

REPUBLIQUE DE GUINEE



MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE ET
DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE
(DNSCMT)

MONITORAGE AMELIORE

**GUIDE D'UTILISATION
DES INDICATEURS
QUANTITATIFS ET QUALITATIFS**

CENTRE DE SANTE

Version 2020 DNSCMT

LEXIQUE

ATTENTES QUALITE	Ce qui est attendu en termes de qualité du processus
5S	Une technique de gestion japonaise visant à l'amélioration continue de la qualité des tâches effectuées dans les entreprises. S upprimer l'inutile (ranger), S ituer les choses (ordre), S cintiller (nettoyage), S tandardiser les règles (propre) et S uivre et progresser (éducation).
BM	Banque Mondiale
CRENAS	Centre de Réhabilitation Nutritionnel Ambulatoire pour Sévère
CPC	Consultation Primaire Curative
CPN	Consultation Périnatale
CRITERES QUALITES	Les critères qualité sont un descriptif normatif du processus conduisant à la réalisation de l'activité de soins ou du service.
CRU	Communauté de relation des Usagers
CS	Centre de santé
CTPS	Comité Technique Préfectoral de la Santé
CTRS	Comité Technique Régional de la Santé
DETERMINANTS	Les déterminants sont les caractéristiques ou aspects que l'on se propose d'apprécier et qui ont une influence sur le fonctionnement de l'organisation
DOMAINES	Les domaines sont les importants axes du système de santé Guinéen aux niveaux desquelles les déterminants sont appliqués.
DNEH3	Direction Nationale d'Etablissements Hospitaliers et de de l'Hygiène Hospitalière Soins
DNPL	Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires
DNPSC	Direction Nationale de Prévention et de Santé Communautaire
DNSFN	Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
DRS/DSVCO	Direction Régional de la santé/Direction de la santé de la ville de Conakry
GATPA	Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement
GIZ	Coopération Internationale Allemande
HP	Hôpital Préfectoral
HR	Hôpital Régional
INDICATEUR	Un indicateur est une variable, quantitative ou non, qui permet de mesurer les déterminants et les changements qui interviennent dans l'exécution des activités
INDICATEUR QUANTITATIF	Un indicateur quantitatif mesure les résultats visés au niveau de chaque domaine.
INDICATEUR QUALITATIF	Un indicateur qualitatif est destiné à évaluer la qualité des processus qui ont conduit aux résultats.

JHPIEGO	Programme Johns Hopkins pour l'éducation internationale en gynécologie et obstétrique. Un organisme international de santé sans but lucratif affilié à l'Université Johns Hopkins
MA	Monitoring Amélioré
MS	Ministère de la Santé
PASSP	Programme d'Amélioration des Services de Santé Primaire
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PCI	Prévention et Contrôle des Infections
PEV	Programme Elargie de Vaccination
PF	Planification Familiale
PROCEDURE	La procédure est la manière spécifique d'accomplir une activité
PROCESSUS	Des séries des activités chronologiques réalisées dans l'atteinte d'un résultat de qualité
PROTOCOLES DES SOINS	C'est un descriptif des techniques à appliquer et/ou des principes et des consignes à observer dans certaines situations et dans l'administration des soins/services.
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PVVIH	Personnes Vivants Avec le VIH
ARV	Antirétroviraux
SGP	Score Global de Performance
SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
SOE	Soins Obstétricaux Essentiels
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SSCQ	Le score attribué à un sous – critère qualité après évaluation et appréciation (0 ou 1)
SR	Santé de la Reproduction
SCQ	Score Critère Qualité
PSCQ	Pourcentage Score Critère Qualité
STQ^{qualité}	Score Total Qualité
STQ^{quantité}	Score Total Quantité
STANDARDS	<ul style="list-style-type: none"> • Un standard quantitatif est un point de repère par rapport auquel les résultats sont comparés afin de voir si le déterminant a été influencé ou non. • Un standard qualitatif, désigne un descriptif de référence qui décrit la manière dont les activités de production doivent être faites en matière de planification, d'organisation, d'évaluation et de réajustement.
USAID	United States Agency for International Development

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	5
2	PRESENTATION DES INDICATEURS RETENUS PAR DOMAINE ET DETERMINANTS POUR LES CENTRES DE SANTE.....	6
2.1	DETERMINANTS.....	6
2.2	LES INDICATEURS.....	7
2.3	LISTE DES INDICATEURS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS PAR DOMAINE ET DETERMINANT.....	7
3	DEMARCHED'ATTRIBUTIONDE SCOREAUXINDICATEURSQLIANTITATIFSETQUALITATIFS.....	10
3.1	Démarche d'attribution de score aux indicateurs quantitatifs.....	10
3.2	Démarche d'attribution de score aux indicateurs qualitatifs.....	12
4	DETERMINATIONDESPOPULATIONSD'ANNEEENCOURSDELAZONEDECOUVERTURE.....	16
5	METHODE DE CALCUL DES INDICATEURS QUANTITATIFS.....	18
5.1	DIMENSION 1 : GESTION ET RATIONALISATION DES RESSOURCES.....	18
5.2	DIMENSION 2 : OFFRE ET DEMANDE.....	21
5.3	DIMENSIONS 3 : PROMOTION DE LA SANTE ET REHABILITATION DES HANDICAPES ET INFIRMES.....	31
5.4	DIMENSION 4 : PREVENTION ET LUTTE CONTRE LA MALADIE.....	49
5.5	DIMENSION 5 : GOUVERNANCE ET LEADERSHIP.....	63
6	BUDGETISATION.....	72
6.1	RAPPEL DES TEXTES ET INSTRUCTIONS.....	72
6.2	ETAPE D'ELABORATION DU BUDGET DU CENTRE DE SANTE.....	72
6.3	ETAPE D'EXECUTION DU BUDGET.....	85
6.4	ETAPE DE SUIVI EVALUATION DU BUDGET DU CENTRE DE SANTE.....	86
7	ANNEXES.....	91
7.1	Fiche d'enquête de satisfaction des clients.....	92
7.2	Fiche d'évaluation du 5s.....	93

TABLEAUX

Tableau 1: Liste des indicateurs quantitatifs par domaine et déterminant	7
Tableau 2: Echelle de scoring du MA (indicateurs progressifs)	10
Tableau 3: Echelle de scoring du MA (indicateurs régressifs)	11
Tableau 4: Echelle de scoring du MA (indicateurs qualitatifs)	13
Tableau 5: Détermination des populations de l'année en cours de la zone de couverture	16
Tableau 6: Tableau de calcul de la population ayant accès aux soins curatifs.....	17
Tableau 7: Récapitulatif du calcul de l'excédent budgétaire Juillet	75
Tableau 8: Récapitulatif du calcul de l'excédent budgétaire Janvier	77
Tableau 9: Récapitulatif du calcul de la somme à budgétiser Monitoring Juillet.....	84
Tableau 10: Récapitulatif du calcul de la somme à budgétiser Monitoring Janvier	84

1 INTRODUCTION

Pour calculer les indicateurs quantitatifs et qualitatifs de votre CS, vous devez vous servir de ce guide intitulé « Guide de remplissage des indicateurs quantitatifs et qualitatifs ».

Vous trouverez dans sa partie N° 2, la liste de tous les déterminants retenus par domaine ainsi que les indicateurs rattachés à chaque déterminant.

Dans sa partie N° 3, la démarche d'attribution de score de chaque type d'indicateur est expliquée avec des exemples concrets à l'appui.

Dans sa partie N° 4, la méthode de détermination de la population cible des différentes zones de couverture.

Dans sa partie N° 5, les différents types d'indicateurs sont présentés. On a par ailleurs pris soin de définir chaque indicateur et d'expliquer à quoi il sert. Pour vous permettre de le calculer, la formule de calcul vous est aussi proposée, les informations indispensables pour ce calcul ainsi que leurs sources.

Dans sa partie N°6, la partie budgétisation est abordée. Les différents niveaux (prévision, exécution et suivi) de la budgétisation sont présentés et les outils utilisés à chaque sont présentés.

La dernière partie N° 6, présente dans l'annexe quelques sources primaires de collecte des éléments de données pour le calcul de certains indicateurs.

2 PRESENTATION DES INDICATEURS RETENUS PAR DOMAINE ET DETERMINANTS POUR LES CENTRES DE SANTE

2.1 DETERMINANTS

Les déterminants sont les caractéristiques ou aspects que l'on se propose d'apprécier et qui ont une influence sur le fonctionnement de l'organisation.

A chaque déterminant correspondent des actions prioritaires du PNDS 2015 -2024 et du plan de relance 2015-2017.

Dans le cadre du MA des centres de santé, cinq (5) domaines et douze (12) déterminants ont été retenus :

1	Gestion et rationalisation des ressources
1.1	Financement (Gestion des ressources financières)
1.2	Développement des ressources humaines (Gestion des ressources humaines)
2	Offre et demande des services
2.1	Disponibilité des ressources (produits pharmaceutiques, outils de gestion, produits de PCI, transfusion sanguine)
2.2	Hygiène et prévention des infections (Gestion des déchets)
3	Promotion de la santé et réhabilitation des handicaps et infirmités
3.1	Suivi de la mère
3.2	Suivi de l'enfant
4	Prévention et lutte contre la maladie
4.1	Capacité de détection et de contrôle des épidémies
4.2	Prise en charge des urgences
4.3	Prise en charge des maladies transmissibles
5	Gouvernances et leadership
5.1	Processus institutionnel
5.2	Système d'information
5.3	Satisfaction des usagers
5 domaines et 12 déterminants	

2.2 LES INDICATEURS

L'évaluation des déterminants pour apprécier les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs se fait à l'aide des indicateurs.

Un indicateur est une variable, quantitative ou non, qui permet de mesurer les déterminants et les changements qui interviennent dans l'exécution des activités. Il peut être exprimé en valeur absolue, en taux, pourcentage ou en ratio.

Ces indicateurs vont vous aider à mesurer les résultats visés au niveau de chaque domaine.

2.3 LISTE DES INDICATEURS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS PAR DOMAINE ET DETERMINANT

Tableau 1: Liste des indicateurs quantitatifs par domaine et déterminant

Domaines / Dimensions	Déterminants / Aspects	N°	Indicateurs Quantitatifs	Indicateurs Qualitatifs (attentes/standards)
1. Gestion / Rationalisation des ressources	1.1. Financements (Gestion des ressources financières)	1	Pourcentage de couverture de dépenses incompressibles et autres dépenses par rapport à la somme à budgétiser	
		2	Indice de viabilité du centre de santé (conditions préalables : ordinogramme et tarification disponibles)	Les tarifs sont respectés et les prix sont abordables
	1.2. Développement des Ressources humaines (Gestion des ressources humaines)	3	Taux de présence au poste de travail	
2. Offre et Demande	2.1. Disponibilité (ce déterminant devrait également adresser la demande et l'offre)	4	Pourcentage de jours sans rupture de stock de produits pharmaceutiques utilisable	La disponibilité des médicaments essentiels est assurée.
		5	Pourcentage des premiers contacts ayant été traité selon l'ordinogramme (Consultation Primaire Curative) avec une qualité requise (couverture effective)	La consultation des premiers contacts est correctement assurée
	2.2. Hygiène et prévention des infections (Gestion des déchets)	6	Pourcentage d'unités du centre de santé respectant les normes et procédures d'élimination des déchets	Les normes et procédures de gestion des déchets biomédicaux sont appliquées
		7	Pourcentage des locaux du CS où sont appliqués les 5S	L'approche 5S est mise en œuvre correctement dans l'établissement
3. Promotion de la Santé et Réhabilitation des Handicapés et infirmités	3.1. Suivi de la Mère	8	Pourcentage de femmes en âge de procréer ayant bénéficié d'au moins 2 prestations PF y compris les méthodes à longue durée pendant la période avec une qualité requise (couverture effective).	Les prestations offertes en PF sont conformes aux normes et procédures en vigueur

Domaines / Dimensions	Déterminants / Aspects	N°	Indicateurs Quantitatifs	Indicateurs Qualitatifs (attentes/standards)
		9	Pourcentage de femmes cibles ayant eu quatre CPN dont une au 9 ^{ème} mois avec la qualité requise avant leur accouchement	Le suivi de la grossesse est assuré selon les normes et procédures en SR
		10	Pourcentage de femmes enceintes et post partum avec signes de danger référées à l'hôpital par les agents du centre de santé	
	3.2. Suivi de l'enfant	11	Pourcentage d'enfants de 0 à 11 mois complètement et correctement vaccinés avant leur premier anniversaire (couverture effective)	Les enfants de 0 à 11 mois sont complètement et correctement vaccinés avant leur premier anniversaire
4. Prévention et Lutte contre la Maladie	4.1. Capacités de détection de contrôle des épidémies et autres	12	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans pris en charge pour les pathologies dites traceurs (Diarrhée et IRA).	
		13	Pourcentage d'examens biologiques/TDR réalisés au niveau centre de santé par rapport aux maladies éligibles (Paludisme, VIH/PTME)	Chaque examen est effectué conformément aux modes opératoires
	4.2. Prise en charge des urgences médico-chirurgicales	14	Pourcentage d'accouchements assistés réalisés dans les centres de santé avec la qualité requise	Les accouchements au CS sont réalisés selon les normes et procédures en vigueur
	4.3. Prise en charge des Maladies transmissibles (MT)	15	Pourcentage de femmes enceintes et nouveau-nés de mère VIH+ pris en charge correctement avec les ARV	Les femmes séropositives et les nouveau-nés de mères séropositives bénéficient de la prise en charge avec la qualité requise
		16	Pourcentage de malades sélectionnés pour le dépistage tuberculeux parmi les premiers contacts de IRA	
	5. Gouvernance et Leadership	5.1. Processus institutionnel / Redevabilité	17	Proportion des réunions du COSAH tenues pendant la période
5.2 Système d'information Sanitaire et de gestion / Communication		18	Taux de complétude des rapports SNIS	
		19	Taux de promptitude des rapports SNIS	

Domaines / Dimensions	Déterminants / Aspects	N°	Indicateurs Quantitatifs	Indicateurs Qualitatifs (attentes/standards)
		20	Proportion des rapports mensuels analysés avec prise de décision	Tous les rapports mensuels sont analysés et suivi de décisions mises en œuvre
	5.3. Satisfaction des usagers	21	Pourcentage des usagers satisfaits des prestations de soins et de services du centre de santé	L'évaluation de la satisfaction des usagers du CS est menée de façon adéquate (respect des normes et procédures en vigueur)
5 Domaines, 12 Déterminants, 21 indicateurs quantitatifs et 14 indicateurs qualitatifs				

3 DEMARCHE D'ATTRIBUTION DE SCORE AUX INDICATEURS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS

3.1 Démarche d'attribution de score aux indicateurs quantitatifs

La cotation de l'indicateur quantitatif tiendra compte des objectifs nationaux fixés en termes de pourcentage/taux ou chiffre absolu dans le PNDS 2015 – 2024 ou autres documents des normes et procédures du Ministère de la santé (MS).

Un indicateur mesure le progrès en termes de résultats obtenus dans l'atteinte d'un objectif fixé pour améliorer une situation donnée. Cette amélioration peut s'apprécier par l'évolution des résultats obtenus par rapport à la norme ou l'objectif fixé. Elle peut aussi s'apprécier par des résultats qui régressent par rapport à la norme ou l'objectif à atteindre. Cela a amené l'équipe de rédaction du MA à catégoriser les résultats obtenus après calcul des indicateurs quantitatifs en deux (2) grands groupes afin de faciliter l'attribution du score à chaque indicateur quantitatif :

1. Les résultats en progression « positive » (par exemple : Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié, Taux d'utilisation du partogramme, Pourcentage des premiers contacts réalisés)
2. Les résultats en régression « positive » (par exemple : Taux des décès maternelles, Taux de mortalité du SIDA, Taux de mortalité du paludisme...)

Parmi les indicateurs progressifs et régressifs seuls les premiers types sont applicables dans les centres de santé.

3.1.1 Attribution des scores aux indicateurs quantitatifs de type progressif

Les résultats obtenus des indicateurs dans cette catégorie peuvent être en pourcentage/taux ou chiffre absolu.

Pour attribuer le score à un résultat en pourcentage ou taux, procédez comme suit :

1. Estimer le dénominateur ;
2. Calculer le numérateur en utilisant les outils appropriés (les fiches, registres, etc.) ;
3. Diviser le numérateur obtenu par le dénominateur (la cible) ;
4. Multiplier le résultat obtenu par 100, on obtient ainsi le résultat en pourcentage
5. Il s'agit de comparer ce résultat à la cible attendue.
6. Comme la cible n'est parfois pas 100%, pour connaître le pourcentage de résultat atteinte de la cible, il suffit de diviser le résultat obtenu par la cible et de multiplier par 100, on obtient alors le pourcentage d'atteinte de la cible.
7. En se référant à la cible respective pour l'indicateur calculé, identifier dans quelle proportion la cible est atteinte (voir tableau ci-dessous)
8. Attribuer à l'indicateur le score total quantité (**STQ^{quantité}**) qui correspond à cette fourchette

Tableau 2: Echelle de scoring du MA (indicateurs progressifs)

Pourcentage de résultat atteint de la cible	Définition	Cotation ou Score
0-24 ou >195	Le résultat obtenu est compris entre 0 et 24% ou est supérieur à 195% de la cible attendue	0
25-49 ou 175-194	Le résultat obtenu est compris entre 25 et 49% ou est compris entre 175% et 194% de la cible attendue	1
50-74 ou 150-174	Le résultat obtenu est compris entre 50 et 74% ou est compris entre 150% et 174% de la cible attendue	2
75-94 ou 105-149	Le résultat obtenu est compris entre 75 et 94% ou est compris entre 105% et 149% de la cible attendue	3
>95 ou 100-104	Le résultat obtenu est compris entre 95% et 104% de la cible attendue	4

Exemple 1 : indicateur progressif

Pour attribuer le score au **% des premiers (nouveaux) contacts réalisés** par le centre de santé pour le semestre écoulé, nous avons trouvé les données suivantes après exploitation du registre de consultation :

- Nombre total de premiers contacts attendus dans la période du centre de santé (dénominateur) = **1.543**
- Nombre total de premiers contacts enregistrés au centre de santé (numérateur) = **798**

Pour calculer le % des premiers contacts réalisés, la formule suivante est appliquée :

% de nouveaux contacts réalisés	$= \frac{\text{Nombre premiers contacts réalisés}}{\text{Nombre de premiers contacts attendus}} \times 100$	$= \text{-----}\%$
--	---	--------------------

En se basant sur cette formule, le résultat suivant est obtenu :

% de nouveaux contacts réalisés = 798 / 1.543 X 100 = **51%**

En classant ce résultat dans l'échelle de scoring du MA, on se retrouve dans la fourchette de 50% et 74%, qui correspond à un score quantité de « **2** ».

3.1.2 Attribution des scores aux indicateurs quantitatifs de type régressif

Les résultats obtenus des indicateurs de cette catégorie peuvent également être en pourcentage/taux ou chiffre absolu.

1. Estimer le dénominateur qui est généralement la cible ;
2. Calculer le numérateur en utilisant les outils appropriés (les fiches, registres, etc.) ;
3. Diviser le numérateur obtenu par le dénominateur estimé (la cible) ;
4. Multiplier le résultat obtenu par 100 ;
5. Diviser le résultat obtenu par l'objectif fixé ;
6. Comparer ce résultat à l'objectif fixé et attribuer le score total quantité (**STQ^{quantité}**) conformément au tableau ci-dessous :

Tableau 3: Echelle de scoring du MA (indicateurs régressifs)

Pourcentage de résultat atteint de la cible attendue	Définition	Cotation ou Score
>175	Le résultat obtenu est supérieur à 175% de la cible attendue	0
151-175	Le résultat obtenu est compris entre 151% et 175% de la cible attendue	1
126-150	Le résultat obtenu est compris entre 126 et 150% de la cible attendue	2
101-125	Le résultat obtenu est compris entre 101% et 125% de la cible attendue	3
0-100	Le résultat obtenu est compris entre 0% et 100% de la cible attendue	4

N.B. : Il existe aucun indicateur de type régressif dans le monitoring du CS dans cette édition

3.2 Démarche d'attribution de score aux indicateurs qualitatifs

Le Monitoring Amélioré évalue périodiquement les résultats obtenus à travers des indicateurs quantitatifs (21 pour le niveau CS) et les processus utilisés ou en place pour atteindre ces résultats au moyen d'indicateurs qualitatifs. Il est important de souligner que tous les indicateurs quantitatifs n'ont pas leurs correspondants en qualité. Pour les 21 indicateurs quantitatifs, 14 sont évalués qualitativement.

Ces deux types d'indicateurs sont associés à travers un identifiant unique qui est le numéro de chaque indicateur. Le même numéro est affecté à chacun de ces indicateurs évaluant la même activité menée. Par exemple, pour évaluer **les premiers contacts réalisés** pour la période monitorée, les deux indicateurs suivants sont utilisés :

- Indicateur quantitatif n°5 : **Pourcentage des premiers contacts ayant été traité selon l'ordinogramme (Consultation Primaire Curative) avec une qualité requise (couverture effective)**
- Indicateur qualitatif n°5 : **La consultation des 1ers contacts est correctement assurée**

N.B. : Le numéro d'identification c'est « 5 » dans les deux cas.

Dans ce document, pour chaque indicateur quantitatif présenté (définition, sources de vérification et méthode de calcul) avec un indicateur qualitatif correspondant, l'indicateur qualitatif correspondant est également présenté directement après. La présentation de chaque indicateur qualitatif comprend deux (2) parties :

1. Annonce de l'indicateur qualitatif sous la formulation d'une attente (résultats attendus)
2. Un tableau de quatre (4) colonnes :
 - La première colonne annonce les **critères qualité (processus clés)** par rapport à chaque indicateur qualitatif (attentes ou standards qualité) ;
 - La deuxième colonne annonce les **sous-critères qualité** par rapport à chaque critère qualité/processus clé ;
 - La troisième colonne annonce les **méthodes de vérification** à savoir Observation, Revue documentaires et Enquête/interview et **les sources de vérification** de chaque sous-critère ;
 - La dernière colonne permet l'appréciation de la réalisation de chaque sous-critère à travers l'attribution d'un score de qualité

Critères de qualité (processus clés)	Sous critères	Méthodes/sources de vérification	Score Sous Critère Qualité <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
1.	1.1		
	1.2		
2.	2.1		
3 ...	3.1		

De façon concrète, pour facilement exploiter le tableau d'indicateur qualitatif et attribuer le score à un sous – critère, nous vous conseillons la démarche suivante :

1. Recherchez l'indicateur qualitatif à travers son numéro d'identification ou celui de l'indicateur quantitatif correspondant de l'activité à évaluer ;
2. Analysez chaque critère qualité ou processus clé en suivant l'ordre chronologique (du premier au dernier). En guise de rappel, ces critères qualité sont organisés d'une manière logique qui respecte la roue de la qualité (DEMING) à savoir planifier, exécuter, évaluer et réagir.

3. Les éléments de la troisième colonne sur la méthode et la source de vérification vous serviront de référence des preuves pour faire une appréciation ou évaluation objective de chaque sous-critère ;
4. Évaluez les sous-critères correspondant à chaque critère/processus clé en vous posant la question suivante : « **Est-ce que vous avez respecté la réalisation correcte du sous-critère en question lors de l'exécution de critère qualité/processus clé identifié ?** ».
 - a) Si OUI, c'est-à-dire tous les éléments de sous-critère ont été réalisés de façon correcte avec la documentation appropriée, vous attribuez un « **1** » à ce sous-critère dans la huitième colonne. **Si la réalisation d'un élément manque, la note attribuée est automatiquement « 0 ».**
 - b) Si NON, c'est-à-dire rien n'a été fait pour réaliser le sous-critère en question, vous attribuez un zéro « **0** » à ce sous-critère dans la huitième colonne ;

Ce score de « **0** » ou « **1** » attribué à un sous – critère qualité est dénommé :

Score Sous – Critère Qualité (SSCQ)

5. Après l'attribution des scores aux sous-critères qualité (**SSCQ**), vous procédez au calcul du **Score Critère Qualité (SCQ)** de chaque critère qualité/processus clé apprécié ou évalué. Comme chaque critère qualité comporte un ou plusieurs sous critères qualité,

le SCQ est la somme des scores des sous critères qualité.

$$(\text{SCQ} = \sum \text{SSCQ}) ;$$

6. Après le calcul des scores des critères qualité (SCQ), procédez au calcul de Pourcentage score critère qualité (**PSCQ**) de réalisation des critères qualité. Le PSCQ est le rapport du nombre obtenu au SCQ au nombre total des sous-critères appréciés ou évalués multiplié par 100 :

$$(\text{PSCQ} = \frac{\text{SCQ}}{\text{NOMBRE TOTAL SOUS-CRITÈRES QUALITÉ}} \times 100)$$

7. Le pourcentage PSCQ obtenu sera comparé à l'échelle de scoring du MA ci-dessous pour attribuer les score total qualité (**STQ^{qualité}**) de l'attente qualité ou standard en question.

