



Manuel Opérationnel



Financement Basé sur les Résultats en Haïti

DOCUMENT OFFICIEL

Version Révisée, septembre 2016



Manuel Opérationnel

Financement Basé sur les Résultats en Haïti

DOCUMENT OFFICIEL

Version Révisée, septembre 2016

Ce document a été produit par l'Unité de Contractualisation du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) avec le support technique et financier de la Banque Mondiale et du projet Leadership, Management and Governance (LMG) de l'USAID.

PREFACE

Depuis le mois d'Octobre 2011, le Ministère de la Santé Publique et de la Population de la République d'Haïti ne ménage aucun effort pour édicter des documents programmatiques¹ et textes réglementaires qui régissent le système de santé et en fixent les dispositions organisationnelles, structurelles et pratiques. Cela traduit l'importance qu'il donne aux questions fondamentales, notamment la couverture universelle en santé, le développement des ressources humaines et la réforme du financement de la santé, évitant ainsi l'anarchie et le non-respect des règles établies.

Dans sa poursuite de la reconstruction du système de santé haïtien, le Ministère de la Santé Publique et de la Population a élaboré le **Manuel Opérationnel du Financement Basé sur les Résultats (FBR)**, qui définit les responsabilités des parties prenantes et garantit un niveau d'ordre optimal dans la mise en œuvre de cette stratégie.

Le financement axé sur les résultats a pris naissance en Haïti entre les années 1996 et 1997 avant d'être baptisée par les écoles internationales. Elle est une nouvelle philosophie de financement des soins et services de santé caractérisée par une relation contractuelle. Avec la diffusion du Manuel Opérationnel du FBR, le MSPP a mis à la disposition de l'ensemble des acteurs du secteur de la santé un outil de première main pour l'achat des services de santé au travers de mécanismes fiables et incitants. La première version a permis d'harmoniser l'intervention des partenaires et guider la mise en œuvre de l'expérience pilote du FBR dans le Nord-est.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population s'assurera que ce manuel révisé, fruit des échanges constructifs avec ses partenaires et aussi des leçons apprises dans la mise en œuvre de l'expérience pilote, continue à être utilisé comme outil de référence dans la mise en œuvre du FBR à l'échelle nationale. Ce n'est qu'un pas de plus vers ce long chemin à parcourir, avec l'accompagnement de nos partenaires, pour le renforcement du système de santé haïtien et l'amélioration de l'état de santé de nos concitoyens.

Nous exprimons notre reconnaissance aux partenaires qui ont accompagné le MSPP dans la première phase de la mise en œuvre du FBR ainsi que ceux qui continuent à l'accompagner pour le passage à échelle nationale.


Dr Gabriel THIMOTHE
Directeur Général


¹ Politique National de Santé, Plan de Développement des Ressources Humaines, Plan Stratégique National de Développement Sanitaire, etc.

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABBREVIATIONS	<i>i</i>
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	<i>iii</i>
CHAPITRE I. INTRODUCTION	1
I.1. Contexte et justification	1
I.2. Présentation du manuel opérationnel du FBR	2
CHAPITRE II. BREVE DESCRIPTION DU SYSTEME DE SANTE D'HAITI	2
II.1. Organisation du système de santé	2
II.2. Situation épidémiologique	4
II. 3. Principaux défis du secteur de la santé en Haïti	5
II.4. Principales réformes dans le secteur de la santé	6
CHAPITRE III. LE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS EN HAITI	6
III.1. Définitions des concepts clés	6
<i>III.1.1. Financement basé sur les Résultats (FBR)</i>	<i>6</i>
<i>III.1.2. Paquet essentiel de services (PES)</i>	<i>7</i>
<i>III.1.3. La séparation des fonctions</i>	<i>8</i>
III.2. Principes directeurs du Financement Basé sur les Résultats en Haïti	10
III.3. Objectifs du Financement Basé sur les Résultats en Haïti	11
III.4. Défis de mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats en Haïti	12
CHAPITRE IV. ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS ET MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS EN HAITI	12
IV.1. Acteurs du niveau communautaire	13
IV.2. Acteurs au niveau périphérique	13
<i>IV.2.1. Les Centres de Santé</i>	<i>13</i>
<i>IV.2.2. Les Hôpitaux Communautaires de Référence (HCR)</i>	<i>13</i>
IV.3. Les acteurs du niveau déconcentré (niveau départemental)	14
<i>IV.3.1. La Direction Départementale Sanitaire (DDS)</i>	<i>14</i>
<i>IV.3.2. L'Unité d'Arrondissement Sanitaire</i>	<i>15</i>
<i>IV.3.3. Le Comité Départemental de Pilotage (CDP)</i>	<i>16</i>

<i>IV.3.4. L'Hôpital Départemental (HD)</i>	16
<i>IV.3.5. Le Centre Départemental d'Approvisionnement en Intrants (CDAI)</i>	17
<i>IV.3.6. L'agence externe de vérification (AEV)</i>	18
IV.4. Les acteurs du niveau central	19
<i>IV.4.1. Le Comité National de Pilotage (CNP)</i>	19
<i>IV.4.2. L'Unité de Contractualisation (UC)</i>	19
<i>IV.4.3. Le Groupe Technique du FBR (GT/FBR)</i>	21
<i>IV.4.4. Les Structures Fiduciaires</i>	22
<i>IV.4.5. La Direction Générale et les autres directions du niveau central du MSPP</i>	22
<i>IV.4.6. Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF)</i>	22
CHAPITRE V : PRINCIPAUX OUTILS DE BASE DE LA MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS	23
V.1. Le Plan d'Affaires (PA)	23
V.2. Les contrats et les Mémoires d'Entente	23
<i>V.2.1. Le contrat entre le Ministre de Santé et les membres de l'UC</i>	24
<i>V.2.2. Le mémorandum d'entente entre le Ministre et la DDS</i>	24
<i>V.2.3. Le mémorandum d'entente entre la DDS et l'UAS</i>	24
<i>V.2.4. Le mémorandum d'entente entre la DDS, le CDAI et les IS</i>	24
V.3. Les rapports d'activités et de résultats du prestataire, et outils de vérification et évaluation	25
<i>V.3.1. Le rapport mensuel du SISNU</i>	25
<i>V.3.2. Fiche de déclaration des données quantitatives</i>	25
<i>V.3.3. Listes d'Indicateurs subventionnés et Grilles d'évaluation</i>	25
<i>V.3.4. Le Procès-verbal de vérification des prestations quantitatives et qualitatives des IS</i>	25
<i>V.3.5. Le rapport de vérification</i>	26
<i>V.3.6. Le rapport de vérification communautaire</i>	26
V.4. La Facture trimestrielle	26
V. 5. L'outil de costing	27
V. 6. L'outil d'indice	27

V.7. Le portail du FBR (Base de Facturation)	27
V.8. Termes de référence des firmes d'Assistance Technique au niveau départemental	27
CHAPITRE VI : LE SYSTEME DE VERIFICATION	30
VI.1. De la vérification des prestations quantitatives	30
VI.2. Evaluation de la qualité au niveau des IS	32
VI.2.1. <i>Evaluation de la qualité des prestations</i>	32
VI.2.2. <i>Vérification Communautaire</i>	32
CHAPITRE VII. CIRCUIT, DELAIS DE PAIEMENT ET ALLOCATION DES FONDS DANS LE CADRE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS	35
VII. 1. Circuit et délais de paiement des factures FBR	35
VII.1.1. <i>Pour les Prestations des structures de soins</i>	35
VII.1.2. <i>Pour les prestations de la DDS / UAS/CDAI</i>	36
VII. 2. Allocation des fonds du FBR	36
CHAPITRE VIII. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU FBR	38
VIII.1. Constituants du système de suivi-évaluation FBR	38
VIII.1.1. <i>Les principaux outils</i>	38
VIII.1.2. <i>Acteurs du système de suivi-évaluation</i>	39
VIII.1.3. <i>Suivi et Evaluation, Evaluation d'Impact et Recherche action dans le cadre du FBR</i>	40
CHAPITRE IX. REGLEMENT DES LITIGES ET SANCTIONS	41
IX.1. Règlement des litiges et sanctions au niveau des structures de soins	41
IX.2. Règlement des litiges liés à la motivation du personnel	42
IX.3. Règlement des litiges et sanctions au niveau de la DDS	42
IX.4. Règlement des litiges entre l'AEV et les structures contractualisées	42
IX.5. Règlement des litiges au niveau des ASLO chargées de la vérification communautaire	43
CHAPITRE X. PROCEDURES DE MISE A JOUR DU MANUEL OPERATIONNEL ET DE SES ANNEXES	43
ANNEXES	45
Annexe 1. Mémoire d'entente DDS et MINISTRE	45
Annexe 2. Mémoire d'entente DDS et UAS et la Grille d'évaluation	51
Annexe 3. Mémoire d'entente DDS et CDAI	59

Annexe 4. Mémorandum d'entente DDS et IS	64
Annexe 5. Plan d'affaire annuel DDS	70
Annexe 6. Plan d'affaire annuel CDAI	74
Annexe 7. Plan d'affaire annuel IS	78
Annexe 8. Grille d'évaluation DDS	86
Annexe 9. Grille d'évaluation CDAI	92
Annexe 10. Grille de vérification qualité IS	Error! Bookmark not defined.
Annexe 11-A : Fiche de Déclaration des IS (CCS, CS)	114
Annexe 11-B : Fiche de Déclaration des IS (HCR)	116
Annexe 12-A. Fiche de vérification IS (CS, CCS)	117
Annexe 12-B. Fiche de vérification IS (HCR)	119
Annexe 13. Procès-verbal de vérification des prestations des IS	120
Annexe 14. Questionnaire vérification communautaire	122
Annexe 15. Canevas PV réunions CDP	124
Annexe 16. Lexique d'indicateurs FBR	127
Annexe 17. Grille de performance et cotation individuelle du personnel	133

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AEDES	Agence Européenne pour le Développement et la Santé
AEV	Agence Externe Indépendante de Vérification
ASCP	Agents de Santé Communautaires Polyvalents
ASLO	Association Locale
CCS	Centre Communautaire de Santé
CDAI	Centre Départemental d'Approvisionnement en Intrants
CDP	Comité Départemental de Pilotage
CNP	Comité National de Pilotage
CORDAID	Catholic Organization for Relief and Development Aid
CS	Centre de Santé
DAB	Direction de l'Administration et du Budget
DDS	Direction du Département Sanitaire
DG	Directeur Général
DOSS	Direction d'Organisation des Services de Santé
DS	Département Sanitaire
DSF	Direction Santé de la Famille
FBR	Financement Basé sur les Résultats
GT/FBR	Groupe Technique du Financement Basé sur les Résultats
HCR	Hôpital Communautaire de Référence
HD	Hôpital Départemental
IRA	Infections Respiratoires Aigües
IS	Institution Sanitaire
LMG	Leadership, Management and Governance
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances

MPCE	Ministère de la Planification et de la Coopération Extérieure
MSH	Management Sciences for Health
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
PA	Plan d’Affaire
PES	Paquet Essentiel des Services
PIB	Produit Intérieur Brut
PTF	Partenaires Technique et Financier
SIDA	Syndrome d’Immunodéficience Acquise
SIS	Système d’Information Sanitaire
SISNU	Système d’Information Sanitaire National Unique
SSPE	Structures de Santé de Premier Echelon
UADS	Unité d’Appui à la Décentralisation Sanitaire
UAS	Unité d’Arrondissement de Santé
UC	Unité de Contractualisation
UCS	Unité Communale de Santé
UEP	Unité d’Etude et de Programmation
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l’Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 – Séparation des fonctions entre acteurs du modèle FBR des IS en Haïti	10
Figure 2 – Montage institutionnel du FBR et relations entre les acteurs	13
Figure 3 – Tableau synthétique des délais de paiement	39

CHAPITRE I. INTRODUCTION

I.1. Contexte et justification

Le financement sur base de résultats (FBR) du système de santé s'inscrit dans le cadre de la Politique Nationale de Santé et des stratégies nationales dans le domaine du financement de la santé. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) de la République d'Haïti indique clairement son objectif de «rationaliser l'utilisation des ressources disponibles en réalisant l'alignement des bailleurs de fonds sur les priorités nationales dans le cadre d'un partenariat basé sur la performance et la reddition de compte avec le financement du secteur comme un des axes globaux à travers l'établissement d'un «système de Financement Basé sur la Performance».

Depuis plusieurs années des initiatives adoptant différentes formes de FBR ont été mises en place dans certains départements d'Haïti et ont montré quelques résultats prometteurs. De 1996 à 1998, le MSPP a expérimenté une forme d'approche contractuelle à travers la mise en œuvre des Unités Communales de Santé (UCS), dans le cadre du Projet de Soins de Santé Primaires, avec l'appui de la Banque Interaméricaine de Développement (BID). En 1999, Management Sciences for Health (MSH) a mis en œuvre un projet avec une composante FBR, sous financement de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID). L'impact de cette stratégie sur la prestations des services a été initialement évalué en 2001 et en 2009 (Eichler, Auxila et al 2001; Eichleret Levine 2009), et les résultats de cette évaluation ont montré que les structures sanitaires contractualisées présentent de meilleurs résultats que celles évoluant dans le reste du pays (selon l'EDS 2005), et ce, dans quatre domaines clés: l'augmentation substantielle des taux d'enfants complètement vaccinés, les soins prénataux chez les femmes enceintes, les accouchements assistés, ainsi que les soins postnataux (Eichler et al.2009). Fort de ce succès, l'USAID a renforcé son initiative FBR, et en 2005, elle a soutenu plusieurs ONG à travers le projet appelé Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti (SDSH) qui a été mis en œuvre par MSH.

Dans le but d'avoir une meilleure compréhension des concepts clés et une appropriation du processus de FBR au niveau national, le MSPP a conduit des ateliers tenus au cours des mois de Mai, Juillet et Novembre 2012, avec la participation de l'ensemble des partenaires du secteur de la santé, pour réfléchir sur un montage institutionnel.

S'inscrivant dans ce processus, certains partenaires techniques et financiers se sont proposés de soutenir les efforts du MSPP et d'accompagner les réformes du système de santé haïtien en mettant l'accent sur le processus de décentralisation et de contractualisation.

Ainsi, la Banque Mondiale et l'USAID ont-ils conjointement initié une série de réflexions qui devraient pouvoir aider le MSPP à mettre en place progressivement le FBR en Haïti dans la perspective d'une extension à l'échelle nationale en fonction de l'évolution et des résultats.

L'appui de la Banque Mondiale et de l'USAID à la mise en œuvre du FBR en Haïti est non seulement motivé par le choix du pays exprimé dans sa Politique Nationale de Santé, mais aussi par les multiples expériences du financement basé sur les résultats (FBR) faites dans différents pays tels qu'en Afghanistan, en Argentine, au Burundi, au Cambodge, au Mexique et au Rwanda, et qui se sont avérées efficaces pour augmenter l'utilisation et la qualité des interventions de santé ayant un fort impact et une cout-efficacité prouvés pour la santé maternelle et infantile en particulier dans les zones rurales et parmi les pauvres. L'expérience montre que ces approches (i) donnent des signaux clairs aux prestataires des services de santé quant aux priorités du Gouvernement et garantissent que les institutions continuent de mettre suffisamment l'accent sur les interventions préventives et pour les plus démunis, (ii) permettent de décentrer l'accent sur les intrants vers la production de résultats tangibles, (iii) renforcent les systèmes de suivi et d'évaluation, (iv) renforcent la décentralisation de la prise de décision et (v) augmentent la productivité et la responsabilité dans la prestation de services. Toutes ces qualités sont essentielles à la fois et pour l'amélioration des résultats en matière de santé maternelle et infantile, et pour le renforcement du système de santé dans son ensemble.

I.2. Présentation du manuel opérationnel du FBR

Ce Manuel de Procédures y compris ses annexes, est un outil de référence pour la mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats (FBR) et sera utilisé par tous les acteurs de santé depuis le niveau communautaire jusqu'au niveau central. Ce Manuel décrit la manière dont seront réalisés le financement, l'achat des prestations, la régulation, la vérification, la prestation des soins et services de santé et la participation de la communauté dans tout ce processus.

Il s'agit d'une deuxième version qui a été révisée par les membres du Groupe Technique/FBR (GT/FBR) au cours de plusieurs séances de travail et validée par le CNP du FBR dans sa séance du 6 Juillet 2016. Les procédures de mise à jour du Manuel se trouvent dans le chapitre VIII.

CHAPITRE II. BREVE DESCRIPTION DU SYSTEME DE SANTE D'HAITI

II.1. Organisation du système de santé

Le système de santé d'Haïti est décrit sous forme d'une structure administrative qui gère la structure de prestation de services de santé.

La structure administrative comprend trois niveaux : (Niveau 1) : Coordination de l'Unité d'Arrondissement de Santé (UAS), (Niveau 2) : Direction Départementale Sanitaire, (Niveau 3) : Niveau Central du MSPP.

La structure du système de soins comprend également trois niveaux, (1) primaire, (2) secondaire et (3) tertiaire.

Le niveau primaire de soins se subdivise à son tour en trois échelons : le premier échelon comporte le Centre Communautaire de Santé qui siège au niveau de la Section Communale ; le deuxième échelon est constitué par le Centre de Santé (CS) qui siège au niveau de la Commune, tandis que le troisième échelon indique l'Hôpital Communautaire de référence siégeant au niveau du chef-lieu de l'Arrondissement.

Le niveau secondaire se réfère à l'Hôpital Départemental qui est l'institution de référence pour le département.

Le niveau tertiaire se rapporte aux institutions universitaires et spécialisées de référence nationale.

Le système de santé haïtien offre des soins formels à environ 47% de la population. Cet accès réduit est compensé en partie par l'utilisation de la médecine traditionnelle comme premier recours face à la maladie.

Le secteur privé est très important, particulièrement celui à but lucratif.

Dans son ensemble, le système compte 1048 structures de soins réparties comme suit selon le statut: 390 institutions publiques (37.21%), 490 institutions privées (46.76%) et 168 institutions mixtes (16.03%) et selon la catégorie 434 dispensaires (41.41%), 345 centres de santé sans lit (32.92%), 147 centres de santé avec lits (14.03%) et 122 hôpitaux (11.64%).

Le réseau formel est organisé en 41 unités d'arrondissement de santé (UAS) desservant chacune une population de 80.000 à 140.000 habitants.

Les UAS ont le mandat d'assurer la dispensation d'un paquet essentiel de services (PES) et de coordonner le réseau sanitaire du premier niveau. Cependant ce modèle n'est pas encore appliqué dans tout le pays. Selon la Loi Organique en attente de promulgation, l'UAS est chargée de :

1. Coordonner l'action sanitaire dans les limites géographiques d'un arrondissement, analyser l'état de la population et organiser l'offre de santé de manière à assurer l'accès universel et équitable de tous les habitants de l'arrondissement aux soins de santé ;
2. Coordonner le développement des Plans Communaux sur la base des options définies dans la Politique Nationale de Santé et mises en œuvre à travers le Plan Triennal du Plan Directeur, et les compiler ;
3. Planifier et mettre en œuvre les actions sanitaires nécessaires à la couverture sanitaire totale de la population de l'arrondissement ;

4. Superviser et contrôler les activités, projets et programmes de santé exécutés au niveau de l'arrondissement.

En outre, l'Autorité Sanitaire Nationale assure la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments essentiels de qualité pour toute la population haïtienne, par :

- (a) l'élaboration d'une politique pharmaceutique découlant de la politique sanitaire nationale,
- (b) le renforcement de la structure de régulation pharmaceutique pour pouvoir assurer pleinement ses fonctions réglementaires,
- (c) le développement d'un système unique d'approvisionnement en intrants et médicaments essentiels pour le système de prestation de soins,
- (d) l'actualisation du cadre légal du secteur pharmaceutique et
- (e) la disponibilité et la publication des informations réglementaires sur les médicaments en général.

II.2. Situation épidémiologique

Le tableau de morbidité en Haïti est encore occupé par les maladies infectieuses transmissibles (IRA, le chikungunya et autres fièvres), les maladies d'origine hydrique (les diarrhées aqueuses aiguës), la typhoïde et le paludisme. Par ailleurs, l'incidence et la prévalence de certaines conditions (maladies cardiovasculaires, diabète, néoplasies, traumatismes) laissent entendre que le pays est en pleine transition épidémiologique.

Le taux brut de mortalité était estimé à 27.5/1000 en 1959 et s'est maintenu à 20/1000 jusqu'en 1970 pour descendre à 15.7/1000 au début des années 80 et à 10/1000 en 2000.

La létalité de la diarrhée par choléra a été de 6% selon l'EMMUS V.

La mortalité infanto-juvénile liée principalement aux IRA, aux diarrhées et aux carences nutritionnelles a connu une baisse significative passant de 114‰ en 2006 à 88‰ en 2012.

La mortalité maternelle estimée à 457/100.000 naissances vivantes au début des années 90 est passée à 523/100.000 en 1994-95 pour atteindre 157/100.000 en 2005.

Les dépenses totales en santé, pour l'année 2012-2013, représentent 9% du PIB. 64 US\$ sont dépensés par année par habitant par rapport aux 32\$ de l'année précédente (Rapport des Comptes Nationaux 2011-2012), ce qui dépasse le montant maximal de 60\$ prévu par l'OMS.

Le financement de la santé, malgré le contexte de pauvreté de la population déjà évoqué, repose en bonne partie sur le paiement direct effectué par les patients. Les ménages contribuent pour environ un tiers aux dépenses de la santé. De même, l'Etat assume près d'un tiers des dépenses de la santé.

Par ailleurs, dans sa vision liée au cadre du financement du secteur de la santé, l'Etat haïtien s'est engagé à la mobilisation et l'alignement du financement de la santé avec des priorités et résultats projetés qui consistent à :

- Créer un fonds commun pour le financement de la santé – Fonds de Solidarité Nationale pour la Santé (FSNS) ;
- Trouver et mettre en place les mécanismes de décentralisation du budget ;
- Augmenter progressivement le pourcentage du budget de santé à 15% du budget national ;
- Garantir, suivre et diriger la complémentarité des différentes sources de financement ;
- Assurer le suivi du financement du secteur ;
- Etablir un financement basé sur la performance (Approche contractuelle).

II. 3. Principaux défis du secteur de la santé en Haïti

A. De la gouvernance et de coordination :

- Obsolescence du cadre légal encore en vigueur
- Structure organisationnelle du MSPP ne lui permettant pas de remplir ses fonctions essentielles
- Déficience quantitative et qualitative des ressources, tant humaines que matérielles
- Multiplicité d'acteurs, avec des motivations et des philosophies d'actions diverses
- Faible capacité de planification et de coordination intra et intersectorielle

B. De la gestion des ressources humaines :

- Faiblesse du système d'accréditation des écoles privées de formation professionnelle de la santé ;
- Application de curricula peu adaptés aux besoins du système de santé et la production des professionnels ne répondant pas aux profils requis pour la provision des services de santé ;
- Absence de politique de rétention et de développement des RH du secteur public dans une conjoncture fortement marquée par l'attraction exercée par le secteur privé et les ONG qui offrent des conditions de travail et des opportunités salariales plus alléchantes ;
- Absence d'un système fonctionnel d'enregistrement des professionnels médicaux et paramédicaux ;
- Inexistence d'ordres pour les professionnels de santé.

C. Du système de soins et son organisation :

- Insuffisance d'articulation du secteur privé lucratif et du secteur public ;
- Insuffisance dans la mise en place des structures fonctionnelles (UAS), chargées d'assurer le PES et de coordonner le réseau sanitaire de premier niveau ;
- Existence d'une médecine traditionnelle très active et non encadrée.

D. Des infrastructures :

- Carte sanitaire non rationnelle ;
- Insuffisance de la régulation, de la distribution, l'organisation l'établissement et le fonctionnement des institutions ;
- Insuffisance quantitative et qualitative des infrastructures de services de santé de base en zones rurales ;
- Manque d'un réseau national de soins d'urgence ;
- Bon nombre d'institutions de santé dépourvues d'eau potable, d'énergie électrique et de système de communication ;

II.4. Principales réformes dans le secteur de la santé

En vue de rendre plus performant le système de santé, l'Etat haïtien a envisagé une série de réformes notamment :

- le renforcement de la décentralisation du système de santé par, entre autres actions, le remplacement de l'UCS par les Unités d'Arrondissement de santé (UAS) qui est en adéquation avec le découpage administratif du pays
- la mise en place progressive, selon une approche phasique, du financement de la santé basé sur les résultats
- le renforcement des mécanismes de coordination intersectorielle, par l'entremise des tables sectorielles, pour faciliter les actions sur les déterminants de la santé
- le renforcement du partenariat public - privé – société civile – dirigeants des collectivités territoriales
- l'intégration de toutes les interventions en matière de santé dans une programmation nationale et dans un cycle continu de planification, de suivi et évaluation

CHAPITRE III. LE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS EN HAITI

III.1. Définitions des concepts clés

III.1.1. Financement basé sur les Résultats (FBR)

Le FBR est un mode de financement de la santé basé sur l'achat des outputs de performance et matérialisé par une relation contractuelle entre les différents acteurs. Il est complémentaire du financement classique de type input (intrants) par lequel les institutions de santé reçoivent les intrants sans être régulièrement évaluées.

Par ce modèle de financement, chaque structure de santé se doit de mettre en œuvre des stratégies novatrices pour accroître ses résultats en quantité et en qualité, dans le respect de l'éthique de l'art, et des

normes nationales et internationales. Ces stratégies sont variées allant de l'amélioration de l'accueil, de l'état des infrastructures, de l'équipement, de la motivation du personnel, de la révision à la baisse des tarifs des prestations, de l'implication communautaire jusqu'à la collaboration publique-privée. Les terminologies, Financement Basé sur la Performance (FBP/PBF), Approche Contractuelle ou encore Contractualisation et d'autres sont aussi souvent utilisées pour désigner ce mode de financement, dont les spécificités et adaptations dans la mise en œuvre dépendent principalement du contexte de chaque système de santé.

Une des conditions importantes dans la mise en œuvre du FBR est que le prestataire de services ait un certain degré d'autonomie ; le niveau d'autonomie peut varier en fonction du contexte du pays.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR en Haïti, l'autonomie au niveau des IS requiert un minimum de garanties notamment :

- dans le choix des stratégies pour la prestation des services et l'amélioration des résultats ;
- au niveau de la gestion financière, (1) que chaque prestataire en l'occurrence l'IS dispose d'un compte bancaire où sont transférés les fonds dans le cadre du FBR, (2) tant que le cadrage respecte les paramètres généraux de la façon dont les fonds peuvent être dépensés, l'IS décidera elle-même de l'utilisation de ses ressources pour exécuter son plan d'action approuvé selon les directives en la matière, y compris éventuellement pour la mise en œuvre des approches novatrices ainsi que des solutions aux défis auxquels elle est confrontée.

III.1.2. Paquet essentiel de services (PES)

Le paquet de services est l'ensemble d'actes médicaux et paramédicaux, chirurgicaux, de produits pharmaceutiques et consommables disponibles et servis aux bénéficiaires des soins et des services de santé.

Le PES répond aux besoins actuels de la population et du MSPP. Il propose des services coûts-efficaces pour la population bénéficiant des services du niveau primaire et secondaire et assure la continuité des services et le système de référence contre référence du niveau communautaire au niveau de l'hôpital départemental et vice versa. Le PES définit les normes et standards de prestation de soins. Il établit les normes d'infrastructures pour les structures sanitaires appelées à desservir la population.

Le paquet essentiel de services comprend trois grands modules.

Le premier (Module 1) portant sur les services et actes de soins à fournir aux trois échelons du niveau primaire; les services et actes de soins à fournir au niveau secondaire (départemental) pour adapter l'offre à la demande de soins; les équipements biomédicaux; les consommables médicaux et les moyens thérapeutiques (médicaments essentiels) nécessaires à la provision du PES.

Le deuxième (Module 2) portant sur les normes d'infrastructure physique des points de service du niveau primaire et secondaire incluant d'autres volets tels: la sécurité des bâtiments, l'accessibilité des porteurs d'handicap, la sécurité des patients et du personnel, la gestion des déchets et la protection de l'environnement.

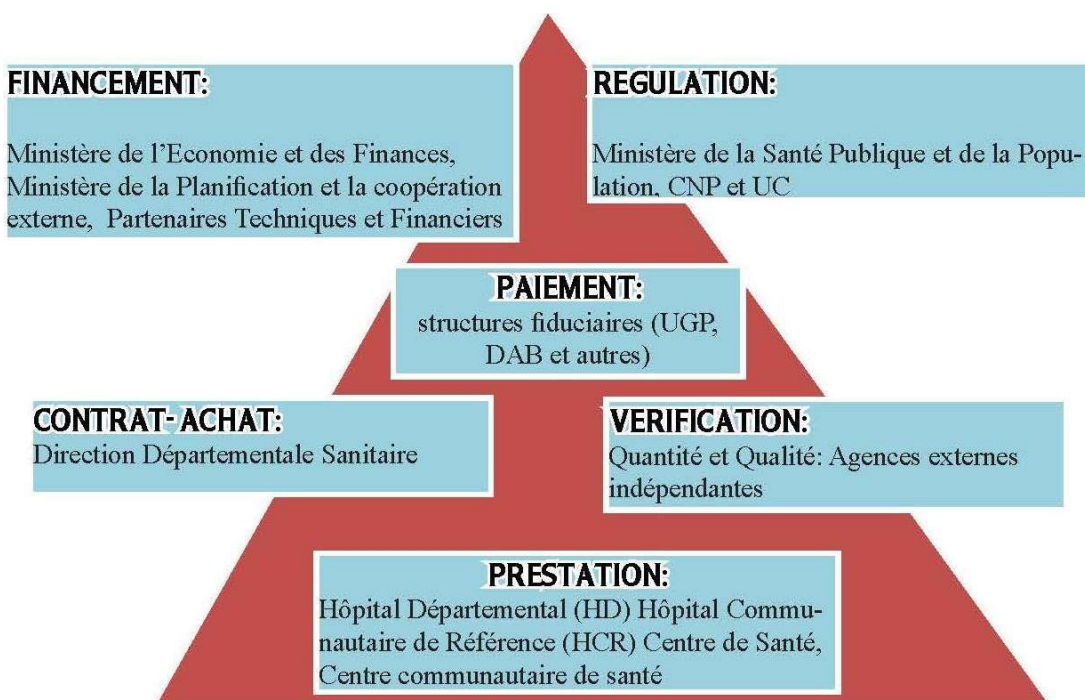
Le troisième (Module 3) portant sur Les normes et standards « pratiques, essentiels et compréhensifs » par rapport aux conditions nécessaires de structure et au processus de la provision des actes de soins du PES aux divers niveaux de services.

La formulation des indicateurs de résultats/de performance, aussi bien quantitatifs que qualitatifs, dans le cadre du FBR se réfère au PES.

