

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE

Secrétariat Général

Unité de Coordination du Projet d'Appui à la Réhabilitation
du Secteur de la Santé

UCP / PARSS

Financement Banque Mondiale

Manuel des procédures pour la mise en œuvre de la Stratégie du Financement Basé sur les Résultats - FBR

Version- Octobre 2013



SOMMAIRE

ACRONYMES	5
INTRODUCTION	6
REMERCIEMENTS	8
<i>Definition du Financement Basé sur la Performance</i>	9
<i>Rôles et responsabilités des acteurs de mise en oeuvre du FBP</i>	10
<i>Séparation des fonctions</i>	11
<i>Rôle des contrats</i>	12
<i>Autonomie des structures de santé</i>	13
MONTAGE INSTITUTIONNEL	13
FBPADAPTÉ DANS LES ZONES DE SANTE D'ACCES	17
<i>District de Ndjili (CCISD)</i>	18
<i>District de Mai-Ndombe/Plateau (CCISD)</i>	18
<i>District de l'Équateur/Mbandaka (CCISD)</i>	18
<i>District de Mongala (CCISD)</i>	19
<i>District de Tshuapa (CCISD)</i>	20
<i>District du Haut Katanga (GIZ)</i>	20
<i>District du Lualaba (GIZ)</i>	20
<i>District du Sud Maniema (GIZ)</i>	21
EVALUATION DES PRESTATIONS	23
<i>Visite ménage</i>	23
PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS PAR LES SERVICES SUBVENTIONNES	24
PRESENTATION DES ENTETES DES COLONNES	26
SUIVI ET EVALUATION	27
<i>Vérification</i>	30
<i>Contre- vérification</i>	30
DERIVES / FRAUDES POSSIBLES, MESURES PRÉVENTIVES, SANCTION ET REGLEMENT DES LITIGES ET CONFLITS	31
<i>Dérives / Fraudes possibles</i>	31
<i>Mesures préventives</i>	32
<i>Modalités d'application des pénalités</i>	32
<i>Règlement des litiges et des conflits</i>	34
LES BAREMES ET AJUSTEMENTS D'EQUITE	34
<i>Réajustements d'équité ou bonus d'isolement</i>	34
CHECKLIST DE QUALITE POUR LES FORMATIONS SANITAIRES	38
CADRES DE PERFORMANCE POUR L'ADMINISTRATION SANITAIRE	40
<i>Le Cadre de performance pour l'ECZ</i>	40
<i>Le Cadre de performance du district sanitaire</i>	41
<i>Le Cadre de performance pour l'administration de la santé provincial</i>	41
CONTRATS DE PERFORMANCE	42

<i>Contrat 1: Contrat d'achat entre l'AAP et la structure de santé/fournisseur des services</i>	42
<i>Contrat 2 : Contrat de motivation individuel entre le responsable de la formation sanitaire et de l'agent de santé.</i>	43
<i>Contrat 3: Contrat entre l'AAP et l'ECZ</i>	44
<i>Contrat 4: Contrat entre les PARSS et la DPS</i>	44
<i>Contrat 5: Contrat entre le PARSS et les BDS</i>	44
<i>Contrat 6: Contrat pour le comité de pilotage FBP district</i>	45
<i>Contrat 7: Contrat entre l'AAP et les associations locales</i>	45
CYCLE DE PAIEMENT	46
<i>Règles d'utilisation du revenu FBP</i>	47
<i>Factures</i>	47
BASE DE DONNÉES	47
GESTION DE LA PERFORMANCE DES STRUCTURES DE SANTE	48
<i>Contrats de performances des structures de santé</i>	48
<i>Plan de management</i>	49
<i>Unités d'investissement</i>	50
<i>Outil Indice</i>	50
<i>Cadre d'évaluation de la performance individuelle</i>	51
STRATEGIE D'APPUI AU PROGRAMME FBP	52
<i>Renforcement des capacités</i>	52
<i>Coordination</i>	53
ANNEXES	54
<i>Annexe 1: Le paquet minimum de services de santé (PMA)</i>	54
<i>Annexe 2: Le paquet complémentaire des services de santé (PCA)</i>	55
<i>Annexe 3: Guide de référence du service PMA</i>	56
<i>Annexe 4: Guide de référence du service PCA</i>	61
<i>Annexe 5: En-têtes de colonnes pour les registres</i>	67
<i>Annexe 6: Contrat 1- Contrat d'achat de l'AAP avec le prestataire</i>	78
<i>CONTRATCS</i>	78
<i>CONTRAT HGR</i>	84
<i>Annexe 7: Contrat 2- Contrat de motivation de l'établissement de santé avec l'agent de santé individuel</i>	91
<i>Annexe 8: Contrat 3- Contrat entre l'AAP et l'ECZ</i>	94
<i>Annexe 9: Contrat 4: Contrat entre les PARSS et la DPS</i>	98
<i>Annexe 10: Contrat 5- Contrat entre le PARSS et le BDS</i>	103
<i>Annexe 11: Contrat 6- contrat pour le comité de pilotage FBP district</i>	107
<i>Annexe 12: Grille de qualité pour le centre de santé</i>	113
<i>Annexe 13: Grille de qualité pour l'hôpital général</i>	125
<i>Annexe 14: Grille de performance pour l'ECZ</i>	126
<i>Annexe 15: Grille de performance pour la DPS</i>	128

<i>Annexe 17: Grille d'évaluation individuelle des formations sanitaires.....</i>	<i>138</i>
<i>Annexe 18: Facture des établissements de santé mensuelle</i>	<i>141</i>
FACTURE HGR.....	141
FACTURE CENTRE DE SANTE	143
<i>Annexe 19: L'outil Index des CS.....</i>	<i>145</i>
<i>Annexe 20: Plan de management.....</i>	<i>150</i>
PLAN DE MANAGEMENT POUR HGR	150
PLAN DE MANAGEMENT POUR CENTRE DE SANTE	160
<i>Annexe 21: Termes de référence pour le comité indigène.....</i>	<i>172</i>
<i>Annexe 22 : Contrat Relatif aux Modalités d'Achat des Services des Associations Locales..</i>	<i>174</i>

TABLE DE FIGURES

Figure 1: Les dispositions FBP-administratives	16
--	----

TABLE DE TABLEAUX

Tableau 1: liste des zones de santé avec l'approche FBP adapté	18
Tableau 2: Démarrage grille tarifaire pour les centres de santé (USD\$).....	36
Tableau 3: Frais de départ pour l'hôpital général (USD\$)	37
Tableau 4: Pondération pour les 15 services du centre de santé de la checklist de la qualité	39
Tableau 5: Pondération pour les 15 services hospitaliers généraux dans la checklist de la qualité	40

ACRONYMES

AAP	Agence d'Achat de Performance
AEE	Agence Externe d'Evaluation
AGEFIN	Agence de Gestion Financière
BDS	Bureau du district sanitaire
BM	Banque Mondiale
CAG	Cellule d'Appui et de Gestion/MSP
CCISD	Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
COSA	Comité de Santé
CODESA	Comité de Développement de l'Aire de Santé
CS	Centre de Santé
CPS	Consultation Préscolaire
DS	District Sanitaire
DPS	Division Provinciale de la Santé
ECP	ÉquipeCadre Provinciale
ECZS	Equipe Cadre de la Zone de Santé
GIZ	Deutsche Gesellschaft fur Internationale Zusammenarbeit
HGR	Hôpital Général de Référence
HRITF	Health Results Innovation Trust Fund
MSP	Ministère de la Sante Publique
PARSS	Projet d'Appui à la Rehabilitation du Secteur de Santé
FBP	Financement Basé sur la Performance
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet Minimum d'Activites
FBR	Financement Basé sur les Résultats
RDC	Republique Démocratique du Congo
S & E	Suivi et évaluation
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé

INTRODUCTION

Le Financement Basé sur la Performance (FBP) est une stratégie de financement des services de santé qui a été appliquée dans de nombreux pays en développement au cours de la dernière décennie: par exemple au Cambodge, en Haïti, en Afghanistan, en RDC, au Rwanda, au Burundi et en Indonésie. Le FBP présente des approches différentes selon chaque contexte, mais elles visent toutes à améliorer l'efficacité, l'efficience, la qualité et l'équité des services de santé offerts à la population.

L'approche FBP suscite l'intérêt des Ministères de la Santé qui cherchent des voies et moyens pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé, 1, 4, 5 et 6 qui sont : (i) Réduire la malnutrition, (ii) Réduire la mortalité infantile, (iii) améliorer la santé maternelle et (iv) combattre le VIH / sida, le paludisme et d'autres grandes endémies . Les approches FBP ont particulièrement réussi à améliorer l'accès aux services curatifs et l'augmentation de l'utilisation des services préventifs comme la vaccination chez les enfants et les femmes enceintes, le dépistage volontaire pour le VIH, les accouchements institutionnels et l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale. Bien que les approches FBP diffèrent, ils ont tendance à avoir des éléments en commun, par exemple, l'augmentation de l'autonomie de gestion, l'utilisation des organisations non gouvernementales pour la prestation de services ou de soutien à la gestion, la séparation des fonctions de l'acheteur et du payeur le renforcement du suivi et évaluation et la prise en compte des forces du marché (offre et demande).

Dans bon nombre de pays, le FBPe est implementé de façon progressive : on commence généralement avec des projets pilotes après lesquels une mise à l'échelle au niveau national est tentée. Toutefois, il faut noter que les pays qui ont tenté le passage à échelle et l'institutionnalisation ont été nourris par une capitalisation des leçons tirées des expériences pilotes. Au Burundi, des projets pilotes FBP ont débuté en 2006. Le passage à l'échelle et l'institutionnalisation n'ont été effective qu'en 2010.

En République Démocratique du Congo, plusieurs projets ont mis en œuvre l'approche FBP. Il s'agit notamment de Cordaid, GTZ, de l'Union Européenne etc. Ces projets ont permis une capitalisation qui alimente aujourd'hui une phase d'extension qui connaît la participation de beaucoup partenaires techniques et financiers.

Afin de contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Gouvernement a entrepris une série des réformes pour toute l'administration publique. Pour le secteur santé, quatre réformes importantes sont en cours, à savoir : la décentralisation, la réforme des ressources humaines, la réforme hospitalière et la réforme du financement. En rapport avec la réforme du financement, il ya eu la mise en place de la Cellule d'Appui et de Gestion (CAG) pour améliorer la coordination des interventions des différents partenaires.

Le Financement Basé sur la Performance (FBP) en RDC vise à améliorer la performance des structures de soins, la performance des différents acteurs, la qualité de services et de réduire le poids financier du coût des soins supportés par les malades. Il permet également de promouvoir des actions incitatives en vue d'améliorer la performance individuelle des agents de santé sur base des résultats réalisés. Ce qui contribue à la politique de rétention des ressources humaines en santé. Cette approche est un mécanisme de paiement en faveur des prestations produites au niveau des structures contractantes du niveau opérationnel, provincial et central permettant ainsi d'adopter une approche holistique de soutien au système de santé

L'approche de financement basé sur la performance en RDC doit être dynamique et adapté au contexte de chaque zone d'intervention. Il combine les interventions éprouvées et des outils utilisés par les ONG dans un cadre national utilisant le FBP, dans lequel siègent conjointement les partenaires au développement, les agents techniques et le MSP. Pour chaque projet un montage clair doit être défini. Le rôle et les responsabilités de chaque acteur de mise en œuvre doivent être précisés. Les procédures arrêtées doivent faire l'objet d'un contrat.

Des contrats de performance doivent être signés à chaque niveau de la pyramide sanitaire : le Secrétariat Général, les Divisions Provinciales de la Santé, les Bureaux de districts sanitaires, les équipes cadres des zones de santé (ECZS) et la communauté (les associations locales).

Il faut souligner que la mise en œuvre du FBP en RDC dans les zones d'intervention a produit plusieurs résultats probants en termes d'accessibilité de la population aux soins et aux services de santé de qualité. Cette accessibilité a été obtenue principalement par l'incitation de l'offre sur laquelle le FBP intervient.

Dr Mukengeshay Kupa
Secrétaire général à la santé ai.

REMERCIEMENTS

L'UCP reconnaît la nécessité d'avoir un manuel d'utilisateur permettant la mise en place d'un cadre rationalisé pour l'exécution de la stratégie de financement basé sur les résultats. Le présent manuel répond à souci d'alignement aux réformes sectorielles en cours, d'efficacité et résultats au bénéfice de la population.

L'UCP remercie tous les experts du Gouvernement de la République, ses partenaires tant nationaux, bilatéraux que multilatéraux qui n'ont ménagé aucun effort pour la rédaction de cet important outil sous la coordination du Secrétariat Général de la Santé. Des remerciements particuliers sont adressés à la Banque Mondiale pour son appui apprécié tant technique que financier au projet PARSS.