Tableau 4: Echelle de scoring du MA (indicateurs qualitatifs)

Pourcentage score critère qualité (PSCQ)	Définition	Score
≤24	Pourcentage inférieur ou égal à 24%	0
25-49	Pourcentage compris entre 25% et 49%	1
50-74	Pourcentage compris entre 50% et 75%	2
75-94	Pourcentage compris entre 75% et 94%	3
≥95	Pourcentage supérieur ou égal à 95% et 100%	4

- a) Si le pourcentage est inférieur ou égal à **24%**, le score totale qualité (**STQ^{qualité}**) pour ce critère qualité/processus clé est noté « **0** » ;
- b) Si le pourcentage est compris entre **25% et 49%**, le score totale qualité global (**STQ^{qualité}**) pour ce critère qualité/processus clé est noté « **1** » ;
- c) Si le pourcentage qualité est compris entre **50% et 75%**, le score totale qualité global (**STQ^{qualité}**) pour ce critère qualité/processus clé est noté « **2** » ;
- d) Si le pourcentage qualité est compris entre **75% et 94%**, le score totale qualité global (**STQ^{qualité}**) pour ce critère qualité/processus clé est noté « **3** » ;
- e) Et si le pourcentage qualité est compris entre **95% et 100%**, le score totale qualité global (**STQ^{qualité}**) pour ce critère qualité/processus clé est noté « **4** ».

Les étapes citées ci-dessus sont à répéter pour toutes attentes qualité/indicateurs qualitatifs à apprécier ou évaluer.

8. Après le calcul du score total qualité ($STQ^{qualité}$) de l'attente qualité (standard), procéder au calcul de score global (**SG**) obtenu par rapport à l'indicateur.

Le score global de l'activité évaluée est la somme des scores obtenus pour l'indicateur quantitatif et qualitatif : $SG = STQ^{quantité} + STQ^{qualité}$

Le score global du service est la somme des scores obtenus pour les indicateurs quantitatifs et qualitatifs : $SG = STQ^{quantité} + STQ^{qualité}$

NB : $STQ^{quantité}$ correspond au score (nombre) obtenu après l'évaluation de l'indicateur quantitatif

9. Enfin, vous devez calculer le score global de performance (**SGP**) de la structure. Pour y arriver, il s'agit de faire la somme de tous les scores globaux calculé pour chaque indicateur.

Le score global de performance (SGP) est la somme de tous les scores globaux (SG) obtenus : $SGP = \sum SG$

Pour apprécier le niveau de performance de la structure, vous devez comparer ce résultat au score de la performance globale souhaitée pour l'hôpital estimée à **292** points.

- Si la performance est comprise entre 0% et 24%, la performance est faible
- Si la performance est comprise entre 25% et 49%, la performance est acceptable
- Si la performance est comprise entre 50% et 74%, la performance est Bonne
- Si la performance est comprise entre 75% et 94%, la performance est très bonne
- Si la performance est comprise entre 95 % et 100%, la performance est excellente

Exemple Indicateur qualitatif n°5 : La consultation des 1ers contacts est correctement assurée

Pour évaluer et attribuer un score à la qualité de prise en charge des **premiers (nouveaux) contacts réalisés** dans un CS pour le semestre écoulé, nous devons analyser **chaque processus clé (critère)** à travers ses sous – critères qualité comme présenté ci-dessous dans le tableau d'indicateur. Il faut signaler que, cet indicateur qualitatif a sept (7) processus clés. **Mais pour cet exercice, seulement les deux (2) premiers processus clés sont concernés.**

Après l'évaluation des processus clés, les scores suivants ont été attribués aux différents sous – critères qualité.

Critères de qualité (processus clés)	Sous critères	Méthodes/sources de vérification (à réaliser par le prestataire, chef hiérarchique ou un agent pair)	Score Sous Critère Qualité OUI = 1 NON = 0
1. Accueil du client avec courtoisie	1.1. Le prestataire est en blouse réglementaire et propre avec sourire	L'évaluateur observe l'état de la blouse de tous les agents : <ul style="list-style-type: none"> • Réglementaire : <ul style="list-style-type: none"> ○ blouse longue atteignant les genoux (en prestation) ○ complet sous blouse souhaitable (dans l'enceinte de l'établissement) • Propreté : sans salissures (présence de taches), • Etat physique : sans déchirures • Couleur : <ul style="list-style-type: none"> ○ Bloc opératoire : bleu ou vert ○ Maternité : rose ○ Agent d'entretien : longue, bleu foncé Si l'un des éléments d'appréciation manque même sur un seul agent, la note est égale est zéro (0)	0
	1.2. Le client est accueilli par l'agent avec courtoisie	L'évaluateur apprécie l'accueil du client par : <ul style="list-style-type: none"> • observation directe : le client est accueilli par l'agent avec respect (l'agent se présente au client, invite le client à s'asseoir), sourire et salutation d'usage 	1

		<ul style="list-style-type: none"> ou simulation indirecte : l'évaluateur se présente à l'agent sans avertissement préalable et apprécie la qualité de l'accueil (respect, sourire et salutation d'usage) <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)</p>	
2. Enregistrement du patient à l'accueil	2.1. Les renseignements généraux du client sont portés dans le registre de consultation	L'évaluateur vérifie que tous les renseignements généraux sont inscrits dans le registre de consultation. <ul style="list-style-type: none"> toutes les colonnes et lignes sont totalement remplies pas de surcharge <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro(0)</p>	0
	2.2. L'intimité et la confidentialité sont respectées dans l'interrogatoire	L'évaluateur vérifie par observation directe de l'agent à la tâche que l'interrogatoire : <ul style="list-style-type: none"> se fait avec la personne seule et/ou son accompagnant par consentement du patient, la porte est fermée et les rideaux tirés Le paravent est placé devant la table de consultation <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)</p>	1
	2.3. Les motifs de consultation sont renseignés	L'évaluateur vérifie ou observe que les motifs de consultation sont mentionnés dans le registre de consultation et les carnets de soins (raisons de la visite ou plaintes)	1
	2.4. Les antécédents du client sont renseignés	L'évaluateur vérifie ou observe que les antécédents du client sont enregistrés dans le registre de consultation (maladies ou autres événements antérieurs)	0

Pour calculer les scores des deux processus clés, additionner les scores obtenus après l'évaluation des sous-critères qualité de chaque comme indiqué ci-dessous :

- Pour le processus clé/Critère 1 (**Accueil du client avec courtoisie**), les scores **0** et **1** ont été attribués à ses quatre sous – critères respectivement.

Le score critère qualité (SCQ) est donc égal à 0+1 = 1

- Pour le processus clé/Critère 2 (**Enregistrement du patient à l'accueil**), les scores **0**, **1**, **1** et **0** ont été attribués à ses deux sous – critères respectivement.

Le score critère qualité (SCQ) est donc égal à 0+1+1+0 = 2

Après le calcul des scores critères qualité (SCQ) des deux processus clés, il faut ensuite calculer le pourcentage des scores critères qualité. Le pourcentage des scores critères qualité est la somme des scores obtenus des deux processus clés/critères qualité divisée par le nombre total de sous – critères qualité évalués.

- La somme des deux critères qualité est donc égal à **1+2 = 3**
- Le nombre total des sous – critères qualité évalué égal à nombre total des sous – critères des processus clés (1 et 2).
- Le pourcentage des scores critères qualité (PSCQ) est donc égal à **3/6 x 100 = 50%**

Sur la base de ce résultat, utiliser l'échelle ci-dessous pour déterminer le score total qualité (STQ^{qualité}) :

- Si le pourcentage est inférieur ou égal à **24%**, le score totale qualité (STQ^{qualité}) pour ce critère qualité/processus clé est noté « **0** » ;
- Si le pourcentage est compris entre **25% et 49%**, le score totale qualité global (STQ^{qualité}) pour ce critère qualité/processus clé est noté « **1** » ;
- Si le pourcentage qualité est compris entre **50% et 75%**, le score totale qualité global (STQ^{qualité}) pour ce critère qualité/processus clé est noté « **2** » ;
- Si le pourcentage qualité est compris entre **75% et 94%**, le score totale qualité global (STQ^{qualité}) pour ce critère qualité/processus clé est noté « **3** » ;
- Et si le pourcentage qualité est compris entre **95% et 100%**, le score totale qualité global (STQ^{qualité}) pour ce critère qualité/processus clé est noté « **4** ».

En classant ce résultat dans l'échelle de scoring du MA, on se retrouve dans la fourchette de **50% à 74%**, qui correspond à un score total qualitatif de « **2** ».

4 DEERMINATION DES POPULATIONS DE L'ANNEE EN COURS DE LA ZONE DE COUVERTURE

Dans le monitoring habituel mené jusqu'à maintenant, la population cible est estimée en multipliant le chiffre de population de l'année précédente par le taux d'accroissement spécifique de la préfecture issu du dernier recensement officiel de la population.

En cas de non disponibilité du taux d'accroissement spécifique, il faut se référer au taux d'accroissement national en vigueur qui est de **1,031**.

Mode de calcul de la population totale de référence

Population = **PT** de l'année en cours * Taux accroissement spécifique de la préfecture ou avec le taux d'accroissement national **1.031**.

La population totale (**PT**) de votre zone de couverture n'a pas le même accès à vos prestations de services. Pour améliorer l'accessibilité aux soins préventifs et promotionnels, vous organisez des séances de stratégies avancées dans différents districts et villages selon l'approche "Atteindre Chaque District" (ACD). Vous allez ainsi déterminer la population qui a accès aux prestations.

Faites donc la liste de toutes les zones y compris celles à accès difficile avec leur population.

Le rapport de synthèse issu du CTPS est ensuite adressé à la DRS/DSVCO au plus tard le 15 août (monitorage de juillet) et avant le 15 février (monitorage de janvier), délais de rigueur.

Remarque importante : sur les pages prévues pour les nombres entiers, mettre des nombres entiers mais pas des pourcentages et vice versa.

Tableau 5: Détermination des populations de l'année en cours de la zone de couverture

N°	NOM DES ZONES (1)	Distance du district central en km (2)	POPULATION	
			Précédente (3)	Actualisée (4) = (3) x Taux. D'accroissement spécifique (TAS) ou Taux d'accroissement national
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
TOTAL DE POPULATION				

Si vous avez plus de 8 zones, veuillez prendre une autre feuille pour compléter.

Tableau 6: Tableau de calcul de la population ayant accès aux soins curatifs

ATTENTION : les populations ne doivent pas être comptées 2 fois

Centre de sante District, quartiers ou secteurs desservis par le centre de santé	Population	Poste de sante District, quartiers ou secteurs desservis par le poste de santé	Population
Total population desservis par le centre de santé= (A)		Total population desservis par le Poste de santé= (B)	
(A+B) = Populations ayant accès aux soins curatifs			

5 METHODE DE CALCUL DES INDICATEURS QUANTITATIFS

5.1 DIMENSION 1 : GESTION ET RATIONALISATION DES RESSOURCES

5.1.1 DETERMINANT 1.1: FINANCEMENT (GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES)

Indicateur quantitatif n°1: Pourcentage de couverture de dépenses incompressibles et autres dépenses par rapport à la somme à budgétiser

Définition :

Capacité du centre de santé à supporter ses charges de fonctionnement à partir de la somme à budgétiser.

Source d'informations :

- Budget du CS
- Factures des dépenses
- Registre des recettes
- RUMER
- Dons/Legs

Mode de calcul :

1. Faire la somme des dépenses incompressibles et autres dépenses (dépenses locales et banque)
2. Diviser le résultat par la somme à budgétiser (recettes totales des 6 derniers mois)
3. Multiplier le résultat par 100

<i>% de couverture de dépenses incompressibles et autres dépenses par le budget</i>	=	$\frac{\text{Montant des dépenses incompressibles et autres dépenses (dépenses locales et banque)}}{\text{Montant total du budget (recettes totales des 6 derniers mois)}} \times 100$	= ----- %
Norme : 80%			

NB : Pour les structures fonctionnelles, les dépenses incompressibles doivent être comprises entre 40 et 60 % des recettes totales ; 20 % pour les autres dépenses et 20 % pour le fonds de réserve (provisions)

Indicateur quantitatif n°2 : Indice de viabilité du centre de santé (conditions préalables : ordinogramme et tarification disponibles)

Définition :

C'est l'indice qui permet d'apprécier le degré de pérennisation du centre de santé. En comparant le prix moyen au coût moyen des soins, on peut apprécier le degré de pérennisation du centre de santé car, théoriquement le prix moyen doit être égal à environ 2 à 2.5. Si l'indice est :

- entre 2 et 2.5, le centre applique les normes et procédures de gestion
- supérieur à 2.5, le centre applique la sur-tarification des prestations et de soins
- inférieur à 2, le centre applique la sous-tarification des prestations et de soins qui peut rendre la structure déficitaire ou des gratuits

Sources d'informations :

- Relevé journalier de consommation des médicaments et OG
- RUMER
- Rapports d'activités
- Fiches de stocks
- Fiches de tarification
- Relevé bancaire
- Livre de caisse

Pour cela, il faut déterminer le prix moyen et coût moyen

Mode de calcul :

1. **Prix moyen**= Total recettes centre de santé+ postes de santé sur le total des actes réalisés par le CS et les postes de santé (premiers contacts, contacts ultérieurs, autres soins payants)
2. **Coût moyen**= Coût total des médicaments consommés + coût total des outils de gestion consommés sur le total des actes réalisés par le CS et les postes de santé (premiers contacts, contacts ultérieurs, autres soins payants)

<i>Indice de viabilité du centre de santé</i>	$= \frac{\text{Prix moyen des actes}}{\text{Coût moyen des actes}}$	= -----%
Norme : 2-2,5		

Indicateur qualitatif n°2 : Les tarifs sont respectés et les prix sont abordables

Critères de qualité (processus clés)	Sous critères	Méthodes/sources de vérification (à réaliser par le prestataire, chef hiérarchique ou un agent pair)	Score Sous Critère Qualité <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
1. Respect des directives de tarification en vigueur	1.1 Les tarifs officiels par acte sont affichés	<p>Le responsable de la structure ou l'évaluateur vérifie par observation que :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. les tarifs officiels par acte sont affichés dans un endroit visible. 2. les coefficients de tarification sont appliqués par items en dehors des médicaments gratuits <p>(coefficient de tarification : 1,5 pour les centres de santé urbains et 1,3 pour les centres de santé ruraux)</p> <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)</p>	
	1.2 Les médicaments sont prescrits de façon rationnelle selon les ordigrammes / algorithmes en vigueur	<p>Le prestataire, le responsable de la structure ou l'évaluateur vérifie par observation que :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. les ordigrammes / algorithmes sont disponibles (sur le bureau de prestataire) et utilisés 2. les médicaments sont prescrits de façon rationnelle et enregistrés dans les registres. <p>Pour la vérification, sélectionner 30 malades (soit 5 par mois) dans le registre CPC de la période monitorée et vérifier la concordance entre le diagnostic et la prescription</p> <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro(0)</p>	
	1.3 Les prix enregistrés et payés sont conformes aux tarifs en vigueur	<p>Le prestataire, le responsable de la structure ou l'évaluateur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. vérifie que parmi les 30 malades : <ul style="list-style-type: none"> • les prix sont enregistrés dans le registre de consultations et le cahier de dispensation journalière disponible au point de vente. • le montant payé pour la prestation est identique aux tarifs enregistrés dans le registre 2. ou observe que le prestataire à la tâche respecte le deux processus (1 et 2) ci-dessus 3. ou faire l'interview avec au moins 2 clients sur la tarification. <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)</p>	

Critères de qualité (processus clés)	Sous critères	Méthodes/sources de vérification (à réaliser par le prestataire, chef hiérarchique ou un agent pair)	Score Sous Critère Qualité <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
	1.4 Les outils de gestion des médicaments, des recettes et des dépenses sont bien tenus et archivés (RUMER et cahier de dépenses locales et livre de banque)	<p>Le prestataire, le responsable de la structure ou l'évaluateur vérifie par observation que :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. les outils de gestion des médicaments, des recettes et des dépenses sont disponibles et correctement remplis : <ul style="list-style-type: none"> • toutes les colonnes et lignes sont totalement remplies • pas de surcharge • les calculs sont exacts 2. les outils de gestion des médicaments, des recettes et des dépenses et archivés (RUMER et cahier de dépenses locales et livre de banque) <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)</p>	
	1.5 L'indice de viabilité est calculé et analysé	<p>Le prestataire, le responsable de la structure ou l'évaluateur vérifie par observation que :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. les fiches de collecte des consommations mensuelles des médicaments et outils de gestion sont disponibles au Centres de santé et Postes de santé 2. les consommations mensuelles des médicaments et outils de gestion sont enregistrées et valorisées 3. l'indice de viabilité est calculé, analysé et noté dans le fascicule de monitoring <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)</p>	
	1.6 Les mesures correctrices sont prises et les recommandations sont faites en direction des responsables et les autorités des différents niveaux	<p>Le prestataire, le responsable de la structure ou l'évaluateur observe que :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. les mesures prises et les recommandations sont faites en direction des autorités des différents niveaux 2. le mesures prises et les recommandations sont consignées dans le micro plan du fascicule de monitoring 3. le microplan est partagé à l'ensemble du personnel, responsables et autorités des différents niveaux et mis en œuvre. <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)</p>	

5.1.2 DETERMINANT 2.2: DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Indicateur quantitatif n°3 : Taux de présence au poste de travail

Définition :

Cet indicateur met en rapport le nombre total de jours de présence au poste de travail pour l'ensemble des agents du CS et PS et le nombre total de jours de présence théorique au poste de travail pour le même effectif.

Source d'information :

- Registre/Cahier de présence du personnel du CS et PS. Ce registre/cahier doit être disponible dans le CS et PS suivi par le comité de santé.
- Fichier du personnel du CS

Méthode de calcul :

1. Pour chaque agent du centre et poste de santé, additionner le nombre de jours de présence de la période
2. Déterminer le nombre total de jours de présence au poste de l'ensemble du personnel de la période
3. Diviser le nombre total de jours de présence au poste de l'ensemble du personnel de la période par le nombre total de jours ouvrables

<i>Taux de présence au poste</i>	$= \frac{\text{Somme des jours de présence justifiée de chaque agent}}{\text{Nombre total des jours ouvrables de la période}} \times \text{le nombre d'agents} \times 100$	= ----- %
Norme : 99 %		

NB :

- **Les jours fériés, les congés, maladies justifiées et permissions font partie des jours de présence**
- **26 jours ouvrables (du lundi au samedi)**

5.2 DIMENSION 2 : OFFRE ET DEMANDE

5.2.1 DETERMINANT 2.1 : DISPONIBILITE

Indicateur quantitatif n°4 : Pourcentage de jours sans rupture de stock de produits pharmaceutiques utilisable

Définition :

La disponibilité calculée en termes de jours sans rupture met en rapport le nombre de jours sans rupture de stock de produits pharmaceutiques et le nombre de journées potentielles (Nombre de jours de la période x nombre de produits).

Sources d'information :

- RUMER
- Fiches de stock
- Feuilles de calcul de disponibilité

Mode de calcul :

1. Rassembler les feuilles de dépouillement de la disponibilité des fiches de stocks de médicaments et faire la somme des jours de rupture constatés ;
2. Calculer le nombre de jours potentiels en multipliant la somme de tous les items par 181 pour le premier semestre et 184 pour le second semestre ;
3. Calculer le nombre de jours sans rupture en faisant la différence entre le nombre de journées potentielles et le nombre de jours de rupture ;

4. Diviser le nombre total de jours potentiels (181 pour le premier semestre et 184 pour le second semestre) de la période multiplier par le nombre total des items ;
5. Multiplier le résultat obtenu par 100.

<i>% de jours sans rupture de stock utilisable</i>	$= \frac{(\text{Nombre de jours de la période} \times \text{nbre de produits}) - (\text{Nombre cumulé de jours avec rupture de stock des produits pharmaceutiques})}{(\text{Nombre de jours de la période} \times \text{nombre d'items})} \times 100$	= ----- %
Norme : 95%		

Indicateur qualitatif n°4 : La disponibilité des médicaments essentiels est assurée.

Critères de qualité (processus clés)	Sous critères	Méthodes/sources de vérification (à réaliser par le prestataire, chef hiérarchique ou un agent pair)	Score Sous Critère Qualité <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
1. Analyse des estimations des besoins en produits pharmaceutiques essentiels	1.1. L'estimation des besoins en produits pharmaceutiques essentiels en fonction des consommations moyennes corrigées est faite par le pharmacien responsable	L'évaluateur/Prestataire vérifie sur toutes les fiches de stock et s'assure que l'estimation des besoins en produits pharmaceutiques essentiels est faite en fonction des consommations moyennes mensuelles corrigées. Si une seule fiche n'a pas la CMM calculée, le sous critère est zéro	
	1.2. Les estimations des besoins sont transmises à la Direction (cahier/registre de transmission disponible)	L'évaluateur/Prestataire vérifie et s'assure que : <ul style="list-style-type: none"> Le bon de commande est rempli et signé par la direction ; Chaque bon de commande est enregistré dans un cahier de transmission au grossiste. Si un des éléments ci dessus manquent, le sous critère est zéro	
2. Application correcte des procédures de commande	2.1. La commande est suivie et le délai respecté	L'évaluateur/Prestataire vérifie et s'assure que les commandes sont transmises et suivies (ordre de mission, email, contact téléphonique)	
	2.2. La procédure d'achat est documentée (factures, bons de livraison et réception signés)	L'évaluateur/Prestataire vérifie et s'assure que les photocopies des documents (des factures et bordereaux de livraison, PV de réception) sont archivées	
3. Respect des procédures de gestion de stock	3.1. Le contrôle qualité des produits pharmaceutiques essentiels reçus est fait	L'évaluateur/Prestataire vérifie la concordance entre les commandes et les livraisons de la période. Les éléments à vérifier : <ul style="list-style-type: none"> Nature des produits pharmaceutiques essentiels commandés et livrés ; Quantité des produits pharmaceutiques essentiels commandés et livrés ; Couts des produits pharmaceutiques essentiels Si un des éléments ci dessus manquent, le sous critère est zéro	
	3.2. Les conditions de stockage des produits pharmaceutiques	L'évaluateur/Prestataire vérifie et s'assure que les produits et pharmaceutiques essentiels reçus sont stockés dans un endroit adapté : <ul style="list-style-type: none"> Aération ; Stockage par nature ; 	

Critères de qualité (processus clés)	Sous critères	Méthodes/sources de vérification (à réaliser par le prestataire, chef hiérarchique ou un agent pair)	Score Sous Critère Qualité <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
	essentiels sont bonnes	<ul style="list-style-type: none"> • Existence des palettes pour le stockage ; • Stockage en fonction de la date de péremption (1er arrivé, 1er sortie). <p><i>Si un des éléments si dessus manquent, le sous critère est zéro</i></p>	
4. Inventaire des produits pharmaceutiques essentiels est réalisé	4.1. Les fiches de stock des produits pharmaceutiques essentiels sont à jour	<p>L'évaluateur/Prestataire vérifie et s'assure que toutes les fiches de stocks sont à jour.</p> <p>Les éléments à vérifier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La date du début de la période et date de la fin de la période ; • Les rubriques sont remplies correctement (entrée, sortie, stock...); • L'inventaire est fait à la fin du mois pour chaque pharmaceutiques essentiels (arrêter au rouge). <p><i>Si un des éléments si dessus manquent, le sous critère est zéro</i></p>	
	4.2. Les pertes et détériorations des produits pharmaceutiques essentiels sont connues	<p>L'évaluateur/Prestataire vérifie et s'assure que les produits détériorés sont quantifiés, valorisés et notés dans un cahier ou registre :</p> <p>Les éléments à vérifier dans le registre/cahier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liste des produits pharmaceutiques essentiels ; • Nature de détérioration (cassés, coulés, périmés), • Les éléments de coût (Quantité, Prix unitaire et Prix total). <p><i>Si un des éléments si dessus manquent, le sous critère est zéro</i></p>	
	4.3. L'inventaire des produits et matériels PCI à la fin du semestre est disponible et valorisé	<p>L'évaluateur/Prestataire vérifie et s'assure que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La liste exhaustive des produits pharmaceutiques essentiels est disponible ; • Les éléments de cout (Quantité, Prix unitaire et Prix total) sont renseignés <p><i>Si un des éléments si dessus manquent, le sous critère est zéro.</i></p>	

5.2.2 DETERMINANT 2.1 : PRISE EN CHARGE GLOBALE

Indicateur quantitatif n°5 : Pourcentage des premiers contacts ayant été traités selon l'ordinogramme (Consultation Primaire Curative) avec une qualité requise (couverture effective)

Définition :

Proportion des premiers contacts obtenus à la couverture adéquate multipliée par le coefficient qualité (fraction obtenue après évaluation des critères qualité correspondants).