III.1.3. La séparation des fonctions

La séparation des fonctions est l'un des principes fondamentaux du FBR, et vise à prévenir d'éventuels conflits d'intérêts et réduire le cumul de fonctions potentiellement nuisible. Toutefois, le principe n'indique pas qu'il faut forcément un acteur différent pour chacune des fonctions, dans la mesure où certaines fonctions peuvent être compatibles sans préjudice avéré. Ce dernier fait est aussi lié au souci de cohérence et de rationalité des coûts de mise en œuvre du FBR.

Figure 1 – Séparation des fonctions entre acteurs du modèle FBR des IS en Haïti



a. Prestation des soins et services et de santé

Le prestataire, dans le modèle de FBR d'Haïti, est toute institution, publique, privée ou mixte, qui a souscrit à un mémorandum d'entente avec le Département Sanitaire pour l'achat des résultats. Il peut être un Hôpital Départemental (HD), un Hôpital Communautaire de Référence (HCR), un Centre de Santé ou Centre Communautaire de Santé ou un CDAI.

b. Vérification

Dans le modèle FBR d'Haïti, la vérification regroupe la vérification quantitative et qualitative au niveau des institutions sanitaires (IS), la vérification de la qualité de la gestion au niveau des CDAI et des DDS et la vérification communautaire. La vérification de la quantité et de la qualité dans les IS est effectuée trimestriellement par des vérificateurs d'une agence externe indépendante (externe et indépendante par rapport à la hiérarchie administrative du système de santé haïtien).

Il en est de même pour la vérification de la qualité de la gestion au niveau des CDAI et DDS.

La vérification communautaire est réalisée trimestriellement par les ASLO sur base d'un échantillonnage, sous la responsabilité de l'agence de vérification externe. La méthodologie utilisée pour le choix des ASLO et la réalisation de la vérification communautaire doit être approuvée par le MSPP/UC.

Une contre-vérification est possible et est réalisée par une Agence Externe indépendante distincte de l'AEV.

c. Achat

Dans le cadre du FBR, la fonction d'achat des résultats est du ressort du MSPP, elle est décentralisée au niveau de la DDS. La fonction d'achat est matérialisée à travers la signature de mémorandums d'entente, d'une part entre le Ministre de la santé et es responsables des DDS et d'autre part entre ces derniers et les responsables des CDAI, des UAS et des IS du département. .

d. Paiement

Dans le modèle du FBR d'Haïti, la fonction de paiement des factures et des opérations connexes de comptabilité est confiée à une structure fiduciaire en fonction de la source de financement. Dans tous les cas, les fonds sont directement transférés des comptes des structures fiduciaires à ceux des structures signataires des mémorandums d'entente concernées sans aucune intermédiaire, avec notification au régulateur (UC et DDS), pour assurer le suivi de l'effectivité, de la promptitude et de la complétude des paiements.

e. Régulation

La régulation est assurée par le MSPP, principalement au travers de l'Unité de Contractualisation (UC) appuyée par le Groupe Technique du FBR (GT/FBR) et le Comité National de Pilotage (CNP). Au niveau départemental, la DDS joue aussi le rôle de régulateur. Il est appuyé par le Comité Départemental de Pilotage (CDP). Les rôles et responsabilités de chaque organe sont décrits au chapitre IV du présent Manuel Opérationnel.

f. Financement

Le financement est assuré par le Gouvernement Haïtien à travers le Ministère de l'Economie et des Finances et le Ministère de la Planification et la Coopération Externe, et/ou par des partenaires techniques et financiers.

III.2. Principes directeurs du Financement Basé sur les Résultats en Haïti

La contractualisation est reconnue comme un outil de relation entre les acteurs visant à stimuler la performance. La spécificité du secteur de la santé fait que cet outil se doit de répondre à un certain nombre de principes fondamentaux. Le MSPP a le souci de garantir l'accès de l'ensemble de la population à des services de santé de qualité et doit être en mesure de s'assurer que tous les arrangements mis en place respectent **les principes directeurs et les valeurs** sur lesquels est fondée sa Politique Nationale de Santé, à savoir :

- le principe d'**Universalité**, pour garantir à tous les individus vivant sur le territoire haïtien un accès facile à tous les éléments et à toutes les interventions sans distinction de sexe, d'appartenance sociale ou religieuse, de lieu, de résidence, etc.
- le principe de **Globalité**, pour garantir à chaque individu des soins compréhensifs visant l'ensemble de ses besoins en matière de santé
- le principe d'**Equité**, pour garantir à tous les bénéficiaires du système, quels que soient leur lieu de résidence et leur statut socio-économique, des soins de qualité égale
- le principe de **Qualité**, qui oblige l'ensemble des prestataires de soins et services de développer leurs interventions et de prodiguer les soins de santé avec l'assurance de qualité maximale que permettent le développement technologique et les ressources du pays

Du fait :

- il est affirmé avec fermeté que la contractualisation n'implique aucun désengagement de l'État ni une quelconque volonté de privatisation du secteur de la santé
- il est affirmé que la contractualisation est une stratégie qui permet d'établir des relations durables, solides et sécurisantes entre les différents acteurs du secteur de la santé

- il est attendu que la contractualisation soit perçue comme une incitation pour tous les acteurs à contribuer davantage au développement du système de santé, tels l'État et ses services, la population, les institutions de financement, les organisations de la société civile, le secteur privé, les partenaires au développement
- il demeure entendu que le respect de la mission de service public reste un élément fondamental de la contractualisation
- il est attendu que la contractualisation doit contribuer au renforcement de la décentralisation par l'implication et la responsabilisation des entités autonomes et des collectivités territoriales et autres acteurs locaux
- il est affirmé que la contractualisation doit toujours être fondée sur le respect mutuel des acteurs en évitant autant que possible les situations conflictuelles et, le cas échéant, en privilégiant le dialogue dans l'intérêt des populations
- il est prévu que les arrangements contractuels doivent sauvegarder les intérêts des populations et leur implication dans le fonctionnement des services de santé
- il est à noter que les arrangements contractuels ne sauraient contribuer à des formes quelconques de ségrégation ni au sein des acteurs sanitaires ni de la population
- il demeure que le financement de la santé basé sur les résultats repose sur le principe de séparation de fonctions entre les 4 principales fonctions suivantes: la prestation, l'achat, la vérification et la régulation.

«Les valeurs, convictions qui dirigent et régissent les choix, qui sous-tendent la politique (nationale de santé) sont : le droit à la vie et à la santé, la solidarité, la participation citoyenne et l'efficience».

III.3. Objectifs du Financement Basé sur les Résultats en Haïti

Le Financement Basé sur les Résultats vise les objectifs suivants :

- Améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé offerts à la population, en particulier aux groupes vulnérables y compris les plus démunis ;
- Apporter des ressources financières au niveau des structures sanitaires pour leur permettre d'exécuter leurs plans d'affaires et d'entreprendre des stratégies novatrices d'amélioration des résultats ;
- Motiver et stabiliser le personnel de santé en particulier dans les zones rurales;
- Renforcer la gestion, l'autonomie et l'organisation des structures de santé ;
- Permettre aux bénéficiaires d'exprimer leurs opinions dans le but d'améliorer la prestation des soins et des services de santé.

III.4. Défis de mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats en Haïti

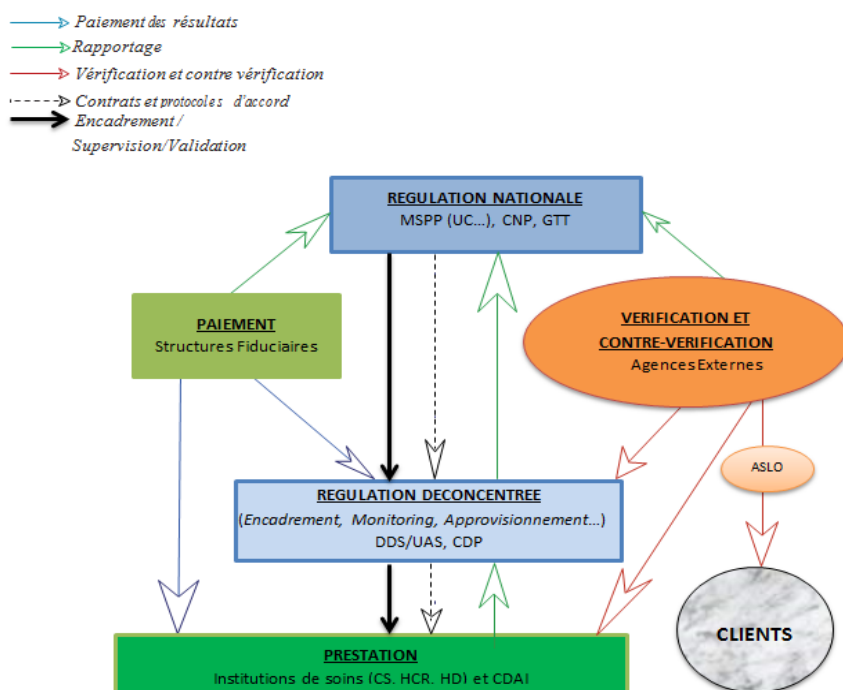
Outre les défis du secteur de la santé relatés au deuxième chapitre du présent manuel, certains défis spécifiques à la mise en œuvre du financement basé sur les résultats en Haïti sont entre autres :

- la mise en place d'un système de référence/contre-référence fonctionnel pour améliorer l'accessibilité aux soins et services tout en garantissant le continuum de soins;
- l'interopérabilité entre le SISNU et l'OpenRBF
- la mise à niveau des institutions de soins pour leur permettre d'offrir le paquet de services de leur niveau ;
- l'intégration optimale des programmes verticaux dans la mise en œuvre du FBR en particulier.
- l'implication communautaire effective comme levier pour le changement de comportement, l'appropriation des décisions/actions visant l'amélioration de l'état de santé de la population.

CHAPITRE IV. ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS ET MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS EN HAITI

Le présent chapitre passe en revue les missions, responsabilités et tâches des différents acteurs de la mise en œuvre du FBR, du niveau communautaire au niveau central.

Figure 2 – Montage institutionnel du FBR et relations entre les acteurs



IV.1. Acteurs du niveau communautaire

La participation communautaire, par l'implication des groupes et des communautés locales, est un levier important pour stimuler l'émergence de réponses collectives aux problèmes de santé publique. Le MSPP s'appuiera sur des expériences existantes pour intégrer et développer un programme de FBR communautaire. En attendant la mise en place d'un modèle spécifique du FBR communautaire, les prestations réalisées par les ASCP sont rapportées et vérifiées au niveau des IS en se référant aux définitions des indicateurs subventionnés par le FBR des IS.

IV.2. Acteurs au niveau périphérique

Les acteurs au niveau périphérique sont:

- Les Centres de Santé (CS), et Centres Communautaires de Santé (CCS) ;
- Les Hôpitaux Communautaires de Référence (HCR)

IV.2.1. Les Centres de Santé

Les centres de santé et centres communautaires de santé ont pour mission de :

- Offrir un PES complet et en respectant les normes de qualité, défini pour leur niveau dans l'aire de desserte ;
- Favoriser la participation des acteurs communautaires selon leur aire de desserte respective.

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

- Elaborer un plan d'affaires annuel budgétisé, avec l'encadrement de la DDS et de l'UAS;
- Signer un contrat d'achat de résultats aussi appelé memorandum d'entente avec la DDS/UAS ;
- Assurer le suivi et l'auto-évaluation de l'exécution de son plan d'affaires ;
- Fournir à la population des soins de santé de qualité ;
- Transmettre à la DDS le rapport mensuel d'activités (SISNU) ainsi que tout autre document lié à la mise en œuvre du FBR, dans les délais requis ;
- Encadrer les acteurs communautaires (agents de santé communautaires polyvalents, les matrones et organisations communautaires locales) ;
- Signer des mémorandums d'entente le cas échéant, avec les acteurs communautaires.

IV.2.2. Les Hôpitaux Communautaires de Référence (HCR)

Les HCR ont pour mission de :

- Offrir un paquet de services complet en respectant les normes de qualité définies pour leur niveau dans l'aire de desserte ;

- Favoriser la performance des CCS, CS et des acteurs communautaires.

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

- Elaborer un plan d'affaires annuel budgétisé, sous la supervision de la DDS ;
- Signer un contrat annuel d'achat des résultats avec la DDS ;
- Fournir à la population des soins de santé de qualité ;
- Transmettre à la DDS le rapport mensuel d'activités (SISNU) ainsi que tout autre document lié à la mise en œuvre du FBR dans les délais requis ;

IV.3. Les acteurs du niveau déconcentré (niveau départemental)

Les acteurs de mise en œuvre du FBR au niveau déconcentré (département) sont:

- La Direction Départementale Sanitaire (DDS) ;
- L'Unité d'Arrondissement Sanitaire (UAS)
- L'Hôpital Départemental (HD)
- Le Comité Départemental de Pilotage (CDP)
- Le Central Départemental d'Approvisionnement en Intrants (CDAI)
- L'Agence Externe de Vérification (AEV)

IV.3.1. La Direction Départementale Sanitaire (DDS)

La Direction Départementale Sanitaire est l'organe régulateur au niveau intermédiaire. Selon le Décret portant sur l'organisation et le fonctionnement du MSPP (2005), la DDS a pour attributions de :

- Mettre en œuvre la politique sanitaire du gouvernement dans son département ;
- Planifier les actions nécessaires à la mise en œuvre de la politique définie par le Ministère de la Santé Publique et de la Population ;
- Organiser en collaboration avec les Directeurs des hôpitaux départementaux et communautaires de référence (HCR), les coordinations des UAS et les équipes cadres du département, l'offre des soins préventifs et curatifs telle que définie par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (Paquet Essentiel de Services) ;
- Coordonner toutes les activités des services et établissements sanitaires publics et privés du département ;
- Assurer la supervision et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées du département;
- Coordonner les activités de toutes les associations ou organisations s'occupant de la santé dans le département, en particulier les Organisations Non Gouvernementales de santé.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, outre les attributions générales, la DDS a pour tâches de :

- Planification intégrée des activités de mise en œuvre du FBR ;
- Assurer le suivi de la mise en œuvre du FBR ;
 - Coordonner le Comité Départemental de Pilotage
 - Transmettre trimestriellement à l'UC le PV de la réunion du CDP.
 - Encadrer l'élaboration et valider les plans d'affaires des CS et des HCR ;
 - Encadrer la gestion administrative et financière des structures sanitaires du département ;
 - Analyser les données et exploiter les rapports de vérification des prestations des CS et HCR ;
 - Faire appliquer des modalités d'attribution des primes de performance au personnel des structures sanitaires ;
 - Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBR au niveau du département au travers du CDP et en collaboration avec l'UC ;
 - Enregistrer, photocopier, archiver et sécuriser tous les documents administratifs et financiers, les rapports d'activités des différentes structures sanitaires du département ainsi que les rapports d'évaluation de la qualité.
 - Identifier les besoins de renforcement des capacités pour la mise en œuvre du FBR
- Signer et gérer les contrats de performance des IS, c'est-à-dire :
 - Identifier et proposer les structures à contractualiser en fonction des critères d'éligibilité définis ;
 - Analyser la pertinence, la cohérence et l'adéquation des plans d'affaires avec les plans opérationnels de la DDS ;
 - Discuter les conditions d'achat des résultats avec les structures ;
 - Valider les Plans d'affaires des structures contractualisées ;
 - Signer des mémorandums d'entente pour l'achat des résultats avec les structures ;
 - Gérer les mémorandums d'entente dans le cadre du FBR ;

IV.3.2. L'Unité d'Arrondissement Sanitaire

Selon la nouvelle politique nationale de santé, le niveau le plus décentralisé de régulation est représenté par les Unités d'Arrondissement de Santé (UAS). Dans leurs fonctions premières, ces unités sont chargées d'appliquer les directives départementales et sont censées fournir un appui technique aux institutions sanitaires se trouvant dans leurs aires de desserte.

Dans le cas où l'UAS est fonctionnelle, elle sera incluse dans le mécanisme de contractualisation. L'UC, en collaboration avec la DOSS (MSPP), fournira des orientations nécessaires ainsi que des outils

permettant de distinguer les responsabilités de l’UAS et de la DDS dans le cadre de la mise en œuvre du FBR. Cependant, une UAS fonctionnelle n’est pas une condition préalable pour commencer la contractualisation au sein d’un DS.

Les outils concernant les UAS présentés dans ce manuel sont à titre indicatif et sont susceptibles d’être ajustés en fonction des discussions avec les acteurs impliqués.

IV.3.3. Le Comité Départemental de Pilotage (CDP)

Le CDP est un cadre spécifiquement mis en place au niveau de la DDS pour la coordination concertée de la mise en œuvre du FBR dans le département sanitaire. Ce mécanisme intègre les cadres de la DDS, les cadres des programmes et les PTF impliqués dans le FBR. Il est coordonné par le Directeur du DS. Ses membres sont désignés nommément par les organisations qu’ils représentent. En plus du Directeur départemental qui assure la présidence, le comité élit un bureau composé d’un vice-président et d’un rapporteur. Leur mandat est d’un an renouvelable. Les membres perdent automatiquement leur statut de membre du CDP au cas où ils ne représentent plus l’institution de provenance.

Le CDP a pour principales tâches :

- la validation des procès-verbaux soumis par l’AEV en marge de la vérification
- l’analyse et l’exploitation des rapports trimestriels de vérification ;
- l’analyse et l’exploitation des rapports de vérification communautaire ;
- l’Analyse des données (qualité et quantité) et autres informations stratégiques de la mise en œuvre du FBR au niveau du département (l’évolution des indicateurs, détection des phénomènes particuliers,...);
- l’appui à la DDS dans l’élaboration du rapport trimestriel de suivi de la mise en œuvre à transmettre à l’UC ;
- l’appui au suivi de la mise en œuvre des recommandations issues de la vérification/évaluation des prestations des structures sanitaires et de la vérification communautaire ;
- l’appui à la gestion d’éventuels conflits de mise en œuvre du FBR à tout niveau au sein du département sanitaire.

Toutes les décisions prises au niveau du CDP doivent respecter les principes du FBR définis dans le présent manuel.

IV.3.4. L’Hôpital Départemental (HD)

L’hôpital départemental est la structure hospitalière de référence disposant des services d’urgence médico-chirurgicales et les spécialités (Pédiatrie, Chirurgie, Maternité, Médecine Interne, Orthopédie, Urologie, Ophtalmologie/ORL, Dermatologie,) chargée de recevoir les cas référés par les Hôpitaux

Communautaires de Référence et les établissements de premier niveau de prestation de soins dans l'aire géographique du département sanitaire.

L'HD a pour principales missions d'offrir un Paquet de Services référés défini pour ce niveau en mettant un accent particulier sur l'amélioration de la qualité des prestations sanitaires.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, l'HD doit :

- Signer un mémorandum d'entente pour l'achat des résultats avec la DDS
- Favoriser les mécanismes d'amélioration de la qualité des prestations sanitaires au sein du département, sous l'encadrement de la DDS

Les HD sont contractualisés pour les prestations référées par les IS de premier échelon ainsi que pour la qualité des prestations.

Il est par ailleurs recommandé que le FBR au niveau de l'hôpital départemental prenne en considération des initiatives déjà existantes (telles que “Manman ak timoun an sante”) pour garantir une intégration harmonieuse.

IV.3.5. Le Centre Départemental d'Approvisionnement en Intrants (CDAI)

Le Centre Départemental d'Approvisionnement en Intrants (CDAI) est un établissement pharmaceutique placé au niveau d'un département sanitaire et ayant pour fonction d'assurer la gestion efficace des stocks ainsi que l'approvisionnement des Institutions Sanitaires (IS) en médicaments et autres intrants de santé du département.

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, le CDAI doit, entre autres :

- Signer un mémorandum d'entente pour l'achat des résultats avec la DDS
- Quotidiennement :
 - Surveiller et entretenir les conditions de stockage des intrants
 - Suivre le niveau de stocks
 - Permettre la mise à disposition des intrants aux IS
- Mensuellement
 - Produire les rapports prévus pour la gestion comptable et technique
 - Appliquer les procédures validées pour la gestion et l'élimination des produits périmés ou détériorés
 - Mettre en place des conditions de sécurité des stocks des intrants
- Trimestriellement
 - Réaliser l'inventaire physique des stocks

- Inspecter visuellement la fonctionnalité des extincteurs
- Produire et soumettre à la DDS les rapports trimestriels d'activités

IV.3.6. L'agence externe de vérification (AEV)

Pour bien remplir ses missions, l'agence externe de vérification dispose d'équipes techniques, chargées de la vérification des prestations quantitatives, et de l'évaluation de la qualité des prestations au niveau des IS, ainsi que l'évaluation des CDAI, UAS et DDS. L'AEV est aussi responsable de la vérification communautaire.

IV.3.6.1. Pour la vérification des données quantitatives, l'AEV a pour tâches de :

- Vérifier l'authenticité des prestations mensuelles quantitatives déclarées par les structures de soins en compagnie des responsables de ces dernières dans les délais impartis ;
- Compiler les rapports de vérification effectués dans les structures de soins et élaborer un rapport narratif y relatif ;
- Cosigner la facture issue de la vérification des prestations subventionnées des structures contractées ;
- Tirer les échantillons nécessaires pour la réalisation de la vérification communautaire ;
- Participer à la formation des vérificateurs sur les indicateurs à vérifier et sur la méthodologie de vérification dans la communauté ;
- Saisir les données déclarées et vérifiées (données quantitatives et qualitatives) dans la base de facturation/Portail FBR;
- Présenter les procès-verbaux des vérifications dans la réunion trimestrielle du CDP (réunion de validation).

IV.3.6.2. Pour l'évaluation de la qualité des prestations des IS, l'AEV a pour tâches de :

- Réaliser l'évaluation trimestrielle de la qualité des prestations et en faire la restitution aux structures concernées ;
- Présenter les résultats des évaluations de la qualité technique et de la qualité perçue par la communauté auprès des intervenants dans une réunion du CDP ;
- Identifier d'éventuels problèmes liés à la qualité, discuter de ces derniers avec les concernés et proposer les solutions éventuelles au CDP et aux structures contractées.

IV.3.6.3. Pour l'évaluation des DDS, CDAI et UAS, l'AEV a pour tâches de :

- Réaliser l'évaluation trimestrielle des prestations des DDS, CDAI (et UAS le cas échéant) et en faire la restitution aux structures concernées ;

- Cosigner les rapports d'évaluations des DDS, CDAI (et UAS le cas échéant) ;
- Transmettre des résultats et les rapports d'évaluation à l'UC ;
- Identifier les problèmes liées à la performance, discuter de ces derniers avec les concernés et proposer les solutions éventuelles à l'UC et à la structure concernée ;

IV.4. Les acteurs du niveau central

Les principaux acteurs du niveau central directement impliqués dans la mise en œuvre du FBR sont :

- Le Comité National de Pilotage (CNP) ;
- L'Unité de Contractualisation (UC) ;
- Le Groupe Technique du FBR (GT/FBR) ;
- Les structures fiduciaires ;
- La Direction Générale et les directions centrales du MSPP ;
- Les Partenaires Techniques et Financiers.

IV.4.1. Le Comité National de Pilotage (CNP)

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, le CNP a pour mission principale le financement, la gouvernance et la coordination stratégique de la mise en œuvre du FBR au niveau national. Présidé par le Ministre de la Santé Publique et de la Population, le CNP a pour tâches de :

- Suivre la mise en œuvre du FBR au niveau national ;
- Donner des directives nationales et valider les orientations stratégiques pour la mise en œuvre du FBR ;
- Coordonner la mobilisation des ressources nécessaires auprès du Gouvernement et des PTF actuels et potentiels ;
- Analyser et exploiter le rapport annuel de mise en œuvre du FBR.

IV.4.2. L'Unité de Contractualisation (UC)

L'UC est l'organe exécutif chargé de la mise en œuvre technique et opérationnelle du FBR. Ses principales fonctions sont:

- la coordination et le suivi des activités de mise en œuvre du FBR à tous les niveaux ;
- le renforcement des capacités des acteurs du FBR à tous les niveaux ;
- le suivi de l'exécution du financement de mise en œuvre du FBR.

IV.4.2.1. Dans sa fonction de coordination et suivi des activités de mise en œuvre du FBR, l'UC a pour tâches de

- Faire la planification intégrée des activités du FBR ;
- Tenir à jour la cartographie des interventions en matière de FBR ;

- Elaborer / mettre à jour les outils de gestion du FBR ;
- Coordonner le Groupe Technique du FBR (GT/FBR) et organiser les réunions de ce dernier ;
- Organiser des revues conjoncturelles de mise en œuvre du FBR et des réunions périodiques de suivi des activités relatives au FBR avec les acteurs de mise en œuvre des niveaux central et départemental;
- Mener des activités d'encadrement / supervision au niveau départemental;
- Elaborer les rapports trimestriels et annuels de la mise en œuvre du FBR;
- Elaborer le bulletin trimestriel portant sur les résultats analysés du FBR (données quantitatives et qualitatives) en collaboration avec le GT;
- Recevoir et analyser les rapports des évaluations transmis par l'AEV ;
- Valider les résultats des évaluations trimestrielles des DDS (et UAS le cas échéant) transmis par les AEV :
- Transmettre aux structures fiduciaires les demandes de paiement des prestations des structures contractualisées ;
- Partager les résultats des évaluations et de la vérification avec les autres acteurs concernés;
- Elaborer, transmettre à la Direction générale du MSPP et présenter au CNP le rapport semestriel de la mise en œuvre du FBR au niveau national ;
- Gérer la base de facturation ;
- Encadrer les activités de recherche action dans le cadre du FBR ;
- Documenter la mise en œuvre du FBR et partager les leçons apprises.

IV.4.2.2. Dans sa fonction de renforcement des capacités des acteurs du FBR, l'UC a pour tâches de

- Organiser les formations des acteurs du système de santé en matière de FBR ;
- Orienter les AEV sur les outils de vérification et des différentes évaluations des performances
- Encadrer les CDP

IV.4.2.3. Dans sa fonction d'exécution du financement de mise en œuvre du FBR, l'UC a pour tâches de :

- Faire des propositions visant la maîtrise des coûts de mise en œuvre du FBR ;
- Evaluer l'état des besoins et élaborer un plan de financement dans le cadre du FBR ;
- Participer au plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès du Gouvernement et des PTF actuels et potentiels.

IV.4.3. Le Groupe Technique du FBR (GT/FBR)

Le GT/FBR a pour mission d'appuyer l'UC dans la mise en œuvre technique du FBR, par :

- la mise à contribution optimale des ressources et des capacités disponibles au profit de la mise en œuvre du FBR;
- la création d'un cadre de suivi coordonné de la mise en œuvre du FBR, d'identification d'éventuels goulots d'étranglement sur l'ensemble du programme, d'innovations et de recherche des solutions communes ;
- l'harmonisation et la rationalisation des interventions.

Le GT/FBR est composé de tous membres de l'UC, des cadres des autres directions centrales du MSPP dont les activités sont en relation directe avec la mise en œuvre du FBR (normes sanitaires, outils de gestion, information sanitaire, médicaments, matériel et produits médicaux etc.) ainsi que des staffs techniques des PTF impliqués dans le FBR. Les membres venant des directions centrales du MSPP ainsi que ceux des PTF sont désignés nominativement par leurs institutions respectives, et perdent leur statut de membres du GT dès qu'ils ne représentent plus ces dernières.

Le GT/FBR est organisé en sous-commissions thématiques permanentes et/ou temporaires dépendamment des besoins et des tâches à accomplir. Ces sous-commissions présentent l'état des lieux de leurs travaux et reçoivent les observations des autres membres du GT pendant les réunions ordinaires et/ou organisées à cette fin.

Sous la coordination de la Direction de l'UC, le GT/FBR a pour tâches de :

- Appuyer la planification et la coordination des activités du FBR;
- Appuyer l'encadrement et le renforcement des capacités des acteurs de mise en œuvre au niveau déconcentré ;
- Appuyer la gestion de la base de facturation du FBR ;
- Analyser et exploiter les données sanitaires et financières ainsi que d'autres informations sur la mise en œuvre du FBR ;
- Contribuer aux échanges d'expériences de la mise en œuvre du FBR ;
- Appuyer la documentation de la mise en œuvre du FBR ;
- Travailler en sous-commissions sur des thématiques spécifiques (élaboration / révision des outils du FBR, la gestion de la base et l'analyse des données, la rédaction du bulletin FBR, etc.) ;
- Tenir une réunion au moins une fois par trimestre et chaque fois que nécessaire;

- Faire un état des lieux de la mise en œuvre du FBR pour chaque DS impliqué, au cours de chaque réunion trimestrielle.

IV.4.4. Les Structures Fiduciaires

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, les structures fiduciaires assurent le rôle de paiement des factures des structures de santé contractualisées selon le choix de chaque partenaire financier.

Ces structures fiduciaires ont pour tâches de :

- Engager le budget ;
- Analyser les demandes de paiement transmises par l'Unité de Contractualisation;
- Suivre tout le circuit de paiement jusqu'à l'arrivée des fonds au niveau des bénéficiaires;
- Archiver les ordres de virement des fonds du FBR ;
- Elaborer chaque trimestre un état des lieux des paiements des structures contractualisées à tous les niveaux ;
- Respecter les délais de paiement des factures FBR ;
- Elaborer des rapports financiers périodiques.

IV.4.5. La Direction Générale et les autres directions du niveau central du MSPP

La Direction Générale du MSPP intervient dans le FBR comme organe duquel l'UC dépend hiérarchiquement. Cette dernière lui fait rapport de ses activités. De ce fait, la Direction Générale assure l'encadrement, le suivi et l'évaluation des membres de l'UC en collaboration avec le CNP.

Les différentes directions du niveau central du MSPP contribuent à la mise en œuvre du FBR dans la fonction de régulation du système sanitaire et dans la participation aux activités des organes spécifiques du FBR tels que le CNP et le GT/FBR.

Par les attributions de leurs services respectifs, conformément à la Loi Organique en vigueur, des directions centrales telles que l'UADS, l'UEP, la DPMMT, la DRH et la DOSS (...) sont dorénavant les plus impliquées pour, entre autres rôles, fournir les normes, les outils de gestion, les outils de collecte et de gestion des données, les outils de supervision intégrée etc.

IV.4.6. Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

Le FBR s'avère une stratégie transversale dont la mise en œuvre implique non seulement l'UC et la hiérarchie ministérielle, mais aussi les PTF, autant sur le plan stratégique que sur le plan opérationnel, par leur participation aux niveaux du CNP et du GT/FBR.

Ainsi, les PTF ont pour rôles de :

- Appuyer techniquement la mise en œuvre du FBR ;
- Contribuer au financement de la mise en œuvre du FBR ;
- Appuyer la mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du FBR ;
- Participer aux activités du CNP, du GT et des CDP ;
- Appuyer techniquement et financièrement l'UC pour la réalisation de ses missions.

CHAPITRE V : PRINCIPAUX OUTILS DE BASE DE LA MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

Les outils de gestion du FBR sont classés en différentes catégories et la plupart constituent les annexes au présent manuel opérationnel, tandis que d'autres, par leur nature, sont des documents à part. Ces outils sont en adéquation avec les documents de politiques, de stratégies et de lois qui régissent le système de santé de la République d'Haïti dont fait partie le Financement Basé sur les Résultats.