Dr Jacques WANGATA
Coordonnateur

CONCEPTS CLES ET TERMINOLOGIE

Definition du Financement Basé sur la Performance

Définition du FBP :¹Financement Basé sur la Performance (FBP) est une approche du système de santé, axée sur les résultats (définis comme la quantité et la qualité des services produits). Cela implique que les établissements de santé sont considérés comme des organismes autonomes qui peuvent réaliser un bénéfice au profit d'objectifs de santé publique et / ou de leur personnel. Il est également caractérisé par des cadres de performance pour les acteurs de la régulation, les agences d'achat de performance et le renforcement de la voix de la population. Financement Basé sur la Performance applique les forces du marché, mais vise également à corriger les défaillances du marché afin d'atteindre des objectifs en santé publique. FBP vise au même moment à maîtriser les coûts, et un mélange durable des recettes provenant du recouvrement des coûts, des contributions gouvernementales et internationales. FBP cherche sans cesse de tester ces théories par des recherches empiriques et des évaluations rigoureuses d'impact qui conduisent aux meilleures pratiques (voire la note ci-dessous).²

Fonctions du FBP : Il s'agit des fonctions fondamentales qui guident la mise en œuvre en œuvre du FBP. Ces fonctions sont (i) la régulation (ii) la prestation (iii) la vérification (iv) le paiement.

- La **régulation** est axée sur l'application des normes et des directives du MSP/RDC à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Elle est assurée par le Ministère de la Santé Publique et ses structures décentralisées à tous les niveaux.
- La **prestation** s'adresse à l'offre des services cliniques (preventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation) ainsi qu'aux services administratifs
- La **vérification** s'assure de la matérialité des prestations déclarées et de la qualité perçue par les usagers. Elle se fait à deux niveaux : au niveau de la structure, une vérification de la quantité et de la qualité technique ; au niveau de la communauté, une vérification de l'authenticité des prestations déclarées et de la qualité perçue par les usagers.

¹Définition du FBP de la communauté de la pratique FBP de Juillet 2010

²FBP tiré de la micro-économie, de l'analyse systémique (Systems Analysis) et des théories des choix publics (Public Choice) et de la nouvelle gestion publique (New Public Management). Son efficacité peut être renforcée par des interventions de la côté de la demande telles que les transferts de cash conditionnés (CCT), les systèmes de bons (vouchers), les fonds d'équité et les assurances maladies obligatoires.

- Le **Paiement** est axé sur la canalisation des fonds aux bénéficiaires. La mise à disposition des subsides aux bénéficiaires est faite après vérification de leur performance par une agence d'achat.

Rôles et responsabilités des acteurs de mise en oeuvre du FBP

Le régulateur: C'est le Ministère de la Santé Publique. Il joue ce rôle à travers toutes ses structures à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Le niveau national de la réglementation est la «Cellule Technique du Financement Basé sur les Résultats» (CT-FBR) rattachée au Secrétariat Général. La CT-FBR est l'unité technique de pilotage de l'approche dans le secteur de la santé. La CT-FBR/MSP, en concertation avec le PARSS / MSP et les partenaires, propose des services, assure la qualité des programmes de formation, et participe aux évaluations de performances de la Division Provinciale de la Santé (DPS) et du Bureau de district sanitaire (BDS). La CT-FBR participe également à documenter les expériences du développement du FBP à travers le pays afin de tirer les leçons permettant de conduire le processus de capitalisation en partenariat avec toutes les parties prenantes.

Le niveau provincial de la réglementation du FBP est assuré par les DPS et les BDS. Cette relation est formalisée par des contrats de performance internes entre le Ministère de la Santé et ses entités décentralisées.

Les DPS et BDS, entre autres, sont impliqués dans l'évaluation trimestrielle de la qualité dans les Hôpitaux Généraux de Référence (HGR).

Le niveau opérationnel de la réglementation du FBP est assuré par le BCZS. Il est responsable du suivi mensuel et de l'évaluation trimestrielle de la qualité des centres de santé. L'évaluation de la qualité donne lieu à un bonus. Ce bonus correspondra au maximum à 25% du montant total des subsides de performance de la période.

Le Prestataire: C'est la structure qui a signé un contrat avec l'Agence d'Achat des Performances (AAP) dans le but de fournir des services de qualité. Ces prestataires sont des centres de santé et hôpitaux généraux de référence des zones de santé, à la fois publics et privés mais aussi des entités administratives comme les Equipes Cadres de Zone (ECZ), les Equipes cadres des DPS (Division Provinciale de la Santé) ainsi que les Equipes cadres de Districts Sanitaires (DS)

L'acheteur: Il s'agit d'une agence d'achat de performance (AAP), qui a signé un contrat avec le PARSS / MSP. Dans le cadre de ce projet, Il est aussi le payeur.

L'AAP forme les prestataires en FBP sous la supervision du Régulateur, accompagne l'élaboration et la validation des plans de /management, négocie les contrats, coache les prestataires sur l'utilisation des outils du FBP, procède aux vérifications périodiques des performances, valide les prestations vérifiées et paie les structures sanitaires contractante. L'AAP gère également le «fonds délégués » », pour les paiements liés à la performance des Centres de Santé, des Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) et des Équipes Cadres des Zones de Santé (ECZS) en concertation avec la Division Provinciale de santé pour ce qui est de l'achat des prestations des ECZS.

Le vérificateur:les vérificateurs sont (a) l'AAP pour la vérification de la quantité (une fois par trimestre) et (b) l'Agence Externe d'Evaluation (AEE) pour la contre vérification. L'AAP contracte avec les structures sanitaires publiques,privées agréées et confessionnelles, gère les contrats, réalise des vérifications trimestrielles sur les services produits et appuie les associations locales (ASLO) dans les enquêtes communautaires. Les AAP et l'AEE bénéficient d'une autonomie de gestion et utilisent les ressources financières, matérielles et humaines propres.

L'AAP vérifie les performances quantitatives réalisées par les structures de santé. –Elle coache les prestataires sur l'utilisation des outils de gestionFBP. Les vérifications de l'AAP sont organisées par des vérificateurs ayant une compétence médicale ainsi que dans la gestion des informations sanitaires.

L'AAP évalue l'atteinte des résultats de l'ECZS par rapport à l'accompagnement, la supervision et l'assurance qualité des prestations des centres de santé.

L'AEE procédera aux suivis et évaluations externes pour certifier de la qualité de vérifications. L'AEE effectue ces sondages chaque trimestre par un protocole défini.

L'AEE, en collaboration avec les équipes du PARSS central et provincial, participe à l'évaluation des performances desDPS et des BDS.

L'AAP et l'AEE, en collaboration avec les équipes de PARSS central et provincial, et les DPS et BDS, sont impliqués dans les évaluations de la qualité dans les hôpitaux généraux de référence (HGR).

Séparation des fonctions

Il s'agit de la séparation des fonctions de régulation, de prestation et de vérification-paiement.Pour ce Projet, il s'agira de :

- **La séparation du fournisseur et de l'acheteur**, d'une part et d'autre part, une séparation entre le régulateur et l'acheteur. Le but de cette séparation est d'éviter ou de réduire les situations de conflit d'intérêts ou de collision. Quand la performance doit être évaluée et où la performance est liée à l'argent et à la réputation, il est important d'avoir un vérificateur indépendant, qui dispose d'un pouvoir pouvant assurer le contrepoids.
- **La séparation acheteur- prestataire**: la séparation acheteur- prestataire est un concept qui indique que l'acheteur (le ministère de la Santé par procuration à travers les AAP) ne peut pas assurer les prestations de service de santé. Il faut comprendre dans cette définition que le prestataire n'assure pas son propre contrôle mais qu'il est contrôlé par des organisations indépendantes (AAP et AAE).
- **La séparation régulateur-acheteur**: dans l'approche FBP en RDC, il ya une séparation conceptuelle entre le régulateur et l'acheteur. L'acheteur (AAP), au nom des partenaires au développement et le Ministère de la santé, contrôle et achète des services de santé de qualité, tandis que le régulateur applique des normes, et détermine les directives en rapport avec la qualité des prestations. Le régulateur s'assure que l'achat et la vérification sont effectués selon des modalités transparentes. Il le fait par les moyens suivants: premièrement, il délègue la gestion de contrats et les enveloppes budgétaires à l'AAP. La vérification est déléguée aux AAP et l'AEE. Cette délégation se fonde sur un ensemble strict des règles et procédures, parmi lesquels la réglementation des services et des coûts unitaires. Deuxièmement, elle implique les partenaires au développement et des agents techniques dans le comité de pilotage du FBP du District sanitaire, qui sont les conseils d'administration pour le FBP en RDC. Troisièmement, le régulateur utilise une application Web avec un aperçu public où tous les résultats de performance sont présentés de manière transparente.

Rôle des contrats

Le contrat établit les engagements de l'acheteur (AAP) et les structures contractantes. C'est un outil qui décline très clairement les engagements et les droits des parties prenantes et leurs modalités de mise en œuvre. Dans le cadre ce projet, six contrats principaux seront signés. Ces contrats sont décrits dans la section «contrats» et sont présentés dans leur intégralité dans les annexes de ce manuel. Les contrats sont destinés à clarifier la performance attendue, et d'établir les règles et règlements relatifs à l'approche FBP. Il est essentiel que tous ceux qui travaillent dans le FBP comprennent ces contrats de manière satisfaisante et que les informations soient partagées de manière symétrique, à savoir : la clarté dans les rôles attendus et la performance attendue, la transparence des procédures de contrôle et une communication permanente des résultats à toutes les parties prenantes. Cela contribuera à réduire les risques et les coûts de transaction engagés dans le FBP.

Autonomie des structures de santé

Les structures ont une autonomie décisionnelle dans la gestion des ressources dans le respect des règles et normes générales fixées par le régulateur. Cette autonomie stimule l'esprit d'entrepreneuriat et de créativité des prestataires. Les structures de santé contractée dans le cadre du FBP devront suivre des pratiques générales de gestion.

Les subsides issus du FBP doivent être mises ensemble avec les autres recettes issues du recouvrement des coûts, de l'allocation du gouvernement (national, provincial et des entités territoriales décentralisées), de l'appui financier des autres partenaires etc.

La répartition des recettes de la structure de santé se basera sur l'utilisation de l'outil indice. La partie qui va aux primes de performance pour le personnel ne peut excéder **40%** des recettes totales de la structure de santé. Les prévisions des dépenses seront clairement présentées dans le plan de management et le respect de la structure de dépense sera vérifié.

Le gestionnaire/responsable de la structure de santé signera des contrats de motivation avec ses agents et appliquera les évaluations de performance individuelle dans le calcul des primes de performance du personnel de la structure.

MONTAGE INSTITUTIONNEL

Dispositions administratives : elles sont les suivantes :

- **CT-FBR/MSP** ; la Cellule Technique Financement Basee sur les Resultats (CT- FBR) du Ministère de la Santé Publique fournit un appui technique et participe à l'évaluation des contrats de performance pour les DPS et les BDS.
- **PARSS / MSP** : l'unité d'exécution du projet qui contracte les AAP (GIZ et CCISD) et l'AEE (Sofreco) et divers consultants. Le PARSS, à travers ses bureaux provinciaux, participera à la vérification des performances des DPS ainsi que BDS, et participera aux réunions du comité de pilotage FBP de district.
- **DPS / MSP** : la Division provinciale de la santé dispose d'un contrat de performance avec l'UCP-PARSS/Ministère de la Santé Publique. Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, la DPS aura, entre autres fonctions : (i) Renforcer les visites d'encadrement intégrée de qualité des ECZ en collaboration avec les BDS³, (ii) Organiser et participer aux évaluations de la qualité des Hôpitaux Généraux de Référence ; (iii) Renforcer le

³Dans le cadre de la réforme du niveau intermédiaire en RD Congo, certains BDS seront transformés en DPS, à ce titre dans les provinces où ces BDS vont exister, ils vont fonctionner sous forme d'antenne déconcentrée des DPS.

contrôle qualité des distributeurs agréés de médicaments et autres intrants afin de certifier régulièrement la qualité des médicaments et autres intrants et (iv) Participer aux réunions FBP du Comité de Pilotage FBP du District.

- **BDS / MSP** : le Bureau du District Sanitaire dispose d'un contrat de performance avec l'UCP-PARSS/ Ministère de la Santé Publique. Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, le BDS aura, entre autres fonctions : (i) Renforcer les supervisions des ECZS, (ii) Organiser et participer aux évaluations de la qualité des Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) en collaboration avec les DPS ; (iii) Organiser les réunions du comité de pilotage du FBP de District et assurer le secrétariat technique du comité de pilotage et (iv) Organiser des formations sur des sujets spécifiques pour les équipes ECZ.
- **ECZS / MSP** : L'Équipe Cadre de la Zone de Santé dispose d'un contrat de performance avec l'AAP. Dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, l'ÉCZS aura, entre autres fonctions : (i) Organiser un contrôle de la qualité une fois par trimestre dans les centres de santé, (ii) Assister au coaching des formations sanitaires et (iii) Renforcer l'analyse et la consolidation des données et faire une rétro-information sur la quantité, sur la qualité des prestations des structures de santé ainsi que l'accompagnement des prestataires dans l'organisation des services et la mise en œuvre de leur plan d'affaires/ management.
- **Les prestataires** : les structures de santé sélectionnées, publiques ou privées auront pour mission : (i) De fournir le paquet des services adéquats (promotionnels, préventifs, curatifs, réadaptatifs et administratifs), (ii) Renforcer la gestion des ressources humaines, financières et matérielles, (iii) Signer le contrat de performance avec l'AAP, (iv) Élaborer le plan d'affaires/management de la structure, (v) Faire le suivi de leurs performances, (vi) transmettre le bordereau de prestations à l'AAP, (vii) Accuser réception des subsides FBP à l'AAP et (viii) Élaborer les modalités internes d'attribution des primes de performance au personnel (outil indice).
- **AAP** : les agences d'achat des performances (Agence d'achat de performances GIZ et CCISD), contractées par le PARSS / MSP, s'occuperont des activités suivantes : (i) identifier les formations sanitaires à contracter, (ii) négocier des plans de management et des contrats (iii) assurer la formation des prestataires des services de santé en FBP, (iv) vérifier la quantité des prestations fournies, (v) assurer le coaching (en collaboration avec le ECZ), (vi) évaluer la performance des ECZS en collaboration avec la DPS et/ou le BDS ; (vii) Assurer le paiement des formations sanitaires et des ECZ pour leur performances. L'AAP s'occupera à inciter les prestataires à améliorer la planification des activités, la gestion des ressources, le suivi des prestations et l'utilisation des données de la structure de santé. L'AAP participe au renforcement de la voix de la population à travers les enquêtes communautaires de vérification et de satisfaction. Pour assurer la

transparence du processus de paiement, l'AAP s'occupera également de la saisie des données quantitatives et qualitatives dans l'application Web-enabled. En plus d'être une agence de gestion des contrats et de vérification, l'AAP est aussi l'agence detentrices des fonds (à travers le « Fonds délégués»). Elle mobilise et canalise les fonds nécessaires pour l'achat des performances des structures de santé à travers le PARSS / MSP.

