

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur-Fraternité-Justice



MINISTERE DE LA SANTE

UNITE NATIONALE DU FINANCEMENT BASE SUR LES
RESULTATS

MANUEL DE LA MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE

Volume 2 : Outils de mise en œuvre

Juin 2020

Table des matières

Acronymes.....	4
Introduction.....	5
Annexe 1 : Indicateurs pour un paquet minimum d'activité(PMA).....	6
Annexe2 : Indicateurs au niveau du paquet complémentaire d'activités (PCA).....	13
Annexe 3 : Contrat de Performance entre le Ministère de la Santé et une direction/entité au niveau central.....	17
Annexe 4 : Grille d'évaluation trimestrielle de la performance de la DAF	19
Annexe 5 : Grille d'évaluation trimestrielle de la performance de la DMH.....	20
Annexe 6 : Modele d'un Contrat de Performance entre le Ministère de la Santé et une région..	21
Annexe 7 : Grille d'évaluation trimestrielle de la performance de la région.....	23
Annexe 8 : Grille d'évaluation trimestrielle de la performance de l'UT-FBR	24
Annexe 9 : Modèle d'un contrat de performance entre le Ministère de la santé et l'Equipe Régionale de Vérification (ERV).....	25
Annexe 10 : Modèle du Contrat de performance entre le Ministère de la santé et une DRAS	28
Annexe 11 : Modèle du contrat de performance entre le Ministère de la santé et la Circonscription sanitaire	31
Annexe 12 : Modèle d'un contrat de performance entre la Région et une structure hospitalière	34
Annexe 13 : Modèle d'un contrat de performance entre la Région et une FOSA PMA	36
Annexe 15 : Contrat de performance entre la Région et le Comité de santé (COSA) de la formation sanitaire	41
Grille d'évaluation trimestrielle de la performance du COSA	43
Annexe 16 : Canevas d'un BP semestrie de FOSA PMA.....	44
Annexe 17 : Canevas d'un PB semestriel d'une formation sanitaire PCA	55
Annexe 18 : Grille d'évaluation de la qualité d'une FOSA PMA	63
Annexe 19 : Grille d'évaluation de la qualité d'une FOSA PCA	63
(Les détails sont mentionnés dans la BDD Excel).....	63
Annexe 20 : Grille d'évaluation du rendement du Secrétariat Général (SG/MS).....	64
Annexe 21 : Grille d'évaluation trimestrielle du rendement du CT-FBR.....	65
Annexe 22 : grille d'évaluation trimestrielle du rendement de l'équipe chargée de l'évaluation des entités du niveau central (ENC).	66
Annexe 23 : Contrat de performance avec un agent communautaire	67
Annexe 24 : Fiche de déclaration et facture de l'Agent communautaire	70
Annexe 25 : Facture mensuelle d'une FOSA PMA	71
Annexe 26 : Facture mensuelle d'une FOSA PCA.....	73
Annexe 27 : Procès-verbal de vérification des prestations quantitatives	75
Annexe 28 : Guide de la contreverification.....	76

Annexe 28 : Protocole des visites à domicile	88
☒ Concepts et procédures à suivre.....	88
☒ Questionnaire de la VAD	89
☒ Canevas du plan d'action issu de la VAD	91
☒ Informations utiles pour la Visite à Domicile	92

Acronymes

AC	Agent communautaire
AS	Aire de santé
BAQ	Bonus d'amélioration de qualité
BM	Banque Mondiale
COSA	Comité de santé
CR	Conseil Régional
CRC	Comité régional de coordination
CS	Centre de santé
CSM	Circonscription de la Moughataa
CT-FBR	Comité technique FBR
DAF	Direction des Affaires Financières
NNI	Numero National de l'Identité
DMH	Direction de la medecine hospitalière
DRAS	Direction Régionale à l'Action Sanitaire
ENC	Equipe d'Evaluation Niveau Central
ERV	Equipe Régionale de Vérification
FBR	Financement basé sur es Résultats
FOSA	Formation Sanitaire
PB	Plan Business
PBF	Financement basé sur la performance
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCI	Prévention contre les infections
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PS	Poste de santé
SH	Structure Hospitalière
UT-FBR	Unité Nationale du Financement basé sur les Résultats

Introduction

L'opérationnalisation de l'approche PBF, telle que décrite dans le volume 1 du présent manuel des procédures exige la conception des différents outils, le choix des indicateurs quantitatifs, qualitatifs et en terme d'équité à acheter ainsi que les prévisions budgétaires allouées à chaque indicateur contractualisé.

Le volume 2 du manuel du PBF vise à répondre à cette exigence : il présente en détails les indicateurs à acheter par niveau de la pyramide sanitaire avec les critères de validité et leurs poids en termes d'allocation de ressources, les types de contrats à signer (prestataires et régulateurs), les canevas des outils de vérification quantitative et qualitative et les canevas des outils de programmation (business plan et outil indice).

Le choix des indicateurs a été effectué sur la base des priorités/ orientations stratégiques de la Politique Nationale de Santé à l'horizon 2030 ainsi le Plan National de Développement Sanitaire.

Pour déterminer leurs coûts, un tarif unitaire a été attribué à chaque indicateur sur la base d'un poids relatif fixé en fonction de son importance / priorité selon le PNDS et les documents clef du projet.

Pour les régulateurs et organes de mise en œuvre, Ils seront contractualisés sur base des critères de performance liés aux mandats et attributions de chaque entité. En fonction du nombre de personnel selon les normes au sein de ces entités, un montant plafond trimestriel si le score de performance est de 100% a été fixé pour chaque entité.

Annexe 1 : Indicateurs pour un paquet minimum d'activité(PMA)

N	Indicateurs du Paquet Primaire (PMA)	Description des indicateurs PMA (cible mensuelle)	Définition et critères de validation	Tarifs unitaires (MRU)
1	Nouvelle consultation curative chez les 5 ans et plus patient non indigent	Population / 12 mois x 81,24% (à partir de 5 ans) x 80% (patient non indigent) x 70% (pour PMA)	Il s'agit de tous les nouveaux consultants de 5 ans et plus (population ordinaire) vus en consultation curative dans la FOSA au cours du mois. Le Registre doit contenir le nom, prénom, âge, sexe, localisation et adresse, N téléphone, NNI, signe et symptômes, diagnostic, traitement ou conduite à tenir, NB : <i>Si un malade est vu par un infirmier et un médecin par la suite, ou par plusieurs infirmiers ou plusieurs médecins pour le même épisode de maladie, il ne doit être compté qu'une seule fois dans les déclarations.</i>	22
1.1	Nouvelle consultation curative chez les 5 ans et plus indigent	Population / 12 mois x 81,24% (à partir de 5 ans) x 20% (patient indigent) x 70% (pour PMA)	Il s'agit de tous les nouveaux consultants de 5 ans et plus (population indigente) vus en consultation curative dans la FOSA au cours du mois. Le Registre doit contenir le nom, prénom, âge, sexe, localisation et adresse, N téléphone, NNI, signe et symptômes, diagnostic, traitement ou conduite à tenir, NB : <i>Si un malade est vu par un infirmier et un médecin par la suite, ou par plusieurs infirmiers ou plusieurs médecins pour le même épisode de maladie, il ne doit être compté qu'une seule fois dans les déclarations.</i>	108
2	Nouvelle consultation curative chez les moins de 5 ans non indigent	(Population x 18,76% (enfant moins de 5 ans) x 80% (patient non indigent) x 70% (pour PMA) x 3 épisodes)/ 12 mois	Il s'agit de tous les nouveaux consultants non indigents de 0 à 59 mois vus en consultation curative dans la FOSA au cours du mois. Le Registre doit contenir le nom, prénom, âge, sexe, localisation et adresse, N téléphone, NNI, signe et symptômes, diagnostic, traitement ou conduite à tenir, NB : <i>Si un malade est vu par un infirmier et un médecin par la suite, ou par plusieurs infirmiers ou plusieurs médecins pour le même épisode de maladie, il ne doit être compté qu'une seule fois dans les déclarations.</i>	32
2.1	Nouvelle consultation curative chez les moins de 5 ans indigent	Population x 18,76% (enfant moins de 5 ans) x 20% (patient indigent) x 70% (pour PMA) x 3 épisodes)/ 12 mois	Il s'agit de tous les nouveaux consultants indigents de 0 à 59 mois vus en consultation curative dans la FOSA au cours du mois. Le Registre doit contenir le nom, prénom, âge, sexe, localisation et adresse, N téléphone, NNI, signe et symptômes, diagnostic, traitement ou conduite à tenir, NB : <i>Si un malade est vu par un infirmier et un médecin par la suite, ou par plusieurs infirmiers ou plusieurs médecins pour le même épisode de maladie, il ne doit être compté qu'une seule fois dans les déclarations.</i>	161

3	Première Consultation prénatale précoce (au 1 ^{er} trimestre de la grossesse)	Population / 12 mois x 4,4% (pour les femmes enceintes) faisant le premier contact CPN dans le premier trimestre de la grossesse	Registre CPN. Il s'agit de toutes les femmes enceintes reçues en CPN 1 dans la FOSA pendant le premier trimestre de la grossesse au cours du mois. Le Registre doit contenir le nom, prénom, âge, localisation et adresse, N téléphone, NNI, signe (DDR), traitement ou conduite à tenir	215
4	Consultations prénatales (4 visites au cours de la grossesse)	Population / 12 mois x 4,4% (pour les femmes enceintes) ayant fait 4 fois ou plus CPN par grossesse	Registre CPN. Il s'agit de toutes les femmes enceintes ayant totalisées 4 CPN ou plus dans la FOSA au cours du mois. Le Registre doit contenir le nom, prénom, âge, localisation et adresse, N téléphone, NNI, signe, traitement ou conduite à tenir	323
5	Consultation post natale (2 consultations)	Pop/12 x 3,71% (pour les naissances vivantes attendues) ayant fait 2 consultations postnatales	Registre CPoN. Il s'agit du nombre de femmes vues en CPoN au cours du mois. Une première consultation 7 à 10 jours après l'accouchement et la deuxième consultation à partir de la 7 ^{ème} semaine. Le Registre doit contenir le nom, prénom, âge, localisation et adresse, N téléphone, NNI, signe, traitement ou conduite à tenir	323
6	Enfants complètement vacciné (moins de 12 mois)	Population / 12 x 3,65% (pour les enfants 0-11 mois attendus)	Nombre d'enfants de 0 à 11 mois ayant reçu tous les antigènes prévus conformément au calendrier vaccinal en vigueur pendant le mois. Le Registre doit contenir le nom, prénom (pour le NN : nom de la mère), âge, sexe, localisation et adresse, N téléphone de l'un des parents, NNI de l'un des parents, numerou de l'identifiant, antigène, Numerou du carnet de vaccination.	430
7	Femme enceinte complètement vaccinée contre le tétanos et la diphtérie (TD)	Population / 12 x 4,4 % (pour les femmes enceintes) / 12 mois ayant reçu deux doses TD pendant la grossesse	Nombre de femme enceinte ayant reçue deux doses TD pendant la grossesse (l'écart minimum entre les différentes doses doit être respecté). Le Registre doit contenir le nom, prénom, âge, localisation et adresse, N téléphone, NNI, numerou de l'identifiant et dose.	430
8	Femmes enceinte protégées contre le Paludisme au cours de la grossesse (Traitement Préventif Intermittent)	Population / 12 x 4,4 % (pour les femmes enceintes) x 3	Traitement préventif Intermittent du paludisme chez la femme enceinte. Le Registre doit contenir le nom, prénom, âge, localisation, NNI, adresse, téléphone	215
9	Journées d'observation pour les moins de 5 ans patient non indigent	1000 enfants occupent à tout moment 0,3 lit hospitalier x 30 jours pour calculer la cible mensuelle x 80% (patient non indigent)	Registre d'observation. C'est la somme des nuitées de séjour des malades admis en observation dans la FOSA au cours du mois. NB : Nombre de nuitée faite par le patient dans la structure (dans tous les services de FOSA. Au plus trois jours par malade. Les informations suivantes doivent exister nom et prénom, âge, sexe, localisation, contact, signe et symptômes, diagnostic, traitement, ou conduite à tenir :	54

9.1	Journées d'observation pour les moins de 5 ans indigent	1000 enfants occupent à tout moment 0,3 lit hospitalier x 30 jours pour calculer la cible mensuelle x 20% paiement vulnérables	Idem population indigente	258
10	Journées d'observation pour 5 ans et plus patient non indigent	1000 habitants occupent à tout moment un 0,7 lit hospitalier x 30 jours pour calculer la cible mensuelle x 80% (patients non indigents)	Registre d'observation. C'est la somme des nuitées de séjour des malades admis en observation dans la FOSA au cours du mois. NB : Nombre de nuitée faite par le patient dans la FOSA (dans tous les services. Au plus trois jours par malade. Les informations suivantes doivent exister nom, et prénom, âge, sexe, localisation, NNI, contact, signe et symptômes, diagnostic, traitement, ou conduite à tenir :	32
10.1	Journées d'observation pour les plus de 5 ans indigent	1000 habitants occupent à tout moment un 0,7 lit hospitalier x 30 jours pour calculer la cible mensuelle x 20 % (pour les patients vulnérables)	Idem population indigente	161
11	Aspiration Manuel Intra Utérine (AMIU) post-avortement ou avortement thérapeutique	Toutes les grossesses (4.4% de la population par an) x 20% qui termine par un avortement / 12 mois x 50% qui nécessite un curetage x 70% (au niveau premier)	Registre de maternité. Il s'agit des curetages des avortements en cours et des curetages thérapeutiques.	215
12	Accouchement eutocique assisté par un personnel qualifié non indigent	Pop/12 x Naissances vivantes (3,7%) x85% Accouchement eutocique x70% (pour PMA x 80% (patient non indigent)	Registre d'accouchement. Il s'agit de la somme d'accouchements eutociques au sein d'une formation sanitaire PMA permettant de fournir les six soins obstétricaux de base. Accouchement (simple ou gémellaire) effectué par voie basse sans complication. Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	323
12.1	Accouchement eutocique assisté par un personnel qualifié indigent	Pop/12 x Naissances vivantes (3,7%) x 85% (Accouchement eutocique) x70% (pour PMA) x 20% (pour Population indigente)	Registre d'accouchement. Il s'agit de la somme d'accouchements eutociques au sein d'une formation sanitaire permettant de fournir les six soins obstétricaux de base – indigente. Accouchement chez des patientes ne pouvant pas payer totalement ou partiellement leurs soins. Le nombre de cas ne doit pas dépasser 16% de tous les accouchements. Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	1291

13	Accouchement dystocique patient non indigent	Pop/12 x 3,7% (pour les naissances vivantes attendues x 15% (pour les accouchements non normaux x20% (dans les PMA) x 80% (patient non indigent)	Registre d'accouchement. Nombre de femme souffrant des complications obstétricales traitées dans les centres SOU. Tout cas d'accouchement fait par forceps ou Ventouse. Les inductions simples ne sont pas prises en compte. Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	430
13.1	Accouchement dystocique indigent	Pop/12 x 3,7% (pour les naissances vivantes attendues x 15% (pour les accouchements non normaux x20% (dans les PMA) x 20% (Population indigente)	Idem population indigente	1721
14	Consultation PF (ancienne et nouvelle) - contraceptif oral ou d'injectable	Pop/12 x 24,1% (Femmes âge reproductive) x 20% (femmes âge reproductive qui utilise pilule et injectable) x 4 contacts par an	Registre de la PF. Il s'agit du nombre total de femmes (anciennes et nouvelles) ayant reçu une méthode contraceptive orale ou injectable et vues en consultation de PF au cours du mois. Toute femme ayant reçu sa dose trimestrielle de pilule ou sa dose de pilule injectable au cours du mois. Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	258
15	Consultation PF (ancienne et nouvelle) - DIU et implant	Pop/12 x 24,1% (Femmes âge reproductive) x 3% (femmes âge reproductive qui appliquent le DIU ou implant)	Registre de la PF. Il s'agit du nombre total de femmes (anciennes et nouvelles) ayant reçu une méthode de longue durée et vues en consultation de PF au cours du mois. Tout cas d'insertion d'implant ou de DIU effectué au cours du mois. Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	366
16	Petite chirurgie - y inclut circoncision patient non indigent	5% de la population nécessite chaque année une petite chirurgie / 12 mois x 80% (patient non indigent)	Registre de petite chirurgie : Il s'agit de nouveaux cas venus pour les actes suivants : incision d'abcès, circoncision, sutures, blessures, extraction d'un lipome, extraction des ongles incarnés, immobilisation plâtrée, immobilisation non plâtrée, 1er pansement chez un malade contre référé par un PCA et actes de stomatologies (Détartrage, Pulpectomie et extraction dentaire). Les actes de spécialité ne sont pas achetés dans les PMA. 5% de la population nécessite chaque année une petite chirurgie Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, sexe, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	43
16.1	Petite chirurgie y inclut circoncision indigent	5% de la population nécessite chaque année une petite chirurgie / 12 mois x 90% au niveau primaire x 20% (patient vulnérable)	Idem population indigente	215

17	Enfant 6-59 mois PEC malnutrition aigüe sévère sans complications médicales (CRENAS)	Pop /12 x 16,03 % (pour enfants 6-59 mois) de quels 2,3% nécessite traitement standard malnutrition aigüe sévère MAS x 6 visites par année x70% sans complication	Registre nutrition CRENAS. Il s'agit du nombre d'enfants de 6-59 mois souffrant de MAS sans complication et pris en charge dans la formation sanitaire au cours du mois. 2.3% des enfants de 6-59 mois nécessitent un traitement standard de MAS. Dont 70% ne présentent pas des complications Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, sexe, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	430
18	Référence et contre référence renvoyé non indigent	Population / 12 mois x 2% de la population qui nécessite une référence x 80% (patient non indigent))	Registre de consultation et d'hospitalisation ; Fiches de référence et contre référence. Patients référés et retrouvés soit dans le registre de la FOSA (PMA ou PCA) qui reçoit le patient, soit la FOSA qui réfère présente les accusés de réception signés par la FOSA (PMA ou PCA). Il s'agit des cas référés de PS vers le CS ou de CS vers l'hôpital pour raison de compétence et toutes les contres références établies pendant le mois. 2% de la population nécessite une référence. Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, sexe, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	43
18.1	Référence et contre référence renvoyé Indigent	Population / 12 mois x 2% de la population qui nécessite une référence x 20% (patient indigent))	Idem population indigente	172
19	Dépistage volontaire du VIH/SIDA + Hépatite B (y compris le bilan de la grossesse et les tests avant la transfusion)	Chaque année 5% de la population est dépisté et conseillé volontairement de VIH/SIDA et Hépatite B (y compris 4,4% qui sont femmes enceintes) x70% PMA / 12 mois.	Registre VIH/SIDA et registre du labo. Il s'agit du nombre de personnes dans la FOSA au cours du mois ayant bénéficié 1- d'un dépistage volontaire (infection à VIH +Hépatite B 2- Bilan de la grossesse 3- les tests avant transfusions. NB : Pour le depistage volontaire, 1- l'espace minimum entre 2 tests chez le même individu est de 3 mois. CIBLE : Adulte à partir de 14 ans, enfants nés de mère séro-positive (dépistage précoce à la PCR après 6 semaines, le test sérologique entre 12 mois et 24 mois). 2. Les dépistages faits lors des campagnes en dehors de la zone de responsabilité de la formation sanitaire ne seront pas achetés. 3. Les tests doivent être faits avec un pré-counseling et un post counseling bien menés. Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, sexe, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	194
20	Cas d'infection sexuellement transmissible (IST) pris	2% de toute la population est IST x70% PMA / 12 mois	Registre IST. Il s'agit de patients IST (2%) qui sont dépistés et traités selon le protocole au cours d'un mois	86

	en charge selon le protocole national		Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, sexe, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	
21	Dépistage des cas TB positifs (TPM+) par mois	Incidence TB = 102 / 100.000 dépisté avec TPM+ x 70% PMA / 12 mois	Registre TB. Il s'agit des cas de TPM+ dépistés au cours du mois. Cas TPM+ dépistés dans le mois. Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, sexe, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	430
22	Cas TB (TPM+) traités et guéris	Incidence TB = 102 / 100.000 x 100% PMAx 2 contacts par an / 12 mois	Registre TB. Il s'agit de cas de TPM+ traités et suivi dans la formation sanitaire et déclarés guéris ou traitement termine au cours du mois. Tous les cas TPM+ traités et qui ont fini leur traitement et sont guéris au cours du mois Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, sexe, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	1291
23	Visite à domicile selon protocole	En moyenne deux visites par ménage par an / 12 mois, 5 personnes par ménage	Pour valider une VAD, les outils / documents/ données suivants doivent être disponibles <ul style="list-style-type: none"> ✎ Registre VAD correctement rempli (toutes les cellules) ✎ Questionnaire correctement renseigné et signé ✎ Plan d'action issu de la visite renseigné et signé conformément au canevas La concordance des données des différents supports doit être assurée. (voir les détails mentionnés dans le protocole de la VAD mis en annexe).	172
24	Cas d'abandon récupérés (plafond 2% pop)	Population x 2% / 12 mois : (a) <u>enfants 0-11 mois</u> ; (b) <u>femmes enceinte</u> ; (c) <u>cas de MAS</u> ; (d) <u>traitement de tuberculose TPM+</u>	Registres PBF communautaire (FOSA et AC). Il s'agit des : <ol style="list-style-type: none"> 1. Consultation post natal perdue de vue 2. Planning familial perdu de vu 3. Consultation prénatale des perdues de vue 4. Vaccination des enfants de moins de 12 mois perdues de vues 5. Cas de malnutrition aigüe sévère perdue de vue 6. Tuberculeux sous traitement perdues de vue <ul style="list-style-type: none"> ✎ Les declarations des AC doivent etre validées par la FOSA ✎ La concordance des données entre les deux registres communautaires est obligatoirement. ✎ Veifier dans le rgistre de l'intervention la preuve qu'il s'agit d'un cas de perdu de vue (exemple : date de l'administration de l'antigène) 	129

