un compte ouvert dans une institution financière</b><br>(détails des mouvements de fonds documentés ; relevés bancaires mensuels)   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Compte disponible = 20<br>Compte non-disponible = 0  | 20          |                |    |  |  |  |  |  |  |
| 10   | <b>• Système de répartition interne des primes de performance</b><br>(Marquez avec '1' ou '0')   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Critères remplis = 20<br>Même un critère non rempli = 0  | 20          |                |    |  |  |  |  |  |  |
|  | 1) établi et connu du personnel  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |             |                |    |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 2) respect de la clé de répartition (source de vérification : état de paiement)  |             |                |    |  |  |  |  |  |  |

| Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, médicaments) |                                 |                        |             |                |
|--|---------------------------------|------------------------|-------------|----------------|
| No   | Indicateurs/Résultats à évaluer | Critères de validation | Points Max. | Points obtenus |
| <b>TOTAL</b>   |                                 |                        | <b>295</b>  |                |

| Volet IV : Suivi évaluation |   |  |             |                |
|-----------------------------|---|--|-------------|----------------|
| No                          | Indicateurs/Résultats à évaluer   | Critères de validation                             | Points Max. | Points Obtenus |
| 1                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité des outils (documents) d'usage pour différents services</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>  | Un outil disponible = 5                            | 25          |                |
|                             | 1) Fiches de référence/contre-référence (au moins 10)   |  |             |                |
|                             | 2) Carnets CPN (au moins 20)  |  |             |                |
|                             | 3) Fiches PF (au moins 20)  |  |             |                |
|                             | 4) Programmes vierges (au moins 10)   |  |             |                |
|                             | 5) Registres de consultation bien tenu (CPC, CPN, Nourrissons sains, CPoN, accouchement, PF)  |  |             |                |
| 2                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rapport d'analyse mensuelle des données DSIS du trimestre évalué sur les problèmes prioritaires</b> (<i>Soins Curatifs, Vaccination, CPN, PF, Accouchement</i>) <b>contenant :</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul> | Les trois rapports remplissant les 2 critères = 10 | 10          |                |
|                             | 3) courbes d'évolution (PEV, CPC, CPON, PF, CPN, Accouchement)  | Un rapport avec même un critère non rempli = 0     |             |                |
|                             | 2) tableau de bord FBR  |  |             |                |
| 3                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PV mensuels des 3 réunions de coordination de la formation sanitaire au cours du trimestre évalué</b></li> </ul> Chaque PV doit contenir (Marquez avec '1' ou '0')  | Un PV remplissant tous les critères = 10           | 30          |                |
|                             | 1) La date, l'heure de début et de fin de la réunion  | Un PV avec même un critère non-rempli = 0          |             |                |
|                             | 2) L'ordre du jour  |  |             |                |
|                             | 3) La liste de présence des participants signée   |  |             |                |
|                             | 4) Suivi des décisions prises lors de la réunion précédente   |  |             |                |
|                             | 5) Déroulement de la réunion et décisions prises  |  |             |                |
| 4                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rapports d'activités mensuelles transmis à temps (dans les 5 premiers jours ouvrables)</b></li> </ul>   | Les 2 critères remplis = 30                        | 30          |                |
|                             | 1) Disponibilité de cahiers/Registre de transmission  | Même un critère non rempli = 0                     |             |                |
|                             | 2) Mention de la date et de l'identité du destinataire  |  |             |                |

**Volet IV : Suivi évaluation**

| No           | Indicateurs/Résultats à évaluer | Critères de validation | Points Max. | Points Obtenus |
|--------------|---------------------------------|------------------------|-------------|----------------|
| 5            | • Archivage de tous les outils  | Critère rempli = 10    | 10          |                |
| <b>TOTAL</b> |                                 |                        | <b>105</b>  |                |

| Volet V : Maternité (1/2) |  |   |  |             |                |
|---------------------------|--|---|--|-------------|----------------|
| No                        | Indicateurs/Résultats à évaluer  |   | Critères de validation   | Points Max. | Points Obtenus |
| 1                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Salle d'accouchement en bon état et remplissant les conditions de confidentialité</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul> |   | <p>Tous les critères remplis = 25</p> <p>Un critère manque = 0</p>   | 25          |                |
|                           | 1)   | murs en dur sans fissure avec peinture à huile ou carrelage mural jusqu'à hauteur d'environ 1m80  |  |             |                |
|                           | 2)   | sol carrelé   |  |             |                |
|                           | 3)   | Conditions de confidentialité assurées: non-visible de l'extérieur ou des autres compartiments si salle partagée  |  |             |                |
|                           | 4)   | local propre (sans déchets visibles, ni éclaboussures etc...)   |  |             |                |
| 2                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Disponibilité et fonctionnalité de l'équipement et du matériel</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>                    |   | <p>Un matériel disponible et fonctionnel = 3</p> <p>Si même un matériel de (1) à (4) non disponible ou non-fonctionnel = 0</p> | 63          |                |
|                           | 01)  | Table d'accouchement propre   |  |             |                |
|                           | 02)  | au minimum 3 boîtes d'accouchement stériles ( <i>avec pince porte aiguille, deux pinces de Kocher, pince chirurgicale à griffes, deux paires de ciseaux</i> ) |  |             |                |
|                           | 03)  | Trousse d'urgence : (fil de suture résorbable, diazépam, vitamine K1, sulfate de magnésium, ocytocine, xylocaïne / heamacel)                                  |  |             |                |
|                           | 04)  | Balance pèse-bébé   |  |             |                |
|                           | 05)  | Collyre antiseptique  |  |             |                |
|                           | 06)  | Tambour avec gazes  |  |             |                |
|                           | 07)  | Tablier en plastique  |  |             |                |
|                           | 08)  | Source de lumière   |  |             |                |
|                           | 09)  | Embu bébé   |  |             |                |
|                           | 10)  | Masque  |  |             |                |
|                           | 11)  | Gants stériles  |  |             |                |
|                           | 12)  | Clamp de barre  |  |             |                |
|                           | 13)  | Sceau à placenta  |  |             |                |
|                           | 14)  | Table chauffante  |  |             |                |
|                           | 15)  | Point d'eau disponible avec savon   |  |             |                |
|                           | 16)  | Pèse-personne   |  |             |                |
|                           | 17)  | Tensiomètre   |  |             |                |
|                           | 18)  | Sondes nasogastrique  |  |             |                |
|                           | 19)  | Aspirateur de mucosités   |  |             |                |
|                           | 20)  | stéthoscope obstétrical   |  |             |                |
| 21)                       | <b>Ruban mètre</b>   |   |  |             |                |

| Volet V : Maternité (2/2)  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|----------------|---------------------------|----|
| N<br>o   | Indicateurs/Résultats à évaluer   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Critères de validation   |  | Points<br>Max. | Point<br>s<br>Obte<br>nus |    |
| 3  | <b>• Utilisation correcte du partogramme (vérification de 10 accouchements choisis au hasard dans le registre ou dossier de la parturiente)</b><br><i>(Marquez avec '1' ou '0')</i>                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Une fiche remplissant tous les critères = 3<br><br>Une fiche avec même un critère non rempli = 0 |  | 30             |                           |    |
|  |   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |  |                |                           | 10 |
|  | 1) le partogramme a été rempli correctement :   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
|  | - information identifiant la parturiente  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
|  | - le rythme cardiaque du fœtus  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
|  | - la couleur du liquide amniotique  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
|  | - la présentation de l'enfant   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
|  | - les modes de contraction  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
|  | - les médicaments donnés  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
| - la courbe de dilatation du col   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
| 4) le partogramme a été correctement utilisé (mesures préconisées en adéquation avec les normes) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
| 4  | <b>• Référence des accouchements adéquate - analyse de 5 cas de complications référés</b><br><i>(Marquez avec '1' ou '0')</i>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Tous les critères remplis pour tous les cas= 30<br><br>Un critère manque = 0                     |  | 30             |                           |    |
|  |   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
|  | 1) le dossier de la patiente est renseigné de façon complète (notamment complication justifiant la référence)   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
| 2) la patiente a reçu un formulaire de référence adéquatement rempli                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
| 5  | <b>• Conformité des consultations prénatales aux standards de qualité (vérification de 10 CPN choisies par tirage méthode de sondage aléatoire simple dans le registre)</b><br><i>(Marquez avec '1' ou '0')</i> |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Une fiche remplissant tous les critères = 2<br><br>Une fiche avec même un critère non rempli = 0 |  | 20             |                           |    |
|  |   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |  |                |                           | 10 |
|  | 01) Informations sur les signes de complications obstétricales données  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
|  | 02) Pesée   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
|  | 03) Tension artérielle vérifiée   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
|  | 04) Recherche d'albumine dans les urines  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
|  | 05) Taille mesurée  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
|  | 06) Conseils nutritionnels donnés et enregistrés  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |
| 07) Sulfadoxine-Priméthamine (Traitement   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                |                           |    |