Pour calculer cet indicateur qui représente la couverture effective de la CPC, analyser les facteurs déterminants (population cible, disponibilité, accessibilité, utilisation et couverture adéquat) influençant l'indicateur comme indiqué dans le tableau suivant :

ETAPES A SUIVRE	SOUS INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MODE DE CALCUL
CALCULER LA POPULATION CIBLE	Nombre de personnes vivant dans la Sous-Préfecture	RGPH 2014 actualisée	Population de la sous-préfecture divisée par 2
CALCULER LA DISPONIBILITE	% de jours sans rupture de stock de médicaments essentiels	RUMER Feuilles de calcul de disponibilité Fiche de stock	Enumérer les jours avec rupture de stock à l'aide des outils (RUMER) et de la feuille consommation des ME, soustraire ce chiffre du nombre de jours de la période, multiplier par le nombre des ME et produits. $183 \times 70 = 12\ 810$) pour le monitoring de juillet et $184 \times 70 = 12\ 880$ pour le monitoring de Janvier, multiplier par 100
CALCULER L'ACCESSIBILITE	% de la population cible vivant dans un rayon de 10 km autour d'un CS et de 5 km autour d'un poste de santé intégré.	Carte sanitaire	Population cumulée vivant dans le rayon considéré, sans chevauchement Diviser par la population totale et Multiplier par 100
CALCULER L'UTILISATION	Nombre de premiers contacts de la période par rapport à la population cible (compter tous les premiers contacts)	Registre SNIS	Compter dans le registre SNIS le nombre de premiers contacts pendant la période, multiplier par 100, diviser par la population cible
CALCULER LA COUVERTURE ADEQUATE (CA)	% des premiers contacts enregistrés ayant reçu le traitement prescrit et payé le traitement au prix conformément à la tarification officielle.	Registre consultation Cahier de relevé journalier Tableau de tarification Feuille de calcul de CA et CE de la CPC	1) Sélectionner au hasard 5 malades par mois lors des six derniers mois (soit 30 malades). 2) Identifier ceux qui ont reçu le traitement prescrit et réglé le prix correct 3) diviser ce nombre par 30 et multiplier le résultat par le % d'utilisation

Comment calculer de la couverture effective (CE) de la CPC

Sources d'informations :

- Registre consultation
- Cahier de relevé journalier
- Tableau de tarification
- Feuille de calcul de CA et CE de la CPC

Modes de calcul :

1. Evaluer les critères qualité de la CPC pour calculer le coefficient qualité (CQ) ;
2. Calculer la couverture adéquate ;
3. Multiplier le pourcentage de la couverture adéquate par le coefficient qualité obtenu
4. Multiplier le résultat par 100

<i>Pourcentage des premiers contacts ayant été traités selon l'ordinogramme (Consultation Primaire Curative) avec une qualité requise</i>	<i>= Pourcentage de la couverture adéquate CPC obtenue X CQ X 100</i>	<i>= ---- %</i>
Norme : 100%		

Indicateur qualitatif n°5 : La consultation des premiers contacts est correctement assurée

Critères de qualité (processus clés)	Sous critères	Méthodes/sources de vérification (à réaliser par le prestataire, chef hiérarchique ou un agent pair)	Score Sous Critère Qualité OUI = 1 NON = 0
1. Accueil du client avec courtoisie	1.1 Le prestataire est en blouse réglementaire et propre	L'évaluateur observe l'état de la blouse de tous les agents : <ul style="list-style-type: none"> • Réglementaire : <ul style="list-style-type: none"> ○ blouse longue atteignant les genoux (en prestation) ○ complet sous blouse souhaitable (dans l'enceinte de l'établissement) • Propreté : sans salissures (présence de taches), • Etat physique : sans déchirures • Couleur : <ul style="list-style-type: none"> ○ Bloc opératoire : bleu ou vert ○ Maternité : rose ○ Agent d'entretien : longue, bleu foncé <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque même sur un seul agent, la note est égale est zéro (0)</p>	
	1.2 Le client est accueilli par l'agent avec courtoisie et sourire	L'évaluateur apprécie l'accueil du client par : <ul style="list-style-type: none"> • observation directe : le client est accueilli par l'agent avec respect (l'agent se présente au client, invite le client à s'asseoir), sourire et salutation d'usage • ou simulation indirecte : l'évaluateur se présente à l'agent sans avertissement préalable et apprécie la qualité de l'accueil (respect, sourire et salutation d'usage) <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)</p>	
2. Enregistrement du patient à l'accueil	2.1 Les renseignements généraux du client sont enregistrés dans le registre de consultation (CPC)	L'évaluateur vérifie que tous les renseignements généraux sont inscrits dans le registre de consultation. <ul style="list-style-type: none"> • toutes les colonnes et lignes sont totalement remplies • pas de surcharge <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro(0)</p>	
	2.2 L'intimité et la confidentialité sont respectées pendant l'interrogatoire	L'évaluateur vérifie par observation directe de l'agent à la tâche que l'interrogatoire : <ul style="list-style-type: none"> • se fait avec la personne seule et/ou son accompagnant par consentement du patient, • la porte est fermée et les rideaux tirés • Le paravent est placé devant la table de consultation <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)</p>	
	2.3 Les motifs de consultation sont renseignés dans le registre et le carnet de soins	L'évaluateur vérifie ou observe que les motifs de consultation sont mentionnés dans le registre de consultation et les carnets de soins (raisons de la visite ou plaintes)	

	2.4 Les antécédents du client sont renseignés dans le registre et le carnet de soins	L'évaluateur vérifie ou observe que les antécédents du client sont enregistrés dans le registre de consultation (maladies ou autres évènements antérieurs)	
3. Diagnostic de présomption conforme aux plaintes et examen physique, prescription des examens para cliniques	3.1 Le prestataire réalise l'interrogatoire du patient selon les normes	L'évaluateur observe que le prestataire interroge le patient sur : <ul style="list-style-type: none"> • les plaintes, • les antécédents notifiés • L'évolution de la maladie (durée) • Traitements antérieurs reçus Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro(0)	
	3.2 Le prestataire applique les mesures de protection individuelle	L'évaluateur observe que le prestataire porte la blouse réglementaire et les gants selon la technique de port de gants ou utilise de la solution hydro alcoolique ou l'eau et le savon avant et après l'examen physique	
	3.3 Le patient est installé sur la table de consultation adaptée et les paramètres généraux sont pris et enregistrés	L'évaluateur observe que : <ul style="list-style-type: none"> • la table d'examen est adaptée selon le type de prestation, • couverte de toile cirée, sans déchirure, propre, couverte d'une alèze (nettoyable ou jetable). • le patient est installé selon les motifs de consultation • les paramètres généraux sont pris : tension artérielle, pouls, température, poids, taille Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)	
	3.4 L'examen physique du malade est fait (examen de tous les appareils)	L'évaluateur observe que l'examen physique du malade est correctement fait (examen de tous les appareils) : <ul style="list-style-type: none"> • Inspection de l'état physique • La palpation des organes • La percussion thoracique et abdominale • L'auscultation pulmonaire et cardiaque Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)	
	3.5 Le prestataire pose un diagnostic de présomption conforme aux plaintes et au résultat de l'examen physique	L'évaluateur vérifie que le prestataire enregistre dans le registre de consultation : <ul style="list-style-type: none"> • le diagnostic de présomption • les résultats de l'examen physique • le diagnostic de présomption posé est conforme aux plaintes du malade et au résultat de son examen physique Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)	
	3.6 Les examens para cliniques sont prescrits conformément au diagnostic de présomption et aux résultats de l'examen physique	L'évaluateur vérifie dans le Registre de consultation que les examens para cliniques demandés sont conformes au diagnostic de présomption	
4. Traitement conforme aux résultats des examens cliniques et para cliniques	4.1 Le prestataire pose un diagnostic définitif	L'évaluateur vérifie dans le Registre de consultation que le diagnostic définitif posé consigné dans le registre est conforme aux plaintes du malade, à son examen physique et aux résultats des examens para cliniques	
	4.2 Le prestataire informe le malade sur sa pathologie et lui donne des conseils	L'évaluateur observe que le prestataire informe et conseille le malade sur sa pathologie et que ce dernier a fait un feedback ou vérifie dans le registre de consultation des conseils donnés.	

	4.3 Le prestataire prescrit un traitement conformément au diagnostic définitif retenu	L'évaluateur vérifie dans le Registre de consultation que le traitement prescrit au malade est conforme au diagnostic définitif posé	
	4.4 Le traitement est conforme aux protocoles (ordinogrammes/algorithmes)	L'évaluateur vérifie dans le Registre de consultation que le traitement prescrit est conforme au protocole de prise en charge en vigueur (ordinogrammes/algorithmes)	
5. Suivi du traitement	5.1 Le prestataire donne un rendez-vous au patient	L'évaluateur vérifie dans le registre ou carnet de soins que le rendez-vous de suivi du traitement est donné au malade.	
	5.2 Le prestataire donne des conseils au malade pour le traitement	L'évaluateur observe que le prestataire donne des conseils surs : <ul style="list-style-type: none"> • la prise des médicaments, • les effets indésirables secondaires • et les interdits pendant le traitement. <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)</p>	
6. Sortie du Patient	6.1 Le prestataire rassure le patient de sa disponibilité pour les prochaines consultations	L'évaluateur observe que le prestataire a remercié le patient et l'a rassuré de sa disponibilité pour les prochaines consultations	

5.2.3 DETERMINANT 2.2 : HYGIENE ET GESTION DES DECHETS

Indicateur quantitatif 6 : Pourcentage d'unités du centre ayant un dispositif de gestion des déchets biomédicaux

Définition :

Cet indicateur renseigne sur le nombre d'unités du CS ayant un dispositif de gestion des déchets biomédicaux, à savoir les poubelles (pour déchets contaminés, déchets généraux, déchets coupant et piquants, déchets liquides), matériel de protection (gants, bottes, lunettes, bavettes), moyen de transport (seaux, brouettes), de stockage (espace fermé à cadenas et aéré) et l'équipement d'élimination (incinérateur ou équivalent, fausse à déchets ou un contrat d'élimination) durant la période monitorée.

Source d'information :

- L'entretien avec les responsables des structures (directeur et chefs de service) ;
- L'observation directe du dispositif ;
- Le contrat d'élimination des déchets généraux.

Mode de calcul

1. Compter le nombre total d'unités du CS durant la période monitorée
2. Compter le nombre d'unités ayant le dispositif de gestion des déchets biomédicaux (tri, poubelles, matériel de transport pour le stockage final) durant la période monitorée
3. Diviser le nombre d'unités ayant le dispositif de gestion des déchets biomédicaux durant la période monitorée par le nombre total d'unités disponibles au CS durant la période monitorée
4. Multiplier le résultat par 100

<i>Pourcentage de services ayant un dispositif de gestion des déchets biomédicaux</i>	$\frac{\text{Nombre d'unités ayant le dispositif de gestion des déchets biomédicaux durant la période monitorée}}{\text{Nombre total d'unités de du CS durant la période monitorée}} \times 100$	= ---%
Norme	100%	

NB : Dispositif complet pour les unités comprend :

1. **Les poubelles étiquetées pour le tri des déchets biomédicaux ;**
2. **Matériel pour le transport sécurisé : pour déchets coupants et piquants, pour déchets contaminés mous (les gants coton matériel à usage unique etc.), les flacons vides ;**

3. Stockage et élimination finale au niveau de la direction.

Indicateur qualitatif n°6 : Les normes et procédures de gestion des déchets biomédicaux sont appliquées

Critères de qualité (processus clés)	Sous critères	Méthodes/sources de vérification (à réaliser par le prestataire, chef hiérarchique ou un agent pair)	Score Sous Critère Qualité <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
1. Protection lors de la manipulation des déchets	1.1. Le port du matériel de protection est respecté selon l'activité dans la gestion des déchets	L'évaluateur/le prestataire observe que le port du matériel de protection est respecté par les agents d'entretien de chaque unité : (Gants de ménage, chaussures fermées/bottes, bavettes, blouses/tablier).	
2. Triage des déchets selon la procédure en vigueur et leur regroupement dans les emballages	2.1. Les poubelles pour les déchets contaminés coupants et piquants sont disponibles	L'évaluateur/le prestataire observe que les poubelles des déchets coupants et piquants (boîtes de sécurité) sont disponibles et remplies au ¾ maximum dans toutes les unités de soins.	
	2.2. Les poubelles pour les déchets contaminés mous indigérables sont étiquetées et disponibles	L'évaluateur/le prestataire observe que les poubelles des déchets contaminés mous incinérables (gants, coton, compresse, autres éléments de pansement) sont disponibles et étiquetées dans toutes les unités de soins.	
	2.3. Les poubelles pour les déchets dangereux sont étiquetées disponibles	L'évaluateur/le prestataire observe que les poubelles des déchets dangereux (flacons vides des produits pharmaceutiques injectables...) sont étiquetées et utilisées et remplies au ¾ maximum dans tous les services de soins.	
	2.4. Les poubelles des déchets généraux sont étiquetées et disponibles	L'évaluateur/le prestataire observe que les poubelles des déchets généraux (emballages des produits, les papiers utilisés...) sont étiquetées et utilisées (remplies au ¾ maximum) dans toutes les unités de soins.	
	2.5. Les poubelles pour les déchets alimentaires sont disponibles et étiquetées	L'évaluateur/le prestataire observe que les poubelles des déchets alimentaires sont étiquetées et utilisées (remplies au ¾ maximum) au niveau de la restauration.	
3. Transport de façon sécuritaire jusqu'à l'entreposage final des déchets	3.1. Les déchets contaminés liquides sont transportés dans les récipients fermés	L'évaluateur/le prestataire observe que les déchets contaminés liquides sont : <ul style="list-style-type: none"> • Transportés dans des récipients fermés ; • Remplies au ¾ maximum) dans les unités (chirurgie, maternité, laboratoire et imagerie). Si une fiche de contre référence n'est pas transmise la note est égale à zéro (0).	
	3.2. Les déchets coupants et piquants sont transportés dans les récipients solides qu'on ne peut pas perforer	L'évaluateur/le prestataire observe que les poubelles des déchets coupants et piquants sont transportées dans des récipients solides (boîtes de sécurité) qu'on ne peut pas perforer (remplies au ¾ maximum).	
	3.3. Les déchets généraux sont transportés dans les récipients couverts bien ajustés	L'évaluateur/le prestataire observe que les déchets généraux sont transportés dans les récipients couverts bien ajustés (remplies au ¾ maximum).	

Critères de qualité (processus clés)	Sous critères	Méthodes/sources de vérification (à réaliser par le prestataire, chef hiérarchique ou un agent pair)	Score Sous Critère Qualité OUI = 1 NON = 0
4. Elimination des déchets selon les protocoles de gestion des différents types de déchets en vigueur	4.1. Les déchets coupants et piquants contaminés sont éliminés par incinération	L'évaluateur/le prestataire observe qu'au niveau de l'incinérateur que les déchets coupants et piquants contaminés sont éliminés par incinération périodiquement.	
	4.2. Les déchets mous contaminés sont éliminés par incinération dans un fut préparé à cet effet	L'évaluateur/le prestataire observe que les déchets mous contaminés sont incinérés dans un fut au quotidien et la cendre placée dans une fosse aménagée à cet effet.	
	4.3. Les déchets liquides sont éliminés dans les fosses/vidoirs préparées à cet effet	L'évaluateur/le prestataire observe que les déchets liquides sont éliminés au niveau des fosses/vidoirs aménagées le plus près possible du lieu de production : <ul style="list-style-type: none"> Déchets liquides du laboratoire, maternité, petite chirurgie dans les vidoirs des unités ; Déchets liquides et petites pièces anatomiques dans la fosse à déchets pour le bloc opératoire. 	
	4.4. Les déchets généraux sont éliminés par les filières de déchets généraux de la ville	L'évaluateur/le prestataire observe que les déchets généraux des unités sont regroupés dans les grandes poubelles des déchets généraux de la cour <ul style="list-style-type: none"> Les déchets généraux de la cour sont éliminés par les filières de déchets de la ville ; Les déchets alimentaires ou le reste des repas des malades sont à ramener dans les familles. 	

Indicateur quantitatif n°7 : Pourcentage des locaux du CS où sont appliqués les 5S

Définition :

Cet indicateur permet d'évaluer l'application des 5S dans les différentes unités du centre de santé (**triage, arrangement et étiquetage du matériel et équipement**) ainsi que la propreté (**nettoyage, salubrité**).

NB : dans un premier temps, seuls les trois premiers S sont évalués

Source d'information :

Observation directe

Mode de calcul

- Compter le nombre d'unités du CS y compris la Direction et les magasins
- Identifier les services qui appliquent les 5S
- Diviser le nombre de service qui applique les 5S par le nombre total de service
- Multiplier le résultat obtenu par 100

Taux de mise en œuvre des 5S	=	$\frac{\text{Nombre d'unités qui appliquent les 5S}}{\text{Nombre d'unités du CS y compris la Direction et les magasins}} \times 100$	= ----- %
Norme		100%	

Indicateur qualitatif n°7 : L'approche 5S est mise en œuvre correctement dans l'établissement

Critères de qualité (processus clés)	Sous critères	Méthodes/sources de vérification (à réaliser par le prestataire, chef hiérarchique ou un agent pair)	Score Sous Critère Qualité OUI = 1 NON = 0
1. Séparation des objets utiles des objets inutiles (S1).	1.1. Tous les objets ou équipements dans les différents locaux sont triés par nature.	L'évaluateur/le prestataire observe chaque local du CS et s'assure que tous les objets utiles sont sélectionnés et séparés de ceux inutiles (dossiers des malades, matériels bureautiques. .)	
2. Arrangement et étiquetage de tous les objets après le tri (S2)	2.1. Les objets utiles triés sont rangés dans les espaces requis.	L'évaluateur/le prestataire observe que tous les objets utiles triés sont rangés selon leur fréquence d'utilisation dans des endroits appropriés (armoires, tiroirs, tables...)	
	2.2. Tous les objets rangés sont étiquetés.	L'évaluateur/le prestataire observe que tous les objets ou équipements utiles, rangés sont correctement étiquetés.	
	2.3. Les objets inutiles sont dégagés pour avoir de l'espace.	L'évaluateur/le prestataire observe que tous les objets ou équipements inutiles sont dégagés et éliminés de l'hôpital.	
3. Nettoyages exhaustifs des locaux et leurs contenus (S3)	3.1. Le plancher est bien nettoyé.	L'évaluateur/le prestataire observe que le plancher des locaux y compris les toilettes sont proprement et régulièrement nettoyés.	
	3.2. Les murs, le plafond, les armoires, les tables, les chaises ... sont bien nettoyés.	L'évaluateur/le prestataire observe que : les murs, le plafond, les armoires, les tables, les chaises et autres équipements ... sont nettoyés régulièrement (dessus et dessous).	
	3.3. L'alentour (avant et arrière) des locaux est bien nettoyé.	Le chef de service vérifie et s'assure que l'alentour (avant et arrière) des locaux est nettoyé et débarrassé de tout déchet.	
4. Le comité 5S est fonctionnel	4.1. Un comité/point focal 5S est mis en place.	L'évaluateur/le prestataire vérifie l'existence de la note de service mettant en place le comité/points focaux 5S.	
	4.2. Le comité 5S a élaboré un plan d'amélioration.	L'évaluateur/le prestataire vérifie que le plan d'amélioration concernant les insuffisances dans l'application des 5S est élaboré, disponible et archivé.	
	4.3. Le suivi du plan d'amélioration est fait.	L'évaluateur/le prestataire observe et vérifie que le suivi du plan d'amélioration est fait au cours des supervisions et/ou lors des réunions mensuelles (CMC)	

5.3 DIMENSIONS 3 : PROMOTION DE LA SANTE ET REHABILITATION DES HANDICAPES ET INFIRMITES

5.3.1 DETERMINANT 3.1 : SUIVI DE LA MERE

Indicateur quantitatif n°8 : Pourcentage de femmes en âge de procréer ayant bénéficié d'au moins 2 prestations PF y compris les méthodes à longue durée pendant la période avec une qualité requise (couverture effective)

Définition : Pourcentage de femmes en âge de procréer ayant bénéficié d'au moins 2 prestations PF y compris les méthodes à longue durée pendant la période d'utilisation considérée multipliée par le coefficient qualité (fraction obtenue après évaluation des critères qualité correspondants). La cible en PF est égale à 6% de la population totale de la Sous-Préfecture (Population totale de la sous-préfecture X 0,06).

Pour calculer cet indicateur qui représente la couverture effective de PF, analyser les déterminants (population cible, disponibilité, accessibilité, utilisation et couverture adéquate) influençant l'indicateur comme indiquée dans le tableau suivant :

ETAPES A SUIVRE	SOUS INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MODE DE CALCUL
CALCULER LA POPULATION CIBLE	30% des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) habitant dans la S/Préfecture	DPS/DCS	Population totale de la Sous-Préfecture Multiplier par 0,06
CALCULER LA DISPONIBILITE	% de jours sans rupture d'éléments (9 éléments) - Ovrette/Microlut - Lofemenal/ Microgynon - Depo-provera/sayana presse - Condoms - Implant (jadelle) - DIU - Collier du cycle - Fiche de stock - Présence de l'agent formé	RUMER Fiche de stocks Cahier de présence du personnel	1) Enumérer le nombre de jours avec rupture d'éléments à l'aide du RUMER 2) Soustraire ce nombre de 1638 ou 1656 (nombre de jours /éléments de la période) selon qu'il s'agit du monitoring de juillet ou de janvier 3) Diviser le résultat par le nombre de jours/éléments de la période et multiplier par 100
CALCULER L'ACCESSIBILITE	% de la population vivant dans un rayon de 5 km autour d'un CS menant des activités de PF, 2 km autour d'un point de stratégie avancée efficace pour CPN et les villages sans stratégies avancées où interviennent les AC	Carte sanitaire, chef de centre, comité de santé et d'hygiène publique, agents communautaires	Population cumulée dans les rayons considérés, Divisée par la population totale, Multiplier par 100
CALCULER L'UTILISATION	% de la population cible ayant bénéficié d'au moins une prestation de PF pendant la période d'utilisation considérée Monitoring Juillet. : 01/01 – 30/06 Monitoring Janvier : 01/07 – 31/12	Fiche de consultation en PF	1) Sélectionner parmi les fiches de PF, celles des clientes qui ont consulté au moins une fois au cours de la période considérée (nouvelles +anciennes) 2) Diviser ce nombre par la population cible et multiplier par 100
CALCULER LA COUVERTURE ADEQUATE	Pourcentage de la population cible ayant bénéficié d'au moins 2 prestations PF Pour la période considérée Monitoring de Juillet 01 Janv.-30 Juin Monitoring de Janvier 01 juillet – 31 Décembre	Fiches PF Registre PF	1) Parmi les fiches des femmes ayant utilisé les services de PF au cours de la période 2) Sélectionner celles des clientes (anciennes et nouvelles) ayant consulté 2 fois au moins y compris les femmes sous la méthode à longue durée (une seule fois) 3) Entre le 1er Janvier et 30 Juin (monitoring Juillet) ou Entre le 01 juillet et le 31 décembre (monitoring Janvier)

ETAPES A SUIVRE	SOUS INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MODE DE CALCUL
			4) Diviser le résultat obtenu par la population cible 5) Et multiplier par 100

Comment calculer de la couverture effective de PF

Sources d'informations

- Fiches PF
- Registre de consultations stock physique des contraceptifs
- Fiches de stock
- Carte de rendez-vous

Mode de calcul :

1. Compter le nombre de femmes dans le registre de consultation qui ont fait au moins deux consultations (nouvelles plus anciennes) ;
2. Diviser le résultat par la population cible PF (0,06) ;
3. Multiplier le résultat par le coefficient qualité (CQ) après évaluation des sous – critères correspondants ;
4. Multiplier le résultat obtenu par 100

<i>Pourcentage de femmes en âge ayant bénéficié d'au moins 2 prestations PF pendant la période avec une qualité requise (couverture effective)</i>	= Pourcentage de la couverture adéquate PF X CQ X 100	= ----- %
Norme :		

Indicateur qualitatif n°8 : Les prestations offertes en PF sont conformes aux normes et procédures en vigueur

Critères de qualité (processus clés)	Sous critères	Méthodes/sources de vérification (à réaliser par le prestataire, chef hiérarchique ou un agent pair)	Score Sous Critère Qualité OUI = 1 NON = 0
1. Le prestataire accueille le patient avec courtoisie	1.1. Le prestataire doit être en tenue correcte avec sourire	<p>L'évaluateur observe l'état de la blouse de tous les agents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Règlementaire : <ul style="list-style-type: none"> ○ blouse longue atteignant les genoux (en prestation) ○ complet sous blouse souhaitable (dans l'enceinte de l'établissement) • Propreté : sans salissures (présence de taches), • Etat physique : sans déchirures • Couleur : <ul style="list-style-type: none"> ○ Maternité : rose ○ Agent d'entretien : longue, bleu foncé <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque même sur un seul agent, la note est égale est zéro (0)</p>	
	1.2. Le client est accueilli par l'agent avec courtoisie	<p>L'évaluateur apprécie l'accueil du client par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • observation directe : le client est accueilli par l'agent avec respect (l'agent se présente au client, invite le client à s'asseoir), sourire et salutation d'usage • ou simulation indirecte : l'évaluateur se présente à l'agent sans avertissement préalable et apprécie la 	