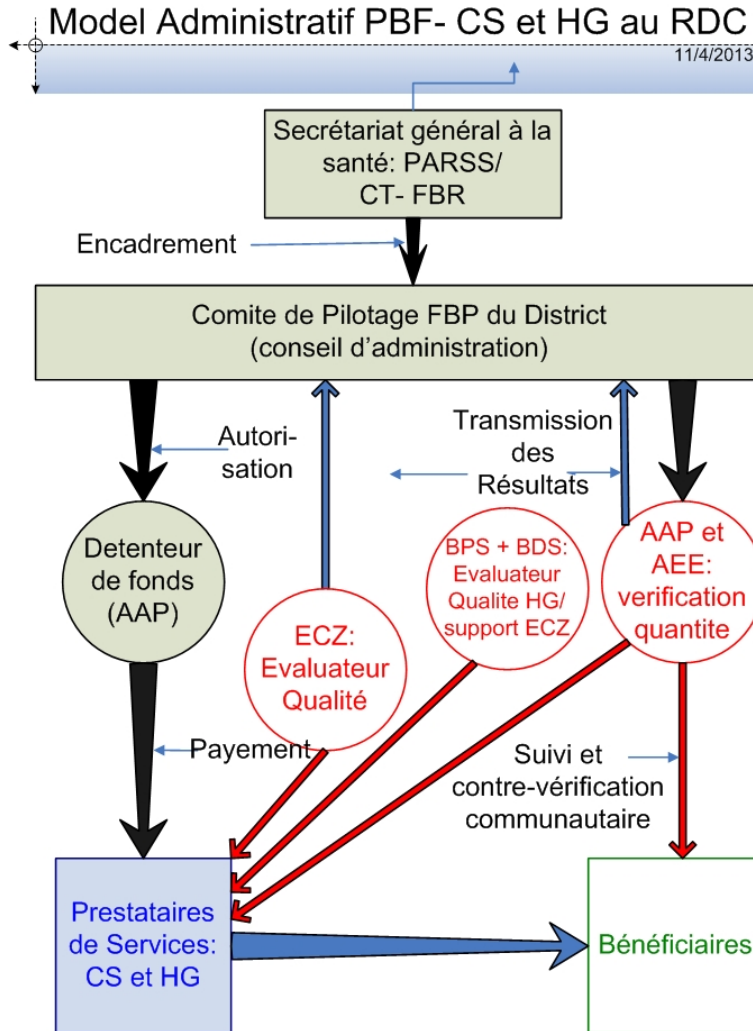
- **AEE** : L'Agence Externe d'Evaluation (Sofreco), contractée par le PARSS / MSP s'occupera des fonctions suivantes: (i) Effectuer les enquêtes de contre-vérification dans la communauté, (ii) Évaluer la performance des DPS et les BDS conjointement avec le PARSS / MSP, (iii) participer aux évaluations de la qualité dans les hopitaux généraux de référence (HGR).

- **Communauté** :
 - Dans le FBP , la communauté à travers le CODESA est impliquée dans les actions suivantes : (i) La participation aux réunions des comités de santé des établissements de santé (COSA) et des comités de développement des aires de santé (CODESA), (ii) La supervision de l'utilisation des fonds en apportant son concours à la structure de santé dans la co-gestion afin d'atteindre les objectifs et cibles fixés dans le plan de management , (iii) La participation aux discussions et aux négociations avec le gestionnaire de l'établissement de santé , le niveau des frais d'utilisation, (iv) La négociation de coût de soins et veiller à son application, (v) La participation au marketing social des activités du PMA à travers l'appui des relais communautaires (RECO).

 - Dans le FBP, la communauté, à travers les ASLO, vérifie l'existence des personnes utilisatrices des structures de santé, authentifie les prestations déclarées et apprécie le degré de satisfaction des usagers par des enquêtes.

Pour une description des arrangements administratifs: voir image ci-dessous:

Figure 1: Les dispositions FBP-administratives



FBPADAPTÉ DANS LES ZONES DE SANTE D'ACCES GEOGRAPHIQUE DIFFICILE

La réussite du Financement Basé sur la Performance requiert un accompagnement soutenu des structures (supervision, coaching), une vérification de la quantité et de la qualité des résultats produits, l'allocation équitable des subsides et le paiement régulier de la performance. Ces facteurs sont liés à une combinaison de monitoring des résultats rigoureux avec un coaching de la qualité et le paiement régulier de la performance. Une surveillance rigoureuse et une vérification des résultats sont nécessaires pour évaluer et analyser les performances. Le coaching consiste à apporter un encadrement aux prestataires des services de santé pour permettre d'améliorer la quantité et la qualité des résultats qui sont produits. Il faut également ajouter que le paiement régulier à l'aide d'un budget output significatif est nécessaire pour assurer que des services de qualité sont effectivement livrés.

Environ la moitié des 84 zones de santé ciblées par le PARSS / MSP avec l'approche FBP se trouvent dans des conditions d'accessibilité géographiques difficiles pour certaines voire très difficiles pour d'autres notamment dans les districts de l'Équateur, et de Thsuapa dans la province de l'Équateur et le district de Mai-Ndombe, dans la province de Bandundu.

Plus les structures de santé sont d'accès difficiles, plus le coût de la vérification est élevé. Pour le projet actuel, en prenant en compte le financement disponible et l'accessibilité, l'évaluation régulière des résultats sera très difficile.

L'appréciation de la performance pour toutes les structures nécessite une vérification rigoureuse des résultats produits. Dans les zones d'accès difficile où les résultats ne peuvent pas être vérifiés de façon crédibles, la mesure de la performance des structures peut mener à des faux résultats et à une perte de confiance dans le système. Dans ces zones de santé, il est dès lors indiqué de passer par une phase de transition avec une approche FBP adaptée.

Le but de cette adaptation adaptée est de préparer ces zones à l'application correcte, à moyen terme, des principes de l'approche FBP.

Les zones de santé dans l'aire géographique de PARSS / MSP qui sont considérées comme d'accès difficiles sont répertoriées dans le tableau ci-dessous:

Tableau 1: liste des zones de santé avec l'approche FBP adapté

District de Ndjili (CCISD)

Zone de santé	Nombre de CS	HGR	FBP	FBPadapté
Biyela	7	1		
Kikimi	8	1		
Kimbanseke	11	1		
Kingasani	7	1		
Masina	8	1		
Ndjili	13	1		
Total	52	6	6	0

District de Mai-Ndombe/Plateau (CCISD)

Zone de santé	Nombre de CS	CSR	HGR	FBP	FBPadapté
Bandjow Moke	15	2	1		
Bokoro	26	4	1		
Bosobe	20	2	1		
Inongo	33	1	1		
Kiri	26	2	1		
Mimia	14	1	1		
Nioki	23	0	1		
Ntandembelo	16	2	1		
Oshwe	28	0	1		
Pendjwa	16	0	1		
Bolobo	25	2	1		
Kwamouth	22	0	1		
Mushie	20	1	1		
Yumbi	18	1	1		
Total	302	18	14	5	9

District de l'Équateur/Mbandaka (CCISD)

Zone de santé	Nombre de CS	HGR	FBP	FBPadapté
---------------	--------------	-----	-----	-----------

Zone de santé	Nombre de CS	HGR	FBP	FBPadapté
Bolenge	10	0		
Mbandaka	14	1		
Wangata	8	1		
Basankusu	25	1		
Bikoro	18	1		
Bolomba	24	1		
Bomongo	16	1		
Djombo	14	0		
Iboko	14	1		
Ingende	16	1		
Irebu	4	1		
Lilanga Bobangi	10	0		
Lotumbe	17	1		
Lukolela	12	1		
Mampoko	12	0		
Mankanza	13	1		
Monieka	12	1		
Ntondo	14	1		
Total	253	13	7	11

District de Mongala (CCISD)

Zone de santé	Nombre de CS	HGR	FBP	FBPadapté
Binga	31	1		
Bongandanga	15	1		
Bosomanzi	13	1		
Bosomondanda	12	0		
Bosondjo	24	1		
Bumba	15			
Lisala	27	1		
Lolo	18	1		
Pimu	20	1		
Yamaluka	23	1		
Yambuku	37	1		
Yamongili	22	1		
Total	257	9	7	5

District de Tshuapa (CCISD)

Zone de santé	Nombre de CS	HGR	FBP	FBPadapté
Befale	14	1		
Boende	33	1		
Bokungu	19	1		
Busanga	13	0		
Djolu	25	1		
Ikela	19	1		
Lingomo	16	0		
Mompono	14	1		
Mondombe	18	1		
Mankoto	18	1		
Wema	16	1		
Yalifafo	16	0		
Total	221	8	5	7

District du Haut Katanga (GIZ)

Zone de Santé	CS	HGR	FBP	FBPadapté
Kafubu	12	0		
Kasenga	13	1		
Kashobwe	8	1		
Kilwa	18	1		
Kipushi	15	0		
Lukafu	11	0		
Pweto	16	1		
Sakania	13	1		
TOTAL	106	5	5	3

District du Lualaba (GIZ)

Zone de Santé	CS	HGR	FBP	FBPadapté
Kasaji	24	1		

Zone de Santé	CS	HGR	FBP	FBPadapté
Dilolo	20	1		
Kafakumba	24	1		
Sandoa	14	1		
Kalamba	24	1		
Kapanga	18	1		
TOTAL	124	6	3	3

District du Sud Maniema (GIZ)

Zone de Santé	CS	HGR	FBP	FBPadapté
Kasongo	20	1		
Kibombo	12	1		
Kabambare	10	1		
Kunda	26	1		
Lusangi	15	1		
Tunda	11	1		
Samba	10	1		
Saramabila	14	1		
TOTAL	118	8	5	3

Une approche FBP adaptée sera mise en place dans ces zones de santé difficiles d'accès, qui comprendra les éléments suivants:

- **Pour l'ECZ:** le cadre de performance concerné par leurs responsabilités par rapport à la mise en œuvre du FBP sera évalué.
- **Pour l'Hôpital Général de Référence :** La quantité des résultats produits seront mesurées une fois par trimestre par l'AAP. Cependant, la qualité des résultats produits seront mesurées une fois par trimestre conjointement par l'AT PARSS, BDS, AAP et AEE. Ces hôpitaux seront également soumis à la contre-vérification des performances par l'AEE.
- **Centres de santé: FBP adaptée;**
L'allocation des subsides FBP sera calculésur base de : (i) catégorie de difficultés du centre de santé, (ii) les recettes moyennes des centres de santé des zones de santé FBP et

- (iii) la population de l'aire de santé qu'elle couvre. Une évaluation trimestrielle de la qualité sera aussi effectuée. Les modalités de paiement du bonus de qualité sont :
- Si le score de qualité est de 100%, le bonus de qualité sera de 25% des subsides alloués.
 - Si le score de qualité est compris entre 50% et 99%, un bonus partiel des subsides alloués sera attribué.
 - Si le score de qualité est inférieur à 50%, aucun bonus de qualité ne sera alloué
- En outre, les centres de santé devront négocier leurs plans de management, signer leurs contrats de performance et faire preuve de réactivité avec le financement donné. Le financement forfaitaire est calculé sur la base (i) catégorie de difficultés de centre de santé, (ii) les recettes moyennes des centres de santé FBP dans les zones de santé du «FBP plein» et (iii) la population de la zone de santé qu'elle couvre. Cette somme forfaitaire est donc variable (car on s'attend à des performances en augmentation dans les centres de santé FBP et donc aussi dans les centres de santé avec un FBP « adapté »).

EVALUATION DES PRESTATIONS

Il existe deux ensembles de services, l'un pour le centre / communautaire niveau de la santé (le paquet minimum d'activités (PMA), et le second au niveau de l'hôpital général référence (le paquet complémentaire d'activités (PCA)). La définition de ces paquets fait référence au document des normes sanitaires du MSP.⁴

- Le PMA se compose de 18 services (annexe 1)
- Le PCA est composé de 22 services (annexe 2)

Il faut noter aussi que les visites à domicile seront incluses comme service du PMA car elles sont en lien avec l'offre apportée par les Centres de santé et ces visites sont organisées par les agents communautaires sous la supervision de l'infirmier titulaire du centre de santé.