| Volet V : Maternité (2/2)                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                        |  |                |  |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------------------|--|----------------|--|
| No   | Indicateurs/Résultats à évaluer   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Critères de validation | Points Max.  | Points Obtenus |  |
| 5  | Directement Observé : TDO)  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                        |  |                |  |
|  |   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                        |  |                |  |
|  | 08) Prescription de fer   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                        |  |                |  |
|  | 09) proposition de test VIH   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                        |  |                |  |
|  | 10) Prescription de moustiquaire imprégné (MILDA)   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                        |  |                |  |
|  | 11) VAT   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                        |  |                |  |
|  | 12) Mesure de la hauteur utérine (HU)   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                        |  |                |  |
|  | 13) Présentation (à partir de 36 semaines)  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                        |  |                |  |
|  | 14) Bruits du cœur fœtal (BCF) (à partir de 20 semaines)  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                        |  |                |  |
|  | 15) Mouvement fœtal   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                        |  |                |  |
| 16) Examen des seins                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                        |  |                |  |
| 17) Recherche des œdèmes                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                        |  |                |  |
| 6  | <b>• Conformité des consultations post-natales aux standards de qualité (vérification de 10 CPoN choisies au hasard dans le registre)</b><br>(Marquez avec '1', '0' ou 'NA' si la période n'est pas encore écoulée) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                        | Une fiche remplissant tous les critères ('1' ou 'NA') = 2<br><br>Une fiche avec même un critère non rempli ('0') = 0 | 20             |  |
|  |   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                        |  |                |  |
|  | 2) CPoN1 effectuée dans la période J1 à J3  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                        |  |                |  |
|  | 2) CPoN2 effectuée dans la période J9 à J15   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                        |  |                |  |
| 3) CPoN3 effectuée dans la période J16 à J42 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                        |  |                |  |
| <b>TOTAL</b>                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | <b>188</b>             |  |                |  |

| Volet VI: Planification familiale                     |   |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |             |                |
|---|---|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|-------------|----------------|
| No  | Indicateurs/Résultats à évaluer   |  |  |  |  | Critères de validation |  |  |  |  | Points Max. | Points Obtenus |
| 1   | <b>• Disponibilité des méthodes contraceptives :</b><br><b>#1)</b> disponibilité du contraceptif avec stock théorique correspondant au stock physique<br><b>#2)</b> seuil d'alerte déterminé et respecté<br>(Marquez avec '1' ou '0') |  |  |  |  |                        |  |  |  |  | 20          |                |
|   |   |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |             |                |
|   | 1- Pilules  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |             |                |
|   | 2- Injectables  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |             |                |
|   | 3 - Collier   |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |             |                |
| 4 - Préservatifs                                      |   |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |             |                |
| 2   | <b>• Rapport Trimestriel de Stock (RTS) du dernier trimestre disponible</b>   |  |  |  |  | Critère rempli = 5     |  |  |  |  | 5           |                |
| 3   | <b>• Disponibilité des affiches murales ou boîte à image</b> pour la démonstration des méthodes de PF   |  |  |  |  | Critère rempli = 5     |  |  |  |  | 5           |                |
| 4   | <b>• Registre PF disponible:</b> toutes les rubriques remplies et à jour  |  |  |  |  | Critères remplis = 10  |  |  |  |  | 10          |                |
| 5   | <b>• La fiche PF disponible (vérification de 10 fiches de PF choisies au hasard) (Marquez avec '1' ou '0')</b>  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  | 20          |                |
|   |   |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |             |                |
|   | 1) Rubriques renseignées  |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |             |                |
| 2) Classées par mois de rendez-vous dans l'échéancier |   |  |  |  |  |                        |  |  |  |  |             |                |
| <b>TOTAL</b>  |   |  |  |  |  |                        |  |  |  |  | <b>60</b>   |                |

**Volet VII : Vaccinations et suivi des nourrissons**

| No           | Indicateurs/Résultats à évaluer  | Critères de validation  | Points Max. | Points obtenus |    |    |    |    |
|--------------|--|---|-------------|----------------|----|----|----|----|
| 1            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité et fonctionnalité de l'équipement et du matériel</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>  | Tous les équipements et matériels disponibles et fonctionnels = 20<br><br>Même un équipement ou matériel manquant ou non fonctionnel = 0          | 20          |                |    |    |    |    |
|              | 1) Réfrigérateur   |   |             |                |    |    |    |    |
|              | 2) Accumulateurs de froid  |   |             |                |    |    |    |    |
|              | 3) Boîte isotherme (porte vaccins)   |   |             |                |    |    |    |    |
|              | 4) Source d'énergie alternative disponible   |   |             |                |    |    |    |    |
|              | 5) Thermomètre interne   |   |             |                |    |    |    |    |
|              | 6) Boîte de sécurité   |   |             |                |    |    |    |    |
| 2            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité des vaccins et diluants:</b></li> <li>1) présence des vaccins non-périmés avec étiquette</li> <li>2) absence de rupture de stock pendant les 3 derniers mois (pour les produits disponibles au niveau du district)</li> <li>3) stock théorique de vaccins correspond au stock physique</li> <li>4) stock minimum au moins égal au stock de sécurité déterminé et respecté</li> </ul> <p style="text-align: right;">(Marquez avec '1' ou '0')</p> | Disponibilité de tous les antigènes et diluants remplissant les 4 critères = 30<br><br>Péremption ou rupture même d'un antigène ou un diluant = 0 | 30          |                |    |    |    |    |
|              |  |   |             |                | #1 | #2 | #3 | #4 |
|              | 1- BCG   |   |             |                |    |    |    |    |
|              | 2- VPO (polio orale)   |   |             |                |    |    |    |    |
|              | 3- Rougeole Rubéole  |   |             |                |    |    |    |    |
|              | 4- VAA   |   |             |                |    |    |    |    |
|              | 5- Penta (DTC+ HepB +Hib)  |   |             |                |    |    |    |    |
| 6- Pneumonie |  |   |             |                |    |    |    |    |

|              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |            |  |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|------------|--|
|              | 7- VAT  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |            |  |
|              | 8- Diluants   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |            |  |
| 3            | <b>• Administration des doses</b> (vérification de 10 enfants choisis au hasard dans le registre de vaccination)<br>(Marquez avec '1' ou '0')   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Critères remplis pour 1 enfant = 2                                      | 20         |  |
|              |   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  |   |            |  |
|              | Respect du calendrier vaccinal  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |            |  |
| 4            | <b>• Chaîne de froid</b> (Marquez avec '1' ou '0')  |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Chaîne rempli les 3 critères = 20<br><br>Même un jour de rupture = 0    | 20         |  |
|              | 1) Température du frigo dans les limites (entre +2 et +8 degrés C)  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |            |  |
|              | 2) Absence de rupture de la chaîne de froid au cours des 3 derniers mois ( <b>voir les feuilles de température du réfrigérateur</b> )   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |            |  |
|              | 3) Présence de vaccins avec PCV non-virés (< stade 3)   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |            |  |
| 5            | <b>• Registre de PEV (nourrissons sains) disponible</b> (Marquez avec '1' ou '0')   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Critères remplis = 10<br>Un critère manque = 0                          | 10         |  |
|              | 1) Disponible   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |            |  |
|              | 2) Toutes les rubriques remplies  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |            |  |
| 6            | <b>• Détermination de l'état nutritionnel</b> de tous les enfants de 0 à 24 mois qui viennent en consultation nourrisson-sain (sélection au hasard de 10 enfants en consultation et vérification si l'état nutritionnel a été déterminé :)<br>(Marquez avec '1' ou '0') |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Critère rempli pour tous les enfants = 10,<br>absent pour un enfant = 0 | 10         |  |
|              | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |   |            |  |
|              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |            |  |
| <b>TOTAL</b> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   | <b>110</b> |  |

| Volet VIII : Maladies infectieuses (TB, VIH, PALUDISME, DIARRHEE) |  |  |  |             |                |
|---|--|--|--|-------------|----------------|
| No  | Indicateurs/Résultats à évaluer  |  | Critères de validation                         | Points Max. | Points obtenus |
| <b>VIH</b>  |  |  |  |             |                |
| <b>1</b>  | <b>• Disponibilité produits et consommables</b><br>(Marquez avec '1' ou '0')                       |  | 1 critère rempli = 10<br>Un critère manque = 0 | 30          |                |
|   | 1) Test rapide de diagnostic VIH   |  |  |             |                |
|   | 3) Affiches murales sur les IST et de la PTME  |  |  |             |                |
|   | 4) Algorithmes de prise en charge des IST affichés   |  |  |             |                |
| <b>TB</b>   |  |  |  |             |                |
| <b>2</b>  | <b>• Disponibilité des supports de communication sur la TB</b><br>(Marquez avec '1' ou '0')        |  | 1 critère rempli = 10<br>Un critère manque = 0 | 20          |                |
|   | 1) Ordinogramme sur la prise en charge des tousseurs chroniques                                    |  |  |             |                |
|   | 2) Affiches murales d'informations sur la TB   |  |  |             |                |
| <b>PALUDISME</b>  |  |  |  |             |                |
| <b>3</b>  | <b>• Disponibilité des supports de communication sur le paludisme</b><br>(Marquez avec '1' ou '0') |  | 1 critère rempli = 10<br>Un critère manque = 0 | 20          |                |
|   | 1) Ordinogramme sur la prise en charge des cas de paludisme simple avec les TDR                    |  |  |             |                |
|   | 2) Affiches murales d'informations sur le paludisme  |  |  |             |                |
| <b>DIARRHEE</b>   |  |  |  |             |                |
| <b>4</b>  | <b>• Disponibilité des supports de communication sur la diarrhée</b><br>(Marquez avec '1' ou '0')  |  | 1 critère rempli = 10<br>Un critère manque = 0 | 20          |                |
|   | 1) Protocole de prise en charge des cas de diarrhée simple   |  |  |             |                |
|   | 2) Affiches murales d'informations sur le lavage des mains   |  |  |             |                |
| <b>TOTAL</b>  |  |  |  | <b>90</b>   |                |

◆ District \_\_\_\_\_ ◆ Poste \_\_\_\_\_ ◆ Date \_\_\_\_\_

5. Recommandations non-appliquées du trimestre précédent et leurs justifications

6. Points forts identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre

7. Points à améliorer identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre

8. Recommandations par rapport aux points à améliorer

\_\_\_\_\_  
◆ Signature de l'évaluateur

\_\_\_\_\_  
◆ Date

# Annexe 7 : Paiements

## A. Modèle de la demande de paiement trimestrielle pour les Centres de Santé

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple- Un But- Une Foi



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE

PROGRAMME NATIONAL DE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

(PNFBR)