25	Cas référé par relais communautaire et arrivé (plafond 5% de la population)	Pop x 5% / 12 mois pour : (a) Femmes enceintes référées pour accouchement ; (b) Mère référée pour la consultation postnatale ; (c) Nouvelle acceptante PF référée ; (d) MAS référée ; (e) Maladies Potentiellement Epidémiques (MPE) déclarées	<p>Registres PBF communautaire (FOSA et AC). Il s'agit de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les cas suspects de malnutrition référé par l'AC et confirmés MAS à la FOSA 2. Les cas présentant des signes généraux de danger (confirmés par la FOSA selon l'approche PCIMNE et SONUB) 3. Les femmes enceintes référées pour l'accouchement par l'AC qui sont reçues à la FOSA y compris les indigentes 4. Nouvelles acceptantes / Clientes du planning familial 5. Consultations post natales référé par l'AC 6. Première Consultation prénatale pendant le premier trimestre de la grossesse 7. Vaccination des enfants/ Supplémentation en Vitamine A 8. Les indigents référés à la FOSA 9. Les maladies sous surveillance épidémiologique identifiées y compris COVID 19 et référées par l'AC. <p>🔗 Les déclarations des AC doivent être validées par la FOSA</p> <p>🔗 La concordance des données entre les deux registres communautaires est obligatoire.</p>	129
----	---	--	---	-----

Annexe2 : Indicateurs au niveau du paquet complémentaire d'activités (PCA)

N°	Indicateurs du Paquet Primaire (PCA)	Description des indicateurs PCA	Définition et critères de validation	Tarifs Unitaires (MRU)
1	Nouvelle consultation curative par un Médecin chez les 5 ans et plus (patient non indigent)	Population / 12 mois x 81,24% (à partir de 5 ans) x 80% (patient non indigent) x 30% (PCA)	Il s'agit de tous les nouveaux consultants de 5 ans et plus (population ordinaire) vus en consultation curative par un médecin dans l'hôpital au cours du mois. Le Registre doit contenir le nom, prénom, âge, sexe, localisation et adresse, N téléphone, NNI, signe et symptômes, diagnostic, traitement ou conduite à tenir <u>NB : Si un malade est vu par plusieurs médecins pour le même épisode de maladie, il ne doit être compté qu'une seule fois dans les déclarations.</u>	34
1.1	Nouvelle consultation curative par un Médecin chez les 5 ans et plus indigent	Population / 12 mois x 81,24% (à partir de 5 ans) x 20% (patient indigent) x 30% (PCA)	Idem ci-haut pour la population indigente.	170
2	Nouvelle consultation curative par un Médecin chez les moins de 5 ans (patient non indigent)	Population x 18,76% (enfant moins de 5 ans) x 80% (patient non indigent) x 30% (pour PCA) x 3 épisodes / 12 mois	Il s'agit de tous les nouveaux consultants de 0 à 59 mois vus en consultation curative dans la formation sanitaire PCA par un médecin au cours du mois. Le Registre doit contenir le nom, prénom, âge, sexe, localisation et adresse, N téléphone, NNI, signe et symptômes, diagnostic, traitement ou conduite à tenir : <u>NB : Si un malade est vu par plusieurs médecins pour le même épisode de maladie, il ne doit être compté qu'une seule fois dans les déclarations.</u>	51
2.1	Nouvelle consultation curative par un Médecin chez les moins de 5 ans indigent	Population x 18,76% (enfant moins de 5 ans) x 20% (patient indigent) x 30% (pour PCA) x 3 épisodes / 12 mois	Idem ci haut pour la population indigente.	255
3	Journées d'hospitalisation- (patient non indigent)	1000 habitants occupent à tout moment un 1 lit hospitalier x 30 jours pour calculer la cible mensuelle x 80% (patient non indigent)	Registre d'hospitalisation. On compte chaque nuitée. Il s'agit de la durée de séjour des malades admis en hospitalisation et sortis au cours du mois. Pour 1000 habitants 1 lit hospitalier est occupé par jour dans le mois. Nombre de nuitée faite par le patient dans l'hôpital (dans tous les services de l'hôpital. Au plus 14 jours par malade Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, sexe localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	136
3.1	Journées d'hospitalisation indigent	1000 habitants occupent à tout moment un 1 lit hospitalier x 30 jours pour calculer la cible mensuelle x 20% (patients indigents)	Idem population indigente	681

4	Femme prise en charge avortement - curetage	Toutes les grossesses (4.4%) de la population par an) x 20% qui termine par un avortement / 12 mois x 50% qui nécessite un curetage x 30% au niveau hospitalier	Registre Maternité. C'est la somme des femmes prises en charge pour curetage post-avortement ou avortement thérapeutique au cours du mois Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	681
5	Accouchement eutocique assisté par un personnel qualifié (patient non indigent)	Pop/12 x Naissances vivantes (3,7%) x 85% (Accouchement eutocique) x30% (pour PCA) x80% (patient non indigent)	Registre d'accouchement. Il s'agit de la somme d'accouchements eutociques au sein d'une formation sanitaire PCA permettant de fournir les six soins obstétricaux de base. Accouchement (simple ou gémellaire) effectué par voie basse sans complication. Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	341
5.1	Accouchement eutocique assisté par un personnel qualifié indigent	Pop/12 x Naissances vivantes (3,7%) x 85% (Accouchement eutocique) x30% (pour PCA) x20% (pour Population indigente)	Registre d'accouchement. Il s'agit de la somme d'accouchements eutociques au sein d'une formation sanitaire permettant de fournir les six soins obstétricaux de base – indigente. Accouchement chez des patientes ne pouvant pas payer totalement ou partiellement leurs soins. Le nombre de cas ne doit pas dépasser 16% de tous les accouchements.	1 362
6	Accouchement dystocique (patient non indigent)	Pop/12 x Naissances vivantes (3,7%) x 15% (Accouchement dystocique) x (80% au niveau de l'hôpital) x60% (non césarienne) x 80% (patient non indigent)	Registre d'accouchement. Nombre de femme souffrant des complications obstétricales traitées dans le CH. Tout cas d'accouchement fait par forceps ou Ventouse. Les inductions simples ne sont pas prises en compte. Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	1 022
6.1	Accouchement dystocique indigent	Pop/12 x Naissances vivantes (3,7%) x 15% (Accouchement dystocique) x 80% (au niveau de l'hôpital) x60% (non césarienne) x 20% patients indigents	Idem population indigente	2 725
7	Césariennes (patient non indigent)	Pop/12 x Naissances vivantes (3,7%) x 15% (Accouchement dystocique) x 80% (au niveau de l'hôpital) x 40% (nécessitant césarienne) x 80% (patients non indigents)	Registre de bloc. Il s'agit de la somme des accouchements par voie haute réalisés au cours du mois. Tout cas d'accouchement fait par césarienne Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	1 703
7.1	Césariennes - indigent	Pop/12 x Naissances vivantes (3,7%) x 15% (Accouchement dystocique) x 80% (au niveau de l'hôpital) x 40% (nécessitant césarienne) x 20% (patients indigents)	Idem population indigente	6 130

8	Chirurgie majeure (patient non indigent)	En moyen, 0.5% de la population nécessite chaque année une chirurgie majeure / 12 mois x 80% (patient non indigent)	Registre de bloc. Il s'agit de la somme des interventions chirurgicales avec une anesthésie générale, locorégionale ou une rachianesthésie a été pratiqué. Tout cas de chirurgie faite avec anesthésie générale ou rachianesthésie à l'exception des césariennes. Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, sexe, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	2 384
8.1	Chirurgie majeure indigent	En moyen, 0.5% de la population nécessite chaque année une chirurgie majeure / 12 mois x 20% indigent	Idem population indigente	5 109
9	Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère avec complications médicales (CRENI)	Enfants 6-59 mois (= 16%) / 12 mois x 2,3% Mas 30% qui nécessite chaque année traitement au niveau hospitalier	Registre nutrition. Il s'agit de la somme des enfants souffrant de MAS avec co Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, sexe, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir mplication pris en charge au cours du mois	1 362
10	Dépistage volontaire du VIH/SIDA + Hépatite B (y compris le bilan de la grossesse et les tests avant la transfusion)	Chaque année 5% de la population est dépisté et conseillé volontairement de VIH/SIDA et Hépatite B (y compris 4,4% qui sont femmes enceintes). 30% (PCA) / 12 mois.	Registre VIH/SIDA et registre du labo. Il s'agit du nombre de personnes dans la FOSA au cours du mois ayant bénéficié 1- d'un dépistage volontaire (infection à VIH +Hépatite B 2- Bilan de la grossesse 3- les tests avant transfusion. NB : Pour le depistage volontaire, 1- l'espacement minimum entre 2 tests chez le même individu est de 3 mois. CIBLE : Adulte à partir de 14 ans, enfants nés de mère séro-positif (dépistage précoce à la PCR après 6 semaines, le test sérologique entre 12 mois et 24 mois). 2. Les dépistages faits lors des campagnes en dehors de la zone de responsabilité de la formation sanitaire ne seront pas achetés. 3. Les tests doivent être faits avec un pré-counseling et un post counseling bien menés. Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, sexe, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	681
11	Femme enceinte VIH+, traitement prophylactique ARV	Population / 12 mois x Femmes enceintes (4.4%) x 0.8% sont testé VIH+ et reçoivent ARV / 12 mois x 30% (PCA)	Registre IST. Il s'agit de patients IST (2%) qui sont dépistés et traités selon le protocole au cours d'un mois	1 362

			Le Registre doit contenir le nom et prénom, âge, sexe, localisation et adresse, N téléphone, NNI, traitement ou conduite à tenir	
12	Nv nés de mère VIH+ traitement prophylactique ARV	Population / 12 mois x les NV (3,7%) de la population par année x 0.8% (qui sont VIH+ et nécessite ARV) x 30% (PCA)	Registre VIH/SIDA. Il s'agit du nombre de nouveaux nés de mère VIH+ pris en charge dans la FOSA au cours de la période. Nombre de nouveau-né de mère VIH+ mis sous protocole ARV prophylactique (dans les 72 heures après la naissance) au cours du mois selon le protocole national. NB si les ARV sont administrés au nouveau-né de plus de 72 heures, nous n'achetons pas.	715
13	Patient vivant VIH nouvellement mis sous ARV	0.2% de toute la population est VIH+ x 30% nécessite de traitement x30% (PCA)/ 12 mois	Registre VIH/SIDA. Nombre de patients VIH + nouvellement dépistée et mis sous ARV au cours de la période. Nouveaux patients dépistés et mis sous ARV au cours du mois. (Y compris les enfants infectés mis sous traitement).	715
14	Patient vivant VIH sous ARV suivie pendant 3 mois	0.2% de toute la population est VIH+ x 30% nécessite de traitement x 4 contacts par an x 30% (PCA)/ 12 mois	Registre VIH/SIDA. Il s'agit de PV VIH qui sont sous traitement ARV et qui ont bénéficié d'un suivi dans la formation sanitaire au cours d'un trimestre (dossier patient à jour précisant les constantes, les médicaments prescrits ; les éléments du suivi bien remplis dans le registre).	715
15	Cas d'infection sexuellement transmissible (IST) pris en charge selon le protocole national	2% de toute la population est IST x30% (PCA) / 12 mois	Registre IST. Il s'agit de patients IST (2%) qui sont dépistés et traités selon le protocole au cours d'un mois	341
16	Dépistage des cas TB positifs (TPM+) par mois	Incidence TB = 102 / 100.000 dépisté avec TPM+ x 30% (PCA) / 12 mois	Registre TB. Il s'agit des cas de TPM+ dépistés au cours du mois. Cas TPM+ dépistés dans le mois.	2 384

Annexe 3 : Contrat de Performance entre le Ministère de la Santé et une direction/entité au niveau central

Le Ministère de la Santé, représenté par le Secrétaire Général, d'une part ;

Et la Direction, chargée de, représenté par le Directeur, d'autre part ;

VU QUE

Face aux succès du PBF dans plusieurs pays en voie de développement et à la perspective de promouvoir les indicateurs de santé en faveur de l'atteinte des Objectifs du Développement Durable 2030, du développement et d'autres objectifs sociaux, le Gouvernement, avec l'appui de la Banque Mondiale a décidé, de mettre en œuvre l'approche de financement basé sur la performance dans certaines régions du pays.

Le système de financement basé sur la performance contribue au renforcement de l'autonomie de gestion des formations sanitaires, car les fonds additionnels, générés par le système, sont gérés directement par la formation sanitaire bénéficiaire et rentrent dans son bilan financier mensuel. Cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté du Ministère de la Santé et de ses Partenaires, de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité, par l'utilisation équitable des moyens disponibles. C'est dans cette optique que s'inscrivent l'élaboration et la signature de la présente convention (contrat).

LES PARTIES SIGNATAIRES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

Article premier : De la nature du présent contrat

Le présent contrat établit les obligations mutuelles du Ministère de la Santé et de la Direction dans le cadre de la mise en œuvre du PBF.

Article 2 : Des principes du Financement Basé sur la Performance

Le Financement Basé sur les Résultats PBF au niveau des services de santé est une stratégie qui vise à financer les services et soins de santé en contrepartie d'une performance réalisée par les prestataires de services et soins de santé et sur base des prestations quantitatives et qualitatives.

Article 3 : Engagements du Ministère de la Santé

Le Ministère de la Santé s'engage à fournir à la Direction l'appui stratégique à la réalisation de sa mission de la mise en œuvre du PBF.

Le Ministère de la Santé s'engage à accorder à la Direction une prime trimestrielle liée à la performance dont le montant maximum (100%) est de . MRU.

La prime de performance de est attribuée après une évaluation trimestrielle de sa performance par une équipe désignée par le Ministre de la Santé et sur base des critères de performance définis dans une grille en annexe au présent contrat.

Article 4 : Engagements de la Direction

La Direction est chargée :

Les détails des engagements de la direction sont mentionnés dans le manuel PBF

Article 5 : Modalités de paiement

Le montant correspondant à la performance de l'entité sera viré au compte bancaire ouvert à son nom No...ouvert à

Article 6 : Des sanctions et pénalités en cas de manquement aux engagements

En cas de non-respect du contenu du manuel des procédures PBF et des clauses du contrat liant la Direction au Ministère de la Santé, la Direction s'expose à des sanctions allant de la pénalité financière jusqu'à la suspension du contrat PBF pour les raisons suivantes notamment :

- ✓ La création de données ou d'activités fictives ou toute fraude avérée dans la mise en œuvre du PBF ;
- ✓ Le manquement aux engagements pris pour la mise en œuvre du PBF.

Ces sanctions peuvent être entre autres le non-paiement des fonds PBF destinés à la Direction pour un trimestre donné, la suspension temporaire de la motivation financière des individus incriminés ainsi que des mesures administratives.

Article 7 : De la durée et de la résiliation du présent contrat

Le présent contrat entre en vigueur à la date de sa signature en double exemplaire par toutes les parties en présence pour une durée d'une année.

Le Ministère de la Santé peut mettre fin au présent contrat par notification écrite à la Direction

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait àle...../...../.....

Pour la Direction

Pour le Ministère de la Santé

Le Directeur

Le Secrétaire Général

Annexe 4 : Grille d'évaluation trimestrielle de la performance de la DAF

TRIMESTRE :..... ANNEE :..... DATE DE L'EVALUATION :.....

N°	Activités	Indicateurs et critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Points maximum	Points Obtenus
1	Paiement des formations sanitaires et des entités impliquées dans la mise en œuvre du PBF dans les délais requis	Les paiements des prestations PBF du trimestre précédent pour les (formations sanitaires, DRAS, Circonscriptions Sanitaires, Conseils Régionaux, Equipes Régionales de Vérification, Unité technique FBR, Directions centrales et organes chargés de vérification communautaires) ont été réalisés dans un délai ne dépassant pas 4 jours après réception des factures de paiement transmises par l'UT- FBR <i>(Vérifier les dates de transmission des factures de paiement par l'Unité technique FBR et les dates de virement des fonds par la DAF)</i>	Tous les critères remplis=500 Un seul critère manque=0	500	
2	Archivage et classement de toutes les demandes de paiement et leurs annexes et les avis du virement dans les comptes des FOSA	Disponibilité des dossiers de paiement de toutes les entités (formations sanitaires, DRAS, Circonscriptions Sanitaires, Conseils Régionaux, Equipes Régionales de Vérification, Unité technique FBR, Directions centrales et organes chargés de vérification communautaires) transmis par l'UT-FBR au cours du trimestre précédent ainsi que tous les annexes à savoir : 1) Pour les FOSA : les procès-verbaux originaux des Conseils Régionaux, le procès-verbal original d'analyse et de validation de l'UT-FBR, les synthèses régionales des factures ainsi que la facture de chaque formation sanitaire avec son numéro de compte bancaire. 2) Pour les DRAS, les Circonscriptions Sanitaires, les Conseils Régionaux, les COSA et les ERV : le procès-verbal original de validation de l'UT-FBR ainsi que Les rapports d'évaluation de la performance par entité. 3) Pour les entités du niveau central : le rapport d'évaluation de la performance de ces entités réalisé par l'ENC, 4) Outil d'indice pour DAF renseigné, signé et appliqué correctement pour le trimestre passé.	Chaque critère rempli=50 Un seul critère manque=0	200	
3	Supervision et gestion financière	1) Organisation d'une supervision formative et administrative dans les régions PBF par trimestre : Rapport disponible avec les recommandations et plan de MEO (1 rapport par supervision) 2) Elaboration d'un rapport trimestriel de la situation financière (exécution, programmation, contraintes, recommandation et plan de solution) (1 rapport par trimestre) 3) Disponibilité d'un plan d'action annuel de l'entité mis à jour régulièrement (suite aux rapports trimestriels) 4) Mettre en œuvre les recommandations adressées à la DAF de l'audit externe pour financement externe et interne	Chaque critère rempli=75 4 >80% mis en œuvre = 75	300	
	TOTAL			1000	
	%			100	

Annexe 5 : Grille d'évaluation trimestrielle de la performance de la DMH

TRIMESTRE :....

ANNEE :.....

DATE DE L'EVALUATION :....

N°	Activités	Critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Points maximum	Points Obtenus
1	Evaluation trimestrielle de la qualité Technique des structures hospitalières régionales est faite	1. Disponibilité d'un plan d'action annuel validé dans le délai réglementaire avec un calendrier d'évaluation validé par l'UT-FBR ; 2. Une copie originale de la grille d'évaluation renseignée est déposée à la DRAS et à l'ERV dans les délais réglementaires (voir accusée de réception de la DRAS et ERV) ; 3. Disponibilité des deux copies de rapports, respectant le canevas proposé, de l'évaluation qualité par SHR ; <ul style="list-style-type: none"> ➤ Une copie du rapport d'évaluation est disponible par SHR ; ➤ Des points forts et faibles sont documentés dans chaque rapport d'évaluation ➤ Dans chaque rapport d'évaluation, des recommandations pertinentes ont été formulées sur base des points faibles ; ➤ Les recommandations précisent les responsables de mise en œuvre et les délais d'exécution. Les recommandations non exécutées sont reconduites ➤ Une copie de chaque rapport d'évaluation est déposée au niveau de l'UT-FBR dans les délais 	1. 50 points si la copie du PTBA DMH est disponible et mis en œuvre ; 2. 400 points si chaque grille d'évaluation est renseignée par le profil requis d'évaluateurs et dûment signée par les Evalueurs tout comme par les Evalués et déposée dans le délai (voir accusée de réception de la DRAS et à l'ERV), (un sous critère manque=0 point). 3. 30 points par sous critère	1. 50 points 2. 400 points 3. 150 points	
2	Contribuer à la mise en œuvre des réformes hospitalières liées à la mise en œuvre du PBF	1. Le PTBA de la DMH validé par le CT-FBR comprend les réformes/mesures programmées (normes hospitalières, autonomie, ...) ; 2. % des réformes/mesures réalisées > 50% 3. Outil d'indice pour DMH renseigné, signé et appliqué correctement pour le trimestre passé.	Chaque critère rempli=50	150	
TOTAL				750	
%				100	

Annexe 6 : Modèle d'un Contrat de Performance entre le Ministère de la Santé et une région

Le Ministère de la Santé, représenté par le Secrétaire Général, d'une part ;
Et la région du, représentée par le président du Conseil Régional, d'autre part ;

VU QUE

Face aux succès du PBF dans plusieurs pays en voie de développement et à la perspective de promouvoir les indicateurs de santé en faveur de l'atteinte des Objectifs du Développement Durable 2030, du développement et d'autres objectifs sociaux, le Gouvernement, avec l'appui de la Banque Mondiale a décidé, de mettre en œuvre l'approche de financement basé sur la performance dans certaines régions du pays.