V.1. Le Plan d'Affaires (PA)

Le PA, qui constitue l'objet principal du Mémoire d'Entente pour l'achat de résultats, indique pour chaque type de services (prestation de services ou de soins, gestion des ressources humaines, gestion financière et gestion des médicaments), les résultats atteints au cours de la période précédente avec le niveau mensuel moyen de réalisation par indicateur, les problèmes prioritaires actuels par indicateur, l'objectif à atteindre au cours de la période concernée par le plan, ainsi que les stratégies qui seront utilisées pour résoudre ces problèmes et ainsi atteindre les objectifs fixés pour la période concernée.

Le PA constitue :

- pour la structure, un cadre privilégié et une opportunité d'apprentissage à la planification des activités et à la budgétisation ;
- un tableau de bord pour la structure et les acteurs communautaires de son aire de responsabilité indiquant d'où ils viennent et vers où ils évoluent (atteinte des résultats escomptés) ;
- un plan indiquant l'affectation des recettes pour la période précédente et la prévision en matière d'affectation des recettes pour la nouvelle période du Mémoire d'Entente ;
- le support d'encadrement de la structure par la DDS et d'évaluation pour l'AEV.

V.2. Les contrats et les Mémoires d'Entente

Dans le modèle contractuel d'Haïti, il y a actuellement quatre types de Contrats et Mémoires d'Entente.

V.2.1. Le contrat entre le Ministre de Santé et les membres de l'UC

L'UC est l'organe du niveau central du MSPP exclusivement assigné à la mise en œuvre technique et opérationnelle du FBR. Un contrat est signé entre le Ministre de la Santé Publique et de la Population et chaque membre de l'UC et précise les engagements des deux parties, les résultats attendus et les échéances.

L'évaluation de la performance des membres de l'UC est effectuée par un panel présidé par le Directeur Général du MSPP en référence aux indicateurs de performance convenus.

V.2.2. Le mémorandum d'entente entre le Ministre et la DDS

La DDS est l'organe du MSPP chargé d'assurer le suivi de la mise en œuvre du FBR au niveau départemental. Un mémorandum d'entente régit cette relation. La DDS gère les mémorandums d'entente avec tous les établissements de santé publics, mixtes au sein du département et remplissant les critères exigés, au nom du MSPP. Ces mémorandums d'entente à être signés sont en annexe et précisent les services subventionnés par le FBR.

V.2.3. Le mémorandum d'entente entre la DDS et l'UAS

L'UAS est chargée de la mise en œuvre du FBR au niveau de son aire de responsabilité (arrondissement). Elle signe un mémorandum d'entente avec la DDS. Celui-ci précise les conditions dans lesquelles les UAS s'engagent dans le FBR, leurs rôles et responsabilités aussi bien que le niveau et les conditions de financement dans le cadre du FBR. Les mémorandums d'entente-type à être signés sont en annexe et précisent les services subventionnés par le FBR.

V.2.4. Le mémorandum d'entente entre la DDS, le CDAI et les IS

Le mémorandum d'entente entre la DDS et les institutions sanitaires (CCS, CS, HCR et HD) publiques, privées ou mixtes remplissant les critères d'éligibilité définis, précise les conditions dans lesquelles le prestataire s'engage dans le FBR. Le contenu des plans d'affaires est négocié entre la DDS et le prestataire dans une aire géographique bien définie et est évalué chaque trimestre, sur le plan quantitatif et qualitatif, par l'AEV.

Il est à noter que d'autres types de contrats (pas de type FBR) sont conclus dans le cadre de la mise en œuvre du FBR en Haïti, en l'occurrence :

- Le contrat entre le MSPP et les firmes d'Assistance Technique au niveau départemental ;
- Le contrat entre le MSPP et les AEV ;
- Le contrat entre l'AEV et les ASLO chargées de la vérification communautaire.

V.3. Les rapports d'activités et de résultats du prestataire, et outils de vérification et évaluation

V.3.1. Le rapport mensuel du SISNU

Le rapport mensuel SISNU contient les statistiques quantitatives relatives aux activités de l'IS au cours du mois. Le rapport SISNU sert de base pour la vérification des prestations subventionnées par le FBR. (Le format du rapport SISNU est un document à part, non annexé au présent Manuel Opérationnel).

V.3.2. Fiche de déclaration des données quantitatives

Il s'agit d'une fiche qui reprend les données quantitatives rapportées mensuellement par l'IS dans son rapport SISNU et concernent uniquement les activités subventionnées par le FBR. Cette fiche doit être en annexe de chaque rapport mensuel SISNU remis à l'AEV lors de la vérification.

V.3.3. Listes d'Indicateurs subventionnés et Grilles d'évaluation

1. Liste d'Indicateurs quantitatifs subventionnés

Il s'agit d'une liste exhaustive des indicateurs quantitatifs subventionnés par le FBR, leurs définitions ainsi que les outils de collecte pour chaque indicateur.

2. Grille d'évaluation de la qualité des IS

Cette grille présente les composantes et critères évalués pour la qualité des prestations de l'IS ainsi que les points attribués à chaque composante pour la cotation.

3. Grille d'évaluation de la performance des CDAI

Cette grille présente les composantes et critères évalués pour les prestations des CDAI ainsi que les points attribués à chaque composante pour la cotation.

4. Grille d'évaluation de la performance des DDS

Cette grille présente les composantes et critères évalués pour les prestations des DDS ainsi que les points attribués à chaque composante pour la cotation.

5. Grille d'évaluation de la performance individuelle du personnel

Il s'agit d'un outil de référence permettant aux responsables des structures d'évaluer la contribution de chaque employé à la performance globale de l'équipe. Cette grille contient les critères d'évaluation et le mode de cotation.

V.3.4. Le Procès-verbal de vérification des prestations quantitatives et qualitatives des IS

Un PV est établi à l'issu de la vérification de chaque prestataire et est rédigé par l'AEV et transmis au CDP avec copie à l'IS concernée. Ce PV retrace notamment le déroulement des activités de vérification, les points forts et les contraintes relevés, le suivi des recommandations des périodes précédentes et les recommandations formulées à ce moment et est signé par les deux parties en présence, l'institution ou

l'entité contractualisée dont les résultats ont été vérifiés et l'AEV ayant produit la vérification. La facture trimestrielle des résultats vérifiés de la période constitue son annexe.

Les différents PV sont présentés par l'AEV lors d'une réunion du CDP pour validation.

V.3.5. Le rapport de vérification

Il est élaboré par l'AEV chaque trimestre à l'issue du processus de vérification de la quantité et de l'évaluation de la qualité des prestations réalisées par toutes les IS contractualisées d'un DS.

Ce rapport présente les résultats obtenus (quantité, qualité, atteinte des cibles, absorption budgétaire, etc.) par les IS et autres entités vérifiées et décrit notamment, le déroulement des activités de vérification, les points forts et les contraintes relevés, le suivi des recommandations des périodes précédentes et les recommandations formulées à la période concernée.. Ce rapport est transmis à l'UC avec copie conforme à la DDS concernée.

V.3.6. Le rapport de vérification communautaire

Après le dépouillement, la saisie et l'analyse des informations recueillies dans les ménages à travers la vérification communautaire, l'AEV élabore un rapport qui est envoyé à l'UC avec copie conforme à la DDS concernée.

Ce rapport doit contenir principalement l'analyse et l'interprétation des informations en cinq parties :

- Comparaison du nombre de cas dont l'existence a été confirmée par la vérification communautaire par rapport à l'échantillon tiré ;
- Comparaison du nombre de prestations confirmées par les ménages aux prestations déclarées dans les registres au niveau des IS ;
- Suggestions des utilisateurs pour améliorer la qualité des soins et des services ;
- Observations des utilisateurs (ménages) sur l'accessibilité aux soins.
- Fiches de vérification communautaire remplies et annexées à ce rapport.

V.4. L'outil de paiement

L'outil de paiement est un fichier Excel dont les paramètres sont configurés dans la base de facturation (Portail du FBR) et qui regroupe différentes feuilles de calcul notamment, la liste des structures contractualisées, leurs populations de desserte et les projections de l'évolution des prestations permettant de calculer les paiements des prestations quantitatives et qualitatives ainsi que des bonus conditionnels y afférant. L'outil permet donc de générer **la facture trimestrielle** à soumettre aux structures fiduciaires. Le format de la facture trimestrielle comprend la liste des indicateurs subventionnés, le tarif de chaque indicateur, la quantité des prestations vérifiées, le montant à payer pour chaque indicateur ainsi que le

montant total trimestriel à payer à l'IS. Cette facture est authentifiée par les signatures du responsable de l'AEV et de la direction de l'UC.

V. 5. L'outil de costing

L'outil de costing permet au MSPP de calculer le coût de chaque indicateur subventionné par le FBR. Il est basé sur un certain nombre d'études et d'hypothèses et repose sur six facteurs clés: (1) le budget total disponible toutes sources confondues, (2) les dépenses des institutions sanitaires pour les dépenses courantes et du personnel, (3) le nombre d'indicateurs et leur poids relatif, (4) le niveau de la ligne de base et les projections des outputs, (5) le nombre d'institutions sanitaires à contracter et leur population de référence, et (6) les activités de gestion et de suivi du programme FBR. C'est essentiellement à partir de cet outil que le MSPP fixe les tarifs des indicateurs et estime le coût du programme.

V. 6. L'outil d'indice

L'outil d'indice est un fichier Excel mis à la disposition des structures sanitaires par l'UC, qui permet aux structures sanitaires de faire une allocation des recettes et de calculer les primes individuelles du personnel en fonction de critères objectifs standardisés. Le format standard pour chaque type de prestataire est préparé et mis à jour, le cas échéant lors d'une réunion du GT/FBR.

V.7. Le portail du FBR (Base de Facturation)

Le portail FBR est un outil avec une interface permettant l'alimentation et l'extraction des données du paquet d'indicateurs subventionnés. Cela permet l'analyse et la visualisation des données accessibles au grand public. Il sert principalement à générer entre autres les factures et les rapports sur l'évolution des indicateurs subventionnés entre autres. Le portail FBR est accessible en ligne, par internet (<http://fbr.mspp.gouv.ht/>)

V.8. Termes de référence des firmes d'Assistance Technique au niveau départemental

Les Directions Sanitaires contractualisées bénéficient de l'encadrement technique d'une firme recrutée à cette fin. Les termes de référence de cette assistance technique détaillent les missions de la firme ainsi que les modalités pratiques de cet appui technique. Dans les termes de référence, on retrouve la mission de l'Assistance technique qui consiste à assurer le renforcement continu des capacités à différents niveaux du système sanitaire au niveau départemental, dans le respect des règles de l'art, des normes et procédures en vigueur, et en se conformant scrupuleusement au Manuel Opérationnel du FBR. Les présents termes de référence précisent également les principales tâches spécifiques de la firme qui sera recrutée pour la fourniture de l'assistance technique, en étroite collaboration avec l'Unité de Contractualisation (UC) et les structures décentralisées du MSPP.

De manière spécifique, la firme d'assistance technique doit appuyer chacun des acteurs afin qu'il remplisse de manière efficace les tâches qui lui sont confiées dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, hormis l'AEV et les ASLO dont l'encadrement est assuré dans le cadre de la fonction de vérification. La firme d'assistance technique est également appelée à fournir son appui technique aux formations des acteurs du FBR planifiées et organisées par l'UC au niveau national et/ou départemental.

a. De l'assistance technique à la DDS, aux UAS et CDAI

La mission de la firme d'assistance technique consiste à encadrer l'équipe de la DDS principalement dans :

- l'élaboration des plans d'affaire de la DDS ;
- la gestion des contrats de performance des IS, par :
 - la sélection des institutions éligibles au contrat en respectant les critères d'éligibilité,
 - l'analyse de la pertinence, la cohérence et l'adéquation des plans d'action semestriels des IS avec les plans opérationnels de la DDS ;
 - la négociation des contrats d'achat des résultats avec les IS ;
 - la validation des Plans d'action des IS contractualisées ;
- la coordination du Comité Départemental de Pilotage par :
 - l'identification des sujets prioritaires à étudier ;
 - la préparation de l'agenda des réunions ;
 - le suivi de la mise en œuvre des résolutions/recommandations du comité
- la gestion administrative et financière de la DDS par :
 - le respect des procédures et des directives de gestion des fonds ;
 - la planification des dépenses de la DDS ;
 - la tenue à jour de la liste des ressources humaines de la DDS ;
 - l'utilisation correcte et systématique de l'outil d'indice ;
 - l'évaluation périodique du personnel de la DDS à l'aide de la grille transmise par l'UC ;
 - l'analyse financière et l'élaboration des rapports ad hoc ;
 - la proposition des mesures correctives à entreprendre en cas d'anomalie quelconque dans la gestion des fonds ;
- l'élaboration des plans d'affaires annuels des IS ;
- le suivi de la gestion administrative et financière des IS par :
 - le respect des procédures et des directives de gestion des fonds ;
 - la planification des dépenses de chaque IS ;
 - le respect des modalités d'attribution des primes de performance au personnel des IS

- la vérification des listes du personnel des IS ;
- l'utilisation correcte et systématique de l'outil d'indice ;
- l'évaluation individuelle du personnel à l'aide de la grille transmise par l'UC ;
- l'analyse financière des fiches (outil d'indice) transmises par les IS et l'élaboration du rapport synthèse ad hoc ;
- la proposition des mesures correctives à entreprendre en cas d'anomalie quelconque dans la gestion des fonds ;
- la planification des supervisions formatives intégrées des IS ;
- l'analyse et l'exploitation des rapports trimestriels d'évaluation de la qualité des prestations des IS;
- l'analyse des données/des rapports mensuels des IS;
- la mise à disposition des IS des intrants et des outils de gestion nécessaires ;
- l'appui au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBR au niveau départemental au travers du CDP et en collaboration avec l'UC ;
- la sécurisation de tous les documents administratifs et financiers, des rapports d'activités des IS ainsi que des rapports d'évaluation.

Le même type d'assistance technique doit s'étendre et inclure les UAS en fonction de leurs attributions au cas où elles seraient fonctionnelles dans le Département Sanitaire.

L'assistance technique appuie également le Central Départemental d'Approvisionnement en Intrants (CDAI) dans la planification et l'amélioration du système d'approvisionnement et de distribution des médicaments au niveau des IS du département sanitaire.

b. De l'assistance technique au Comité Départemental de Pilotage

Au niveau du CDP, la firme d'assistance technique doit fournir un appui à :

- l'analyse des données quantitatives et qualitatives transmises par l'AEV ;
- l'exploitation des rapports de vérifications communautaires réalisées par les ASLO ;
- la rétro-information des constats issus des différentes analyses vers les prestataires des soins.

c. De l'assistance technique aux IS (HD, HCR, CS)

En collaboration avec l'équipe de la DDS/UAS, la firme d'assistance technique est chargée d'assurer le coaching des prestataires de soins en vue d'améliorer continuellement leur performance en quantité et en qualité des prestations. Le coaching porte particulièrement sur :

- l'analyse de la situation de l'IS pour identifier les problèmes qui entravent l'amélioration de la couverture et de la qualité des services ;

- l'acquisition des intrants et des outils de gestion ;
- la fixation des cibles à atteindre pour chaque activité ;
- l'identification des stratégies novatrices d'amélioration des performances ;
- l'élaboration des plans d'actions réalistes ;
- l'analyse financière de l'IS, la planification des dépenses et l'utilisation correcte de l'outil d'indices ;
- l'évaluation individuelle du personnel à l'aide de la grille ad hoc standardisée ;
- l'attribution des primes au personnel suivant les directives édictées par l'UC via la DDS ;
- l'auto-évaluation périodique et l'identification des goulots d'étranglement ;
- l'élaboration des différents rapports d'activités.

CHAPITRE VI : LE SYSTEME DE VERIFICATION

Dans le modèle contractuel d'Haïti, la vérification au niveau des IS comprend trois volets : la vérification de la quantité, la vérification de la qualité et la vérification communautaire (vérification de l'authenticité des prestations et de la satisfaction des clients).

La vérification de la quantité et de la qualité des prestations réalisées par les IS est effectuée trimestriellement par des vérificateurs de l'Agence Externe de Vérification (externe et indépendante par rapport à la hiérarchie administrative du système de santé haïtien).

La vérification communautaire est réalisée trimestriellement sur base d'un échantillonnage de patients, sur la responsabilité de l'AEV qui doit utiliser une méthodologie acceptée par le MSPP à travers l'UC.

La vérification de la performance des DDS, et des CDAI (et éventuellement des UAS), est réalisée trimestriellement par une équipe compétente de l'AEV, à l'aide des grilles d'évaluation standards ad hoc (Annexes du présent Manuel Opérationnel).

VI.1. De la vérification des prestations quantitatives

La vérification des données quantitatives des IS est effectuée trimestriellement pour chaque structure de santé. La vérification est échelonnée sur une période de trois mois. L'AEV s'assure que toutes les structures contractualisées sont vérifiées dans les **20 jours** calendaires qui suivent la fin du trimestre.

Les IS transmettent à la DDS avant le 5 de chaque mois le rapport d'activités SISNU du mois précédent (rapport des données primaires issu des registres d'activités). Au rapport mensuel SISNU est annexée une fiche des données déclarées concernant les indicateurs contractualisés. Les vérificateurs se basent sur les données déclarées dans la fiche de déclaration pour initier la vérification.

Avant d'effectuer la vérification, les vérificateurs doivent d'abord s'assurer que l'IS concernée a élaboré son rapport SISNU du mois précédent (si la vérification est faite a rythme mensuel) ou les rapports SISNU des trois derniers mois (si la vérification porte sur le trimestre) avec en annexe de chaque rapport la fiche des données déclarées en rapport avec les indicateurs contractualisés.

En cas d'absence du rapport SISNU, les vérificateurs font quand même la vérification mais attribuent zéro (0) montant pour chaque indicateur contractualisé. Ils dressent un PV de vérification spécifiant notamment que la structure n'a pas élaboré son rapport mensuel.

Des tablettes, équipées d'une application connectée à l'outil OpenRBF, seront mises à la disposition des agences de vérification par l'UC. Les agences de vérification devront utiliser cet instrument une fois qu'il est opérationnel afin de permettre à l'UC de disposer des données immédiatement, et donc d'accélérer les paiements, et de suivre en continu le processus de vérification.

Le vérificateur regarde la conformité des données rapportées dans le SISNU et sur la fiche des données FBR déclarées en parcourant les registres d'activités. La vérification des données est réalisée à travers l'analyse de la cohérence des registres, des fiches de consultations, des données de la pharmacie, de la comptabilité de la structure et de tout autre document qui atteste la réalité des services de santé déclarés par la structure.

Le processus de vérification exige la collecte de deux types de données :

- Données déclarées: il s'agit des données consignées sur la fiche de déclaration remplie au préalable par l'IS et annexée à la copie du rapport mensuel gardée au niveau de l'IS;
- Données vérifiées et validées : il s'agit de données quantitatives vérifiées dans les registres et respectant tous les critères exigés, c'est-à-dire des données correctement enregistrées avec toutes les indications requises (nom, âge, adresse, diagnostic, traitement, date...). Ce sont ces données validées qui seront facturées et payées à la structure moyennant considérations du niveau des écarts constatés par rapport aux données déclarées.

La vérification des registres peut mettre en évidence des différences par rapport à ce qui avait été rapporté dans le système national d'information sanitaire (SISNU). Cette vérification peut donner lieu à des corrections au niveau du rapport SISNU à travers le mécanisme de triangulation des données par la DDS. En l'absence de tablettes, ou en cas de dysfonctionnement d'une tablette, chaque vérificateur des AEV disposera d'un accès personnalisé à l'outil OpenRBF (base de facturation FBR), l'AEV se chargera d'introduire les données déclarées et celles vérifiées dans la base de facturation (Portail FBR).

Le MSPP est en train de mettre en place une nouvelle plateforme de gestion du SISNU à partir du logiciel DHIS2. La vision du Ministère est de connecter l'outil OpenRBF à l'entrepôt de données national pour faciliter la triangulation des données.

En l'absence de tablettes, deux factures trimestrielles provisoires seront réalisées par les vérificateurs. La facture trimestrielle est produite en deux exemplaires, une qui sera gardée à la structure évaluée pour classement et référence, et l'autre qui sera transmise au CDP par l'AEV comme support des données introduites dans l'outil OpenRBF.

En cas d'utilisation des tablettes, les vérificateurs signeront le rapport sur la tablette.

VI.2. Evaluation de la qualité au niveau des IS

VI.2.1. Evaluation de la qualité des prestations

La qualité des prestations est évaluée trimestriellement à l'aide d'une grille comprenant des composantes de qualité, déclinées en plusieurs indicateurs (plusieurs de ces indicateurs sont composites, c'est-à-dire regroupent un certain nombre d'éléments qui doivent tous être présents, ou cotés positivement, pour rapporter les points prévus). Cette grille permet de coter et de classer les différentes activités des centres de santé et des hôpitaux par rapport à des normes et des procédures en relation avec la qualité. Le résultat de cette évaluation prend la forme d'un « score de qualité technique » pouvant aller de 0 à 100%.

L'UC mettra à disposition des AEV une tablette avec une application de vérification qui supportera l'évaluation de la qualité des soins. Dans le cas de l'utilisation de la tablette, la validation du processus d'évaluation par le responsable de la structure et le vérificateur se fera par signature électronique sur la tablette.

VI.2.2. Vérification Communautaire

La vérification communautaire est réalisée trimestriellement à travers des associations locales, par des visites aux domiciles des bénéficiaires des services des IS et/ou par des appels téléphoniques.

La vérification communautaire vise 2 objectifs :

- authentifier au niveau communautaire les prestations déclarées par les institutions sanitaires;
- mesurer le degré de satisfaction de la communauté vis-à-vis des prestations de la structure sanitaire.

La vérification communautaire comprend 3 étapes :

- la vérification de l'existence des bénéficiaires tirés au sort dans les registres d'activités des structures sanitaires ;

- la vérification de l'authenticité de la prestation effectuée ;
- le degré de satisfaction des bénéficiaires des prestations.

La vérification communautaire conduit à un score de qualité (perçue) qui est déterminé sur base des résultats du dépouillement des fiches de vérification communautaire sur la responsabilité de l'AEV.

Le nombre de patients à retrouver sera en moyenne de 50 patients par IS (centre de santé et équivalent), et 100 patients par hôpital, par trimestre.

Il est estimé que les IS sont susceptibles d'enregistrer les numéros de téléphones d'environ 50% des patients dans les registres. Ces patients pourront donc être possiblement appelés.

L'UC fournira aux AEV deux outils pour faciliter ce processus :

- (i) un autre outil Android qui permet de générer les échantillons de patients. Ces échantillons seront remis à une ASLO/vérificateur pour effectuer la vérification communautaire. Cet outil permet également d'identifier des fraudes le cas échéant, et de calculer le score de satisfaction.
- (ii) un outil Android pour effectuer l'interview auprès des patients,

Les AEV doivent prévoir que les ASLO disposent de Smartphones Android avec GPS intégré et connexion internet. Cela permettra à l'AEV et à l'UC de suivre le processus d'interview patient, et de modifier facilement le questionnaire en cas de besoin.

Toutes les données de la vérification doivent être saisies sur le portail FBR.

Les termes de référence de l'AEV doivent tenir compte des éléments suivants :

1. Expertise requise pour l'AEV

a. Expérience de l'Agence

L'AEV doit avoir une expertise d'au moins un (1) an dans la mise en œuvre du FBR et une expérience de travail sur le terrain d'au moins cinq (5) ans dans le domaine de la Santé en Haïti.

b. Méthodologie de l'AEV pour la mission

L'AEV doit présenter une méthodologie détaillée (proposition technique) pour l'accomplissement de la fonction de vérification, dans le strict respect des prescrits du Manuel Opérationnel du FBR en Haïti.

c. Qualification du personnel clé

Pour assurer la fonction de vérification, l'AEV doit recruter un expert de niveau international chargé d'encadrer les équipes de vérification.

En outre, l'AEV doit recruter et former :

1. les membres des équipes de vérification;

2. les Associations Locales (ASLO) pour effectuer la vérification communautaire

Le nombre de vérificateurs est fixé en fonction du nombre d'IS en considérant que le cycle de vérification se termine dans les 14 jours après chaque trimestre.

L'équipe chargée de la vérification doit être constituée de membres de profils suivants :

- professionnels de santé (infirmiers) disposant chacun d':
 - un diplôme de niveau universitaire dans le domaine de la santé ;
 - une expérience professionnelle d'au moins 2 ans comme superviseur polyvalent des IS ou une expérience d'au moins 3 ans de prestation dans une institution sanitaire ;
 - une expérience dans la mise en œuvre du FBR serait un avantage ;
 - une maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint) ;
 - être disposé à travailler sur le terrain dans n'importe lequel des Départements concernés ;
- Un (1) médecin disposant d' :
 - une expérience d'au moins 3 ans de prestation dans une IS ;
 - une expérience dans la mise en œuvre du FBR serait un atout;
 - une capacité et une expérience de travail en équipe ;
 - une bonne connaissance de la langue française et du Créole;
 - une maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint) ;
 - être disposé à travailler sur le terrain dans n'importe lequel des Départements concernés;
- Un (1) membre de l'équipe disposant d':
 - un diplôme de niveau universitaire dans le domaine de la gestion, comptabilité, économie ou discipline connexe ;
 - une expérience professionnelle dans le domaine de la gestion d'une institution publique ;
 - une expérience dans le domaine de la santé serait un avantage ;
 - une maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint) ;
 - être disposé à travailler sur le terrain dans n'importe lequel des Départements concernés;

La firme doit, dans sa méthodologie, décrire les modalités d'utilisation des ressources, y compris la composition des équipes, en s'assurant de la polyvalence de ces dernières en vue de garantir des évaluations efficaces et objectives des différents volets d'activités des structures sanitaires.

2. Choix des enquêteurs de l'Association Locale (ASLO)

L'association locale identifie met sur pied une équipe mixte composée des deux sexes, par aire de santé. Après une session de formation, des enquêteurs seront enrôlés pour la vérification communautaire. Le choix des enquêteurs est basé sur les critères suivants :

- Bien lire, écrire et comprendre la langue locale, la connaissance du français étant un atout ;
- Etre disponible pendant toute la durée de l'enquête ;
- Etre capable de réaliser ses visites domiciliaires avec ses propres moyens de déplacement ;
- Etre capable d'accomplir ses tâches dans une atmosphère familiale avec fidélité, confidentialité, discipline, franchise et intégrité.

3. Choix des ménages à visiter/téléphoner

Les vérificateurs de l'AEV tirent un échantillon des cas à rechercher par des visites ou des appels, dans les registres d'activités de l'IS en relation avec les indicateurs subventionnés.

L'échantillon est tiré dans les registres pour le trimestre concerné par la vérification.

Si le nombre de patients résidant à l'étranger ou en dehors du département semble anormalement important parmi le cas tirés au sort, il peut s'agir d'un mouvement réel de la population patients résidant à l'étranger ou dans un autre département, ou encore d'une possibilité de fraude qu'il faudrait chercher à écarter. Dans ce cas, le vérificateur le notifie dans son rapport de vérification pour que cette question soit par la suite mise à l'ordre du jour de la réunion du CDP qui, en collaboration avec les AEV, statuera sur les mesures à entreprendre.

CHAPITRE VII. CIRCUIT, DELAIS DE PAIEMENT ET ALLOCATION DES FONDS DANS LE CADRE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

VII. 1. Circuit et délais de paiement des factures FBR

VII.1.1. Pour les Prestations des structures de soins

Le processus de paiement des structures passe par la vérification trimestrielle des données déclarées par les structures. Cette vérification commence après le 5 du mois qui suit le trimestre, date limite requise pour la soumission du dernier rapport mensuel SISNU par les IS.

Ce processus s'étend sur une période de 28 jours et est ainsi décliné :

- Vérification quantitative, qualitative et communautaire par l'AEV : 10 jours ouvrables après la soumission dans les délais requis du rapport mensuel SISNU ;
- Préparation de la présentation des Procès-Verbaux (PV) de la vérification pour validation: 1 jour
- Présentation et validation des PV de l'AEV par le CDP : 1 jour
- Elaboration et transmission à l'UC du rapport de vérification et des factures trimestrielles par l'AEV : 5 jours ouvrables
- Compilation et validation des demandes de paiement et transmission à la structure fiduciaire par l'UC : 5 jours ouvrables;

- Analyse et contrôle des engagements des dépenses par la structure fiduciaire: 3 jours ouvrables ;
- Engagement, liquidation, ordonnancement et virement des fonds sur les comptes des bénéficiaires: 3 jours ouvrables.

VII.1.2. Pour les prestations de la DDS / UAS/CDAI

Le circuit de paiement des DDS, UAS et CDAI s'étend sur une période de 15 jours ouvrables et commence 3 jours après la fin du trimestre et est ainsi décliné.

- La vérification : 3 jours ouvrables
- La réception et l'analyse des rapports, validation, consolidation des résultats et validation des factures par l'UC : 5 jours ouvrables ;
- La transmission des demandes de paiement à la structure fiduciaire par l'UC : 1 jour;
- L'analyse et contrôle par la structure fiduciaire des engagements des dépenses publiques, signature par le Ministre du MSPP et transmission des demandes d'engagement : 3 jours;
- L'engagement, la liquidation, l'ordonnancement et le virement des fonds sur les comptes des bénéficiaires : 3 jours.

Pour promouvoir la transparence, l'efficacité et le partage automatique des informations concernant le circuit de paiement, **un système d'alerte** pour le suivi des délais est paramétré sur le portail informatique OpenRBF du MSPP. Ce système, à l'aide de clignotant sur le Portail FBR indiquera l'action requise dans les limites de temps définies, à chaque étape du processus de paiement.

VII. 2. Allocation des fonds du FBR

Le niveau et les modalités de paiement des résultats des structures contractualisées ainsi que des primes de performance individuelle sont définis par le niveau central du MSPP en fonction des priorités nationales de santé, des objectifs à atteindre et du budget disponible.

Les différentes rubriques **du budget global du FBR** en Haïti sont les suivantes :

- Avance de démarrage
- Assistance technique
- Formation, suivi et évaluation
- Vérification
- Paiement des résultats

De manière générale, le costing du FBR prend en compte certains éléments notamment :

- L'isolement géographique par rapport à la direction départementale
- L'éloignement par rapport au lieu d'approvisionnement ;

- Le nombre de personnes non solvables ;
- Les besoins en personnel ;
- Les besoins en investissements.

Pour réaliser les activités et mettre en œuvre son Plan d'affaires Annuel élaboré et validé, en plus des fonds du FBR, l'institution investit les fonds issus couramment des paiements des assurances ou des patients pour des services reçus, en plus de l'assistance technique éventuelle.

Les primes reçues sur base de performance sont allouées de la manière suivante :

Au niveau des structures de soins, les fonds reçus tributaires des résultats sont utilisés à concurrence de :

- **au moins 50%** du total de fonds pour améliorer le fonctionnement et la qualité des prestations :
 - Formation, recyclage ;
 - Stratégies avancées et/ou motivation des acteurs communautaires ;
 - Frais de fonctionnement et de petits investissements.
- **jusqu'à 50%** du total de fonds pour le paiement des primes de performance individuelle, dont le montant dépend pour chacun de :
 - son niveau de responsabilité (fonction) ;
 - sa performance individuelle ;
 - sa contribution aux résultats par présence physique et active au service.