Visite ménage

En effet, l'achat d'une « **visite ménage** » est une activité génératrice de demande et une intervention de santé publique en même temps. Il s'agit d'une visite d'un ménage effectuée par une équipe d'agents de santé communautaires ou un organisme communautaire, en utilisant un protocole.

Ce protocole comprend les éléments suivants :

- Comment est ce que le ménage gère t il les déchets ménagers ?
- Est-ce que les membres de la famille se lavent ils les mains régulièrement ?
- Quel est le statut de la planification familiale et le choix de la reproduction des femmes de 15-49 ans dans ce ménage?
- Les enfants sont ils nourrisent exclusivement au sein jusqu'à 6 mois ?
- Est-ce que il y a les latrines ou des toilettes disponibles, propres et utilisées ?
- Est-ce que on utilise des moustiquaires ou des litstraités ?
- Est-ce que le ménage a-t-il un accès à l'eau potable ?

Le processus est le suivant:

- La 1ère, 2ème et 3ème visite ménage selon le protocole, chaque visite effectuée et payée séparément ;

⁴Recueil des normes de fonctionnement d'une zone de santé, MSP, 2006

- Au cours de la première visite la situation de référence du ménage est examinée, et enregistrée dans un registre standard. L'équipe discute ensuite avec le ménage sur les mesures spécifiques à prendre au cours d'une période de 2 mois respectivement par les membres du ménage, le personnel des centres de santé et les autorités administratives locales. Un plan de management est élaboré ;
- La deuxième visite à domicile sera prévue pour évaluer la mise en œuvre des actions et recommandations. Les différentes recommandations, comme pour les vaccinations des enfants de moins d'une année, de planification familiale, la présence dans le ménage des toilettes ou des latrines hygiéniques seront suivies par les ménages. Le personnel médical peut discuter des changements de comportement alors que la personne qui s'occupe des prestations d'hygiène des ménages fournit des recommandations plus contraignantes, y compris dans les cas extrêmes des pénalités. Si les résultats au cours de la deuxième visite des ménages sont satisfaisants, cela se termine l'inspection de ce ménage particulier.
- S'il ya encore des problèmes lors de la deuxième visite à domicile, une troisième visite peut être proposée ainsi de suite.
- Toutefois, il faut noter que les visites des ménages seront très participatives et devront être faites dans le sens d'une communication pour le changement des comportements (CCC). La finalité visera à ce que la population s'approprie les pratiques favorables en matière de santé de la population.

PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS PAR LES SERVICES SUBVENTIONNES

Les plus pauvres des pauvres font face à de réels problèmes d'accès aux soins. La gratuité des soins ou des soins de santé gratuite sélective n'est pas une option pour la RDC étant donné que le financement public est indisponible et est insuffisant pour payer pour une bonne qualité et des services de santé de base accessibles.

Pour améliorer l'accès aux soins de santé pour les plus pauvres des pauvres, le FBP va introduire une catégorie spécifique appelé «nouvelle consultation pour un patient indigent ». Les plus pauvres parmi les pauvres - les indigents - seront en mesure d'accéder aux services curatifs et préventifs, sans avoir à payer.

Un mécanisme post- identification sera utilisé pour cibler les plus pauvres des pauvres. Jusqu'à **5%** de toutes les consultations de soins curatifs au centre de santé, et jusqu'à **5 %** des admissions à l'hôpital sont des indigents. Le FBP remboursera ces catégories contre une redevance plus élevée.

Les listes de contrôle de la qualité seront suivies et l'usage rationnel des médicaments sera récompensé ainsi que les pratiques de prescription rationnelle des médicaments selon les ordigrammes et les protocoles de prise en charge. Les mesures ci-dessus devraient faire baisser considérablement le coût variable moyen d'une consultation curative. Toutefois, ces coûts pourraient être encore trop élevés pour les indigents : les plus pauvres parmi les pauvres.

L'approche mettra en place un système de services subventionnés pour les indigents. Il y aura une introduction d'une seule catégorie de rémunération basée sur les cas, appelé « nouvelle consultation ambulatoire pour les patients indigents » (PMA) et « une journée d'admission pour un patient indigent » (PCA). Les règles de base sont les suivantes:

Jusqu'à 5% du nombre total de nouvelles consultations externes peut être réclamé dans cette catégorie le mois suivant ;

Il faudrait créer un « comité de pris en charge des indigents », composé de membres du CODESA (voir annexe 21 de ses termes de référence);

Ce comité des indigents est chargé de vérifier l'exactitude de l'application de la catégorie des indigents, en particulier celles liées à la pauvreté perçue.

L'établissement de santé est encouragé à concevoir des méthodes novatrices pour assurer un ciblage précis de personnes réellement indigentes. Ces méthodes seront évaluées à travers des groupes de discussion à base communautaire principalement.

Les contrats d'achat FBP prendront en compte les soins pour les indigents une partie intégrante de PMA et le PCA, tout comme pour chacun des services, le respect des règles doit être d'application (telle que l'application correcte des directives et des procédures, et la déclaration correcte des cas pris en charge), sont une condition pour la poursuite des contrats d'achat.

Les contrats d'achat sont écrits avec un établissement de santé choisi dans chaque aire de santé. Comme de tois, il ya plusieurs établissements de santé dans chaque domaine de la santé, par conséquent, il ya un élément de la contestabilité dans chaque contrat. Les contrats FBP ne sont pas un droit, mais sont subordonnés à une bonne performance continue prouvée sur une offre des soins de santé de qualité. Les différentes stratégies liées à chacun des services, y compris la prise en charge des indigents, sont négociées dans les plans de management de chaque établissement sous contrat.

Le FBP utilise le principe des **subventions croisées**, il est supposé que le paiement des fournisseurs est basé sur le coût variable moyen d'un traitement curatif. Dans le cas où le coût d'un individu dépasse le remboursement effectif, on suppose que le centre de santé va

subventionner les coûts réels variables grâce à ses autres revenus du FBP.

En fait, les soins curatifs sont la porte d'entrée pour les services de prévention : un cas de soins curatifs, comme un indigent, peut conduire à des gains supplémentaires pour les services de protection de la mère et de l'enfant et d'autres services incitatifs. Cela devrait être rapidement compris par les gestionnaires des établissements de santé qui attirent plus de patients (en offrant des soins curatifs de bonne qualité et les médicaments disponibles) , conduit à une opportunité de gagner plus en offrant des services de prévention supplémentaires.

Les responsables des établissements de santé dans les projets FBP diminuent fréquemment le niveau des baremes pour les consultations curatives afin d'attirer les clients, après quoi un revenu supplémentaire peut être obtenu grâce à des subventions de soins préventifs.

GUIDES DE REFERENCE POUR LES SERVICES

Pour faciliter la compréhension de chaque service, un guide de référence des services a été élaboré pour chaque paquet de service. Ces guides de référence contiennent une définition pour chaque service, ainsi que les outils de collecte de données primaires et secondaires dans lesquels ces services peuvent être vérifiés. Les guides de référence peuvent être trouvés dans l'annexe 3 (PMA) et l'annexe 4 (PCA).

Dans le cadre de l'utilisation des outils, il est recommandé que les services à acheter soient attestés par les outils de gestion comprenant les fiches de consultation, les dossiers des malades, les registres et les outils SNIS. Les informations contenues dans ces outils permettront une bonne traçabilité des résultats. Il est donc obligatoire que les structures disposent de ces outils, les remplissent correctement en tout temps et les gardent en bon état même quand ils sont remplis

PRESENTATION DES ENTETES DES COLONNES

Lorsque les registres ne sont pas disponibles, la structure de santé est responsable de l'acquisition de registres. Les registres acquis doivent être conformes aux registres officiels. Les en-têtes de colonne doivent correspondre aux modèles indiqués dans les annexes.

Tout écart des informations contenues dans les fiches et celles contenues dans les autres outils de gestion, qui ne permet pas une bonne traçabilité avec les registres est considéré comme un cas de fraude. Les ECZS lors du coaching devront accompagner les formations sanitaires dans le remplissage correct des registres.

SUIVI ET EVALUATION

Le suivi et évaluation (S & E) de la performance et de la qualité des prestations seront réalisés à différents niveaux du système. Le FBP renforce l'information sanitaire, pilier du système de santé. Le suivi et évaluation (S & E) est intégré dans les approches FBP. En effet, le FBP opérationnalise une « Bonne approche de suivi et évaluation », dans laquelle les données sont vérifiées dans tout le système et validées à différents niveaux. Une des forces est que les données sont validées à la source (vérification de la qualité des données systématique), mais aussi à d'autres niveaux.

En outre les données sont utilisées de manière optimale à tous les niveaux: au niveau du centre de santé; au niveau de la zone de santé, au niveau du district, au niveau provincial et au niveau national. En tout, six niveaux de contrôle / surveillance peuvent être distingués dans l'approche RDC - FBP.

Chacun de ces six niveaux contribue à renforcer la fiabilité des données et les paiements liés au rendement. Les systèmes FBP sont extrêmement approfondis en ce sens que chaque franc congolais ou USD payé pour un service, peut être suivi/vérifié sur le patient qui a reçu ce service.

Le **premier niveau** de consolidation est constitué par la structure de santé. Chaque structure élabore son plan de management dans lequel il décrit tous les services à subventionner sur base d'indicateurs du paquet des services de la structure ainsi que les cibles à atteindre pour chaque service.

La structure de santé doit valider la qualité de ses données avant de les présenter aux autres parties prenantes du système.

Un contrat d'achat de performances va lier la structure de santé à son plan de management. Les clauses de ce contrat fixent les procédures et règlements qui régissent la mise en œuvre du FBP. Ce contrat traite aussi de la fraude et des différentes sanctions (administratives, financières et judiciaires).

Pour le centre de santé, ce contrat est signé entre le responsable du centre de santé, un représentant du CODESA d'une part et d'autre part et un délégué de l'AAP. Le contrat est visé par le Médecin Chef de Zone.

Pour l'HGR, le contrat est signé d'une part par le responsable de l'HGR, le MDH et d'autre part par l'AAP et le MCZ appose son visa pour prise de connaissance.

Ce premier niveau de consolidation doit garantir la véracité et la fiabilité des données présentées dans la facture mensuelle (voir annexe 18).

L'Équipe Cadre de la Zone de Santé et l'AAP doivent, lors des supervisions et du coaching des structures de santé sous FBP, renforcer la capacité et de validation des données à ce niveau.

Le **deuxième niveau** de consolidation est constitué par les missions de vérification périodique de la quantité et de la qualité des résultats par l'AAP.

L'AAP vérifie et valide les prestations déclarées par les structures de santé. Cette vérification se fait sur base des rapports d'activités de la structure. Un bordereau des prestations est émis par la structure et est envoyé à l'AAP.

L'AAP contrôle la cohérence et la conformité des prestations déclarées par la structure avec les registres, elle fait aussi la triangulation avec les autres outils de gestion. Une vérification rigoureuse des prestations obligera la structure à avoir une bonne tenue des outils de gestion.

Les données validées sont des données quantitatives vérifiées dans les registres et respectant toutes les conditions de traçabilité exigées par le FBP, c'est-à-dire des données avec toutes les indications requises : noms, âge, adresse, diagnostic, numéro du dossier, traitement, date,....

Ce sont les données validées qui sont facturées par l'AAP pour le paiement.

Les cas consultés mais mal enregistrés (identification incomplète, remplissage incomplet) sont notifiés dans le rapport SNIS mais non pris en compte pour le FBP. Une facture est alors produite. Il faut toutefois noter que dans le cadre du coaching, les formations sanitaires devront disposer d'une bonne complétude des données sur les usagers des services de santé.

Le **troisième niveau** de consolidation est constitué d'enquêtes de satisfaction des clients dans la communauté.

L'existence des utilisateurs, la véracité de ces prestations et la satisfaction des clients sont vérifiées lors des enquêtes dans la communauté.

L'AAP, lors de sa descente dans la structure, fait un échantillonnage aléatoire des patients figurant dans les registres d'utilisation des services pour les services achetés. Cet échantillon tournera entre 1 à 3 % des cas consultés sur la période concernée. Des enquêteurs des ASLO sont ensuite envoyés directement au domicile de ces utilisateurs après avoir recueilli leurs noms et leurs adresses en vue de recueillir leur existence et leur satisfaction sur les services rendus.

La vérification communautaire a donc pour objectifs :

- S'assurer que les données reprises dans les registres d'utilisation des services de la structure sont réelles et n'ont pas été délibérément fafcifiées par les prestataires ;
- Recueillir les appréciations des utilisateurs des services de santé sur la qualité des soins de santé offerts par la structure.
- Vérifier principalement que les tarifs affichés ont été appliqués

Cette vérification revêt les volets suivants : la vérification de l'existence des utilisateurs tirés au sort dans les registres de la structure, la vérification de l'effectivité de la prestation déclarée et le degré de satisfaction des utilisateurs.

Les enquêteurs sont recrutés au sein d'une Association Locale ayant contracté avec l'AAP.

Toute fraude sera sanctionnée.