### DEMANDE DE PAIEMENT

| Informations Générales      |            |                         |
|-----------------------------|------------|-------------------------|
| • Période de :              | À :        | • Date de transmission: |
| • Centre de Santé (CS) de : |            |                         |
| • District Sanitaire de :   |            | • Région de:            |
| • Téléphone :               | • Fax :    | • Boîte Postale :       |
| • Nom du Responsable :      |            | • Téléphone :           |
| • B.P :                     | • E-mail : |                         |

| Demande de paiement  | Cible trimestrielle atteinte ? (oui, non, NA) | Montant avant prise en compte de la qualité |
|--|---|---|
|  | A   | B   |
| <b>Mesures de performance du centre de santé</b>   |   |   |
| <b>A. La santé maternelle, néonatale et infantile</b>  |   |   |
| 1. Taux de couverture vaccinale complète des enfants de moins d'un an                                      |   |   |
| 2. Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de Malnutrition aiguë sévère compliqué PEC et déchargés |   |   |
| 3. Proportion d'enfants de 6 à 59 mois correctement supplémenté en vitamine A en routine                   |   |   |
| 4. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié avec partogramme                                |   |   |
| 5. Proportion de complication obstétricale PEC selon les normes et protocoles                              |   |   |
| 6. Taux de couverture adéquate en CPN  |   |   |
| 7. Taux de nouvelles utilisatrices de la planification familiale   |   |   |
| 8. Taux d'utilisation en consultation post natale  |   |   |
| 9. Proportion de femmes enceintes séropositives sous ARV   |   |   |
| 10. Proportion d'enfants nés de mère séropositive mis sous ARV à titre prophylactique                      |   |   |
| <b>B. Lutte contre la maladie</b>  |   |   |
| 1. Taux de couverture des femmes enceintes en TPI2   |   |   |
| 2. Taux de dépistage de la tuberculose   |   |   |
| 3. Taux de guérison au traitement de la tuberculose  |   |   |
| <b>Montant total avant prise en compte de la qualité</b>   |   |   |

**Demande de paiement****FICHE DE TRAVAIL B**

| Montant total avant prise en compte de la qualité | Déflation qualité                    |      |                      | Montant non-sujet à la déflation qualité | Crédit FBR demandé pour le trimestre courant |                                |
|---|--------------------------------------|------|----------------------|--|--|--------------------------------|
|   | Montant sujet à la déflation qualité |      | Défateur qualité (%) |  |  | Montant obtenu après déflation |
|   | %                                    | FCFA |                      |  |  |                                |
| A   | B                                    | C    | D                    | E  | F  | G                              |
|   |                                      |      |                      |  |  |                                |

**Note :****À noter :**

- A : Montant total **avant** prise en compte de la qualité : voir Fiche de Travail A, colonne B, dernière rangée
- B : Pourcentage du montant de la colonne A qui est sujet au défateur qualité (voir Tableau 2 du contrat entre le CS/EPS1/PS et la CL)
- C : Montant sujet à la déflation qualité = A \* B
- D : Défateur qualité : score obtenu sur la check-list qualité
- E : Montant obtenu après déflation qualité = C \* D
- F : Montant non-sujet à la déflation qualité = A - C
- G : Crédit FBR demandé pour le trimestre = E + F

## B. Modèle de la demande de paiement trimestrielle pour les Postes de santé

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple- Un But- Une Foi



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE

PROGRAMME NATIONAL DE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

(PNFBR)

### DEMANDE DE PAIEMENT

| Informations Générales   |            |                         |
|--------------------------|------------|-------------------------|
| ■ Période de :           | À :        | ■ Date de transmission: |
| ■ Poste de Santé (PS) :  |            |                         |
| ■ District Sanitaire de: |            | ■ Région de:            |
| ■ Téléphone :            | ■ Fax :    | ■ Boîte Postale :       |
| ■ Nom du Responsable :   |            | ■ Téléphone :           |
| ■ B.P :                  | ■ E-mail : |                         |

| Demande de paiement  | Cible trimestrielle atteinte ? (oui, non, NA) | Montant avant prise en compte de la qualité |
|--|---|---|
|  | A   | B   |
| <b>Mesures de performance du centre de santé</b>   |   |   |
| <b>A. La santé maternelle, néonatale et infantile</b>  |   |   |
| 1. Taux de couverture vaccinale complète des enfants de moins d'un an  |   |   |
| 2. Taux de couverture SNP des enfants de 0-24 mois   |   |   |
| 3. Pourcentage d'enfants 0-5 ans présentant une malnutrition aiguë sévère sans complication correctement prise en charge |   |   |
| 4. Proportion d'enfants de 6 à 59 mois correctement supplémentée en vitamine A en routine                                |   |   |
| 5. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié   |   |   |
| 6. Taux de nouvelles utilisatrices de la planification familiale   |   |   |
| 7. Taux d'utilisation en consultation post natale  |   |   |
| 8. Taux de réalisation de test VIH chez les femmes enceintes vues en CPN   |   |   |
| 9. Taux de couverture adéquate en CPN  |   |   |
| 10. Proportion de nouveau-nés ayant bénéficié de soins immédiats   |   |   |
| <b>B. Lutte contre la maladie</b>  |   |   |
| 7. Taux de couverture des femmes enceintes en TPI2   |   |   |
| 8. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement traités                             |   |   |
| 9. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée simple correctement traités                             |   |   |
| <b>Montant total avant prise en compte de la qualité</b>   |   |   |

## Demande de paiement

### FICHE DE TRAVAIL B

| Montant total avant prise en compte de la qualité | Déflation qualité                    |      |                       | Montant non-sujet à la déflation qualité | Crédit FBR demandé pour le trimestre courant |                                |
|---|--------------------------------------|------|-----------------------|--|--|--------------------------------|
|   | Montant sujet à la déflation qualité |      | Déflateur qualité (%) |  |  | Montant obtenu après déflation |
|   | %                                    | FCFA |                       |  |  |                                |
| A   | B                                    | C    | D                     | E  | F  | G                              |
|   |                                      |      |                       |  |  |                                |

**Note :**

**À noter :**

- A : Montant total **avant** prise en compte de la qualité : voir Fiche de Travail A, colonne B, dernière rangée
- B : Pourcentage du montant de la colonne A qui est sujet au déflateur qualité (voir Tableau 2 du contrat entre le CS/EPS1/PS et la CL)
- C : Montant sujet à la déflation qualité = A \* B
- D : Déflateur qualité : score obtenu sur la check-list qualité
- E : Montant obtenu après déflation qualité = C \* D
- F : Montant non-sujet à la déflation qualité = A - C
- G : Crédit FBR demandé pour le trimestre = E + F

## C. Modèle de la demande de paiement trimestrielle pour les Equipes Cadres de District



REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple- Un But- Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

PROGRAMME NATIONAL DE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

(PNFBR)

### DEMANDE DE PAIEMENT

| Informations Générales   |            |                         |  |
|--------------------------|------------|-------------------------|--|
| ■ Période de : À :       |            | ■ Date de transmission: |  |
| ■ District Sanitaire de: |            | ■ Région de :           |  |
| ■ Téléphone :            | ■ Fax :    | ■ Boîte Postale :       |  |
| ■ Nom du Responsable :   |            | ■ Téléphone :           |  |
| ■ B.P :                  | ■ E-mail : |                         |  |

#### Fiche de Travail A:

| District de :                          |   |  |  |
|--|---|--|--|
| Nom de la formation sanitaire (CS /PS) | Montant total de la demande de paiement trimestrielle | Montant total de l'enveloppe FBR trimestrielle | Proportion de l'enveloppe FBR trimestrielle figurant dans la demande de paiement trimestrielle |
|  | A   | B  | C  |
| 01                                     |   |  |  |
| 02                                     |   |  |  |
| 03                                     |   |  |  |
| 04                                     |   |  |  |
| 05                                     |   |  |  |
| 06                                     |   |  |  |
| 07                                     |   |  |  |
| 08                                     |   |  |  |
| 09                                     |   |  |  |
| 10                                     |   |  |  |

| District de :                          |   |  |  |
|--|---|--|--|
| Nom de la formation sanitaire (CS /PS) | Montant total de la demande de paiement trimestrielle | Montant total de l'enveloppe FBR trimestrielle | Proportion de l'enveloppe FBR trimestrielle figurant dans la demande de paiement trimestrielle |
|  | A   | B  | C  |
| 11                                     |   |  |  |
| 12                                     |   |  |  |
| 13                                     |   |  |  |
| 14                                     |   |  |  |
| 15                                     |   |  |  |
| 16                                     |   |  |  |
| 17                                     |   |  |  |
| 18                                     |   |  |  |
| 19                                     |   |  |  |
| 20                                     |   |  |  |
| 21                                     |   |  |  |
| 22                                     |   |  |  |
| 23                                     |   |  |  |
| 24                                     |   |  |  |
| <b>TOTAL</b>                           |   |  | <b>D:</b>  |

A : Montant total figurant sur la demande de paiement trimestrielle de la formation sanitaire (hors frais bancaires)

B : Montant total de l'enveloppe FBR trimestrielle figurant dans le contrat de performance signé entre la formation sanitaire et la collectivité locale

C : Proportion de l'enveloppe FBR trimestrielle figurant dans la demande de paiement trimestrielle = A / B

D : Proportion de l'enveloppe FBR trimestrielle pour l'ensemble des structures sanitaires du district figurant dans les demandes de paiement trimestrielles = Total A / Total B