Critères de qualité (processus clés)	Sous critères	Méthodes/sources de vérification (à réaliser par le prestataire, chef hiérarchique ou un agent pair)	Score Sous Critère Qualité OUI = 1 NON = 0
		qualité de l'accueil (respect, sourire et salutation d'usage) Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)	
2. Enregistrement du client	2.1. Les renseignements généraux du client sont portés dans le registre de consultation PF	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie à travers un échantillonnage de 30 clientes que tous les renseignements généraux sont inscrits dans le registre de consultation PF/fiche. <ul style="list-style-type: none"> • toutes les colonnes et lignes sont totalement remplies • pas de surcharge Si l'un des éléments d'appréciation manque même pour une cliente, la note est égale est zéro (0)	
	2.2. L'intimité et la confidentialité sont respectées pendant l'interrogatoire	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie par observation directe de l'agent à la tâche que l'interrogatoire : <ul style="list-style-type: none"> • se fait avec la personne seule et/ou son accompagnant par consentement du patient, • la porte est fermée et les rideaux tirés • Le paravent est placé devant la table de consultation Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)	
	2.3. Les motifs de consultation sont renseignés dans le registre et fiches PF	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie par observation que les motifs de consultation sont mentionnés dans le registre de consultation et les fiches PF (raisons de la visite ou plaintes)	
	2.4. Les Antécédents du client sont renseignés dans le registre PF et fiches PF	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que les antécédents du client sont enregistrés dans le registre PF et fiches PF (parité/geste, effets secondaires ou autres événements antérieurs)	
	2.5. Les renseignements du client sont enregistrés	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement l'agent à la tâche ou par simulation que les renseignements de la cliente sont demandés et enregistrés sur la fiche PF et dans le registre.	
	2.6. Le point de vue du client sur la reproduction et ses besoins en PF est recueilli	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement l'agent à la tâche ou par simulation que le niveau de connaissance de la cliente et les besoins sur la PF sont demandés et notés sur la fiche PF/ registre ou observe directement l'agent à la tâche.	
	2.7. Les connaissances et les pratiques antérieures en PF sont évaluées	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement l'agent à la tâche ou par simulation que les pratiques antérieures en PF sont demandées et notées dans le registre et sur la fiche PF	
3. Informations correctes et présentation des méthodes de PF sur les différentes méthodes	3.1. Les techniques d'écoute attentive et active de la cliente sont utilisées (les questions ouvertes)	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que l'agent utilise les méthodes les techniques d'écoute attentives : <ul style="list-style-type: none"> • Pose les questions ouvertes du counseling PF • Accorde un temps d'écoute • Encourage la cliente à poursuivre la causerie • Mentionne les résultats dans le registre PF 	

Critères de qualité (processus clés)	Sous critères	Méthodes/sources de vérification (à réaliser par le prestataire, chef hiérarchique ou un agent pair)	Score Sous Critère Qualité OUI = 1 NON = 0
	3.2. Un langage que la cliente comprend est utilisé	Le prestataire ou l'évaluateur observe qu'un langage maîtrisé par la cliente est utilisé	
	3.3. La communication verbale et non verbale est utilisée	Le prestataire ou l'évaluateur observe que la communication verbale et non verbale est utilisée lors du counseling et notifié dans le registre : <ul style="list-style-type: none"> • Verbale : causerie interpersonnelle • Non verbale : utilisation des gestes, haussement de la tête 	
	3.4. Les questions et préoccupations de la cliente sont prises en compte	Le prestataire ou l'évaluateur observe que les questions et préoccupations de la cliente sont répondues et mentionnées dans le registre	
	3.5. Les aides visuelles sont utilisées lors du counseling	Le prestataire ou l'évaluateur observe que les aides visuelles existent et sont fonctionnelles : affiches, vents, dépliants	
	3.6. Les réponses de la cliente sont résumées par le prestataire	Le prestataire ou le responsable de la structure observe que les réponses de la cliente sont mentionnées dans le registre.	
	3.7. Les informations données par le prestataire sont répétées par la cliente	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que les informations données par le prestataire sont répétées par la cliente et notifiées dans le registre PF.	
	3.8. Les avantages, les effets secondaires, les limites et les coûts des méthodes existantes sont données	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que les avantages, les effets secondaires, les limites et les coûts sont donnés et existent dans les documents de protocole.	
	3.9. Les méthodes de contraception disponible dans la structure sont présentées	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que toutes les méthodes de contraception disponibles dans la structure sont présentées et affichées	
	3.10. Une méthode est librement choisie par la cliente	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que la méthode est choisie librement par la cliente et notifiée sur la fiche PF et dans le registre PF	
	3.11. Un counseling spécifique est réalisé sur la méthode choisie	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que le counseling spécifique sur la méthode choisie est faite et le contenu notifié sur la fiche PF et dans le registre PF	

Critères de qualité (processus clés)	Sous critères	Méthodes/sources de vérification (à réaliser par le prestataire, chef hiérarchique ou un agent pair)	Score Sous Critère Qualité OUI = 1 NON = 0
4. Examen physique et prise en charge (respect de la dignité humaine)	4.1. La probabilité d'une grossesse chez la cliente est écartée	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie qu'une probabilité de grossesse est écartée et mentionnée sur la fiche et le registre : <ul style="list-style-type: none"> • Interrogatoire sur la date des dernières règles • Consultation gynécologique 	
	4.2. Le counseling sur la prévention des IST/SIDA est donné par le prestataire	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que le counseling sur la prévention des IST/SIDA est donné et mentionné dans le registre et PF et fiche PF	
	4.3. Les risques des IST sont écartés	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que les risques des IST sont écartés et enregistrés : <ul style="list-style-type: none"> • Interrogatoire sur les IST • Consultation gynécologique 	
	4.4. Les IST sont prises en charge selon l'approche syndromique	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que la prise en charge des IST selon l'approche syndromique est faite avec présence de l'algorithme de prise en charge des IST et enregistrée sur la fiche PF et dans le registre CPC.	
	4.5. La méthode choisie est offerte à la cliente selon les procédures	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que la méthode choisie par la cliente est offerte et mentionnée dans le registre et sur la fiche PF. <ul style="list-style-type: none"> • la technique d'administration de la méthode choisie • le counseling sur la méthode (effets secondaires) • la durée d'action de la méthode 	
	4.6. Le suivi de la cliente est assuré par rapport à la méthode choisie (rendez-vous)	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que le rendez-vous pour le suivi de la cliente est donné selon la méthode choisie et mentionnée dans le registre et sur la fiche PF.	
5. Fiches correctement remplies, prescription et gestion des effets secondaires conforme à la fiche technique et à l'ordinogramme	5.1. Les outils de gestion de la PF sont bien remplis, tenus et archivés (fiches individuelles classées dans les échéanciers, cahiers/registres de PF, cahiers de causerie éducative et de counseling)	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que les outils de gestion PF sont bien remplis, tenus et archivés.	
	5.2. Les effets secondaires sont pris en charge	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que les effets secondaires sont pris en charge et notifiés sur la fiche PF et dans le registre PF	

Indicateur quantitatif n°9 : Pourcentage de femmes cibles ayant eu quatre CPN dont une au 9ème mois avec la qualité requise avant leur accouchement

Définition :

Pourcentage des femmes cibles « supposée accouchée » ayant eu au moins quatre CPN dont une au 9ème mois et deux injections de VAT (ou un rappel VAT), TPI et Supplément FAF avec la qualité requise (multipliée par le coefficient qualité après l'évaluation des sous – critères qualité correspondants). La population cible CPN est égale à la population totale X 0,045.

Pour calculer cet indicateur qui représente la couverture effective de la CPN, analyser les facteurs déterminants (population cible, disponibilité, accessibilité, utilisation et couverture adéquat) influençant l'indicateur comme indiquée dans le tableau suivant :

ETAPES A SUIVRE	SOUS INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MODE DE CALCUL
<u>CALCULER LA POPULATION CIBLE</u>	Pour le monitoring de juillet., Nombre de femmes supposées accoucher entre janvier et juin de l'année en cours Pour le monitoring de janvier., Nombre de femmes supposées accouchées entre juillet et décembre de l'année précédente	Données démographiques de la DPS	Population totale multipliée par 0,045 divisée par 2
<u>CALCULER LA DISPONIBILITE</u>	% de jours sans rupture de stock en FAF, SP, en vaccin Anti tétanique, en fiches CPN et avec présence d'un agent chargé de la CPN formé	<ul style="list-style-type: none"> • RUMER • Fiche de stock des fiches CPN • Fiche de stock de ME • Cahier de présence du personnel • Feuille de calcul de disponibilité pour la CPN 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Nombre de jours sans rupture d'éléments avec présence de l'agent CPN, 2) Multiplier par nombre d'éléments considérés, 3) Moins le nombre de jour de rupture, 4) Diviser par le nombre de jours éléments de la période considérée et multiplier par 100
<u>CALCULER L'ACCESSIBILITE</u>	% de la population cible vivant dans un rayon de 5 km d'un CS et de 2km d'un point de stratégie avancée efficace ou d'un poste de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Carte sanitaire • Information du comité de santé et d'hygiène • Calendrier de stratégie avancée 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Prendre la population cumulée dans les rayons considérés 2) Diviser par la population totale 3) Multiplier par 100
<u>CALCULER L'UTILISATION</u>	% de femmes cibles ayant eu au moins une CPN avant leur accouchement.	<ul style="list-style-type: none"> • Fiches prénatales. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sélectionner les fiches de chaque femme « supposée accouchée » pendant la période 2) Diviser le nombre obtenu par la population cible 3) Et multiplier par 100
<u>CALCULER LA COUVERTURE ADEQUATE</u>	% des femmes cibles « supposée accouchée » ayant eu au moins quatre CPN et deux injections de VAT (ou	<ul style="list-style-type: none"> • Fiches prénatales 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Parmi les fiches des femmes ayant utilisé les services de CPN, 2) Trier celles ayant eu au moins quatre CPN et deux injections

ETAPES A SUIVRE	SOUS INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MODE DE CALCUL
	un rappel VAT, TPI et Supplément FAF)		de VAT (ou un rappel VAT, TPI, FAF), 3) Diviser ce nombre par la population cible et multiplier par 100

Comment calcul de la couverture effective de la CPN

Sources d'informations :

- Carnet de santé
- Fiches CPN
- Fiches de stock
- Fiches de référence
- Cahiers de pointage
- Rapports
- CPN
- PTME

Mode de calcul :

1. Compter le nombre de fiches des femmes ayant réalisées au moins 4 CPN dont une au 9^{ème} mois avec deux injections de VAT (ou un rappel VAT), TPI et Supplément FAF avec la qualité requise ;
2. Diviser le résultat par la population cible en CPN (Population totale*0,045/2) ;
3. Multiplier le résultat par le coefficient qualité CPN (la fraction obtenue après évaluation des sous – critères correspondants) ;
4. Multiplier le résultat obtenu par 100.

<i>Pourcentage de femmes cibles ayant eu quatre CPN dont une au 9ème mois avant leur accouchement selon la qualité requise</i>	<i>= Pourcentage de la couverture adéquate CPN4 X CQ X 100</i>	<i>= ----- %</i>
Norme : 85%		

Indicateur qualitatif n°9 : Le suivi de la grossesse est assuré selon les normes et procédures en SR

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
1. Accueil, réception et enregistrement de la cliente	1.1 La cliente est accueillie avec courtoisie	<p>Le prestataire ou l'évaluateur observe que l'agent accueille la cliente avec sourire et courtoisie.</p> <p>L'évaluateur apprécie l'accueil du client par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • observation directe : le client est accueilli par l'agent avec respect (l'agent se présente au client, invite le client à s'asseoir), sourire et salutation d'usage • ou simulation indirecte : l'évaluateur se présente à l'agent sans avertissement préalable et apprécie la qualité de l'accueil (respect, sourire et salutation d'usage) <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)</p>	

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
	1.2 Les séances de causerie éducative sur les services disponibles pour les femmes enceintes sont organisées selon le calendrier	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que le calendrier existe, les séances de causerie éducative sur les services disponibles pour les femmes enceintes sont organisées et mentionnées dans le rapport et le cahier de causeries éducatives.	
	1.3 La cliente est orientée à l'unité CPN à temps	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que la cliente est orientée à l'unité CPN à temps et notifier dans le registre	
	1.4 Les renseignements de la cliente sont enregistrés dans les outils CPN	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie à travers un échantillonnage de 30 fiches CPN que tous les renseignements généraux sont inscrits dans la fiche <ul style="list-style-type: none"> • toutes les colonnes et lignes sont totalement remplies • pas de surcharge <i>Si l'un des éléments d'appréciation manque même pour une cliente, la note est égale est zéro (0)</i>	
	1.5 L'intimité et la confidentialité sont assurées dans l'interrogatoire	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie par observation directe de l'agent à la tâche que l'interrogatoire : <ul style="list-style-type: none"> • se fait avec la personne seule et/ou son accompagnant par consentement du patient, • la porte est fermée et les rideaux tirés • Le paravent est placé devant la table de consultation <i>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)</i>	
	1.6 Une évaluation initiale rapide est effectuée chez la femme enceinte lors de la prise de contact pour les besoins de référence (voir le contenu de la fiche CPN)	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie qu'une évaluation initiale rapide est effectuée chez la femme enceinte lors de la prise de contact pour les besoins de référence et notifiée sur la fiche et dans le registre : <ul style="list-style-type: none"> • saignement vaginale • difficulté respiratoire • fièvre, • maux de tête prononcée • vision trouble, • douleurs abdominale grave • douleur d'accouchement, • convulsion/perte de connaissance <i>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)</i>	
	1.7 L'état de santé de la femme enceinte est demandé par l'agent CPN à travers une écoute active (les informations personnelles, antécédents obstétricaux et médicaux, autres problèmes dont la	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que l'état de santé de la femme enceinte est demandé par l'agent CPN à travers l'écoute active, consigné dans le registre et sur la fiche : <ul style="list-style-type: none"> • les informations personnelles, antécédents obstétricaux et médicaux, autres problèmes dont la femme voudrait discuter 	

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
	femme voudrait discuter)		
2. Examen physique (respect de la dignité humaine)	2.1 L'examen physique général est réalisé selon les normes	<p>Le prestataire ou l'évaluateur vérifie/observe que l'examen physique général est réalisé selon les normes et mentionné dans le registre et sur la fiche :</p> <ul style="list-style-type: none"> • démarche de la femme • mouvements du fœtus, • propreté de la peau • état des conjonctives et des gencives, • état de la paume des mains paume, • TA, • examiner les seins • prise pouls et la température <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro(0)</p>	
	2.2 L'examen obstétrical est réalisé selon les normes	<p>Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que l'examen physique est réalisé selon les normes et procédures en SR et consigné dans le registre et sur la fiche CPN :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aide la femme à se mettre sur la table d'examen • met un oreiller/pagne sous sa tête • s'assure qu'elle reste couverte pendant l'examen, • inspecte l'abdomen, • mesure la hauteur utérine, • détermine la présentation du fœtus (à partir de 36 Semaine), • écoute les battements du cœur du fœtus (à partir de 20 semaines), • met des gants d'examen, • inspecte les parties génitales externes pour noter toute présence d'ulcérations, de blessures ou d'œdèmes, • inspecte l'orifice vaginal pour saignement et pertes vaginales anormales, • effectue le TV si nécessaire, • retire les gants et les met dans une solution de décontamination et les jette, • aide la patiente à descendre de la table d'examen, • se lave les mains et les sèche avec une serviette propre, • note tous les résultats pertinents dans le carnet de santé (CPN) de la femme) dans le registre et fiche CPN <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)</p>	
	2.3 La femme est informée des résultats essentiels de l'examen physique	<p>Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation de que la femme enceinte est informée des résultats de l'examen physique enregistrés dans le registre et la fiche CPN.</p>	

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
3. Faire les examens de laboratoire recommandés	3.1 Les tests de laboratoire en CPN sont prescrits	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que les examens sont prescrits et enregistrés dans les registres de laboratoire, la fiche CPN et le carnet de santé : <ul style="list-style-type: none"> • Hémoglobine, • détermination du groupe sanguin et Rhésus, • Glycémie, • Analyse d'urine pour détecter la présence d'albumine, • VDRL – TPHA pour déterminer le statut concernant la syphilis, test rapide du VIH 	
	3.2 L'agent CPN s'assure que les examens prescrits sont réalisés par la femme	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que les examens prescrits sont réalisés et enregistrés dans le carnet de santé et la fiche CPN	
	3.3 Les résultats des tests de laboratoire sont expliqués à la femme	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que les résultats des tests de laboratoire sont expliqués à la femme et consignés dans le registre du laboratoire et dans le carnet de santé.	
4. Prescription et traitement selon les résultats du laboratoire et les directives nationales	4.1 L'agent CPN fournit des médicaments selon le protocole	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que la femme enceinte a bien reçu les médicaments qui sont enregistrés dans la fiche, le registre et le carnet de santé : <ul style="list-style-type: none"> • Administre la 1ère dose de comprimés de SP (Sulfadoxine/ Pyriméthamine), en prise supervisée à partir de la 13^{ème} semaine (Si la femme n'est pas allergique, • Poursuivre l'administration de la SP tous les mois après la 1ere dose jusqu'à l'accouchement (si elle vomit dans les 30 minutes, il faut répéter la dose) 	
	4.2 L'agent CPN fournit les comprimés de fer/acide folique (FAF) à prendre une fois par jour au moment des repas jusqu'à la visite suivante	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que la femme enceinte a bien reçu les comprimés de FAF qui sont enregistrés dans la fiche, le registre et le carnet de santé à prendre une fois par jour au moment des repas jusqu'à la visite suivante.	
	4.3 L'agent CPN explique à la femme qu'elle doit commencer à prendre les comprimés de fer/ acide folique un jour après la prise de SP	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation si les explications données à la femme sont comprises et notifiées dans le registre ou par interview.	
	4.4 L'agent CPN explique les effets secondaires de la prise de comprimés de fer/ acide folique	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que si des explications sur les effets secondaires de la prise de comprimés de fer/ acide folique sont expliqués à la femme et notifiés dans le registre, fiche CPN et registre CPN.	

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
	4.5 L'agent CPN donne des conseils sur la nourriture riche en vitamines A et C, indique qu'il faut éviter le thé, le café et les colas	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que des conseils nutritionnels sont donnés et enregistrés dans un cahier de causeries éducatives <i>Source de la Vitamine A et C</i> : viandes, poissons, papaye, oranges, salade, lait etc.	
	4.6 L'agent CPN administre le vaccin antitétanique (VAT) en fonction du calendrier vaccinal national	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que le vaccin antitétanique (VAT) est administré à la femme enceinte et notifiée sur la fiche CPN, le registre et carnet de santé : <ul style="list-style-type: none"> • VAT 1 premier contact • VAT 2 un mois d'intervalle • RAPPEL si VAT2 est déjà administré avec inscription dans le carnet 	
	4.7 L'agent CPN prend en charge la femme séropositive selon les directives nationales du programme PTME	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que la prise en charge de la femme séropositive est effective et notifiée dans le carnet de santé, fiche CPN, fiche de prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> • Counseling post- test • Médicaments (ATRIPLA, COTRIMOXAZOLE,). 	
5. Elaboration avec la femme d'un plan de soins général et d'accouchement	5.1 L'agent CPN qualifié aide à déterminer/ prévoir le lieu de l'accouchement	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que le prestataire a déterminé le lieu probable de l'accouchement, informe la femme enceinte et notifie dans le plan d'accouchement et le carnet de santé.	
	5.2 L'agent CPN donne des informations à la femme sur les signes et symptômes du travail et sur le moment où elle doit se rendre au CS	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que la femme enceinte a été informé sur les signes et symptômes du travail, sur le moment où elle doit se rendre au CS et notifie dans le plan d'accouchement disponible. Ou par interview auprès de la femme enceinte.	
	5.3 L'agent CPN informe la femme enceinte sur les moyens de transports et les montants à pré-positionner avant l'accouchement d'urgence accessibles	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie/ par interview que la femme enceinte connaît les moyens de transports et les montants d'urgence à pré positionner et notifié dans le plan d'accouchement disponible.	
	5.4 L'agent CPN informe la femme sur les articles à rendre disponibles pour un accouchement sain et propre	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que les articles prévus pour un accouchement sain et propre sont disponibles et sont notifiés dans le plan d'accouchement. : <ul style="list-style-type: none"> • Sceaux • Pagnes • Savons • Serviettes • Layettes • Serviettes hygiéniques etc 	

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
	5.5 L'agent CPN identifie avec la femme enceinte la personne responsable de la prise de décision au cas où les complications se présentent à domicile	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie/interview que la femme enceinte a identifié la personne qui prendra la décision au cas où les complications se présentent à domicile et notifie dans le plan d'accouchement disponible. <ul style="list-style-type: none"> • Epoux • Parents proches • Voisins proches • Amies • Collaborateurs etc. 	
	5.6 L'agent CPN informe la femme enceinte sur les signes et symptômes de danger lors de la grossesse ou de l'accouchement	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie/interview que les signes et symptômes de danger lors de la grossesse ou de l'accouchement sont bien connus et mentionnés dans le plan d'accouchement : <ul style="list-style-type: none"> • Hémorragies • Mauvaise position du fœtus (transversale, siège,) • Gros fœtus • Procidence du bras • Travail prolongé • Fièvre élevée • Vertiges etc. 	
	5.7 L'agent CPN informe la femme enceinte sur les soins à donner au nouveau-né	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie/observe que les soins du nouveau-né sont faits et notifié dans le plan d'accouchement le carnet de santé et le registre d'accouchement. <ul style="list-style-type: none"> • Nettoyage du nouveau-né • Application de la pommade tétracycline • Allaitement immédiat 	
	5.8 L'agent CPN donne des conseils spécifiques à la femme enceinte	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie/ interview Que les conseils spécifiques (à savoir, repos, nutrition, hygiène, allaitement maternel, PF, post - partum) nécessaires sont connus, figurent dans le plan d'accouchement et notés dans le registre	
6. Suivi de la femme pendant les CPN dont une au 9eme mois	6.1 L'agent CPN donne les rendez-vous pour les CPN ordinaires planifiées avec la femme et reçue chaque fois qu'elle ressent les besoins	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que les rendez-vous pour les CPN ordinaires (avant la fin de la 16 ^{ème} semaine, entre le 24 ^{ème} et 28 ^{ème} , 32 ^{ème} , 36 ^{ème}) planifiées avec la femme et reçue chaque fois qu'elle ressent les besoins sont connus et notés sur la fiche CPN, le registre le carnet de santé.	
	6.2 L'agent CPN remplit correctement le carnet de santé et la fiche CPN de la femme	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie à travers un échantillonnage de 30 fiches CPN que tous les renseignements généraux sont inscrits dans la fiche <ul style="list-style-type: none"> • toutes les colonnes et lignes sont totalement remplies • pas de surcharge Si l'un des éléments d'appréciation manque même pour une cliente, la note est égale est zéro (0)	
	6.3 L'agent CPN administre à la femme le vaccin VAT 2 ou rappel,	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie/observe que la femme a reçu la MILDA, la vaccination en VAT 2 ou rappel et TPI4 et notifié sur la fiche CPN et le carnet de santé.	

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
	la TPI4 et donne la MILDA		
	6.4 L'agent CPN assure le suivi de la PTME de la femme	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que le suivi de la PTME de la femme est fait et mentionné dans le registre de suivi.	
	6.5 L'agent CPN assure la référence de la femme au besoin	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que la référence est faite au besoin et enregistré sur la fiche CPN et dans le carnet de santé	

Indicateur quantitatif n°10 : Pourcentage de femmes enceintes et post partum avec signes de danger référées à l'hôpital par les agents du centre de santé

Définition :

Le nombre de femmes enceintes, en travail et en post-partum (les 42 jours suivant l'accouchement) référées par le centre de santé à l'hôpital pour des complications obstétricales ou pour d'autres risques par rapport à l'ensemble des femmes enceintes et accouchées notifiées au centre de santé.

Sources d'informations :

- Fiches prénatales,
- Fiches de référence,
- Registres d'accouchements
- Registre CPC

Mode de calcul :

1. Compter le nombre de femmes enceintes, en travail, accouchées et post partum avec signe de danger référées vers l'hôpital
2. Diviser le résultat par le nombre total de femmes enceintes, en travail, accouchées et post-partum avec signe de danger reçues au CS pendant la période
3. Multiplier le résultat obtenu par 100

<i>Pourcentage de femmes enceintes et post partum avec signes de danger référées à l'hôpital par les agents du centre de santé</i>	=	<i>Nombre de femmes enceintes, en travail, accouchées et en post partum référées à l'hôpital</i>	X 100	= ----- %
		<i>Le nombre total de femmes enceintes, en travail, accouchées et en post partum reçues au CS pendant la période</i>		
Normes : 100%				

5.3.2 DETERMINANT 3.2 : SUIVI DE L'ENFANT

Indicateur quantitatif n°11 : Pourcentage d'enfants de 0 à 11 mois complètement et correctement vaccinés avant leur premier anniversaire (couverture effective)

Définition :

Pourcentage d'enfants cibles complètement vaccinés avant leur premier anniversaire et selon le calendrier vaccinal multipliée par le coefficient qualité (CQ) du PEV après l'évaluation des critères – qualité correspondants. La population cible du PEV est égale à la population totale X 0,04.