Au niveau des DDS, UAS et CDAI, les fonds reçus en fonction des résultats sont utilisés à concurrence de :

- **au moins 40%** pour le fonctionnement
 - activités et réunions du CDP ;
 - descente sur terrain ;
 - bureautique ;
- **jusqu'à 60%** pour rétribution du personnel en fonction de
 - son niveau de responsabilité (fonction) ;
 - sa performance individuelle ;
 - sa contribution aux résultats par présence physique et active au service.

Comme énoncé au départ, les structures contractualisées continuent de recevoir parallèlement, les fonds de fonctionnement habituels pris en charge par le MSPP ainsi que ceux des PTFs.

Au niveau de chaque structure sanitaire, les primes individuelles de personnel sont réparties en utilisant l'**Outil d'indice**. Pour assurer la transparence, les critères de répartition pris en compte à travers l'outil

d'indices utilisés pour la période sont régulièrement présentés à l'ensemble du personnel dans une réunion ad hoc.

CHAPITRE VIII. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU FBR

Le Financement Basé sur les Résultats requiert particulièrement une efficacité dans la mise en œuvre et une transparence dans l'utilisation des fonds ainsi qu'une bonne gouvernance en général. Pour ce faire, un système de suivi/évaluation est essentiel pour :

- Mesurer le progrès dans la mise en œuvre du FBR;
- Détecter en temps utiles les problèmes de mise en œuvre afin d'y apporter des solutions nécessaires par une planification dynamique des interventions;
- Suivre les effets des interventions sur la population bénéficiaire et les coûts qui y sont associés: il s'agit de voir dans quelle mesure les résultats escomptés sont en train d'être atteints ainsi que les propositions de modifications pour améliorer l'efficacité et l'efficacités des interventions ;
- Démontrer le degré de réussite du programme en général ;
- Disposer d'informations nécessaires pour toutes les parties prenantes ;

VIII.1. Constituants du système de suivi-évaluation FBR

VIII.1.1. Les principaux outils

A. Portail FBR

Les données déclarées dans le rapport mensuel SISNU, pour les services subventionnés par le FBR, sont saisies dans la base de facturation par les AEV.

Après chaque vérification et à partir du rapport de l'AEV, les données validées viennent compléter l'information et servent de base pour le suivi de la performance des institutions sanitaires. Ces données sont agrégées et des analyses de tendance sont effectuées et partagées avec les directions départementales, chacune en ce qui les concerne.

Le document de feedback est un rapport synthétique de suivi qui reprend l'essentiel de la performance des IS par département pour le dernier trimestre. Les alertes et les propositions de redressement y sont aussi mentionnées.

B. Les rapports de suivi-évaluation (Procès-Verbaux, rapports de vérification et rapports de mission)

1. Un Procès-verbal est réalisé à la fin de l'évaluation de chaque structure. Ce procès-verbal reprend les données vérifiées pour chacune des structures contractualisées et est présente au CDP lors de la réunion de validation des données tenue par cette dernière.
2. A l'issue de la vérification des données, l'AEV élabore un rapport final vérification qui est transmis à l'UC. Il reprend l'essentiel de la performance des IS par département pour le dernier trimestre vérifié. On y retrouve des alertes et des propositions de redressement. Ce document sert de support au système de suivi-évaluation.
3. Des missions régulières sont réalisées sur le terrain dans le but d'évaluer la mise en oeuvre du FBR. Un rapport est élaboré à l'issue de chaque mission de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du FBR.

C. Tableau de bord

Le tableau de bord permet à tout moment de suivre l'évolution de chaque indicateur, aussi bien quantitatif que qualitatif. Tiré de la base de facturation, ce tableau de bord permet d'analyser la situation pour l'ensemble des indicateurs ou pour un groupe d'indicateurs selon les besoins.

VIII.1.2. Acteurs du système de suivi-évaluation

A. Institutions sanitaires

Les IS enregistrent les prestations faites dans les différents fiches et registres d'information sanitaire et consignent dans un rapport mensuel SISNU les données de tous les services, auquel rapport est annexée une fiche de déclaration pour les services subventionnés dans le cadre du FBR. Ce sont ces données dites déclarées qui seront vérifiées chaque trimestre par l'AEV, selon le système de vérification établi.

B. Unités d'Arrondissement de Santé et Directions Départementales Sanitaires

Les UAS et les DDS encadrent les IS, effectuent le premier contrôle et le suivi des données transmises mensuellement par les IS. A ce stade, des corrections peuvent encore être faites. Les DDS analysent ces données déclarées.

C. Agence Externe de Vérification (AEV)

Au cours du processus de vérification, l'AEV enregistre les données déclarées par l'IS. Après la vérification au niveau des IS, l'AEV rédige et présente un rapport portant essentiellement sur les données vérifiées lors d'une rencontre du CDP. A l'issue de celle-ci, les données vérifiées par l'AEV sont validées. Elles sont ensuite enregistrées par l'AEV dans la base de facturation FBR.

Le rapport technique élaboré par l'AEV après la vérification au niveau des IS, des CDAI et des UAS/DDS fournit entre autres, des analyses préliminaires et des recommandations sous forme de propositions.

D. Comité Départemental de Pilotage (CDP)

Après la vérification trimestrielle au niveau des IS, le CDP se réunit pour valider les extrants de la vérification. Au cours de cette rencontre, les résultats présentés par l'AEV sont discutés et validés.

E. L'Unité de Contractualisation

Dans le cadre du FBR, l'UC est le niveau central de stockage, de traitement des données validées, d'analyse de l'information et des différents rapports. Elle est également chargée de la gestion et du développement du système de suivi/évaluation national, en collaboration avec l'UADS, l'UEP, la DOSS et les autres acteurs-clés. Elle travaille avec l'ensemble des directions centrales du MSPP à travers des organes spécifiques (GT, CNP), de manière à fournir les meilleurs éléments d'information pour une prise de décision stratégique et/ou opérationnelle éclairée.

VIII.1.3. Suivi et Evaluation, Evaluation d'Impact et Recherche action dans le cadre du FBR

A. Suivi

Le suivi quotidien de la mise en œuvre du FBR au niveau national se fait essentiellement à partir des différents outils cités dans la section précédente. L'UC fournit trimestriellement un rapport de mise en œuvre du FBR à la Direction Générale et au CNP.

B. Evaluation

L'évaluation du processus de la stratégie FBR s'apparente au suivi de celle-ci et se focalise sur le suivi des progrès et des risques et l'adoption de mesures correctrices si nécessaire. L'évaluation du processus fournira de l'information sur la performance des institutions sanitaires, les approches innovantes développées au niveau des établissements de santé afin d'améliorer leur niveau de performance, et les conséquences imprévues du programme. Elle est réalisée par l'UC en collaboration avec le GT/FBR à partir d'outils spécifiques ; il s'en suit un rapport ad hoc qui est présenté au CNP.

C. Evaluation d'impact

L'objectif de l'Evaluation d'Impact (EI) est de mesurer l'impact du FBR sur les résultats de santé prioritaires, les dépenses de santé des ménages et les fonctions clés du système de santé haïtien. Elle se fait sur la base d'une comparaison selon un montage particulier. Les caractéristiques spécifiques à l'Evaluation d'Impact sont présentées dans une note conceptuelle, disponible à l'UC mais non annexée au présent manuel.

D. Recherche-action

Des organismes spécialisés tels que des institutions universitaires, les agences de recherche ou des bureaux de conseils peuvent être sollicités pour la conduite ou l'encadrement des études de recherche par l'Unité de Contractualisation.

L'UC avec la participation des autres directions du MSPP et/ou des instituts nationaux de recherche, élabore un agenda de recherche opérationnelle prioritaire. Les thèmes et domaines de la recherche opérationnelle sont définis en fonction des expériences dans la mise en œuvre du FBR, des besoins et lacunes de compréhension/connaissances identifiés et des stratégies innovatrices envisagées.

Un cadre de dissémination de résultats est créé, tel qu'une conférence annuelle ou un atelier semestriel de dissémination, susceptible de stimuler les recherches, de capitaliser les connaissances et les résultats, et enfin alimenter la planification des nouvelles phases et la réorientation des nouvelles stratégies d'intervention.

CHAPITRE IX. REGLEMENT DES LITIGES ET SANCTIONS

Pour tout cas de litige qui surviendrait dans le cadre de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats, le dialogue et le règlement à l'amiable sont privilégiés en premier lieu, et le recours à la médiation par le niveau hiérarchiquement supérieur est conseillé en second lieu. En cas de non compromis, le MSPP à travers ses services habilités et le CNP, prendra une décision définitive pour régler le différend.

IX.1. Règlement des litiges et sanctions au niveau des structures de soins

En cas de non-respect de principes du FBR, la structure de soins contractualisée s'expose à des sanctions allant de la pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension temporaire des primes de performance à l'encontre des individus coupables, pour entre autres raisons :

- création de données fictives ou toute fraude dans le remplissage de fiches, rapports ou tout autre document pris en compte pour la vérification et dans le calcul du montant de paiement de la structure;
- persistance des prestations de mauvaise qualité constatées lors des évaluations trimestrielles de qualité;
- mauvaise performance en fonction des objectifs fixés tels que définis dans le plan d'action semestriel ;
- entrave aux activités de vérification.

Il revient à la DDS, à travers le CDP et en collaboration avec l'AEV de déterminer le degré et la sévérité de la faute, ainsi que les sanctions à infliger à la structure et/ou aux individus, ainsi que de proposer d'éventuelles mesures administratives à l'autorité compétente à l'endroit de l'équipe dirigeante de la structure.

IX.2. Règlement des litiges liés à la motivation du personnel

En cas de faute lourde d'un employé d'une Institution Sanitaire, le responsable de la structure peut décider de suspendre les primes de l'employé en question pendant une durée maximale de trois (3) mois. Toutefois, cette décision devra être soumise à l'approbation du CDP.

En dehors des sanctions prévues dans le cadre du FBR, des mesures administratives telles que prévues par la loi seront appliquées à l'encontre du personnel fautif en fonction de la gravité de la faute commise.

IX.3. Règlement des litiges et sanctions au niveau de la DDS

En cas de non-respect des principes du FBR, la DDS s'expose à des sanctions sous forme de pénalité pécuniaire ou même de mesures administratives prévues par la loi à l'encontre du personnel fautif en fonction de la gravité de la faute commise, notamment en cas de :

- création de données ou d'activités fictives ou toute fraude dans le rapportage pris en compte dans le calcul de sa rémunération ;
- manquement aux engagements et/ou récidives de prestations de mauvaise qualité constatées à travers les évaluations de la performance de la DDS.

Des sanctions seront infligées à l'équipe ou aux individus dont la responsabilité est établie, selon le degré et la gravité de la faute. Ces sanctions peuvent être entre autres, le non-paiement des primes, les mesures administratives proposées à l'autorité compétente à l'endroit de l'équipe dirigeante ou à l'encontre des individus concernés de la DDS.

N.B. Les modalités détaillées de règlement d'éventuels conflits sont précisées dans le mémorandum d'entente pour le FBR à chaque niveau.

IX.4. Règlement des litiges entre l'AEV et les structures contractualisées

En cas de litige entre l'AEV et les structures du département de santé concernant l'exécution des tâches respectives, l'UC sera saisie par l'une ou l'autre des parties pour trouver une résolution.

Si aucune solution n'est trouvée, le MSPP pourrait se saisir d'office du cas de litige ou de dysfonctionnement avéré dans les relations entre l'AEV et les structures de soins d'un département de

santé. Après avis du GT/FBR et du CNP, le MSPP prend des décisions finales et non susceptibles de recours. L'UC se charge d'assurer le suivi de la mise en application de ces décisions.

IX.5. Règlement des litiges au niveau des ASLO chargées de la vérification communautaire

Une association locale actrice dans la vérification communautaire pourrait être sanctionnée pour les raisons de non-respect de ses engagements notamment en cas de:

- mauvais remplissage ou un remplissage incomplet d'une fiche de vérification ;
- remise tardive de l'ensemble des questionnaires remplis, au-delà du délai prévu par le contrat qui lie l'ASLO à l'AEV ;
- non-exécution de la vérification commissionnée ou le remplissage du questionnaire avec des fausses données.

Les clauses du contrat entre l'AEV et les associations locales précisent les conditions et les modalités de règlement de litiges et de résiliation du contrat.

CHAPITRE X. PROCEDURES DE MISE A JOUR DU MANUEL OPERATIONNEL ET DE SES ANNEXES

La mise à jour du présent Manuel Opérationnel du FBR est envisagée pour garantir son caractère dynamique.

La mise à jour de ce manuel peut être nécessaire si :

- le montage institutionnel du FBR évolue ;
- la répartition des tâches, entre les intervenants, subit des aménagements ;
- les textes et les règlements qui régissent le système changent ;
- des modifications s'avèrent nécessaires afin d'améliorer l'efficacité du système de gestion.

La décision d'opérer des mises à jour revient au CNP sur proposition de l'UC. La mise à jour passe par les étapes successives suivantes :

- identification des mises à jour recommandées par les acteurs;
- mise à jour proprement dite des procédures concernées et création des fiches référencées à incorporer au manuel par le Groupe Technique FBR ;
- validation et décision de mise en application des modifications faites ou des procédures nouvelles par le MSPP et le CNP ;
- diffusion de la mise à jour auprès de l'ensemble des intervenants par l'UC.

Les outils de mise en œuvre du FBR constituent des annexes du présent Manuel. Ils peuvent être révisés à tout moment, tout comme de nouveaux outils pourraient être produits et adaptés, pour des raisons opérationnelles objectivées.

La révision du manuel et des outils/annexes, et/ou l'introduction d'un nouvel outil, incombe à l'UC en collaboration avec le GT/FBR. Dans ce cas, une note complémentaire au Manuel Opérationnel est élaborée et adressée à toutes les parties prenantes, portant sur les amendements effectués ainsi que les modalités de mise en application.

ANNEXES

Annexe 1. Mémoire d'entente DDS et MINISTRE



No.....

Port-au-Prince, le

L'an Deux Mille , An 21^{ème} de l'Indépendance.

MEMORANDUM D'ENTENTE

MÉMOIRE D'ENTENTE FIXANT LE FINANCEMENT DE LA DDS SUR BASE DE SA PERFORMANCE

Entre :

D'une part, le **Ministère de la Santé Publique et de la Population**, (MSPP en sigle) ci-après désigné « **Le Ministère** », représenté par le Ministre

Et

D'autre part, la **Direction Départementale Sanitaire** du, ci-après désignée «**DDS** » ou «**DS.....** », représentée par son Directeur

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le Financement Basé sur les Résultats, voulu par le Ministère de la Santé Publique et de la Population comme une stratégie de financement du système de santé est un instrument de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé et vise le «renforcement de la performance de la fourniture des soins de santé». Le manuel de procédures, Manuel Opérationnel du Financement Basé sur les Résultats, en est le document de référence.

Il s'agit d'une contractualisation interne des résultats. Les deux parties se mettent d'accord sur un cadre de résultats et le paiement s'effectue après vérification.

Le présent «mémoire d'entente» en consigne les conditions générales et spécifiques, tandis que les planifications annuelles et trimestrielles préciseront respectivement la logique d'intervention et l'utilisation des ressources humaines, matérielles, financières, ainsi que les échéances.

Article 1 : Objectif Général du mémorandum d'entente

Le présent mémorandum d'entente a pour objectif principal de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du département de , par l' amélioration de la coordination de l'action sanitaire, l'organisation générale des activités et des soins, l'encadrement et la gestion des structures en vue d'une amélioration de l'accessibilité, de l'utilisation et de la qualité des soins de santé en Haïti.

Article 2 : Objectifs spécifiques poursuivis

La mise en œuvre des activités prévues dans le cadre de ce mémorandum d'entente permettra à la **DDS** d'assumer les fonctions qui lui sont dévolues, à savoir :

1. mettre en œuvre la politique sanitaire du gouvernement dans les limites géographiques de son département ;
2. coordonner toutes les activités des services et établissements sanitaires du département.

Article 3 : Durée du mémorandum d'entente

Le présent mémorandum d'entente est valable pour une durée d'une année fiscale et ne peut faire l'objet d'une tacite reconduction.

Article 4 : Le présent mémorandum d'entente fixe :

1. les engagements respectifs des parties ;
2. les modalités de la mise en œuvre du mémorandum ainsi que de l'octroi des moyens et des primes de performance de la **DDS**.

Article 5 : Définition de la DDS

La **Direction Départementale Sanitaire (DDS)** a pour mission d'assurer un accompagnement administratif, technique et logistique des institutions de santé de sa juridiction, dans l'offre des soins de qualité. Elle a pour attributions de:

- mettre en œuvre la politique sanitaire du gouvernement au niveau de son département sanitaire;
- planifier les actions nécessaires à la mise en œuvre de la politique définie par le Ministère de la Santé Publique ;
- organiser en collaboration avec la direction de l'hôpital départemental et celle des hôpitaux communautaires de référence (HCR), les coordinations des UAS et les équipes cadres du département, l'offre des soins préventifs et curatifs telle que définie par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (Paquet Essentiel de Services) ;

- coordonner toutes les activités des services et établissements sanitaires publics et privés de son département;
- assurer la supervision et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées du département ;
- coordonner les activités de toutes les associations ou organisations s’occupant de la santé dans le département, en particulier les Organisations Non Gouvernementales de santé.

La **Direction Départementale Sanitaire (DDS)** de se compose actuellement d’un staff technique et administratif dont la liste est en annexe.

Article 6 : Des engagements du Ministre de la Santé Publique et de la Population

Dans le cadre du présent mémorandum d’entente, **le Ministère** s’engage à fournir les directives et l’appui nécessaire à la **DDS**, par le biais des différents services du niveau central du MSPP afin qu’elle puisse remplir ses missions.

Le Ministère, s’engage à accomplir les tâches qui lui sont assignées pour la rémunération de la **DDS** en contrepartie de ses résultats conformément aux critères définis dans le Cadre de Résultats en annexe au présent mémorandum d’entente.

Article 7: Des engagements de la Direction Départementale Sanitaire

L’équipe de la **DDS** décrit la logique d’intervention dans le plan d’affaire annuel qui reprend toutes les activités qui lui permettront d’atteindre les objectifs annuels, avec un chronogramme précis ainsi que les ressources humaines, matérielles et financières à mobiliser ;

Dans le cadre du présent mémorandum d’entente, **la DDS** s’engage à mettre en œuvre les activités suivantes :

- Ordonnancement et Archivage
- Planification annuelle et trimestrielle des activités de la DDS
- Tenue régulière d’au moins six (6) réunions de staff
- Organisation d’au moins une (1) réunion trimestrielle de table sectorielle
- Organisation d’au moins une (1) réunion trimestrielle du Comité Départemental de Pilotage
- Analyse et transmission des données du SISNU
- Supervision et coaching des UAS et/ou des Institutions de Santé
- Supervision trimestrielle du CDAI
- Gestion financière
- Hygiène
- Suivi des réquisitions

La **DDS** doit également s'assurer de disposer des ressources humaines et matérielles nécessaires pour la réalisation des activités de ces dernières suivant les normes en vigueur.

Article 8 : Du Plan d'affaire

La **DDS**, avec l'appui et le coaching de l'Unité de Contractualisation du Ministère de la Santé Publique et de la Population ou à travers toute assistance technique disponible au niveau départemental, s'engage à élaborer un plan d'affaire annuel qui sera annexé au présent memorandum dont l'objectif sera de définir le cadre de résultats devant aider à l'amélioration de l'offre de soins dans le département sanitaire. Ce plan d'affaire, qui décrit les stratégies et les cibles, est divisé en plans trimestriels.

Article 9 : Evaluation de la performance de la structure

La **DDS** de est évaluée trimestriellement par une Agence Externe de Vérification (AEV) par rapport à son cadre de résultats et ses engagements décrits à l'article 7 du présent memorandum d'entente. Les critères de performance ainsi que les modalités d'évaluation sont définis dans la grille d'évaluation en annexe.

L'enveloppe disponible au paiement des primes de la DDS est subdivisée en deux (2) parties.

- Le score de l'évaluation de la performance de la DDS qui constitue 70% de l'enveloppe est directement lié aux résultats intrinsèques de la DDS (Grille d'évaluation de la DDS) de l'enveloppe disponible au paiement de la DDS.
- Suite à la responsabilité de la DDS qui est de coacher les IS, la performance de la DDS est donc liée à la performance des IS. De ce fait, les 30% restant seront attribués en fonction de 3 facteurs :
 - a) le score de qualité des IS (10%),
 - b) le taux d'atteinte des cibles par les IS (10%)
 - c) le taux de discordance entre les données déclarées et les données vérifiées des IS (10%)

a) Score qualité des IS du département :

10% du montant global disponible pour la **DDS** est attribué si le score moyen global de qualité des IS du département est supérieur ou égal à 75% ; dans le cas contraire, la DDS perd ces 10% ;

b) Taux d'atteinte des cibles planifiées pour les indicateurs quantitatifs :

10% du montant global disponible pour la DDS est attribué si 70% ou plus d'IS ont un taux d'atteinte des cibles quantitatives planifiées de plus de 75% ; dans le cas contraire, la DDS perd ces 10% ;

c) Taux de discordance entre les données déclarées et les données vérifiées :

10% du montant global disponible pour la DDS est attribué si 70% ou plus d'IS ont un taux de discordance de moins de 5%; dans le cas contraire, la DDS perd ces 10%.

Lorsque la performance de la **DDS** est en-dessous de 40%, aucune rémunération n'est effectuée.

Article 10 : Versement de fonds

Le paiement des subsides FBR est fonction de la performance de la DDS et se fera trimestriellement sur réquisition de l'Unité de Contractualisation en fonction du rapport de vérification validé.

Article 11. De la répartition des subsides

Les subsides FBR reçus en fonction des résultats de l'évaluation sont utilisés pour :

- le fonctionnement (activités et réunions de CDP, matériel bureautique, etc.), au moins 40%;
- la rétribution du personnel selon l'outil d'indice, jusqu'à 60%.

Article 12. Justification de l'usage des subsides FBR

Pour les besoins de vérification et d'audit, la **DDS** est tenue de conserver les justificatifs des dépenses – y compris les états de paiement des primes individuelles – réalisées avec les primes FBR conformément aux directives en vigueur au ministère en rapport avec la gestion des archives.

Article 13. Pénalités et sanctions

En cas de non-respect des principes du FBR, la **DDS** du s'expose à des sanctions allant de la simple pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension du mémorandum pour entre autres raisons:

- la création de données ou d'activités fictives ou toute fraude dans le rapportage pris en compte dans le calcul de sa rémunération ;
- le manquement aux engagements de la **DDS** ;
- la mauvaise utilisation des subsides ;
- l'entrave à la vérification.

Des mesures disciplinaires seront en outre envisagées à l'encontre des individus auteurs de fautes lourdes ou de comportements susceptibles d'entraver la mise en œuvre du FBR, tel que décrit dans le manuel opérationnel FBR.

Il reviendra au MSPP, à travers le Comité National de Pilotage du FBR (CNP) de déterminer le degré et la gravité de la faute, ainsi que des dispositions à prendre.

Article 14 : Suspension du mémorandum d'entente

Ce mémorandum d'entente pourra être suspendu sans préavis avant son terme dans les cas de force majeure tels que suspension de financement ou autres événements graves, imprévisibles et ou irréversibles se produisant en Haïti empêchant les parties d'exécuter leurs obligations respectives.

Article 15 : Révision

Les dispositions du présent mémorandum d'entente ainsi que les documents qui y sont annexés peuvent être révisés dans le cadre de la mise à jour du manuel opérationnel du FBR.

Article 16 : Annexes

Les annexes suivantes font partie intégrante du présent mémorandum d'entente:

- la liste actualisée des membres de l'équipe de la **DDS**
- le cadre des résultats composé des éléments suivants :
 - o le plan d'affaire annuel de la **DDS**
 - o la grille d'évaluation de la **DDS**

Article 17 : Déclaration d'engagement

Les deux parties acceptent les termes du présent mémorandum d'entente et s'engagent à les respecter.

Article 18 : Autres Considérations

Pour tout ce qui n'est pas stipulé dans le présent mémorandum d'entente, les parties devront se référer aux lois et directives en vigueur.

Article 19 : Entrée en vigueur

Le présent mémorandum d'entente entre en vigueur le jour de sa signature par le Ministre et la **DDS** du Les deux parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce mémorandum d'entente ainsi que du Manuel Opérationnel du FBR auquel celui-ci fait référence.

Fait à _____ en trois (3) exemplaires, le/...../20.....

Dr.....

**Ministre de la Santé Publique
et de la Population**

Dr

Directeur de la DS.....

Annexe 2. Mémoire d'entente DDS et UAS et la Grille d'évaluation



No.....

Port-au-Prince, le

L'an Deux Mille , An 21^{ème} de l'Indépendance.

MEMORANDUM D'ENTENTE

MÉMOIRE D'ENTENTE FIXANT LE FINANCEMENT DE L'UAS SUR BASE DE SA PERFORMANCE

Entre

D'une part, la **Direction Départementale Sanitaire**, représentée par le Directeur Départemental, Dr..... ci-après dénommée «**DDS**»

Et

D'autre part, l'**Unité d'Arrondissement de Santé**, représentée par Dr, Coordonnateur de l'UAS de, ci-après dénommée «**UAS**».

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le Financement Basé sur les Résultats, voulu par le Ministère de la Santé Publique et de la Population comme une stratégie de financement du système de santé est un instrument de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé et vise le «renforcement de la performance de la fourniture des soins de santé». Le manuel de procédures, Manuel Opérationnel du Financement Basé sur les Résultats en est le document de référence.

Il s'agit d'une contractualisation interne des résultats. Les deux parties se mettent d'accord sur un cadre de résultats et le paiement s'effectue après vérification.

Le présent «mémoire d'entente» en consigne les conditions générales et spécifiques, tandis que les planifications annuelles et trimestrielles préciseront respectivement la logique d'intervention et l'utilisation des ressources humaines, matérielles, financières, ainsi que les échéances.

Article 1 : Objectif Général du mémorandum d'entente

Le présent mémorandum d'entente a pour objectif principal de contribuer à l'amélioration de la performance des services de santé par une meilleure coordination des actions au niveau de l'UAS ainsi qu'un meilleur encadrement des Institutions sanitaires afin que celles-ci offrent des services et des soins de santé de qualité à la population du Département du, en Conformité avec la Politique Nationale de Santé.

Article 2 : Objectifs spécifiques poursuivis

La mise en œuvre des activités prévues dans le cadre de ce mémorandum permettra à l'UAS d'assumer les fonctions qui lui sont dévolues, à savoir :

1. coordonner l'action sanitaire dans les limites géographiques de l'arrondissement
2. superviser et contrôler les activités, projets et programmes de santé exécutés au niveau de l'arrondissement

Article 3 : Durée du mémorandum d'entente

Le présent mémorandum d'entente est conclu pour la durée d'une année fiscale et ne peut faire l'objet d'une tacite reconduction.

Article 4 : Le présent mémorandum d'entente fixe

1. les engagements respectifs des parties
2. les modalités de leur mise en œuvre et de l'octroi des moyens et des primes de performance à la DSS

Article 5 : Définition de l'UAS

L'Unité d'Arrondissement de Santé (UAS) a pour mission d'assurer un accompagnement technique des institutions de santé de sa juridiction, dans l'offre des soins de qualité. Elle a pour attributions de:

- Planifier les interventions sanitaires dans l'arrondissement ;
- Assurer le suivi de la gestion financière des structures sanitaires du département;
- Assurer une supervision formative intégrée et régulière des CS et des HCR ;
- Veiller à la disponibilité permanente des médicaments essentiels, consommables et dispositifs médicaux au niveau départemental;
- Analyser et exploiter les rapports trimestriels d'évaluation de la qualité des prestations des CS et HCR;
- Analyser les données transmises et transmettre les rapports mensuels SISNU dans les délais requis;

- Organiser conjointement avec l’HCR le réseau de référence au sein de l’arrondissement;
- Participer au règlement d’éventuels conflits de mise en œuvre du FBR au niveau de l’arrondissement en collaboration avec la DDS ;
- Enregistrer, photocopier, archiver et sécuriser tous les documents administratifs et financiers, les rapports d’activités des différentes structures de soins du département ainsi que les rapports d’évaluation de la qualité.

L’**Unité d’Arrondissement de Santé (UAS)** de se compose actuellement d’un staff technique dont la composition est en annexe.

Article 6 : Des Engagements de la Direction Départementale Sanitaire

Dans le cadre du présent mémorandum d’entente, **la Direction Départementale Sanitaire** s’engage à fournir les directives et l’appui nécessaire à l’UAS, par le biais de différents services afin qu’elle puisse remplir ses missions.

La DDS s’engage à accomplir les tâches qui lui sont assignées pour la rémunération de l’UAS en contrepartie de ses résultats conformément aux critères définis dans le Cadre de Résultats en annexe au présent mémorandum d’entente.

Article 7 : Des Engagements de l’Unité d’Arrondissement de Santé (UAS)

Dans le cadre du présent mémorandum d’entente, l’Unité d’Arrondissement de Santé s’engage à obtenir les résultats objectivables suivants pour le 1^{er} Trimestre (allant du au 20...) :

No	Activités	Sources de vérification	Critères d’appréciation	Pondération	
1	Ordonnancement et archivage	Livres et documents bien rangés et faciles à retrouver	Ordonnancement du matériel et des documents	2	5
			Utilisation d’un système de classification des livres et documents stratégiques	3	
2	Planification annuelle des activités de l’UAS	Document de planification annuelle	Présence d’un chapitre sur les généralités : situation de l’arrondissement, population, découpage administratif, économie (une page maximum)	3	20
			Analyse situationnelle : prendre en compte les éléments du SISNU de l’année précédente et les compléter	3	

			Liste des problèmes identifiés et priorisation sur base de critères précis et d'objectifs fixés (généraux ou spécifiques)	3	
			Définition des activités et élaboration d'un chronogramme de mise en œuvre	3	
			Elaboration du rapport d'évaluation trimestrielle de l'exécution du plan d'action annuel (activités planifiées, niveau de réalisation, activités réalisées mais non planifiées, difficultés rencontrées, solutions envisagées)	5	
			Elaboration du budget des activités	3	
3	Tenue régulière des réunions de staff	6 rapports de réunion de l'UAS avec liste de présence	Présence de l'ordre du jour qui comprend parmi les points un bilan des activités de chaque membre de l'UAS et divers	5	20
			Contenu de la présentation du bilan de chaque membre de l'UAS présent et perspective pour la période suivante (activités réalisées, problèmes rencontrés et perspectives)	5	
			Résumé des décisions prises suite aux présentations de chaque membre de l'UAS	5	
			Contenu des points divers, décisions prises et programmation de la réunion suivante	5	
4	Analyse et transmission des données du SISNU	Affichage des données SISNU au bureau de l'UAS et Accusé réception du rapport SISNU avant le 31 du mois en cours	Les données SISNU sont analysées chaque mois	10	15
			Un rapport est transmis au niveau central avant le 31 du mois en cours	5	
5	Supervision des institutions de santé	Rapport de supervision de l'UAS	Phase préparation: sources d'information, identification des problèmes, leur priorisation sur base de critères précis et objectifs fixés	5	20
			Phase de descente sur le terrain: observation indirecte des activités : rapport de supervision, de réunion de l'équipe de l'UAS, des documents comptables. Préciser la durée de cette phase et les problèmes identifiés	5	
			Phase de descente sur le terrain : dialogue : préciser la durée des échanges avec l'équipe de l'UAS sur le bilan des recommandations antérieures et sur les différents problèmes identifiés durant la phase de préparation et sur le terrain	5	

			Phase de descente sur le terrain : recommandations: préciser les recommandations retenues suite au dialogue	5	
6	Superviser le dépôt périphérique pharmaceutique et assurer l'approvisionnement des IS en médicaments Essentiels	Existence d'un rapport de supervision du dépôt périphérique pharmaceutique	Phase préparation: sources d'information, identification des problèmes, leur priorisation sur base de critères précis et objectifs fixés	5	20
			Phase de descente sur le terrain : durée de l'observation indirecte : tenue des fiches de stock et des autres outils mis en place, rupture des médicaments, évolution du chiffre d'affaire et problèmes identifiés	5	
			Phase de descente sur le terrain : dialogue : durée de dialogue avec les gestionnaires et les gérants sur les problèmes identifiés	5	
			Phase de descente sur le terrain: recommandations (préciser les recommandations retenues suite au dialogue)	5	
TOTAL				100	

L'UAS doit également s'assurer que les institutions sanitaires disposent des ressources (humaines et matérielles) nécessaires pour la réalisation de ses activités suivant les normes en vigueur.