**Fiche de Travail B:**

| Mesures de performance de l'ECD   | Enveloppe trimestrielle par cible | Cibles réalisées au cours du trimestre |                          | Crédit FBR demandé pour le trimestre |
|---|-----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------------------|
|   | A                                 | B                                      |                          | C                                    |
|   |                                   | Proportion                             | Cible atteinte (Oui/Non) |                                      |
| 1. Proportion de l'enveloppe FBR disponible pour l'ensemble des structures sanitaires du district ayant été effectivement octroyée à ces structures |                                   |  | X                        |                                      |
| 2. Proportion de plans d'actions appuyés par le district  |                                   |  |                          |                                      |
| 3. Taux de promptitude de rapports SIS périodiques  |                                   |  |                          |                                      |
| 4. Taux d'exhaustivité des rapports SIS périodiques   |                                   |  |                          |                                      |
| <b>TOTAL</b>  |                                   | X                                      |                          |                                      |

**Note :**

**À noter :**

- A : Se référer au contrat entre l'ECD et le CRG pour le montant associé à chaque indicateur
- B : Les cibles réalisées par l'ECD au cours du trimestre auquel la présente demande se réfère (la valeur de l'indicateur et pour les indicateurs 2 et 3, si oui ou non la cible est atteinte)
- C : Crédit FBR demandé pour le trimestre :
- pour l'indicateur 1 :  $C = A * B$
  - pour les indicateurs 2 et 3 :  $C = A$  si cible est atteinte ;  $C = 0$  si cible n'est pas atteinte

## D. Modèle de la demande de paiement trimestrielle pour les Equipes Cadres de Région



### DEMANDE DE PAIEMENT

| Informations Générales |          |                       |  |
|------------------------|----------|-----------------------|--|
| Période de :           | À :      | Date de transmission: |  |
| Région de:             |          |                       |  |
| Téléphone :            | Fax :    | Boîte Postale :       |  |
| Nom du Responsable :   |          | Téléphone :           |  |
| B.P :                  | E-mail : |                       |  |

#### Fiche de Travail A:

| Région de :                  |   |  |  |
|------------------------------|---|--|--|
| Nom des Districts Sanitaires | Montant total de la demande de paiement trimestrielle | Montant total de l'enveloppe FBR trimestrielle | Proportion de l'enveloppe FBR trimestrielle figurant dans la demande de paiement trimestrielle |
|                              | A   | B  | C  |
|                              |   |  |  |
|                              |   |  |  |
|                              |   |  |  |
|                              |   |  |  |
| <b>TOTAL</b>                 |   |  | <b>D:</b>  |

A : Montant total figurant sur la demande de paiement trimestrielle du district (hors frais bancaires)

B : Montant total de l'enveloppe FBR trimestrielle figurant dans le contrat de performance signé entre l'ECD et le MCR

C : Proportion de l'enveloppe FBR trimestrielle figurant dans la demande de paiement trimestrielle = A / B

D : Proportion de l'enveloppe FBR trimestrielle pour l'ensemble des districts figurant dans les demandes de paiement trimestrielles = Total A / Total B

## Fiche de Travail B :

| Mesures de performance de l'ECR  | Enveloppe trimestrielle par cible | Cibles réalisées au cours du trimestre |                          | Crédit FBR demandé pour le trimestre |
|--|-----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------------------|
|  | A                                 | B                                      |                          | C                                    |
|  |                                   | Proportion                             | Cible atteinte (Oui/Non) |                                      |
| 1. Proportion de l'enveloppe FBR disponible pour l'ensemble des districts ayant été effectivement octroyée |                                   |  | X                        |                                      |
| 2. Proportion de supervisions effectuées   |                                   |  |                          |                                      |
| 3. Taux de promptitude de rapports SIS périodiques   |                                   |  |                          |                                      |
| 4. Taux d'exhaustivité des rapports SIS périodiques  |                                   |  |                          |                                      |
| <b>TOTAL</b>   |                                   | X                                      |                          |                                      |

Note :

### À noter :

A : Se référer au contrat entre l'ECR et le MCR pour le montant associé à chaque indicateur

B : Les cibles réalisées par l'ECR au cours du trimestre auquel la présente demande se réfère (la valeur de l'indicateur et pour les indicateurs 2 et 3, si oui ou non la cible est atteinte)

C : Crédit FBR demandé pour le trimestre :

- pour l'indicateur 1 :  $C = A * B$

- pour les indicateurs 2 et 3 :  $C = A$  si cible est atteinte ;  $C = 0$  si cible n'est pas atteinte

## E. Modèle de la demande de paiement trimestrielle pour les Etablissements publics de Santé

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple- Un But- Une Foi



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE

PROGRAMME NATIONAL DE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

(PNFBR)

### DEMANDE DE PAIEMENT

| Informations Générales |          |                       |
|------------------------|----------|-----------------------|
| Période de :           | À :      | Date de transmission: |
| Région de:             |          | EPS de :              |
| Téléphone :            | Fax :    | boîte Postale :       |
| Nom du Directeur :     |          | Téléphone :           |
| B.P :                  | E-mail : |                       |

| Demande de paiement<br>FICHE DE TRAVAIL A  | Cible trimestrielle atteinte ? | Montant |
|--|--------------------------------|---------|
|  | (oui, non, NA)                 |         |
|  | A                              | B       |
| <b>Mesures de performance de l'EPS</b>   |                                |         |
| <b>A. Indicateurs de Gouvernance</b>   |                                |         |
| 1. Nombre de réunions du comité de pilotage de la qualité tenues                       |                                |         |
| 2. Nombre de réunions du CTE tenues  |                                |         |
| 3. Nombre de réunions de la CME tenues   |                                |         |
| 4. Proportion de services qui appliquent les 5S et le CLIN dans la gestion des déchets |                                |         |
| 5. Taux de promptitude du rapport d'activités trimestriel                              |                                |         |
| 6. Taux d'exhaustivité des rapports d'activités des services de l'EPS                  |                                |         |
| 7. Taux de promptitude des rapports de suivi budgétaire                                |                                |         |
| <b>B. Indicateurs de lutte contre la maladie</b>                                       |                                |         |
| 1. Proportion de résultats de laboratoire validés                                      |                                |         |
| 2. Proportion de résultats de laboratoire soumis au respect de la confidentialité      |                                |         |
| 3. Proportion de résultats de laboratoire disponible dans les délais                   |                                |         |

| Demande de paiement<br>FICHE DE TRAVAIL A  | Cible<br>trimestrielle<br>atteinte ? | Montant |
|--|--------------------------------------|---------|
| Mesures de performance de l'EPS  | (oui, non, NA)                       |         |
|  | A                                    | B       |
| 4. Proportion de cas d'urgence chirurgicale PEC dans les délais                                    |                                      |         |
| 5. Proportion des cas référés correctement pris en charge  |                                      |         |
| 6. Proportion de femmes enceintes séropositives suivies selon les normes et protocoles de PEC/VIH  |                                      |         |
| <b>C. Indicateurs de santé maternelle, néo-natale et infantile</b>                                 |                                      |         |
| 1. Nombre de réactifs du bilan standard prénatal n'ayant pas connu une rupture durant le trimestre |                                      |         |
| 2. Proportion de cas d'urgences obstétricales PEC dans les délais                                  |                                      |         |
| 3. Proportion de nouveaux nés en détresse correctement pris en charge                              |                                      |         |
| 4. Proportion de décès maternels pour lesquels des audits sont réalisés                            |                                      |         |
| <b>Montant total</b>   |                                      |         |

## D. Modèle rapport de dépenses

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple- Un But- Une Foi



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE

PROGRAMME NATIONAL DE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

(PNFBR)

Dépenses effectuées au cours du trimestre couvrant la période du ..... au .....

| Informations Générales |          |             |                       |
|------------------------|----------|-------------|-----------------------|
| Période de :           |          | À :         | Date de transmission: |
| District Sanitaire:    |          | Région:     | Bénéficiaire          |
| Téléphone :            | Fax :    |             | Boite Postale :       |
| Nom du Responsable :   |          | Téléphone : |                       |
| B.P :                  | E-mail : |             |                       |

|   |  |             |
|---|--|-------------|
| Solde au début du trimestre               |  |             |
| Crédit FBR perçu au cours du trimestre    |  |             |
| Montant FBR dépensé au cours du trimestre |  | <b>100%</b> |
| <i>Primes au personnel</i>                |  | .....%      |
| <i>Dépenses de fonctionnement</i>         |  | .....%      |
| Solde en fin du trimestre                 |  |             |



| Caté<br>gorie | Nom de l'agent<br>de santé | Prénom de l'agent de santé | Salaire annuel<br>moyen de la catégorie<br>(A) | Salaire trimestriel<br>moyen<br>(B) | Plafond pour la prime<br>individuelle<br>(C) | Montant maximum<br>de la prime<br>(D=B*C) | Prime FBR allouée<br>au personnel<br>(E) |
|---------------|----------------------------|----------------------------|--|-------------------------------------|--|---|--|
|               |                            |                            |  |                                     |  |   |  |
|               |                            |                            |  |                                     |  |   |  |
|               |                            |                            |  |                                     |  |   |  |
|               |                            |                            |  |                                     |  |   |  |
|               |                            |                            |  |                                     |  |   |  |
|               |                            |                            |  |                                     |  |   |  |
|               |                            |                            |  |                                     |  |   |  |
|               |                            |                            |  |                                     |  |   |  |
|               |                            |                            |  |                                     |  |   |  |
|               |                            |                            |  |                                     |  |   |  |
| <b>TOTAL</b>  |                            |                            |  |                                     |  |   |  |

**À noter :**

|   |  |
|---|--|
| <p><b>(A)</b> Le salaire annuel moyen de la catégorie (se référer au contrat entre le CS/EPS1/PS et la CL)</p> <p><b>(B)</b> Le salaire trimestriel moyen = Le salaire annuel moyen/4 [(A)/4]</p> | <p><b>(C)</b> Le plafond des primes individuelles est le pourcentage indiqué dans l'Article 11 du contrat entre le CS/PS et la CL</p> <p><b>(D)</b> Le montant maximum des primes au personnel = B*C</p> <p><b>(E)</b> Le montant des primes FBR allouées au personnel</p> |
|---|--|



---

## *Annexe 8 : Evaluation*

---

### **Termes de référence pour l'équipe chargée de l'évaluation du projet**

#### ***Contexte et logique de l'évaluation***

---

Le projet pilote de Financement Basé sur les Résultats (FBR) au Sénégal a été conçu par le Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Prévention (MSAS) comme approche pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le présent projet consiste à expérimenter dans un nombre restreint de districts sanitaires un mécanisme de FBR. Kolda et Kaffrine sont les régions ciblées pour les deux premières années année. Des subventions sont accordées aux prestataires sur la base de leurs performances en plus d'un appui apporté au fonctionnement des structures sanitaires. Le but d'une telle approche est de créer une émulation de prestataires responsables et motivés qui mettent en œuvre efficacement le paquet de prestations de services du niveau opérationnel en rapport avec les OMD.

Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) a donc été lancé en 2011 et a commencé en 2012 à récompenser les établissements de santé en fonction de leur performance. L'extension du FBR dans quatre autres régions constitue une opportunité pour évaluer rigoureusement l'impact du FBR. En effet, le MSAS prévoit de combiner deux types différents de FBR : un FBR pour l'offre (comme déjà en pilote) et un FBR pour la demande (i.e. transferts monétaires pour les femmes). De plus, il est prévu un phasage de cette extension du FBR, ce qui permet une évaluation d'impact rigoureuse.

La présente note décrit les modalités de cette évaluation.

## 2. Questions de recherche

---

L'objectif de cette évaluation d'impact (EI) est d'estimer l'impact du programme FBR sur l'état de santé des populations, en comparaison avec deux alternatives :

- un financement traditionnel des structures de santé (i.e. *financement* par les intrants) et
- un financement de la demande (transferts monétaires conditionnels, versés aux femmes).

Cette évaluation sera parmi les premières évaluations du FBR à combiner les deux types de mesures incitatives.

Dans cette note, le financement de la demande est appelé FBR-demande, tandis que le FBR profitant aux structures de santé est appelé ici FBR-offre.

Plus précisément, les principales questions de recherche sont les suivantes :

- le FBR-offre augmente-t-il l'utilisation des services de soins maternels et infantiles ? (utilisation)
- le FBR-offre améliore-t-il la qualité de ces soins ? (qualité)
- le FBR-offre accroît-il l'accessibilité des soins maternels et infantiles, notamment pour les plus pauvres ? (équité)
- similairement, le FBR-demande augmente-t-il l'utilisation, la qualité et/ou l'équité ?
- est-ce que la combinaison du FBR-offre et du FBR-demande a un plus grand impact que l'un des deux pris séparément ?

L'évaluation d'impact s'efforcera aussi de répondre à d'autres questions :

- le FBR-offre est-il coût-efficace ?
- le FBR-offre a-t-il un impact sur la motivation des personnels et plus généralement sur leur comportement ?
- le FBR-offre a-t-il un impact sur la présence des personnels ?
- le FBR-offre permet-il d'attirer durablement des personnels de santé qualifiés dans des zones reculées ?
- le FBR-offre améliore-t-il la disponibilité des médicaments et/ou des équipements essentiels ?

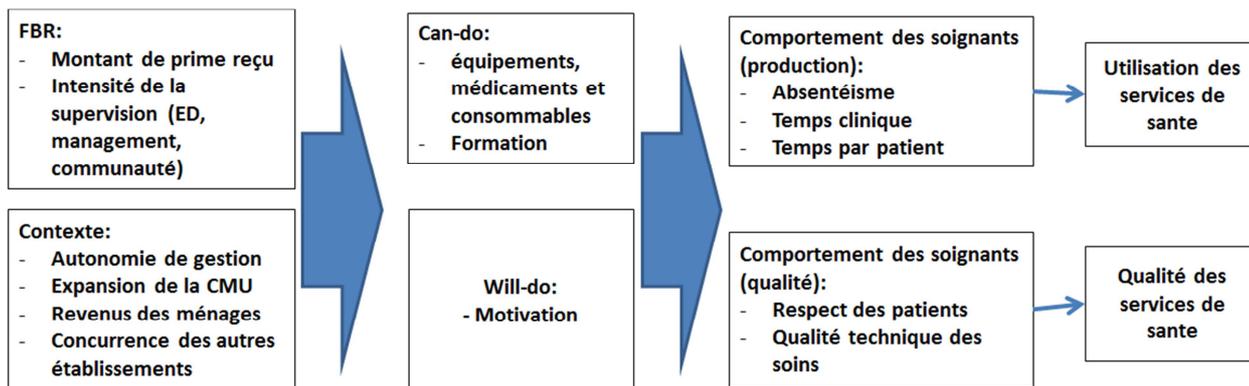
Pour le FBR-demande, les questions sont similaires. S'y ajoutent des questions sur l'impact du FBR-demande sur le comportement des ménages.

### 3. Théorie du changement

---

L'impact attendu du FBR-offre s'appuie sur un certain nombre d'hypothèses, qui devront être confirmées (ou infirmées) par l'évaluation d'impact. Ces hypothèses constituent une sorte de « théorie du changement » du FBR-offre.

Cette théorie peut être décrite avec le graphique ci-dessous.



L'hypothèse sous-jacente est que le FBR (et ses différentes caractéristiques) va améliorer les capacités (« can-do ») et la motivation (« will-do ») des personnels, cette influence étant néanmoins dépendante du contexte.

A son tour, l'amélioration des capacités et de la motivation des personnels de santé va influencer leurs comportements et accroître l'utilisation des services de soins (par la population) et la qualité de ces services.

Le graphique ne présente que les principales relations attendues. Il est néanmoins clair que d'autres relations devront être analysées. Par exemple :

- le contexte (notamment l'expansion de la CMU ou le niveau de richesse des ménages) aura un impact direct sur l'utilisation des services de santé ;
- l'amélioration des conditions (**environnement**) de travail au sens large (le « can-do ») va accroître la motivation (« will-do ») des personnels
- de même, cette amélioration du « can-do » (notamment une meilleure disponibilité des médicaments) peut directement accroître l'utilisation des services de soins par les ménages, indépendamment de l'effet du « can-do » sur le comportement des personnels de santé.

## 4. Design de l'évaluation et stratégie d'identification

Pour pouvoir répondre rigoureusement aux questions présentées précédemment, une évaluation d'impact doit avoir quatre caractéristiques (qui sont d'ailleurs les mêmes que pour un essai clinique) :

- Prospective : L'évaluation se prépare en même temps que l'élaboration du programme d'intervention. Une enquête de base (*baseline*) est réalisée avant la mise en œuvre du programme pour les groupes « traitement » et « contrôle ».
- Contrôlée : Afin de mesurer l'impact du programme, l'évaluation a un groupe « contrôle » qui est statistiquement similaire au groupe qui fera partie de l'intervention (groupe « traitement »).
- Randomisée : L'intervention est allouée aléatoirement entre les groupes « traitement » et « contrôle »
- Avec une puissance statistique adéquate, l'évaluation a un nombre suffisant d'observations dans les groupes « traitement » et « contrôle » afin que les résultats de l'étude puissent être statistiquement valables.

1. L'évaluation d'impact (EI) proposée sera bien entendu **prospective**, avec :

- une enquête de base (*baseline*) qui sera réalisée avant la mise en œuvre du FBR-offre dans les 4 régions, à savoir au premier trimestre 2014 ;
- une enquête de suivi, qui sera réalisée deux ans après la mise en œuvre du FBR, soit vers le premier trimestre 2016.

2. L'EI sera aussi **contrôlée**.

Comme on le voit dans le tableau ci-dessous, les estimations des impacts du programme sont obtenues en faisant la différence des résultats entre les traitements et les contrôles. Si les groupes assignés au traitement et au contrôle sont homogènes au départ, les différences d'évolution des indicateurs clés peuvent être attribuées aux interventions, plutôt qu'à des différences préexistantes entre les deux groupes. L'homogénéité des caractéristiques de ces groupes sera évaluée avec les variables suivantes: i) la disponibilité services de santé aux mères et aux enfants; ii) l'utilisation des services de santé maternelle (tels que l'utilisation des soins prénataux, les naissances en établissement), et iii) les caractéristiques du logement des ménages (matériau de sol, matériau du mur, toit).

|               | FBR-offre ?   |                                       |  |  |
|---------------|---|---------------------------------------|--|--|
|               | Oui   |                                       | Non                                      |  |
|               | FBR-offre (T1+T2) :<br>9 districts                  |                                       | Pas de FBR-offre (T3+C) :<br>8 districts |  |
| FBR-demande ? | T1 : FBR-offre + FBR-demande :<br>60 établissements | T2 : FBR-offre :<br>60 établissements | T3 : FBR-demande<br>60 établissements    | C (« contrôle ») :<br>néant<br>57 établissements |

Le design retenu est volontairement simple, avec trois groupes de traitement T1, T2 et T3 et un groupe de contrôle.

Comme illustré sur le tableau ci-dessus, les deux interventions à évaluer (FBR-offre et FBR-demande) seront allouées aux 4 groupes de deux façons différentes :

- l'intervention « FBR-offre » sera allouée par district ;
- l'intervention « FBR-demande » sera allouée par établissement de santé.

La raison derrière cette différence est simplement une question de puissance statistique. Avec seulement 17 districts (soit 17 grappes), la perte de puissance statistique est très importante avec 4 groupes (i.e. 3 traitements et 1 contrôle), puisque chacun des groupes aura en moyenne  $17/4$  grappes, soit environ 4 grappes par groupe, ce qui est très faible sur le plan statistique.