Le système de financement basé sur la performance contribue au renforcement de l'autonomie de gestion des formations sanitaires, car les fonds additionnels, générés par le système, sont gérés directement par la formation sanitaire bénéficiaire et rentrent dans son bilan financier mensuel. Cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté du Ministère de la Santé et de ses Partenaires, de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité, par l'utilisation équitable des moyens disponibles. C'est dans cette optique que s'inscrivent l'élaboration et la signature de la présente convention (contrat).

LES PARTIES SIGNATAIRES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

Article premier : De la nature du présent contrat

Le présent contrat établit les obligations mutuelles du Ministère de la Santé et de la région dans le cadre de la mise en œuvre du PBF.

Article 2 : Des principes du Financement Basé sur la Performance

Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) au niveau des services de santé est une stratégie qui vise à financer les services et soins de santé en contrepartie d'une performance réalisée par les prestataires de services et soins de santé et sur base des prestations quantitatives et qualitatives.

Article 3 : Engagements du Ministère de la Santé

Le Ministère de la Santé assure la régulation du secteur de la santé et la coordination de la mise en œuvre du PBF.

Le Ministère de la Santé s'engage à fournir à la région un appui technique et financier pour assurer les fonctions d'achat et de validation des prestations quantitatives et qualitatives produites par les Formations sanitaires et les comités de santé dans le cadre de la mise en œuvre du PBF au niveau régional.

Le Ministère de la Santé s'engage à accorder à la région une prime trimestrielle liée à la performance dont le montant maximum (100%) est de MRU.

La prime de performance du CR est attribuée après une évaluation trimestrielle de sa performance par l'UT-FBR sur base des critères de performance définis dans une grille en annexe au présent contrat.

L'enveloppe pour la prime de performance est partagée entre l'équipe du Conseil Régional (CR) sur base de critères de performance et d'un outil de répartition des primes individuelles (outil d'indice) décrits dans les annexes du manuel des procédures PBF.

Article 4 : Des responsabilités de la région

La région est chargée de :

- assurer la mission d'achat et de validation des prestations réalisées dans le cadre du PBF au niveau de la Région.
- assurer la gestion et la signature semestrielle des contrats PBF avec les formations sanitaires au niveau de la région.
- signer des contrats annuels avec les COSA identifiés par l'Equipe Régionale de Vérification (ERV) pour mener des enquêtes au niveau communautaire visant à authentifier les prestations des formations sanitaires et mesurer le degré de satisfaction de la population.
- valider les factures des prestations quantitatives et qualitatives des formations sanitaires réalisées dans le cadre du PBF y compris celles relatives aux résultats des enquêtes communautaires réalisées par des COSA, au plus tard le 20^{ème} jour du mois suivant le trimestre évalué.
- Résoudre les plaintes soumises à la région par les COSA

Les détails des tâches de la région sont mentionnés dans le manuel PBF

Article 5 : Modalités de paiement

Le montant correspondant à la performance de l'entité sera viré au compte bancaire ouvert à son nom No...ouvert à

Article 6 : Règlement des litiges

En cas de litige entre la région et une ou des formations sanitaires concernant l'exécution du contrat PBF qui les lie, le Ministère de la Santé, à travers l'UT-FBR, sera saisie par l'une ou l'autre des parties pour trouver une résolution au litige. Le Ministère de la Santé prend des décisions finales et sans susceptibles de recours.

En cas de litige entre le Ministère de la Santé et la région, une résolution à l'amiable est recommandée. Dans tous les cas, le Ministère de la Santé se réserve le droit de prendre des décisions finales et sans susceptibles de recours.

Article 7 : De la durée et de la résiliation du présent contrat

Le présent contrat entre en vigueur à la date de sa signature en double exemplaire par toutes les parties en présence pour une durée **d'une année.**

Le Ministère de la Santé peut mettre fin au présent contrat par notification écrite au CR.

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait àle.../..... /....

Pour la région du

Pour le Ministère de la Santé

Le Président du Conseil Régional

Le Secrétaire Général

Annexe 7 : Grille d'évaluation trimestrielle de la performance de la région

TRIMESTRE :....

ANNEE :.....

DATE DE L'EVALUATION :....

N°	Activités	Critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Points maximum	Points Obtenus
1	Signature des contrats de performance avec les formations sanitaires et avec les Comités de santé	1). Disponibilité des contrats semestriel de performance de toutes les formations sanitaires contractualisées dûment signés et bien classés 2). Disponibilité des contrats annuels signés avec les COSA chargés de réaliser des enquêtes communautaires dûment signés et bien classés.	Tous les critères remplis=200 Un seul critère manque=0	200	
2	Validation trimestrielle des factures régionales	1. Tenue de la réunion de validation au plus tard le 20 ^{ème} jour du mois suivant chaque trimestre (vérifier au niveau du procès-verbal de validation la date de tenue de la réunion) 2. Disponibilité d'une copie du procès-verbal de validation trimestrielle des prestations quantitatives et qualitatives PBF y compris qualité perçue avec une fiche synthèse régionale de la facture trimestrielle et une liste de présence des participants à la réunion de validation dûment signée ;	Tous les critères remplis=300 Un seul critère manque=0	300	
TOTAL				500	
%				100	

Annexe 8 : Grille d'évaluation trimestrielle de la performance de l'UT-FBR

TRIMESTRE :.....

ANNEE :.....

DATE DE L'EVALUATION :.....

N°	Activités	Critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Points maximum	Points Obtenus
1	Planification des activités de mise en œuvre du PBF	<ol style="list-style-type: none"> 1) Disponibilité d'un plan d'action annuel PTBA pour la mise en œuvre des activités INAYA 2) Disponibilité d'un plan d'action trimestriel pour la mise en œuvre des activités du PTBA, en cohérence avec le plan d'action annuel 3) Disponibilité d'un rapport trimestriel des activités de mise en œuvre du PBF contenant au moins les éléments suivants : (i) le niveau de réalisation des activités planifiées, (ii) analyse de l'évolution des indicateurs contractualisés, (iii) suivi de l'évolution de l'utilisation du budget FBR, (iv) les activités non réalisées et les justifications, (v) les problèmes rencontrés et les recommandations pour y faire face. 4) Disponibilité d'un rapport trimestriel d'une mission de suivi de la mise en œuvre du FBR organisée au niveau régional indiquant notamment (i) les points forts observés, (ii) les contraintes relevées, (iii) les recommandations formulées, (iv) le suivi de la mise en œuvre des recommandations des missions précédentes, 5) Outil d'indice pour UT-FBR renseigné, signé et appliqué correctement pour le trimestre passé. 	Chaque critère rempli = 100	500	
2	Analyse, validation et transmission des factures et procès-verbaux subsides PBF	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tenue de la réunion d'analyse et de validation des procès-verbaux issus des Conseils Régionaux au plus tard le 24^{ème} jour suivant le dernier mois de chaque trimestre (vérifier au niveau du procès-verbal de validation la date de tenue de la réunion) 2) Disponibilité d'un procès-verbal d'analyse et de validation des procès-verbaux transmis par les Conseils Régionaux en rapport avec les prestations quantitatives et qualitatives des formations sanitaires du trimestre précédent 3) Transmission à la DAF, au plus tard le 24^{ème} jour suivant le dernier mois de chaque trimestre, les factures et rapports (avec tous les annexes) reçues à temps des formations sanitaires, des DRAS, des Circonscriptions Sanitaires, des CR, des ERV, des COSA et ceux du NC prévus par le manuel PBF (<i>vérifier s'il existe une preuve de transmission et de réception de la DAF des demandes de paiement avec les dates de transmission et de réception</i>) 	<p>Tous les critères remplis = 500</p> <p>Un seul critère manque = 0</p>	500	
3	Evaluation de la performance trimestrielle des DRAS, des CR et des ERV	<ol style="list-style-type: none"> 1) Disponibilité des rapports et des grilles d'évaluation de la performance (avec score pour chaque composante) trimestrielle des DRAS, des CR et des ERV 2) Les évaluations trimestrielles de la performance de ces entités ont été effectuées au plus tard du 17 au 20^{ème} jour du mois suivant chaque trimestre (vérifier les dates au niveau des rapports et grilles d'évaluations) 	<p>Tous les critères remplis = 500</p> <p>Un seul critère manque = 0</p>	500	
TOTAL				1500	
%				100	

Annexe 9 : Modèle d'un contrat de performance entre le Ministère de la santé et l'Equipe Régionale de Vérification (ERV)

Le Ministère de la Santé, représenté par le Secrétaire Général, d'une part ;
Et l'Equipe Régionale de Vérification chargée de la vérification mensuelle de quantité des services offerts par les FOSA et du coaching, représentée par son Coordonnateur, d'autre part ;

VU QUE

Face aux succès du PBF dans plusieurs pays en voie de développement et à la perspective de promouvoir les indicateurs de santé en faveur de l'atteinte des Objectifs du Développement Durable 2030, du développement et d'autres objectifs sociaux, le Gouvernement, avec l'appui de la Banque Mondiale a décidé, de mettre en œuvre l'approche de financement basé sur la performance dans certaines régions du pays.

Le système de financement basé sur la performance contribue au renforcement de l'autonomie de gestion des formations sanitaires, car les fonds additionnels, générés par le système, sont gérés directement par la formation sanitaire bénéficiaire et rentrent dans son bilan financier mensuel. Cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté du Ministère de la Santé et de ses Partenaires, de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité, par l'utilisation équitable des moyens disponibles. C'est dans cette optique que s'inscrivent l'élaboration et la signature de la présente convention (contrat).

LES PARTIES SIGNATAIRES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

Article premier : De la nature du présent contrat

Le présent contrat établit les obligations mutuelles du Ministère de la Santé et de l'ERV dans le cadre de la mise en œuvre du PBF.

Article 2 : Des principes du Financement Basé sur la Performance

Le Financement Basé sur la performance (PBF) au niveau des services de santé est une stratégie qui vise à financer les services et soins de santé en contrepartie d'une performance réalisée par les prestataires de services et soins de santé et sur base des prestations quantitatives et qualitatives.

Article 3 : Engagements du Ministère de la Santé

Le Ministère de la Santé s'engage à fournir à l'ERV l'appui nécessaire à la réalisation de sa mission d'évaluer quantitativement les services des FOSA ainsi que d'assurer le coaching des acteurs du niveau régional dans le cadre de la mise en œuvre du PBF.

Le Ministère de la Santé s'engage à accorder à l'ERV une prime trimestrielle liée à la performance dont le montant maximum (100%) est de MRU.

La prime de performance de l'ERV est attribuée après une évaluation trimestrielle de sa performance par l'UT-FBR sur base des critères de performance définis dans une grille en annexe au présent contrat.

L'enveloppe pour la prime de performance est partagée entre l'équipe de l'ERV sur base de critères de performance et d'un outil de répartition des primes individuelles (outil d'indice) décrits dans les annexes du manuel des procédures PBF.

Article 4 : Engagements de l'ERV

L'Equipe Régionale de Vérification a pour mission de vérifier les prestations quantitatives des formations sanitaires et d'encadrer les COSA. Dans ce cadre, l'ERV réalise les principales tâches suivantes :

- Vérifier du 1^{er} au 7^{ème} du mois suivant le mois à vérifier les prestations quantitatives PBF déclarées par les formations sanitaires y compris les déclarations des AC, en présence du responsable de la formation sanitaire ou son délégué ;
- Saisir du 8 au 16 du mois suivant le mois à vérifier au niveau du portail PBF toutes les données mensuelles quantitatives, les résultats des évaluations trimestrielles de la qualité des formations sanitaires et les résultats des enquêtes communautaires ;
- Encadrer les COSA dans la réalisation des enquêtes communautaires et évaluer leurs rendement trimestriellement ;
- Encadrer les FOSA pour finaliser et mettre en œuvre leurs business plans
- Présenter chaque mois, à la réunion du Conseil Régional, le déroulement du processus de vérification ainsi que la synthèse Régionale des factures de chaque formation sanitaire concernant les prestations quantitatives et qualitatives.
- préparer les contrats PBF pour les FOSA et COSA et les présenter au président au CR pour signature ;

Les détails des tâches de l'ERV sont mentionnés dans le manuel PBF

Article 5 : Modalités de paiement

Le montant correspondant à la performance de l'ERV sera viré au compte bancaire ouvert à son nom No...ouvert à

Article 6 : Des sanctions et pénalités en cas de manquement aux engagements

En cas de non-respect du contenu du manuel des procédures PBF et des clauses du contrat liant l'ERV au Ministère de la Santé, l'ERV s'expose à des sanctions allant de la pénalité financière jusqu'à la suspension du contrat PBF pour les raisons suivantes notamment :

- ✓ La création de données ou d'activités fictives ou toute fraude avérée dans la mise en œuvre du PBF ;
- ✓ Le manquement aux engagements pris pour la mise en œuvre du PBF.

Il reviendra à l'UT-FBR de déterminer le degré et la sévérité de la faute, ainsi que les sanctions à infliger. Ces sanctions peuvent être entre autre le non-paiement des fonds FBR pour un trimestre donné, la suspension temporaire de la motivation financière des individus incriminés ainsi que des mesures administratives prises par le Ministère de la Santé.

Article 7 : De la durée et de la résiliation du présent contrat

Le présent contrat entre en vigueur à la date de sa signature en double exemplaire par toutes les parties en présence pour une durée **d'une année.**

Le Ministère de la Santé peut mettre fin au présent contrat par notification écrite à la l'ERV.

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait àle.../..... /....

Pour l'Equipe Régionale de Vérification

Pour le Ministère de la Santé

Le Coordinateur

Le Secrétaire Général

Grille d'évaluation trimestrielle de la performance de l'ERV

TRIMESTRE :..... ANNEE :..... DATE DE L'EVALUATION :.....

N°	Activités	Critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Points maximum	Points Obtenus
1	Vérification mensuelle des prestations quantitatives des formations Sanitaires et trimestrielle du rendement des COSA	1) Disponibilité des factures mensuelles FBR de chaque formation sanitaire contractualisée, dûment remplies et signées par les vérificateurs et le responsable de la formation sanitaire (ces factures doivent être bien classées) 2) Respect des délais de vérification : 1 ^{er} au 7 ^{ème} du mois suivant le mois à vérifier (vérifier sur les factures papier de chaque formation sanitaire la date de vérification) 3) Disponibilité d'un Procès-verbal de vérification de chaque AS ou FOSA PCA correctement renseigné avec des recommandations formulées détaillées par responsable et date de mise en oeuvre 4) Disponibilité d'une fiche mensuelle d'échantillonnage de chaque formation sanitaire contractualisée indiquant : (i) le numéro de référence du cas tiré, (ii) le nom et prénom du cas tiré, (iii) âge du cas tiré, (iv) le sexe du cas tiré, (v) l'adresse ou numéro de téléphone du cas tiré 5) Disponibilité d'un rapport évaluant le rendement des COSA avec grilles co-signées entre l'ERV et le responsable de chaque COSA concerné	Tous les critères remplis=400 Un seul critère manque ou une seule facture manque=0	400	
2	Saisie des données quantitatives et qualitatives dans le portail PBF	1) Disponibilité d'une facture synthèse Régionale et mensuelle de chaque formation sanitaire en rapport avec les prestations quantitatives FBR (vérifier que 3 factures des mois du trimestre évalué sont imprimées à partir de la base de données FBR) 2) Le score de qualité globale de chaque formation sanitaire contractualisée est saisi (vérifier dans la base de donnée FBR)	Tous les critères remplis=200 Un seul critère manque=0	200	
3	Gestion financière	Disponibilité de l'outil d'indice pour ERV renseigné, signé et appliqué correctement pour le trimestre passé.	Tous les critères remplis=100 Un seul critère manque=0	200	
4	Planification	1) Disponibilité d'un plan d'action annuel de l'ERV détaillé par trimestre 2) Disponibilité dans l'archive des BP semestriels validés et signés de toutes les AS y compris PCA	Tous les critères remplis=400 Un seul critère manque=0	400	
	TOTAL			1200	
	%			100	

Annexe 10 : Modèle du Contrat de performance entre le Ministère de la santé et une DRAS

Le Ministère de la Santé, représenté par le Secrétaire Général, d'une part ;
Et la Direction Régionale à l'Action Sanitaire, représentée par le Directeur, d'autre part ;

VU QUE

Face aux succès du PBF dans plusieurs pays en voie de développement et à la perspective de promouvoir les indicateurs de santé en faveur de l'atteinte des Objectifs du Développement Durable 2030, du développement et d'autres objectifs sociaux, le Gouvernement, avec l'appui de la Banque Mondiale a décidé, de mettre en œuvre l'approche de financement basé sur la performance dans certaines régions du pays.

Le système de financement basé sur la performance contribue au renforcement de l'autonomie de gestion des formations sanitaires, car les fonds additionnels, générés par le système, sont gérés directement par la formation sanitaire bénéficiaire et rentrent dans son bilan financier mensuel. Cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté du Ministère de la Santé et de ses Partenaires, de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité, par l'utilisation équitable des moyens disponibles. C'est dans cette optique que s'inscrivent l'élaboration et la signature de la présente convention (contrat).

LES PARTIES SIGNATAIRES CONVIENNENT DE CE QUI SUIV

Article premier : De la nature du présent contrat

Le présent contrat établit les obligations mutuelles du Ministère de la Santé et de la DRAS dans le cadre de la mise en œuvre du PBF.

Article 2 : Des principes du Financement Basé sur la Performance

Le Financement Basé sur la performance (PBF) au niveau des services de santé est une stratégie qui vise à financer les services et soins de santé en contrepartie d'une performance réalisée par les prestataires de services et soins de santé et sur base des prestations quantitatives et qualitatives.

Article 3 : Engagements du Ministère de la Santé

Le Ministère de la Santé s'engage, à travers l'UT-FBR, à fournir à la DRAS un appui technique et financier pour la réalisation de sa mission dans le cadre de la mise en œuvre du PBF.

Le Ministère de la Santé s'engage à accorder à la DRAS une prime trimestrielle liée à la performance dont le montant maximum (100%) est de MRU.

La prime de performance de la DRAS est attribuée après une évaluation trimestrielle de sa performance par l'UT-FBR sur base des critères de performance définis dans une grille en annexe au présent contrat.

L'enveloppe pour la prime de performance est partagée entre l'équipe de la DRAS sur base de critères de performance et d'un outil de répartition des primes individuelles (outil d'indice) décrits dans les annexes du manuel des procédures PBF.

Article 4 : Engagements de la DRAS

La Direction Régionale à l'Action Sanitaire assure la régulation du système de santé au niveau régional.

Dans le cadre de la mise en œuvre du PBF, la DRAS réalise les principales tâches suivantes :

- Assurer le suivi évaluation de la mise en œuvre du PBF régional ;
- Assurer le secrétariat du Conseil Régional ;
- Evaluer chaque trimestre le rendement des circonscriptions sanitaires et d'un échantillon de formations sanitaires

Les détails des tâches de la Direction Régionale à l'Action Sanitaire sont décrits dans le manuel des procédures PBF.

Article 5 : Modalités de paiement

Le montant correspondant à la performance de la DRAS sera viré au compte bancaire ouvert à son nom No...ouvert à

Article 6 : Des sanctions et pénalités en cas de manquement aux engagements

En cas de non-respect du contenu du manuel des procédures PBF et des clauses du contrat liant la DRAS au Ministère de la Santé, la DRAS s'expose à des sanctions allant de la pénalité financière jusqu'à la suspension du contrat PBF pour les raisons suivantes notamment :

- ✓ La création de données ou d'activités fictives ou toute fraude avérée dans la mise en œuvre du PBF ;
- ✓ Le manquement aux engagements pris pour la mise en œuvre du PBF.

Il reviendra à l'UT-FBR de déterminer le degré et la sévérité de la faute. Ces sanctions peuvent être entre autre le non-paiement des fonds PBF pour un trimestre donné, la suspension temporaire de la motivation financière des individus incriminés ainsi que des mesures administratives prises par le Ministère de la Santé.

Article 7 : De la durée et de la résiliation du présent contrat

Le présent contrat entre en vigueur à la date de sa signature en double exemplaire par toutes les parties en présence pour une durée **d'une année.**

Le Ministère de la Santé peut mettre fin au présent contrat par notification écrite à la DRAS.

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait àle.../..... /....

**Pour la Direction Régionale à l'Action
Sanitaire
Le Directeur**

**Pour le Ministère de la Santé

Le Secrétaire Général**

Grille d'évaluation trimestrielle de la performance de la DRAS

TRIMESTRE :.....

ANNEE :.....

DATE DE L'EVALUATION :.....