Article 8 : Du Plan d'affaire

L'UAS, avec l'appui et le coaching de la DDS ou à travers toute assistance technique disponible au niveau départemental, s'engage à élaborer un plan d'affaire annuel qui sera annexé au présent memorandum dont l'objectif sera de définir le cadre de résultats devant aider à l'amélioration de l'offre de soins dans le département sanitaire. Ce plan d'affaire, qui décrit les stratégies et les cibles, est divisé en plans trimestriels.

Article 9 : Evaluation de la performance de la structure

L'UAS de est évaluée trimestriellement par une Agence Externe de Vérification (AEV) par rapport à son cadre de résultats et ses engagements décrits à l'article 7 du présent memorandum d'entente. Les critères de performance ainsi que les modalités d'évaluation sont définis dans la grille d'évaluation en annexe.

Lorsque la performance de l'UAS est en-dessous de 40%, aucune rémunération n'est effectuée.

Article 10 : Versement de fonds

Le paiement des subsides FBR est fonction de la performance de l'UAS et se fera trimestriellement sur réquisition de l'Unité de Contractualisation en fonction du rapport de vérification validé.

Article 11. De la répartition des subsides

Les subsides FBR reçus en fonction des résultats de l'évaluation sont utilisés pour :

- le fonctionnement : au moins 40%;
- la rétribution du personnel selon l'outil d'indice : jusqu'à 60%.

Article 12. Justification de l'usage des subsides FBR

Pour les besoins de vérification et d'audit, l'**UAS** est tenue de conserver les justificatifs des dépenses – y compris les états de paiement des primes individuelles – réalisées avec les primes FBR conformément aux directives en vigueur au ministère en rapport avec la gestion des archives.

Article 13. Pénalités et sanctions

En cas de non-respect de principes du FBR, l'**UAS** du s'expose à des sanctions allant de la simple pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension du mémorandum pour entre autres raisons:

- la création de données ou d'activités fictives ou toute fraude dans le rapportage pris en compte dans le calcul de sa rémunération ;
- le manquement aux engagements de l'**UAS** ;
- la mauvaise utilisation des subsides ;
- l'entrave à la vérification.

Des mesures disciplinaires seront en outre envisagées à l'encontre des individus auteurs de fautes lourdes ou de comportements susceptibles d'entraver la mise en œuvre du FBR, tel que décrit dans le manuel opérationnel FBR.

Il reviendra au MSPP, à travers le Comité National de Pilotage du FBR (CNP) de déterminer le degré et la gravité de la faute, ainsi que des dispositions à prendre.

Article 14 : Suspension du mémorandum d'entente

Ce mémorandum d'entente pourra être suspendu sans préavis avant son terme dans les cas de force majeure tels que suspension de financement ou autres événements graves, imprévisibles et ou irréversibles se produisant en Haïti empêchant les parties d'exécuter leurs obligations respectives.

Article 15 : Révision

Les dispositions du présent mémorandum d'entente ainsi que les documents qui y sont annexés peuvent être révisés dans le cadre de la mise à jour du manuel opérationnel du FBR.

Article 16 : Annexes

Les annexes font partie intégrante du présent mémorandum :

- La liste des membres actualisée de l'équipe de l'UAS
- le cadre des résultats composé de :
 - o le plan de travail annuel de l'UAS
 - o la grille d'évaluation de l'UAS

Article 17 : Déclaration d'engagement

Les deux parties acceptent les termes du présent mémorandum d'entente et s'engagent à les respecter.

Article 18 : Autres Considérations

Pour tout ce qui n'est pas stipulé dans le présent mémorandum d'entente, les parties devront se référer aux lois et directives en vigueur.

Article 19 : Entrée en vigueur

Le présent mémorandum d'entente entre en vigueur le jour de sa signature par la Direction Départementale et l'UAS du Les deux parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce mémorandum d'entente ainsi que du Manuel Opérationnel du FBR auquel celui-ci fait référence.

Fait à _____ en trois (3) exemplaires, le /...../20.....

Dr.....

Directeur de la DS.....

Dr

Directeur de l'UAS de.....

Annexe 3. Mémoire d'entente DDS et CDAI



No.....,

le

L'an Deux Mille , An 21...^{ème} de l'Indépendance.

MEMORANDUM D'ENTENTE

MÉMOIRE D'ENTENTE FIXANT LE FINANCEMENT DU CDAI SUR BASE DE SA PERFORMANCE

Entre :

D'une part ; la **Direction Départementale Sanitaire du**, représentée par le **Directeur Départemental, Dr.....** ci-après dénommée «**DDS**»

Et

D'autre part ; le **Central Départemental d'Approvisionnement en Intrants** du département de , ci-après dénommé «**CDAI**» représenté par le Pharmacien Responsable du Centre Départemental d'Approvisionnement en Intrants du Département Sanitaire du

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le Financement Basé sur les Résultats, voulu par le Ministère de la Santé Publique et de la Population comme une stratégie de financement du système de santé est un instrument de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé et vise le «renforcement de la performance de l'offre de soins au niveau du système de santé». Le manuel de procédures, Manuel Opérationnel du Financement Basé sur les Résultats, en est le document de référence.

Il s'agit d'une contractualisation interne des résultats. Les deux parties se mettent d'accord sur un cadre de résultats et le paiement s'effectue après vérification.

Le présent «mémoire d'entente» en consigne les conditions générales et spécifiques, tandis que les planifications annuelles et trimestrielles préciseront respectivement la logique d'intervention et l'utilisation des ressources humaines, matérielles, financières, ainsi que les échéances.

Article 1 : Objectif Général du mémorandum d'entente

Le présent mémorandum d'entente a pour objectif principal de contribuer à l'amélioration de la performance du CDAI dans ses fonctions principales qui consistent en l'approvisionnement des pharmacies institutionnelles publiques, mixtes et privées à but non lucratif en médicaments essentiels génériques afin que ces pharmacies puissent offrir des services pharmaceutiques de qualité à la population du Département du en conformité avec la Politique Pharmaceutique Nationale.

Article 2 : Objectifs spécifiques poursuivis

La mise en œuvre des activités prévues dans le cadre de ce mémorandum d'entente permettra au CDAI d'assumer les fonctions qui lui sont dévolues, à savoir :

1. Assurer l'approvisionnement des Institutions Sanitaires du département du en médicaments et autres intrants de santé ;
2. Assurer une gestion efficace des médicaments et autres intrants entreposés au niveau du CDAI.

Article 3 : Durée du mémorandum d'entente

Le présent mémorandum d'entente est valable pour une durée d'une année, soit quatre trimestres et ne peut faire l'objet d'une tacite reconduction.

Article 4 : Le présent mémorandum d'entente fixe

1. les engagements respectifs des parties ;
2. les modalités de la mise en œuvre du mémorandum, de l'octroi des moyens et des paiements en contrepartie de la performance du CDAI.

Article 5 : Attributions du CDAI

Le Central Départemental d'Approvisionnements en Intrants (CDAI) a pour attributions de :

- Planifier les besoins en médicaments essentiels génériques et dispositifs médicaux essentiels des pharmacies institutionnelles et des pharmacies mixtes de sa juridiction conjointement avec le Pharmacien départemental en vue d'une bonne gestion du stock entreposé au niveau du CDAI
- Veiller à la disponibilité permanente des médicaments essentiels, consommables et des dispositifs médicaux au niveau départemental en collaboration avec le Comité Départemental des Médicaments;
- Mettre en place des mécanismes d'analyse et d'exploitation des rapports trimestriels d'évaluation de la qualité des médicaments et intrants disponibles au CDAI, dans les CS et HCR ;

Le **Central Départemental d'Approvisionnement en Intrants (CDAI)** de se compose actuellement d'un staff technique et administratif dont la liste est en annexe

Article 6 : Des engagements de la Direction Départementale Sanitaire

Dans le cadre du présent mémorandum d'entente, **la DDS** s'engage à fournir les directives et l'appui nécessaire au **CDAI**, par le biais du service départemental de pharmacie afin qu'il puisse remplir ses missions.

La **DDS** s'engage à accomplir les tâches qui lui sont assignées pour la rémunération du **CDAI** en contrepartie de ses résultats conformément aux critères définis dans le cadre de résultats en annexe au présent mémorandum d'entente.

Article 7 : Des engagements du Central Départemental d'Approvisionnement en Intrants

L'équipe du **CDAI** décrit la logique d'intervention dans le plan d'affaire annuel qui reprend toutes les activités qui lui permettront d'atteindre les objectifs annuels, avec un chronogramme précis ainsi que les ressources humaines, matérielles et financières à mobiliser.

Dans le cadre du présent mémorandum d'entente, **le CDAI** s'engage à mettre en œuvre les activités suivantes :

- La gestion des Ressources Humaines
- L'entreposage
- La gestion du stock
- La gestion des intrants non utilisables
- La bonne marche du système d'information de la gestion logistique
- La gestion financière
- Les mouvements de stocks et traitement des commandes
- La disponibilité des médicaments traceurs

Le **CDAI** doit également s'assurer de disposer des ressources humaines et matérielles nécessaires pour la réalisation de ses activités suivant les normes en vigueur.

Article 8: Du Plan d'affaire

Le **CDAI**, avec l'appui et le coaching de la Direction Départementale Sanitaire, de l'Unité d'Arrondissement Sanitaire ou à travers toute assistance technique disponible au niveau départemental, s'engage à élaborer un plan d'affaire annuel qui sera annexé au présent mémorandum dont l'objectif est de définir le cadre de résultats devant aider à l'amélioration de l'offre de services pharmaceutiques dans le département sanitaire. Ce plan d'affaire, qui décrit les stratégies et les cibles, est divisé en plans trimestriels.

Article 9: De l'Evaluation de la performance de la structure.

Le CDAI de est évalué trimestriellement par une Agence Externe de Vérification par rapport à son cadre de résultats et ses engagements décrits à l'article 7 du présent mémorandum d'entente. Les critères de performance ainsi que les modalités d'évaluation sont définis dans la grille d'évaluation en annexe. Le paiement se fait en fonction du degré de réalisation des activités et du pourcentage obtenu. Lorsque la performance du CDAI est en-dessous de 40%, aucune rémunération n'est effectuée.

Article 10 : Versement de fonds

Le paiement des subsides FBR est fonction de la performance du CDAI et se fera trimestriellement sur réquisition de l'Unité de Contractualisation en fonction du rapport de vérification validé.

Article 11 : De la répartition des subsides

Les subsides FBR reçus en fonction des résultats de l'évaluation sont utilisés pour :

- le fonctionnement du CDAI (matériel bureautique, etc.) et la mise en œuvre d'activités contribuant à l'atteinte des cibles, au moins 40%;
- la rétribution du personnel selon l'outil d'indice, jusqu'à 60%.

Article 12. Justification de l'utilisation des subsides FBR

Pour les besoins de vérification et d'audit, le CDAI est tenu de conserver les justificatifs des dépenses – y compris les états de paiement des primes individuelles – réalisées avec les primes FBR conformément aux directives en vigueur au Ministère en rapport avec la gestion des archives.

Article 13 : Pénalités et Sanctions

En cas de non-respect de principes du FBR, le CDAI du s'expose à des sanctions allant de la simple pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension du mémorandum pour entre autres raisons:

- la création de données ou d'activités fictives ou toute fraude dans le rapportage pris en compte dans le calcul de sa rémunération ;
- le manquement aux engagements et/ou récidives de prestations de mauvaise qualité constatées à travers les évaluations de la performance du CDAI ;
- la mauvaise utilisation des subsides
- l'entrave à la vérification.

Des mesures disciplinaires seront en outre envisagées à l'encontre des individus, auteurs de fautes lourdes ou de comportements susceptibles d'entraver la mise en œuvre du FBR tel que décrit dans le manuel opérationnel FBR. Il reviendra à la DDS, à travers le Comité Départemental de Pilotage du FBR (CDP) de déterminer le degré et la gravité de la faute ainsi que des dispositions à prendre.

Article 14 : Suspension du mémorandum d'entente

Ce mémorandum d'entente peut être suspendu sans préavis avant son terme dans les cas de force majeure tels que suspension de financement ou autres événements graves, imprévisibles et ou irréversibles se produisant en Haïti empêchant les parties d'exécuter leurs obligations respectives.

Article 15 : Révision

Les dispositions du présent mémorandum d'entente ainsi que les documents qui y sont annexés peuvent être révisés dans le cadre de la mise à jour du manuel opérationnel du FBR.

Article 16 : Annexes

Les annexes font partie intégrante du présent mémorandum d'entente :

- liste actualisée des membres de l'équipe du **CDAI**
- le cadre des résultats compose des éléments suivants:
 - o le plan d'affaire du **CDAI**
 - o la grille d'évaluation du **CDAI**

Article 17 : Déclaration d'engagement

Les deux parties acceptent les termes du présent mémorandum d'entente et s'engagent à les respecter.

Article 18 : Autres Considérations

Pour tout ce qui n'est pas stipulé dans le présent mémorandum d'entente, les parties devront se référer aux lois et directives en vigueur.

Article 19 : Entrée en vigueur

Le présent mémorandum d'entente entre en vigueur le jour de sa signature par la **DDS** du _____ et le **CDAI** du _____. Les deux parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce mémorandum d'entente ainsi que du Manuel Opérationnel FBR auquel celui-ci fait référence.

Fait à _____ en trois (3) exemplaires, le / /20.....

Dr
Directeur de la DDS.....

Dr
Directeur du CDAI de.....

Annexe 4. Mémoire d'entente DDS et IS



No.....

Port-au-Prince, le

L'an Deux Mille , An 21^{ème} de l'Indépendance.

MEMORANDUM D'ENTENTE

MÉMOIRE D'ENTENTE FIXANT LE FINANCEMENT DE L'IS SUR BASE DE SA PERFORMANCE

Entre :

D'une part, la **Direction Départementale Sanitaire** du, ci-après désignée «**DDS**» ou «**DS.....**», représentée par son Directeur

Et

D'autre part, l'**Institution de Santé** de , ci-après dénommée «**IS**» ou « **Institution Sanitaire** », représentée par , Directeur Médical / Responsable de l'Institution de Santé.

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le Financement Basé sur les Résultats, voulu par le Ministère de la Santé Publique et de la Population comme une stratégie de financement du système de santé est un instrument de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé et vise le «renforcement de la performance de la fourniture des soins de santé». Le Manuel Opérationnel du Financement Basé sur les Résultats en est le document de référence.

Il s'agit d'un arrangement interne pour l'achat des résultats et en vue de booster la performance. Les deux parties se mettent d'accord sur un cadre de résultats et le paiement s'effectue après vérification.

Le présent «mémoire d'entente» en consigne les conditions générales et spécifiques, tandis que les planifications annuelles et trimestrielles préciseront respectivement la logique d'intervention et l'utilisation des ressources humaines, matérielles, financières, ainsi que les échéances.

Article 1 : Objectif Général du mémorandum d'entente

Le présent mémorandum d'entente a pour objectif principal de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de l'**Institution de Santé** par la prestation des soins et des services de santé de qualité et l'amélioration de l'organisation de l'action sanitaire au niveau communautaire, en vue d'une amélioration de l'accessibilité, de l'utilisation des services de santé en Haïti.

Article 2 : Objectifs spécifiques poursuivis

La mise en œuvre des activités prévues dans le cadre de ce mémorandum d'entente permettra à l'**IS** d'assumer les fonctions qui lui sont dévolues, à savoir :

1. offrir un paquet de services en conformité au PES ;
2. superviser et contrôler les activités, projets et programmes de santé exécutés au niveau de l'**IS**

Article 3: Durée

Le présent mémorandum d'entente est valable pour une durée d'une année fiscale et ne peut faire l'objet d'une tacite reconduction.

Article 4: Le présent mémorandum d'entente fixe :

1. les engagements respectifs des parties,
2. les modalités de la mise en œuvre du mémorandum ainsi que de l'octroi des moyens et des primes de performance de l'**IS**.

Article 5 : Définition de l'IS

L'Institution Sanitaire est chargée :

- de répondre aux besoins locaux de santé ;
- d'assurer les activités de promotion, de prévention et/ou de soins curatifs mineurs à la population ;

L'**Institution Sanitaire** se compose actuellement d'un staff technique et administratif dont la liste est en annexe.

Article 6 : Des engagements de la Direction Départementale Sanitaire

Dans le cadre du présent mémorandum d'entente, la DDS s'engage à fournir les directives et l'appui nécessaire à l'**IS**, par le biais des différents services du niveau départemental afin qu'elle puisse remplir ses missions.

La **DDS** s'engage à accomplir les tâches qui lui sont assignées pour la rémunération de l'**IS** en contrepartie de ses résultats conformément aux critères définis dans le Cadre de Résultats en annexe au présent memorandum d'entente.

Article 7: Des engagements de l'Institution Sanitaire

L'équipe de l'**IS** décrit la logique d'intervention dans la grille de qualité et le plan d'affaire annuel qui reprend toutes les activités qui lui permettront d'atteindre les objectifs annuels, avec un chronogramme précis ainsi que les ressources humaines, matérielles et financières à mobiliser.

L'**IS** doit également s'assurer de disposer des ressources humaines et matérielles nécessaires pour la réalisation de ses activités suivant les normes en vigueur.

Article 8 : Du Plan d'affaire

L'**IS**, avec l'appui et le coaching de la Direction Départementale Sanitaire et l'Unité d'Arrondissement Sanitaire ou à travers toute assistance technique disponible au niveau départemental, s'engage à élaborer un plan d'affaire annuel qui sera annexé au présent memorandum dont l'objectif sera de définir le cadre de résultats devant aider à l'amélioration de l'offre de soins dans son aire géographique de desserte. Ce plan d'affaire, qui décrit les stratégies et les cibles, est subdivisé en plans trimestriels.

Article 9: Evaluation de la performance de la structure.

L'**IS** est évaluée trimestriellement par une Agence Externe de Vérification (AEV) par rapport à son cadre de résultats et aux engagements décrits à l'article 7 du présent memorandum d'entente. Les critères de performance ainsi que les modalités d'évaluation sont définis dans le plan d'affaire annuel et la grille d'évaluation en annexe.

Le paiement des subsides tiennent compte à la fois des indicateurs de quantité et de qualité.

Le subside total se calcule par l'addition du montant total de la quantité au bonus qualité.

1. Pour la quantité : le montant total de la quantité est égal au nombre de cas validés pour chaque indicateur contractualisé multiplié par le tarif de l'indicateur. Deux autres facteurs sont aussi pris en compte dans le paiement de la quantité : la discordance entre les données déclarées et les données vérifiées et le taux d'atteinte des cibles.
 - 1.1. Un seuil de discordance de 5% entre les données déclarées et les données vérifiées est toléré.

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

 - Jusqu'à 5% de discordance : aucun retranchement sur le montant à payer pour l'indicateur concerné ;

- Plus de 5% jusqu'à 25% : 15% est retranché sur le montant à payer pour l'indicateur concerné
- Plus de 25% : l'indicateur concerné n'est pas payé

1.2. Un bonus de 5% est accordé par indicateur lorsque l'IS atteint au moins 85% de la cible fixée dans leur plan d'affaire.

2. Pour le bonus qualité : un score de qualité est attribué lors de l'évaluation de l'IS au moyen d'une grille d'évaluation de la qualité. Le calcul du bonus qualité est réalisé à travers l'outil de paiement conçu à cet effet.

2.1. Le montant total du bonus qualité d'un CCS/CS se calcule en multipliant le score de qualité obtenu à l'aide de la grille de qualité par le quart du montant de la quantité.

2.2. Le bonus qualité de chaque HCR est obtenu sur base d'un montant maximum prédéfini par HCR pondéré par le score de qualité obtenu à travers la grille d'évaluation de la qualité et le nombre de lits.

NB : Concernant l'évaluation qualitative de l'IS : si à l'évaluation de la qualité, le score obtenu est en dessous de 50%, aucun bonus de qualité ne sera attribué à l'institution pour le trimestre. Si l'institution obtient un score de qualité de moins de 50% sur deux (2) périodes consécutives, la DDS sera saisie de la question et de concert avec le CDP décidera des suites à donner.

Article 10: Versement de fonds

Le paiement des subsides FBR est fonction de la performance de l'IS et se fera trimestriellement sur réquisition de l'Unité de Contractualisation en fonction du rapport de vérification validé.

Article 11 : De la répartition des subsides

Les subsides FBR reçus en fonction des résultats sont utilisés pour :

- le fonctionnement de l'IS (matériel bureautique, etc.) et la mise en œuvre d'activités contribuant à l'atteinte des cibles, au moins 50%;
- la rétribution du personnel selon l'outil d'indice, jusqu'à 50%.

Article 12 : Justification de l'usage des subsides

Pour les besoins de vérification et d'audit, l'IS est tenue de conserver les justificatifs des dépenses – y compris les états de paiement des primes individuelles – réalisées avec les primes FBR conformément aux directives en vigueur en rapport avec la gestion des archives.

Article 13 : Pénalités et ou sanctions

En cas de non-respect de principes du FBR, l'IS s'expose à des sanctions allant de la simple pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension du mémorandum pour entre autres raisons:

- la création de données ou d'activités fictives ou toute fraude dans le rapportage pris en compte dans le calcul de sa rémunération ; le manquement aux engagements et/ou récidives de prestations de mauvaise qualité constatées à travers les évaluations de la performance de l'IS ;
- le manquement aux engagements de l'IS ;
- la mauvaise utilisation des subsides ;
- l'entrave à la vérification.

Des mesures disciplinaires seront en outre envisagées à l'encontre des individus, auteurs de fautes lourdes ou de comportements susceptibles d'entraver la mise en œuvre du FBR tel que décrit dans le manuel opérationnel FBR.

Il reviendra à la DDS, à travers le Comité Départemental de Pilotage du FBR (CDP) de déterminer le degré et la gravité de la faute de l'équipe ou des individus dont la responsabilité est établie ainsi que des dispositions à prendre.

Article 14 : Suspension du mémorandum d'entente

Ce mémorandum d'entente pourra être suspendu sans préavis avant son terme en cas de force majeure tel que suspension de financement ou autres événements graves, imprévisibles et irréversibles se produisant en Haïti empêchant les parties d'exécuter leurs obligations respectives ;

Article 15 : Révision

Les dispositions du présent mémorandum d'entente ainsi que les documents qui y sont annexés peuvent être révisés dans le cadre de la mise à jour du manuel opérationnel du FBR.

Article 16 : Annexes

Les annexes suivantes font partie du présent mémorandum d'entente :

- la liste des membres actualisée de l'équipe de l'IS
- le cadre des résultats composé de :
 - o le plan d'affaire annuel de l'IS
 - o la grille d'évaluation de la qualité l'IS

Article 17 : Déclaration d'engagement

Les deux parties acceptent les termes du présent mémorandum d'entente et s'engagent à les respecter.

Article 18 : Autres Considérations

Pour tout ce qui n'est pas stipulé dans le présent mémorandum d'entente, les parties devront se référer aux lois et directives en vigueur.

Article 19 : Entrée en vigueur

Le présent mémorandum d'entente entre en vigueur le jour de sa signature par la **DDS** du et l'**IS** Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce mémorandum d'entente ainsi que du Manuel Opérationnel FBR auquel celui-ci fait référence.

Fait à _____ en trois (3) exemplaires, le / /20.....

Dr.....
Directeur de la DS.....

Dr
Directeur de l'IS.....

Annexe 5. Plan d'affaire annuel DDS



PLAN D'AFFAIRE ANNUEL

DIRECTION DEPARTEMENTALE SANITAIRE

1. INFORMATIONS GENERALES

Direction Départementale du : _____ Nom du directeur : _____

Population de desserte : _____ Téléphone : _____

Adresse Physique : _____ GPS : _____

Période du Plan : de ____ / ____ / ____ à ____ / ____ / ____ E-mail : _____

2. PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

Partenaires	Technique	Financier	Domaines d'Intervention

3. EVALUATION DES ACTIVITES AU NIVEAU DU DEPARTEMENT

	Activités	Cote obtenue lors de la vérification du dernier trimestre de l'année passée	Cote prévue pour cette année
1	Ordonnancement et archivage		
2	Planification annuelle et trimestrielle des activités de la DDS		
3	Tenue régulière des réunions de staff		
4	Organisation de réunions trimestrielles de Table Sectorielle		

5	Organisation de réunions trimestrielles du Comité Départemental de Pilotage (CDP)		
6	Analyse et transmission des données du SISNU		
7	Supervision et coaching des UAS et/ou des institutions de santé		
8	Supervision trimestrielle du CDAI		
9	Gestion financière		
10	Hygiène		
11	Suivi des réquisitions		
	TOTAL PONDERE		

4. PLANIFICATION FINANCIERE

a. Subsidés FBR

Cote prévue pour cette année	Subsidés FBR (Total Pondéré) *

b. Revenus

	Sources de revenus	Année passée	Prévision de cette année
1	MSPP (salaires et autres)		
2	Subsidés FBR		
3	Contribution des partenaires techniques et financiers (dons en équipements, paiement des salaires et autres)		
4	Autres recettes		
	TOTAL REVENUS		

c. Dépenses

	Lignes de dépenses	Année passée	Prévision de cette année
1	Salaires		
2	Primes FBR du personnel		

3	Autres Primes		
4	Achat Equipements et Fournitures		
5	Services d'entretien		
6	Eau, électricité		
7	Communication (carte de recharge, pappadap, lapoula etc.)		
8	Transport		
9	Autres dépenses		
	TOTAL DEPENSES		

d. Indice de santé financière

Indice de la santé financière de la structure		
Total de Dépenses	Total de Revenus	Indice (Total de Dépenses/ Total de Revenus)

NB. Cet indice doit être inférieur à 1. Plus il se rapproche de 1, plus la situation financière de la structure est critique.

5. TABLEAU D'EMARGEMENT/ PRÉVISIONNEL

	Nom et prénom du staff	Fonction	Type (Contractuel ou Fonctionnaire)	Catégorie
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
...				
...				

NB. Veuillez annexer une liste additionnelle au cas où il y aurait plus de personnel

6. ANALYSE DES PROBLEMES / OBSTACLES

A ce niveau, le directeur départemental doit, de concert avec son équipe, identifier les problèmes par activité et proposer des solutions possibles avec les moyens disponibles ou possibles à mobiliser

Activités	Analyse des problèmes importants rencontrés	Stratégie proposée	Ressources nécessaires (financières, humaines, etc.)
Ordonnancement et archivage			
Planification annuelle et trimestrielle des activités de la DDS			
Tenue régulière des réunions de staff			
Organisation de la réunion trimestrielle de Table Sectorielle			
Organisation de la réunion trimestrielle du Comité départemental de pilotage			
Analyse et transmission des données du SISNU			
Supervision et coaching des UAS et/ou des IS			
Supervision trimestrielle du CDAI			
Gestion financière			
Hygiène			
Suivi des réquisitions			

Préparé à _____, le ____/____/20.....

Signature du responsable de la DDS

Endossement par le Ministre

Annexe 6. Plan d'affaire annuel CDAI



CENTRE DEPARTEMENTAL D'APPROVISIONNEMENT DES INTRANTS

1. INFORMATIONS GENERALES

CDAI du : _____ Nom du responsable : _____

Département : _____ Téléphone : _____

UAS : _____ Adresse Physique : _____

Population de desserte : _____ GPS : _____

Période du Plan : de __ / __ / __ à __ / __ / __ E-mail : _____

2. PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

Partenaires	Technique	Financier	Domaines d'Intervention

3. EVALUATION DES ACTIVITÉS AU NIVEAU DU CDAI

	ACTIVITÉS	Cote obtenue au cours du dernier trimestre de l'année passée	Cote prévue pour cette année
1	Gestion des ressources humaines		
2	Entreposage		
3	Gestion de stocks		
4	Gestion des intrants non utilisables		
5	Système d'Information de la Gestion Logistique		
6	Gestion financière		

7	Mouvements de stocks et traitement des commandes		
8	Médicaments traceurs		
	TOTAL PONDERE		

4. PLANIFICATION FINANCIERE

a. Subsidés FBR

Cote prévue pour cette année	Subsidés FBR (Total Pondéré) *

b. Revenus

	Sources de revenus	Année passée	Prévision de cette année
1	MSPP (salaires et autres)		
2	Recettes de recouvrement de couts		
3	Subsidés FBR		
4	Contribution des partenaires techniques et financiers		
5	Autres revenus		
	TOTAL REVENUS		

c. Dépenses

	Lignes de dépenses	Année passée	Prévision de cette année
1	Salaires		
2	Primes FBR du personnel		
3	Autres Primes		
4	Achat Médicaments et Intrants		
5	Achat d'Equipements et de Fournitures		
6	Services d'entretien		
7	Eau, électricité		
8	Communication (carte de recharge, pappadap, etc.)		
9	Frais de transport (essence, frais de taxis, etc.)		
10	Autres dépenses		
	TOTAL DEPENSES		

d. Indice de santé financière

Indice de la santé financière de la structure		
Total de Dépenses	Total de Revenus	Indice (Total de Dépenses/ Total de Revenus)

NB. Cet indice doit être inférieur à 1. Plus il se rapproche de 1, plus la situation financière de la structure est critique.

5. TABLEAU D'EMARGEMENT/PRÉVISIONNEL

	Nom et prénom du staff	Fonction	Type (Contractuel ou Fonctionnaire)	Catégorie
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
...				