Il est donc proposé que seul le FBR-offre soit alloué par district. Dans ce cas, pour le FBR-offre, il n'y a plus que 2 groupes (d'une part T1+T2, et d'autre part T3+C), ce qui aboutit à environ 8 grappes par groupe, ce qui est plus satisfaisant statistiquement. L'intervention FBR-demande sera elle allouée au niveau des établissements, ce qui – avec 237 établissements – supprime tout problème de puissance statistique.

Le design proposé permet d'évaluer l'impact du FBR-offre, celui du FBR-demande et l'impact de leur combinaison.

Il est en effet important que l'EI évalue uniquement l'impact de la performance (i.e. FBR) et non celui d'un financement additionnel. Par exemple, la seule différence entre C et T2 devrait être que T2 reçoit son financement additionnel par le FBR. Si T2 reçoit plus de financement que C et que T2 obtient de meilleures performances, alors il sera difficile de conclure si la meilleure performance est liée au FBR ou au financement plus important reçu par T2.

L'« univers » de cet EI sera restreint aux 4 régions d'extension du FBR. Cela signifie que les districts à répartir entre les 4 groupes de l'EI (T1, T2, T3 et C) seront uniquement les districts de ces régions.

3. Pour l'intervention principale (FBR-offre), les districts seront alloués **aléatoirement** entre les groupes de l'EI. Pour le FBR-demande, la randomisation sera au niveau des établissements (cf. ci-dessus).

L'assignation aléatoire garantit que les groupes de contrôle et de traitement ont, en moyenne, des caractéristiques non observables identiques.

La première cohorte bénéficiera de l'intervention de FBR à partir de Juillet 2014, tandis que la deuxième cohorte sera incluse seulement en Juillet 2016.

Il est en effet proposé que la séquence d'allocation des districts et des établissements entre les 4 groupes suive le phasage suivant.

| 2014            |  |                               | 2015                    |              | 2016       |                         | 2017       |              |
|-----------------|--|-------------------------------|-------------------------|--------------|------------|-------------------------|------------|--------------|
| Jan - Juin      |  | Juil. - Déc.                  | Jan - Juin              | Juil. - Déc. | Jan - Juin | Juil. - Déc.            | Jan - Juin | Juil. - Déc. |
| Enquête de base | Activités de préparation de l'extension du FBR | Groupe T1 (60 établissements) | FBR-offre + FBR-demande |              |            |                         |            |              |
|                 |  | Groupe T2 (60 établissements) | FBR-offre               |              |            | FBR-offre + FBR-demande |            |              |
|                 |  | Groupe T3 (60 établissements) | FBR-demande             |              |            | FBR-offre + FBR-demande |            |              |
|                 |  | Groupe C (60 établissements)  | N/A                     |              |            | FBR-offre + FBR-demande |            |              |

On peut remarquer qu'avec ce phasage, la totalité des districts des 4 régions seront intégrés dans le groupe T1.

Ce phasage est un compromis qui permet de satisfaire à la fois :

- le souhait légitime du Gouvernement d'étendre au plus vite le FBR-offre à l'ensemble des districts des 4 régions ;
- la nécessité d'avoir un groupe contrôle pour s'assurer de la rigueur scientifique de l'évaluation d'impact.

Bien entendu, du fait que tous les districts deviendront « traitement » (i.e. T1) à la mi-2016, il est impératif que l'enquête de suivi ait lieu avant cette date, c'est-à-dire au premier semestre 2016.

Au total, le design proposé est celui d'une étude expérimentale randomisée.

Tant que le déploiement d'interventions non-FBR (comme par exemple l'extension du Fonds d'Équité Sanitaire) est orthogonal au déploiement de l'intervention de FBR, ces interventions non-FBR ne devraient pas biaiser nos estimations de l'impact du programme.

Cette étude sera complétée par des analyses qualitatives, de moindre ampleur et qui sont présentées en annexe 2.

## 5. Instruments de collecte des données

---

Les deux principaux instruments de cette IE seront :

- une enquête auprès des ménages ;
- une enquête auprès des établissements de sante.

Le contenu de ces deux enquêtes est détaillé ci-dessous.

### 5.1. Enquête ménages

---

Les ménages seront identifiés par un échantillonnage en deux étapes :

1. Pour chacun des établissements sanitaires, une aire d'attraction sera définie. Au sein de chacun de ces aires d'attraction, 2 zones de dénombrement (ZD) seront sélectionnées aléatoirement.
2. Au sein de chacune de ces ZD, 5 ménages seront sélectionnées aléatoirement.

Pour les besoins de l'analyse de puissance statistique (voir annexe 1 pour les détails), on aura donc les caractéristiques suivantes :

- nombre de grappes de niveau 1 (aires d'attraction des établissements) 237 établissements
- nombre de grappes de niveau 2 (ZD)  $237 * 2 = 474$
- nombre total d'observations  $237 * 2 * 5 = 2,370$
- *design effect* attendu 2

Le questionnaire sera administré aux femmes ayant accouché d'un enfant dans les 24 derniers mois.

Les principaux thèmes du questionnaire seront :

- Pratiques de recours aux soins ;
- Obstacles rencontrés dans ce recours aux soins ;
- Qualité perçue des soins;
- Mortalité maternelle et infantile ;

NB : Le questionnaire final devrait être une combinaison du questionnaire de l'enquête continue et du questionnaire HRITF.

### 5.2. Enquête établissements

---

Cette enquête sera réalisée auprès de tous les établissements des 4 régions, soit 237 établissements.

**L'enquête comprendra plusieurs modules :**

- **module 1 - établissements**
- **module 2 - personnels de santé**
- **module 3 – interaction avec les patients**
- **module 4 – patients sortant**
- **module 5 - absentéisme**

### *Module 1 – établissements*

---

Ce module vise à collecter les informations suivantes :

- moyens disponibles, sur le plan humain (effectifs) et techniques (bâtiments, équipements, consommables...);
- ressources financières et dépenses ;
- modalités de gouvernance et de gestion (en particulier, (i) le niveau d'implication de la communauté et des collectivités locale, (ii) le niveau d'autonomie dans la gestion de l'établissement et (iii) le niveau de transparence et de participation de la gestion par rapport au personnel) ;
- caractéristiques de l'aire d'attraction :
  - o densité de routes ;
  - o densité d'établissements (concurrents ou non)
  - o revenus et activités des ménages ;
  - o niveau de couverture par des mutuelles

NB : Idéalement, le questionnaire du module devra être une combinaison (i) du questionnaire correspondant de l'enquête continue, (ii) du questionnaire HRITF et (iii) de l'enquête SARA.

### *Module 2 – personnels de santé*

---

Pour chaque établissement, un échantillon de 3 personnels sera sélectionné aléatoirement. Pour les établissements ayant moins de 4 personnels, tous les personnels seront enquêtés.

Les thèmes abordés dans le questionnaire seront les suivants :

- formation et expérience ;
- revenus reçus ;
- motivation et satisfaction ;

### *Module 3 – interaction avec les patients*

---

Ce module inclura deux types d'enquêtes.

Les deux enquêtes concerneront les mêmes services de base (proposés en consultation). Il pourra s'agir de la consultation prénatale ou d'autres services. Dans tous les cas, ces services doivent être très fréquents.

Une autre possibilité est de sélectionner le diagnostic de symptômes fréquents (fièvres, toux et diarrhée).

## 1. Vignettes

Deux enquêteurs se présenteront à un clinicien. L'un des enquêteurs jouera le rôle du malade, tandis que le second sera l'observateur. L'enquêteur ayant le rôle du malade simulera des symptômes. Le clinicien devra indiquer les différentes questions ou actions qu'il ou elle souhaiterait faire pour poser son diagnostic.

NB : Il ne s'agit pas d'une enquête sous forme de « mystery shopper ». Le clinicien sera ici informé que le patient n'est pas un vrai patient. **L'objectif ici est simplement de vérifier les connaissances du clinicien.**

## 2. Observations Cliniques Directes (OCD)

Cette fois, il s'agit d'observer une consultation réelle avec un vrai patient. Seul un enquêteur sera présent pour observer les questions posées et les actions réalisées par le clinicien.

En pratique, un enquêteur sera présent toute la journée dans le bureau d'un clinicien et observera l'ensemble des consultations réalisées.

Environ 200 cliniciens devront avoir été observés (vignettes et OCD).

Par ailleurs, pour les cliniciens ayant une **activité privée** (l'après-midi), les OCD devront être continuées pendant cette activité privée (avec l'accord – bien entendu – du clinicien).

### *Module 4 – patients sortants*

---

Pour les patients vus en OCD, un sur deux devra être contacté à sa sortie de l'établissement.

Les questions posées porteront notamment sur :

- les questions posées et actions réalisées par le clinicien pendant la consultation ;
- les montants payés ;
- la prescription reçue éventuellement ;
- la qualité des soins.

### *Module 5 – absentéisme*

---

Pour mesurer l'absentéisme des personnels, une « enquête surprise » sera réalisée. Elle devra être réalisée plusieurs jours ou semaines après l'enquête portant sur les précédents modules, et ce afin que les enquêteurs aient déjà une liste à jour des effectifs de l'établissement à enquêter.

## Récapitulatif des tailles d'échantillons requis

| Instruments |                              | Nombre d'observations attendues                         |
|-------------|------------------------------|---|
| s<br>s      | Questionnaire Ménages        | 2,370 ménages   |
|             | Questionnaire Établissement  | 237 établissements                                      |
| s<br>s      | Module 1                     | 237 établissements                                      |
|             | Module 2 (personnels)        | 800 personnels  |
|             | Module 3 (vignettes et DCO)  | 200 cliniciens, soit 200 vignettes et environ 3,000 DCO |
|             | Module 4 (patients sortants) | 1,500 patients  |
|             | Module 5 (absentéisme)       | 237 établissements                                      |

NB : les enquêtes qualitatives ne sont pas prises en compte.