N°	Activités	Critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Points maximum	Points Obtenus
1	Elaboration du Plan d'action annuel de la Direction Régionale à l'Action Sanitaire avec des séquences trimestrielles	1) Existence d'un plan d'action annuel de la DRAS pour l'année N validé par le Comité Régional de Coordination (DRAS, CH régional, MCM et ERV) avant mi-décembre N-1 <i>Nota bene : cet indicateur est évalué uniquement au premier trimestre de chaque année</i> 2) Existence d'un rapport trimestriel de suivi de l'exécution du plan d'action annuel indiquant les activités planifiées, le niveau de réalisation des activités planifiées, les contraintes et les recommandations associées d'un plan de mise en œuvre 3) Outil d'indice pour DRAS renseigné, signé et appliqué correctement pour le trimestre passé.	Critère 1=50 Critère 2=50 Critère 3 = 100	200	
2	Tenue régulière des réunions du CRC (Réunion par mois)	Réunion trimestrielle du comité régional de coordination : CRC pour validation technique des factures relatives aux prestations Quantitatives et Qualitatives des FOSA y compris les résultats des enquêtes communautaires tenue le 19 ^{ème} jour du mois suivant chaque trimestre (PV de réunion disponible avec la liste des présence et les décisions prises)	Critère rempli =200	200	
3	Réalisation de l'évaluation trimestrielle des Circonscriptions Sanitaires	Evaluation faite selon le profil d'évaluateurs fixé par le M PBF pour toutes les circonscriptions sanitaires avec une FOSA par Moughataa du 12 au 16 ^{ème} du mois suivant le trimestre à évaluer. <i>(Vérifier les rapports ou grilles d'évaluation si au moins une FOSA par Moughataa a été évaluée)</i>	critère rempli = 500 Un seul sous critère manque = 0	500	
4	Transmission dans les délais des factures et procès-verbaux de validation relatifs aux prestations quantité et qualité pour FOSA et COSA	Disponibilité d'une preuve de transmission à l'Unité technique FBR au 20 ^{ème} jour du mois suivant le trimestre à évaluer du : 1- procès-verbal de validation trimestrielle des prestations quantitatives et qualitatives des formations sanitaires avec en annexe une synthèse régionale des factures de chaque formation sanitaire avec leurs banques et numéros de compte. 2- Rapport d'évaluation des circonscriptions sanitaires (avec en annexe les grilles cosignées)	critères rempli= 200 Un seul sous critère manque = 0	200	
5	Gestion de l'équipe dirigeante de la DRAS	Au moins une réunion de l'équipe dirigeante de DRAS est organisée chaque mois et un procès-verbal de la réunion est disponible et indique : (i) la date, les heures de début et fin de la réunion, (ii) les points à l'ordre du jour, (iii) les décisions prises, (iv) le suivi des recommandations de la réunion précédente.	Critère rempli =100 Un seul sous critère manque = 0	100	
6	Supervision formative de circonscriptions sanitaires	1) Disponibilité d'un calendrier trimestriel de supervision formative des CSM 2) Existence de rapports de supervision par trimestre. Ce rapport doit contenir : (i) les thèmes et objectifs de la supervision, (ii) la description du déroulement de la supervision, (iii) les problèmes identifiés, (iv) les recommandations formulées avec calendrier et responsable de mise en œuvre, (v) le suivi de la mise en œuvre des recommandations formulées lors de la supervision précédente	Tous les critères remplis=100 Un seul critère manque =0	100	
TOTAL				1300	
%				100	

Annexe 11 : Modèle du contrat de performance entre le Ministère de la santé et la Circonscription sanitaire

Le Ministère de la Santé, représenté par le Secrétaire Général, d'une part ;
Et la Circonscription Sanitaire, représentée par le Médecin chef d'autre part ;

VU QUE

Face aux succès du PBF dans plusieurs pays en voie de développement et à la perspective de promouvoir les indicateurs de santé en faveur de l'atteinte des Objectifs du Développement Durable 2030, du développement et d'autres objectifs sociaux, le Gouvernement, avec l'appui de la Banque Mondiale a décidé, de mettre en œuvre l'approche de financement basé sur la performance dans certaines régions du pays.

Le système de financement basé sur la performance contribue au renforcement de l'autonomie de gestion des formations sanitaires, car les fonds additionnels, générés par le système, sont gérés directement par la formation sanitaire bénéficiaire et rentrent dans son bilan financier mensuel. Cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté du Ministère de la Santé et de ses Partenaires, de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité, par l'utilisation équitable des moyens disponibles. C'est dans cette optique que s'inscrivent l'élaboration et la signature de la présente convention (contrat).

LES PARTIES SIGNATAIRES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

Article premier : De la nature du présent contrat

Le présent contrat établit les obligations mutuelles du Ministère de la Santé et de la Circonscription sanitaire dans le cadre de la mise en œuvre du PBF.

Article 2 : Des principes du Financement Basé sur Performance

Le Financement Basé sur la performance (PBF) au niveau des services de santé est une stratégie qui vise à financer les services et soins de santé en contrepartie d'une performance réalisée par les prestataires de services et soins de santé et sur base des prestations quantitatives et qualitatives.

Article 3 : Engagements du Ministère de la Santé

Le Ministère de la Santé s'engage, à travers l'UT-FBR, à fournir à la Circonscription sanitaire un appui technique et financier pour la réalisation de sa mission dans le cadre de la mise en œuvre du PBF.

Le Ministère de la Santé s'engage à accorder à la Circonscription Sanitaire une prime trimestrielle liée à la performance dont le montant maximum (100%) est de MRU.

La prime de performance de la Circonscription Sanitaire est attribuée après une évaluation trimestrielle de sa performance par la DRAS sur base des critères de performance définis dans une grille en annexe au présent contrat.

L'enveloppe pour la prime de performance est partagée entre l'équipe de la Circonscription sanitaire sur base de critères de performance et d'un outil de répartition des primes individuelles (outil d'indice) décrits dans les annexes du manuel des procédures PBF.

Article 4 : Engagements de la Circonscription Sanitaire

La Circonscription Sanitaire assure la régulation du système de santé au niveau périphérique. Dans le cadre de la mise en œuvre du PBF, la Circonscription Sanitaire réalise les principales tâches suivantes :

- Assurer le suivi évaluation de la mise en œuvre du PBF au niveau de la Circonscription Sanitaire ;
- Participer chaque mois aux réunions du Comité Régional de Coordination pour la validation technique des factures ;
- Appuyer les FOSA PMA dans l'élaboration de leurs plans d'action annuel et semestriel ;
- Evaluer chaque trimestre la qualité technique des FOSA ayant un contrat principal et sur un échantillon des FOSA ayant contrat secondaire,
- Assurer une supervision formative des FOSA PMA au moins une fois par trimestre ;

Les détails des tâches de la circonscription sanitaire de la Moughataa sont décrits dans le manuel des procédures FBR.

Article 5 : Modalités de paiement

Le montant correspondant à la performance de la Circonscription sanitaire sera viré au compte bancaire ouvert à son nom No...ouvert à

Article 6 : Des sanctions et pénalités en cas de manquement aux engagements

En cas de non-respect du contenu du manuel des procédures PBF et des clauses du contrat liant la Circonscription Sanitaire au Ministère de la Santé, la Circonscription Sanitaire s'expose à des sanctions allant de la pénalité financière jusqu'à la suspension du contrat PBF pour les raisons suivantes notamment :

- ✓ La création de données ou d'activités fictives ou toute fraude avérée dans la mise en œuvre du PBF ;
- ✓ Le manquement aux engagements pris pour la mise en œuvre du PBF.

Il reviendra à l'UT-FBR de déterminer le degré et la sévérité de la faute. Ces sanctions peuvent être entre autre le non-paiement des fonds PBF pour un trimestre donné, la suspension temporaire de la motivation financière des individus incriminés ainsi que des mesures administratives prises par le Ministère de la Santé.

Article 7 : De la durée et de la résiliation du présent contrat

Le présent contrat entre en vigueur à la date de sa signature en double exemplaire par toutes les parties en présence pour une durée **d'une année.**

Le Ministère de la Santé peut mettre fin au présent contrat par notification écrite à la Circonscription Sanitaire.

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait àle.../..... /....

Pour la Circonscription Sanitaire

Pour le Ministère de la Santé

Le Médecin chef

Le Secrétaire Général

Grille d'évaluation trimestrielle de la performance de la Circonscription Sanitaire

TRIMESTRE :..... ANNEE :..... DATE DE L'EVALUATION :.....

N°	Activités	Critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Points maximum	Points Obtenus
1	Elaboration du Plan d'action annuel de la circonscription sanitaire des séquences trimestrielles	1) Existence d'un plan d'action annuel de la CSM pour l'année N validé par le l'ECD avant 5 décembre N-1 <i>Nota bene : cet indicateur est évalué uniquement au premier trimestre de chaque année</i> 2) Existence d'un rapport trimestriel de suivi de l'exécution du plan d'action annuel indiquant les activités planifiées, le niveau de réalisation des activités planifiées, les contraintes et les recommandations associées d'un plan de mise en œuvre 3) Outil d'indice pour CSM renseigné, signé et appliqué pour le trimestre passé.	Critère 1=50 Critère 2=50 Critère 3 = 100	200	
2	Encadrement des FOSA PMA dans l'élaboration de leurs plans d'action annuel et semestriel	1) Disponibilité au niveau de la Circonscription sanitaire des copies des plans d'action annuel et semestriel de toutes les FOSA PMA, validés par la Circonscription Sanitaire 2) Disponibilité d'un rapport d'encadrement des FOSA PMA dans l'élaboration de leurs plans d'action annuel indiquant les appuis apportés, les contraintes observées, les solutions proposées 3) Disponibilité d'un rapport d'encadrement des FOSA PMA dans l'élaboration de leurs plans d'action semestriel le plus récent indiquant les appuis apportés, les contraintes observées, les solutions proposées	Critère 1=50 Critère 2= 50 Critère 3=50	150	
3	Supervision formative trimestrielle de toutes les FOSA PMA	3) Disponibilité d'un calendrier trimestriel de supervision formative des FOSA PMA 4) Existence de rapports de supervision des FOSA PMA à contrat principal et 25% des FOSA à contrat secondaire au moins une fois par trimestre. Ces rapports doivent contenir : (i) les thèmes et objectifs de la supervision, (ii) la description du déroulement de la supervision, (iii) les problèmes identifiés, (iv) les recommandations formulées avec calendrier et responsable de mise en œuvre, (v) le suivi de la mise en œuvre des recommandations formulées lors de la supervision précédente	Tous les critères remplis=100 Un seul critère manque =0	100	
4	Complétude et Promptitude des données du système d'information sanitaire	Les rapports mensuels des activités sanitaires de toutes les FOSA PMA de la Circonscription ont été saisis dans la base de données du système d'information sanitaire au plus tard le 15 ^{ème} jour calendrier du mois suivant (Vérifier dans la base de données du système d'information sanitaire la complétude des rapports et les dates de saisie)	Critère rempli pour la complétude et la promptitude=100	100	
5	Réalisation de l'évaluation trimestrielle de la qualité technique des FOSA PMA	Evaluation faite selon le profil d'évaluateurs fixé par le M PBF pour toutes les FOSA PMA avec contrat principal et 25% des FOSA PMA avec contrat secondaire chaque trimestre du 5 au 11 ème du mois suivant le trimestre à évaluer.	Tous les critères remplis=400	400	
6	Analyse de l'évolution des indicateurs du système d'information sanitaire	Existence d'un rapport trimestriel d'analyse des données du système d'information sanitaire indiquant au moins : (i) la date, les heures de début et fin de la réunion, (ii) l'analyse de l'évolution d'au moins 5 indicateurs du système d'information sanitaire jugés prioritaires sous forme de graphique ou tableaux avec des commentaires sur les raisons des tendances observées, (iii) les recommandations formulées, (vi) le suivi des recommandations de la réunion précédente	Tous les critères remplis=50	50	
7	Gestion de l'équipe cadre de la CSM	Au moins une réunion de l'équipe dirigeante de CSM est organisée chaque mois et un procès-verbal de la réunion est disponible et indique : (i) la date, les heures de début et fin de la réunion, (ii) les points à l'ordre du jour, (iii) les décisions prises, (iv) le suivi des recommandations de la réunion précédente.	Tous les critères remplis=100	100	
TOTAL				1100	
%				100	

Annexe 12 : Modèle d'un contrat de performance entre la Région et une structure hospitalière

La région du, représentée par le Président du Conseil Régional, d'une part ;
Et la structure hospitalière, représentée par son Directeur d'autre part ;

VU QUE

Face aux succès du PBF dans plusieurs pays en voie de développement et à la perspective de promouvoir les indicateurs de santé en faveur de l'atteinte des Objectifs du Développement Durable 2030, du développement et d'autres objectifs sociaux, le Gouvernement, avec l'appui de la Banque Mondiale a décidé, de mettre en œuvre l'approche de financement basé sur la performance dans certaines régions du pays.

Le système de financement basé sur la performance contribue au renforcement de l'autonomie de gestion des formations sanitaires, car les fonds additionnels, générés par le système, sont gérés directement par la formation sanitaire bénéficiaire et rentrent dans son bilan financier mensuel. Cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté du Ministère de la Santé et de ses Partenaires, de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité, par l'utilisation équitable des moyens disponibles. C'est dans cette optique que s'inscrivent l'élaboration et la signature de la présente convention (contrat).

LES PARTIES SIGNATAIRES CONVIENNENT DE CE QUI SUIV

Article premier : De la nature du présent contrat

Le présent contrat établit les obligations mutuelles de la région du et la structure hospitalière de dans le cadre de la mise en œuvre du PBF.

Article 2 : Des principes du Financement Basé sur la Performance

Le Financement Basé sur la performance (PBF) au niveau des services de santé est une stratégie qui vise à financer les services et soins de santé en contrepartie d'une performance réalisée par les prestataires de services et soins de santé et sur base des prestations quantitatives et qualitatives.

Article 3 : Engagements de la région

La Région du a été déléguée par le Ministère de la Santé pour assurer la gestion et la signature des contrats PBF avec les formations sanitaires et pour valider les prestations quantitatives et qualitatives des formations sanitaires réalisées dans le cadre du PBF.

La Région du assure également, en collaboration avec la Direction Régionale à l'Action Sanitaire, le suivi évaluation de la mise en œuvre du PBF au niveau de la Région.

Article 4 : Engagements de la structure hospitalière

- La structure hospitalière s'engage à fournir des soins de santé de qualité correspondant au paquet complémentaire d'activités complet et de qualité, conformément aux normes sanitaires en vigueur.
- La structure hospitalière s'engage à fournir des données fiables et vérifiables de ses prestations contractualisées dans le cadre du PBF.
- La structure hospitalière s'engage à se mettre à la disposition des équipes de vérification pour les évaluations de la quantité et de la qualité des prestations fournies à la population.
- La structure hospitalière s'engage à assurer une tenue correcte des outils de collecte d'informations sanitaires.
- La structure hospitalière doit soumettre un plan d'action semestriel, préalablement à la signature du contrat avec le Conseil Régional.

Les détails des tâches de la Structure Hospitalière Régionale sont décrits dans le manuel des procédures FBR.

Article 5 : Des prestations subventionnées

Les prestations de la structure hospitalière subventionnées sont des prestations quantitatives et qualitatives y compris les Bonus d'Amélioration de la Qualité correspondant au paquet complémentaire d'activités. Des indicateurs quantitatifs et une grille d'évaluation de la qualité technique de la Structure Hospitalière Régionale sont définis en annexe du manuel des procédures PBF.

Article 6 : Modalités de paiement

Le montant correspondant à la performance de la structure hospitalière régionale sera viré au compte bancaire ouvert à son nom No...ouvert à

Article 7 : De la rémunération des prestations subventionnées

Pour les indicateurs quantitatifs, un tarif unitaire a été fixé pour chaque indicateur et est appliqué à la quantité produite pour chaque indicateur.

Pour les prestations qualitatives, un bonus de qualité est accordé à la Structure Hospitalière Régionale s'il obtient un score de qualité global supérieur ou égal à 30% selon les modalités décrites dans le manuel des procédures PBF. Le score de qualité global est une combinaison entre le score de qualité technique obtenu par la Structure Hospitalière Régionale lors des évaluations trimestrielles de la qualité technique ; et le score de la qualité perçue issu des enquêtes communautaires réalisées par des comités de santé ; dans une proportion de 70% pour la qualité technique et 30% pour la qualité perçue.

Article 8 : De la vérification des prestations PBF

Les prestations quantitatives de la Structure Hospitalière Régionale sont évaluées chaque mois par l'Equipe Régionale de Vérification. L'évaluation de la qualité technique des prestations de la Structure Hospitalière Régionale est faite chaque trimestre sous la supervision de la Direction de la Médecine Hospitalière.

L'évaluation de la qualité perçue au niveau communautaire est réalisée chaque trimestre par les comités de santé.

Article 9 : Des sanctions et pénalités en cas de manquement aux engagements

En cas de non-respect du contenu du manuel PBF, la Structure Hospitalière s'expose à des sanctions allant de la pénalité financière jusqu'à la suspension de son contrat PBF. Les motifs pouvant entraîner la sanction sont liés entre autres à :

- ✓ La création de données fictives ou toute fraude dans le remplissage des outils de collecte des données du système d'information sanitaire, des outils de mise en œuvre du PBF ou tout autre document pris en compte dans le calcul des fonds PBF à accorder à la Structure Hospitalière Régionale ;
- ✓ Les prestations de mauvaise qualité pouvant mettre en danger la santé et la sécurité des patients ;
- ✓ L'entrave aux activités de vérification des prestations quantitatives ou d'évaluation de la qualité des prestations sanitaire.

Il revient au Conseil Régional de déterminer le degré et la sévérité de la faute.

Les sanctions peuvent être des mesures administratives prises par le Secrétariat Général du Ministère de la santé. D'autres sanctions comme l'annulation de la facture de la Structure Hospitalière Régionale pour un trimestre donné ou la suspension temporaire du contrat peuvent être prises par le Conseil Régional ou l'UT- FBR.

Article 10 : De la durée et de la résiliation du présent contrat

Le présent contrat entre en vigueur à la date de sa signature en double exemplaire par toutes les parties en présence pour **une durée de 6 mois**. Le Conseil Régional, après avis du Ministère de la Santé, peut mettre fin au présent contrat par notification écrite à la Structure Hospitalière Régionale.

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait àle.../..... /....

**Pour la structure hospitalière
Le Directeur**

**Pour la Région du
Le Président du Conseil Régional**

Annexe 13 : Modèle d'un contrat de performance entre la Région et une FOSA PMA

La région du, représentée par le Président du Conseil Régional, d'une part ;
Et la Formation sanitaire , représentée par son d'une autre part ;

VU QUE

Face aux succès du PBF dans plusieurs pays en voie de développement et à la perspective de promouvoir les indicateurs de santé en faveur de l'atteinte des Objectifs du Développement Durable 2030, du développement et d'autres objectifs sociaux, le Gouvernement, avec l'appui de la Banque Mondiale a décidé, de mettre en œuvre l'approche de financement basé sur la performance dans certaines régions du pays.

Le système de financement basé sur la performance contribue au renforcement de l'autonomie de gestion des formations sanitaires, car les fonds additionnels, générés par le système, sont gérés directement par la formation sanitaire bénéficiaire et rentrent dans son bilan financier mensuel. Cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté du Ministère de la Santé et de ses Partenaires, de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité, par l'utilisation équitable des moyens disponibles. C'est dans cette optique que s'inscrivent l'élaboration et la signature de la présente convention (contrat).

LES PARTIES SIGNATAIRES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

Article premier : De la nature du présent contrat

Le présent contrat établit les obligations mutuelles de la région du et la FOSA de dans le cadre de la mise en œuvre du PBF.

Article 2 : Des principes du Financement Basé sur la Performance

Le Financement Basé sur la performance (PBF) au niveau des services de santé est une stratégie qui vise à financer les services et soins de santé en contrepartie d'une performance réalisée par les prestataires de services et soins de santé et sur base des prestations quantitatives et qualitatives.

Article 3 : Engagements de la Région du

La Région du a été déléguée par le Ministère de la Santé pour assurer la gestion et la signature des contrats PBF avec les formations sanitaires et pour valider les prestations quantitatives et qualitatives des formations sanitaires réalisées dans le cadre du PBF.

La Région assure également, en collaboration avec la Direction Régionale à l'Action Sanitaire, le suivi & évaluation de la mise en œuvre du PBF au niveau de la Région.

Article 4 : Engagements de la FOSA

- La FOSA s'engage à fournir des soins de santé de qualité correspondant au Paquet Minimum d'Activités complet et de qualité, conformément aux normes sanitaires en vigueur.
- La FOSA s'engage à fournir des données fiables et vérifiables de ses prestations contractualisées dans le cadre du PBF.
- La FOSA s'engage à se mettre à la disposition des équipes de vérification pour les évaluations de la quantité et de la qualité des prestations fournies à la population.
- La FOSA s'engage à assurer une tenue correcte des outils de collecte d'informations sanitaires.
- La FOSA doit soumettre un plan d'action semestriel, préalablement à la signature du contrat avec le Conseil Régional.

Les détails des tâches de la FOSA sont décrits dans le manuel des procédures PBF.

Article 5 : Des prestations subventionnées

Les prestations de la FOSA subventionnées sont des prestations quantitatives et qualitatives y compris les Bonus d'Amélioration de la Qualité correspondant au Paquet Minimum d'Activités. Des

indicateurs quantitatifs et une grille d'évaluation de la qualité technique de la FOSA sont définis en annexe du manuel des procédures PBF.