- Pour toutes les structures de santé, le seuil tolérable des malades ou clients non retrouvés ne peut pas dépasser **5%**.
- Un premier dépassement conduira à un avertissement severe mais une recidive entraînera directement une suspension du contrat (sanction financière). Néanmoins les responsables devront être sanctionnés administrativement.
- Les fraudes qualitatives constatées à un seuil de **10%** conduiront également à une rupture du contrat et le renouvellement ne peut se faire que si des sanctions administratives sont appliquée (revocation de l'agent responsable etc). – ECZ, BPS et BDS sont cibles.

Le **quatrième niveau** de consolidation consiste en l'évaluation de qualité de la structure.

L'évaluation de la qualité technique de la structure de santé se fera, chaque trimestre, sur base d'un checklist de qualité appropriée pour chaque niveau (voir annexe 12). L'évaluation de qualité de la structure est exprimée sous forme d'un score de qualité technique. La vérification de la qualité technique pour les centres de santé sera faite par l'ECZS accompagnée de l'AAP. Pour les HGR, la vérification est faite par le BDS accompagnée de l'AAP et de l'AEE.

Cette évaluation comprend les volets clinique, gestion des ressources, organisation des services, hygiène, assurance qualité des soins et les finances. A la fin du processus, les évaluateurs doivent faire une analyse de chaque volet et proposer des actions correctrices d'amélioration y compris des mesures administratives.

Chaque volet en-dessous de 60% doit avoir des actions correctrices urgentes à mener.

Le **cinquième niveau** de consolidation est constitué des réunions trimestrielles du Comité de Pilotage du FBP de district. Lors de ces réunions, les factures mensuelles des structures sont comparées avec la facture consolidée de la zone de santé trimestriellement et imprimée à partir de la base de données Web. Cette comparaison permet de détecter les erreurs de validation des données au niveau de la structure de santé et /ou de saisie de données au niveau de la zone de santé. Outre, l'examen du score de qualité des structures de santé, le Comité de Pilotage discute des progrès accomplis en rapport avec les plans de management. Les résultats des enquêtes communautaires sont aussi discutés et des plans de redressement doivent être établis pour fournir une rétro-information aux autorités, aux structures de santé et les communautés.

Les procès-verbaux de ces procédures accompagnés d'une copie de la facture de la zone de santé consolidée trimestriellement approuvées sont déposés aux AAP, avec copie au PARSS/MSP. Après approbation des factures consolidées à la réunion du comité de pilotage FBP du district, l'AAP peut procéder au paiement.

Le **sixième niveau** de consolidation consiste au rôle de centralisation des données que le PARSS /MSP devra jouer. Il s'agira d'examiner la conformité des procédures, des procès-verbaux reçus du comité de pilotage FBP des districts et des factures de la zone de santé consolidées, signées et approuvées.

Les données sont comparées avec celles de la base de données.

Toutes les informations relatives au processus du paiement des performances à tous les niveaux sont publiées sur la page d'accueil de l'application Web -enabled.

Vérification

La vérification est le processus par lequel les résultats produits par les formations sanitaires et de l'administration de la santé sous contrat sont contrôlés. Il existe deux types de vérification : La vérification ex-ante et la vérification ex-post. Vérification ex-ante est la vérification avant paiement et la vérification ex-post est une vérification qui est faite après que les résultats ont été payés.

Contre- vérification

Contre- vérification est le processus par lequel les résultats sont contre- vérifiés. Cette contre-vérification est importante pour renforcer la rigueur de la vérification ex-anté, et pour prévenir les fraudes et les tricheries. Les contre- vérifications sont effectuées selon le protocole. Les résultats de la contre- vérifications sont discutés avec les collectivités, les établissements de santé, l'administration de la santé, et dans les comités de pilotage FBP des districts. La fraude sera sanctionnée.

- Pour toutes les formations le seuil tolérable des malades ou clients non retrouvés **ne peut pas dépasser 5%**.
- Un premier ou deuxième dépassement conduira à un avertissement sévère (et sanction financier) mais une récurrence conduira directement à une suspension du contrat (financement) qui ne sera levé que si les responsables sont sanctionnés administrativement (licenciement).
- Les **fraudes qualitatives constatées à un seuil de 10%** conduiront également à une à un avertissement sévère et une récurrence conduira directement à une suspension du contrat (financement) qui ne sera levé que si les responsables sont sanctionnés administrativement (licenciement). – ECZ ; BPS et BDS sont cibles.
- Les rapports sur les contre- vérifications, y compris les sanctions en cas de fraude, seront publiés sur le site FBP du MSP.

DERIVES / FRAUDES POSSIBLES, MESURES PRÉVENTIVES, SANCTION ET REGLEMENT DES LITIGES ET CONFLITS

Dérives / Fraudes possibles

Avec le FBP, les risques de fraude sont augmentés. Les prestataires ont tendance à gonfler leurs résultats afin d'avoir plus de subsides.

La vérification permet de prévenir ce risque et mesure les écarts entre les déclarations des structures et la réalité. Ceci nécessite l'attention particulière pour détecter les fraudes. Les dérives surviennent lorsque les prestataires de service négligent les prestations qui ne font pas l'objet de mesures incitatives, ce qui conduit à une baisse de la quantité, de la qualité de ces prestations et aussi à une frustration des agents chargés de leur mise en œuvre. De plus, les dérives peuvent être le fait que des prestataires de services cherchent à gagner plus que ce qui leur est dû.

On entend par fraude, la constatation sur les supports au cours d'une activité (curative, préventive ou promotionnelle) d'une écriture différente, un stylo de tonalité ou de couleur différente, des ratures intempestives, l'utilisation anarchique de l'effectif, la création d'utilisateurs fictifs, la mention d'actes ou de soins dont l'utilisateur n'a pas réellement bénéficié etc.

Au niveau des structures de régulation (ECZ, DPS, BDS), les dérives surviennent lorsque leurs prestations ne sont pas contrôlées. Ce qui a pour conséquence la faible qualité de ces prestations

et une faible performance du système. Aussi le non prise en compte de ce niveau peut entraîner une fuite de responsabilité de la part des ECZ et de la DPS en ce qui concerne la coordination, le suivi et l'évaluation du fonctionnement du système local de santé.

Pour éviter les dérives/effets pervers dans la mise en œuvre, les mesures incitatives doivent répondre aux activités de la structure de façon holistique. Les prestataires qui négligeront certains services au depends d'autres pour quelles raisons que ce soient devront être sanctionnés. Il faut veiller à ce que le plan de management prenne en compte tous les services offerts.

Mesures préventives

Afin de limiter ces situations, les mesures préventives suivantes sont mises en place :

- Les services subsidiés doivent répondre aux paquets des services de la structure de santé conformément aux normes de qualité ;
- Respect du principe de séparation de fonctions, ce qui contribue à minimiser les fraudes en évitant les conflits d'intérêts ;
- Transparence dès le départ sur les normes de prestations et les critères d'évaluation des résultats produits ;
- Un engagement contractuel par la signature des contrats déclinant les modalités pratiques de mise en œuvre ;
- La compréhension commune de récompense et de sanctions (et l'application effective des sanctions);
- La prise en compte des fonctions de régulation dans les contrats de performance pour les ECZS et les DPS/BDS ;
- La prise en compte de la voix de la population.

Ainsi, si les règles du jeu sont transparentes et connues de tous, il est clair qu'il n'y aura que très peu de dérives et que de telles actions seront rapidement connues de tous et auront des conséquences négatives pour les auteurs.

Modalités d'application des pénalités

Lorsque le vérificateur trouve des discordances ou des incohérences dans les données rapportées par les structures, les mesures ci-dessous citées sont immédiatement appliquées au cours de l'évaluation qualitative.

Ainsi :

- pour les échantillons dont la taille est égale ou supérieure à 10 :

- si la dissonance ou l'incohérence porte sur 1 à 2 cas, la note « 0 » est donnée à l'évaluation qualitative du service subventionné (CPN, ...);
- si la dissonance ou l'incohérence porte sur plus de 2 cas, la note « 0 » est donnée à l'évaluation qualitative de la structure.

- Pour les échantillons de taille inférieure à 10 :
 - si la dissonance ou l'incohérence porte sur 1 seul cas, la note « 0 » est donnée à l'évaluation qualitative du cas ;
 - Si la dissonance ou l'incohérence porte sur plus d'un cas, la note « 0 » est donnée à l'évaluation qualitative de l'ensemble des cas de l'échantillon.

En cas de fraude avérée, les sanctions sont d'ordre financier et d'ordre administratif. Les sanctions financières sont les suivantes :

- 1^{ère} fraude constatée = retenue de 20 % des subsides trimestrielle
- 1^{ère} récidive = retenue de 30% des subsides trimestrielle
- 2^{ème} récidive = suspension du contrat jusqu'à ce qu'une mesure administrative soit prise.

Les sanctions administratives sont celles en vigueur dans le barème de sanctions des personnels du service public de l'Etat ou du règlement d'ordre intérieur de la structure.

Une commission tripartite formée de représentants de l'AAP + AEE- Sofreco, PARSS/MSP, et de l'ECZ/DPS/BDS évaluera le degré de la faute, et déterminera les sanctions à infliger aux individus et/ou à la Formation Sanitaire.

- 1^{ère} fraude constatée = retenue de 20 % des subsides trimestrielle
 - 1^{ère} récidive = retenue de 30% des subsides trimestrielle
 - 2^{ème} récidive = suspension du contrat jusqu'à ce qu'une mesure administrative forte (remplacement du ou des coupables) soit prise.

Par ailleurs, l'identité des fraudeurs, la fraude commise et les sanctions appliquées devront être portées à la connaissance de l'ensemble des acteurs du district sanitaire.

Les sanctions administratives sont celles en vigueur dans le statut de carrière des agents publics de l'Etat et doivent être appliquées pour une bonne marche de la stratégie FBP.

Une commission tripartite formée de représentants de l'AAP, Sofreco, PARSS/MSP, et de l'ECZ/DPS/BDS évaluera le degré de la faute, et déterminera les sanctions à infliger à la Formation Sanitaire.

Règlement des litiges et des conflits

Pour tout cas de litige ou de conflit qui surviendrait dans le cadre de la mise en œuvre du financement basé sur les performances (FBP), le règlement à l'amiable est privilégié et le recours à la médiation par le niveau hiérarchiquement supérieur est conseillée. En cas de non conciliation, le Ministère de la Santé prendra une décision définitive pour régler les différends.

LES BAREMES ET AJUSTEMENTS D'EQUITE

Le FBP est un paiement à l'acte subordonné par une évaluation de la qualité des soins. Dans cette forme de FBP, un bonus de qualité est versé en plus des subsides donnés sur le volume de travail produit (quantité). **Les frais sont fixés par le PARSS / MSP**, et les AAP proposent ces frais dans les contrats d'achat avec les structures de santé. Le PARSS / MSP apportera un appui - conseil aux AAP selon les règles suivantes :

- Les corrections d'honoraires par le PARSS/MSP devront être initiées au moins 30 jours calendaires avant la fin du trimestre ;
- Dans le cas où la demande de correction par le PARSS / MSP arrive trop tard, l'AAP est autorisée à conserver les baremes qui étaient d'application au cours du trimestre actuel, pour le prochain trimestre (à moins que l'AAP pense qu'il peut être en mesure d'intégrer les modifications) ;

Réajustements d'équité ou bonus d'isolement

Les centres de santé sont classés en cinq catégories : de un à cinq. Il existe différents baremes pour chaque catégorie, et c'est un réajustement d'équité. Cet ajustement vise à aider les structures de santé qui sont plus éloignées et/ou d'accessibilité difficile afin de leur permettre de fournir des services de santé de qualité aux populations. Une catégorie 1 concerne les centres de santé le plus proche se trouvant généralement près de l'hôpital général et un centre de santé catégorie 5 est généralement une structure de santé plus démunie ou peu viable financièrement. Ce bonus ou

ajustement d'équité permet aux structures de santé de faire face aux coûts additionnel de l'offre des soins en rapport avec la spécificité de leur contexte géographique

Le différentiel de prix maximal entre un CS de Catégorie 1 et un CS de Catégorie 5 est de **80%**.

Les règles sont les suivantes :

- Tous les centres de santé sont dans la Catégorie 3 au démarrage du projet
- Si un centre de santé est classé en Catégorie 5, un autre centre de santé doit être classé en Catégorie 1
- Si un centre de santé est classé en Catégorie 4, un autre centre de santé doit être classé en Catégorie 2

La prime à la qualité est au maximum de 25% du bénéfice de quantité, selon les règles suivantes:

- Si la qualité est de 100 %, alors le bonus de qualité est de 25 % de la rémunération de volume de la quantité au cours des trois derniers mois
- Si la qualité est de $50\% < Q < 100\%$, alors le bonus de qualité est proportionnelle à la qualité obtenue, la prime est alors $[\% \text{ de qualité}] \times 25\% \times [\text{bénéfice de volume au cours des trois derniers mois}]$
- Si la qualité est inférieure à 50 %, aucun bonus de qualité n'est payé.

Les barèmes de frais de départ sont comme suit, le tableau 1 montre les frais pour le centre de santé / niveau communautaire (PMA), et le tableau 2 présente les honoraires pour le niveau de l'hôpital général (PCA). Ces frais sont les frais de démarrage. Le PARSS / MSP se réserve le droit de modifier ces frais en raison de facteurs variés (budgétaire, les achats, etc stratégique).