## 6. Approbations

---

Le protocole de l'enquête devra faire l'objet d'une approbation par le comité d'éthique.

## 7. Séquence

---

Comme indiqué précédemment, l'enquête de base devra être réalisée avant le démarrage du FBR dans les 4 régions. Elle devra donc avoir lieu au plus tard avant la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2014.

La séquence proposée est la suivante :

|              | 2013                                       |   | 2014                                |                              |   |    | 2015 |    |    |    | 2016                                     |                            |                           |                         | 2017 |    |    |    |
|--------------|--|---|-------------------------------------|------------------------------|---|----|------|----|----|----|--|----------------------------|---------------------------|-------------------------|------|----|----|----|
|              | Q3   | Q4  | Q1                                  | Q2                           | Q3  | Q4 | Q1   | Q2 | Q3 | Q4 | Q1                                       | Q2                         | Q3                        | Q4                      | Q1   | Q2 | Q3 | Q4 |
| Intervention |  |   |                                     |                              | Démarrage des interventions FBR (dans les districts traitement) |    |      |    |    |    | Extension du FBR a tous les districts    |                            |                           |                         |      |    |    |    |
| Evaluation   | Validation de la note conceptuelle de l'IE | Sélection de la firme réalisant la baseline | Collecte des données de la baseline | Analyse des données baseline |   |    |      |    |    |    | Sélection de la firme réalisant le suivi | Collecte des données suivi | Analyse des données suivi | Rapport de l'évaluation |      |    |    |    |

## Annexe 9 : Documentation de la mise en œuvre du projet pilote FBR

### Introduction

La documentation est un processus qui consiste à développer une description concise et significative de la mise en œuvre d'un projet au fil du temps et des éléments pouvant affecter l'atteinte des objectifs de ce projet. La documentation vient s'ajouter aux activités de gestion de routine, ainsi qu'au suivi et à l'évaluation des activités du projet. Plutôt que de remplacer ou de dupliquer le suivi de routine des activités du projet, la documentation utilise des données secondaires disponibles portant sur le processus et le contexte, telles que des rapports et des études de routine, afin de mieux comprendre la mise en œuvre du FBR. La documentation consiste également en des données primaires, récoltées en utilisant des méthodes qualitatives (p.ex. interviews ou groupes de discussion). Celles-ci permettent de mieux comprendre les changements dans la gestion locale.

Dans le cadre du projet pilote Financement Basé sur les Résultats (FBR), la documentation porte sur l'ensemble des ressources, processus et produits pouvant influencer les résultats (p.ex. la couverture, les changements de comportement) ou l'impact du projet (p.ex. l'état de santé de la population). Elle porte également sur le contexte du projet, c.à.d. les éléments exogènes à la mise en œuvre pouvant affecter les résultats ou l'impact du projet pilote. Les résultats et l'impact du projet sont mesurés par l'évaluation du projet FBR (Voir Figure 1 ci-dessous).

**Figure 1. Cadre de documentation et d'évaluation du projet pilote FBR au Sénégal**

|            | Documentation  |
|------------|--|
| Contexte   | Le contexte dans lequel le FBR est introduit ainsi que les changements dans ce contexte au cours de la mise en œuvre du FBR.                           |
| Ressources | Les ressources investies au travers du projet pilote FBR et au travers des mesures d'accompagnement visant le renforcement général du système de santé |
| Processus  | Toutes les activités et procédures, de la conception du projet à son évaluation, y compris le fonctionnement des organes de gestion.                   |
| Réponses   | Les changements de comportement ainsi que les changements dans les structures institutionnelles des acteurs FBR.                                       |
| Produits   | La prestation et l'utilisation des services, ainsi que les outputs intermédiaires du processus de la mise en œuvre du FBR.                             |
| Révisions  | Toutes les modifications dans la conception ou dans la mise en œuvre du projet, ainsi que leurs justifications   |
|            | Evaluation   |
| Résultats  | La couverture équitable des services de santé de qualité   |
| Impact     | L'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile ainsi le contrôle de la maladie au Sénégal   |

## Les objectifs de la documentation

---

Les objectifs principaux de la documentation sont les suivants :

- Guider la conception de l'évaluation du projet et aider à l'interprétation des résultats
  - Fournir les données nécessaires pour la sélection des districts témoins
  - Identifier et analyser les éléments exogènes à la mise en œuvre pouvant influencer les résultats attendus du FBR et, également, la performance générale du système de santé Sénégalais
- Etoffer les résultats de l'évaluation en fournissant une description détaillée des:
  - Facteurs contribuant aux succès et aux échecs de la mise en œuvre du projet
  - Défis rencontrés au cours de la mise en œuvre et des stratégies adoptées pour y faire face
  - Ressources, du processus, des réponses, des produits, et des révisions nécessaires pour la mise en œuvre du FBR au Sénégal
- Approfondir les connaissances sur les réponses des acteurs et des institutions aux motivations liées au FBR
  - Mieux comprendre les stratégies adoptées avec pour objectif l'atteinte des résultats
  - Evaluer les transformations institutionnelles et individuelles au cours de la mise en œuvre du FBR
- Contribuer au renforcement de la capacité du cadre institutionnel FBR pour le suivi et la gestion de données en vue de l'extension du projet pilote FBR à l'échelle nationale

La documentation suit la mise en œuvre du projet pilote FBR et du contexte aux niveaux suivants: le niveau national, le niveau régional, le niveau du district, et, si possible, de la mise en œuvre au niveau d'un échantillon de formations sanitaires (pilotes et témoins).

## Méthodologie

---

La documentation de la mise en œuvre du FBR se déroule autour des activités des acteurs suivants:

- Au niveau central : le Comité de Pilotage, le Programme, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, le Ministère de l'Economie et des Finances, les Partenaires Techniques et Financiers, les membres de la société civile.
- Au niveau régional et du district : les Comités Régionaux de Gestion, les membres des Missions Conjointes de Vérification, les Equipes Cadres du District
- Au niveau local : les formations sanitaires, les collectivités locales, les Comités de Santé, les utilisateurs des services de santé et les organisations communautaires de base chargées des enquêtes auprès des ménages dans le cadre de la vérification

Pour chaque niveau, la documentation consiste en la récolte de données secondaires (documents et rapports du projet et données routinières du Système d'Information Sanitaire) portant sur les catégories présentées dans la Figure 1. Afin d'obtenir une appréciation plus raffinée de la mise en œuvre du projet pilote, des données primaires qualitatives seront également collectées.

## Contexte

---

Les éléments d'intérêt incluent :

- L'environnement (les données géographiques et épidémiologiques)
- Les crises (politiques, humanitaires, économiques)
- Le profil sanitaire de la population (mortalité et morbidité)
- Le système de santé (p.ex. l'accessibilité aux services, la qualité, les ressources disponibles, la disponibilité de médicaments)
- Les changements dans la politique de santé

## *Ressources*

---

La documentation des ressources liées au projet pilote FBR inclut notamment les ressources financières et humaines à la disposition des organes de gestion du projet FBR (p.ex. le Comité de Pilotage (CP), le Programme, les Comités Régionaux de Gestion (CRG)) ; les structures d'appui à la mise en œuvre du projet FBR (p.ex. les Missions de Vérification, les équipes chargées de l'évaluation, de la documentation, ou des revues périodiques). Au niveau national, l'analyse des ressources tient également compte des actions de politique et des décisions stratégiques prises afin d'intégrer le FBR dans le système de santé sénégalais. Au niveau local, la documentation tient compte des ressources du projet pilote investies dans la phase de préparation du projet (p.ex. la formation des bénéficiaires) ainsi que des ressources investies dans la mise en œuvre du projet (p.ex. des primes individuelles et des ressources accordées pour le fonctionnement des formations sanitaires et des Equipes Cadres du District).

Il s'agit à titre d'exemples :

- de la conception et de la définition des organes de gestion du projet FBR, y compris leurs rôles et responsabilités : p.ex. le Comité de Pilotage (CP), le Programme, les Comités Régionaux de Gestion
- des bénéficiaires du projet pilote (les formations sanitaires et les Equipes Cadres du District) identifiés et qui remplissent leur rôle dans le cadre du FBR comme prévu
- du budget calculé et alloué à la gestion et à la mise en œuvre du projet pilote FBR (montant et source des fonds), par niveau et activité
- des comptes bancaires qui doivent être ouverts au niveau local
- des ressources humaines disponibles à tous les niveaux comme prévu
- des équipes de vérification (Missions de Vérification et les organisations communautaires de base chargées de la vérification) identifiées et fonctionnant comme prévu
- des bases de données développées et prêtes à l'utilisation
- des mesures d'accompagnement pouvant par exemple inclure le renforcement des capacités de gestion du district (p.ex. le renforcement du système d'information des formations sanitaires, l'affectation d'un deuxième médecin et d'agents administratifs).