NB. Veuillez annexer une liste additionnelle dans le cas où il y aurait plus de personnel

6. ANALYSE DES PROBLEMES / OBSTACLES

A ce niveau, le directeur départemental doit, de concert avec son équipe, identifier les problèmes par activité et proposer des solutions possibles avec les moyens disponibles et possibles à mobiliser.

Activités	Analyse des problèmes importants rencontrés	Stratégie proposée	Ressources nécessaires (financières, humaines, etc.)
Gestion des ressources humaines			
Entreposage			
Gestion de stocks			
Gestion des intrants non utilisables			
Système d'Information de la Gestion Logistique			
Gestion financière			
Mouvements de stocks et traitement des commandes			
Médicaments Traceurs			

Préparé à _____, le ____/____/20...

Signature du responsable du CDAI

Endossement par la DDS/l'UAS

Annexe 7. Plan d'affaire annuel IS



1. INFORMATIONS GENERALES

IS : _____ Nom du responsable : _____

Département : _____ Téléphone de l'IS : _____

UAS : _____ Adresse Physique : _____

Commune : _____ GPS : _____

Population de desserte : _____ Période du Plan : de ____ / ____ / ____ à ____ / ____ / ____

2. PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

Partenaires	Technique	Financier	Domaines d'Intervention

3. STATISTIQUES DE L'INSTITUTION DE SANTE

a) CENTRE DE SANTE / CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTE (CS et CCS)

	# nouvelles consultations curatives	# cas de diarrhée aigüe traités	# cas référés à l'échelon supérieur	# d'enfants de 6 à 59 mois pesés	# d'enfants de 12 à 59 mois déparasités (pipérazine, mébendazole ou albendazole)	# d'enfants de 6-59 mois ayant reçu la vitamine A	TB bacteriologiquement confirme	ECV	# d'accouchements institutionnels
Réalisation de l'année précédente									
Objectifs de cette année									

	# de CPN1	# de CPN4	# de femmes enceintes complètement vaccinées VAT2	# de FE dépistées pour VIH et syphilis	# de FE VIH+ prises en charge	# de FE VIH+ référées	Visites postnatales	# d'utilisateurs de méthodes modernes quelconque de PF
Réalisation de l'année précédente								
Objectifs de cette année								

	Nbre de cas de TB+ traités	Nbre de cas de TB+ perdus de vue retrouvés	Enfants nés de mères séropositives mis sous ARV dans les 72 heures
Réalisation de l'année précédente			
Objectifs de cette année			

b) HOPITAL COMMUNAUTAIRE DE REFERENCE (HCR)

	# d'accouche- ments institutionnels	# de Nouvelles consultations en Clinique externe referee par un échelon inférieur et prises en charge	# de patients référés par l'échelon inférieur hospitalisé	# de césariennes	# de contre- références
Réalisation de l'année précédente					
Objectifs de cette année					

	Nbre de cas de TB+ traités	Nbre de cas de TB+ perdus de vue retrouvés	Enfants nés de mères séropositives mis sous ARV dans les 72 heures
Réalisation de l'année précédente			
Objectifs de cette année			

4. QUALITE DES PRESTATIONS

	Indicateurs	Cote obtenue lors de la vérification du dernier trimestre de l'année passée	Cote prévue pour cette année
1	Indicateurs généraux		
2	Plan d'affaire		
3	Recette/dépenses de fonctionnement, Prime de performance – indice)		
4	Hygiène et Stérilisation		
5	Eau		
6	Consultation Externe/Urgence		
7	PF		
8	Gestion des médicaments		
9	Médicaments Traceurs		
10	Tuberculose		
11	Vaccination / Consultation préscolaire		
12	Laboratoire		
13	Salle d'hospitalisation		
14	Consultation Périnatale		
15	Maternité		
TOTAL PONDERE			

5. PLANIFICATION FINANCIERE

a. Subsidés quantitatifs attendus

	Indicateurs Quantitatifs	Tarif	Nombre de Cas attendus	Subside FBR attendus
1	Nouvelles consultations			
2	Reference à l'échelon supérieur			
3	Diarrhée aqueuse traitée			
4	Tuberculose Pulmonaire bactériologiquement confirmée			
5	Cas de TB+ traites			
6	Cas de TB+ perdus de vus retrouves			

7	# enfants de 6 à 59 mois dépistés au niveau des IS pour la malnutrition aigue			
8	# enfants de 6 à 59 mois déparasités			
9	# enfants nés de mères séropositives mis sous prophylaxie par ARV dans les 72 hres			
10	# enfants complètement vaccinés			
11	# enfants de 6 à 59 mois ayant reçu la Vit A			
12	Accouchement institutionnel			
13	CPN1			
14	CPN4			
15	VAT2			
16	# de femmes enceintes testées pour le VIH			
17	# de FE positives pour le VIH placées sous antiviraux			
18	# de FE testées positives pour le VIH référées à l'échelon supérieur			
19	Visites post-natales			
20	# d'utilisateurs de méthode moderne de PF			
21	# d'accouchement par césarienne			
22	Contre Reference			
	TOTAL			

b. Revenus

	Sources de revenus	Année passée	Prévision de cette année
1	Recettes de recouvrement de coûts directs (prestation, petite chirurgie, accouchement)		
2	Recettes de recouvrement de coûts directs (médicaments et intrants)		
3	Contribution de l'Etat		
4	Subsides FBR		
5	Contribution des bailleurs		
6	Fonds D'Investissement FBR (Fonds de démarrage ou autres)		
7	Dons		
8	Autres revenus		
	TOTAL REVENUS		

c. Dépenses

	Lignes de dépenses	Année passée	Prévision de cette année
1	Salaires		
2	Primes FBR du personnel		
3	Petit investissement (à clarifier)		
4	Achat Médicaments et Intrants		
5	Achat d'Equipements et de Fournitures		
6	Services d'entretien		
7	Eau, électricité		
8	Communication (carte de recharge, pappadap, etc.)		
9	Remplissage de bonbonne de gaz propane		
10	Frais de transport (essence, frais de taxis, etc.)		
11	Autres dépenses		
	TOTAL		

d. Indice de santé financière

Indice de la santé financière de la structure		
Total de Dépenses	Total de Revenus	Indice (Total de Dépenses/ Total de Revenus)

NB. Cet indice doit être inférieur à 1. Plus il se rapproche de 1, plus la situation financière de la structure est critique.

6. TABLEAU D'EMARGEMENT / PREVISIONNEL

	Nom et prénom du staff	Fonction	Type (Contractuel ou Fonctionnaire)	Catégorie
1				
2				
3				

4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
...				

NB. Veuillez annexer une liste additionnelle dans le cas où il y aurait plus de personnel

7. ANALYSE DES PROBLEMES / OBSTACLES

A ce niveau, le responsable du centre doit, de concert avec son équipe, identifier les problèmes par activité et proposer des solutions possibles avec les moyens disponibles et possibles à mobiliser

Activités	Analyse des problèmes importants rencontrés	Stratégie proposée	Ressources nécessaires (financières, humaines, etc.)
Soins curatifs			
Vaccination			

Accouchement assisté			
Consultation prénatale			
Eau, hygiène et assainissement			
Référence des cas graves			
Consultation post natale			
Suivi des cas de TB			
Suivi des cas de VIH			
Consultation préscolaire			
Gestion des ressources humaines			
Gestion des ressources matérielles			
Gestion des ressources financières			
Gestion des médicaments			
Participation communautaire			
Gouvernance			

Préparé à _____, le ____/____/20.....

Signature du responsable de l'IS

Endossement par la DDS/l'UAS

Annexe 8. Grille d'évaluation DDS



GRILLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ

DIRECTION DÉPARTEMENTALE SANITAIRE

A. Informations générales

Date: / / 20...	Département:	Commune:.....
Nbre d'IS :	Statut du CDAI :	Nom du responsable :
Nbre pers. technique :	Pers.de soutien :.....	Coordonnées GPS Long: Lat.
Nbre de lits :	Pop. de desserte :	Tél :
Adresse :	Email :	
Statut du bâtiment :	Jours et heures d'ouverture :	

B. Synthèse D'évaluation

ENSEMBLE DES COMPOSANTES	Points disponibles	Points gagnés	% obtenu
1. Ordonnancement et Archivage	4		
2. Planification	20		
3. Tenue régulière de Rencontre de staff	7		
4. Organisation de Réunion trimestrielle de table sectorielle	7		
5. Organisation de Réunion trimestrielle du CDP	9		
6. Analyse et transmission des données SISNU	18		
7. Supervision et coaching des UAS et/ou IS	30		
8. Supervision et coaching du CDAI	8		
9. Gestion Financière	10		
10. Hygiène	3		
11. Suivi des Réquisitions	4		
Total	120		

1. Ordonnancement et Archivage Composantes	Standard respecté	Standard Non respecté	Points obtenus
Source : Livres et documents bien ranges et facile à retrouver			
1. Ordonnancement du matériel et des documents	2	0	
2. Utilisation d'un système de planification des livres	2	0	
Total	4		

2. Planification annuelle et trimestrielle des activités de la DDS Composantes	Standard respecté	Standard Non respecté	Points obtenus
Source : Document de planification annuelle			
1. Affichage d'une fiche technique sur les généralités : situation du département, population, découpage administratif, économie (une page maximum)	2	0	
2. Analyse situationnelle : prendre en compte les éléments du SISNU de l'année précédente et les compléter	2	0	
3. Liste des problèmes identifiés et priorisation sur base de critères précis et d'objectifs fixés (généraux ou spécifiques)	2	0	
4. Définition des activités et élaboration d'un chronogramme de mise en œuvre	3	0	
5. Elaboration du rapport de mise en œuvre du dernier plan trimestriel (niveau de réalisation des activités, activités réalisées mais non planifiées, difficultés rencontrées, solutions envisagées)	4	0	
6. Elaboration d'un plan trimestriel (planification d'activités)	4	0	
7. Elaboration du budget des activités	3	0	
Total	20		

3. Tenue Régulière des Réunions de Staff Composantes	Standard respecté	Standard Non respecté	Points obtenus
Source : Rapports trimestriels de la DDS avec liste de présence			
1. Présence de l'ordre du jour et liste de présence	1	0	
2. Présentation du bilan de chaque programme/service (activités réalisées, problèmes rencontrés et perspectives pour la période suivante)	3	0	
3. Suivi des décisions prises lors de la dernière réunion de staff	3	0	
Total	7		

4. Organisation de réunion trimestrielle de table sectorielle Composantes	Standard respecté	Standard Non respecté	Points obtenus
Source : Compte rendu de réunion avec liste de présence			
1. Présence de l'ordre du jour	1	0	
2. Présentation du bilan de chaque acteur et perspective pour la période suivante (activités réalisées, problèmes rencontrés et perspectives)	2	0	
3. Suivi des décisions prises lors de la dernière réunion de la table sectorielle	2	0	
4. Contenu des points divers, décisions prises et programmation de la table sectorielle suivante	2	0	
Total	7		

5. Organisation de réunion trimestrielle du CDP Composantes	Standard respecté	Standard Non respecté	Points obtenus
Source : Compte rendu de réunion avec liste de présence			
1. Présence de l'ordre du jour	1	0	
2. Résumé de la dernière réunion du CDP	2	0	
3. Etat d'avancement (Goulots d'étranglement liés au FBR analysés à la réunion, les points positifs)	3	0	
4. Décisions pertinentes prises au sujet des problèmes liés au FBR	3	0	
Total	9		

6. Analyse et Transmission des données SISNU Composantes	Standard respecté	Standard Non respecté	Points obtenus
Sources : Accusé de réception des rapports SISNU ; Affichage des données SISNU au bureau de la DDS			
1. 80% des rapports SISNU des IS sont soumis à la DDS au plus tard le 5 du mois suivant.	5	0	
2. Existence d'un tableau de bord et/ou d'une base de données actualisées chaque mois, en rapport avec le SIS.	4	0	
3. Feedback des rapports SISNU soumis aux IS lors de l'activité du bilan-programmation (avant la transmission au niveau central)	4	0	
4. Les rapports SISNU sont acheminés au niveau central au plus tard le 15 du mois suivant.	5	0	
Total	18		

7. Supervision et coaching des UAS et/ou des IS Composantes	Standard respecté	Standard Non respecté	Points obtenus
Sources : Rapport de supervision de l'UAS et/ou des IS			
1. Présence d'une équipe multidisciplinaire	10	0	
2. Suivi des recommandations de la supervision/coaching précédent	10	0	
3. Suivi des Business Plan et grilles de qualité (rapport doit être disponible et rangé)	5	0	
4. Rapport de supervision, rapport de vérification des documents comptables. (préciser les recommandations retenues)	5	0	
Total	30		

8. Supervision et coaching du CDAI Composantes	Standard respecté	Standard Non respecté	Points obtenus
Sources : Existence d'un rapport de supervision du CDAI			
1. Suivi des recommandations de la supervision précédente	2	0	
2. Absence de rupture de stock des médicaments traceurs	2	0	
3. Tenue des fiches de stock et des autres outils mis en place, évolution du chiffre d'affaire et problèmes identifiés	2	0	
4. Identification des problèmes liés à l'approvisionnement et recommandations	2	0	
Total	8		

9. Gestion Financière Composantes	Standard respecté	Standard Non respecté	Points obtenus
Sources : Documents Comptables			
1. Les livres de banque sont complets et à jour	1	0	
2. Les livres de caisse (une caisse par compte) complets et à jour	1	0	
3. Les dépenses donnent lieu à un document d'autorisation de dépense	1	0	
4. Les rentrées donnent lieu à un document d'enregistrement de rentrées selon la source	1	0	

5. La conciliation bancaire mensuelle est effectuée	1	0	
6. Le classement des pièces comptables est correct (numérotation en continu + classement chronologique)	1	0	
7. Le suivi régulier de la caisse (inventaire de caisse) est au moins mensuel [procès-verbal signé]	1	0	
8. Fichiers de suivi des dépenses et des créances à jour	1	0	
9. Rapports financiers mensuels disponibles et corrects incluant ceux des IS	1	0	
10. Transparence des financements des partenaires	1	0	
Total	10		

10. Hygiène Composantes	Standard respecté	Standard Non respecté	Points obtenus
Sources : Par observation			
1. Disponibilité de poubelle avec couvercle dans la cour accessible et non pleine	1	0	
2. Propreté et entretien de la cour	1	0	
3. Conditions d'hygiène assurées dans le bureau: (Propreté des salles, toilettes en bon état et fonctionnelles, disponibilité d'eau courante)	1	0	
Total	3		

11. Suivi des Réquisitions Composantes	Standard respecté	Standard Non respecté	Points obtenus
Sources : Existence d'un rapport de supervision du CDAI			
1. Réception des réquisitions venant des UAS et IS	1	0	
2. Traitement des réquisitions dans un délai n'excédant pas 5 jours	2	0	
3. Suivi avec l'IS ou l'UAS qui a initié la réquisition n'excédant pas 2 jours après le traitement	1	0	
Total	4		

VERIFIER QUE TOUTES LES QUESTIONS SONT REMPLIES

Vérificateur remercie le personnel

Problèmes prioritaires identifiés

.....

.....

.....

.....

Actions d'amélioration urgentes proposées

.....

.....

.....

.....

Approbation :

	DDS	Evaluateur principal
Nom		
Fonction		
Date		
Signature		

Annexe 9. Grille d'évaluation CDAI



GRILLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ CENTRAL DÉPARTEMENTAL D'APPROVISIONNEMENT EN INTRANTS

A. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Date: / / 20...	Département :.....	Commune :.....
Nbre d'IS:	Statut du CDAI :	Nom du responsable :
Nbre pers. technique:	Pers. de soutien :.....	Coordonnées GPS Long: Lat.
Nbre de lits :	Pop. de desserte :	Tél. :
Adresse :	Email :	
Statut du bâtiment :	Jours et heures d'ouverture :	

B. SYNTHÈSE D'ÉVALUATION

ENSEMBLE DES COMPOSANTES	Points disponibles	Points gagnés	% obtenu
1. Ressources Humaines	24		
2. Entreposage	78		
3. Gestion des Stocks	40		
4. Gestion des Intrants Inutilisables	8		
5. Système d'Information de la Gestion Logistique	30		
6. Gestion Financière	20		
7. Mouvements de stocks et traitement des commandes	100		
8. Médicaments essentiels	30		
Total	330		

1. Ressources Humaines Composantes	Standard respecté	Standard Non respecté	Points obtenus
1.1 Disponibilité du personnel adéquat (sans préjugé de genre)			
1. Disponibilité d'un pharmacien responsable	2	0	
2. Disponibilité d'un pharmacien de service	2	0	
3. Disponibilité d'un gestionnaire de stock	2	0	
4. Disponibilité d'un comptable	2	0	
5. Disponibilité d'un secrétaire/ caissier	2	0	

6. Disponibilité de manutentionnaire(s)	2	0	
7. Disponibilité d'un nettoyeur	2	0	
8. Disponibilité d'un concierge	2	0	
Sous total	16		
1.2 Méthodes de gestion des RH			
1. Disponibilité des Termes de Référence des postes, incluant une description de tâches du personnel	2	0	
2. Disponibilité d'un organigramme du personnel	2	0	
3. Processus de recrutement équitable et transparent	2	0	
4. Le personnel recruté à l'expérience nécessaire demandée dans les Termes de Référence des postes	2	0	
Sous total	8		
Total de la Gestion des RH	24		

2. Entreposage Composantes	Standard respecté	Standard Non respecté	Points obtenus
2.1 Infrastructure			
1. Les surfaces et volumes des bâtiments sont adéquats (l'espace actuel est suffisant pour les stocks existants et une potentielle expansion)	2	0	
2. Les bâtiments du CDAI ont fait l'objet d'une évaluation parasismique et les mesures préconisées ont été appliquées	2	0	
3. L'entrepôt dispose de fenêtres pour la ventilation	2	0	
4. Le CDAI dispose d'un accès à l'eau potable	2	0	
5. L'entrepôt dispose d'un bloc sanitaire fonctionnel et propre (toilettes, lavabo + savon)	2	0	
6. Le CDAI dispose de sources d'énergie électrique permanente	2	0	
7. L'éclairage des locaux est adéquat	2	0	
8. Le bâtiment ne présente pas de fissures, de trous ni de signes de dégâts des eaux	2	0	
9. Le sol, les murs et le toit sont en bon état (peinture huile, carrelage)	2	0	
10. Le terrain autour du CDAI est propre (procédure de nettoyage appliquée) et libre d'accès	2	0	
Sous total	20		
2.2 Rangement			
1. Les zones et le circuit de stockage sont bien définis : zones de réception, de stockage et de livraison	2	0	

2. Les produits sont rangés par catégorie et par ordre alphabétique et leur place est identifiée avec des étiquettes blanches	2	0	
3. Les produits périmés sont stockés dans une zone séparée (zone de quarantaine réservée) et signalée comme «Non Utilisable»	2	0	
4. Les narcotiques sont entreposés séparément dans une armoire fermant à clef	2	0	
5. Les produits inflammables et explosifs sont stockés dans un local à part	2	0	
6. Les produits chimiques pouvant provoquer des réactions dangereuses entre eux sont rangés séparément (acides et basiques, révélateurs et fixateurs clichés radio,...)	2	0	
7. Les produits sont protégés des rayons solaires directs et de l'humidité en tout temps	2	0	
8. Chaque produit est stocké au moins à 30 cm du mur, 10 cm du sol et 1,5 m du toit et bien séparé des autres produits	2	0	
9. La procédure de nettoyage des locaux est disponible et bien appliquée (balayage et dépoussiérage des locaux, disponibilité de poubelles et leur vidage quotidien)	2	0	
10. La procédure de maintenance des locaux est disponible et bien appliquée (surveillance des fuites d'eau et du bon état de l'infrastructure, détection et prévention des animaux nuisibles,...)	2	0	
Sous total	20		
2.3 Equipement			
1. Etagères métalliques/plastiques disponibles et en bon état	2	0	
2. Classeurs métalliques ou armoires pour conservation des dossiers	2	0	
3. Matériel de manutention (chariot, palettes, transpalette,...) fonctionnel	2	0	
4. Ventilateurs et climatiseurs fonctionnels avec une procédure de maintenance	2	0	
5. Réfrigérateurs fonctionnels avec une procédure de maintenance et utilisés strictement à la conservation des produits pharmaceutiques	2	0	
6. Tables de travail/ bureaux/ chaises disponibles	2	0	
7. Vestiaire pour le personnel fonctionnel	2	0	
Sous total	14		
2.4 Dispositif de sécurité			
1. Les portes extérieures sont résistantes et munie de serrures fortes (double serrure), et les fenêtres sont munies de grilles	2	0	

2. Une équipe de gardiennage surveille les locaux 24/24h et 7/7j	2	0	
3. Les zones de stockage des produits ne sont accessibles qu'au personnel autorisé	2	0	
4. Extincteurs en nombre suffisant, fonctionnels avec une procédure de maintenance régulière de l'équipement appliquée par un personnel formé à leur utilisation	2	0	
5. Thermomètres muraux fonctionnels et feuille de contrôle de température des entrepôts utilisée (2 fois par jour)	2	0	
6. Feuille de contrôle de température pour surveillance de la chaîne de froid disponible et utilisée (2 fois par jour)	2	0	
7. Les ordinateurs sont alimentés via un UPS (Uninterrupted Power Supply)	2	0	
8. Les recettes du CDAI sont sécurisées (coffre-fort, transfert de fonds réguliers)	2	0	
Sous total	16		
2.5 Documentation de Référence			
1. Le recueil des procédures opérationnelles du CDAI est disponible et à jour	2	0	
2. Le CDAI détient la liste actualisée des agences autorisées par la DPM/MT	2	0	
3. Les documents de référence pour la gestion des produits pharmaceutiques sont disponibles (Manuel de gestion administrative et financière des CDAI, MNAQ, Recueil des Normes et Procédures de la DPM/MT)	2	0	
4. Formulaire National des Médicaments et Liste Nationale des Médicaments Essentiels sont disponibles	2	0	
Sous total	8		
Total Entreposage	78		

3. Gestion de Stocks Composantes	Standard respecté	Standard Non respecté	Points obtenus
3.1 Gestion opérationnelle des stocks			
1. Le contrôle organoleptique (visuel, odorant, tactile) des produits est assuré à chaque livraison quel que soit l'origine	2	0	
2. Un contrôle organoleptique des intrants dont les conditions de conservation n'ont peut-être pas respectées les normes est effectué à chaque fois	2	0	
3. Le principe PP/PS est respecté	2	0	
4. La conduite périodique des inventaires est trimestrielle	2	0	
5. La procédure de retrait des stocks des intrants non utilisables (expirés/ détériorés/ rappels de lot) est appliquée	2	0	
6. Le Stock Disponible Utilisable (SDU) est établi	2	0	

7. Le gestionnaire calcule les mois de stock disponible (MSD) après la réalisation des inventaires physiques	2	0	
8. Un inventaire d'audit par un Superviseur (DDS, DPM/MT) est fait régulièrement (annuel)	2	0	
9. L'identification des produits à date de péremption proche ou sous utilisés (pour transfert au besoin) est faite	2	0	
10. La gestion des produits subventionnés (dons) suit les mêmes méthodes que les produits en Recouvrement des Coûts	2	0	
Sous total	20		
3.2 Estimation des besoins			
1. Le gestionnaire détermine la consommation moyenne mensuelle (CMM) des intrants	2	0	
2. Le gestionnaire détermine le stock Minimum, le stock Maximum des intrants et le stock de sécurité des intrants	2	0	
3. Le gestionnaire prépare des réquisitions de produits même pour les intrants attribués par allocation	2	0	
4. Une procédure d'alerte est opérationnelle en cas de surconsommation d'un ou de plusieurs produits	2	0	
5. Le CDAI s'approvisionne prioritairement à la Centrale Nationale (PROMESS)	2	0	
6. Le CDAI s'approvisionne exclusivement dans des établissements autorisés	2	0	
Sous total	12		
3.3 Distribution des intrants			
1. Le plan de distribution des produits aux IS préparé mensuellement	2	0	
2. Les IS ont été informées préalablement de leur date de livraison	2	0	
3. Les Bons de Livraison signés par les IS sont complets	2	0	
Sous total	6		
3.4 Supervision			
1. Le pharmacien responsable du CDAI participe régulièrement (mensuel) aux supervisions des pharmacies des IS conduites par le pharmacien départemental	2	0	
Sous total	2		
Total Stockage	40		

4. Gestion des Intrants Non Utilisables (Périmés) Composantes	Standard respecté	Standard Non respecté	Points obtenus
1. Les intrants non utilisables sont stockés de façon sécurisée	2	0	
2. L'enregistrement des intrants non utilisables sur le formulaire des périmés est effectué mensuellement ou quand identifié	2	0	
3. Les intrants non utilisables sont triés par forme galénique	2	0	
4. Le service en charge de la collecte des intrants non utilisables est contacté quand nécessaire	2	0	
Total de la Gestion des INU	8		

5. Système d'Information de la Gestion Logistique Composantes	Standard respecté	Standard Non respecté	Points obtenus
1. Les Fiches de stock sont disponibles pour chaque produit et bien utilisées (bien remplies et corrigées à chaque inventaire)	4	0	
2. Le rapport d'inventaire est disponible et bien rempli	2	0	
3. Le rapport mensuel des stocks est disponible et a bien été transmis (DDS et DPM/MT)	2	0	
4. Le rapport mensuel est validé par le Superviseur départemental	2	0	
5. Le rapport mensuel inclus les soldes précédents et actuels, les quantités reçues et les quantités livrées avec leur # lot et date de péremption ainsi que leur source ou destinataire, la valorisation des intrants, ainsi que tout autre élément notable (perte, transferts,...)	2	0	
6. Le rapport mensuel inclus les intrants des Programmes Prioritaires	2	0	
7. Un ordinateur est fonctionnel pour la gestion des données	2	0	
8. Une connexion internet est fonctionnelle	2	0	
9. Un logiciel de gestion de stock est fonctionnel	2	0	
10. Les données de gestion sont enregistrées au fur et à mesure (papier ou logiciel)	2	0	
11. Le back-up des données est effectué trimestriellement	2	0	
12. Un système d'archivage est fonctionnel (procédure appliquée)	2	0	
13. Le registre des narcotiques est disponible et à jour, et la procédure de délivrance des narcotiques est respectée	2	0	
14. La liste des prix est affichée	2	0	
Total SIGL	30		

6. Gestion financière Composantes	Standard respecté	Standard Non respecté	Points obtenus
1. Le CDAI dispose d'un compte bancaire autonome	4	0	
2. Le Pharmacien responsable du CDAI et l'administrateur du Comité de Gestion (ou de la Direction Sanitaire concernée) ont droit de signature	4	0	
3. Les marges de bénéfice pratiquées par le CDAI respectent les normes de la DPM/MT	2	0	
4. La valorisation des stocks est effectuée conformément	4	0	
5. Tous les documents de gestion comptable sont à jour	6	0	
Total Gestion Financière	20		

7. Mouvements de stocks et traitement des commandes Composantes	Note Maximum	Note Minimum	Points obtenus
1. Taux de réponse des commandes reçues au CDAI Comparaison des commandes passées par les IS et les produits livrés par le CDAI			
1a. Proportion des lignes de commandes passées par les IS pour les médicaments essentiels complètement livrées (x 10)	10	0	
1b. Proportion des lignes de commandes passées par les IS pour les 26 médicaments traceurs complètement livrées (x 10)	10	0	
2. Proportion d'Institution de Soins réellement desservies Nombre d'IS réellement livrées au cours du dernier trimestre sur nombre d'IS de la zone de couverture (x 10)	10	0	
2. 90% des calculs de SDU, CMM, Stock Maxi et Stock Mini, MSD à l'aide des outils d'inventaire et d'estimation des besoins sont effectués pour tous les produits chaque trimestre. >90% = 10 ; <90% = 0	10	0	
3. 90% des IS ont reçu leurs commandes à la date convenue La vérification sera effectuée au niveau CDAI et dans les IS en regardant la date de livraison prévue dans le Plan de Distribution et communiquée à l'IS, et la date de réception des produits à l'IS. Les Bons de livraison, le Plan de Distribution, les fiches de stock sont les sources d'information. >90% = 10 ; <90% = 0	10	0	
4. Proportion des produits sont maintenus au niveau de stock entre maximum-minimum au moment de la visite Utiliser la liste des 26 médicaments traceurs ; diviser par 10.	10	0	
5. Existence d'un plan d'acquisition trimestriel et un plan d'estimation des besoins annuels mis à jour selon le	10	0	

processus établi. OK = 10 ; Non = 0			
7. 100% des produits achetés sont sur la LNME Vérifier dans le stock ou les factures d'achats si tous les produits font partie de la LNME : OK = 10 ; Non = 0	10	0	
8. Proportion des achats de produits à la Centrale Nationale (PROMESS) sur la valeur totale « Achats » (comptabilité Achats)	10	0	
9. Taux de péremption des intrants est inférieur à 1% Valeur des produits périmés dans le mois / valeur total du stock au début du mois (pris sur l'inventaire du mois précédent) x 100 ; <1% = 10 ; >1% = 0	10	0	
Total	100		

8. Médicaments Traceurs (Disponibilité > Stock de sécurité)		Standard Respecté	Standard Non Respecté	Points Obtenus
1	Albendazole 400 mg Comp	1	0	
2	Amoxicilline 500 mg Gélule	1	0	
3	Benzathine Benzylpenicilline 2,4MUI Fl. Inj.	1	0	
4	Carbamazépine 200 mg	1	0	
5	Chloroquine 150 mg Comp	1	0	
6	Chlorure de potassium 1g Amp inj.	1	0	
7	Chlorure de Sodium 0.9%	1	0	
8	Cotrimoxazole 480mg Comp	1	0	
9	Dextrose 5%	1	0	
10	Diazépam 5 mg Comp	1	0	
11	Erythromycine 250 mg Comp	1	0	
12	Fer+acide folique 60/0,4 mg Comp	1	0	
13	Hydrochlorothiazide 50 mg Comp	1	0	
14	Ibuprofène 400 mg Comp	1	0	
15	Insuline NPH 100 UI/ml	1	0	
16	Métoclopramide 10mg/2ml Amp inj.	1	0	
17	Métronidazole 250 mg Comp	1	0	
18	Miconazole 2% crème	1	0	
19	Oxytocine 10 UI Amp inj.	1	0	
20	Paracétamol 500mg Comp	1	0	
21	Primaquine 7.5 mg Comp	1	0	
22	Ringer Lactate	1	0	
23	Salbutamol 4 mg Comp	1	0	
24	Sérum antitétanique 1500 UI	1	0	
25	Sérum de Réhydratation Orale	1	0	
26	Sulfate de magnésium 500mg/5ml Amp inj.	1	0	
27	AZT 10mg/ml Suspension orale 240ml	1	0	

28	AZT/3TC/NVP 300/150/200mg Comp	1	0	
29	TDF/3TC/EFV 300/300/600mg Comp	1	0	
30	Test dépistage VIH Déterminé	1	0	
TOTAL		30	0	

VERIFIER QUE TOUTES LES QUESTIONS SONT REMPLI ES
Vérificateur remercie le personnel

Problèmes prioritaires identifiés

.....
.....