Pour calculer cet indicateur qui représente la couverture effective du PEV, analyser les facteurs déterminants (population cible, disponibilité, accessibilité, utilisation et couverture adéquat) influençant l'indicateur comme indiquée dans le tableau suivant :

ETAPES A SUIVRE	SOUS INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MODE DE CALCUL
CALCULER LA <u>POPULATION CIBLE</u>	Pour le monitoring de juillet, tous les enfants âgés de 0 à 11 mois au 30 juin. Pour le monitoring de janvier, tous les enfants âgés de 0 à 11 mois au 31 décembre.	DPS	Population Totale de la S/préfecture x 0,040 Divisée par 2
CALCULER LA <u>DISPONIBILITE</u>	% de temps sans rupture de vaccin du PEV (BCG, Polio, Penta, Rouvax, VAA, VAT), de fiche infantile, de matériel d'injection, réfrigérateur fonctionnel, et avec présence d'un agent vaccinateur, Fridge-Tag.	Fiche de stock de vaccin Fiches infantiles Matériel d'injection Feuille de calcul de disponibilité en vaccin et feuille de température.	1) Nombre de jours sans rupture de stock de vaccin, de fiches infantiles, feuille de température, de matériel d'injection et avec présence d'un agent vaccinateur 2) Diviser par le nombre total de jours/Eléments de la période et multiplier par 100 (voir feuille de calcul)
CALCULER L' <u>ACCESSIBILITE</u>	% de la population cible vivant soit dans un rayon de 10 km autour d'un CS soit dans un rayon de 5 km autour d'un point de stratégie avancée efficace (3 passages requis)	Carte sanitaire Information du chef de centre, Information du comité de Santé et d'hygiène	1) Population cumulée vivant dans les rayons considérés, 2) Divisée par la population totale
CALCULER L' <u>UTILISATION</u>	% des enfants cibles ayant reçu au moins une dose de vaccin avant le premier anniversaire	Fiche infantile Registre de stratégie avancée efficace (3 passages requis)	1) Compter les fiches d'enfants ayant eu leur premier anniversaire et à qui au moins une dose de vaccins a été administrée. 2) Diviser ce nombre par la population cible 3) Multiplier par 100
CALCULER LA <u>COUVERTURE ADEQUATE</u>	% d'enfants cibles complètement vaccinés avant leur premier anniversaire et selon le calendrier vaccinal	Fiche infantile Calendrier PEV	1) Parmi les fiches d'enfants où une dose a été administrée, trier celles d'enfants complètement vaccinés (BCG, PENTA3 et ROUVAX) selon le calendrier vaccinal. 2) Diviser ce nombre par la population cible et multiplier par 100.

Comment calcul de la couverture effective du PEV

Sources d'informations :

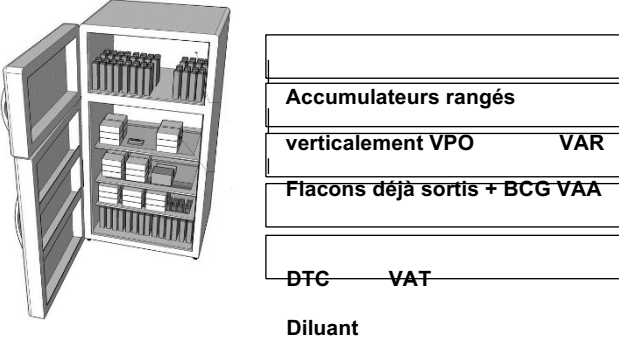
- Fiche infantile
- Calendrier de vaccination en stratégie avancée (SA)
- Feuille de calcul du score de qualité de la vaccination

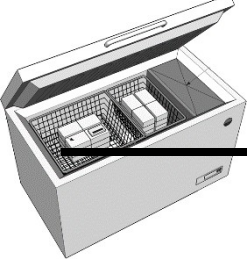
Mode de calcul :

1. Compter le nombre de fiches d'enfants complètement vaccinés (BCG, PENTA3 et ROUVAX) selon le calendrier vaccinal
2. Diviser le résultat par la population cible du PEV (0,040)
3. Multiplier le résultat par le coefficient qualité (CQ) du PEV après l'évaluation des critères qualité correspondants ;
4. Multiplier le résultat par 100

<i>Pourcentage d'enfants de 0 à 11 mois complètement et correctement vaccinés avant leur premier anniversaire</i>	<i>= Pourcentage de la couverture adéquate PEV X CQ X 100</i>	<i>= ----- %</i>
Normes : 95%		

Indicateur qualitatif n°11 : Les enfants de 0 à 11 mois sont complètement et correctement vaccinés avant leur premier anniversaire

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
1. Chaîne de froid/frigo fonctionnelle	1.1 La source d'énergie est assurée	Le prestataire ou l'évaluateur observe que la source d'énergie est fonctionnelle et le cahier de maintenance est rempli et à jour <ul style="list-style-type: none"> • Energie solaire • Energie électrique • Groupe électrogène 	
	1.2 La température de conservation est monitorée au quotidien (+2 à +8)	Le prestataire ou l'évaluateur observe la température du réfrigérateur est entre (+2 à +8) et vérifie si la feuille de température est quotidiennement remplie et à jour.	
	1.3 Les vaccins sont rangés par nature et par lots avec une fiche d'identification PCV au stade 1	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie/observe que les vaccins sont rangés par nature et par lots dans le frigo avec une fiche d'identification et les vaccins avec PCV au stade 1. Les vaccins sont rangés de la manière suivante : Pour les réfrigérateurs verticaux : 	

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
		Pour les réfrigérateurs horizontaux :  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>Accumulateurs à congeler</p> <p>Compartiment d'entreposage des Vaccins (la plupart des modèles ont des paniers qui DOIVENT être utilisés) Penta valent --- VAT/TD, BCG</p> <p>Vpo VAR VAA</p> </div>	
	1.4 La chaine de froid/frigo contient seulement les vaccins	Le prestataire ou l'évaluateur observe que la chaine de froid/frigo ne contient que seulement des vaccins	
	1.5 La fiche de monitoring de la température est remplie correctement au quotidien	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que la fiche de monitoring de la température est remplie correctement au quotidien et à jour.	
2. Identification de la population cible pour chaque type de vaccin	2.1 La population cible est calculée sur la base d'estimation nationale (la population couverte par la structure x par 0,04, soit 4%)	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que la population cible des enfants de 0 à 11 mois sur la base d'estimation nationale sont calculées, affichées et mentionnées dans le rapport	
3. Etablissement du rendez-vous vaccinal par enfant en fonction du calendrier national	3.1 A la naissance : BCG + Polio 0 sont administrés	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie dans les fiches infantiles /registre de vaccination ou observe directement l'agent à la tâche que le : BCG + Polio 0 sont administrés à la naissance et mentionnés sur la fiche infantile et dans le carnet de santé (de la naissance à 6 semaines)	
	3.2 A 6 semaines : PENTA1 + Polio 1, sont administrés	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie dans les fiches infantiles /registre de vaccination ou observe directement l'agent à la tâche que : le PENTA1 + Polio 1, sont administrés à 6 semaines et noté sur la fiche infantile et dans le carnet de santé	
	3.3 A 10 semaines : PENTA2 + Polio 2, sont administrés	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie dans les fiches infantiles /registre de vaccination ou observe directement l'agent à la tâche que : PENTA2 + Polio 2, sont administrés à 10 semaines de naissance et noté sur la fiche infantile et dans le carnet de santé	
	3.4 A 14 semaines : PENTA 3 + Polio 3, sont administrés	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie dans les fiches infantiles /registre de vaccination ou observe directement l'agent à la tâche que : PENTA 3 + Polio 3, sont administrés à 14 semaines de naissance et noté sur la fiche infantile et dans le carnet de santé	
	3.5 A 9 mois : Rougeole + Antiamaril, sont administrés	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie dans les fiches infantiles /registre de vaccination ou observe directement l'agent à la tâche que : Rougeole + Antiamaril, sont administrés à 9 mois et noté sur la fiche infantile et dans le carnet de santé	
	3.6 A 11 mois : le rattrapage vaccinal est fait	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie dans les fiches infantiles /registre de vaccination ou observe directement	

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
		l'agent à la tâche que le rattrapage vaccinal est fait à 11 mois, noté dans le cahier de rattrapage et le rapport	
4. Réalisation de la vaccination selon le calendrier	4.1 Le calendrier vaccinal est respecté par l'agent	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que l'administration des vaccins respecte le calendrier vaccinal affiché dans un endroit visible	
	4.2 Les mesures de prévention et contrôle des infections sont respectées	Le prestataire ou l'évaluateur observe que les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées et affichées <ul style="list-style-type: none"> • Lavage des mains • Port des gants • Port de blouse 	
	4.3 Les lieux et voies d'administration sont respectés	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que la technique vaccinale est maîtrisée et appliquée.	
	4.4 La dose de chaque vaccin est respectée	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que la dose de chaque vaccin est respectée.	
	4.5 Le principe « une seringue et une aiguille par injection » est appliqué	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation observe que le principe « une seringue et une aiguille par injection » est appliqué	
5. Réalisation de la vaccination en stratégie avancée	5.1 L'agent réalise la vaccination en stratégie avancée (SA)	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie ou observe que : <ul style="list-style-type: none"> • le programme de stratégie avancé validé par les autorités locales (maires, sous-préfets) est disponible et affiché dans un endroit visible • les outils de confirmation des sorties en stratégies avancées existent et archivés <ul style="list-style-type: none"> ○ ordre de mission signé et cacheté par les autorités locales ○ cahier de pointage de la vaccination en SA ○ rapport de vaccination en SA <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque même pour une cliente, la note est égale est zéro (0)</p>	
6. La gestion correcte des activités de la vaccination	6.1 Les outils de gestion de la vaccination sont disponibles	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que les outils de gestion de la vaccination sont disponibles en quantité avec stock maximum couvrant au moins 3 mois et mentionnés dans le registre des vaccins et d'inventaire : <ul style="list-style-type: none"> • Fiches infantiles • Registre des vaccins • Registre de vaccination • Cahier /registre de pointage • Courbe de monitoring journalier à jour • Registre d'inventaire des vaccins et consommables • Feuille de température • Fiche d'identification des vaccins • Cahier de recherche active des perdus de vu • Rapport PEV <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque même pour une cliente, la note est égale est zéro (0)</p>	

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
	6.2 Les carnets de santé, les fiches infantiles, les registres des vaccins, registre d'inventaire, feuille de température et les fiches de pointage sont correctement remplis	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie à travers un échantillonnage de 10 fiches PEV et les registres des vaccins pour 2 mois de la période que tous les renseignements sont inscrits : <ul style="list-style-type: none"> • toutes les colonnes et lignes sont totalement remplies • pas de surcharge <i>Si l'un des éléments d'appréciation manque même pour une cliente, la note est égale est zéro (0)</i>	
	6.3 Les fiches infantiles sont rangées selon le rendez-vous, dans l'échéancier	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que le classement des fiches infantiles dans l'échéancier est fait selon le rendez-vous et non selon les villages	
	6.4 Le taux de perte des vaccins est dans les limites acceptées par le programme national PEV	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que le taux de perte des vaccins est dans les limites acceptées par le programme en observant le tableau de suivi des taux de perte affiché ou recalculer par échantillonnage de 3 mois les taux de perte et les comparer aux normes. Normes : selon le PEV <ul style="list-style-type: none"> • BCG : 20% • VPO : 10% • VPI : 10% • PENTA VALENT : 5% • VAT : 10% • VAR : 20% • VAA : 20% <i>Si l'un des éléments d'appréciation dépasse les normes, la note est égale est zéro(0)</i>	
	6.5 Le taux d'abandon est dans les limites acceptées par le programme national PEV	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que les taux d'abandon de la vaccination entre les vaccins sont dans les limites acceptées par le programme en observant le tableau de suivi des taux d'abandon affiché ou recalculer par échantillonnage de 3 mois les taux d'abandon et les comparer aux normes. Normes : inférieur ou égale à 5% (Bon : vert), de 6 à 10% (acceptable : jaune) ; supérieur à 10 %(mauvais : rouge), <ul style="list-style-type: none"> • BCG/VAR : • BCG/PENTA3 • PENTA1/VAR • PENTA1 /PENTA3 • VAR/VAA • VAT1/VAT2 <i>Si l'un des éléments d'appréciation dépasse les normes, la note est égale est zéro (0)</i>	

5.4 DIMENSION 4 : PREVENTION ET LUTTE CONTRE LA MALADIE

5.4.1 DETERMINANT 4.1 : CAPACITES DE DETECTION ET DE CONTROLE DES EPIDEMIES

Indicateur quantitatif n°12 : Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans pris en charge pour les pathologies dites traceurs (Diarrhée et IRA)

Définition :

Proportion d'enfants de moins de 5 ans pris en charge pour diarrhée et IRA parmi l'ensemble des enfants de moins de 5 ans reçus. La population d'enfants de moins de 5 ans représente environ 20% de la population.

Sources d'informations :

- Registre CPC
- RUMER
- Livret PCIMNE
- Fiche de suivi individuel,
- Registre de nutrition
- Registre CRENAS

Mode de calcul :

1. Compter le nombre de fiches d'enfants de moins de 5ans pris en charge pour Diarrhée, et IRA
2. Diviser le résultat par le nombre total d'enfants de moins de 5 ans reçu en CPC pour ces affections
3. Multiplier le résultat par 100

<i>% d'enfants de moins de 5 ans pris en charge pour les pathologies dites traceurs (Diarrhée, et IRA)</i>	=	<i>Nombre d'enfants de moins de 5 ans pris en charge pour diarrhée et IRA</i>	x 100	= ----- %
		<i>Nombre total d'enfants de moins de 5 ans reçus en CPC pour ces affections</i>		
Normes : 53%				

NB : Un enfant venu pour une des pathologies ou les deux à la fois est pris en compte dans le calcul une seule fois.

Indicateur quantitatif n°13 : Pourcentage d'examens biologiques/TDR réalisés au niveau centre de santé par rapport aux maladies éligibles (Paludisme, VIH/PTME)

Définition :

Nombre d'examens (GE, TDR palu, test VIH, taux d'hémoglobine) réalisés dans le centre de santé par rapport au nombre total de cas de paludisme, d'anémie clinique de femmes enceintes utilisant la CPN.

Sources d'informations :

- Registre de consultation
- Registre et fiches CPN
- Registre de laboratoire
- Rapports mensuels d'activités

Mode de calcul :

1. Compter le nombre total de fiches des femmes enceintes avec des cas de paludisme, d'anémie clinique reçue en CPN ayant bénéficié des examens correspondant à leur cas (GE, TDR palu, test VIH, Taux d'hémoglobine)
2. Diviser le résultat obtenu par le nombre total de cas des femmes enceintes reçues en CPN

3. Multiplier le résultat par 100

<i>Pourcentage d'examens biologiques/TDR réalisés au niveau centre de santé par rapport aux maladies éligibles (Paludisme, VIH/PTME)</i>	$= \frac{\text{Nombre d'examens biologiques/TDR clinique, de femmes enceintes utilisatrices en CPN ayant bénéficié des examens correspondant à leur cas (GE, TDR palu, test VIH, taux d'hémoglobine)}}{\text{Nombre total de cas de paludisme, d'anémie clinique de femmes enceintes utilisatrices en CPN}} \times 100$	= ----- %
Normes : 85%		

Indicateur qualitatif n°13 : Chaque examen est effectué conformément aux modes opératoires

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE OUI = 1 NON = 0
1. Réception des malades avec respect	1.1 Le client/patient est accueillie avec courtoisie	<p>Le prestataire ou l'évaluateur observe que l'agent accueille le malade avec sourire et courtoisie.</p> <p>L'évaluateur apprécie l'accueil du client par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • observation directe : le malade est accueilli par l'agent avec respect (l'agent se présente au malade, invite le malade à s'asseoir), sourire et salutation d'usage • ou simulation indirecte : l'évaluateur se présente à l'agent sans avertissement préalable et apprécie la qualité de l'accueil (respect, sourire et salutation d'usage) <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)</p>	
	1.2 Les renseignements du client sont enregistrés	<p>Le prestataire ou l'évaluateur vérifie au laboratoire que tous les renseignements généraux sont inscrits dans le registre du laboratoire. Vérifier pour une période de deux (2) mois que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • toutes les colonnes et lignes sont totalement remplies • pas de surcharge <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque même pour une cliente, la note est égale est zéro (0)</p>	
	1.3 Le client est orienté à l'unité du laboratoire	<p>Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que le malade est orienté à l'unité du laboratoire et notifié dans le registre de laboratoire.</p>	
	1.4 Le client est informé de tous les actes à réaliser par le laborantin	<p>Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que le client est informé de tous les actes à réaliser par le laborantin et ils sont affichés et enregistrés au laboratoire.</p>	
2. Réalisation du prélèvement dans la confidentialité	2.1 La Prévention des Infections est respectée	<p>Le prestataire ou l'évaluateur observe que la protection individuelle est respectée par l'agent selon les normes et procédures et affichée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Port de blouse • Gants • Chaussures (bottes) • Lavage des mains • Lunettes de protection • Bavette. • Bonnets 	

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
		Si l'un des éléments d'appréciation manque même pour une cliente, la note est égale est zéro (0)	
	2.2 La technique de prélèvement est correctement réalisée (respect selon du type d'examen)	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que la technique de prélèvement par type d'examen est réalisée selon la procédure écrite et affichée.	
	2.3 Les tubes de prélèvement sont étiquetés correctement	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie /observe que l'étiquetage correcte des tubes de prélèvement est effectif	
	2.4 Les échantillons prélevés sont transportés selon les normes de sécurité	Le prestataire ou l'évaluateur observe que les échantillons prélevés sont enregistrés, transportés si nécessaire selon les normes de sécurité	
3. Analyse des échantillons selon le mode opératoire de l'examen demandé	3.1 Chaque échantillon est analysé selon le mode opératoire spécifique	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation vérifie que chaque échantillon est analysé selon un mode opératoire spécifique écrit et affiché	
	3.2 Les résultats sont documentés dans les différents registres et carnet du malade	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que les résultats des examens sont notés dans le registre et le carnet du malade.	
4. Remise des résultats dans la confidentialité	4.1 Les résultats sont remis au malade dans la confidentialité	Le prestataire ou l'évaluateur observe directement ou par simulation que les résultats des examens sont enregistrés et rendus au malade dans la confidentialité	

5.4.2 DETERMINANT 4.2: PRISE EN CHARGE DES URGENCES MEDICO CHIRURGICALES

Indicateur quantitatif n°14 : Pourcentage d'accouchements assistés réalisés dans les centres de santé avec la qualité requise

Définition :

Pourcentage de femmes ayant accouché avec un personnel qualifié et avec utilisation du partogramme par rapport à la population cible. La population cible des accouchements est égale à la population totale multipliée par 0,045.

Pour calculer cet indicateur qui représente la couverture effective de l'accouchement assisté par personnel qualifié, analyser les facteurs déterminants (population cible, disponibilité, accessibilité, utilisation et couverture adéquat) influençant l'indicateur comme indiquée dans le tableau suivant :

ETAPES A SUIVRE	SOUS INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MODE DE CALCUL
CALCULER LA POPULATION CIBLE	Monitoring de juillet Nombre de femmes supposées accoucher entre 01/01 et 30/06 de l'année en cours Monitoring de janvier = Nombre de femmes supposées accoucher entre 01/07 et 31/12 de l'année précédente	<ul style="list-style-type: none"> Données démographiques de la DPS 	1) Population totale 2) Multipliée par 0,045 divisée par 2

ETAPES A SUIVRE	SOUS INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MODE DE CALCUL
<u>CALCULER LA DISPONIBILITE</u>	% de jours sans rupture de stock en Sulfate de Magnésie, en ocytocique, soluté de remplissage, fiche partogramme, fiches CPN et avec présence d'un agent chargé de la CPN formé, registre d'accouchement, gants	<ul style="list-style-type: none"> RUMER Fiche de stock des fiches CPN Fiche de stock de ME Cahier de présence du personnel Feuille de calcul de disponibilité pour la CPN 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Nombre de jours sans rupture d'éléments avec présence de l'agent CPN, 2) Multiplier par nombre d'éléments considérés, moins le nombre de jour de rupture, 3) Diviser par le nombre de jours éléments de la période considérée et 4) Multiplier par 100
<u>CALCULER L'ACCESSIBILITE</u>	% de la population cible vivant dans un rayon de 3 km d'un CS ou d'un poste de santé	<ul style="list-style-type: none"> Carte sanitaire Information du comité de gestion 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Prendre la population cumulée dans les rayons considérés 2) Diviser par la population totale 3) Multiplier par 100
<u>CALCULER L'UTILISATION</u>	% de femmes ayant accouché avec un personnel qualifié	<ul style="list-style-type: none"> Fiches prénatales Partogramme Registre d'accouchement 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sélectionner les fiches ou registre d'accouchement de chaque femme ayant accouché pendant la période avec un personnel qualifié 2) Diviser le nombre obtenu par la population cible 3) Et multiplier par 100
<u>CALCULER LA COUVERTURE ADEQUATE</u>	% des femmes ayant accouché avec un personnel qualifié avec utilisation du partogramme	<ul style="list-style-type: none"> Fiches prénatales Partogramme Registre d'accouchement 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Parmi les femmes ayant accouché avec un personnel qualifié, trier celles dont le travail a été suivi par un partogramme, 2) Diviser ce nombre par la population cible et 3) Multiplier par 100

Comment calcul de la couverture effective de l'accouchement assisté

Sources d'informations :

- Fiches prénatales
- Partogramme
- Registre d'accouchement

Mode de calcul :

1. Compter le nombre de femmes ayant accouché avec un personnel qualifié et avec partogramme utilisé enregistrer ;
2. Diviser le résultat par le nombre total la population cible (population totale multipliée par 0,045) ;
3. Multiplier le résultat par le coefficient qualité (CQ) après évaluation des critères qualité correspondants ;
4. Multiplier le résultat obtenu par 100

<i>Pourcentage d'accouchements assistés réalisés dans les centres de santé selon la qualité requise</i>	<i>= Pourcentage de la couverture adéquate X CQ X 100</i>	<i>= ----- %</i>
Normes : 61%		

Indicateur qualitatif n°14 : Les accouchements au CS sont réalisés selon les normes et procédures en vigueur

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE OUI = 1 NON = 0
1. Réception de la femme enceinte	1.1 Le client est accueilli par l'agent avec courtoisie	<p>Le prestataire ou l'évaluateur observe que l'agent accueille la femme enceinte avec sourire et courtoisie.</p> <p>L'évaluateur apprécie l'accueil du client par :</p> <ul style="list-style-type: none"> observation directe : la femme enceinte est accueillie par l'agent avec respect (l'agent se présente au malade, invite le malade à s'asseoir), sourire et salutation d'usage ou simulation indirecte : l'évaluateur se présente à l'agent sans avertissement préalable et apprécie la qualité de l'accueil (respect, sourire et salutation d'usage) <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro(0)</p>	
	1.2 Le prestataire invite le client à s'asseoir	Le prestataire vérifie/observe que l'agent invite le client à s'asseoir	
2 Enregistrement de la femme enceinte	2.1. Les renseignements généraux de la cliente sont portés dans le registre de consultation	<p>Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que tous les renseignements généraux sont inscrits dans le registre d'accouchement. Vérifier pour une période d'un (1) mois que :</p> <ul style="list-style-type: none"> toutes les colonnes et lignes sont totalement remplies pas de surcharge <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque même pour une cliente, la note est égale est zéro (0)</p>	
	2.2. L'intimité et la confidentialité sont respectées dans l'interrogatoire	<p>Le prestataire ou l'évaluateur vérifie par observation directe de l'agent à la tâche ou simulation que l'interrogatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> se fait avec la personne seule et/ou son accompagnant par consentement du patient, la porte est fermée et les rideaux tirés Le paravent est placé devant la table de consultation <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro(0)</p>	
	2.3. Les motifs de consultation sont renseignés	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que les motifs de consultation sont mentionnés dans le registre de consultation et la fiche CPN.	
	2.4. Les antécédents du client sont renseignés	Vérifier que les antécédents de la cliente sont mentionnés dans le registre de consultation et la fiche CPN.	
3 Tri	3.1 Le tri et l'orientation de la femme à la salle d'accouchement est fait	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie par observation directe ou par simulation que le Tri et l'orientation sont réalisés en fonction de l'évolution du travail d'accouchement et enregistré dans le registre d'accouchement par la Sage-femme	
4 Réalisation de l'accouchement selon les normes	4.1 La femme est accueillie et installée normalement	<p>Le prestataire ou l'évaluateur observe que la femme enceinte est installée normalement selon les normes et procédures.</p> <p>L'évaluateur observe que :</p> <ul style="list-style-type: none"> la table d'accouchement est adaptée, couverte de toile cirée, sans déchirure, propre, couverte d'une alèze (nettoyable ou jetable). La femme en travail est installée 	