Tableau 2: Démarrage grille tarifaire pour les centres de santé (USD\$)

	Prestation à subventionner	Cat1 USD	Cat2 USD	Cat3 USD	Cat4 USD	Cat5 USD
1	Consultation Externe (nvx cas)	0.30	0.36	0.40	0.45	0.55
2	Consultation Externe (nvx cas patient indigent) - plafond 10%	0.90	1.10	1.30	1.50	1.70
3	Petite chirurgie	0.90	1.10	1.30	1.50	1.70
4	Cas severe référé à l'hospital (contre-référence disponible)	3.00	3.60	4.20	4.80	5.50
5	Enfant complètement vacciné	2.10	2.50	3.00	3.40	3.80
6	VAT 2+: Femme complètement protégée	0.90	1.10	1.30	1.40	1.60
7	Consultation Périnatale- nouvelle inscrite	1.20	1.40	1.70	1.90	2.20
8	Consultation Périnatale - standard	0.60	0.70	0.80	1.00	1.10
9	Accouchements assistés	6.00	7.30	8.50	9.50	11.00
10	PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	3.00	3.60	4.20	4.80	5.50
11	PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant)	4.50	5.50	6.40	7.30	8.20
12	Surveillance de la croissance enfants de 6 à 59 mois avec déparasitage	0.08	0.10	0.12	0.13	0.14
13	Visite a domicile: (evacuation de déchets, latrine ou toilet propose, moustiquiare dispo, access à l'eau propre, utilisation PF, et vaccination)	2.50	3.00	3.40	3.90	4.40
14	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	0.90	1.10	1.30	1.40	1.60
15	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophyl	6.00	7.00	8.50	9.50	11.00
16	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +	7.50	9.00	11.00	12.00	13.50
17	Dépistage des cas TBC - BK positifs	23.00	27.00	32.00	36.00	41.00
18	Cas TBC- BK positif traités et guéris	45.00	55.00	64.00	73.00	82.00

Tableau 3: Frais de départ pour l'hôpital général (USD\$)

	Prestation à subventionner	USD
1	Consultation Externe référée (et retro-information donnée) – médecin	3.00
2	Journée d'hospitalisation	0.60
3	Journée d'hospitalisation - patient vulnérable - plafond 10%	1.20
4	Chirurgie majeur (population x 0,5%)	28.00
5	Chirurgie majeur pour patient vulnérable - plafond 10%	42.00
6	Petite Chirurgie (population x 1%)	3.50
7	Petite Chirurgie - patient vulnérable - plafond 10%	5.80
8	Transfusion de sang –bénévol et sécurisé	3.50
9	Accouchement assisté - eutocique	8.50
10	Césarienne (50% des accouchements dystociques)	40.00
11	Accouchement dystocique (césarienne exclue)	17.00
12	Consultation Périnatale (nouvelle inscrite et standard) référée	1.20
13	VIH/SIDA Dépistage volontaire	1.20
14	VIH/SIDA Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique	8.50
15	VIH/SIDA Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +	11.30
16	VIH/SIDA Nombre de nouveaux cas sous ARV	8.50
17	VIH/SIDA Nombre de clients ARV suivi pendant un semestre	6.00
18	Dépistage des cas TBC- BK positifs	31.00
19	Cas TBC - BK positif traités et guéris	65.00
20	PF: Acceptantes NC et renouvellement (oral & inj)	4.50
21	PF: Acceptantes NC et renouvellement (DIU et implant)	8.50
22	PF: Ligatures des trompes ou vasectomie	28.00

CHECKLIST DE QUALITE POUR LES FORMATIONS SANITAIRES

Les listes de contrôle de qualité pour les structures de santé se composent d'une liste de contrôle pour le centre de santé, et une autre pour l'hôpital général. Le but de ces listes est de guider la structure de santé dans la prestation des services selon les normes en vigueur. L'objectif de ces listes est de focaliser principalement la qualité sur les normes nationales et structurelles, bien que les processus cliniques (habitudes de prescription rationnelle des médicaments et le respect des protocoles thérapeutiques définis par la politique nationale) sont également évalués et récompensés.

Ces listes essaient d'être le plus objectives et vérifiables que possible pour évaluer le processus de prestations avec des indicateurs composites. Plusieurs évaluations peuvent être comparées sur différents aspects par rapport à ces listes. Différentes personnes mesurant la même chose devraient aboutir aux mêmes résultats (la différence d'appréciation entre évaluateur ne devrait pas dépassé 3%). La liste de contrôle de la qualité du centre de santé sera appliquée par les équipes cadres de zones, une fois par trimestre pour chaque établissement sous contrat.

L'ECZ sera sous un contrat de performance pour mener à bien cette importante fonction en temps opportun et correctement. Le cadre de renforcement de l'ECZ se trouve dans l'annexe 14 du présent manuel.

Il y aura un mécanisme de contre-vérification par une tierce partie pour mettre en place cette liste de contrôle de la qualité : à travers un protocole défini, les résultats fournis par l'ECZ vont être contre-vérifiés. La liste de contrôle de la qualité des centres de santé se trouve dans l'annexe 12.

L'hôpital général de référence sera également soumis à une liste de contrôle de la qualité, une fois par trimestre. Un mécanisme transparent d'évaluation conjointe sera mis en place, permettant au personnel technique clé de PARSS, DPS, BDS et l'agent d'évaluation externe permettra d'évaluer la performance des hôpitaux. La liste de contrôle de la qualité de l'hôpital général de référence se trouve dans l'annexe 13.

La qualité a plusieurs dimensions, et les listes de contrôle FBP ne peuvent mesurer que certaines dimensions. En effet, les nouvelles normes et directives peuvent ainsi être intégrées au fur et à mesure suivant leur pertinence.

Le niveau de la qualité de la structure peut progressivement s'améliorer ; ce qui demande l'ajustement des indicateurs de qualité au cours de la mise en œuvre. Des préalables pour la prise en compte de la qualité doivent être décrits dans les clauses du contrat.

Tableau 4: Pondération pour les 15 services du centre de santé de la checklist de la qualité

N	Service	Maximum	%
1	Indicateurs Generaux	10	4.5%
2	Plan de Management	10	4.5%
3	Partie Financiere, Recettes, Depenses de Fonctionnement, Prime performance,- Indice	10	4.5%
4	Hygiene & Sterilization	20	9%
5	Consultation Externe/ Urgence	25	11.4%
6	Planification Familiale	25	11.4%
7	Laboratoire	10	4.5%
8	Salle d'Herbergement	10	4.5%
9	Gestion des Medicaments	10	4.5%
10	Medicaments Traceurs	15	6.8%
11	Maternite	25	11.4%
12	Bloc Operatoire*	15	6.8%
13	Tuberculose- Centre de despistage**	10	4.5%
14	Vaccination + Consultation Pre-Scolaire	15	6.8%
15	Consultation Pre-Natale	10	4.5%
Totale		220	100%

*En principe, il n'y a pas de bloc opératoire dans un centre de santé. Cependant, dans de rares cas un grand centre sanitaire ou certains centres de santé urbains pourraient avoir un bloc opératoire, qui est utilisé pour les grandes interventions. Dans le cas où il n'y a pas de bloc opératoire, la note maximale (15 points) est retirée du dénominateur.

** Si le centre de santé ne dispose pas d'un centre de dépistage de la tuberculose et des installations de traitement (et ne prétend pas ce service soit), dans ce cas, la valeur totale de ce service (10 points) est retiré du dénominateur.

Tableau 5: Pondération pour les 15 services hospitaliers généraux dans la checkliste de la qualité

N	Service	Maximum	%
1	Hospitalisation	13	13%
2	Gynéco-obstétrique nouveau-nés	11	11%
3	Médicaments	9	9%
4	Urgences & Soins Intensifs	9	9%
5	Bloc opératoire	9	9%
6	Transfusion	7	7%
7	Consultation externe	7	7%
8	Hygiène & Assainissement	7	7%
9	Maintenance des équipements	4	4%
10	Maladies transmissibles	4	4%
11	Autres interventions de santé publique	4	4%
12	Stérilisation	4	4%
13	Laboratoire	4	4%
14	Imagerie	4	4%
15	Organisation & Gestion administrative	4	4%
Totale		100	100%

CADRES DE PERFORMANCE POUR L'ADMINISTRATION SANITAIRE

Le Cadre de performance pour l'ECZ⁵

L'ECZ a des fonctions importantes liées au système FBP de la zone de santé. Ces fonctions sont les suivantes: (a) Assurer l'encadrement des formations sanitaires dans la production des services de santé de qualité accessible à la population. (b) Assurer un contrôle régulier de ses formations sanitaire suivant la carte sanitaire, (c) Superviser chaque mois chaque formation sanitaire sous FBP; (d) Assurer le rôle de renforcement des capacités, et (e) Assurer la gestion du système d'information sanitaire (f) Planifier et coordonner les activités de la zone de santé (f) appuyer les centres de santé dans l'élaboration des plans de management.

L'ECZ est sous un contrat de performance avec l'AAP pour son rôle de soutien FBP. Le vérificateur AAP appliquera le cadre de performance, et présentera les résultats au comité de pilotage FBPdu district. Le cadre de performance des ECZ se trouve dans l'annexe 14.

⁵Le rôle de l'ECZS est bien décrit dans le document des normes du MSP auxquelles on ajoute certains aspects spécifiques liés au développement du FBP.

Le Cadre de performance du district sanitaire

L'administration de la santé de district a un rôle d'accompagnement et la supervision de l'ECZ. Le BDS va assurer le secrétariat technique du Comité de Pilotage du FBP. Le cadre de performance du district de santé de l'administration peuvent être trouvés dans l'annexe 16.

Le Cadre de performance pour l'administration de la santé provinciale

L'administration provinciale de la santé a un rôle dans l'accompagnement et le soutien des districts et des zones de santé. Selon la réforme en vigueur, les DPS exerceront principalement 4 fonctions dont (i) l'Appui aux zones de santé (ii) la communication et information (iii) L'inspection contrôle et (iv) la gestion des ressources. Deux autres fonctions ont été ajoutées sur le plan organique, il s'agit de l'enseignement des sciences de la santé et de l'hygiène. Le cadre de performance de l'administration provinciale de la santé se trouve dans l'annexe 15.

CONTRATS DE PERFORMANCE

Sept contrats régissent cette approche FBP. Ces contrats traduisent les engagements de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre de cette approche. Différents outils de gestion décrivant les procédures et les éléments de mise en œuvre du projet seront utilisés par tous les acteurs concernés. Ces documents techniques sont : manuel de l'utilisateur FBP, checklist de contrôle de la qualité; cadres de performances de différentes structures de santé, liste des indicateurs contractuels pour chaque niveau, etc.

Ces contrats concernent:

1. Un contrat d'achat entre l'AAP et la structure de santé/prestataires (centres de santé et hôpitaux)
2. Un contrat de motivation entre le responsable de la structure et chaque agent concerné
3. Un contrat entre l'AAP et le BCZS
4. Un contrat entre les PARSS et les DPS
5. Un contrat entre les PARSS et les BDS
6. Un contrat multilatéral pour le comité de pilotage FBP du district
7. Un contrat entre l'AAP et les associations locales

Les contrats sont décrits brièvement ci-dessous, et sont annexés à ce guide pour une référence plus élaborée.

Contrat 1: Contrat d'achat entre l'AAP et la structure de santé/fournisseur des services

L'AAP - qui est l'acheteur FBP—signe des contrats d'achat avec les structures de santé sélectionnés pour offrir le PMA et le PCA. Ces contrats d'achat sont conditionnalisés pour parvenir à un accord sur le plan de management pour chaque installation. Voir l'annexe 20 pour le plan de management.

Ce projet intégrera les structures de santé tant publiques, confessionnelles que privées. Cette intégration vise le renforcement de la collaboration dans le cadre de l'offre des soins et des services de santé conformément à la carte sanitaire ; elle exclut toute forme de monopole dans l'offre des services au cours de la mise en œuvre du FBP.

Les contrats d'achat sont élaborés pour une certaine durée. Ils sont subordonnés à la poursuite des performances satisfaisantes qui sont définies comme suit: (a) une bonne performance et (b) une bonne performance continue et (c) un accord sur des stratégies comme prévu dans le plan de management.

Les contrats d'achat peuvent être signés avec établissements publics, avec des établissements à but non-lucratif privés, avec des installations religieuses et des établissements privés à but lucratif sur une base de non-discrimination. En principe, un établissement de santé principal par aire de santé est contracté.

Les subsides convenus dans le contrat d'achat sont valables pour chaque période de 3 mois. Ils peuvent être renégociés par l'AAP dans le cas où: (a) le recadrage des problèmes prioritaires de la structure est nécessaire (b) l'atteinte de la cible est plus élevée que prévue; (c) l'atteinte de la cible est stationnaire ou plus faible que prévue, et (d) certaines cibles sont dépassées alors que d'autres n'arrivent pas à être atteintes. Cette re-négociation se fait lors de la validation du plan de management de la période concernée et entre en vigueur lors de la signature du contrat.

Dans le cas où l'AAP ne délivre pas un nouvel amendement avant le dernier jour ouvrable du trimestre, les honoraires / subventions du trimestre écoulé sont automatiquement poursuivis pour une deuxième période de trois mois.