Actions d'amélioration urgentes proposées

.....
.....

Approbation :

	CDAI	Evaluateur principal
Nom		
Fonction		
Date		
Signature		

Annexe 10. Grille de vérification qualité IS



GRILLE DE VERIFICATION DE LA QUALITE DES IS

A. INFORMATIONS GENERALES

Date: ... / ... / 20...	Département:	Arrondissement:
Catégorie: HCR ☐ CS ☐ CCS ☐	Statut: Publique ☐ ; Mixte ☐ ; Privée ☐	Nom du responsable :
Nom IS:		
Commune :	Section communale :	Coordonnées GPS Long: Lat.
Nombre de lits :	Pop. de desserte :	
Adresse:	Email :	Tél :

B. SYNTHÈSE D'ÉVALUATION

ENSEMBLE DES COMPOSANTES	Quelle IS	Points obtenus	Points disponibles	%
1. Indicateurs généraux	TOUTES		15	
2. Plan d'affaire	TOUTES		10	
3. Recettes, dépenses de fonctionnement, prime de performance – indice	TOUTES		10	
4. Hygiène & stérilisation	TOUTES		27	
5. Eau	TOUTES		19	
6. Consultation Externe / Urgence	TOUTES		23	
7. Planification Familiale	TOUTES (sauf DIU, Implants et CCV au niveau des CCS et CS)		31	
8. Gestion de médicaments	TOUTES		20	
9. Médicaments traceurs	TOUTES		30	
10. Tuberculose	TOUTES		15	
11. Vaccination	CCS et CS		26	
12. Laboratoire	CS et HCR		29	

13. Salle d'hospitalisation	CS et HCR		10	
14. Consultation Prénatale	TOUTES		10	
15. Maternité	HCR, CS		25	
Total			300	

1. INDICATEURS GÉNÉRAUX	Points obtenus	Points disponibles
1. Carte sanitaire de l'aire de santé de l'IS disponible et affichée <i>Carte affichée dans l'IS en montrant les villages/quartiers, population de référence, routes principales, barrières naturelles, les distances séparant les sections communales et les localités avec l'IS</i>		1
2. Archivage et disponibilité des rapports mensuels SISNU <i>Rapports bien rangés avec classeurs, dans des étagères et accessibles</i> <i>Le vérificateur vérifie les copies (dures) des rapports SISNU des six derniers mois disponibles.</i>		2
3. Horaire de travail et roulement de garde disponible et affiché		1
4. L'IS offre la gamme de services selon les normes du PES en fonction de sa catégorie <i>Le vérificateur vérifie si l'institution offre toute la gamme de service selon sa catégorie.</i>		1
5. Tenue des réunions techniques staff et autres) de l'IS <i>Le vérificateur vérifie les Procès-Verbaux pendant le dernier trimestre avec liste de présence (au moins une (1) réunion par mois).</i>		2
6. Fiches de référence et/ou contre-référence disponibles <i>Le vérificateur vérifie le stock (au moins 10 fiches non-remplies)</i>		1
7. Disponibilité de téléphone(s) pour la communication <i>numéro(s) de téléphone affiché, visible pour les patients, téléphone fonctionnel (avec des unités ou des cartes de recharge disponibles).</i>		1
8. Derniers rapports SISNU transmis selon la périodicité voulue (au plus tard le 5 du mois suivant): <i>Le vérificateur vérifie les accusés de réception des trois (3) rapports SISNU transmis pour le trimestre passé.</i>		2
9. La structure de santé dispose-t-elle d'électricité aujourd'hui ? <i>Le vérificateur vérifie au moins dans trois sections différentes de l'IS</i>		2
10. Disponibilité d'un matériel informatique (ordinateur, tablette) avec accès à internet <i>Le vérificateur vérifie le fonctionnement du matériel et l'accès à internet</i>		2
POINTS TOTAUX		15

Indicateurs généraux : Question additionnelle non prise en compte dans le score
Pendant le trimestre, quelle a été la principale source d'électricité de l'IS ?

- Alimentation par le réseau EDH
- Génératrice
- Système solaire
- Autres, précisez
- Aucune

2. PLAN D'AFFAIRE	Points obtenus	Points disponibles
1. Plan d'affaire annuel de l'IS disponible et accessible <i>Vérificateur vérifie le Plan d'affaire en vigueur</i>		2
2. Plan d'affaire élaboré avec le personnel de l'IS		2
3. Plan d'affaire contient une stratégie de couverture géographique convaincante <i>Au moins 1 ASCP pour 1.000 habitants (localités à plus d'une heure à pied)</i>		2
4. Plan d'affaire analyse la concurrence. <i>L'enquêteur vérifie que ce sujet est traité et qu'une stratégie adaptée est présente.</i>		4
POINTS TOTAUX		10

3. RECETTES, DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT, PRIME PERFORMANCE – INDICE	Points obtenus	Points disponibles
1. Comptable ou personnel formé en gestion financière disponible		1
2. Documents financiers et comptables disponibles, bien remplis et à jour <i>- Rapport mensuel de trésorerie disponible et correctement rempli</i> <i>- Solde théorique du livre de caisse conforme à la liquidité en caisse</i>		2
3. Rapport financier mensuel préparé dans lequel les recettes, dépenses de fonctionnement et investissements sont inscrits		3
4. Le pourcentage de la prime de performance réservée au renforcement institutionnel est bien calculé avec des rubriques de dépenses déterminées à l'avance		1
5. Mode de calcul trimestriel des primes de performance FBR déterminé et connu par le personnel <i>l'outil d'indice utilisé tient compte des prescrits du manuel d'opérationnalisation du FBR : (a) indice de responsabilité + (b) performance individuelle + (c) nombre de jours de présence</i>		3
POINTS TOTAUX		10

4. HYGIENE & STERILISATION	Points obtenus	Points disponibles
1. Clôture disponible et bien entretenu		2
2. Disponibilité d'au moins une poubelle dans la cour <i>Poubelle avec couvercle accessible aux clients - non pleine</i>		1
3. Présence de toilettes/latrines en nombre suffisant et en bon état <i>- au moins 2 ;</i> <i>- Plancher sans fissures avec un seul trou et couvercle</i> <i>- Portes avec fermeture- superstructure avec toiture - sans mouches ni odeurs</i> <i>- Nettoyés récemment- sans matières fécales visibles</i>		2
4. Présence de toilettes/latrines distinctes pour les hommes et les femmes <i>Le vérificateur vérifie l'indication signifiant la séparation des toilettes (Homme / Femme) visible</i>		2
5. Présence de douches en nombre suffisant et en bon état <i>- au moins 1</i> <i>-Présence de château d'eau ou autre source d'approvisionnement en eau (puits)</i> <i>- Douche avec eau courante ou récipient avec au moins 20 litres</i> <i>- Évacuation de l'eau usée dans une fosse à fonds perdu</i>		2

6. Incinérateur et/ou fosse à placenta en enclos - Incinérateur fonctionnel, utilisé et vidé - Fosse à placenta avec couvercle - Enclos sans passages bien construit avec porte sous clé		2
7. Elimination correcte de matériels non infectés. <i>Trou avec enclos sans matériel infectés ni matériel non décomposable et/ou ramassage par un tiers (Contrat et documents montrant l'historique de ramassage)</i>		1
8. Propreté de la cour <i>Déchets et produits dangereux non retrouvés sur la cour – aiguilles – ampoules – gants – compresses usées</i>		2
9. Entretien de la cour <i>Herbes coupées – jardin bien entretenu – pas d'excréta (animaux)</i>		2
10. Présence d'un stérilisateur en bon état et fonctionnel		2
11. Le personnel stérilise les instruments selon les normes <i>Protocole de stérilisation affiché</i>		2
12. Conditions d'hygiène assurées dans la salle de soins <i>Poubelles avec couvercle et pédale (sachet disponible dans la poubelle) Boite de sécurité pour les aiguilles bien placée et utilisée</i>		2
13. L'IS fait le stockage approprié et s'assure de l'élimination finale sans risque des déchets sanitaires piquants ou tranchants		1
14. L'IS fait le stockage approprié et l'élimination finale sans risque des déchets infectieux		1
15. L'IS dispose de : seringues à usage unique jetables, autobloquantes		1
16. L'IS dispose de : savon, agent nettoyant à base d'alcool, désinfectant, gants en latex		1
17. L'IS a à sa disposition les directives de prévention des infections en matière d'accident d'exposition au Sang (AES)		1
POINTS TOTAUX		27

5. EAU	Points obtenus	Points disponibles
1. Disponibilité de l'eau courante <i>Le vérificateur vérifie que l'eau est stockée et protégée des éléments extérieurs</i>		5
2. Points d'accès fonctionnels <i>Le vérificateur vérifie que l'eau coule au niveau de tous les points d'accès (toilettes, lavabos, éviers, seau avec robinet ou robinet).</i>		5
3. Points de lavage de mains du personnel de santé sont à proximité <i>Le vérificateur vérifie que les points de lavage de mains du personnel se trouvent à tous les points de prestation existants au niveau de l'IS (salle de consultation, laboratoire, salle d'accouchement, bloc opératoire)</i>		6
4. Disponibilité de l'eau potable <i>Le vérificateur vérifie l'existence de dispositif permettant l'accès des clients et du personnel à l'eau de boisson au sein de l'institution</i>		3
POINTS TOTAUX		19

Question additionnelle non prise en compte dans le score
Quelle est la source d'accès à l'eau potable de la structure de santé ?

- Conduit d'eau de la ville jusqu'au bâtiment
- Propre conduit d'eau jusqu'au bâtiment (Chatodo ou Citerne)
- Robinet dans la cour
- Robinet public/conduit vertical
- Puits artésien
- Puits/Source protégée,
- Eau de surface (Rivière/barrage/ pluie/ etc.)
- Camion-citerne/Vendeur
- Autre (à spécifier):

6. CONSULTATION EXTERNE (CE) / URGENCE	Points obtenus	Points disponibles
1. Bonnes conditions d'attente pour la CE et/ou Urgence <i>Avec bancs et / ou chaises, protégé contre le soleil et la pluie</i>		1
2. Les tarifs du recouvrement de coût sont affichés <i>Tarifs visibles pour les malades avant la consultation</i>		2
3. Existence d'un système de triage avec des jetons numérotés		1
4. Salle de la CE et/ou Urgence <i>Murs en dur avec crépissage et peinture, Plancher en ciment sans fissures, Plafond en bon état, Fenêtres avec rideaux, et portes avec serrure</i>		2
5. Salle de la CE et/ou Urgence dispose de bureau, chaises et classeur métallique		1
6. Salle de la CE et/ou Urgence éclairée pendant la nuit <i>Électricité</i>		1
7. Toutes les CE et/ou Urgence sont faites par au moins un personnel qualifié		2
8. Personnel de CE et/ou Urgence en tenue conforme <i>Blouse propre - boutonné avec identification</i>		1
9. Inscription correcte des numéros de dossiers dans le registre de morbidité <i>Inscription correcte et clôturée à la fin de chaque mois</i>		1
10. Disponibilité des services 7 / 7 <i>Vérificateur vérifie les entrées dans les registres</i>		2
11. Protocole affiché sur le mur pour la prise en charge de la malaria		1
12. La prise en charge correcte de la malaria <i>Le vérificateur vérifie dans le registre les 3 derniers cas pris en charge</i>		1
13. Prise en charge correcte des IRA <i>Algorithme MSPP disponible et appliqué</i>		1
14. Prise en charge correcte de la diarrhée <i>Algorithme MSPP disponible et appliqué</i>		1
15. Connaissance des signes majeurs de l'infection au VIH/SIDA <i>Réponse doit contenir au moins 4 : Amaigrissement, Asthénie, Anorexie, Fièvre</i>		1
16. Disponibilité de stéthoscope / tensiomètre fonctionnel <i>Le vérificateur prend la tension artérielle de quelqu'un pour la vérification</i>		1
17. Disponibilité de thermomètre fonctionnel <i>Le vérificateur fait l'inspection du thermomètre</i>		1
18. Lit d'examen disponible en métallique avec matelas		1
19. Disponibilité de balance fonctionnelle (Adulte et/ou pédiatrique) <i>Le vérificateur vérifie le fonctionnement de la balance en comparaison avec son poids connu. Le vérificateur vérifie qu'après pesage l'aiguille de la balance revient à zéro</i>		1
POINTS TOTAUX		23

7. PLANIFICATION FAMILIALE	Points obtenus	Points disponibles
1. Présence d'au moins un(e) auxiliaire formé(e) en PF		2
2. Local disponible garantissant la confiance <i>Salle avec porte fermée – rideaux sur la fenêtre</i>		1
3. Affiche murale ou boîte à image avec les méthodes de PF disponible pour la démonstration		1
4. Personnel calcule correctement le nombre de femmes attendues mensuellement pour les contraceptifs oraux et injectables		2
5. L'IS atteint au moins 50% de la population attendue mensuellement en contraceptifs oraux et injectables		2
6. Plan d'affaire contient une stratégie de couverture en PF: <i>Le vérificateur vérifie dans le plan d'affaire la partie concernant la planification familiale.</i>		1
7. L'IS offre les pilules comme méthode de PF <i>Le vérificateur vérifie la méthode que l'IS offre</i>		1
8. L'IS offre les injectables comme méthode de PF <i>Le vérificateur vérifie la méthode que l'IS offre</i>		1
9. L'IS offre les Dispositifs Intra Utérin (DIU) comme méthode de PF <i>Le vérificateur vérifie la méthode que l'IS offre</i>		1
10. L'IS offre les Préservatifs (masculins & féminins) comme méthodes de Planification Familiale (PF) <i>Le vérificateur vérifie la méthode que l'IS offre</i>		1
11. L'IS offre les implants comme méthodes de Planification Familiale (PF) <i>Le vérificateur vérifie la méthode que l'IS offre</i>		1
12. La quantité de Pilules disponible est supérieure au stock de sécurité : <i>Le vérificateur vérifie le stock de sécurité et la quantité disponible</i>		2
13. La quantité des injectables disponible est supérieure au stock de sécurité : <i>Le vérificateur vérifie le stock de sécurité et la quantité disponible</i>		2
14. La quantité des Dispositifs Intra Utérin (DIUs) disponible est supérieure au stock de sécurité : <i>Le vérificateur vérifie le stock de sécurité et la quantité disponible</i>		2
15. La quantité des implants disponible est supérieure au stock de sécurité : <i>Le vérificateur vérifie le stock de sécurité et la quantité disponible</i>		2
16. La quantité des Préservatifs (masculins & féminins) disponible est supérieure au stock de sécurité : <i>Le vérificateur vérifie le stock de sécurité et la quantité disponible</i>		2
17. Absence de rupture de stock en intrants PF au cours des trois (3) derniers mois. <i>Le vérificateur vérifie les fiches de stock à jour, les fiches d'utilisation des intrants etc.</i>		2
18. Disponibilité du service de ligature et/ou de vasectomie pour les couples. <i>- Si l'IS n'offre pas le service : Stratégie de référence mise en place (identification, accompagnement etc...)</i>		1
19. Registre de PF disponible et bien rempli		2
20. Fiche de PF disponible et bien remplie (5 fiches) <i>(tension art, hépatomégalie, varices, poids)</i>		2
POINTS TOTAUX		31

Planification Familiale : Question additionnelle non prise en compte dans le score

1) En cas de ruptures de stock pendant le trimestre, quel(s) méthode(s) est concerné ?

- Pilules
- Injectables
- DIUs
- Préservatifs masculins / féminins

2) A quel niveau de la chaîne se situe cette rupture ?

- IS
- CDAI, DDS, etc.
- Autres

8. GESTION DES MEDICAMENTS	Points obtenus	Points disponibles
1. Pharmacien et/ou personnel formé sur la gestion de stock disponible		1
2. Le contrôle organoleptique (visuel, odorant, tactile) des produits est assuré à chaque livraison quel que soit l'origine		1
3. Disponibilité des rapports mensuels de consommation <i>Stock dans les fiches de stock correspond au stock physique</i> <i>Vérificateur contrôle un échantillon de trois médicaments</i>		1
4. Les données de gestion sont enregistrées au fur et à mesure (papier ou logiciel)		1
5. Parmi les achats effectués, 85% des intrants proviennent du stock du CDAI le vérificateur vérifie les factures/fiches d'achat		3
6. Les marges de bénéfice pratiquées par la Pharmacie IS respectent les normes de la DPM/MT		1
7. Les recettes de la pharmacie de l'IS sont sécurisées (coffre-fort ou tiroir à clé ou transfert de fonds réguliers) et utilisées pour réapprovisionner		2
8. Les surfaces et volumes des bâtiments sont adéquats (l'espace actuel est suffisant pour les stocks existants et une potentielle expansion) <i>Le vérificateur vérifie que les médicaments ne sont pas entassés, ils ne sont pas à même le sol et des étagères sont bien ordonnées)</i>		1
9. Les produits inflammables et explosifs sont stockés dans un espace à part et les produits chimiques pouvant provoquer des réactions dangereuses entre eux sont rangés séparément (acides et basiques, révélateurs et fixateurs clichés radio,...) <i>Le vérificateur s'assure que l'IS gère de manière séparée ces deux types de produits</i>		1
10. Les médicaments sont stockés correctement : <i>Local propre, bien aéré</i> <i>Armoires, étagères étiquetés et rangés par ordre alphabétique</i>		2
11. Réfrigérateurs fonctionnels et utilisés strictement à la conservation des produits pharmaceutiques.		1
12. Les gestionnaires préparent des réquisitions de produits même pour les intrants attribués par allocation		1
13. Les Fiches de stock sont disponibles pour chaque produit et bien utilisées (bien remplies et corrigées à chaque inventaire)		1
14. Le registre des narcotiques est disponible et à jour, la procédure de délivrance des narcotiques est respectée		1
15. Absence de médicaments périmés ou avec étiquettes falsifiées - <i>Vérificateur vérifie au hasard 3 médicaments et 2 consommables</i> - <i>Produits périmés bien séparés du stock</i> - <i>Système fonctionnel de destruction des médicaments</i>		2
POINTS TOTAUX		20

No	9. MEDICAMENTS TRACEURS (Disponibilité> Stock de sécurité)	Points obtenus	Points disponibles
1.	Albendazole 400 mg Comp		1
2.	Amoxicilline 500 mg Comp		1
3.	Benzathine Benzylpenicilline 2,4MUI Fl. Inj.		1

4. Carbamazépine 200 mg		1
5. Chloroquine 150 mg Comp		1
6. Chlorure de potassium 1g Amp inj.		1
7. Chlorure de Sodium 0.9%		1
8. Cotrimoxazole 480mg Comp		1
9. Dextrose 5%		1
10. Diazépam 5 mg Comp		1
11. Erythromycine 250 mg Comp		1
12. Fer+acide folique 60/0,4 mg Comp		1
13. Hydrochlorothiazide 50 mg Comp		1
14. Ibuprofène 400 mg Comp		1
15. Insuline NPH 100 UI/ml		1
16. Métoprolol 10mg/2ml Amp inj.		1
17. Métronidazole 250 mg Comp		1
18. Miconazole 2% crème		1
19. Oxytocine 10 UI Amp inj.		1
20. Paracétamol 500mg Comp		1
21. Primaquine 7.5 mg Comp		1
22. Ringer Lactate		1
23. Salbutamol 4 mg Comp		1
24. Sérum antitétanique 1500 UI		1
25. Sérum de Réhydratation Orale		1
26. Sulfate de magnésium 500mg/5ml Amp inj.		1
27. AZT 10mg/ml Suspension orale 240ml		1
28. AZT/3TC/NVP 300/150/200mg Comp		1
29. TDF/3TC/EFV 300/300/600mg Comp		1
30. Test dépistage VIH Détermine		1
POINTS TOTAUX		30

10. TUBERCULOSE – centre de dépistage	Points obtenus	Points disponibles
1. Personnel technique formé pour le DOTS disponible <i>- Infirmier, laborantin, etc.</i>		2
2. Disponibilité et utilisation des outils de gestion TB <i>Registre de Cas, registre de laboratoire, Fiche de traitement, Registre de contact, Registre : Symptomatique Respiratoire etc.</i>		2
3. Connaissance des signes de la tuberculose active <i>Réponse doit contenir au moins 4 : Amaigrissement, Asthénie, Anorexie – Fièvre, Toux de 15 jours, Transpiration</i>		1

4. Registre de cas disponible et bien rempli <i>Le vérificateur vérifie que toutes les informations pertinentes au niveau de traitement sont fournies</i>		1
5. Prise en charge des patients selon les normes <i>Le vérificateur vérifie dans au moins 3 dossiers que les normes nationales de prise en charge sont respectées.</i>		2
6. Indentification des perdus de vue <i>Le vérificateur vérifie dans le Registre de cas et la fiche de traitement pour identifier et retrouver les perdus de vue</i>		1
7. Disponibilité d'une Bite a lames <i>Le vérificateur vérifie que la disponibilité des porte-lames</i>		1
8. Disponibilité des médicaments anti-TB RHEZ, RHE, RH, H, RHZ pédiatrique) <i>Le vérificateur vérifie que la disponibilité est supérieure (>) au stock de sécurité.</i>		1
9. Prise en charge de la Coinfection <i>Le vérificateur vérifie que tous les patients et symptomatiques respiratoires sont testés et les coinfectés prise en charge pour la coinfection TB/VIH. (ARV)</i>		2
10. Crachoirs <i>Le vérificateur vérifie que la disponibilité est supérieure (>) au stock de sécurité.</i>		1
11. Lames et réactifs disponibles <i>Le vérificateur vérifie que la disponibilité est supérieure (>) au stock de sécurité.</i>		1
POINTS TOTAUX		15

11. VACCINATION	Points obtenus	Points disponibles
1. Au moins un auxiliaire formé dans le PEV disponible		1
2. Personnel calcule correctement la cible pour les ECV (enfants de moins d'un an complètement vaccinés)		1
3. Chaîne de froid - contrôle régulier de la chaîne de froid et thermomètre présent dans le compartiment du réfrigérateur - Présence d'un réfrigérateur - Disponibilité de cahiers ou fiches de température remplis 2 fois par jour – inclusivement le jour de la visite - Température reste entre 2 et 8 degré Celsius sur la fiche - Vérificateur vérifie la fonctionnalité du thermomètre		2
4. Pas de rupture de Pentavalent + BCG, RR+VPO, VAT - Présence des fiches de stock à jour - Vérificateur vérifie le stock physique dans le réfrigérateur		2
5. Les vaccins sont correctement disposés dans le réfrigérateur - Compartiment près du congélateur : VPO – RR - Compartiment NON congelé : BCG - Pentavalent, VAT, diluants - Absence de vaccins périmés - Etiquettes sur les flacons de vaccin lisibles		2
6. Disponibilité du BCG <i>Le vérificateur vérifie que la disponibilité est supérieure (>) au stock de sécurité.</i>		1
7. Disponibilité du VAT <i>Le vérificateur vérifie que la disponibilité est supérieure (>) au stock de sécurité.</i>		1
8. Disponibilité du Pentavalent <i>Le vérificateur vérifie que la disponibilité est supérieure (>) au stock de sécurité.</i>		1
9. Disponibilité du VPO <i>Le vérificateur vérifie que la disponibilité est supérieure (>) au stock de sécurité.</i>		1
10. ETAT CHAINE de FROID Réfrigérateur à gaz : stock d'au moins 14 L Réfrigérateur solaire : batterie en bon état		2
11. Les accumulateurs de froid sont bien congelés		1

12. Disponibilité de seringues (autobloquantes et pour dilution) <i>Le vérificateur vérifie que la disponibilité est supérieure (>) au stock de sécurité.</i>		2
13. Les déchets sont collectés dans des poubelles appropriées <i>Disponibilité de boîtes de sécurité (réceptacle)</i>		2
14. Stock de carnets ou cartes de croissance PEV <i>le vérificateur vérifie le stock contenant au moins 10 carnets non utilisés</i>		2
15. Registre de Vaccination disponible et bien rempli <i>Système capable d'identifier les abandons et les ECV (Enfants Complètement Vaccinés)</i>		2
16. Bonnes conditions d'attente pour la Clinique Pédiatrique <i>Avec bancs et / ou chaises, protégé contre soleil et pluie</i>		1
17. Remise de jetons numérotés selon l'ordre d'arrivée		1
18. Disponibilité d'une balance (Salter ou ordinaire etc.) en bon état Balance bien tarée à zéro + Culotte présente et non déchirée		1
POINTS TOTAUX		26

12. Laboratoire	Points obtenus	Points disponibles
1. Laborantin ou personnel formé disponible		1
2. Le laboratoire est fonctionnel au moins 5jours/ 7 <i>Le vérificateur vérifie dans le registre du laboratoire</i>		1
3. L'IS offre les services suivants : <i>Le vérificateur vérifie dans la liste des examens disponibles au Laboratoire</i>		
Hémogramme		1
Examen des urines		1
Frottis vaginal		1
Examen des selles		1
Glycémie		1
Malaria test		1
VIH test		1
Syphilis test		1
Test de grossesse		1
Protéinurie		1
Glycosurie		1
4. Disponibilité des intrants pour les examens de labo : <i>Le vérificateur vérifie les intrants pour chacun des examens listés.</i>		
Hémogramme <i>le vérificateur vérifie que la disponibilité des intrants est > au stock de sécurité</i>		1
Examen des urines <i>le vérificateur vérifie que la disponibilité des intrants est > au stock de sécurité</i>		1
Examen des selles <i>le vérificateur vérifie que la disponibilité des intrants est > au stock de sécurité</i>		1
Glycémie <i>le vérificateur vérifie que la disponibilité des intrants est > au stock de sécurité</i>		1
Malaria test <i>le vérificateur vérifie que la disponibilité des intrants est > au stock de sécurité</i>		1
VIH test <i>le vérificateur vérifie que la disponibilité des intrants est > au stock de sécurité</i>		1
Syphilis test <i>le vérificateur vérifie que la disponibilité des intrants est > au stock de sécurité</i>		1
Test de grossesse <i>le vérificateur vérifie que la disponibilité des intrants est > au stock de sécurité</i>		1
Protéinurie <i>le vérificateur vérifie que la disponibilité des intrants est > au stock de sécurité</i>		1

Glycosurie <i>le vérificateur vérifie que la disponibilité des intrants est > au stock de sécurité</i>		1
5. Disponibilité d'un microscope fonctionnel <i>Le vérificateur vérifie la fonctionnalité du microscope</i>		1
6. Disponibilité d'une centrifugeuse fonctionnelle <i>Le vérificateur vérifie la fonctionnalité du microscope</i>		1
7. Affichage des tarifs <i>Le vérificateur vérifie au laboratoire si le tarif pour chaque examen est affiché et visible pour les patients</i>		1
8. Résultats enregistrés correctement dans le registre du labo <i>Vérificateur vérifie les 5 derniers résultats</i>		1
9. Gestion des matériels souillés Le vérificateur vérifie que les lames et pipettes souillées sont plongées dans un récipient contenant un désinfectant		1
10. Evacuation des déchets - Déchets organiques dans une poubelle avec couvercle - Boîte de sécurité disponible et détruite dans l'incinérateur		1
POINTS TOTAUX		29

13. SALLE D'HOSPITALISATION	Points obtenus	Points disponibles
1. Programme de garde affiché <i>Vérificateur vérifie le rapport de garde – noms et signatures</i>		1
2. Equipements disponibles et en bon état <i>Lits, matelas, draps, tables de nuit</i>		3
3. Bonnes conditions d'hygiène - Nettoyage régulier, lits bien espacés, Bonne aération - Matelas couverts d'un drap propre		2
4. Salle d'hébergement éclairée pendant la nuit <i>Electricité, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable</i>		1
5. Confidentialité assurée <i>Femmes – hommes séparés - sans être vus par l'extérieur</i>		1
6. Registre d'hospitalisation disponible et bien rempli <i>Identité complète, journées d'hospitalisation</i>		1
7. Fiches d'hospitalisation disponibles et bien remplies - Au moins 10 vierges – Vérificateur vérifie 5 fiches remplies - Température TA, examens de labo bien rempli - Suivi de traitement coché		1
POINTS TOTAUX		10

14. CONSULTATION PRE-NATALE	Points obtenus	Points disponibles
1. Plan d'affaire contient une stratégie pour atteindre toutes les femmes enceintes <i>Stratégie fixe – stratégie avancée pour les villages éloignés</i>		1
2. Balance adulte bien tarée à zéro		1
3. Fiche CPN disponible et bien remplie <i>Vérificateur vérifie 5 dernières fiches</i> <i>Examens : Poids – TA - Taille – Parité – Date Dernière Règle (DDR)</i> <i>Labo : Albuminurie – Glucose – HgI</i> <i>Examen obstétrical fait : BCF (Bruit Cœur Fœtal), HU (Hauteur Utérine), Présentation, mouvement fœtal.</i>		2

4. Fiche CPN montre l'administration de Fer Folate		1
5. PTME Le vérificateur vérifie dans le registre de CPN le dépistage VIH/Syphilis (pour au moins 90% de femmes)		1
6. Disponibilité du stéthoscope/ foetoscope, ruban métrique Le vérificateur vérifie la disponibilité et le fonctionnement		1
7. Carnet de la CPN disponible – au moins 10 carnets vierges		1
8. Registre de la CPN disponible et bien rempli <i>Identité complète, état vaccinal, date de visite, rubrique Grossesse à Haut Risque (GHR) bien remplie incluant problèmes et actions prises</i>		2
POINTS TOTAUX		10

15. MATERNITÉ	Points obtenus	Points disponibles
1. L'eau suffisante avec savon dans la salle d'accouchement <i>Un point d'eau fonctionnel ou au moins 20 litres d'eau disponibles dans un récipient</i>		1
2. Salle d'accouchement éclairée pendant la nuit <i>Electricité, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable</i>		1
3. Déchets collectés correctement dans la salle d'accouchement <i>- poubelle + boîte de sécurité pour les aiguilles</i>		1
4. Salle d'Accouchement en bon état <i>- Murs en dur avec crépissage et peinture - Pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état - Fenêtres en vitres avec rideaux, et portes fonctionnel</i>		1
5. Disponibilité du partogramme <i>le vérificateur vérifie la disponibilité d'au moins 10 fiches non remplies et l'utilisation du partogramme dans au moins 5 dossiers (s'il y a eu accouchement)</i>		1
6. Prise de la tension artérielle pendant le travail d'accouchement <i>Rempli dans le partogramme régulièrement pendant le travail – au moins une fois par heure – vérificateur vérifie 3 partogrammes</i>		1
7. Prise systématique de l'APGAR lors de l'accouchement <i>Rempli dans le partogramme au moins à la 1^{ère} et à la 5^{ème} minute. Vérificateur vérifie 3 partogrammes</i>		1
8. Tous les accouchements effectués par un personnel qualifié <i>Identification des accoucheurs/accoucheuses à partir des noms inscrits dans le registre</i>		2
9. Disponibilité d'une toise (pour mesurer la taille), d'un stéthoscope obstétrical et d'une poire (plongés dans un désinfectant non irritant) ou aspirateur manuel / électrique fonctionnel		2
10. Registre de maternité disponible et bien rempli.		2
11. Disponibilité des gants stériles (au moins 10 paires)		1
12. Disponibilité d'au moins 2 boîtes obstétricales stérilisées , <i>Avec au moins 1 paire de ciseaux, 2 pinces</i>		2
13. Disponibilité d'au moins 2 boîtes d'épisiotomie <i>Fil catgut et fil non résorbable, désinfectant, anesthésie locale, compresse stérile. Une boîte stérilisée avec porte aiguille, aiguille, 1 pince anatomique et 1 pince chirurgicale</i>		2
14. Table d'accouchement en bon état <i>Table avec matelas avec deux jambiers fonctionnels</i>		2
15. Disponibilité d'un pèse-bébé fonctionnel <i>Vérificateur vérifie le pèse avec un objet</i>		1

16. Matériel disponible pour les soins aux nouveau-nés <i>X nombre de Fil de ligature du cordon stérile, pincés ombilicales stérile, pommade tétracycline 1% (appliqué à chaque nouveau-né)</i>		1
17. Seau ou bassin à linge souillé disponible		1
18. Lits avec matelas et literie en bon état dans salle postpartum <i>Matelas couverts de toile cirés avec couverture et draps</i>		1
19. Salle de travail adéquate <i>CS : au moins 2 lits avec matelas ; HCR au moins 4</i>		1
POINTS TOTAUX		25

VERIFIER QUE TOUTES LES QUESTIONS SONT REMPLIES
Vérificateur remercie le personnel

Problèmes prioritaires identifiés

.....
.....