Article 6 : Modalités de paiement

Le montant correspondant à la performance de la structure sera viré au compte bancaire ouvert à son nom No...ouvert à

Article 7 : De la rémunération des prestations subventionnées

Pour les indicateurs quantitatifs, un tarif unitaire a été fixé pour chaque indicateur et est appliqué à la quantité produite pour chaque indicateur.

Pour les prestations qualitatives, un bonus de qualité est accordé à la FOSA s'il obtient un score de qualité global supérieur ou égal à 30% selon les modalités décrites dans le manuel des procédures PBF. Le score de qualité global est une combinaison entre le score de qualité technique obtenu par la FOSA lors des évaluations trimestrielles de la qualité technique par les équipes de la Circonscription sanitaire ; et le score de la qualité perçue issu des enquêtes communautaires réalisées par les COSA ; dans une proportion de 70% pour la qualité technique et 30% pour la qualité perçue.

Article 8: De la vérification des prestations PBF

Les prestations quantitatives de la FOSA sont évaluées chaque mois par l'Equipe Régionale de Vérification.

L'évaluation de la qualité technique des prestations de la FOSA est faite chaque trimestre par une mission de la Circonscriptions sanitaires.

L'évaluation de la qualité perçue au niveau communautaire est réalisée chaque trimestre par les comités de santé.

Article 9 : Des sanctions et pénalités en cas de manquement aux engagements

En cas de non-respect du contenu du manuel PBF, la Structure s'expose à des sanctions allant de la pénalité financière jusqu'à la suspension de son contrat PBF. Les motifs pouvant entraîner la sanction sont liés entre autres à :

- ✓ La création de données fictives ou toute fraude dans le remplissage des outils de collecte des données du système d'information sanitaire, des outils de mise en œuvre du PBF ou tout autre document pris en compte dans le calcul des fonds PBF à accorder à la Structure;
- ✓ Les prestations de mauvaise qualité pouvant mettre en danger la santé et la sécurité des patients ;
- ✓ L'entrave aux activités de vérification des prestations quantitatives ou d'évaluation de la qualité des prestations sanitaire.

Il revient au Conseil Régional de déterminer le degré et la sévérité de la faute.

Les sanctions peuvent être des mesures administratives prises par le Secrétariat Général du Ministère de la santé. D'autres sanctions comme l'annulation de la facture de la Structure pour un trimestre/ mois donné ou la suspension temporaire du contrat peuvent être prises par le Conseil Régional ou l'UT- FBR.

Article 10 : De la durée et de la résiliation du présent contrat

Le présent contrat entre en vigueur à la date de sa signature en double exemplaire par toutes les parties en présence pour **une durée de 6 mois**.

Le Conseil Régional, après avis du Ministère de la Santé, peut mettre fin au présent contrat par notification écrite à la Structure.

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait àle.../..... /....

**Pour la FOSA
Le Médecin chef/ le responsable**

**Pour la Région du
Le Président du Conseil Régional**

Annexe 14 : Modèle contrat Secondaire : Contrat de performance entre la formation sanitaire à contrat principal et la formation sanitaire contractant secondaire

La formation sanitaire, représentée par le _____, d'une part ;
Et le centre /poste de santé de _____, représenté par d'une autre part ;

VU QUE

Face aux succès du PBF dans plusieurs pays en voie de développement et à la perspective de promouvoir les indicateurs de santé en faveur de l'atteinte des Objectifs du Développement Durable 2030, du développement et d'autres objectifs sociaux, le Gouvernement, avec l'appui de la Banque Mondiale a décidé, de mettre en œuvre l'approche de financement basé sur la performance dans certaines régions du pays.

Le système de financement basé sur la performance contribue au renforcement de l'autonomie de gestion des formations sanitaires, car les fonds additionnels, générés par le système, sont gérés directement par la formation sanitaire bénéficiaire et rentrent dans son bilan financier mensuel. Cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté du Ministère de la Santé et de ses Partenaires, de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité, par l'utilisation équitable des moyens disponibles. C'est dans cette optique que s'inscrivent l'élaboration et la signature de la présente convention (contrat).

LES PARTIES SIGNATAIRES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

Article premier : De la nature du présent contrat

Le présent contrat établit les obligations mutuelles de la _____ et le Centre/ poste de santé de _____ dans le cadre de la mise en œuvre du PBF.

Article 2 : Des principes du Financement Basé sur la Performance

Le Financement Basé sur la performance (PBF) au niveau des services de santé est une stratégie qui vise à financer les services et soins de santé en contrepartie d'une performance réalisée par les prestataires de services et soins de santé et sur base des prestations quantitatives et qualitatives.

Article 3 : Engagements de la FOSA ayant le contrat principal

- La Formation Sanitaire en tant que structure de référence de l'aire de santé _____ a été déléguée par la région _____ pour signer des contrats secondaires avec les FOSA se trouvant dans l'aire de santé et ne répondant pas aux critères d'éligibilité au contrat principal et ce dans le cadre de la mise en œuvre du PBF.
- La FOSA ayant le contrat principal encadre, accompagne et suit les activités des FOSA sous contractantes.
- La FOSA ayant le contrat principal prend en charge les outils du SNIS nécessaires pour tous les contractants secondaires sous tutelle ainsi que leurs acheminements pour la vérification
- La FOSA ayant le contrat principal veille à la qualité des services offerts par les FOSA sous contractantes.

Article 4 : Engagements de la FOSA sous contractante

Le Prestataire secondaire s'engage à :

- ✓ Fournir à la population des soins de santé de qualité conformément au paquet objet du contrat
- ✓ Participer à l'élaboration des plans d'action annuels et semestriels de la FOSA ayant le contrat principal ;
- ✓ Signer un contrat secondaire semestriel de performance avec la FOSA ayant le contrat principal ;
- ✓ Appliquer l'outil d'indice ;
- ✓ fournir des données fiables et vérifiables de ses prestations contractualisées dans le cadre du PBF.

Les détails des tâches du centre/poste de santé avec contrat secondaire sont décrits dans le manuel des procédures PBF.

Article 5 : Des prestations subventionnées

Le présent contrat concerne des indicateurs pour lesquels la FOSA ayant le contrat principal est subventionné selon le manuel des procédures PBF. Le contrat peut concerner la réalisation de tous ou une partie de ces indicateurs.

Les prestations de la FOSA subventionnées sont des prestations quantitatives et qualitatives y compris les Bonus d'Amélioration de la Qualité correspondant au Paquet Minimum d'Activités.

Article 6 : Modalités de paiement

Le montant correspondant à la performance de la FOSA sera viré au compte bancaire ouvert à son nom No...ouvert à

Article 7 : De la rémunération des prestations subventionnées

Pour les indicateurs quantitatifs, un tarif unitaire a été fixé pour chaque indicateur et est appliqué à la quantité produite pour chaque indicateur.

Pour les prestations qualitatives, un bonus de qualité est accordé à la FOSA s'il obtient un score de qualité global supérieur ou égal à 30% selon les modalités décrites dans le manuel des procédures PBF. Le score de qualité global est une combinaison entre le score de qualité technique obtenu par la FOSA lors des évaluations trimestrielles de la qualité technique par les équipes de la Circonscription sanitaire ; et le score de la qualité perçue issu des enquêtes communautaires réalisées par des COSA ; dans une proportion de 70% pour la qualité technique et 30% pour la qualité perçue.

La partie prestataire secondaire reçoit 80 % de la subvention accordée sur ses prestations tandis que la partie contractante (FOSA ayant le contrat principal) reçoit 20 % de la subvention de la FOSA ayant le contrat secondaire.

Article 8 : De la vérification des prestations PBF

Les prestations quantitatives de la FOSA sont évaluées chaque mois par l'Equipe Régionale de Vérification lors de sa visite aux locaux de la FOSA ayant le contrat principal.

L'évaluation de la qualité technique des prestations de la FOSA est faite chaque trimestre par les Circonscriptions sanitaires.

L'évaluation de la qualité perçue au niveau communautaire est réalisée chaque trimestre par des COSA.

Article 9 : Des sanctions et pénalités en cas de manquement aux engagements

En cas de non-respect du contenu du manuel PBF, la Structure s'expose à des sanctions allant de la pénalité financière jusqu'à la suspension de son contrat PBF. Les motifs pouvant entraîner la sanction sont liés entre autres à :

- ✓ La création de données fictives ou toute fraude dans le remplissage des outils de collecte des données du système d'information sanitaire, des outils de mise en œuvre du PBF ou tout autre document pris en compte dans le calcul des fonds PBF à accorder à la Structure;
- ✓ Les prestations de mauvaise qualité pouvant mettre en danger la santé et la sécurité des patients ;
- ✓ L'entrave aux activités de vérification des prestations quantitatives ou d'évaluation de la qualité des prestations sanitaire.

Il revient au Conseil Régional de déterminer le degré et la sévérité de la faute.

Les sanctions peuvent être des mesures administratives prises par le Secrétariat Général du Ministère de la santé. D'autres sanctions comme l'annulation de la facture de la Structure pour un trimestre donné ou la suspension temporaire du contrat peuvent être prises par le Conseil Régional ou l'UT-FBR.

Article 10 : De la durée et de la résiliation du présent contrat

Le présent contrat entre en vigueur à la date de sa signature en double exemplaire par toutes les parties en présence pour **une durée de 6 mois**.

Le Conseil Régional, après avis du Ministère de la Santé, peut mettre fin au présent contrat par notification écrite à la Structure.

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait àle.../...../....

**Pour le responsable de la formation
sanitaire titulaire du contrat secondaire**

**Pour le responsable de la structure
titulaire du contrat principal**

Annexe 15 : Contrat de performance entre la Région et le Comité de santé (COSA) de la formation sanitaire

La région du, représentée par le Président du Conseil Régional, d'une part ;
Et le Comité de santé (COSA) de la formation sanitaire de, opérant dans l'aire de santéreprésentée par son Président, d'autre part ;

VU QUE

Face aux succès du PBF dans plusieurs pays en voie de développement et à la perspective de promouvoir les indicateurs de santé en faveur de l'atteinte des Objectifs du Développement Durable 2030, du développement et d'autres objectifs sociaux, le Gouvernement, avec l'appui de la Banque Mondiale a décidé, de mettre en œuvre l'approche de financement basé sur la performance dans certaines régions du pays.

Le système de financement basé sur la performance contribue au renforcement de l'autonomie de gestion des formations sanitaires, car les fonds additionnels, générés par le système, sont gérés directement par la formation sanitaire bénéficiaire et rentrent dans son bilan financier mensuel. Cette stratégie est, par ailleurs, conforme aux initiatives et à la volonté du Ministère de la Santé et de ses Partenaires, de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité, par l'utilisation équitable des moyens disponibles. C'est dans cette optique que s'inscrivent l'élaboration et la signature de la présente convention (contrat).

LES PARTIES SIGNATAIRES CONVIENNENT DE CE QUI SUIV

Article premier : De la nature du présent contrat

Le présent contrat établit les obligations mutuelles de la région du et le Comité de santé (COSA) de la formation sanitaire de, opérant dans l'aire de santédans le cadre de la mise en œuvre du PBF.

Article 2 : Des principes du Financement Basé sur la Performance

Le Financement Basé sur la performance (PBF) au niveau des services de santé est une stratégie qui vise à financer les services et soins de santé en contrepartie d'une performance réalisée par les prestataires de services et soins de santé et sur base des prestations quantitatives et qualitatives.

Article 3 : Engagements de la Région du

La région a été déléguée par le Ministère de la santé pour assurer la gestion et la signature annuelle des contrats avec des COSA chargés de réaliser des enquêtes communautaires et valider les prestations quantitatives et qualitatives des formations sanitaires réalisées dans le cadre du PBF ainsi que les résultats des enquêtes communautaires.

La Région assure également, en collaboration avec la DRAS, le suivi & évaluation de la mise en œuvre du PBF au niveau de la Région.

Article 4 : Engagements du COSA

Le COSA a pour mission de réaliser chaque trimestre des enquêtes communautaires visant à **authentifier au niveau de la communauté les données déclarées par les formations sanitaires et apprécier le degré de satisfaction de la population en rapport avec les soins délivrés par les formations sanitaires.**

Dans le cadre de la mise en œuvre du PBF, le COSA s'engage à :

- ✓ Vérifier au niveau communautaire, à partir du 9^{ème} au 13^{ème} jour calendrier du mois suivant chaque mois à vérifier et dans un délai ne dépassant pas 5 jours calendrier, l'existence des personnes, l'authenticité de la prestation reçue et la satisfaction des utilisateurs par rapport aux soins reçus.
- ✓ Transmettre les fiches d'enquête et faire leur dépouillement dans au plus tard le 15^{ème} du mois qui suit le mois à vérifier ;

Les détails des modalités de réalisation de l'enquête communautaire sont décrits dans le manuel des procédures PBF.

Article 5 : De la rémunération des prestations du COSA

Le COSA est rémunéré en fonction de sa performance conformément à la grille mis en annexe de ce contrat. Le COSA dispose d'au moins 60 fiches d'enquête communautaire à remplir pour chaque trimestre.

Article 6 : Modalités de paiement

Le montant correspondant à la performance du COSA sera viré au compte bancaire ouvert à son nom No...ouvert à

Article 7 : Des sanctions et pénalités en cas de manquement aux engagements

En cas de manquements du COSA à la réalisation des enquêtes communautaires, les sanctions suivantes peuvent être prises par le Conseil Régional :

- ✓ Un mauvais remplissage ou un remplissage incomplet d'une fiche d'enquête, **conduit au non-paiement de cette fiche d'enquête ;**
- ✓ La remise tardive de l'ensemble des questionnaires d'enquête, au-delà du délai réglementaire **conduit au non-paiement total de l'enquête ;**
- ✓ La non-exécution de l'enquête communautaire ou le remplissage du questionnaire avec des données fausses **conduit à la résiliation du contrat en cours et au non renouvellement du contrat.**

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

Il revient au Conseil Régional de déterminer le degré et la sévérité de la faute.

Les sanctions peuvent être des mesures administratives prises par le Secrétariat Général du Ministère de la santé. D'autres sanctions comme l'annulation de la facture

Pour un trimestre donné ou la suspension temporaire du contrat peuvent être prises par le Conseil Régional ou l'UT- FBR.

Article 8 : De la durée et de la résiliation du présent contrat

Le présent contrat entre en vigueur à la date de sa signature en double exemplaire par toutes les parties en présence pour **une durée d'un an.**

Le Conseil Régional, après avis du Ministère de la Santé, peut mettre fin au présent contrat par notification écrite au COSA.

Les parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et approuvent son entrée en vigueur.

Fait àle.../..... /....

Pour le COSA

Pour la Région du

Le Président

Le Président du Conseil Régional

Grille d'évaluation trimestrielle de la performance du COSA

TRIMESTRE :.... ANNEE :..... DATE DE L'EVALUATION :....

N°	Activités	Indicateurs et critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Points maximum	Résultats
1	Fiches d'enquête renseignées correctement (complétude)	Disponibilité des fiches d'enquête renseignées convenablement et correspondant au nombre de patients tirés aléatoirement ;	Pour chaque fiche : Toutes les rubriques sont renseignées conformément au manuel La note est 40 (seuil de tolérance est de 5%) Si plus de 5% des fiches sont mal renseignées la note est 0/40	40	
2	Fiches d'enquête renseignées convenablement sont remises à l'ERV dans les délais réglementaire (promptitude)	L'ensemble des fiches d'enquête renseignées convenablement sont déchargés à temps (au plus tard le 15 ^{ème} jour ouvrable du mois qui suit le trimestre.	100% des fichés sont déchargés dans le délai réglementaire : 30 Au cas contraire la note est 0/30	30	
3	Qualité de remplissage	5 fiches par AS (patients) sont choisies aléatoirement par l'ERV et vérifiées par téléphone	1. vérification de l'existence du client/usager, 30 points si conformité est 100%, 0 si non 2. vérification de l'effectivité des prestations reçues, 30 points si conformité est 100%, 0 si non 3. vérification de la satisfaction de l'utilisateur, 10 points si conformité est 100%, 0 si non	70	
	Total des points			140	/100

Responsable du COSA

Evaluateur de l'ERV

Annexe 16 : Canevas d'un BP semestrie de FOSA PMA

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur-Fraternité-Justice



**Direction Régionale à l'Action Sanitaire de
Moughataa
Aire de santé**

Business Plan du Semestre 20

Date d'élaboration :

**Responsable de la
FOSA**

**Médecin chef de la
Moughataa**

ERV

DRAS

2. Analyse de la situation de l'aire de santé

2.1. Service Consultations Externes

	Formule	Cible semestriel
Enfants < 5 ans	(Population x 18,76% (enfant moins de 5 ans) x 70% (pour PMA) x 3 épisodes)/ 12 mois	
Personnes =>5 ans	(Population x 81,24% (enfant à partir de 5 ans) x 70% (pour PMA) x 1 épisodes)/ 12 mois	

Période	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
	S-1	S	S-1	S
Indicateurs				
Enfants <5ans				
Personnes =>5 ans				

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.2. Service Hébergement // Journées d'observation

	Formule	Cible Semestrielle
Enfants < 5 ans	1000 enfants occupent à tout moment 0,3 lit hospitalier x 30 jours pour calculer la cible mensuelle	
Personnes =>5 ans	1000 habitants occupent à tout moment un 0,7 lit hospitalier x 30 jours pour calculer la cible mensuelle	

	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
	S-1	S	S-1	S
Indicateurs				
Enfants <5ans				
Personnes =>5 ans				

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.3. Service Planification Familiale

	Formule	Cible semestrielle
PF (A&N) - contraceptif oral ou d'injectable	Pop/12 x 24,1% (Femmes âge reproductive) x 20% (femmes âge reproductive qui utilise pilule et injectable) x 4 contacts par an	
PF (A&N) - DIU et implant	Pop/12 x 24,1% (Femmes âge reproductive) x 3% (femmes âge reproductive qui appliquent le DIU ou implant)	

Indicateurs	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
	S-1	S	S-1	S
PF (A&N) - contraceptif oral ou d'injectable				
PF (A&N) - DIU et implant				

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.4. Service Consultation Périnatale (CPN)

	Formule	Cible Semestrielle
CPN1 précoce (<i>au 1^{er} trimestre de la grossesse</i>)	Population / 12 mois x 4,4% (pour les femmes enceintes) faisant le premier contact CPN dans le premier trimestre de la grossesse	
CPN (<i>4 visites au cours de la grossesse</i>)	Population / 12 mois x 4,4% (pour les femmes enceintes) ayant fait 4 fois ou plus CPN par grossesse	

Indicateurs	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
	S-1	S	S-1	S
CPN1 précoce (<i>au 1^{er} trimestre de la grossesse</i>)				
CPN (<i>4 visites au cours de la grossesse</i>)				

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.5. Service Maternité

	Formule	Cible semestrielle
Accouchement assisté	Pop/12 x Naissances vivantes (3,7%) x70% (pour PMA)	

	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
Indicateurs	S-1	S	S-1	S
Accouchement assisté				

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.6. Service Consultation Post-Natale (CPoN)

	Formule	Cible Semestrielle
CPoN (2 consultations)	Population / 12 mois x 4,4% (pour les femmes enceintes) ayant fait 4 fois ou plus CPN par grossesse	

	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
Indicateurs	S-1	S	S-1	S
CPoN (2 consultations)				

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.7. Service préventif

	Formule	Cible Semestrielle
Enfants complètement vacciné (moins de 12 mois)	Population / 12 x 3,65% (pour les enfants 0-11 mois attendus)	
Femme enceinte complètement vaccinée contre le tétanos et la diphtérie (TD)	Population / 12 x 4,4 % (pour les femmes enceintes) / 12 mois ayant reçu deux doses TD pendant la grossesse	
Femmes enceinte protégées contre le Paludisme au cours de la grossesse (Traitement Préventif Intermittent)	Population / 12 x 4,4 % (pour les femmes enceintes) x 3	

Période	Performance Couverture FBP (%)		Performance Qualité Technique FBP (%)	
	S-1	S	S-1	S
Indicateurs				
Enfants complètement vaccinés (moins de 12 mois)				
Femme enceinte complètement vaccinée contre le tétanos et la diphtérie (TD)				
Femmes enceintes protégées contre le Paludisme au cours de la grossesse (Traitement Préventif Intermittent)				

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.8. Service Nutrition

	Formule	Cible Semestrielle
Enfant 6-59 mois PEC MAS sans complications médicales (CRENAS)	Pop /12 x 16,03 % (pour enfants 6-59 mois) de quels 2,3% nécessite traitement standard malnutrition aigüe sévère MAS x 6 visites par année x70% sans complication	

Période	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
	S-1	S	S-1	S
Indicateurs				
Enfant 6-59 mois PEC MAS sans complications médicales (CRENAS)				

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.9. Service Petite Chirurgie

	Formule	Cible Semestrielle
Petite chirurgie	5% de la population nécessite chaque année une petite chirurgie / 12 mois	

	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
	S-1	S	S-1	S
Indicateurs				
Petite chirurgie				

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.10. Service Laboratoire

	Formule	Cible Semestrielle
Dépistage volontaire du VIH/SIDA + Hépatite B (y compris le bilan de la grossesse et les tests avant la transfusion)	Chaque année 5% de la population est dépisté et conseillé volontairement de VIH/SIDA et Hépatite B (y compris 4,4% qui sont femmes enceintes) x70% PMA / 12 mois.	