Les contrats d'achat ne sont pas un droit. Le contrat d'achat peut être trouvé dans l'annexe 6.

Contrat 2 : Contrat de motivation individuel entre le responsable de la formation sanitaire et de l'agent de santé.

Le responsable de la structure de santé signe un contrat de motivation avec chaque agent de santé dans sa structure. Ce contrat de motivation décrit le poste de l'agent, sa responsabilité et les modalités d'évaluation de sa performance au regard de sa fonction dans la structure.

Les critères de performance individuelle sont définis de commun accord entre les agents de santé et l'AAP. Les critères et la pondération de l'évaluation individuelle doivent être expliqués et discutés avec le responsable de la structure et tous les agents en vue de garantir la transparence. (Voir annexe 7).

La structure de santé utilisera l'outil indices pour respecter l'équilibre entre les recettes et les dépenses de la structure. La part des recettes réservée aux primes ne peut excéder 40% des recettes totales

Le budget de la prime de performance est ensuite divisé par le nombre total de points. Le nombre total de points est la somme de tous les points issus de tous les contrats de motivation. Chaque agent de santé a donc droit à son nombre de points fois la valeur en points pour ce trimestre (ces valeurs ponctuelles peuvent différer en fonction de la performance des établissements de santé et les décisions d'investissement prises par la direction) fois le % évaluation individuelle de la performance. Les primes de performance sont payées une fois par mois.

Les contrats de motivation sont principalement destinés à aider à la prestation de services de qualité du PMA et du PCA. En cas de discordance entre le personnel, par exemple une surabondance de personnel non médical, et une pénurie de personnel médical, le responsable de l'établissement de santé est libre de juger combien de points il devrait allouer au personnel non médical par rapport au personnel médical. Si par exemple un établissement de santé dispose de 20 balayeurs, mais seulement cinq membres du personnel médical, il est important que la direction fixe combien de balayeurs et autres personnel non - médical, dont il a réellement besoin pour assurer une bonne hygiène et l'élimination des déchets et de la bonne prise en charge des patients. Cette réflexion se fera dans une autonomie de gestion.

Un comité d'établissement de santé interne supervise l'attribution des budgets de performance et veille à ce que les résultats des évaluations de rendement sont appliqués. Les agents de santé, qui ne travaillent plus à l'établissement de santé, n'ont pas droit à rémunération au rendement.

L'annexe 7 montre l'outil sur le contrat de motivation.

Contrat 3: Contrat entre l'AAP et l'ECZ

L'AAP signe un contrat de performance avec l'ECZ. Ce contrat est destiné à soutenir l'ECZ dans ses fonctions de pilotage et d'encadrement liées à la zone de santé. Le contrat est un contrat basé sur les résultats d'un cadre de performance qui lui sont liés. Le vérificateur de l'AAP appliquera le cadre une fois par trimestre et présentera les conclusions à la réunion trimestrielle du comité de pilotage du FBP de district.

Le contrat entre l'AAP et l'ECZ se trouve dans l'annexe 8, et le cadre de performance se trouve dans l'annexe 14.

Contrat 4: Contrat entre les PARSS et la DPS

Le PARSS / MSP signe un contrat de performance avec la Division Provinciale de la Santé (DPS). Ce contrat est destiné à soutenir la DPS dans ses fonctions de responsabilité de la province. Ce contrat est un contrat basé sur les résultats du cadre de performance de la DPS. Une évaluation externe trimestrielle sera effectuée pour mesurer les performances de la DPS.

Le contrat peut être trouvé dans l'annexe 9, et le cadre de performance peut être trouvé dans l'annexe 15. L'AAP paie la performance de la DPS.

Contrat 5: Contrat entre le PARSS et les BDS

Le PARSS / MSP signe un contrat de performance avec le Bureau de Santé de District (BDS). Ce contrat est destiné à soutenir les BDS dans ses fonctions de responsabilité liées au système

FBP au niveau du District. Ce contrat est un contrat basé sur les résultats du cadre de performance du District sanitaire. Une évaluation externe trimestrielle sera effectuée pour mesurer les performances du BDS. Le contrat peut être trouvé dans l'annexe 10, et le cadre de rendement peuvent être trouvé dans l'annexe 16. L'AAP paye la performance des BDS.

Contrat 6: Contrat pour le comité de pilotage FBP district

Un aspect institutionnel de base de l'approche FBP du RDC est le comité de pilotage du FBP de district. Le contrat contient un ensemble formel de règles, sous la forme d'un accord multilatéral entre les membres du Comité de pilotage FBP district, et le PARSS/MSP.

Les organisations suivantes et les détenteurs de position sont membres de ce comité de pilotage:

- Un représentant de l'autorité locale
- Un représentant de l'ECZS
- Un représentant de la DPS
- Un représentant du PARSS/MSP
- Un représentant de l'AAP
- Un représentant de l'AEE
- D'autres partenaires techniques et financiers oeuvrant dans la zone d'intervention

Cette réunion du comité de pilotage FBP doit être tenue avant le 40^{ème} jour après la fin du trimestre, de préférence pendant les revues trimestrielles des activités. Le procès-verbal de la réunion du comité de pilotage, avec une copie signée des factures consolidées de chaque zone de santé, devront être soumis à l'AAP avant le 10^e jour du cinquième mois. Sans ces éléments livrables l'AAP ne peut pas traiter les paiements liés à la performance.

L'AAP soumettra des copies des procès-verbaux et les factures approuvées des zones de santé au PARSS / MSP

Le Comité de Pilotage se réunit au moins une fois par trimestre et s'appuie sur le caractère décentralisé de gestion FBP afin d'augmenter sa responsabilité et son appropriation dans la mise en œuvre.

Le contrat de comité de pilotage FBP District est à l'annexe 11.

Contrat 7: Contrat entre l'AAP et les associations locales

L'AAP signe un contrat avec les associations locales (ASLO) en charge de la contre-vérification communautaire. Ce contrat est destiné à assurer la contre-vérification des patients tirés du

registre de soins de la structure de santé. Sur la base de la liste des patients à trouver dans la communauté et d'un canevas d'enquête, les ASLO vérifieront l'existence des patients sélectionnés et se renseigneront sur les soins reçus, le tarif payé, le temps d'accueil, le niveau général de satisfaction. Ce travail est effectué tous les trimestres et est payé au forfait par questionnaire.

Le contrat peut être trouvé dans l'annexe 22.

CYCLE DE PAIEMENT

Le cycle de paiement se fera une fois par trimestre. Les étapes suivantes peuvent être distinguées:

- (1) Les factures mensuelles des structures de santé sont contrôlées et approuvées par le vérificateur et saisies dans l'application web-enabled;
- (2) La dernière de ces factures mensuelles arrivera à l'AAP pendant la troisième semaine avant la fin du quatrième mois (les mois de un à trois représentant le trimestre). Les listes trimestrielles de contrôle de qualité sont finalisées pour les structures de santé et l'information sera transmise à l'AAP au plus tard à la fin de la troisième semaine du quatrième mois;
- (3) La saisie des données quantité et qualité par l'AAP par l'application web et l'impression des factures trimestrielles consolidées provisoire FBP;
- (4) La réunion du Comité de Pilotage du FBP de District se tient une fois par trimestre. Au cours de ces réunions les factures trimestrielles consolidées des zones de santé sont approuvées (ou modifiée si nécessaire). Au cours de ce processus, les factures mensuelles d'origine sont comparées avec les factures consolidées trimestrielles qui ont été imprimées à partir de la base de données. Après approbation, la facture validée et les compte rendus des réunions du Comité sont déposés à l'AAP et une copie est envoyée au PARSS / MSP.
- (5) L'AAP produit un ordre de paiement dans les sept jours ouvrables qui suivent la tenue de la réunion de validation de la facture (l'ordre de paiement est généré par l'application web). Une copie de l'ordre de paiement est signée par l'AAP, et envoyée au PARSS / MSP pour le dépôt;
- (6) L'AAP va procéder au paiement des zones de santé dans les 14 jours (c'est à dire avant la fin du cinquième mois)

(7) L'information sur le rendement et les données de paiement seront publiés sur la page d'accueil de l'application Web-enabled.

Règles d'utilisation du revenu FBP

Les bénéficiaires FBP sont sensés être utilisés d'une manière globale en tenant compte de toutes les espèces de revenu de l'installation FBP, toutes sources confondues. En règle générale, un maximum de **40%** peut être attribué à des primes de performance du personnel de la rémunération du FBP.

Factures

Voir l'annexe 18 pour un échantillon de la facture mensuelle de l'établissement de santé.

BASE DE DONNÉES

Une application web-enabled constitue l'épine dorsale du système administratif FBP. Cette approche qui a montré des preuves dans plusieurs pays a conduit à la mise à l'échelle réussie du FBP nationale au Burundi avec près de 100 % d'exhaustivité des données, un haut degré d'accessibilité, un très haut niveau de fiabilité des données et des données largement disponibles.

Un site servira de portail. Ce site servira également pour figurer des nouvelles, des événements, des documents, des informations relatives à des acteurs tels que leurs contacts et de sites Web, etc.

Le logiciel utilisé pour cette solution IT, WordPress, MySQL et PHP, sont tous ouverts aux sources (« open source »). La base de données offrira des rapports préconfigurés, tels que les factures trimestrielles consolidées, mais aussi des graphiques interactifs et des tableaux.

Une table de centre de santé et de tous les établissements de santé en RDC sous contrat sera utilisée, dans laquelle il y aura des informations telles que leurs comptes bancaires etc. Les établissements de santé devront utiliser des identifiants uniques qui leur permettront d'être liés à d'autres bases de données comme le SNIS. Le tableau de centre de santé sera également modifiable via l'application web, pour certains administrateurs. La base de données peut également être consultée sur l'exportation de données dans Excel, et d'analyser les tendances en utilisant les tableaux croisés Excel ou une option graphique.

Le personnel de l'AAP sera responsable de la saisie des données. Une page d'accueil publique où figureront les performances de différentes structures sanitaires pourra être consultée par toute personne intéressée (<http://cd.thenewtechs.com/>).

La base de données comprendra des comptes administrateurs, de l'auteur, et de l'éditeur. L'AAP aura des diverses «compte auteurs» pour ses vérificateurs attachés à chaque zone de santé. Ces auteurs ne peuvent entrer et modifier des données que pour leurs propres zones de santé, mais ils peuvent regarder les données de l'ensemble du pays (y compris les graphiques comparatifs).

Il y aura des comptes sélectionnés 'Editor' pour les assistants techniques des partenaires en développement qui fournissent l'assistance technique au système national FBP et pour certain noyau AAP et le personnel PARSS / MSP. Ces comptes de l'éditeur permettent un plus grand éventail de fonctions éditoriales.

Quelques utilisateurs sélectionnés auront des comptes de « administrateur » qui confère le plus haut niveau de compte d'utilisateur dans laquelle les utilisateurs peuvent être ajoutés ou modifiés, y compris leurs mots de passe. Les administrateurs ont également accès à un journal dans lequel des mutations dans la base de données sont enregistrées.

Enfin, toutes les données approuvées et payées peuvent être téléchargées à partir de l'interface publique en format Excel.

GESTION DE LA PERFORMANCE DES STRUCTURES DE SANTE

Il faut souligner que la gestion des structures de santé utilise plusieurs outils FBP. Cette gestion de la performance est au cœur des systèmes FBP. Il existe différents niveaux de gestion de la performance : (i) la gestion de niveau supérieur de performance (achats stratégiques par l'AAP / MSP), (ii) la performance par le soutien de l'ECZ, et (iii) des conseils à travers le comité de pilotage FBP du district.

Dans ce manuel, on explique brièvement les trois outils utilisés dans la gestion des performances au niveau de l'établissement. Ces outils sont conçus comme une aide pour la gestion des établissements de santé à concentrer leurs compétences dans la résolution de la quantité requise et la performance de problème de qualité. Le premier outil est le contrat d'achat, le deuxième est le plan de management, le troisième est l'outil Indice, le quatrième est l'unité d'investissement et le cinquième est le cadre d'évaluation de la performance individuelle.

Contrats de performances des structures de santé

Décrits ci-haut, ces outils engageront les acteurs de mise en œuvre à respecter les devoirs et obligations réciproques dans leur collaboration. Les signataires de contrat varient selon le niveau où celui-ci est signé.

Les éléments constitutifs d'un contrat sont : les indicateurs contractuels, le montant alloué par indicateur, les modalités de vérification et de paiement, la durée, le mode de règlement des contentieux. Tous ces éléments nécessiteront une négociation entre les différents acteurs lors de la signature du contrat. Toutefois, il faut souligner que le contrat dispose d'une partie non négociable qui expose les orientations de politique nationale de santé du pays.

Plan de management

Le plan doit être en lien avec le plan d'action annuel de la structure sanitaire. C'est un plan qui analyse la situation de la structure, identifie les problèmes prioritaires et propose des stratégies réalistes pour atteindre les objectifs fixés par rapport à chaque service offert et non seulement les services subventionnés. Il est élaboré trimestriellement par l'équipe de la structure de santé avec les CODESA pour les centres de santé et pour les HGR, avec le COGE.