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
		<i>Si l'un des éléments d'appréciation manque, la note est égale est zéro (0)</i>	
	4.2 Le prestataire interroge, revoit et remplit correctement le dossier de la femme en travail	La prestataire (sage-femme) ou l'évaluateur vérifie le remplissage correct du dossier de la femme en travail et l'archivage correct en CPN / maternité. Ce dossier comprend : <ul style="list-style-type: none"> • Carnet de santé • Partogramme • Fiche CPN • Registre d'accouchement 	
	4.3 Le prestataire réalise un examen physique général de manière appropriée	Le prestataire (sage-femme) ou l'évaluateur vérifie/observe que l'examen physique général est réalisé selon les normes et mentionné dans le registre et sur la fiche : <ul style="list-style-type: none"> • démarche de la femme • mouvements du fœtus, • propreté de la peau • prise de poids • état des conjonctives et des gencives, • état de la paume des mains paume, • TA, • examiner les seins • prise pouls et la température 	
	4.4 Le prestataire effectue un examen obstétrical de manière appropriée	Le prestataire (Sage-femme) ou l'évaluateur observe que le prestataire a effectué un examen obstétrical de manière appropriée et enregistré dans le dossier de la femme parturiente <ul style="list-style-type: none"> • Palpation utérine • Toucher vaginal • Détermination de la présentation et la position • Recherche des battements cardiaques (BCF) • Mesure de la hauteur utérine 	
	4.5 Le prestataire réalise un examen vaginal de manière appropriée.	Le prestataire (Sage-femme) ou l'évaluateur observe que le prestataire a réalisé un examen vaginal de manière appropriée et enregistré dans le dossier de la femme parturiente. <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vulve et du périnée 	
	4.6 Le prestataire prépare et met en œuvre un plan de soins selon les résultats des examens clinique et physique.	Le prestataire (Sage-femme) ou l'évaluateur vérifie que le prestataire a préparé et mis en œuvre un plan de soins selon les résultats des examens clinique et physique et enregistré dans le dossier de la femme parturiente.	
	4.7 Le prestataire utilise le partogramme pour suivre le travail et procéder aux ajustements nécessaires du plan d'accouchement	Le prestataire (Sage-femme) ou l'évaluateur vérifie / observe que le partogramme est ouvert et rempli avec les ajustements nécessaires selon l'évolution du travail. Vérifier sur un échantillon dix (10) partogrammes le remplissage des paramètres suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Informations sur la parturiente • Evaluation de l'état du fœtus • Evaluation de la progression du travail • Evaluation de l'état de la mère • Prise de décision 	

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
	4.8 Le prestataire se prépare et assiste la femme pour un accouchement propre et sûr	Le prestataire (Sage-femme) ou l'évaluateur vérifie / observe que la parturiente est préparée à effectuer un accouchement propre et sûr : <ul style="list-style-type: none"> • Port de la tenue de protection complète • Disponibilité du matériel d'accouchement complet et stérile • Disponibilité des seaux, • linges propres • eau et savon • gants stériles etc.. 	
	4.9 Le prestataire réalise une prise en charge active de la troisième période de l'accouchement (GATPA)	Le prestataire (Sage-femme) ou l'évaluateur vérifie / observe que le prestataire a réalisé une prise en charge active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) et enregistré dans le dossier de la parturiente <ul style="list-style-type: none"> • Injection oxytocine • Massage utérin • Traction contrôlée du cordon 	
	4.10 Le prestataire traite les instruments utilisés et élimine les déchets médicaux correctement après avoir fait l'accouchement.	La sage-femme vérifie que les instruments utilisés sont correctement traités selon les normes de la PCI après l'accouchement.	
5 Réalisation des soins essentiels au nouveau-né	5.1 Le prestataire fait le suivi du nouveau-né correctement	Le prestataire (Sage-femme) ou l'évaluateur vérifie / observe que les soins du nouveau-né sont correctement réalisés et enregistrés dans le dossier	
	5.2 Le prestataire suit la femme de près au moins 2 heures après l'accouchement	Le prestataire (Sage-femme) ou l'évaluateur vérifie / observe a fait le suivi de la femme après l'accouchement et mentionné dans le registre.	
	5.3 Le prestataire dispose de l'équipement de base pour réaliser la réanimation du nouveau-né.	La Sage –femme observe que le prestataire dispose l'équipement de base pour réaliser la réanimation du nouveau-né.	
	5.4 Le prestataire réalise correctement la réanimation du nouveau-né.	La sage-femme observe que le prestataire réanime correctement le nouveau-né et le mentionne dans le registre et dans le carnet de santé de la mère.	
	5.5 Le prestataire traite les instruments utilisés après la réanimation du nouveau-né, collecte et élimine correctement les déchets médicaux après la réanimation du nouveau-né.	La Sage-femme observe que les instruments utilisés pour la réanimation du nouveau-né sont traités, les déchets médicaux sont correctement collectés et éliminés	

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
6 Réalisation des soins immédiats du postpartum de manière adéquate	6.1 Vérifie que le placenta est complet (cotes maternel et fœtal, plus membranes)	La sage-femme observe que le placenta est complet (cotes maternel et fœtal, plus membranes) et consigné dans le dossier de la parturiente	
	6.2 La femme est informée de ce qu'elle va faire avant d'aller plus loin, ensuite examine soigneusement le vagin et le périnée	La sage-femme vérifie que le prestataire a donné les conseils à la femme sur ce qu'elle va faire avant et après la sortie et examine soigneusement le vagin et le périnée et mentionné dans le dossier	
	6.3 Si présence de globe vésical, vider les urines à l'aide d'une sonde stérile	La sage-femme observe que le prestataire en présence d'un globe vésical a vidé les urines à l'aide d'une sonde stérile et consigné dans le dossier de la parturiente	
	6.4 Nettoie doucement la vulve et le périnée avec de l'eau propre (tiède si possible) ou une solution antiseptique sans alcool.	La sage-femme nettoie la vulve et le périnée avec de l'eau propre (tiède si possible) ou une solution antiseptique sans alcool.	
	6.5 Suture les déchirures si nécessaire	La sage-femme vérifie que l'agent a procédé à la suture des déchirures éventuelles en cas de déchirure ou épisiotomie	
	6.6 Couvre le périnée avec une serviette hygiénique propre	La sage-femme vérifie que l'agent a couvert le périnée avec une serviette hygiénique propre	
	6.7 S'assure du confort de la femme (propre, hydraté et chaudement couverte)	La sage-femme Vérifie (par son chef hiérarchique) que le confort de la femme (propre, hydraté et chaudement couverte) est fait et noté dans le registre.	
	6.8 S'assure que le nouveau-né est bien couvert, qu'il est avec sa mère et qu'il a commencé à téter.	La sage-femme vérifie (par son chef hiérarchique, par un pair) que le nouveau-né est bien couvert, qu'il est avec sa mère et qu'il a commencé à téter.	
	6.9 Encouragement de l'utilisation des MILDA, allaitement maternel, consultation post natal et PF	La sage-femme vérifie que l'agent a donné les conseils sur l'utilisation des MILDA, l'allaitement maternel, consultation post natal et PF tout cela consigné dans le cahier de counseling.	

5.4.3 DETERMINANT 4.3 : PRISE EN CHARGE DES MALADIES TRANSMISSIBLES (MT)

Indicateur quantitatif n°15 : Pourcentage de femmes enceintes et nouveau-nés de mère VIH+ pris en charge correctement avec les ARV

Définition :

Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH et nombre d'enfants nés de mères séropositives qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant (PTME) par rapport au Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH et nombre d'enfants nés de mères séropositives.

Pour calculer cet indicateur qui représente la couverture effective de PTME, analyser les facteurs déterminants (population cible, disponibilité, accessibilité, utilisation et couverture adéquat) influençant l'indicateur comme indiquée dans le tableau suivant :

ETAPES A SUIVRE	SOUS INDICATEURS	SOURCES D'INFORMATION	MODE DE CALCUL
<u>CALCULER LA POPULATION CIBLE</u>	Nombre de femmes enceintes attendues en CPN durant le semestre	<ul style="list-style-type: none"> Données démographiques de la DPS/DCS 	<ol style="list-style-type: none"> Population totale de l'année des zones desservies Multipliée par 0,045 divisée par 2
<u>CALCULER LA DISPONIBILITE</u>	% de jours sans rupture de stock, en Réactifs de dépistage, préservatifs cotrimoxazole, ARV, prophylactique, ARV pour la santé, outil digestion, présence de l'agent formé en PTME,	<ul style="list-style-type: none"> Fiche de stock Cahier de présence du personnel RUMER 	<ol style="list-style-type: none"> Nombre de jours sans rupture d'éléments avec présence de l'agent CPN, Multiplier par nombre d'éléments considérés, moins le nombre de jour de rupture, diviser par le nombre de jours éléments de la période considérée et multiplier par 100
<u>CALCULER L'ACCESSIBILITE</u>	% de la population vivant dans un rayon de 5 km autour d'un CS menant des activités de PTME, 2 km autour d'un point de stratégie avancée efficace pour CPN et les villages sans stratégies avancées où interviennent les AC	<ul style="list-style-type: none"> Carte sanitaire Information du comité de santé et d'hygiène Calendrier de stratégie avancée 	<ol style="list-style-type: none"> Prendre la population cumulée dans les rayons considérés Diviser par la population totale Multiplier par 100
<u>CALCULER L'UTILISATION</u>	% de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins une prestation en PTME	<ul style="list-style-type: none"> Registre PTME, Fiche CPN, Fiche cliente, Registre d'accouchement 	<ol style="list-style-type: none"> Sélectionner les fiches de chaque femme « supposée accouchée » pendant la période (A). Identifier parmi ces femmes celles qui ont bénéficié d'au moins une prestation PTME (B) Diviser le nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins une prestation PTME par le nombre de femmes « supposée accouchée » pendant la période (A/B) - Multiplier le résultat obtenu par 100
<u>CALCULER LA COUVERTURE ADEQUATE</u>	% des femmes enceintes conseillé et testée pour VIH	<ul style="list-style-type: none"> Fiches prénatales Registre de PTME, Fiches de collecte des données 	<ol style="list-style-type: none"> Parmi les femmes ayant bénéficié de prestations en PTME, trier celles ayant été conseillées et testées pour VIH (A) Diviser ce nombre par la population cible (population FE attendue) (B) et multiplier par 100

Comment calcul de la couverture effective de la PTME

Sources d'informations :

- Fiches prénatales
- Registre PTME
- Score de qualité
- Fiche cliente

Mode de calcul :

1. Compter le nombre de femmes enceintes VIH et enfants nés de mère séropositives soumis aux ARV dans le registre PTME
2. Diviser le résultat par le nombre de femmes enceintes et nouveaux nés séropositifs
3. Multiplier le résultat obtenu par 100

<i>Pourcentage de femmes enceintes et nouveau-nés de mère VIH+ pris en charge correctement avec les ARV</i>	<i>= Pourcentage de la couverture adéquate PTME X CQ X 100</i>	<i>= ----- %</i>
---	--	------------------

Normes : 100%

Indicateur qualitatif n°15 : Les femmes séropositives et les nouveau-nés de mères séropositives bénéficient de la prise en charge avec la qualité requise

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
1 Sensibilisation des femmes enceintes sur le VIH/SIDA	1.1 La gravité du VIH	La sage-femme vérifie que le prestataire a donné des messages appropriés et noté dans le cahier de sensibilisation	
	1.2 Les modes de transmission	La sage-femme vérifie que le prestataire a expliqué aux clientes les différents modes de transmission du VIH et noté dans le cahier de sensibilisation	
	1.3 Les risques de transmission du VIH à l'enfant	La sage-femme vérifie que le prestataire a expliqué aux clientes les risques de transmission du VIH à l'enfant et noté dans le cahier de sensibilisation	
	1.4 Les modes de prévention	La sage-femme vérifie que le prestataire a expliqué aux clientes les différents modes de prévention du VIH et noté dans le cahier de sensibilisation	
	1.5 L'avantage du test du VIH	La sage-femme vérifie que le prestataire a expliqué aux clientes les avantages du test VIH et noté dans le cahier de sensibilisation	
	1.6 Les avantages de la PF	La sage-femme vérifie que le prestataire a expliqué aux clientes les avantages de la PF et noté dans le cahier de sensibilisation	
2 Réalisation du pré-counseling et du test du VIH pendant la CPN	2.1 Le prestataire de la CPN prépare la salle de counseling du dépistage du VIH	La sage-femme vérifie que la salle de counseling est préparée pour le dépistage du VIH	
	2.2 Le prestataire accueille la femme avec respect et amabilité	La sage-femme observe que la femme est bien accueillie avec respect et amabilité	

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>	
	2.3 Le prestataire demande à la femme l'objet de sa visite et l'explique les différentes étapes de la consultation	La sage-femme vérifie que le prestataire a demandé le motif de sa visite et a expliqué les différentes étapes de la consultation		
	2.4 Le prestataire recherche le risque d'infection chez la cliente et le besoin de protection contre les IST/VIH/SIDA	La sage-femme vérifie que le prestataire a clairement posé des questions ouvertes sur le risque d'infection et les besoins de protection contre les IST/VIH/SIDA		
	2.5 Le prestataire obtient les antécédents sérologiques de la femme au cours de l'anamnèse.	Le prestataire s'assure que les antécédents sérologiques de la femme recueillis au cours de l'anamnèse sont renseignés dans la fiche d'examen		
	2.6 Le prestataire utilise les compétences de communication interpersonnelle pendant l'annonce des résultats	Le prestataire ou pairs s'assure qu'il utilise les compétences interpersonnelles pendant l'annonce des résultats et notifié dans le registre de counseling		
	2.7 Le prestataire conseiller cherche le consentement éclairé de la cliente par rapport au test du VIH	Le prestataire vérifie que le consentement éclairé de la cliente obtenu par rapport au test du VIH est noté sur la fiche et le registre.		
	2.8 2.8 Le prestataire conseiller réalise ou non le test VIH en fonction du résultat de la recherche du consentement.	Le test du VIH est réalisé en fonction du consentement et noté sur la fiche et le registre.		
	3 Réalisation du pré-counseling et du test du VIH pendant l'accouchement	3.1 Le prestataire conseiller de soins vérifie le statut sérologique VIH de la parturiente	Le prestataire de soins s'assure que le statut sérologique du VIH de la parturiente est vérifié et noté sur la fiche et le registre	
		3.2 Le prestataire conseiller donne des conseils et propose le test pour une parturiente dont le statut VIH est inconnu	Le prestataire de soins vérifie qu'il a donné des conseils et proposé le test du VIH à la parturiente dont le statut VIH est inconnu.	
4 Réalisation du counseling post test du VIH	4.1 Le prestataire conseiller annonce les résultats négatifs du test VIH	Le prestataire vérifie qu'il a donné les conseils et a annoncé les résultats négatifs du VIH et noté dans le cahier de counseling, la fiche individuelle et le registre.		
	4.2 Le prestataire conseiller aide la cliente à informer son partenaire et	Le prestataire vérifie qu'il a donné les conseils et a convaincu le partenaire de la cliente à faire le test et enregistré dans le cahier, sur la fiche ou le registre.		

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
	à l'amener à faire son test		
	4.3 Le prestataire conseiller aborde les questions de réduction des risques	Le prestataire vérifie qu'il a expliqué aux clients les questions relatives aux risques (non utilisation du préservatif, partenaires multiples ...) et consigné dans le cahier de counseling, les fiches ou les registres	
	4.4 Le prestataire conseiller annonce les résultats du test VIH positif	Le prestataire vérifie qu'il a donné les conseils et a annoncé les résultats positifs du VIH et a noté dans le cahier de counseling, la fiche individuelle et le registre.	
	4.5 Le prestataire conseiller aide la cliente à informer son partenaire et à l'amener à faire son test	Le prestataire vérifie qu'il a convaincu le partenaire de la cliente à faire le test et enregistré sur la fiche ou le registre.	
	4.6 Le prestataire aborde les questions de réduction des risques	Le prestataire vérifie qu'il a expliqué aux clients les questions relatives aux risques (non utilisation du préservatif, partenaires multiples ...).	
	4.7 Le prestataire annonce les résultats du test VIH indéterminé	Le prestataire vérifie qu'il a donné les conseils et a annoncé les résultats du VIH indéterminés et a noté dans le dossier de counseling, la fiche individuelle et le registre.	
	4.8 Le prestataire dispose d'un inventaire mensuel actualisé des ARV	Le prestataire vérifie que l'inventaire mensuel des ARV est actualisé et renseigné sur les fiches d'inventaire et de stock	
5 Prendre en charge l'enfant et la mère selon le protocole PTME	5.1 Le prestataire effectue une évaluation initiale de la cliente	Le prestataire s'assure que l'état initial du client est évalué avant la mise en route du traitement et enregistré dans le registre	
	5.2 Le prestataire prépare les clients au traitement ARV	Le prestataire vérifie qu'il a préparé les clients au traitement ARV et a notifié dans le registre	
	5.3 Le prestataire prépare les clients à l'adhésion /observance du traitement	Le prestataire s'assure qu'il a préparé les clients à l'adhésion / Observance du traitement et renseigné dans le registre	
	5.4 Le prestataire traite la femme enceinte séropositive jamais traitée selon le protocole national	Le prestataire vérifie qu'il a traité la femme enceinte séropositive selon le protocole national de prise en charge et noté dans le registre de prise en charge : TDF+3TC ou FTC +EFV (première intention) Le soir pour TDF+3TC+EFV ou AZT+3TC () + EFV : 2 fois par jour pour AZT+3TC et une fois le soir pour EFV)	
	5.5 Le prestataire traite le bébé de cette femme en postpartum selon le protocole national	Le prestataire vérifie qu'il a traité l'enfant de la femme enceinte séropositive selon le protocole national de prise en charge et noté dans le registre de prise en charge <ul style="list-style-type: none"> • Si la patiente est VIH1 = NVP : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si poids < 2,5 kg: 10 mg prise unique par jour pendant 6 semaines. ○ Si Poids >2,5 kg: 15 mg prise unique par jour pendant 6 semaines. • Si la patiente est VIH 2 ou VIH 1 + 2 = AZT: 	

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Si poids < 2,5kg: 10mg matin et soir pendant 6 semaines. ○ Si Poids >2,5 kg : 15mg matin et soir pendant 6 semaines) 	
	5.6 Le prestataire traite la femme enceinte séropositive sous ARV selon le protocole national (Continue le traitement d'ARV)	Le prestataire vérifie que le traitement continu de la femme enceinte séropositive est fait selon le protocole national et renseigné dans les registres de prise en charge	
6 Prendre en charge la mère selon le protocole PTME (cas particulier)	6.1 Administrer une trithérapie selon le schéma en vigueur	Le prestataire vérifie qu'il a respecté la trithérapie le schéma en vigueur et renseigné dans le registre : 2IN + 1IP : AZT + 3TC + LPV/r ou 3IN AZT+3TC+ABC	
	6.2 Si la femme se présente en travail	Le prestataire vérifie que la femme séropositive en travail a démarré le traitement selon le schéma en vigueur et renseigné dans le registre : <ul style="list-style-type: none"> • AZT 300mg + 3TC 150mg : 1 comprimé toutes les 3 heures, maximum 3 comprimés/jour + LPV/r 	
	6.3 Référer dans une unité de prise en charge pour le suivi après l'accouchement	Le prestataire vérifie qu'il a référé à temps dans une unité de prise en charge après l'accouchement et notifié sur la fiche de référence et le registre	
7 Recherche des perdus de vue	7.1 Existence d'un registre /fichier de base de données	Le prestataire vérifie l'existence des outils de gestion des données (registre, base de données et fiches)	
	7.2 Vérification quotidienne de la base des données	Le prestataire vérifie quotidiennement la mise à jour de la base de données	
	7.3 Identification des perdus de vue	Le prestataire vérifie mensuellement l'identification des perdus de vue et les contacts téléphonique et consigne dans le registre des perdus de vue	
	7.4 Calendrier de recherche des perdus de vue	Le prestataire vérifie que le calendrier de recherche des perdus de vue est élaboré et affiché	
	7.5 Recherche des perdus de vue	Le prestataire vérifie que les perdus de vue identifiés sont recherchés, retrouvés et enregistrés dans les fiches de recherche active.	
	7.6 Mise à jour quotidienne de la base des données (transférés, référés décédés, perdus de vue)	Le prestataire vérifie que la base de données (transférés, référés décédés, perdus de vue) est mise à jour quotidiennement	
8 Remplissage correct des outils de gestion et référence en cas de complications	8.1 Vérification du remplissage de toutes les rubriques des outils de gestion	Le prestataire vérifie qu'il a procédé au remplissage correct des outils de gestion et de référence des cas de complications	

Indicateur quantitatif n°16 : Pourcentage de malades sélectionnés pour le dépistage de la tuberculose parmi les premiers contacts des IRA

Définition :

Le rapport entre le nombre de cas sélectionnés et enregistrés parmi les premiers contacts des IRA (Tousseurs de plus de deux semaines)

Sources d'informations :

- Registre CPC
- Fiche de transfert des crachats et de référence
- Registre de laboratoire
- Registre de notification hebdomadaire des cas
- Rapport SNIS
- Tableau de bord

Mode de calcul :

1. Compter le nombre de cas d'IRA supérieur à deux semaines enregistrer pendant la période
2. Diviser le résultat par le nombre total de cas d'IRA consulté durant la période
3. Multiplier le résultat obtenu par 100

<i>Pourcentage de malades sélectionnés pour le dépistage de la tuberculose parmi les premiers contacts des IRA</i>	$= \frac{\text{Nombre de cas d'IRA supérieur à deux semaines enregistrer pendant la période}}{\text{Nombre total de cas d'IRA consulté durant la période}} \times 100$	= ----- %
Normes : 80%		

5.5 DIMENSION 5 : GOUVERNANCE ET LEADERSHIP

5.5.1 DETERMINANT 5.1 : PROCESSUS INSTITUTIONNEL / REDEVABILITE

Indicateur quantitatif n°17 : Pourcentage de réunions du COSAH tenues pendant la période

Définition :

Nombre de réunions tenues par le COSAH par rapport au nombre de réunions requis (1 par mois).

Source d'informations :

- Lettres d'invitation
- PV de réunions
- Rapport d'activités
- TDR
- Liste des participants

Mode de calcul :

1. Compter le nombre de réunions de COSAH avec PV de la période
2. Diviser le résultat par le nombre total de réunions attendu : six (6)
3. Multiplier le résultat par 100

<i>Pourcentage des réunions du COSA tenues pendant la période</i>	$= \frac{\text{Nombre de réunions du COSAH tenues avec PV}}{\text{Nombre de réunions attendu pendant la période}} \times 100$	$= \text{-----} \%$
Normes : 100%		

Indicateur qualitatif n°17 : Les réunions du COSAH se tiennent selon la réglementation en vigueur

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
1. Préparation des réunions	1.1 Les TDR sont définis (ordre du jour, lieu, heure, date objectifs)	Le responsable de la structure ou l'évaluateur vérifie l'existence des éléments indispensables du contenu des TDR : <ul style="list-style-type: none"> • l'ordre du jour ou les objectifs, • le lieu de la rencontre, • Durée (préciser l'heure du début et le nombre de jour), • la date 	1
	1.2 Les participants sont convoqués (lettre d'invitation avec confirmation)	Le responsable de la structure ou l'évaluateur vérifie que la lettre d'invitation existe et diffusée aux participants avec confirmation et archivé (voir cahier de transmission)	0
2. Tenue des réunions	2.1 Le quorum est atteint pour la tenue de la réunion	Le responsable de la structure ou l'évaluateur vérifie ou observe à travers la liste des invités si le quorum est atteint (plus de la moitié des participants est présente)	1
	2.2 La réunion est tenue avec un débat sur tous les éléments de l'ordre du jour	Le responsable de la structure ou l'évaluateur vérifie que tous les éléments de l'ordre du jour sont débattus avec l'ensemble des participants et notés dans le PV disponibles et archivés.	0

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
	2.3 Le PV de la réunion est élaboré et disponible	Le responsable de la structure ou l'évaluateur vérifie que le PV de la réunion est disponible et archivé	1
	2.4 Les recommandations sont formulées et les responsables sont identifiées	Le responsable de la structure ou l'évaluateur observe ou vérifie dans le PV de réunion si les recommandations formulées sont disponibles, les responsables de mise en œuvre identifiés et le plan d'amélioration archivés	0
3. Suivi des recommandations	3.1 Comptes rendus des responsables des recommandations de la réunion précédente	Le responsable de la structure ou l'évaluateur vérifie dans le PV de réunion que les comptes rendus des recommandations lors de la réunion suivante sont faits, disponible et archivé ou observe directement la séance des réunions	0
	3.2 Le niveau de réalisation des recommandations est apprécié et les nouvelles orientations sont faites	Le responsable de la structure ou l'évaluateur évalue le niveau de réalisation des recommandations, calcul le taux de réalisation, notifie les recommandations non réalisées et formule des nouvelles orientations	0

5.5.2 DETERMINANT 5.2 : SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE ET DE GESTION / COMMUNICATION

Indicateur quantitatif n°18 : Taux de complétude des rapports SNIS

Définition :

Nombre de rapports SNIS mensuels du centre de santé intégrant les données des postes de santé qui ont été élaborés et transmis à la DPS, rapporté au nombre total de rapports attendu durant le semestre.

Source d'informations :

- Rapport SNIS mensuel
- Rapport d'activités mensuelles
- Cahier/PV de transmission
- DHIS2

Mode de calcul :

1. Compter le nombre de rapports SNIS élaborés, archivés et copie transmise à la DPS ;
2. Diviser le résultat obtenu par le nombre de rapports SNIS attendus
3. Multiplier le résultat par 100.