Période	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
Indicateurs	S-1	S	S-1	S
Dépistage volontaire du VIH/SIDA + Hépatite B (y compris le bilan de la grossesse et les tests avant la transfusion)				

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.11. Service de la stomatologie

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.12. Service de l'imagerie

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.13. Service de référence contre référence

	Formule	Cible Semestrielle
Référence et contre référence renvoyé	Population / 12 mois x 2% de la population qui nécessite une référence	

Indicateurs	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
	S-1	S	S-1	S
Référence et contre référence renvoyé				

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.14. Service en charge de PEC des IST et TB

	Formule	Cible Semestrielle
Cas d'infection sexuellement transmissible (IST) pris en charge selon le protocole national	2% de toute la population est IST x70% PMA / 12 mois	
Dépistage des cas TB positifs (TPM+) par mois	Incidence TB = 102 / 100.000 dépisté avec TPM+ x 70% PMA / 12 mois	
Cas TB (TPM+) traités et guéris	Incidence TB = 102 / 100.000 x 100% (PMA) x 2 contacts par an / 12 mois	

Période	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
Indicateurs	S-1	S	S-1	S
Cas d'infection sexuellement transmissible (IST) pris en charge selon le protocole national				
Dépistage des cas TB positifs (TPM+) par mois				
Cas TB (TPM+) traités et guéris				

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.15. Service en charge des activités communautaires

	Formule	Cible Semestrielle
Visite à domicile selon protocole	En moyenne deux visites par ménage par an / 12 mois, 5 personnes par ménage	
Cas d'abandon récupérés) (plafond 2% pop)	Population x 2% / 12 mois :(a) PEV enfants 0-11 mois ; (b) femmes enceinte ; (c) cas de MAS ; (d) traitement de tuberculose TPM+	
Cas référé par relais communautaire et arrivé (plafond 5% de la population)	Pop x 5% / 12 mois pour : (a) Femmes enceintes référées pour accouchement ; (b) Mère référée pour la consultation postnatale ; (c) Nouvelle acceptante PF référée ; (d) MAS référée ; (e) Maladies Potentiellement Epidémiques (MPE) déclarées	

Période	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
Indicateurs	S-1	S	S-1	S
Visite à domicile selon protocole				
Cas d'abandon récupérés) (plafond 2% pop)				
Cas référé par relais communautaire et arrivé (plafond 5% de la population)				

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.16. Service Pharmacie

Période	Proportion des médicaments essentiels avec « zéro » jour de rupture (%)		Proportion des médicaments traceurs avec « zéro » jour de rupture		Total Jours de stocks Médicaments essentiels		Total Jours de stocks Médicaments traceurs	
	S-1	S	S-1	S	S-1	S	S-1	S
Disponibilité des médicaments								

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.17. Service Hygiène et Gestion des déchets bio-médicaux

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.18. Gestion financière

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.19. Maintenance

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

3. Situation financière

3.1. Recettes (Montant en MRU)

Rubriques de recettes	Semestre passé	Semestre prochain
Solde en Banque fin semestre passé		
Recettes mensuelles directes (Médicaments + actes)		
Remboursement des assurances/mutuelles de santé		
Subvention de l'Etat (Fonctionnement) ou Credit Délégué		
Contributions de partenaires		
Activités de la formation génératrices de revenus		
Subsides PBF (quantité et qualité)		
TOTAL RECETTES		

3.2. Dépenses (Montant en MRU)

Rubriques de Dépenses	Dépenses semestre passé	Dépenses prochain semestre
Médicaments		
Materiels medico technique		
Dépenses de fonctionnement		
Salaires contractuels		
Garde / astreinte		
Maintenance		
Réhabilitation et construction		
Autres dépenses (A préciser)		
Dépôt dans la reserve de la FOSA		
SOUS TOTAL		
Bénéfice disponible pour les primes de performance		
TOTAL DEPENSES		

3.3. Plan d'investissement y compris les BAQ (Montant en MRU)

Investissement	Quantité	P unitaire	Cout total

4. Annexes

Annexe1 : Liste des participants à l'élaboration du BPS

N°	NOM ET PRENOM	FONCTION	SIGNATURE
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Annexe 17 : Canevas d'un PB semestriel d'une formation sanitaire PCA
REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur-Fraternité-Justice



**Direction Régionale à l'Action Sanitaire de
la structure hospitalière de**

Business Plan du Semestre 20

Date d'élaboration :

Directeur de l'hôpital

ERV

DRAS

1. Informations générales

1.1. Identification

Structure hospitalière :	Population desservie ➤ Annuelle : ➤ Semestrielle :
Score de qualité technique du semestre passé :	Score de qualité technique attendu pour le prochain semestre :
Score évaluation communautaire du semestre passé	Score évaluation communautaire pour le prochain semestre :
Nombre de personnels qualifiés :	Nombre de personnels NON qualifiés :
Ratio de personnel qualifié (<i>normes : 1/1000 hab.</i>) :	
Besoins en RH :	

2. Analyse de la situation de l'aire de santé

2.1. Service Consultations Externes

	Formule	Cible semestriel
Enfants < 5 ans	(Population x 18,76% (enfant moins de 5 ans) x 30% (pour PCA) x 3 épisodes)/ 12 mois	
Personnes =>5 ans	(Population x 81,24% (enfant à partir de 5 ans) x 30% (pour PCA) x 1 épisodes)/ 12 mois	

Période	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
Indicateurs	S-1	S	S-1	S
Enfants <5ans				
Personnes =>5 ans				

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.2. Service Hospitalisation

	Formule	Cible Semestrielle
Enfants < 5 ans	1000 enfants occupent à tout moment 0,3 lit hospitalier x 30 jours pour calculer la cible mensuelle	
Personnes =>5 ans	1000 habitants occupent à tout moment un 0,7 lit hospitalier x 30 jours pour calculer la cible mensuelle	

Indicateurs	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
	S-1	S	S-1	S
Enfants <5ans				
Personnes =>5 ans				

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.3. Service Maternité

	Formule	Cible semestrielle
Accouchement assisté	Pop/12 x Naissances vivantes (3,7%) x30% (pour PCA)	

Indicateurs	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
	S-1	S	S-1	S
Accouchement assisté				

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.4. Service chirurgie

	Formule	Cible Semestrielle
Césariennes	Pop/12 x Naissances vivantes (3,7%) x 15% (Accouchement dystocique) x 80% (au niveau de l'hôpital) x 40% (nécessitant césarienne)	
Chirurgie majeure	En moyen, 0.5% de la population nécessite chaque année une chirurgie majeure / 12 mois x 80% (patient non indigent)	

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.5. Service Nutrition CRENI

	Formule	Cible Semestrielle
Enfant 6-59 mois PEC MAS avec complications médicales (CRENI)	Enfants 6-59 mois (= 16%) / 12 mois x 2,3% Mas 30% qui nécessite chaque année traitement au niveau hospitalier	

Période	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
Indicateurs	S-1	S	S-1	S
Enfant 6-59 mois PEC MAS avec complications médicales (CRENI)				

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Respons able</i>

2.6. Service Laboratoire

	Formule	Cible Semestrielle
Dépistage volontaire du VIH/SIDA + Hépatite B (y compris le bilan de la grossesse et les tests avant la transfusion)	Chaque année 5% de la population est dépisté et conseillé volontairement de VIH/SIDA et Hépatite B (y compris 4,4% qui sont femmes enceintes) x30% PMA / 12 mois.	
Dépistage des cas TB positifs (TPM+) par mois	Incidence TB = 102 / 100.000 dépisté avec TPM+ x 30% (PCA) / 12 mois	

Période	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
Indicateurs	S-1	S	S-1	S
Dépistage volontaire du VIH/SIDA + Hépatite B (y compris le bilan de la grossesse et les tests avant la transfusion)				
Dépistage des cas TB positifs (TPM+) par mois				

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.7. Service Imagerie

	Formule	Cible Semestrielle

Indicateurs	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
	S-1	S	S-1	S

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.8. Service des urgences

	Formule	Cible Semestrielle

Période	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
Indicateurs	S-1	S	S-1	S

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.9. Services spécialisés

	Formule	Cible Semestrielle

	Performance Couverture (%)		Performance Qualité Technique (%)	
Indicateurs	S-1	S	S-1	S

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.10. Service Pharmacie

Période	Proportion des médicaments essentiels avec « zéro » jour de rupture (%)		Proportion des médicaments traceurs avec « zéro » jour de rupture		Total Jours de stocks Médicaments essentiels		Total Jours de stocks Médicaments traceurs	
	S-1	S	S-1	S	S-1	S	S-1	S
Disponibilité des médicaments								

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.11. Service Hygiène et Gestion des déchets bio-médicaux

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.12. Gestion financière

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

2.13. Maintenance

<i>Principaux problèmes identifiés y compris chez les indigents et la voix de la population</i>	<i>Actions concrètes à mener et coûts estimatifs</i>	<i>Délais limite</i>	<i>Responsable</i>

3. Situation financière

3.1. Recettes (Montant en MRU)

Rubriques de recettes	Semestre passé	Semestre prochain
Solde en Banque fin semestre passé		
Recettes mensuelles directes (Médicaments + actes)		
Remboursement des assurances/mutuelles de santé		
Subvention de l'Etat (Fonctionnement) ou Credit Délégué		
Contributions de partenaires		
Activités de la formation génératrices de revenus		
Subsides PBF (quantité et qualité)		
TOTAL RECETTES		

3.2. Dépenses (Montant en MRU)

Rubriques de Dépenses	Dépenses semestre passé	Dépenses prochain semestre
Médicaments		
Materiels medico technique		
Dépenses de fonctionnement		
Salaires contractuels		
Garde / astreinte		
Maintenance		
Réhabilitation et construction		
Autres dépenses (A préciser)		
Dépôt dans la reserve de la SH		
SOUS TOTAL		
Bénéfice disponible pour les primes de performance		
TOTAL DEPENSES		

3.3. Plan d'investissement y compris les BAQ (Montant en MRU)

Investissement	Quantité	P unitaire	Cout total

4. Annexes

Annexe1 : Liste des participants à l'élaboration du BPS

N°	NOM ET PRENOM	FONCTION	SIGNATURE
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Annexe 18 : Grille d'évaluation de la qualité d'une FOSA PMA

(Les détails sont mentionnés dans la BDD Excel)

	Domaines	Points maximums	Points Obtenus
1	Score des activités générales	220	
2	Score du Suivi & évaluation et SNIS	210	
3	Hygiene & environnement et stérilisations	380	
4	Consultations externes et hospitalisations	350	
5	Maternité	292	
6	CPN	170	
7	PF	110	
8	Vaccination	200	
9	Prise en charge VIH/SIDA	260	
10	Prise en charge de la TB	240	
11	Labo	102	
12	Petite chirurgie	60	
13	Gestion des médicaments	210	
14	Gestion Financière	280	
	Total	3 084	

Annexe 19 : Grille d'évaluation de la qualité d'une FOSA PCA

(Les détails sont mentionnés dans la BDD Excel)

	Domaines	Points maximums	Points obtenus
1	Score AG	260	
2	Gestion du malade	160	
3	Hygiene & environnement et stérilisations	680	
4	Consultations externes et urgences	485	
5	Maternité	870	
6	Labo	340	
7	Gestion des médicaments	1460	
8	Gestion Financière	1420	
9	Bloc opératoire	390	
10	Imagerie Médicale	270	
11	Salles d'hospitalisations	120	
12	Prise en charge des pathologies chroniques	180	
	Total	6635	

Annexe 20 : Grille d'évaluation du rendement du Secrétariat Général (SG/MS)

TRIMESTRE : ANNEE : DATE DE L'ÉVALUATION :

N°	Activités	Indicateurs et critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Points maximum	Points Obtenus
1	Signature des contrats de performance avec les entités conformément au MEO	Disponibilité des contrats annuels de performance de l'administration. Les contrats sont signés, bien classés et disponibles à la demande	Toutes les copies de contrats sont disponibles	30	
2	Mise en place et fonctionnalité des instances de pilotage, de coordination et du suivi pour le bon fonctionnement du FBR	<ol style="list-style-type: none"> 1) Disponibilité dans le classement d'une copie de la Note de service à jour mettant en place le CT-FBR 2) Disponibilité dans le classement d'une copie de la Note de service à jour mettant en place l'ENC 3) Tenue régulièrement de la réunion du CONAP ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1) -4points 2) -4points 3) --2points 	10	
3	Disponibilité du personnel dans la zone PBF	Assurer que l'effectif du personnel qualifié par profil ne baisse pas et dans la mesure du possible augmente dans la période	Résultats trimestriels de mouvement du personnels est > ou=0----20 points	20	
4	Contribuer à la mise en œuvre des réformes/mesures soumises par le CT-FBR liées à la pureté du PBF	% des réformes / mesures mises en application	30 points si le taux dépasse 80%	30	
Total des points				90	

Annexe 21 : Grille d'évaluation trimestrielle du rendement du CT-FBR

TRIMESTRE : ANNEE : DATE DE L'EVALUATION

N°	Activités	Indicateurs et critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Points maximum	Résultats
1	Les réunions trimestrielles du CT-FBR sont régulièrement tenues	Disponibilité du PV de réunion, un PV par trimestre	PV disponible =10 points,	10	
2	Tous les membres ont participé à la réunion (ou soit représentés en cas d'empêchement).	La liste de présence comporte l'émargement de tous les membres ou de leurs représentants	PV disponible avec liste de présence= 20 points. Présences inférieurs à 50% =0/20	20	
3	Formulation des recommandations pertinentes lors de la réunion et faire le bilan de la mise en œuvre des celles formulées lors de la réunion précédente	Le PV comporte deux aspects - Recommandations /décisions formulées pertinentes par rapport aux points inscrits à l'ordre du jour - Etat de mise en œuvre des recommandations précédentes en précisant l'effort que le CT-FBR a fourni pour leurs mises en œuvre	15 points par aspect	30	
4	Le CT-FBR participe à la mise en œuvre des réformes nécessaires pour le bon fonctionnement du FBR en Mauritanie	Au début de chaque trimestre le CT-FBR liste les réformes/mesures à entreprendre et : ➤ s'assure que chaque direction programme dans son PTBA actualisé les réformes la concernant ➤ Fait le plaidoyer nécessaire à l'endroit des décideurs pour leur MEO ➤ Procède ou suit la MEO s'il s'agit des actions sous sa responsabilité	10 points par aspect	30	
	Total des points			90	/

Annexe 22 : Grille d'évaluation trimestrielle du rendement de l'équipe chargée de l'évaluation des entités du niveau central (ENC).

TRIMESTRE : ANNEE :

DATE DE L'EVALUATION :

N°	Activités	Indicateurs et critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Points maximum	Points Obtenus
1	Evaluation trimestrielle d'entités du NC	<p>Une grille d'Evaluation par entités prévue tirée du contrat PBF de tous les contrats concernés est renseignée dans le délai requis conformément au M PBF.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Toutes les rubriques sont remplies/renseignées (complétude) ➤ Le travail est fait dans le délai requis (promptitude) 	<p>50 points si la grille d'évaluation par entité est disponible et renseignée.</p> <p>Un critère manque=0</p>	50	
2	Elaboration et validation du rapport d'évaluation	<p>Un rapport d'Evaluation précisant, par entité les points forts et les points à améliorer avec la grille renseignée en annexe est élaboré dans le délai requis et signé par les membres de l'équipe. Ce rapport doit aussi comprendre :(i) des recommandations pertinentes en fonction des points faibles(ii) l'état de mise en œuvre des recommandations issues de l'évaluation précédente (iii) et la reconduction des recommandations non exécutées</p>	<p>Tous critères remplis =50 points</p> <p>Un critère manque=0</p>	50	
3	Transmission du rapport d'évaluation dans le délai requis	<p>Transmission du rapport d'évaluation complet avec les éléments mentionnés ci-dessus dans le délai réglementaire.</p>	<p>20 points si le rapport d'évaluation a été transmis dans le délai réglementaire</p>	20	
	Total des points			120	

4. Assister la FOSA à l'identification des vulnérables de son aire
5. Enregistrer toutes les personnes référées
6. Participer à l'élaboration du business plan trimestriel et aux réunions de coordination / validation organisées par la FOSA
7. Prendre en compte les recommandations issues de la vérification par la formation sanitaire.

Article 4 : Nature de prestations achetées

Le tableau ci-dessous présente les différents indicateurs et leurs définitions

N°	Indicateur	Définition	Source de vérification
1	Cas référé par l'AC et reçu dans la formation sanitaire	Nombre total de personnes/patients référés par l'AC de son aire et reçu dans la FOSA	Les Registres des AC et de la FOSA pour l'AC
2	Perdue de vue référé par l'AC reçu dans la formation sanitaire	Nombre total de personnes / patients perdues de vue référés par l'AC et reçu dans la FOSA	Les Registres des AC et de la FOSA pour l'AC

Cas éligible pour la référence

N°	Cas	Définition de Cas
1	Les cas de malnutrition confirmés à la FOSA	Les enfants de moins de cinq ans présentant des signes de malnutrition identifiés et référés par l'AC de son aire de responsabilité qui sont confirmés à la FOSA.
2	Les cas présentant des signes généraux de danger	Les enfants de moins de cinq ans présentant des signes généraux de danger identifiés et référés par l'AC de son aire de responsabilité qui sont confirmés à la FOSA.
3	Nouvelles femmes enceintes référées pour la CPN et ou l'accouchement par l'AC qui sont reçues à la FOSA y compris les indigentes	Les femmes enceintes non suivies par la FOSA référées pour l'accouchement par l'AC de son aire de santé qui sont prises en charge dans la FOSA ou référées dans une autre FOSA y compris les indigentes
4	Nouvelles acceptantes/ clientes du planning familial	Nouvelles acceptantes/ Clientes (femmes en âge de procréer) du planning familial identifiées et référées par l'AC de son aire de santé qui prennent une méthode moderne de planning familial à la FOSA
5	Consultations post natales	Les cas de consultation post natale (Pour les accouchements en dehors de la FOSA) référés par l'AC de sa zone de responsabilité et reçus à la FOSA.
6	Première consultation prénatale durant le premier trimestre de la grossesse	Les femmes enceintes référées par l'AC de sa zone de responsabilité et reçues à la FOSA pour leur première consultation prénatale durant le premier trimestre de la grossesse.
7	Vaccination des enfants	Les enfants de moins de 12 mois identifiés par l'AC dans son aire de santé et référés à la FOSA pour leur première vaccination
8	Les pauvres ou indigents référés à la FOSA	Les pauvres ou indigents malades référés par l'AC de son aire de santé à la FOSA
9	Les maladies sous surveillance épidémiologique identifiées et référées par l'AC	Les cas de maladies répondant aux définitions communautaires des cas à potentiel épidémiologique référés par l'AC de son aire de santé à la FOSA.

Cas éligibles à rechercher comme perdues de vue

N°	Cas	Définition de Cas
1	Consultation post natal perdue de vue	Femme ayant accouché dans la formation sanitaire et perdue de vue pour une visite poste natale dans les 6 semaines après l'accouchement, référé par L'AC de son aire et reçu dans la FOSA.
2	Planning familial perdu de vue	Femme sous planning familial perdue de vue référé par L'AC de sa zone et reçu dans la FOSA
3	Femmes enceintes perdues de vue	Femme perdue de vue référée pour la CPN 2,3, 4 et l'accouchement par l'AC de sa zone et reçue dans la FOSA
4	Vaccination des enfants de moins de 12 mois perdues de vues	Enfant de moins de 12 mois ne respectant plus le calendrier vaccinale référé par l'AC de son aire et reçu dans la FOSA pour rattraper son vaccin
5	Cas de malnutrition aigüe sévère perdue de vue	Cas de MAS perdus de vue référé par l'AC de son aire et reçu dans la FOSA pour continuer son traitement
6	Cas de tuberculeux perdus de vue	Cas de TB perdu de vue référé par l'AC et reçu par une FOSA CDT

Article 5 : Paiement de l'AC

Le paiement de l'AC se fera mensuellement après validation par la formation sanitaire et vérification et validation par l'ERV.

Article 6 : Conditions de renouvellement de contrat

L'atteinte de 25% des objectifs trimestriellement fixés est l'une des conditions nécessaires à satisfaire pour le renouvellement du contrat. D'autres conditions peuvent être ajoutés selon le contexte de chaque aire de santé

Article 7 : Résolution de Conflits

Dans le cadre de la mise en œuvre du PBF, les parties conviennent en cas de litige, de résoudre à l'amiable tout problème rencontré. Si le problème ne peut être résolu, l'ECM pourra siéger pour délibérer.

Article 8 : Résiliations

En cas d'action non conforme avec l'application des clauses du contrat, le contrat pourrait être suspendu.

Fait à le

L'AC

Le responsable de la FOSA contractant principal

.....

.....