## *Processus*

---

La documentation de la conception du projet s'effectue sur la base des documents de projet et d'entretiens menés avec des informateurs clés sur les questions suivantes :

- Pourquoi le MSAS a-t-il pris la décision de lancer un projet pilote FBR?
- Quelles étaient les caractéristiques principales de la conception du projet ?
  - La durée du processus, les acteurs impliqués et leurs responsabilités
  - Le mode de prise de décisions
  - Les défis potentiels identifiés au cours des discussions et les stratégies proposées pour y répondre
  - Les autres modèles FBR considérés et la logique qui a mené aux décisions finales
  - Les critères utilisés dans le choix des zones ciblées du projet pilote, des types de bénéficiaires, des mesures de performance, des procédures de contractualisation, du plafond pour les primes individuelles, des procédures de paiement, des règles d'utilisation, etc.
  - Les options considérées pour le système de transmission de l'information, et le système de suivi et de vérification de la performance des bénéficiaires
  - Les leçons principales tirées du processus

Au cours de la mise en œuvre du projet, la documentation du processus examine dans quelle mesure les ressources allouées au projet sont utilisées dans les délais prévus. La documentation du processus décrit par exemple :

- Le renforcement de la capacité
- La formation et la sensibilisation des agents de santé
- La mobilisation, la sensibilisation et l'engagement de la communauté
- Les procédures de supervision
- Le suivi et l'évaluation du projet à tous les niveaux
- Les réunions de coordination et d'harmonisation (surtout au niveau central, avec les PTFs)
- Les régulations et procédures adoptées afin d'appuyer la mise en œuvre du FBR
- Le fonctionnement des comités qui font partie du cadre institutionnel du FBR (p.ex. le CP, le CTGP, et Le Programme tiennent des réunions périodiques, font des comptes rendus, formulent des recommandations et mettent en œuvre leurs décisions)
- Le fonctionnement des structures locales de gestion (p.ex. les ECD organisent des réunions afin de passer en revue la performance des formations sanitaires du district, d'identifier des obstacles à la mise en œuvre et des stratégies pour surmonter ces obstacles)
- La transmission et l'utilisation de l'information liée à la performance
- La vérification de la quantité et de la qualité des services délivrés
- La transmission des demandes de paiement et l'utilisation des montants perçus liés à la performance
- L'appui aux bénéficiaires du projet FBR
- La disponibilité de médicaments, de vaccins et de biens consommables

### *Réponses*

---

La documentation des réponses au FBR décrira les éléments suivants :

- Les effets de l'introduction du FBR sur :
  - o Le style de gestion et le comportement organisationnel
  - o L'autonomie, l'autorité, et la flexibilité dans la mise en œuvre au niveau local
  - o La gestion de l'information
  - o La gestion des ressources financières et humaines
  - o Les autres activités administratives
- Les conséquences volontaires et involontaires de l'introduction du FBR
  - o Les réactions des bénéficiaires (p.ex. ont-ils tenté de contourner le nouveau système ? Si oui, quelles mesures ont été prises ?)
  - o Les changements dans l'offre et la demande de services rémunérés et non-rémunérés
  - o Les groupes de population ayant le plus / le moins bénéficié de l'introduction du FBR ?
  - o La mesure dans laquelle le FBR aurait supplanté d'autres ressources financières dans les zones pilotes?
- Dans quelle mesure le projet FBR a-t-il influencé les éléments suivants ?
  - o La motivation du personnel de santé dans la prestation des services
  - o La fréquentation des services de santé par la population des districts ciblés
  - o L'absentéisme
  - o Le double emploi

### *Produits*

---

Outre les changements dans la prestation de services de santé (captés par l'évaluation), le projet pilote fournit une série de produits intermédiaires qui sont documentés, tels que :

- La signature de contrats pour les fonctions d'appui au projet pilote FBR : les contrats de performance, les contrats pour la vérification et pour l'évaluation
- La transmission des rapports mensuels et trimestriels préparés par les bénéficiaires
- Les transferts de fonds sur les comptes bancaires des bénéficiaires

- L'utilisation des montants au sein des formations sanitaires et des ECDs
- L'exécution des services contractualisés (p.ex. l'évaluation, la documentation, la vérification au niveau communautaire)
- L'intégration du FBR dans la politique nationale de santé et dans le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018
- La formulation de recommandations par le Programme au CP quant au passage à l'échelle du FBR

### *Révisions*

---

Les révisions concernent tous les changements dans la conception et la mise en œuvre du FBR. La documentation décrit toutes les décisions prises par les comités qui font partie du cadre institutionnel, aux niveaux national et régional, portant sur une modification de la mise en œuvre du projet FBR au cours du projet pilote et, ensuite, durant la phase d'extension du projet. La documentation décrit également les innovations provenant du niveau local (c.à.d. les formations sanitaires, les Equipes Cadre du District). Outre la description des effets des révisions sur le cadre institutionnel et sur les bénéficiaires, la documentation recueille également des détails sur les raisons qui sont à la base de ces révisions.

## Procédures

---

### *Sources d'information*

---

L'équipe de documentation examine les sources d'informations secondaires suivantes:

- les comptes rendus des réunions,
- les rapports,
- les présentations,
- les données budgétaires,
- la base de données du SIS,
- les manuels de procédures,
- les outils de supervision et de formation,
- les études spéciales etc.

Des entretiens avec des informateurs clés et des groupes de discussions servent à fournir des informations sur les sujets qui ne sont pas couverts par les sources d'informations secondaires (p.ex. des changements dans le processus de mise en œuvre, les changements dans le comportement des agents de santé). Les entretiens individuels et de groupes seront enregistrés, transcrits, et analysés.

### *Outils de documentation*

---

Les outils suivants serviront comme guide de la standardisation de la collecte d'information au cours des activités de la documentation.

- Outils de gestion des données au niveau national/régional
- Outils de gestion des données au niveau du district
- Guides d'entretien des informateurs clés
- Guides pour les groupes de discussions

### *Gestion de la base de données*

---

La base de données de la documentation est logée au niveau national. L'équipe de documentation est responsable de la conception et de la gestion de cette base de données, sous la supervision du Programme.

## *Contrôle de la qualité des données*

Un ou plusieurs audits de la qualité des données pourront être organisés à la demande du Programme.

## *Considérations éthiques*

Une requête est adressée au Comité d’Ethique du MSAS pour l’autorisation de l’utilisation des différents outils d’enquêtes dans le cadre du projet pilote FBR. En outre, des règles et procédures claires sont élaborées portant sur l’accès à l’information, la confidentialité, l’utilisation des données ainsi que leur intégrité.

## *Rôles et responsabilités*

1. La documentation (la collecte des documents disponibles et des données qualitatives, la conception, gestion, et maintenance de la base de données, et l’analyse et la préparation des rapports) est effectuée par une organisation externe. La sélection de cette organisation est coordonnée par le Programme. Le Programme assure la supervision de la mise en œuvre de cette activité.
2. Le personnel du MSAS à tous les niveaux est impliqué au maximum dans cette activité, et ce afin de renforcer la capacité d’utilisation de l’information dans le suivi de la mise en œuvre du projet et afin de faciliter l’institutionnalisation des fonctions de suivi et de révision.

**Tableau 2 : Fonctions de documentation**

| <b>Activité</b>   | <b>Description/Fréquence</b>   | <b>Responsables</b>  |
|---|--|--|
| <b>Planification/conception des outils standards de documentation</b> | Le plan d’action et les outils de la documentation sont développés au niveau central dès la signature du contrat avec l’organisation externe.  | l’organisation externe, sélectionnée par le Programme              |
| <b>Collecte de données</b>  | Les données seront collectées aux différents niveaux tout au long du projet pilote.<br><br>La liste détaillée des documents/données à collecter ainsi que la méthodologie sont disponibles   | l’organisation externe   |
| <b>Conception et gestion de la base de données</b>                    | La base de données est mise en place au niveau central, mais, si la capacité le permet, elle peut être également alimentée au niveau régional. Dans la mesure du possible, cette base de données est connectée à la base de données FBR.   | l’organisation externe en collaboration étroite avec le Programme. |
| <b>Analyse de données</b>   | La base de données est analysée. Un sommaire des résultats de la documentation est produit pour chaque revue périodique. Les données qualitatives sont analysées séparément. L’analyse doit également donner des éléments de réponses supplémentaires pour la question du passage à l’échelle. | l’organisation externe en collaboration étroite avec le Programme. |
| <b>L’élaboration et la diffusion des rapports</b>                     | Des rapports sont élaborés tous les six mois de façon à alimenter les revues périodiques et le site internet FBR, et présentés aux différents acteurs FBR de chaque niveau au moins une fois par an.   |  |

## Contribution au renforcement de la capacité

---

Il est important de reconnaître que le processus de documentation lui-même peut influencer la mise en œuvre du projet pilote, surtout par le renforcement de la capacité des acteurs FBR en ce qui concerne leur compréhension du FBR et leur performance dans le cadre du FBR, la coordination, et l'utilisation des données dans la prise de décisions. Pour mieux comprendre le processus de documentation, son effet sur la performance et les éléments de la documentation pouvant être progressivement intégrés dans la gestion routinière, l'équipe chargée de la documentation suit les éléments suivants :

- les ressources nécessaires pour effectuer la documentation, y compris les ressources financières et humaines
- les bonnes pratiques de la communication entre les trois niveaux du projet FBR
- les points forts et les points faibles de la gestion des données de la documentation (pendant toute la durée du cycle– collecte, saisie, analyse, élaboration et diffusion de rapports)
- les besoins de renforcement de la capacité, à tous les niveaux
- les stratégies d'expansion de la documentation – au même rythme que l'expansion du FBR.

## Références

---

Gilroy, K. et al (n.d.) Guidelines for documenting program implementation and contextual factors in independent evaluations of the Catalytic Initiative. Working Paper v.1.1. Institute for International Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Naimoli, J. (2010) Learning from Implementation: Documentation of the implementation of RBF pilots and relevant contextual factors with special attention to supply-based, Performance-Based Financing Programs. World Bank – Health Results-Based Financing Innovation Grant.

Naimoli, J., Brenzel, L., and Sturdy, J. (2009) Thinking Strategically About Monitoring Health Results-Based Financing (RBF) Schemes: Core Questions and Other Practical Considerations. World Bank – Health, Nutrition, and Population Unit