<i>Taux de complétude des rapports</i>	=	<i>Nombre de rapports élaborés, archivés et transmis à la DPS</i>	X	= ----- %
		<i>Nombre de rapports requis (1 par mois)</i>		
Normes : 100%				

Indicateur quantitatif n°19 : Taux de Promptitude des rapports SNIS

Définition :

Nombre de rapports SNIS mensuels du centre de santé intégrant les données des postes de santé qui ont été transmis à la DPS dans le délai requis (avant le 05 du mois), rapporté au nombre total de rapports attendu.

Source d'informations :

- Rapport SNIS mensuel
- Rapport d'activité mensuel
- Cahier de transmission

Mode de calcul :

1. Compter le nombre de rapports reçus dans le délai ;
2. Diviser le nombre de rapports reçus dans le délai par le nombre de rapports attendus de la période ;
3. Multiplier le résultat obtenu par 100.

<i>Taux de promptitude des rapports</i>	=	<i>Nombre de rapports transmis dans le délai requis à la DPS</i>	X 100	= ----- %
		<i>Nombre de rapports requis (1 par mois)</i>		
Normes : 100%				

Indicateur quantitatif 20 : Pourcentage des rapports mensuels analysés avec prise de décision

Définition :

Nombre de rapports mensuels ayant fait l'objet d'analyse et d'utilisation des données et suivis de prise de décisions au cours de la période

Source d'informations :

- Rapport d'activités mensuelles
- Rapports d'analyse avec décisions et recommandations

Mode de calcul :

1. Compter le nombre de rapports mensuels ayant fait l'objet d'analyse, d'interprétation, de prise de décision et de rétro information
2. Diviser le résultat par le nombre total de rapports reçus
3. Multiplier le résultat par 100

<i>Pourcentage des rapports mensuels analysés avec prise de décision</i>	=	<i>Nombre de rapports mensuels dont les analyses et interprétations ont permis la prise de décision pour des actions d'amélioration</i>	X 100	= ----- %
		<i>Nombre total de rapports reçus</i>		
Normes : 100%				

Indicateur qualitatif 20 : Tous les rapports mensuels sont analysés et suivi de décisions mises en œuvre

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE OUI = 1 NON = 0
1. Préparation de l'analyse des rapports mensuels des structures	1.1 La promptitude est analysée	<p>Le prestataire ou l'évaluateur vérifie ou observe que le tableau de suivi des promptitudes existe, les dates d'envoi et de réception respectées et enregistré dans un cahier de transmission au nombre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapport morbidité • Rapport PEV • Rapport Palu • Rapport e-SIGL • Rapport de suivi des dépenses • Rapport PF • Rapport CPN • Rapport PTME • Rapport lèpre et tuberculose • Rapport santé communautaire • Rapports d'activités des postes de santé 	
	1.2 La complétude est vérifiée	<p>Le prestataire ou l'évaluateur vérifie ou observe que le tableau de suivi des complétudes existe, tous les rapports de la période sont envoyés et les copies sont archivées dans sa structure au nombre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapport morbidité • Rapport PEV • Rapport Palu • Rapport e-SIGL • Rapport de suivi des dépenses • Rapport PF • Rapport CPN • Rapport PTME • Rapport lèpre et tuberculose • Rapport santé communautaire • Rapports d'activités des postes de santé 	
	1.3 Les données sont compilées dans le rapport SNIS	<p>Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que toutes les données sont compilées dans les rapports. Vérifier pour un (1) mois de la période monitoire sur un échantillon de trois rapports pris au hasard que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • toutes les colonnes et lignes sont totalement remplies • pas de surcharge • pas de correcteur • pas de déchirure <p>Si l'un des éléments d'appréciation manque même pour une cliente, la note est égale est zéro (0)</p>	
	1.4 Le contrôle interne de la qualité et validation des données est faite (rapport)	<p>Le prestataire ou l'évaluateur vérifie par dépouillement sur deux (2) activités traceuses que les données enregistrées dans les outils (cahier de pointage, registre et différents rapports (PEV, CPN ou autres) sont concordantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour le PEV : le prestataire ou l'évaluateur fait le relevé des données de vaccination pour PENTA 1 et PENTA 3 par échantillonnage de 3 mois de la période monitorée et les compare entre elles. • Pour la CPN : le prestataire ou l'évaluateur fait le relevé des données de la CPN pour CPN1 et CPN4 par 	

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
		<p>échantillonnage de 3 mois de la période monitorée et les compare entre elles.</p> <p>Si ces données sont différentes pour un mois et pour une activité, la note est égale à zéro (0)</p>	
2. Analyse du contenu des rapports et interprétation	2.1 Les tableaux et graphiques sont générés	Le prestataire ou le responsable du service ou l'évaluateur vérifie que les résultats des activités sont présentés sous forme de tableau, carte et graphique et affichés	
	2.2 L'évolution des activités de soins et de services dans le temps est comparée	Le prestataire ou l'évaluateur vérifie que le rapport d'analyse des tendances existe en copie dure ou en fichier informatique et se présente sous formes d'affiche, tableau, carte et graphique et que les données sont régulièrement comparées dans le temps avec celles des structures similaires	
	2.3 L'évolution des maladies est comparée dans le temps par âge, sexe, unité/services	Le prestataire analyse les résultats de la surveillance des maladies à potentiel épidémiques et affiche les tendances par âge, sexe, unité/services dans le temps sous forme de graphique et tableau	
	2.4 Les performances des unités/services sont comparées avec les objectifs, les normes et standards du CS (analyse des écarts et identification des causes)	Le prestataire ou le responsable de la structure ou l'évaluateur vérifie que les performances des unités/services sont identifiées et comparées par rapport aux objectifs, normes et standards fixés, et que les écarts et leurs causes sont identifiés ainsi que le plan d'amélioration et élaboré et mis en œuvre	
	2.5 Les taux de couverture des interventions sont calculés et affichés	Le prestataire ou le responsable de la structure ou l'évaluateur vérifie que les taux de couverture des interventions de la période sont calculés et affichés dans les services et comparés aux normes ou standard. Sélectionner par échantillonnage trois (3) activités et calculer les couvertures	
	2.6 Les résultats de l'analyse et de l'interprétation des données mensuelles et directives des recommandations correspondantes sont transmises aux unités/services et la DPS (téléphone, mail, écrit)	Le prestataire ou le responsable de la structure ou l'évaluateur vérifie que les résultats de l'analyse et de l'interprétation des données mensuelles et directives des recommandations correspondantes sont transmises aux unités/services et la DPS par téléphone, mail ou par écrits et archivées. Sélectionner par échantillonnage trois (3) activités pour la période monitorée	
	2.7 Un appui technique est mis en œuvre pour la résolution des	Le prestataire ou le responsable de la structure ou l'évaluateur vérifie l'existence du rapport de l'appui technique mis en œuvre pour la résolution des problèmes identifiés dans les structures par le niveau hiérarchique. Cette vérification se fait sur la base des documents ci-après :	

CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
	problèmes identifiés dans les structures au besoin	<ul style="list-style-type: none"> TDR de l'appui Photocopie de l'ordre de mission du prestataire de service Rapport d'activité de l'appui 	
	2.8 Le bulletin trimestriel est produit au niveau des structures et transmis aux autres structures et acteurs	<p>Le prestataire ou le responsable de la structure ou l'évaluateur vérifie que les deux bulletins trimestriels sont disponibles et archivés. Cette vérification se fait sur la base des documents ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> Bulletin trimestriel en copie dure et électronique Cahier de transmission ou référence courrier électronique 	

5.5.3 DETERMINANT 5.3 : SATISFACTION

Indicateur quantitatif 21 : Pourcentage des usagers satisfaits de prestation de soins et de services du centre de sante

Définition :

Proportion d'usagers satisfaits des prestations offertes par le centre de santé par rapport au nombre d'usagers interrogés

Sources d'information

- Fiches d'enquête
- Résultats d'exploitation des boites à suggestions
- Rapport d'évaluation de satisfaction

Mode de calcul :

- En exploitant le rapport d'enquête, stratifier les usagers avec avis favorable par rapport aux prestations fournis parmi tous les usagers interrogés ;
- Diviser ce nombre d'usagers avec avis favorable par le nombre total d'usagers interrogés ;
- Multiplier le résultat obtenu par 100.

<i>% d'usagers satisfaits des prestations du centre de santé</i>	=	<i>Nombre d'usagers satisfaits des prestations</i>	X 100	= ----- %
		<i>Nombre total d'usagers interrogés</i>		
Normes : 70%				

Indicateur qualitatif n°21 : L'évaluation de la satisfaction des usagers du CS est menée de façon adéquate (respect des normes et procédures en vigueur)

Critères de qualité (processus clés)	Sous critères	Méthodes/sources de vérification (à réaliser par le prestataire, chef hiérarchique ou un agent pair)	Score Sous Critère Qualité OUI = 1 NON = 0
1. Préparation de l'enquête.	1.1. Les procédures de l'évaluation de la satisfaction des usagers sont définies.	L'évaluateur/le prestataire vérifie et s'assure que les procédures (périodicité, type d'enquête, Cible, méthodologie de recueil, de traitement et de diffusion des données) de l'évaluation de la satisfaction des usagers sont définies disponibles et archivées (voir protocole validé de l'enquête).	
	1.2. Les outils de collecte des données sont élaborés et disponibles	L'évaluateur/le prestataire vérifie et s'assure qu'un questionnaire type élaboré, testé et validé existe et en quantité suffisance dans le stock (voir rapport du prétest)	
	1.3. Les enquêteurs sont identifiés	L'évaluateur/le prestataire vérifie et s'assure que les enquêteurs utilisés ne relèvent pas de l'hôpital (membres de CRU ou étudiants externes sont recommandés). Source de vérification : <ul style="list-style-type: none"> • Liste des enquêteurs dans le rapport d'enquête (éléments à vérifier : nom, adresse, N° téléphone, profil et signature) • Interroger au moins 2 enquêteurs utilisés 	
	1.4. Le personnel et les usagers sont informés et sensibilisés à l'activité	L'évaluateur/le prestataire vérifie et s'assure que le personnel et les usagers sont informés et sensibilisés sur l'utilité de l'enquête (voir PV de réunion).	
	1.5. L'échantillonnage est respecté	L'évaluateur/le prestataire vérifie que le nombre de questionnaires administrés respecte le minimum de 10 par service (nombre total de services multiplié par 10) : <ul style="list-style-type: none"> • classer les questionnaires administrés par service • Vérifier que chaque service de l'hôpital est représenté • compter le nombre de questionnaires par service • vérifier que le nombre total de questionnaires pour chaque service est égal ou supérieur à 10 Si celui d'un service est inférieur à 10, le sous-critère est 0	
2. Mise en œuvre de l'enquête périodique d'évaluation de la satisfaction des usagers	2.1. Le libre consentement des personnes à enquêter est obtenu	L'évaluateur/le prestataire vérifie et s'assure que le libre consentement des enquêtés est obtenu (voir signature de l'enquêté sur toutes les fiches d'enquête) disponible et archivé. Si une fiche n'a pas la signature de consentement, le sous-critère est noté « 0 ».	
	2.2. Les questionnaires sont administrés en toute confidentialité et en toute neutralité	L'évaluateur/le prestataire et s'assure que les questionnaires sont administrés en toute confidentialité et en toute neutralité.	
	2.3. Les interviews sont faits dans le temps négocié avec le répondant	L'évaluateur/le prestataire ou l'enquêteur vérifie et s'assure que les interviews sont faits dans le temps négocié avec le répondant.	
	2.4. Toutes les rubriques sont renseignées et remplies correctement	L'évaluateur/le prestataire vérifie et s'assure que toutes les rubriques de chaque fiche d'enquête sont renseignées, remplies, disponibles et bien archivées.	

Critères de qualité (processus clés)	Sous critères	Méthodes/sources de vérification (à réaliser par le prestataire, chef hiérarchique ou un agent pair)	Score Sous Critère Qualité OUI = 1 NON = 0																																						
	2.5. Le contrôle qualité des questionnaires remplis est fait	<p>L'évaluateur/le prestataire vérifie et s'assure que le contrôle de qualité des questionnaires remplis est fait par la direction de l'hôpital (une personne désignée).</p> <p>Eléments de vérification :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PV signé de contrôle qualité pour toutes les fiches d'enquête • Ou la présence de nom, date et signature de la personne désigné sur toutes les fiches d'enquête. <p>Si le PV n'existe pas ou manque de signature sur toutes les fiches, le sous-critère est noté « 0 ».</p>																																							
3. Analyse des opinions recueillies	3.1. Le plan d'analyse est fait	L'évaluateur/le prestataire s'assure que le plan d'analyse est disponible et archivé.																																							
	3.2. Les idées maitresses sont cotées sous forme quantitative	L'évaluateur/le prestataire s'assure que les idées maitresses sont cotées sous forme quantitative, disponibles notées dans le rapport et archivées.																																							
	3.3. Les résultats quantitatifs sont analysés et interprétés	<p>L'évaluateur/le prestataire vérifie et s'assure que les résultats quantitatifs du dépouillement (logiciels statistiques ou Tableau Excel simple) sont analysés et interprétés sous forme de graphique disponibles dans le rapport et archivés : <u>Comment concrètement calculer le pourcentage de satisfaction</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • En utilisant la base de données, classer les répondants en 2 catégories (ceux qui sont satisfaits et ceux qui ne sont pas satisfaits). • Sur la base du questionnaire actuel composé de 10 questions fermées et 1 ouverte, ci-dessous sont les éléments à prendre en compte lors de la comptabilisation de chaque catégorie de répondant : <table border="1" data-bbox="762 1211 1222 1727"> <thead> <tr> <th rowspan="2">N° question</th> <th colspan="2">Réponses</th> </tr> <tr> <th>Satisfaits</th> <th>Non satisfaits</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Bien + Acceptable</td> <td>Mal</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Court + Acceptable</td> <td>Long</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Non</td> <td>Oui</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Acceptable</td> <td>Elevé</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Bonne + Acceptable</td> <td>Mauvaise</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Bonne + Acceptable</td> <td>Mauvaise</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Bonne + Acceptable</td> <td>Mauvaise</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Le pourcentage de satisfaction est le rapport de total répondants satisfaits sur le nombre total des effectifs enquêtés. L'évaluateur doit faire cet exercice dans l'optique de vérifier la fiabilité de résultat (pourcentage de satisfaction) rapporté par l'hôpital. • Vérifie que le pourcentage de satisfaction est aussi calculé par chaque service en respectant les étapes ci-dessus. 	N° question	Réponses		Satisfaits	Non satisfaits	1	Bien + Acceptable	Mal	2	Court + Acceptable	Long	3	Non	Oui	4	Acceptable	Elevé	5	Oui	Non	6	Oui	Non	7	Bonne + Acceptable	Mauvaise	8	Bonne + Acceptable	Mauvaise	9	Bonne + Acceptable	Mauvaise	10	Oui	Non	Total			
	N° question	Réponses																																							
Satisfaits		Non satisfaits																																							
1	Bien + Acceptable	Mal																																							
2	Court + Acceptable	Long																																							
3	Non	Oui																																							
4	Acceptable	Elevé																																							
5	Oui	Non																																							
6	Oui	Non																																							
7	Bonne + Acceptable	Mauvaise																																							
8	Bonne + Acceptable	Mauvaise																																							
9	Bonne + Acceptable	Mauvaise																																							
10	Oui	Non																																							
Total																																									
3.4. Les mesures d'amélioration en fonction des opinions des	L'évaluateur/le prestataire vérifie et s'assure que les mesures d'amélioration selon les opinions des usagers sont élaborées et intégrés dans le plan d'amélioration de l'hôpital.																																								

Critères de qualité (processus clés)	Sous critères	Méthodes/sources de vérification (à réaliser par le prestataire, chef hiérarchique ou un agent pair)	Score Sous Critère Qualité OUI = 1 NON = 0
	usagers sont élaborées	Rechercher le plan d'amélioration dans le rapport d'enquête.	
	3.5. Le rapport d'analyse est disponible.	L'évaluateur/le prestataire vérifie et s'assure que le rapport d'analyse de l'enquête est disponible et archivé et a été vulgarisé dans tous les services (vérifier la disponibilité du rapport dans au moins 3 services).	
4. Prise en compte des opinions des usagers	4.1. Le plan de mise en œuvre des recommandations issues de l'enquête est élaboré	L'évaluateur/le prestataire vérifie et s'assure que les recommandations issues de l'enquête sont intégrées dans le plan d'amélioration de la direction de l'hôpital.	
	4.2. Le plan de mise en œuvre est correctement appliqué	L'évaluateur/le prestataire vérifie qu'au moins 50% de plan d'amélioration de l'enquête précédente a été mise en œuvre	

6 BUDGETISATION

6.1 RAPPEL DES TEXTES ET INSTRUCTIONS

Ce document est un outil dont l'application du contenu doit se faire avec prudence et fermeté afin d'éviter des erreurs qui compromettraient la durabilité du financement communautaire mis en place depuis 1988. Ainsi les indications qui suivent apparaissent comme un guide destiné à tous ceux qui, de près ou de loin, sont impliqués dans la gestion des centres de santé.

Le comité de santé et d'hygiène publique du centre de santé n'est pas le conseil communal. Il est placé sous la tutelle de la commune urbaine ou rurale. De ce fait, il doit rendre compte de sa gestion à ces structures et obtenir d'elles l'assistance nécessaire à son bon fonctionnement en particulier dans le domaine de la mobilisation sociale.

Le comité de santé et d'hygiène publique est le seul responsable de la gestion des ressources de son centre de santé. Au sujet du cumul de fonctions dans les différentes structures de la commune, les textes sont formels. Il est interdit à tout trésorier d'un comité de santé et d'hygiène publique d'un centre de santé d'être également le trésorier d'un autre organe de gestion communale.

Les trois (3) grandes étapes de la budgétisation sont :

- **L'élaboration du budget ;**
- **L'exécution du budget ;**
- **Le suivi / évaluation du budget**

6.2 ETAPE D'ELABORATION DU BUDGET DU CENTRE DE SANTE

Les budgets des centres de santé doivent couvrir une période de six mois à l'issue de laquelle les résultats techniques sont monitorés et la gestion est évaluée et programmée pour les six mois à venir. Aucune restriction n'est à faire sur les dépenses obligatoires (ou incompressibles) qui sont fondamentales pour le fonctionnement du centre de santé. Après ces dépenses, suivent les dépenses de fonctionnement local dont l'ordre de priorité est déterminé par le comité de santé et d'hygiène publique qui doit surtout s'appuyer sur les éléments indispensables à la bonne marche des activités du centre de santé.

6.2.1 DIRECTIVES RELATIVES A L'UTILISATION EVENTUELLE DES DEPENSES SUR LE FONDS DE RESERVE

Ces dépenses sont plafonnées au tiers du fonds de réserve disponible au 31 décembre de l'année précédente. Pour l'année en cours, vous avez déterminé lors du précédent monitoring votre nouveau fonds de réserve au 31 décembre. Vous avez l'autorisation de ne dépenser au maximum que le tiers de ce montant au cours de l'année. Les motifs des dites dépenses sont soumises par le centre de santé à l'appréciation du CTPS/ CTCS.

Lors de l'élaboration du budget des centres de santé, les dons, legs et toutes les subventions seront comptés comme RECETTES du centre de santé ; les provisions pour l'amortissement ainsi que le solde non utilisé du précédent budget seront à ajouter au fonds de réserve. Les intérêts bancaires seront reportés de manière séparée et doivent s'ajouter au fonds de réserve avant de comparer ce total à la somme effectivement disponible sur le compte en banque.

Tous les six mois, le centre de santé aura donc un nouveau budget à élaborer toujours par le comité de santé et d'hygiène publique avec l'assistance du DPS/ DCS et du DMR s'il y a lieu. Il devra être aussi discuté avec le Sous-Préfet/Maire. Cette version sera présentée à la synthèse sous préfectorale pour être ensuite discutée et validée lors du CTPS/ CTCS.

La version adoptée sera soumise à l'appréciation et à la validation du CTRS.

Etant donné que le budget doit couvrir une période de 6 mois, il doit être réalisé lors des monitorages selon la périodicité suivante :

Budget réalisé au monitoring de juillet

- Couvrir la période de JANVIER à JUIN
- Avec les recettes de la période janvier - juin précédente.

Budget réalisé au monitoring de janvier

- Couvrir la période de JUILLET à DECEMBRE
- Avec les recettes de la période juillet- décembre précédente.

Le budget de six mois est toujours calculé à partir des recettes des six mois précédents. Ainsi votre budget ne sera pas prévisionnel mais donnera une répartition des dépenses en fonction de la somme réellement disponible au niveau de votre centre de santé.

6.2.2 LES DEMARCHES A SUIVRE POUR L'ETABLISSEMENT DU BUDGET SONT LES SUIVANTES :

1. Calcul de la situation du précédent budget
2. Réactualisation du fonds de réserve (seulement au monitoring de janvier)
3. Calcul de la somme à budgétiser.
4. Calcul des dépenses obligatoires ou incompressibles.
5. Calcul des dépenses de fonctionnement local
6. Calcul des provisions.

6.2.2.1 Calcul de la situation du précédent budget

ATTENTION

Vous devez reprendre le précédent budget, et établir pour chaque ligne le montant prévu et le montant réellement dépensé pendant la période et par rubrique.

Les sommes prévues pour l'achat de médicaments, d'outils de gestion et de carburant, doivent faire l'objet d'attention particulière.

Vous ne devez reporter comme DEPENSE que le montant des factures effectivement payées pendant le semestre.

Ensuite pour chaque rubrique :

Motivation –Fournitures de bureau – Matériel d'entretien du local- Entretien moto et autres) vous devez faire la différence entre Total dépensé (=2) et Budget prévu pour 6 mois (=1).

Certains centres sont subventionnés en (Carburant, Entretien moto ou achat de matériel pour augmenter la qualité des prestations) par d'autres programmes pour renforcer les activités. Cette somme doit être ajoutée aux recettes pour constituer la somme à budgétiser. Pour le calcul de l'excédent, ces centres doivent noter le total des sommes dépensées au niveau des rubriques correspondantes.

Le total de la colonne PREVUE doit être égal à la somme des dépenses incompressibles et des autres dépenses du précédent budget.

Vous ne devez plus compter maintenant l'amortissement dans les autres dépenses.

Le total de la colonne dépense correspond aux sommes réellement dépensées pendant la période. Par exemple si la prime de motivation d'un agent est prévue pour 6 mois et si celui-ci s'est absenté 2 mois il y aura une différence : La somme dépensée sera moins élevée que celle qui était prévue.

Enfin, vous devez faire la différence entre la colonne prévue et la colonne dépense. Cette différence est appelée EXCEDENT BUDGETAIRE. Cet excédent sera inclus dans la réactualisation du fonds de réserve.

Néanmoins, pour chaque ligne, vous devez comparer la somme PREVU et DEPENSEE et dans le cas où la somme dépensée est supérieure, vous devez donner des explications dans la rubrique OBSERVATION.

Pour vous faciliter les calculs nous vous demandons de remplir les formulaires ci-dessous dont les copies doivent être adressées à la DRS/DSVCo.