Annexe 24 : Fiche de déclaration et facture de l'Agent communautaire

Région :		Moughataa :	Mois : _____ FOSA :			
Aire de Santé :		Village / quartier : ...	Nom de l'AC :			
N°	CAS REFERES	Déclaré	Vérfié	Validé	Coût Unitaire	Coût Total
1	Les cas suspects de malnutrition référé par l'AC et confirmés MAS à la FOSA				129	
2	Les cas présentant des signes généraux de danger (confirmés par la FOSA selon l'approche PCIMNE et SONUB)				129	
3	Les femmes enceintes référées pour l'accouchement par l'AC qui sont reçues à la FOSA y compris les indigentes				129	
4	Nouvelles acceptantes / Clientes du planning familial				129	
5	Consultations post natales référé par l'AC				129	
6	Première Consultation prénatale pendant le premier trimestre de la grossesse				129	
7	Vaccination des enfants/ Supplémentation en Vitamine A				129	
8	Les indigents référés à la FOSA				129	
9	Les maladies sous surveillance épidémiologique identifiées y compris COVID 19 et référées par l'AC				129	
Total 1 (cas référés)						
1	Consultation post natal perdue de vue				129	
2	Planning familial perdu de vu				129	
3	Consultation prénatale des perdues de vue				129	
4	Vaccination des enfants de moins de 12 mois perdues de vues				129	
5	Cas de malnutrition aigüe sévère perdue de vue				129	
6	Tuberculeux sous traitement perdues de vue				129	
Total 2 (cas des perdus de vue référés)						
Total de la facture						

Montant en lettre :

Nom du Responsable de la FOSA :		Nom de l'Agent communautaire
Signature :		Signature

Annexe 25 : Facture mensuelle d'une FOSA PMA

République Islamique de Mauritanie

Honneur-fraternité-justice



Ministère de la santé

Unité Technique Nationale FBR

Facture mensuelle pour une formation sanitaire PMA

Wilaya de :

Moughataa de :

Formation Sanitaire :

Jour Mois Année

N°	Indicateur	Quantité Déclarée	Quantité Vérifiée	Quantité Validée (a)	Tarif unitaire (b)	Montant en (MRU) (a x b)
1	Nouvelle consultation curative chez les 5 ans et plus				22	
1.1	Nouvelle consultation curative chez les 5 ans et plus indigent				108	
2	Nouvelle consultation curative chez les moins de 5 ans non indigent				32	
2.1	Nouvelle consultation curative chez les moins de 5 ans indigent				161	
3	Première Consultation prénatale précoce (au 1er trimestre de la grossesse)				215	
4	Consultations prénatales (4 visites au cours de la grossesse)				323	
5	Consultation post natale (2 consultations)				323	
6	Enfants complètement vacciné (moins de 12 mois)				430	
7	Femme enceinte complètement vaccinée contre le tétanos et la diphtérie (TD)				430	
8	Femmes enceinte protégées contre le Paludisme au cours de la grossesse (Traitement Préventif Intermittent)				215	
9	Journées d'observation pour les moins de 5 ans				54	
9.1	Journées d'observation pour les moins de 5 ans indigent				258	
10	Journées d'observation pour 5 ans et plus				32	
10.1	Journées d'observation pour les plus de 5 ans indigent				161	

11	Aspiration Manuel Intra Utérine (AMIU) post-avortement ou avortement thérapeutique				215	
12	Accouchement eutocique assisté par un personnel qualifié non indigent				323	
12.1	Accouchement eutocique assisté par un personnel qualifié indigent				1 291	
13	Accouchement dystocique				430	
13.1	Accouchement dystocique indigent				1 721	
14	Consultation PF (ancienne et nouvelle) - contraceptif oral ou d'injectable				258	
15	Consultation PF (ancienne et nouvelle) - DIU et implant				366	
16	Petite chirurgie - y inclut circoncision				43	
16.1	Petite chirurgie indigent				215	
17	Enfant 6-59 mois PEC malnutrition aigüe sévère sans complications médicales (CRENAS)				430	
18	Référence reçue et contre référence renvoyé non indigent				43	
18.1	Référence reçue et contre référence renvoyé Indigent				172	
19	Dépistage volontaire du VIH/SIDA + Bilan de la grossesse				194	
20	Cas d'infection sexuellement transmissible (IST) pris en charge selon le protocole national				86	
21	Dépistage des cas TB positifs (TPM+) par mois				430	
22	Cas TB (TPM+) traités et guéris				1 291	
23	Visite à domicile selon protocole				172	
24	Cas d'abandon récupérés) (plafond 2% pop)				129	
25	Cas référé par relais communautaire et arrivé (plafond 5% de la population)				129	
Total						

Fait à :	Date :
Nom et prénom(s) du responsable de la formation sanitaire :	Signature :
Nom et prénom(s) des vérificateurs médicaux :	Signature :

Annexe 26 : Facture mensuelle d'une FOSA PCA

République Islamique de Mauritanie

Honneur-fraternité-justice



Ministère de la santé

Unité Technique Nationale FBR

Facture mensuelle pour une formation sanitaire PCA

Wilaya de :

Structure hospitalière :

Jour Mois Année

N°	Indicateur	Quantité Déclarée	Quantité Vérifiée	(a) Tarif unitaire	(b) Quantité Validée*	Montant en (MRU) (a x b)
1	Nouvelle consultation curative par un Médecin chez les 5 ans et plus			34		
1.1	Nouvelle consultation curative par un Médecin chez les 5 ans et plus indigent			170		
2	Nouvelle consultation curative par un Médecin chez les moins de 5 ans			51		
2.1	Nouvelle consultation curative par un Médecin chez les moins de 5 ans indigent			255		
3	Journées d'hospitalisation- population ordinaire			136		
3.1	Journées d'hospitalisation indigent			681		
4	Femme prise en charge avortement - curetage			681		
5	Accouchement eutocique assisté par un personnel qualifié patient ordinaire			341		
5.1	Accouchement eutocique assisté par un personnel qualifié indigent			1 362		
6	Accouchement dystocique			1 022		
6.1	Accouchement dystocique indigent			2 725		
7	Césariennes			1 703		
7.1	Césariennes - indigent			6 130		
8	Chirurgie majeure			2 384		

8.1	Chirurgie majeure indigent			5 109		
9	Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère avec complications médicales (CRENI)			1 362		
10	Dépistage volontaire du VIH/SIDA + Bilan de la grossesse			681		
11	Femme enceinte VIH+, traitement prophylactique ARV			1 362		
12	Nv nés de mère VIH+ traitement prophylactique ARV			715		
13	Patient vivant VIH nouvellement mis sous ARV			715		
14	Patient vivant VIH sous ARV suivie pendant 3 mois			715		
15	Cas d'infection sexuellement transmissible (IST) pris en charge selon le protocole national			341		
16	Dépistage des cas TB positifs (TPM+) par mois			2 384		
Total						

Fait à :	Date :
Nom et prénom(s) du responsable de la formation sanitaire :	Signature :
Nom et prénom(s) des vérificateurs médicaux :	Signature :

Annexe 27 : Procès-verbal de vérification des prestations quantitatives

L'an....., le (jour) et (mois) nous :

- 1)
- 2)

Avons procédé à la vérification des prestations quantitatives du mois dedu PS |__| du CS |__| SH |__| de.....

I. Heure de début de la vérification : **Heure** /__/_/ **Minutes**/__/_/

II. Heure de clôture de la vérification : **Heure** /__/_/ **Minutes**/__/_/

III. Déroulement de la vérification

➤ **Personnes présentes**

Nom et prénom	Fonction	FOSA	Signature

➤ **Outils et registres consultés** (lister les outils et fiches consultés pour la verification

➤ **Indicateur avec évènement à signaler**

Intervention	Nature de l'évènement	Commentaire

VII. Recommandations formulées

Recommandations	Date de réalisation	Responsable
1-		
2-		
3-		

Fait à....., le/...../.....

Les vérificateurs (Nom, Prénom et Signature)

- 1.
- 2.

République Islamique de Mauritanie
Honneur-fraternité-justice



Ministère de la santé
Unité Nationale FBR

Annexe 28 : Guide de la contreverification

Introduction

L'un des principes de base du PBF est la vérification indépendante des résultats des prestations. La vérification / évaluation est au cœur du système du PBF.

Le Manuel PBF prévoit un rythme semestriel de la contre vérification en vue de garantir la crédibilité de la vérification (quantitative et qualitative) des formations sanitaires et de l'évaluation de la performance des structures d'encadrement et unités administratives. Ainsi, la contre vérification est le processus par lequel les résultats issus des vérifications sont vérifiés. Cette contre vérification est nécessaire pour renforcer la rigueur de la vérification, et pour prévenir les accointances, les faux résultats, les fraudes et les tricheries. Cette mesure dissuasive est rassurante pour les bailleurs de fonds et pour l'Etat, qui doivent être convaincus de payer des prestations qui sont quantitativement et qualitativement exacts et dont la population bénéficiaire est satisfaite.

Pour rendre l'opération de contre vérification effective, Il est apparu nécessaire que la structure et les personnes qui en ont la charge puissent le faire en se basant sur des procédures claires. Le présent guide constitue un document de base que tout contre vérificateur devra maîtriser et consulter afin de bien réaliser l'activité de contre vérification.

Objectif du guide pratique de la CV

L'objectif de ce guide est de fournir un outil pratique permettant la mise en place d'un processus rigoureux de contre vérification quantitative et qualitative.

Ce guide s'appuie sur le manuel de procédure PBF, sur ses annexes ainsi que sur les expériences et les leçons tirées de vérification et de contre vérification durant une année de mise en oeuvre. Il décrit avec précision la manière dont seront réalisés la contre-vérification externe dans leurs différentes composantes (quantitative, qualitative et communautaire).

Objectif général de la mission de contre verification

La contre vérification est effectué chaque semestre et concerne tous les acteurs impliqués dans la mise en oeuvre de l'approche PBF. Elle vise à confirmer et à s'assurer de la véracité des données quantitatives et qualitatives vérifiées, validées et rémunérées, ainsi que du respect des procédures dans le cadre de l'approche de financement basé sur a performance.

Objectifs spécifiques :

De façon spécifique, la contre vérification vise essentiellement à s'assurer de :

- ➔ la véracité des données quantitatives et qualitatives vérifiées et validés au niveau des formations sanitaires et les autres unités de prestation contractées dans le cadre du PBF,
- ➔ des scores de performance accordés aux Directions Régionales à l'Action Sanitaire, aux Circonscriptions Sanitaires, aux Conseils Régionaux, aux Equipes Régionales de Vérification, à l'Unité technique FBR, à la DMH, à la Direction des Affaires Financières, et aux autres entités du niveau central,
- ➔ l'effectivité/ l'existence physique des clients déclarés, et le degré de satisfaction de la population concernant la qualité des soins et des services reçus via l'enquête communautaire (qualité subjective),
- ➔ du respect des procédures contenues dans le manuel PBF à tous les niveaux de mise en œuvre afin de proposer des mesures correctrices et des solutions adéquates aux problèmes identifiés,

Le champ d'action de la contre vérification

La contre vérification sera réalisée sur une base semestrielle au niveau des structures et entités impliquées dans la mise en œuvre du FBP et bénéficiant d'un contrat de performance.

Resultats ATTENDUS

Au terme de chaque exercice de la contre vérification, les produits suivants devront être disponibles :

- ➔ Le rapport semestriel de la mission de contre vérification, comprenant des résultats de la contre vérification, des problèmes identifiés et des propositions d'amélioration.
- ➔ Annexes au rapport : des copies de toutes les fiches d'analyse de contre-vérification qui ont été faites pour chaque unité de prestation et cosignées entre le représentant de l'unité de prestation et l'agent de contre vérification

Organisation de la contre vérification

La contre vérification se déroule en 6 phases :

1. L'échantillonnage des éléments à contre vérifier,
2. La planification de la mission de contre vérification,
3. Le déploiement de l'équipe de la CV sur le terrain,
4. La collecte des données,
5. L'analyse et interprétation des résultats,
6. La communication et diffusion des résultats.

L'échantillonnage des éléments à contre vérifier

L'échantillonnage des FOSA et indicateurs pour la contre vérification est la responsabilité de l'équipe de la CV mais les résultats de l'échantillonnage devront être validés par l'UT-FBP et l'IGS au démarrage de chaque mission de contre vérification.

Echantillonnage des fosa et unites administratives

Au niveau des FOSA :

Il s'agira d'utiliser une méthode d'échantillonnage aléatoire par district ou circonscription sanitaire où chaque FOSA aura la même probabilité d'être sélectionnée au fur des missions de contre vérification. A noter que la taille de l'échantillon sera arrondie en sus.

Les CS chef lieu des Moughataa et les hôpitaux seront contre vérifiés exhaustivement Pour le reste des Centres de Santé (CS) et des Postes de Santé (PS) à contrat principal, le tirage aléatoire doit concerner au minimum 1 CS par circonscription sanitaire et 30% des PS.

Concernant les PS à contrat secondaire, l'échantillon doit comprendre 1 PS pour chaque AS tiré.

Cette méthodologie d'échantillonnage mettra l'accent sur la contre vérification des FOSA à contrat principal qui dispose d'un paquet de service relativement au complet. A noter que l'UT-FBR a la possibilité de demander d'inclure ou d'exclure certaines FOSA à contrat secondaire ou principal dans l'échantillon à contre vérifier, dans le cas où ces FOSA présentent des problèmes spécifiques et que l'UT-FBR est en mesure de dûment justifier ce choix (en cas de problème d'accessibilité ou soupçons de fraudes par exemple).

Au niveau des structures administratives :

Toutes les unités administratives seront contre vérifiées chaque semestre : les circonscriptions sanitaires, les Conseils régionaux, les DRAS, la DMH, les ERV, l'UT-FBR, ainsi que la DAF et toutes autres unités administrative impliquée dans la mise en œuvre du PBF.

Echantillonnage des indicateurs a contre verifier

Pour la contre vérification quantitative :

A propos des aspects quantitatifs, Tous les indicateurs quantité « achetés » dans le cadre du FBP au niveau des Hôpitaux, CS et PS feront l'objet de la contre – vérification.

Pour la contre vérification de la qualité technique :

Et pour la contre vérification qualitative, tous les domaines (tous indicateurs composites) faisant l'objet de la vérification qualitative de routine seront concernés par la contre – vérification qualitative. Néanmoins, vu le nombre de FOSA à contre vérifier et vu que la contre vérification de la qualité vise à s'enquérir de la corrélation du paquet et de la grille de la qualité technique, il est prévu de faire la qualité dans 50% au

moins des FOSA à contrat principal et secondaire tirées au sort. Il sied de préciser que la taille de l'échantillon sera arrondie en sus.

Egalement pour les PS à contrat secondaire on prendra 50% des PS à contrat secondaire tirés avec un arrondi en sus. Pour les Hôpitaux et organes de régulation, ils seront contre vérifiés systématiquement du point de vue qualité et tous les semestres.

Il est à noter que pour la qualité technique et suite à la périodicité des missions de contre vérification qui se font au troisième mois suivant le semestre faisant objet de la contre vérification, la seconde mission de contre vérification de la qualité de chaque année ne va concerner que le T4 car la qualité est évaluée au temps T.

Echantillonnage des patients pour la contre vérification communautaire

L'équipe de CV récupère les listes des ménages enquêtés par les COSA pour les prestations ciblées par la vérification communautaire auprès des ERV. A partir de ces listes, ils procéderont à un échantillonnage aléatoire des patients à retrouver au sein de la communauté (échantillonnage systématique sur une base de sondage de 1 sur 3).

A préciser qu'en fonction du paquet de service offert dans l'une ou l'autre FOSA, l'ERV a la possibilité d'augmenter les cas à tirer par indicateur au détriment d'un autre indicateur. En conséquence, l'équipe de la CV va s'ajuster en fonction des échantillons tirés par l'ERV.

Les deux tableaux ci-dessous indiquent la taille des échantillons proposés par indicateur et par paquet d'activité.

Echantillonnage des patients à contre vérifier au niveau des FOSA PMA sélectionnées

N°	Indicateurs du PMA	Echantillon pour la vérif. communautaire.	Echantillon pour la contre-vérifi. communautaire
1	Consultations curatives < 5 ans	15	5
2	Consultations curatives ≥ 5 ans	15	5
3	Enfants complètement vaccinés	5	1
4	Accouchements eutociques	5	1
5	Consultations prénatales	5	1
6	Consultations post natales	5	1
7	Journées d'observation	5	1
TOTAL		60	15

--	--	--

Echantillonnage des patients à contre vérifier au niveau des structures hospitalières

N°	Indicateurs du PCA	Echantillon pour la vérifi. communautaire	Echantillon pour la contre-vérif. communautaire
1	Consultations curatives < 5 ans	15	5
2	Consultations curatives ≥ 5 ans	15	5
3	Journées d'hospitalisation < 5 ans	10	3
4	Journées d'hospitalisation ≥ 5 ans	5	1
5	Accouchements dystociques	5	1
6	Césariennes	5	1
7	Chirurgie majeure	5	1
TOTAL		60	17

Composition de l'équipe de l'cv et organisation de la mission

Dès le début de la mission, l'équipe de la CV procède au tirage des échantillons des FOSA à contre vérifier (PMA/ PCA) et ensuite à l'organisation et au déploiement de l'équipe sur terrain avec comme principes directeurs i) l'unicité de l'équipe de contre-vérification, ii) la division du travail au sein d'une même Région et iii) la supervision interne du travail de la CV.

De cet effet, une équipe multidisciplinaire, va réaliser la mission de contre vérification qualitative et quantitative des prestations des FOSA et autres entités impliqués dans la mise en œuvre de l'approche PBF.

Méthodologie de collecte des données et d'analyse des résultats issus de la contre vérification

La collecte des données et analyse des résultats

La méthodologie de la contre-vérification quantitative est similaire à celle de la vérification de la quantité. Elle s'intéresse à tous les indicateurs contractualisés / achetés au niveau des CS, PS et HR. La contre-vérification qualitative concerne une partie des FOSA échantillonnées dans le cadre de l'évaluation quantitative. Les outils utilisés sont les mêmes que ceux utilisés les entités responsables de l'évaluation de la qualité de routine.

La collecte et analyse des données quantitatives

Il est à préciser que lors des visites de contre vérification au sein des FOSA, il est nécessaire pour l'équipe de suivre les étapes suivantes :

- ➔ Briefing avec l'équipe des formations sanitaires pour clarifier les objectifs de la visite ;
- ➔ Présenter les membres de l'équipe ainsi que le déroulement de la contre vérification,
- ➔ Contre vérification proprement dite (collecte des données concernant la qualité, quantité, et le respect des procédures FBP)
- ➔ Une analyse sommaire, réalisée immédiatement après la collecte des données dans le but d'effectuer une restitution « à chaud » des résultats au responsable de la FOSA
- ➔ Cosignature et validation des résultats de contre vérification par le responsable de la FOSA et un membre de 'équipe de la CV.

Par ailleurs, la formation sanitaire est tenue de mettre à la disposition de l'équipe de contre vérification l'ensemble des supports nécessaires à la contre vérification. Autant que possible, les agents des formations sanitaires sont appelés à assister à la contre vérification.

Après la contre vérification, l'équipe de la CV procède à l'analyse et à la confrontation des résultats de vérification (quantité vérifiées et validées par l'ERV) et de contre vérification (quantités vérifiées et validées par l'équipe de la CV). En cas de dépassement des seuils de divergence supérieurs à 5% entre les résultats obtenus, les contre vérificateurs identifient les causes en collaboration avec les prestataires et formule des recommandations d'amélioration.

La contre vérification qualitative

La contre vérification de la qualité concerne une partie des formations sanitaires échantillonnées pour la contre vérification de la quantité (50% des CS et PS tirés aléatoirement ainsi que 100% des HR). La contre vérification de la qualité technique ne portera que sur l'ensemble de la grille d'évaluation et inclura tous les indicateurs composites de la grille et par catégorie de FOSA.

La contre vérification au niveau communautaire

Il est prévu que l'équipe de la CV procède à la sélection et au recrutement des ABC qui vont réaliser la contre vérification communautaire préalablement aux missions de contre vérification. Les ABC auront à rendre disponible au minimum une dizaine d'enquêteurs dans chaque région qui bénéficieront d'une formation sur les techniques de réalisation de la contre vérification communautaire.

Sur base des échantillons de patients tirés par les ERV pour la vérification communautaire, l'équipe de la CV procède au tirage aléatoire de 15 patients pour chacun des CS et PS et de 17 patients au niveau des HR concernés par la contre vérification..

A préciser que la contre-enquête portera sur les échantillons ayant été déclarés existant au niveau de la communauté lors de l'enquête communautaire.

A ce niveau, il est important de préciser trois éléments :

- Afin de réduire les déplacements des enquêteurs communautaires, l'équipe de la CV veillera à échantillonner uniquement les patients résidants dans l'aire de santé des formations sanitaires évaluées dans le cadre de la contre-vérification.
- L'échantillonnage ne portera que sur les patients retrouvés par les COSA lors de la vérification et pour lesquels un questionnaire a été rempli (peu importe la qualité du remplissage du questionnaire).
- Cet échantillonnage donnera lieu à deux types de fiches. Une première fiche qui sera gardée au niveau de l'équipe de la CV et qui comprendra toutes les informations relatives aux patients sélectionnés. Une deuxième fiche, qui sera transmise aux ABC et qui ne contiendra que les informations nécessaires pour retrouver les patients au sein de la communauté.

Les enquêteurs munis des questionnaires d'enquête communautaire descendront au niveau des régions et des ménages pour procéder à la contre vérification communautaire. Les questionnaires complétés doivent être remis à l'équipe de la CV qui procédera au dépouillement au plus tard deux semaines après le début des activités de contre vérification.