Actions urgentes d'amélioration proposées

.....
.....

APPROBATION

Signature du Vérificateur Principal

Signature du Responsable de l'IS

Annexe 11-A : Fiche de Déclaration des IS (CCS, CS)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

FICHE DE DECLARATION DES DONNEES DES CS/CCS

1. INFORMATIONS GENERALES

IS : _____ Nom du responsable : _____

Département : _____ Commune : _____ Téléphone de l'IS : _____

UAS : _____ Rapport du trimestre de _____ à _____ de l'année _____ - _____

2. DONNEES DECLAREES

No	Indicateurs	Services fournis (# de cas)			Total des cas du trimestre	Barème unitaire HTG	Total en HTG
		Mois 1	Mois 2	Mois 3			
1	Nombre de nouvelles consultations curatives						
2	Nombre de références à l'échelon supérieur						
3	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités						
4	Nombre de cas de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmés						
5	Nombre de cas de TB+ traités						
6	Nombre de cas de TB+ perdus de vue retrouvés						
7	# enfants de 6 à 59 mois dépistés au niveau des IS pour la malnutrition aigue						
8	# enfants de 12 à 59 mois déparasités						
9	# enfants nés de mères séropositives mis sous prophylaxie par ARV dans les 72 h						

No	Indicateurs	Services fournis (# de cas)			Total des cas du trimestre	Barème unitaire HTG	Total en HTG
		Mois 1	Mois 2	Mois 3			
10	# enfants de 0 à 11 mois complètement vaccinés						
11	# enfants de 6 à 59 mois ayant reçu la Vit A						
12	Nombre d'accouchements institutionnels						
13	Nombre de femmes enceintes ayant effectué leur première visite prénatale au cours de leur premier trimestre de grossesse						
14	Nombre de femmes enceintes ayant effectué leurs deux dernières visites prénatales au cours de leur dernier trimestre de grossesse						
15	Nombre de femmes enceintes ayant reçu deux (2) doses de dT (ou complètement vaccinées)						
16	# de femmes enceintes testées pour le VIH						
17	# de FE positives pour le VIH placées sous antviraux						
18	# de FE testées positives pour le VIH référées à l'échelon supérieur						
19	Nombre de femmes ayant reçu une (1) visite postnatale au cours des trois (3) jours suivant l'accouchement						
20	Nombre d'utilisateurs de méthodes modernes quelconque de PF						
	Total						

Responsable de l'Institution Sanitaire

Date : _____

Annexe 11-B : Fiche de Déclaration des IS (HCR)



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

FICHE DE DECLARATION DES DONNEES DES HCR

1. INFORMATIONS GENERALES

IS : _____ Nom du responsable : _____

Département : _____ Commune : _____ Téléphone de l'IS : _____

UAS : _____ Rapport du trimestre de _____ à _____ de l'année _____ - _____

2. DONNEES DECLAREES

No	Indicateurs	Services fournis (# de cas)			Total des cas du trimestre	Barème unitaire HTG	Total en HTG
		Mois 1	Mois 2	Mois 3			
1	Nombre d'accouchements institutionnels						
2	Nombre de patients référés par l'échelon inférieur hospitalisés						
3	# de nouvelles consultations en clinique externe référée par un échelon inférieur et prises en charge						
4	# d'accouchements par césarienne enregistrés						
5	Nombre de contre-références						
6	Nombre de cas de TB+ traités						
7	Nombre de cas de TB+ perdus de vue retrouvés						
8	# enfants nés de mères séropositives mis sous prophylaxie par ARV dans les 72 h						
	Total						

Responsable de l'Institution Sanitaire

Date : _____

Annexe 12-A. Fiche de vérification IS (CS, CCS)



FICHE DE VERIFICATION DES DONNEES DES INSTITUTIONS DE SANTE (CS, CCS)

No :	Indicateurs	Quantité Déclarée	Quantité Validée	Observations*
1	Nombre de nouvelles consultations curatives			
2	Nombre de références à l'échelon supérieur			
3	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités			
4	Nombre de cas de tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmés			
5	Nombre de cas de TB+ traités			
6	Nombre de cas de TB+ perdus de vue retrouvés			
7	# enfants de 6 à 59 mois dépistés au niveau des IS pour la malnutrition aigue			
8	# enfants de 12 à 59 mois déparasités			
9	# enfants nés de mères séropositives mis sous prophylaxie par ARV dans les 72 h			
10	# enfants de 0 à 11 mois complètement vaccinés			
11	# enfants de 6 à 59 mois ayant reçu la Vit A			
12	Nombre d'accouchements institutionnels			
13	Nombre de femmes enceintes ayant effectué leur première visite prénatale au cours de leur premier trimestre de grossesse			
14	Nombre de femmes enceintes ayant effectué leurs deux dernières visites prénatales au cours de leur dernier trimestre de grossesse			
15	Nombre de femmes enceintes ayant reçu deux (2) doses de dT (ou complètement vaccinées)			
16	# de femmes enceintes testées pour le VIH			
17	# de FE positives pour le VIH placées sous antviraux			
18	# de FE testées positives pour le VIH référées à l'échelon supérieur			

No :	Indicateurs	Quantité Déclarée	Quantité Validée	Observations*
19	Nombre de femmes ayant reçu une (1) visite postnatale au cours des trois (3) jours suivant l'accouchement			
20	Nombre d'utilisateurs de méthodes modernes quelconque de PF			

Résumé des observations sur la performance dans les activités PES de l'IS

1. Points forts :

2. Points à améliorer:

3. Recommandations :

N°	Recommandations	Destinataire	Echéance

Signature du vérificateur

Date : _____

Signature du responsable de l'Institution Sanitaire

Date : _____

Annexe 12-B. Fiche de vérification IS (HCR)



FICHE DE VERIFICATION DES DONNEES DES INSTITUTIONS DE SANTE (HCR)

No :	Indicateurs	Quantité Déclarée	Quantité Validée	Observations*
1	Nombre d'accouchements institutionnels			
2	Nombre de patients référés par l'échelon inférieur hospitalisés			
3	# de Nouvelle consultations en Clinique externe reférée par un échelon inférieur et prises en charge			
4	# d'accouchements par césarienne enregistrés			
5	Nombre de contre-références			
6	Nombre de cas de TB+ traités			
7	Nombre de cas de TB+ perdus de vue retrouvés			
8	# enfants nés de mères séropositives mis sous prophylaxie par ARV dans les 72 h			

Résumé des observations sur la performance dans les activités PES de l'IS

1. Points forts :
2. Points à améliorer:
3. Recommandations :

N°	Recommandations	Destinataire	Echéance
	. . .		

Signature du vérificateur

Date : _____

Signature du responsable de l'Institution Sanitaire

Date : _____

Annexe 13. Procès-verbal de vérification des prestations des IS



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

PROCES VERBAL DE VERIFICATION DES PRESTATIONS DES IS

1. INFORMATIONS GENERALES

IS :	
Nom du responsable de l'IS :	
Téléphone de l'IS :	
Adresse Physique de l'IS :	

Département :	
UAS :	
Commune:	
Population de desserte:	

2. VERIFICATION

Trimestre de Vérification :	T..... Mois de à de l'Année 20.....
Agence Externe de Vérification :	
Nom du Vérificateur Principal :	
Date de vérification des données :	
Nombre de Staff de l'IS présent :	
Nom du représentant de l'IS présent à la vérification :	
Cote obtenue pour la vérification quantitative :	
Cote obtenue pour la vérification qualitative :	
Montant à payer	

3. POINTS A RETENIR LORS DE LA VERIFICATION

Déroulement de la vérification	Points Forts	Contraintes

4. RECOMMANDATIONS

a. Suivi des recommandations antérieures

Recommandations faites lors de la vérification antérieure	Appréciation du suivi des recommandations antérieures

b. Recommandations issues de la vérification en cours

Recommandations
1.
2.
3.

5. COMMENTAIRES GENERAUX

.....

.....

6. ANNEXES :

- a. Grille d'évaluation de la quantité (facture)
- b. Grille d'évaluation de la qualité

APPROBATION

Signature du Vérificateur Principal

Date : _____

Signature du Responsable de l'IS

Date : _____

Annexe 14. Questionnaire vérification communautaire



UNITE DE CONTRACTUALISATION

Fiche de vérification et d'enquête de satisfaction des clients/clientes

Aire de desserte:

Nom de l'IS:

Trimestre:

Date :.....

Heure :.....

Nom de l'Association locale:.....

Nom de l'enquêteur :.....

Signature :.....

A. Authentification du client / de la cliente

Identité du client/ de la cliente :
Nom et prénom du client/ de la cliente:
Sexe :
Age :
Adresse complète :
Téléphone :
Motif de consultation:
Client (e) non retrouvé (e) (préciser le motif):

B. Questionnaire de satisfaction du client /de la cliente (cochez la bonne réponse)

	Rubriques	Réponses		
		0	5	10
1	Comment trouvez-vous l'accueil par le personnel de l'IS (attitude, convivialité, ...)?	Médiocre	Moyen	Excellent
2	Comment trouvez-vous l'état de propreté de l'IS (cours, salle, latrine,...) ?	Sale	Moyen	Excellent
3	Comment trouvez-vous la durée de l'attente lorsque vous arrivez à l'IS?	Trop longue	Moyenne	Courte
4	Comment jugez-vous la qualité de la prise en charge (consultation, hospitalisation, labo,.....)?	Médiocre	Moyen	Excellent

5	Est-ce que tous les médicaments qui vous ont été prescrits sont disponibles à l'IS ?	Aucun	Partiellement	Totalement
6	Comment trouvez-vous le tarif des prestations à l'IS ?	Trop cher	Moyen	Pas cher
7	Le personnel à l'IS garde-t-il bien le secret sur la maladie des patients ?	Aucun	Partiellement	Totalement
8	Est-ce qu'il y a du favoritisme dans l'accueil à l'IS selon que vous êtes homme ou femme?	Beaucoup	Peu	Non
9	Est-ce qu'il y a du favoritisme à l'IS selon que vous êtes riche ou pauvre ?	Beaucoup	Peu	Non
10	Est-ce que votre relais communautaire sensibilise la communauté pour consulter à l'IS ?	Non	Peu	Souvent
Total (100 pts)				

Commentaires et Observations : _____

Signature de l'enquêteur :

Annexe 15. Canevas PV réunions CDP



DEPARTEMENT DU

Procès-verbal de la réunion trimestrielle ordinaire du CDP

Date :		Président :	
Heure de Début :		Secrétaire :	
Heure de Fin :		Modérateur :	

Liste de Participants

NO	NOMS ET PRENOMS	ORGANISATION	EMAIL	TELEPHONE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Agenda (par défaut)

1. Ouverture et présentation de l'agenda de la réunion
 - Un petit résumé du message d'ouverture du Président de la réunion et présentation des points spécifiques inscrits à l'ordre du jour de la réunion
2. Approbation du procès-verbal de la réunion précédente
 - Au début de la réunion, le PV de la réunion précédente est présenté. D'éventuels observations ou amendements peuvent être portés à ce PV de la précédente réunion.

Dans le cas contraire, une fois jugé conforme au déroulement et aux résolutions de la réunion concernée, le PV est validé, sauvegardé sous PDF pour classement et pour autre suite appropriée.

3. Suivi des recommandations ou actions décidées lors de la réunion précédente
 - Il s'agit de revoir et de rapporter systématiquement ce qui a été fait pour chacune des recommandations ou actions décidées lors de la précédente réunion
4. Rapport ou présentation sur les activités de vérification des données quantitatives des IS (faite par l'AEV)
5. Rapport ou présentation sur les activités d'évaluation de la qualité des prestations des IS (faite par l'AEV)
6. Rapport ou présentation sur le déroulement et les résultats de la vérification communautaire (faite par l'AEV)
 - Pour les points (4, 5 et 6), il s'agit de décrire le déroulement de chacune des activités en comparaison avec les indications du Manuel des Procédures, les recommandations, les difficultés éventuelles rencontrées ainsi que les moyens mis en œuvre pour les surmonter etc...
7. Présentation, discussion et validation de la facture consolidée des IS, CDAI et UAS
 - Comparaison avec les factures mensuelles des IS, anomalies détectées et amendement éventuels (par exemple, en rapport avec les quantités par indicateurs, la conformité des tarifs, l'exactitude dans les calculs...), comparaison des montants totaux aux budgets prévisionnels des IS dans le costing...

Nom de l'IS/CDAI/UAS	Type d'IS	Facture Trimestrielle de l'IS/CDAI/UAS (insire la période d'imputation de la facture)	Validée (Inscrire oui ou non)	Commentaires

8. Discussion sur les tendances d'évolution des indicateurs
 - Il s'agit de présenter les principaux commentaires et messages tirés de l'analyse des données (indicateurs) : comparaison avec les prévisions/Plans d'Affaires, appréciation des performances, les questionnements et/ou explications éventuels par rapport à l'état des lieux
9. Analyse du respect des termes des contrats des IS
 - Appréciation du respect de l'engagement par les parties,... et d'autres aspects relatifs aux contrats qui ont fait l'objet de discussion au cours de la réunion.
10. Discussions et prises de décisions liées aux conflits entre les différentes entités (si applicable)
 - Il s'agit de discuter au cas par cas sur les conflits et les non-respects des engagements liés aux contrats des IS et prendre des décisions pour la gestion de ces conflits.

11. Discussion sur les activités de la prochaine période (prochain mois/trimestre...)
 - Lister les principales activités planifiées pour la période suivante (du mois et/ou du trimestre), les délais d'exécution et les responsables pour chaque activité
12. Récapitulation des principaux constats et décisions prises
 - Faire la synthèse (de préférence lister) les principales résolutions (recommandations, actions décidées, ...) issues de la réunion en cours qui doivent faire l'objet de suivi et qui seront évaluées lors de la prochaine réunion.
13. Clôture et fixation de la date probable de la prochaine réunion.

Fait, clos et signé à, _____, le ____ 201____

Par :

Le rapporteur

Le Président

Annexe 16. Lexique d'indicateurs FBR



UNITE DE CONTRACTUALISATION LEXIQUE D'INDICATEURS QUANTITATIFS

Nom de l'indicateur	Formule	Définition	Sources	Moyens de vérification	Fréquence
Nombre de nouvelles consultations curatives	Somme des nouvelles consultations curatives pour la période	Nombre de consultations curatives pour de nouveaux épisodes maladies	Registre morbidité, rapport mensuel	Comptage dans registre morbidité puis comparaison avec total inscrit dans rapports mensuels	Mensuel
Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités enregistrés	Quantité de cas présentant des signes et symptômes de diarrhée ou émission de quatre (4) selles liquides ou plus par 24 h avec ou sans déshydratation ayant reçu un traitement approprié	Registre morbidité, rapport mensuel	Comptage dans registres de morbidité et dans rapport mensuel	Mensuel
Nombre de cas référés à l'échelon supérieur	Nombre de cas référés à l'échelon supérieur pour la période	Quantité de cas référés à l'échelon supérieur documentés dans les normes (données démographiques du patient, état du patient, suivi déjà effectué, date, noms des prestataires, etc.) pour une période donnée	Fiche de référence-contre référence, registre de morbidité, rapport mensuel	Comptage de fiches de référence-contre référence, comptage dans registre de morbidité	Mensuel
Nombre de patients référés par l'échelon inférieur hospitalisé	Somme des patients référés par un échelon	Quantité de patients ayant été référés par une IS et reçus par l'HCR qui sont hospitalisés au niveau de cet hôpital pour une période donnée	Registre d'hospitalisation ou registre ad hoc	Comptage dans le registre d'hospitalisation (ou ad hoc) puis comparaison avec total inscrit dans la fiche de déclaration	Mensuel

Nombre de nouvelles consultations en clinique externe référées par un échelon inférieur et prises en charge	Somme des nouvelles consultations en clinique externe référées par un échelon inférieur et pris en charge	Quantité de patients référés par l'échelon inférieur et qui ont bénéficié d'interventions correspondant au paquet de l'HCR selon le PES pour une période donnée	Registre de morbidité ou registre de consultation	Comptage dans le registre de morbidité (ou ad hoc) puis comparaison avec total inscrit dans la fiche de déclaration	Mensuel
Nombre de contre-références	Somme des contre-références faites sur la période	Nombre de contre-références faites pour des références provenant de l'échelon inférieur prises en charge pour une période donnée	Registre de morbidité ou registre de consultation ou registre ad hoc	Comptage dans le registre de morbidité (ou de consultation ou ad hoc) puis comparaison avec total inscrit dans la fiche de déclaration	Mensuel
Tuberculose					
Nombre de cas de tuberculose pulmonaire bactériologique-ment confirmés	Nombre total de cas de tuberculose pulmonaire bactériologique-ment confirmés, enregistrés au cours de la période de rapportage	Nombre de patients diagnostiqués tuberculeux soit par bacilloscopie ou Gene Xpert, Culture	Registre de laboratoire TB	Comptage dans registre de laboratoire TB	Mensuel
Nombre de cas de TB+ traités	Nombre de patients placés sous traitement, sortis guéris et traitement terminé	Quantité de patients tuberculeux à frottis initialement positifs ou négatifs qui ont suivi leur traitement jusqu'à leur terme, sans un examen de crachat de contrôle	Registre de laboratoire TB	Comptage dans le registre de laboratoire TB	Mensuel

Nombre de cas de TB+ perdus de vue retrouvés	Somme de cas de TB+ ayant discontinué le traitement, retrouvés et placés sous traitement une seconde fois	Quantité de patients tuberculeux à frottis initialement positifs ou négatifs qui ont arrêté le traitement pendant une période et qui sont maintenant retrouvés et mis sous traitement une seconde fois.	Registre de laboratoire TB	Comptage dans le registre de laboratoire TB et vérification dans les dossiers du patient.	Mensuel
Santé infantile					
Nombre d'enfants de 6-59 mois dépistés au niveau des institutions pour la malnutrition aigue	Nombre d'enfants de 6-59 mois dépistés au niveau des institutions pour la malnutrition aigue	Nombre d'enfants de 6-59 mois dépistés au niveau des institutions pour la malnutrition aigue	Registre de suivi des enfants de 0-59 mois Registre de morbidité	Comptage dans le registre de morbidité puis comparaison avec le total inscrit dans les rapports SISNU mensuels ou dans la fiche de déclaration	Mensuel
Nombre d'enfants 12-59 mois déparasités	Nombre d'enfants 12-59 mois déparasités	Quantité d'enfants âgés d'au moins 1 an mais pas encore 5 ans ayant été déparasités	Registre de suivi des enfants de 0-59 mois, registre de morbidité	Comptage dans registre de suivi des enfants de 0-59 mois et morbidité et comparaison avec total inscrit dans les rapports mensuels SISNU ou dans la fiche de déclaration	Mensuel
Nombre d'enfants nés de mères séropositives mis sous prophylaxie par ARV dans les 72 heures	Nombre d'enfants de mères séropositives qui ont pris des ARV à 72 heures de l'accouchement	Quantité d'enfants nés de mère VIH+ auxquels on a administré une prophylaxie aux ARV dans les 72 heures ayant suivi l'accouchement	Registre maternité, registre pédiatrique	Comptage dans registre de maternité et registre pédiatrique puis comparaison avec total inscrit dans les rapports mensuels SISNU ou dans la fiche de déclaration	Mensuel

Nombre d'enfants 0-11 mois complètement vaccinés	Nombre d'enfants de moins d'un an complètement vaccinés	Quantité d'enfants de 0-11 mois ayant reçu les doses complètes des vaccins recommandés (BCG, Penta3, Polio3, Rota2 et RR) au cours d'une période donnée	Registre de vaccination infantile	Comptage dans registre de vaccination infantile puis comparaison avec total inscrit dans les rapports mensuels SISNU ou dans la fiche de déclaration	Mensuel
Nombre d'enfants de 6-59 mois ayant reçu la vitamine A	Nombre d'enfants de 6-59 mois ayant reçu une dose de vitamine A	Quantité d'enfants âgés de 6 à 59 mois auxquels on a administré une dose de vitamine A pour la première fois au cours d'une période donnée	Registre de suivi des enfants de 0-59 mois (institutions et agents de santé)	Comptage dans registres de suivi des enfants de 0 à 59 mois puis comparaison avec total inscrit dans les rapports mensuels SISNU ou dans la fiche de déclaration	Mensuel
Santé de la reproduction					
Nombre d'accouchements institutionnels	Nombre d'accouchements assistés par un personnel médical ou infirmier (médecins, infirmières sages-femmes, sages-femmes, infirmières) pendant la période	Quantité d'accouchements assistés par un personnel médical ou infirmier (médecins, infirmières sages-femmes, sages-femmes, infirmières)	Registre de maternité	Comptage dans registre de maternité puis comparaison avec total inscrit dans les rapports mensuels SISNU ou dans la fiche de déclaration	Mensuel
Nombre de femmes enceintes ayant effectué leur première visite prénatale au cours de leur premier trimestre de grossesse	Nombre de femmes enceintes ayant effectué leur première visite prénatale au cours de leur premier trimestre de grossesse	Quantité de femmes enceintes ayant effectué leurs premières visites prénatales pendant le premier mois de grossesse	Registre prénatal	Comptage dans registre prénatal puis comparaison avec total inscrit dans les rapports mensuels SISNU ou dans la fiche de déclaration	Mensuel

Nombre de femmes enceintes ayant effectué leurs deux dernières visites prénatales au cours de leur dernier trimestre de grossesse	Nombre de femmes enceintes ayant effectué leurs deux dernières visites prénatales au cours de leur dernier trimestre de grossesse	Quantité de femmes enceintes ayant effectué leurs deux dernières visites prénatales au cours de leur dernier trimestre de grossesse	Registre prénatal	Comptage dans registre prénatal puis comparaison avec total inscrit dans les rapports mensuels SISNU ou dans la fiche de déclaration	Mensuel
Nombre de femmes enceintes ayant reçu deux (2) doses de dT (ou complètement vaccinées)	Nombre de femmes enceintes ayant reçu deux (2) doses de dT (ou complètement vaccinées)	Quantité de femmes enceintes auxquelles un travailleur de santé a administré la 2ème dose ou une dose de rappel de vaccin antitétanique	Registre prénatal	Comptage dans registre prénatal puis comparaison avec total inscrit dans les rapports mensuels SISNU ou dans la fiche de déclaration	Mensuel
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	Nombre de femmes enceintes nouvellement testées pour le VIH pour la période	Quantité de femmes enceintes pour lesquelles le test de dépistage du VIH a été effectué	Registre prénatal	Comptage dans registre prénatal puis comparaison avec total inscrit dans les rapports mensuels SISNU ou dans la fiche de déclaration	Mensuel
Nombre de femmes enceintes positives pour le VIH placées sous antirétroviraux	Nombre de femmes enceintes positives pour le VIH placées sous antirétroviraux	Quantité de femmes enceintes positives pour le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH à l'enfant et pour leur propre santé	Registre prénatal	Comptage dans registre prénatal puis comparaison avec total inscrit dans les rapports mensuels SISNU ou dans la fiche de déclaration	Mensuel
Nombre de femmes enceintes testées positives pour le VIH référées à l'échelon	Nombre de femmes enceintes testées positives pour le VIH référées à l'échelon supérieur pour la période	Nombre de femmes enceintes testées positives pour le VIH référées à l'échelon supérieur pour la période	Registre prénatal	Comptage dans registre prénatal et dans fiches de référence puis comparaison avec total inscrit dans les rapports mensuels SISNU ou dans	Mensuel

supérieur				la fiche de déclaration	
Nombre de femmes ayant reçu une (1) visite postnatale au cours des trois (3) jours suivant l'accouchement	Nombre de femmes ayant reçu une (1) visite postnatale au cours des trois (3) jours suivant l'accouchement	Quantité de visites de suivi domiciliaires faites aux nouvelles accouchées et à leurs nouveau-nés dans les trois (3) premiers jours de l'accouchement	Registre des visites post-natales, rapport mensuel	Comptage dans les différents registres des ASCP (1 par ASCP) puis comparaison avec total inscrit dans les rapports mensuels SISNU ou dans la fiche de déclaration	Mensuel
Nombre d'utilisateurs de méthodes modernes quelconque de PF	Nombre d'utilisateurs de méthodes modernes quelconque de PF	Nombre de femmes de 15-49 ans qui utilisent ou dont le mari utilise une méthode moderne quelconque de PF	Registre de planification familiale, rapport mensuel	Comptage dans registre de PF et dans rapport mensuel puis comparaison entre les 2	Mensuel
Nombre d'accouchements par césarienne enregistrés	Nombre d'accouchements par césarienne enregistrés pour la période	Nombre d'accouchements par césarienne effectués pour la période	Registre de maternité	Comptage dans registre de maternité puis comparaison avec total inscrit dans les rapports mensuels SISNU ou dans la fiche de déclaration	Mensuel

Annexe 17. Grille de performance et cotation individuelle du personnel



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

GRILLE D'EVALUATION INDIVIDUELLE DU PERSONNEL DES INSTITUTIONS SANITAIRES ET DEPARTEMENTS SANITAIRES					
CRITERES		Cotation 1= 30% des points sur le critère	Cotation 2= 60% des points sur le critère	Cotation 3= 100% des points sur le critère	Max cotation
1	Conscience professionnelle incluant les notions de: (20 points)				
Ponctualité	est arrivé souvent en retard (au moins 4 fois par mois)	est arrivé quelques fois en retard (1 à 3 fois par mois)	n'est jamais arrivé en retard	8	
Disponibilité	a été souvent absent à son poste d'attache sans motif connu (au moins 4 fois par mois)	a été quelques fois absent à son poste d'attache sans motif connu	n'a jamais été absent à son poste d'attache sans motif connu	7	
Tenue de travail	non portée au poste de travail (même 1 fois par mois)	tenue négligée (sale ou déchirée ou non repassée)	tenue toujours portée et soignée (lavée, repassée et non déchirée)	5	
2	Esprit d'équipe incluant les notions de: (30 points)				
Relations interpersonnelles	a été souvent en conflit avec les collègues (rapporté plus d'1 fois à la hiérarchie)	a été parfois en conflit avec les collègues (rapporté 1 fois à la hiérarchie)	n'a jamais été en conflit avec les collègues	8	
Sens de coopération et collaboration	a souvent refusé de donner assistance et/ou expertise aux collègues (plus d'1 fois par mois)	a parfois refusé de donner assistance et/ou expertise aux collègues (même 1 fois)	n'a jamais refusé de donner assistance et/ou expertise aux collègues	8	
Dévouement	a souvent abandonné le travail (non terminé) sans relève sous prétexte que les heures de service sont terminées (plus de 3 fois par mois)	a parfois abandonné le travail (non terminé) sans relève sous prétexte que les heures de service sont terminées (1 à 3 fois par mois)	n'a jamais abandonné le travail (non terminé) sous prétexte que les heures de service sont terminées	8	
Initiative	n'a jamais accompli un travail supplémentaire	a attendu toujours les ordres de la hiérarchie pour accomplir au moins un travail supplémentaire	a accompli au moins un travail supplémentaire sans attendre les ordres de la hiérarchie	6	
3	Compétences techniques et adaptabilité dans le travail: (40 points)				
Organisation	ne dispose jamais d'un plan journalier d'activités (constat lors de chaque supervision interne)	ne dispose pas toujours d'un plan journalier d'activités (manque au moins 1 fois lors de la supervision interne)	dispose toujours d'un plan journalier d'activités	10	
Qualité du travail	ne respecte jamais les normes spécifiques à ses tâches (selon le rapport de la supervision interne)	ne respecte pas toujours les normes spécifiques à ses tâches (constat au moins 1 fois lors de la supervision interne)	respecte toujours les normes spécifiques à ses tâches	15	
Quantité du travail	ne termine jamais les tâches définies dans son plan journalier d'activités (constat lors de chaque supervision interne)	ne termine pas toujours les tâches définies dans son plan journalier d'activités (constat au moins 1 fois lors des supervisions internes)	termine toujours les tâches définies dans son plan journalier d'activités	15	
4	Volonté de développement personnel: (10 points)				
Prise en compte des recommandations des supervisions internes et externes précédentes	ne tiens jamais compte des recommandations reçues lors des supervisions internes et externes précédentes (constat lors de chaque supervision interne et externe)	ne tiens pas toujours compte des recommandations reçues lors des supervisions internes et externes précédentes (constat même 1 fois lors des supervisions internes et externes)	tiens toujours compte des recommandations reçues lors des supervisions internes et externes précédentes	10	
			TOTAL DES POINTS	100	
5	Participation aux résultats et à la performance du trimestre: Présence Physique				
Participation aux résultats et à la performance du trimestre par la présence au service pendant les jours ouvrables au cours des trois (3) mois évalués. NB: Il s'agit ici de considérer les jours ouvrables effectivement travaillés sans tenir compte des raisons d'absence au service (congé, maladie, suspension disciplinaire ...), sauf les jours de récupération qui, par compensation, sont considérés comme des jours prestés.			Nombre de jours ouvrables (N)= Nombre de jours prestés (n)= Pourcentage de jours prestés (P)= (n/N)* 100	100%	P=

Fait à , le

Pour l'équipe d'évaluateurs, (Noms, fonction et Signature)

.....

L'employé (Noms, fonction et signature)

.....

NB : Cette grille sera adaptée aux outils d'évaluation de la performance du personnel produit par la DRH dès leur validation.



REPUBLIQUE D'HAÏTI
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
UNITE DE CONTRACTUALISATION



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**LEADERSHIP, MANAGEMENT
& GOVERNANCE PROJECT** 
Inspired Leadership. Sound Management. Transparent Governance.



THE WORLD BANK
IBRD • IDA | WORLD BANK GROUP