Tableau 7: Récapitulatif du calcul de l'excédent budgétaire Juillet

CENTRE DE SANTE MONITORAGE DE JUILLET**RECAPITULATIF DU CALCUL DE L'EXCEDENT BUDGETAIRE**

RUBRIQUE	PREVU	DEPENSE	DIFFERENCE
Médicaments et Consommables			
Outils de gestion			
Carburant SA			
Motivation			
Fournitures de bureau			
Matériel d'entretien			
Entretien du CS			
Entretien Moto			
Carburant Chaîne de froid			
Achat de pétrole pour la lampe d'éclairage de la salle d'accouchement et de la salle de garde.			
Primes aux agents vaccinateurs en stratégie avancée planifiée (sans nuitée) 2 vaccinateurs X 1 semaine X 26			
Frais de pauses café pour les réunions trimestrielles des membres du Comité de santé et d'hygiène publique.6 membres X 2 trimestres X 1 j			
Frais de mission de Sensibilisation des membres du Comité de santé et d'hygiène publique pour la stratégie avancée la veille de la séance (50 déplacements environ)			
Carburant pour chercher les vaccins à la chaîne de froid préfectorale (Un déplacement chaque deux mois)			
Frais de mission du chef de CS et du trésorier du Comité de santé et de l'hygiène publique pour le retrait et Déposer à la DPS/DCS les pièces justificatives de dépenses (Un déplacement chaque deux mois)			
Frais de supervision des postes de 1 agent/j/PS X nbre PS X 3			
Frais de mission pour la réalisation du monitoring des postes de santé par semestre (une nuitée par poste de santé) 1 agents/j/PS X nbre de PS X 1			
Frais de la tenue de la synthèse Sous Préfectorale de monitoring du CS Les chefs de postes de santé (ont droit au perdiem : 20.000 FG/j), les agents du centre de santé et les membres du comité de santé et de l'hygiène publique (ont droit seulement à la pause-café : 5.000 FG/j)			
Frais d'accompagnement des femmes en grossesse à risque des villages au centre de santé			
Frais de formation des agents communautaires à la mobilisation sociale et à la notification des décès maternels et infantiles dans toute la Sous-préfecture, à la gestion efficace des déchets biomédicaux et à la promotion de l'hygiène de l'alimentaire.			
Frais de formation des membres du comité de santé et de l'hygiène publique à la mobilisation sociale :			

RUBRIQUE	PREVU	DEPENSE	DIFFERENCE
allaitement maternel, santé reproductive, référence, vaccination, nutrition ...			
Achat d'un kit d'hygiène des locaux du centre de santé : (1 brouette, 2 pelles, 2 râtaux, 2 coupe-coupe, 2 dabas, 5 balais à manches, 5 paires de gants de ménage, 5 poubelles plastiques).			
Frais d'élaboration du PAO du CS pendant 2 jours Les membres sont : - chefs des postes de santé (perdiem de 20.000 FG/J ; - 6 membres du comité de santé et de l'hygiène publique (pause-café), - 3 agents du centre de santé (pause-café)			
Païement des frais de photocopies des pièces justificatives des dépenses et les rapports d'activités sur le PAO			
Frais de construction et de réhabilitation de la fosse à ordures, du CS et incinération			
Imprévus			
TOTAL	(1)	(2)	

(1) MOINS (2) = **EXCEDENT BUDGETAIRE**

OBSERVATIONS

Signatures/Noms et prénoms

Le Trésorier

Le C.C.S

Le Président du CSHP

Tableau 8: Récapitulatif du calcul de l'excédent budgétaire Janvier

CENTRE DE SANTE MONITORAGE DE JANVIER**RECAPITULATIF DU CALCUL DE L'EXCEDENT BUDGETAIRE**

RUBRIQUE	PREVU	DEPENSE	DIFFERENCE
Médicaments et Consommables			
Outils de gestion			
Carburant SA			
Motivation			
Fournitures de bureau			
Matériel d'entretien			
Entretien du CS			
Entretien Moto			
Carburant Chaîne de froid			
Achat de pétrole pour la lampe d'éclairage de la salle d'accouchement et de la salle de garde.			
Primes aux agents vaccinateurs en stratégie avancée planifiée (sans nuitée) 2 vaccinateurs X 1 semaine X 26			
Frais de pauses café pour les réunions trimestrielles des membres du Comité de santé et d'hygiène publique.6 membres X 2 trimestres X 1 j			
Frais de mission de Sensibilisation des membres du Comité de santé et d'hygiène publique pour la stratégie avancée la veille de la séance (50 déplacements environ)			
Carburant pour chercher les vaccins à la chaîne de froid préfectorale (Un déplacement chaque deux mois)			
Frais de mission du chef de CS et du trésorier du Comité de santé et de l'hygiène publique pour le retrait et Déposer à la DPS/DCS les pièces justificatives de dépenses (Un déplacement chaque deux mois)			
Frais de supervision des postes de 1 agent/j/PS X nombre PS X 3			
Frais de mission pour la réalisation du monitoring des postes de santé par semestre (une nuitée par poste de santé) 1 agents/j/PS X nombre de PS X 1			
Frais de la tenue de la synthèse Sous Préfectorale de monitoring du CS Les chefs de postes de santé (ont droit au perdiem : 20.000 FG/j), les agents du centre de santé et les membres du comité de santé et de l'hygiène publique (ont droit seulement à la pause-café : 5.000 FG/j)			
Frais d'accompagnement des femmes en grossesse à risque des villages au centre de santé			
Frais de formation des agents communautaires à la mobilisation sociale et à la notification des décès maternels et infantiles dans toute la Sous-préfecture, à la gestion efficace des déchets biomédicaux et à la promotion de l'hygiène de l'alimentaire.			

RUBRIQUE	PREVU	DEPENSE	DIFFERENCE
Frais de formation des membres du comité de santé et de l'hygiène publique à la mobilisation sociale : allaitement maternel, santé reproductive, référence, vaccination, nutrition ...			
Achat d'un kit d'hygiène des locaux du centre de santé : (1 brouette, 2 pelles, 2 râtaux, 2 coupe-coupe, 2 dabs, 5 balais à manches, 5 paires de gants de ménage, 5 poubelles plastiques).			
Frais d'élaboration du PAO du CS pendant 2 jours Les membres sont : - chefs des postes de santé (perdiem de 20.000 FG/J ; - 6 membres du comité de santé et de l'hygiène publique (pause-café) , - 3 agents du centre de santé (pause-café)			
Paiement des frais de photocopies des pièces justificatives des dépenses et les rapports d'activités sur le PAO			
Frais de construction et de réhabilitation de la fosse à ordures, du CS et incinération			
Imprévus			
TOTAL	(1)	(2)	

(1) MOINS (2) = **EXCEDENT BUDGETAIRE**

OBSERVATIONS

Signatures/Noms et prénoms

Le Trésorier

Le C.C.S

Le Président du CSHP

6.2.2.2 Réactualisation du fonds de réserve

ATTENTION :

La réactualisation du fonds de réserve ne se fait qu'au monitoring de **JANVIER**

Au monitoring de juillet, vérifier seulement que vous n'avez pas dépensé plus de 60% de la somme initialement prévue pour l'année (cas des centres qui effectuent des dépenses sur les fonds de réserve)

Au monitoring de janvier, réactualiser le fonds de réserve de l'année précédente pour obtenir le tiers à utiliser pendant l'année en cours.

Pour cela, il faudrait convenablement remplir les tableaux suivants :

Fonds de réserve au 01/01/ de l'année précédente (A)	
Tiers disponible pour l'année en cours (B)	
FONDS DE RESERVE RESTANT POUR l'année précédente = (A) – (B)	

Deux cas possibles

- Soit vos dépenses sur fonds de réserve sont inférieures au tiers disponible, vous avez donc un reliquat déjà calculé ;
- Soit vos dépenses sont exactement égales au tiers du fonds de réserve, dans ce cas le reliquat est nul.

Votre fonds de réserve pour l'année précédente sera donc ;

+ Reliquat du Tiers de l'année précédente :.....

+ Excédent budgétaire juillet.....

+ Provisions du budget de décembre

+ Excédent budgétaire décembre

+ Provisions du budget de juillet.....

TOTAL

Ceci est votre fonds de réserve de l'année précédente. Vous devez en prendre le tiers pour l'utiliser au courant de l'année en cours.

FONDS DE RESERVE 1/1/ de l'année précédente	
TIERS UTILISABLE pendant l'année en cours en cas de nécessité	

Problème des intérêts bancaires

Le fonds de réserve est CALCULE et ne tient donc pas compte des intérêts bancaires. Vous devez obtenir cette information de la banque.

Les intérêts bancaires sont reportés sur la ligne en dessous du tableau en précisant la date à laquelle la banque a donné l'information.

La somme qui se trouve sur votre compte en banque doit correspondre à la somme du fonds de réserve que vous venez de calculer ADDITIONNÉE des intérêts bancaires .

INTERETS BANCAIRES : à la date du ...01/ de l'année en cours
ValeurFG.

6.2.3 CALCUL DE LA SOMME A BUDGETISER

Vous devez pour cela faire le total des recettes de la période précédente de 6 mois soit :

- En juillet du 01/01/ au 30/06/
- En janvier du 01/07/ au 31/12/

Cette somme correspond à une valeur en votre possession, ainsi vous évitez tout risque de faillite puisque vous ne budgétisez qu'une somme réelle. Ceci est la grande différence avec un budget prévisionnel, qui est assez difficile à prévoir en santé publique, puisque dépendant des malades qui vont fréquenter le centre, ce qui est par nature quelque peu imprévisible.

La somme à budgétiser couvre les rubriques suivantes :

- dépenses obligatoires ou incompressibles ;
- dépenses locales ou autres dépenses ;
- provisions.

6.2.3.1 Dépenses obligatoires ou incompressibles

Trois éléments sont indispensables au fonctionnement du centre de santé, et à la poursuite des soins curatifs et préventifs.

Ce sont ;

- les médicaments ;
- les outils de gestion ;
- le carburant pour la vaccination.

Toutefois, les dépenses occasionnées par leur renouvellement ne seront engagées que progressivement, donc vous allez programmer de l'argent sans le dépenser en totalité pour l'instant. Cet argent qui sera donc bloqué, sera disponible lorsque vous en aurez besoin.

Disponibilité en médicaments

Pour acheter les médicaments que vous allez consommer pendant la période que vous êtes en train de budgétiser, vous devez mettre en réserve une somme correspondante à leur valeur, qui correspondra à un budget médicaments.

Cette somme peut être estimée par le coût des médicaments que vous avez consommés au cours des 6 derniers mois que vous avez calculé lors du monitoring des activités. Votre première ligne budgétaire doit donc être :

Budget médicaments = Coût estimé sur 6 mois

Disponibilité en outils de gestion

Le principe est exactement le même que pour les médicaments. Votre DEUXIEME ligne budgétaire doit donc être

Budget des outils de gestion = Coût estimé sur 6 mois

Disponibilité du carburant pour la vaccination :

Vous avez besoin de budgétiser le carburant pour la chaîne de froid et pour l'organisation des stratégies avancées.

Votre troisième poste sera donc : Carburant pour la vaccination. Il se calcule de la manière suivante :

- a) Carburant pour la Chaîne de froid : 6 mois de fonctionnement : 45 litres x 6 mois = 270 litres de pétrole

$$270 \text{ litres} \times \dots = \dots \text{ FG}$$

(prix du litre à la pompe)

- b) Carburant pour les stratégies avancées

Calculer la distance mensuelle à parcourir ensuite multiplier par la consommation moyenne de la moto, multiplier par 6 mois et multiplier par le prix du litre à la pompe

$$\text{soit } \dots \text{ km} \times 0,05 \times 6 \times \dots \text{ FG} = \dots \text{ FG}$$

(prix du litre à la pompe)

Remarque

Le total de ces trois postes de dépenses est incompressible, c'est à dire que vous ne pouvez pas réduire ces dépenses sous peine de mettre le centre de santé dans l'impossibilité de fonctionner correctement.

A ce stade, vous devez calculer le total des dépenses incompressibles et le soustraire de la somme totale des recettes que vous devez budgétiser. Il vous restera alors une somme que vous pourrez répartir entre les autres rubriques de dépenses du centre de santé selon les priorités établies conjointement avec le comité de santé et d'hygiène publique.

$$+ (2) + (3) = \text{Dépenses incompressibles}$$

Somme à budgétiser – dépenses incompressibles = Reste à budgétiser

RESTE A BUDGETISER = ... FG

6.2.3.2 Dépenses locales ou autres dépenses

Par autres dépenses, il faut entendre toute dépense du Centre de santé autre que les dépenses incompressibles. Ce sont des dépenses compressibles liées au fonctionnement courant du centre de santé. Elles couvrent notamment : la motivation du personnel, les fournitures de bureau, le matériel d'entretien, entretien local, l'emballage petit matériel médical, les missions, l'entretien moto, l'achat de matériel divers, les réparations éventuelles d'immeubles, les imprévus.

- a) Motivation du personnel

La prime mensuelle du personnel est fixée à 20% du reste à budgétiser pour les centres ruraux et à 10% du reste à budgétiser pour les centres urbains. Le personnel comprend le chef de centre, tous les agents techniques salariés et au maximum 2 agents auxiliaires salariés du budget préfectoral. Ces auxiliaires sont choisis par le comité de santé et d'hygiène publique en présence du DPS/DCS qui a charge de faire une description de poste des intéressés dans le centre de santé. Sur cette base, vous pouvez calculer la somme que représentera la motivation pour les six prochains mois.

b) Fournitures de bureau

Peuvent être compris sur cette ligne ; stylos, cahiers de pointage, enveloppes, crayons, rames de papier, petit matériel tel que torche électrique, lampe à pétrole, calculatrice etc

c) Matériel d'entretien

Peuvent être compris sur cette ligne : savon de lessive, balai, brosses, pétrole pour lampe, les gants de ménage, brouettes, pèles, houes et autres....

d) Entretien local

Exemple frais de défrichage de la cour ou pour vider la fosse septique, peinture du centre de santé....

e) Emballage, petit matériel médical

Achat de sacs plastiques pour améliorer le conditionnement et la distribution des médicaments. Achat des lames rasoir pour les accouchements, à calculer en multipliant le nombre d'accouchements par le prix local d'un savon et d'une lame rasoir.

f) Entretien Moto

Le coût du lubrifiant, des petites réparations, des pneumatiques, des chambres à air, des bougies doit être calculé selon le prix local.

g) Matériel Divers

Serrures, chaises ou tables à remplacer, matelas à recouvrir de plastique par exemple.

h) Réparation éventuelle d'Immeuble

ATTENTION : Les réparations ne peuvent pas dépasser 20 % du Reste à budgétiser ;

i) Missions de travail

Sensibilisation des communautés, stratégies avancées, dépôt des rapports et pièces justificatives, des recettes de formation etc.

ATTENTION : Ne doivent pas dépasser 10 % du Reste à Budgétiser. Par exemple les frais bancaires ou le carburant pour les urgences peuvent être pris en charge par la rubrique « imprévus ».

ATTENTION !

Vous aurez donc à faire la liste détaillée de tous les achats que vous prévoyez pour cette période et ce pour chaque ligne de dépenses. C'est votre répartition qui sera discutée lors de la synthèse sous préfectorale et communiquée à la synthèse préfectorale. Vous devez reporter ce détail des dépenses sur une feuille jointe au budget (même si elle n'est pas dactylographiée) que vous devrez joindre à la copie du budget adressée à la coordination.

Toutes ces lignes de dépenses sont données à titre indicatif. Vous devez établir pour chaque centre vos priorités. Peut-être même d'autres priorités seront retenues, soit différentes de celles proposées, soit en supplément si vous disposez de suffisamment de fonds de réserve.

6.2.3.3 Provisions :

Les dépenses sont maintenant structurées en 3 catégories :

- les dépenses incompressibles ou obligatoires ;
- les dépenses locales (encore appelées autres dépenses) ;
- les provisions.

Jusqu'ici les fonds réservés à l'amortissement étaient compris dans les dépenses locales. Ceci compliquait non seulement le calcul de l'excédent budgétaire, mais aussi entretenait une confusion avec le fonds de réserve supplémentaire. Ces deux rubriques constituent maintenant les Provisions.

Les provisions sont une épargne du centre de santé et seront donc ajoutées intégralement au fonds de réserve à la fin du semestre.

Les provisions comportent les sous rubriques suivantes :

- fonds pour l'amortissement du matériel ;
- fonds de réserve supplémentaire

a) Fonds pour l'amortissement du matériel

Les centres de santé qui viennent d'acheter une nouvelle moto doivent prévoir un fonds pour l'amortissement de cette moto. Pour y parvenir, les centres de santé concernés doivent déterminer la durée d'amortissement et le montant de l'amortissement semestriel en attendant d'autres décisions officielles sur le sujet.

Exemple :

- Prix payé : 1 500 000 FG
- Durée d'amortissement : 4 ans soit 8 semestres
- Montant de l'amortissement semestriel : $1.500.000 : 8 = 187\ 500$ FG

b) Fonds de Réserve supplémentaire

Si vous avez encore des disponibilités après le financement de toutes vos lignes budgétaires prévues, vous pouvez approvisionner la ligne Fonds de Réserve supplémentaire.

Par ailleurs, les centres qui ne pourront pas assurer leur fonctionnement à partir des revenus provenant des activités des six (6) derniers mois, devront recourir au CTPS/Communes pour déterminer les mesures à prendre.

Tableau 9: Récapitulatif du calcul de la somme à budgétiser Monitoring Juillet

MONITORAGE DE JUILLET**TOTAL DES RECETTES ENTRE 01/01/ ET 30/06/**

MOIS	RECETTES
Janvier	
Février	
Mars	
Avril	
Mai	
Juin	
Total recettes des activités	
Dons, subventions état et partenaires et autres	
Total disponible	

Tableau 10: Récapitulatif du calcul de la somme à budgétiser Monitoring Janvier

MONITORAGE DE JUILLET**TOTAL DES RECETTES ENTRE 31/07/ ET 31/12/**

MOIS	RECETTES
Juillet	
Aout	
Septembre	
Octobre	
Novembre	
Décembre	
Total recettes propres des activités	
Dons, subventions état, partenaires et autres	
Total disponible	

6.3 ETAPE D'EXECUTION DU BUDGET

Si le budget de votre centre est accepté, vous aurez la possibilité d'engager les dépenses. Celles-ci ne doivent pas dépasser le total que vous avez prévu.

Les procédures d'exécutions sont les suivantes :

- 1) Les besoins sont exprimés par le chef du centre dans le cadre de fonctionnement de son service. Ainsi il établit un **bon de commande** qu'il soumet à l'approbation du président du comité de gestion. Celui-ci ordonne au trésorier la satisfaction de la commande conformément à la prévision budgétaire. Il fait cela en signant sur le bon de commande.
- 2) Le trésorier vérifie que ce bon a été signé et que la ligne budgétaire existe dans le budget.
- 3) Il vérifie que les dépenses déjà effectuées sont conformes à ce qui avait été prévu.
- 4) La feuille de suivi des dépenses locales permet ces vérifications. Une fois les vérifications effectuées, le trésorier effectue la dépense et exige une facture ou un reçu contre son paiement.
- 5) Ces factures devront être obtenues chaque fois que vous faites un achat.
- 6) Elles seront ensuite numérotées selon un numéro d'ordre annuel. Ce numéro sera reporté dans le livre de caisse dans la colonne **Justification**, avec les détails de la dépense.

Exemple : facture n°08/2003 = 10 litres de pétrole, signifie que c'est la huitième facture de l'année en cours.

Une fois toutes ces opérations effectuées, le trésorier fait la livraison de l'objet au chef de centre, qui à son tour lui remet une **attestation de réception**.

Pour chaque dépense cette démarche doit être suivie.

Donc une fois le budget approuvé, le trésorier doit remplir les feuilles de suivi des dépenses.

6.4 ETAPE DE SUIVI EVALUATION DU BUDGET DU CENTRE DE SANTE

Après l'élaboration et l'exécution, le suivi/évaluation est une étape importante du processus de budgétisation. Il permet de s'assurer que toutes les étapes sont exécutées correctement afin d'obtenir les résultats escomptés dans la mise en œuvre du PAO du Centre de Santé. Il est réalisé à travers ;

- la supervision interne du chef de centre ;
- l'analyse des écarts entre les prévisions et les exécutions des lignes budgétaires ;
- l'analyse de l'exécution du budget du centre de santé à la synthèse sous-préfectorale ou communale ;
- la supervision de la DPS ou de la DCS.

Pour permettre à tous les acteurs concernés (Chef du Centre de Santé, agents du Centre de Santé, Comité de Santé et d'Hygiène Publique, Direction Préfectorale /Communale de la Santé) de mieux suivre l'évolution du budget du Centre de Santé et envisager à temps les mesures correctrices nécessaires, le suivi mensuel du budget du Centre de santé peut s'avérer opportun.

Ce suivi porte sur les rubriques et les lignes budgétaires suivantes :

RECETTES

- Avoir en banque
- Stock au début du mois :
 - médicaments
 - outils de gestion
 - carburant pour SA
 - carburant pour chaine de froid

Total des Recettes

DEPENSES

- Besoins en dépenses incompressibles
 - Médicaments essentiels
 - Outils de gestion
 - Carburant pour SA
 - Carburant pour chaine de froid

Sous total des dépenses incompressibles

- Besoins en autres dépenses à préciser
 - Motivation du personnel
 - Transport
 - Entretien
 - Etc

Sous Total Autres dépenses

Total des dépenses

SOLDE**RAPPEL**

Vous devez adresser à la DPS/DCS, les feuilles suivantes :

- A) calcul de l'excédent budgétaire**
- B) détails des dépenses prévues pour les 6 prochains mois**
- C) feuille des budgets signés**
- D) dépenses sur fonds de réserve**

CENTRE DE SANTE DEPREFECTURE DE

COPIE POUR LA COORDINATION

BUDGET POUR LA PERIODE DU 1/1/ au 30/6/

1) SOMME A BUDGETISER :

RECETTES DU CENTRE ETDESPOSTES=..... FG

a) SUBVENTIONSFG

TOTAL A BUDGETISER FG

2). DEPENSES INCOMPRESSIBLES

2.1 Rachat des médicaments essentiels..... FG

2.2 Rachat des outils de gestionFG

2.3 Carburant pour vaccination

2.3.1 Chaîne de froid et stérilisation.....FG

2.3.2 Stratégies avancéesFG

TOTAL DEPENSES INCOMPRESSIBLES FG

3) AUTRES DEPENSES (selon détails sur feuille jointe)

Motivation du personnel..... FG

3.2..... FG

3.3..... FG

3.4..... FG

3.5..... FG

3.6 FG

3.7 FG

3.8 ImprévusFG

VERFICATION TOTAL DES DEPENSES ET PROVISIONS

(2) + (3)+(4)=..... FG = Somme à budgétiser

Signatures, Prénoms et Noms

Le Chef du centre

Le Président du COSAH

.....

.....

Le Sous –Préfet/Maire

.....

CENTRE DE SANTEPREFECTURE DE

COPIE POUR LA DPS/DCS

1) SITUATION DE L'ARRET DES COMPTES AU 31/12/

Total des recettes du centre au 31/12/ =... ..FG

Total des dépenses du centre au 31/12 =... ..FG

* DETAIL DES DEPENSES TOTALES

- Médicaments :..... FG

- Outils de gestion..... FG

- Carburant FG

2) RAPPELS :

Fonds de réserve total au 01/01 FG

Somme en banque au 31/12/ FG

Intérêts bancairesFG

(Date à préciser)

7 ANNEXES

- [7.1](#) [Fiche d'enquête de satisfaction des clients](#)..... **Erreur ! Signet non défini.**
- [7.2](#) [Fiche d'évaluation du 5s](#) **Erreur ! Signet non défini.**

7.1 Fiche d'enquête de satisfaction des clients

REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail – Justice - Solidarité

FICHE D'ENQUETE DE SATISFACTION DES CLIENTS

Centre de santé de :

Date

N°

fiche :

Catégorie de client :

Enfant | Homme | Femme

Service fréquenté

1 Comment avez-vous été accueilli ?

Bien | Acceptable | Mal

2 Quel est le temps que vous Avez passé à l'hôpital

Long | Acceptable | Court

3 Avez-vous payé de l'argent en dehors du bureau des entrées ? Oui Non

4 Quelle appréciation faites-vous des montants payés à l'hôpital ? Elevé Acceptable

5 Le médecin (l'infirmière) vous a-t' il bien expliqué votre maladie ? Oui Non

6 Les agents étaient-ils courtois avec vous ? Oui Non

7 Que pensez-vous de la propreté de nos locaux ? Bonne | Acceptable | Mauvaise

8 Comment trouvez- vous la propreté de la cour et alentours ? Bonne | Acceptable | Mauvaise

9 Comment trouvez- vous la propreté de nos toilettes ? Bonne | Acceptable | Mauvaise

10 Etes-vous satisfaits des soins reçus ? Oui Non

11 Selon vous que devons-nous améliorer dans ce centre ?

Merci d'avoir répondu à nos questions

L'enquêteur :

L'enquêté(e)

7.2 Fiche d'évaluation du 5s

CENTRE DE SANTE DE.....

DATE.....

N°	Catégories	Critères d'évaluation	Cotation 1=Oui 0=Non
A) DOCUMENTS ET ARTICLES			
1	Documents et classeurs trouvés sur la table ou l'armoire	1.1 Les papiers, documents et classeurs inutiles sont supprimés	
		1.2 Les papiers, documents et fiches de la même catégorie sont regroupés et/ou classés	
		1.3 Les documents et classeurs sont bien étiquetés et/ou numérotés	
		1.4 Les documents et classeurs tirés sont bien rangés	
2	Accessoires, consommables trouvées sur la table, le bureau ou l'armoire	2.1 Tout ce qui est inutile est supprimé (NB : ouvrir et vérifier les objets à l'intérieur pour répondre à ce critère)	
		2.2 Tout le matériel utile contenu dans les tiroirs et l'armoire est regroupé par catégorie	
		2.3 Tout ce qui est utile est bien rangé (étiqueter si nécessaire)	
		3.2 Le magasin est bien rangé	
		3.4 Le magasin est bien nettoyé (il n'y pas de poussière)	
B) AFFICHAGE			
4	Nom de l'unité	4.1 Une plaque indicatrice est affichée à l'entrée et sur la porte de chaque bureau	
		5.3 Le poster expliquant chacun des 5S est affiché	
		5.4 Les posters et annonces qui ne sont plus d'actualités sont retirés	
		6.3 Les étiquettes indiquent les endroits où se situent les objets (NB : ouvrir et vérifier les objets à l'intérieur pour répondre à ce critère)	

N°	Catégories	Critères d'évaluation	Cotation 1=Oui 0=Non
7	Inventaire individuel contradictoire des matières du 1 ^{er} groupe	7.1 L'inventaire individuel contradictoire des matières du 1 ^{er} groupe est affiché sur la porte	
C) NETTOYAGE			
8	Nettoyage des salles	8.1 Les salles (sols, plafonds ou autres) sont bien nettoyées	
		8.2 Les fenêtres sont bien nettoyées	
		8.3 Le dessus et l'arrière des armoires sont bien nettoyés (il n'y a pas de poussières)	
		8.4 Il y a des poubelles dans la salle	
		8.5 Les déchets ne débordent pas des poubelles	
9	Devanture et arrière des salles	9.1 La devanture et l'arrière des salles sont bien nettoyés et il n'y a pas de déchets sur le sol	