Contre-vérification de la performance des unités administratives.

Les cadres de performance des unités administratives sont constitués en grande partie d'indicateurs de disponibilité, de conception de document ou de suivi de mise en œuvre d'activités spécifiques. En conséquence, ils peuvent être contre vérifiés à travers la recherche de « preuves écrites » dans les archives des structures concernées.

La contre-vérification des unités administratives reposera donc essentiellement sur une revue de la documentation comprenant une analyse des grilles d'évaluation, des rapports, comptes rendus de réunion ou notes techniques, élaborés dans le cadre des activités incluses dans leurs cadres de performance respectifs.

Il s'agira essentiellement d'effectuer une deuxième vérification qui aura pour but de contrôler la cohérence entre (i) les résultats enregistrés lors de la première vérification et (ii) les données disponibles au niveau des unités de prestation (formations sanitaires et unités administratives).

Afin de garantir la comparabilité des résultats obtenus lors des deux phases de vérification, une standardisation des procédures est nécessaire. Cela implique l'utilisation des mêmes méthodes et des mêmes outils de collecte que ceux utilisés lors de la première phase de vérification.

Ces méthodes seront variables suivant les structures à contrevérifier, mais chacune d'elle s'appuiera sur l'utilisation de grilles d'évaluation de la performance des unités administratives adaptées pour la contre vérification.

Contre vérification du respect des procédures FBR.

En plus de la contre vérification des aspects quantitatifs, qualitatifs et communautaires, l'équipe de la CV aura à s'assurer du respect des dispositions contenues dans le manuel PBF à tous les niveaux.

De cet effet, les principales composantes à contre vérifier en termes du respect des procédures sont les suivantes :

- Respect des procédures de vérification
- Respect des procédures de gestion financière
- Evaluation du système de gestion des données et de suivi des performances
- Examen du système d'archivage de la documentation
- Evaluation des procédures de validation des plans de management
- Evaluation des procédures de répartition des primes dans les FOSA

A spécifier que tous ces aspects peuvent ne pas figurer sur la grille d'évaluation de la performance des acteurs impliqués dans l'approche FBP et ayant un contrat de performance. En conséquence, l'équipe de la CV aura à s'imprégner du contenu de la mission de chaque entité et pourra procéder à son évaluation en dehors de la grille de performance. l'équipe de la CV aura, au début de chaque mission et sur base des missions spécifiques de chaque entité à contre vérifier, mettre en place une checklist des éléments à évaluer en termes de respect des procédures PBF et à tous les niveaux.

Tableau synthétique des objectifs et des composantes de qualité à contre vérifier :

Objectifs	Composantes	Domaines à évaluer/contrevérifier
Efficacité des mécanismes de vérification	Efficacité du mécanisme de vérification communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Contre-vérification de l'existence du patient • Contre-vérification du degré de satisfaction des patients

	Efficacité du mécanisme de vérification de la performance quantitative des FOSA	<ul style="list-style-type: none"> • Contre-vérification de la performance quantitative des CS et des PS • Contre-vérification de la performance quantitative des HR
	Efficacité du mécanisme de vérification de la performance qualitative des FOSA	<ul style="list-style-type: none"> • Contre-vérification de la performance quantitative des CS et des PS • Contre-vérification de la performance qualitative des HR
	Efficacité du mécanisme de vérification de la performance des unités administratives	<ul style="list-style-type: none"> • Contre-vérification de la performance des structures du niveau central • Contre-vérification de la performance des DRAS et des CR et ERV • Contre-vérification de la performance des ECD
Respect des procédures FBP	Respect des procédures de vérification	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation de la conformité des procédures d'échantillonnage des patients au niveau des FOSA • Evaluation de la conformité des procédures d'enquête des ménages dans la communauté • Evaluation de la conformité des procédures de vérification de la performance quantitative des FOSA • Evaluation de la conformité des procédures de vérification de la performance qualitative des FOSA • Evaluation de la conformité des procédures de vérification des ECS • Evaluation de la conformité des procédures de vérification des structures au niveau régional • Evaluation de la conformité des procédures de vérification des directions centrales
	Respect des procédures de gestion financière	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation de la conformité des procédures de facturation • Evaluation de la conformité des procédures de paiement des FOSA

	Evaluation du système de gestion des données et de suivi des performances	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation du système de gestion des données au niveau central • Evaluation du système de gestion des données et de suivi des performances au niveau régional • Evaluation du système de gestion des données et de suivi des performances au niveau des districts
	Examen du système d'archivage de la documentation	<ul style="list-style-type: none"> • Examen du système d'archivage au niveau des directions centrales • Examen du système d'archivage au niveau régional • Examen du système d'archivage au niveau des districts
	Evaluation des procédures de validation des plans de management	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation de la conformité des procédures de validation des plans de management
	Evaluation des procédures de répartition des primes dans les FOSA	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation de la conformité des procédures de répartition des primes (utilisation de l'outil d'indice)

La communication et diffusion des résultats.

Les résultats préliminaires de la contre vérification sont restitués aux différents niveaux décentralisés de la pyramide sanitaire après chaque contre évaluation et les observations des structures contre vérifiées sont consignées dans la grille d'évaluation avec la liste des personnes ayant assisté à cet exercice.

Un atelier de restitution national est organisé en présence des contre vérificateurs, de représentants des vérificateurs (quantité et qualité) et de représentants des évaluateurs de la performance (DRAS, ERV, CR, la DAF, la DMH, l'UT-FBR et autres entités). Cette restitution présentera les activités menées par l'équipe de la CV, les résultats obtenus et les résultats d'analyse des éventuelles divergences.

En cas de divergence constatée entre les résultats obtenus lors des vérifications/ évaluations et ceux obtenus lors de la contre vérification et lorsque l'analyse faite par les l'équipe de la CV ne permet pas d'en comprendre les causes, les équipes de vérificateurs / évaluateurs sera amenée à s'expliquer. A l'issue de cela, des mesures correctrices peuvent être prises par le niveau décisionnel du MS (le cabinet du ministre)

Les mesures correctrices qui peuvent être prises sont les suivantes :

- ➔ Lorsque les divergences sont dues à des insuffisances de compétences / connaissances, il sera procédé au renforcement des compétences / connaissances des vérificateurs / évaluateurs ;
- ➔ Lorsque les divergences touchent toutes les formations sanitaires / structures d'encadrement vérifiées / évaluées par une même équipe de vérification (quantité ou qualité) ou d'évaluation, il sera procédé à la reprise de la vérification / évaluation des formations sanitaires / structures d'encadrement vérifiées / évaluées par ladite équipe ;
- ➔ Lorsqu'il sera mis en évidence des trop perçus par des formations sanitaires / structures d'encadrement du fait d'erreurs lors des vérifications (quantité et/ou qualité) ou des évaluations de la performance, les montants reçus en trop seront déterminés et déduit lors des paiements ultérieurs.

Une première version du rapport de contre vérification (rapport provisoire) sera transmise à l'UT-FBR en version numérique au plus tard 5 jours ouvrables après la fin des activités de collecte de données sur le terrain. C'est le contenu dudit rapport qui sera présenté lors de la séance de restitution nationale. Par la suite, et sur la base des discussions intervenues lors de ladite séance de restitution, la structure en charge de la contre vérification a 5 jours ouvrables pour transmettre le rapport définitif en version dure et numérique.

Les rapports de la mission de contre vérification comprendront les parties suivantes :

- Méthodologie et conduite du processus de contre vérification ;
- Résultats obtenus (respect de la méthodologie, quantités, qualités, taux de divergence) ;
- Analyse des éventuelles divergences et identification des causes ;
- Conclusions et recommandations.

Les outils remplis lors de la contre vérification (contre vérification de la quantité, grilles pour la contre vérification de la qualité technique, grilles de contre vérification de la performance des unités administratives) seront annexés au rapport.

Conclusion

Ce guide d'exécution de la contre-vérification vise notamment à documenter et à préciser les procédures pour la mise en œuvre de la contre vérification des prestations objet du financement basé sur la performance. Ce document se veut dynamique et intégrera, au fur et à mesure, les bonnes pratiques identifiées à partir du terrain. Une fois validé, ce guide sera partagé avec tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PBF et devra constituer l'une des annexes du manuel de procédures PBF.

Annexe 28 : Protocole des visites à domicile

Concepts et procédures à suivre

Les visites des ménages devront être faites dans le sens d'une communication pour le changement des comportements. La finalité visera à ce que la population s'approprie les pratiques favorables en matière de santé de la population.

Pendant la visite, les ménages recevront des informations utiles sur les services de santé disponibles dans la FOSA, et sur les pratiques exemplaires en matière de comportement sanitaire préventif au sein du ménage. Les visiteurs et le ménage s'efforceront de préparer un plan d'action concret répondant aux besoins du ménage.

1. Au cours de la première visite, la situation de base du ménage est examinée et enregistrée dans un registre standard conçu à cet effet. L'équipe discute ensuite avec le ménage sur les mesures spécifiques à prendre au cours d'une période de 3 mois, respectivement par les membres du ménage, le personnel des structures de santé y compris les AC et les autorités locales. Le personnel médical peut discuter des changements de comportement alors que la personne qui s'occupe des prestations d'hygiène des ménages fournit des recommandations plus contraignantes.
2. La *deuxième visite* à domicile sera prévue pour évaluer la mise en œuvre des actions et recommandations formulées lors de la première visite. Si les résultats au cours de la deuxième visite des ménages sont satisfaisants, cela met fin à la visite de ce ménage.
3. S'il y a encore des problèmes lors de la deuxième visite à domicile, une *troisième visite* peut être proposée ainsi de suite.

L'équipe de la FOSA effectuant la VAD doit inclure au moins l'un du personnel qualifié et l'AC recruté (s) par la FOSA pour le quartier ou le village du ménage.

Questionnaire de la VAD

N°	Questions clés à répondre	Oui (1)	Non (0)
1	Y'a-t-il des enfants de moins de 5 ans ?		
2	Y'a-t-il une femme enceinte ?		
3	Y'a-t-il une femme allaitante ? Pratique-t-elle l'Allaitement Maternel exclusif ?		
3.1	Si oui, Pratique-t-elle l'Allaitement Maternel exclusif ?		
4	Les enfants âgés de plus de 6 mois bénéficient-ils d'une alimentation complémentaire ?		
5	Y'a-t-il des moustiquaires correctement montées ?		
5-1	Si oui, combien, (mettez le nombre)		
6	Les enfants de moins de 5 ans ont-ils dormi sous la moustiquaire la nuit précédant la visite ?		
7	Les femmes enceintes ont-elles dormi sous la moustiquaire la nuit précédant la visite ?		
8	Y'a-t-il un lieu ou un dispositif de lavage des mains dans le ménage ?		
8.1	Si oui, le ménage l'utilise-t-il ?		
9	Y'a-t-il une toilette bien aménagée et fonctionnelle ?		
9.1	Si oui, Les membres du ménage utilisent-ils ces toilettes ?		
10	Les alentours de la maison sont-ils bien balayés et débroussaillés, les eaux usées drainées		
11	Les ordures ménagères évacuées ?		
12	Y'a-t-il un accès à l'eau potable ?		
13	L'eau est-il bien conservé (stocké dans un récipient propre et couvert)?		
14	Y'a-t-il des enfants qui auraient abandonné le calendrier vaccinal ?		
14-1	Si oui, combien (mettez le nombre)		
15	Chaque enfant de moins de 5 ans dispose-t-il d'un extrait d'acte de naissance ?		
16	Les membres du ménage utilisent-ils les services de santé suivants		
16.1	Planification Familiale		
16.2	Consultations Périnatales et poste natales		
16.3	Accouchements		
17	Y'aurait-il eu de nouvelles naissances durant le dernier mois ?		
17.1	Si oui, combien (mettez le nombre)		

18	Y'aurait-il eu un décès à domicile d'enfant de moins de 5 ans durant le dernier mois ?		
19	Y'aurait-il eu un décès à domicile de femme enceinte ou en couche durant le dernier mois ?		
20	Y'a-t-il un adolescent (e dans la famille		
20.1		Si fille , A- elle est vaccinée au HPV,	
21	Les adolescents sont-ils scolarisés		
Noms et prénoms du qualifié : Signature Signature			
Noms et prénoms de l'AC: Signature			
Noms et prénoms du chef de ménage : Signature			

Canevas du plan d'action issu de la VAD

Problèmes prioritaires identifiées (sur la base du questionnaire)	Actions correctrice	Delai de mise en œuvre	Responsable de mise en œuvre

Noms et prénoms du qualifié :

..... Signature

..... Signature

Noms et prénoms de l'AC:

..... Signature

Noms et prénoms du chef de ménage :

Signature

Informations utiles pour la Visite à Domicile

1. Collecte et évacuation des déchets ménagers

La famille doit avoir un seau poubelle avec couvercle pour la collecte des ordures ou des sacs qu'elle attaché après usage, l'évacuation se fera soit dans un bag prévu à cet effet soit à 50M de la maison d'habitation si l'on se trouve en zone rurale.

2. Planning familial

La planification familiale concerne les méthodes de régulation de la fécondité, destinées à aider les individus ou les couples à éviter les naissances non désirées, obtenir les naissances désirées, déterminer volontairement le nombre de naissances ainsi que l'espacement de grossesse.

3. Les vaccins utilisés dans le pev

Calendrier De Vaccination Infantile

Contacts	Antigènes	Age recommandé
1	BCG	A la Naissance
	Hep B	A la Naissance
	Polio 0	A la Naissance
2	Polio 1 + Penta1 + Pneumo1 + Rota1	6 semaines de la naissance
3	Polio 2 + Penta2 + Pneumo2 + Rota2	10 semaines de la naissance
4	Polio 3 + Penta3 + Pneumo3 + VPI	14 semaines de la naissance
5	RR	9 mois

Calendrier vaccination FAP et filles

Antigènes	Age recommandé	Durée de protection
Td 1	Au 1 ^{er} contact	Aucune
Td 2	1 mois après Td1	3 ans
Td 3	6 mois après Td2	5 ans
Td 4	1 an après Td3	10 ans
Td 5	1 an après Td4	à vie

4. Allaitement maternel exclusif

L'OMS et le Gouvernement recommandent que les nourrissons soient nourris exclusivement au sein durant les 6 premiers mois de vie. "Nourris exclusivement au sein" veut dire ne donner au nourrisson rien d'autre que le lait maternel (pas d'eau ou d'autres liquides ou aliments) de 0 à 6 mois.

- Initier l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance
 - ✓ C'est le premier « vaccin » du bébé ;
 - ✓ Réduit les risques de saignement chez la femme après l'accouchement ;
 - ✓ Renforce le lien entre la mère et l'enfant ;
 - ✓ Stimule la production de lait ;
- Adopter de bonnes pratiques
 - ✓ Position correcte
 - ✓ Prise de sein correcte
 - ✓ Pas de biberon ou de tétine
 - ✓ L'allaitement augmente la production de lait
 - ✓ Observer les signes d'une tétée efficace
- Position assise ou couchée

Position assise

- ✓ Maman bien assise, dos calés sur la chaise
- ✓ Tête et corps de l'enfant dans le même axe
- ✓ Visage face au sein et le nez face au mamelon

- ✓ La mère devrait tenir le corps de l'enfant contre elle, ventres collés
- ✓ S'il s'agit d'un N-né, elle devrait lui soutenir tout le corps et pas simplement la tête et les épaules
- ✓ Exciter les lèvres du bébé avec le mamelon et introduire le sein jusqu'à l'aréole dès que l'enfant ouvre la bouche

Pratiquer l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois

- ✓ Ne pas donner d'eau (le lait maternel est à 90% d'eau)
 - ✓ Ne pas donner d'aliments ou liquides (bouillies – tisanes – décoction)
 - ✓ Donner des aliments avant 6 mois peut réduire la production de lait maternel et même nuire à la croissance et à la santé de l'enfant.
4. Donner le sein fréquemment, à volonté y compris la nuit
 - ✓ 8 à 12 fois par jour – toutes les 2 ou 3 heures ou plus si nécessaire- en particulier les premiers mois
 - ✓ Les tétées fréquentes maintiennent la montée du lait, maximise les effets contraceptifs et apportent des facteurs immunitaires à chaque tétée.
 5. Alimentation durant et après la maladie
 - ✓ *Pendant la maladie*, donner le sein plus fréquemment
 - ✓ *Après la maladie*, continuer à donner le sein plus fréquemment
 - ✓ Si le bébé est trop malade pour téter, exprimer le lait et donner à l'aide d'une tasse (ne pas donner au biberon).
 6. Alimentation en l'absence de la mère ou mère malade
 - ✓ La mère devrait exprimer le lait dans un récipient propre
 - ✓ Le lait maternel devrait être conservé dans un récipient propre et couvert 8 à 10 heures dans un endroit frais (température ambiante) ou 72 heures dans le réfrigérateur
 - ✓ Le responsable de l'enfant administre le lait exprimé à l'aide d'une tasse (pas à l'aide du biberon).

5. Malnutrition

La **malnutrition** désigne des **anomalies** qui se **manifestent** chez l'individu **en réponse à une ration alimentaire inadéquate ou déséquilibrée**, conjuguée ou non à une perturbation de l'utilisation physiologique des nutriments en raison de l'infection ou d'autres pathologies.

Ce déséquilibre peut être par carence ou par excès

Les **groupes les plus vulnérables** sont les enfants, les femmes enceintes et allaitantes, les personnes malades, personnes vivants avec le VIH et les personnes âgées.

6. Presence et etat des latrines

Une latrine doit avoir les caractéristiques suivantes :

- ⇒ Quatre murs ;
- ⇒ Une toiture ;
- ⇒ Une porte ;
- ⇒ Un couvercle sur le trou ;
- ⇒ Pas d'odeur ;
- ⇒ Pas excréments aux abords du trou.

En cas d'absence de latrine, recommander à la famille d'en construire une, respectant les normes.

En présence d'une latrine délabrée, recommander à la famille l'aménagement nécessaire tenant compte des normes.

7. Utilisation des moustiquaires imprégnées

Si l'on dort à l'intérieur

- Une fois la moustiquaire traitée et séchée, accrochez-la aux murs ou au plafond, au-dessus du lit ou de la natte de couchage.

- Pour éviter que les moustiques ou autres insectes ne rentrent dans la moustiquaire, veillez à la border sous le matelas ou bien laissez-la toucher uniformément le sol.
 - Ne laissez pas la moustiquaire exposée au soleil dans la journée, le soleil détruit l'insecticide
- Lavage des moustiquaires imprégnées*
- Le lavage enlève l'insecticide de la moustiquaire.
 - Lavez doucement les moustiquaires imprégnées avec de l'eau froide et du savon. Evitez les lavages vigoureux et fréquents.
 - Il faut toujours laver une moustiquaire avant de la traiter.
 - Ne jamais laver ni rincer une moustiquaire imprégnée dans les rivières, les lacs ou les mares. L'insecticide provenant de la moustiquaire peut être dangereux pour les jeunes poissons. Videz toujours l'eau de lavage et de rinçage dans les latrines ou sur le sol, à l'écart des habitants ou des animaux. Si une moustiquaire est déchirée, raccommodez-la pour empêcher les moustiques ou autres insectes de pénétrer à l'intérieur

Quand utiliser une moustiquaire imprégnée ?

- Utilisez la moustiquaire imprégnée chaque nuit, pendant toute l'année, même si vous ne voyez ou n'entendez pas le bruit des moustiques.
- Vous ne savez pas quand un moustique qui transmet le paludisme peut vous piquer.

Qui doit utiliser une moustiquaire imprégnée ?

- Tout le monde doit dormir sous une moustiquaire imprégnée. Mais ce sont surtout les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans qui risquent le plus de mourir de paludisme

8. SOURCE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE ET CONSERVATION DE L'EAU DE BOISSON

- ⇒ Société de Distribution d'Eau (SNDE) ;
- ⇒ Château d'eau ;
- ⇒ Forage ;
- ⇒ Puits ;
- ⇒ Source d'eau (spring) ;
- ⇒ Rivière.

Une eau potable est une eau qui ne contient pas d'agents pathogènes ou chimiques pouvant nuire à la santé (OMS).

Pour l'eau de puits ou de source, demander à la famille de montrer un seau d'eau traité et prêt à utilisation. Les membres de famille peuvent faire une démonstration de traitement d'eau.

La famille doit présenter les produits de traitement. S'il s'agit de l'eau de javel elle doit être bien conservée dans une bouteille non translucide (utiliser une goutte d'eau de javel la croix par litre.....).

9. Lavage des mains

Objectifs	Suppression des germes transitoires.
Quand	<ul style="list-style-type: none"> - Dès le retour à la maison - Après toilette et mouchage, - Avant de manger
Temps	1 minute
Techniques	<ul style="list-style-type: none"> - Eau + savon doux - Savonner toutes les surfaces de la main jusqu'aux avant-bras - Rinçage abondant à l'eau courante - Sécher minutieusement avec serviette à usage unique - Fermer le robinet à l'aide de la serviette - En absence de robinet, utiliser une bouteille, un gobelet ou un vase pour verser l'eau à celui qui se lave les mains. - Eviter de laver les mains dans un récipient avec de l'eau stagnante.