Le plan de management⁶ est une partie intégrante du contrat d'achat entre l'AAP et l'établissement de santé. Le plan de management est différent des plans d'action : des plans d'action ont tendance à présenter des objectifs ambitieux qui ne sont jamais atteints ou très peu atteints. Ces plans d'action appelés généralement micro-plan sont annuels. Le plan de management, au contraire, est soigneusement négocié entre l'AAP et l'établissement de santé (en collaboration avec l'ECZ) et est lié au contrat d'achat. Les établissements de santé doivent indiquer comment ils veulent aller de A à B, et quelles sont les interventions et les ressources physiques qui seront utilisées pour atteindre ces objectifs. Le plan de management est négocié chaque six mois. Il s'agit donc, des plans réalistes, souples et qui sont très facilement contrôlables par les acteurs des formations sanitaires.

Le plan de management est utilisé par la direction de l'établissement de santé pour expliquer les différentes cibles et les stratégies qu'il a conçues pour fournir des services de santé de qualité à sa population. Une collaboration étroite avec le comité de santé communautaire (CODESA) est nécessaire à sa conception. Un plan de management valide est nécessaire pour que le contrat d'achat prenne effet. Il est également une partie intégrante du contrat d'achat : si l'établissement de santé ne fait pas ce qu'il a prévu de faire, il fait face à une renégociation de son contrat d'achat. Il pourrait en cas de mauvaise performance continue perdre son contrat d'achat.

Étapes dans la préparation d'un plan de management.

1. Obtenir et analyser les données de l'intervention/indicateur ainsi que les données financières (dépenses et recettes) de la période précédente

⁶Parfois appelle 'plan de business' ou 'plan d'affaires'

2. Énumérer les forces et faiblesses par rapport à la couverture de l'intervention et à l'atteinte de la cible
3. Analyser les goulots d'étranglement en rapport avec la structure (infrastructures, personnel, équipements, organisation des services), la population (accessibilité financière, géographique et culturelle) et la communauté (relais communautaires, leaders communautaires et autorités politico-administratives).
4. Identifier les stratégies à mettre en place pour contrôler les causes de ces faiblesses et atteindre les cibles déterminées.
5. Définir des stratégies prioritaires et urgentes à réaliser (chercher la créativité et l'innovation)
6. Elaborer un budget prévisionnel réaliste qui va permettre un encadrement des recettes.
7. Déterminer les cibles
8. Endossement du plan

Le modèle de plan de management se trouve dans l'annexe 20.

Unités d'investissement

Les unités d'investissement sont des sommes d'argent qui sont liées au plan de management et à des contrats d'achat signés avec les établissements de santé. Les établissements de santé seront coachés par l'ECZ et les AAP pour créer leur plan de management au cours de la formation initiale sur le FBP et dans les semaines qui suivent la formation initiale.

Une unité d'investissement est libérée sous les conditions suivantes (i) Un renforcement des capacités en FBP réussi du chef de l'établissement de santé et le président du COSA, (ii) la signature du contrat d'achat par le chef de l'établissement et le président du COSA, et (iii) un plan management approuvé montrant clairement les actions à entreprendre. Une unité d'investissement pour un centre de santé est une valeur de 2000 \$USD, et vaut 5000 \$ USD pour l'Hôpital général de référence. Ces moyens seront judicieusement utilisés et affectés aux besoins de petit équipement et de petite réhabilitation selon les besoins prioritaires. L'ECZ et l'AAP devront appuyer fortement les formations sanitaires dans l'acquisition des petits équipements de qualité et dans la réalisation des petits travaux de réhabilitation.

Outil Indice

L'outil indice est disponible sous deux formes: l'une est un tableur Excel pour une utilisation à l'hôpital général de référence, où il y a du matériel informatique disponible. L'autre est un outil à base de papier destiné à une utilisation dans les centres de santé.

Le but de l'outil indice est de gérer les revenus des établissements de santé de façon holistique. Les revenus en espèces pour l'établissement de santé proviennent de:

- Le recouvrement des coûts
- Le revenu du FBP;
- Les subventions en espèces du gouvernement ou des partenaires au développement.

L'établissement de santé devra gérer ce revenu provenant de diverses sources pour payer ses dépenses:

- Achat de médicaments génériques certifiés et consommables médicaux auprès des distributeurs certifiés;
- Achat d'équipement;
- Réhabilitation des installations;
- Payer le personnel de santé contracté;
- Payer les agents de santé communautaires (sur une base de cas par cas lorsqu'ils sont impliqués dans des stratégies FBP);
- verser des primes au rendement du personnel;
- Assurer un tampon de trésorerie raisonnable.

Pour répartir les primes de performance des agents de la structure, il faudra :

1. Déterminer pour chaque personnel à travers le contrat de motivation individuel les indices ou parts selon la grille d'indices
2. Faire la somme des indices de tous les personnels de la structure et trouver le total
3. Chercher la valeur d'une unité d'indice en divisant la somme destinée aux primes de performances par le total d'indice. Ce résultat donne l'unité indice
4. Multiplier pour chaque agent la valeur de l'unité indice par l'indice qui lui a été attribuée selon la grille. (performance calculée)
5. Multiplier la performance calculée par la performance reçue (montant de la grille de motivation interne)

L'outil d'indice sur papier se trouve dans l'annexe 19.

Cadre d'évaluation de la performance individuelle

Les Responsables des établissements de santé utiliseront un cadre d'évaluation de la performance individuelle, de veiller à une répartition du budget de la prime de rendement, tout en gérant l'effort individuel. Un exemple d'un tel cadre d'évaluation des performances est fourni en annexe

17. Les établissements de santé sont invités à élargir ce cadre en fonction de leurs connaissances et maîtrises locales.

STRATEGIE D'APPUI AU PROGRAMME FBP

Renforcement des capacités

Le renforcement des capacités et le renforcement du système sont vitaux pour la réussite d'un programme de FBP. Les structures de santé doivent être dotés en équipements de base et réhabilités dans une mesure raisonnable pour offrir des pré-réquis à la production des services de santé de qualité. Ce sera en partie réalisé en introduisant la notion de plan de management lié aux unités d'investissement; cela permettra aux établissements de santé de se mettre à niveau.

Un programme de formation FBP sera élaboré pour chaque entité. Le cadre institutionnel de l'approche FBP, et les nouvelles règles de jeu du FBP en fonction du contexte d'intervention seront expliqués, et cette formation se terminera par la cérémonie de signature du contrat.

Tous les acteurs à la province, du district sanitaire, des zones de santé, et des structures de santé devront être formés. C'est un effort important qui devra bénéficier d'une excellente coordination entre le CT-FBR, le PARSS, administration provinciale, administration du district et ECZ, les partenaires au développement et le soutien opérationnel et financier de tous les acteurs.

Le niveau d'effort requis est beaucoup plus grand que n'importe quel organisme unique pourrait entreprendre (administration, support aux opérations et ainsi de suite), par conséquent, ces formations devront être décentralisées au niveau des différents organismes qui ont la capacité opérationnelle de le faire et ces formations auront comme clés de voute le manuel de procédure PARSS/MSP, qui est un manuel opérationnel en lien avec le manuel stratégique CT-FBR.

Le CT-FBR sera au cœur de cet effort de coordination grâce à une collaboration intense avec les PARSS, les AAP et l'agent d'évaluation externe.

La stratégie de formation proposée est la suivante:

1. Employer un maître formateur qualifié de niveau international;
2. Sélectionnez une équipe de formateurs de divers organismes (CT-FBR; PARSS; AAP, agent d'évaluation externe et les partenaires au développement), une équipe d'environ 30-40 serait nécessaire

3. Former les formateurs en méthodes et approches andragogiques modernes;
4. Créer des modules de formation pour les différents groupes cibles, avec les formateurs, de créer un manuel pour les formateurs;
5. Formation (la première formation peut être une première démonstration, puis les formations peuvent être simultanés et en parallèle);
6. Assurer le suivi de la formation.

Coordination

La coordination est d'une importance capitale pour l'introduction réussie de l'approche FBPeRDC. La coordination sera principalement assurée au travers les réunions du comité de pilotage FBP de district et les conseils techniques de haut niveau viendront de la CT-FBR et du PARSS / MSP. L'application Internet et le site contribueront à rendre l'information accessible à tous.

ANNEXES

Annexe 1: Le paquet minimum de services de santé (PMA)

No	Service	Cible	Pondération relative
1	Consultation Externe (nvx cas)	population / 12 x 90%	1
2	Consultation Externe (nvx cas patient vulnérable) - plafond 5%	population / 12 x 5%	2
3	Petite chirurgie (incl. circoncision)	pop / 12 x 10%	3
4	Cas référé à l'hôpital (avec contre référence)	All consultations x 2%	5
5	Enfant complètement vacciné	pop x 4% / 12 x 100%	5
6	VAT 2+: Femme complètement protégée	pop x 4,5% / 12 x 100%	3
7	Consultation Prénatal (nouvelle inscrite avant 4e mois)	pop x 4,5% / 12 x 90%	4
8	Consultation Prénatal Standard	pop x 4,5% / 12 x 3 x 90%	2
9	Accouchement assistés	pop x 4,5% / 12 x 80%	20
10	PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	pop x 21,4% / 12 x 20% x 4 x 80%	8
11	PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant)	pop x 21,4% / 12 x 2% x 80%	15
12	Surveillance de la croissance enfants 6 – 59 mois	pop x 16,5% / 12 x 100% * 4	0.15
13	Visite à domicile: (évacuation de déchets, latrine ou toilette propose, moustiquaire dispos, accès à l'eau propre, utilisation PF, et vaccination)	population / 2 ans / 12 mois / 6	5
14	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	population x 5% / 12 mois x 70%	3
15	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie	pop x 4.5% x 4% / 12 mois x 70%	8
16	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH +	pop x 4.5% x 4% / 12 mois x 70%	8
17	Dépistage des cas TBC- BK positifs	pop x (87/100.000) / 12 x 60%	50
18	Nombre de cas TBC – BK positifs traités et guéris	pop x (87/100.000) / 6 mois / 12 x 60%	100

Annexe 2: Le paquet complémentaire des services de santé (PCA)

No	Service	Cible	Pondération relative
1	Consultation Externe referee (et retro-information donnée) – médecin	population / 12 x 9%	1
2	Journée d'hospitalisation (1 lit occupé par 1000 pop)	pop / 1000 x 30 jours	1
3	Journée d'hospitalisation - patient vulnérable - plafond 5%	pop / 1000 x 30 jours x 10%	2
4	Chirurgie majeur (population x 0,5%)	pop / 12 x 0,5% x 90%	50
5	Chirurgie majeur pour patient vulnérable - plafond 10%	pop / 12 x 0.5% x 10%	75
6	Petite Chirurgie (population x 1%)	pop / 12 x 1% x 90%	6
7	Petite Chirurgie - patient vulnérable - plafond 10%	pop / 12 x 1% x 10%	10
8	Transfusion de sang – volontaire	pop / 12 x 0,5%	6
9	Accouchement assisté – eutocique	pop x 4,5% / 12 x 10%	20
10	Césarienne (50% des accouchements dystociques)	pop x 4,5% / 12 x 10% x 50%	70
11	Accouchement dystocique (césarienne exclut)	pop x 4,5% / 12 x 10% x 50%	50
12	Consultation Prénatal (nouvelle inscrite et standard)	pop x 4,5% / 12 x 4 x 10%	2
13	VIH/SIDA Dépistage volontaire	pop x 5% / 12 mois x 30%	3
14	VIH/SIDA Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie	pop x 4.5% x 4% / 12 mois x 30%	5
15	VIH/SIDA Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH +	pop x 4.5% / 12 mois x 4% x 30%	5
16	VIH/SIDA Nombre de nouveaux cas sous ARV	pop x 4% x 50% / 12 x 100%	10
17	VIH/SIDA Nombre de clients ARV suivi un semestre	pop x 4% x 50% / 6 / 12 x 100%	50
18	Dépistage des cas TBC – BK positifs	pop x (87/100.000) / 12 x 40%	50
19	Nombre de cas TBC – BK positifs traités et guéris	pop x (87/100.000) / 6 mois / 12 x 40%	100
20	PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	pop x 21,4% /12 x 20% x 4 x 20%	8
21	PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant)	pop x 21,4% /12 x 2% x 20%	15
22	PF: Ligatures et vasectomies	pop x 21.4% / 12 x 1%	50

Annexe 3: Guide de référence du service PMA

No	Service PMA	Définition du cas	Source primaire des informations	Source secondaire d'information
1	Consultation Externe (nvx cas)	Il s'agit d'un patient qui se présente à la consultance avec un épisode de la maladie pour lequel il n'a pas encore reçu des soins au niveau du centre de santé.	Registre de consultation	Fiche de consultation
2	Consultation Externe (nvx cas patient vulnérable) - plafond 5%	Il s'agit d'un patient qui se présente à la consultance avec un épisode de la maladie pour lequel il n'a pas encore reçu des soins au niveau du centre de santé. Ce patient présente également des critères de vulnérabilité tels que définis par le comité des indigents	Registre de consultation curative avec colonne critère d'indigence	Fiche consultation ou carte d'indigence
3	Petite chirurgie (incl. circoncision)	Il s'agit un acte opératoire fait sur un malade par un médecin ou un infirmier et qui a nécessité que de l'anesthésie locale	Registre de bloc opératoire	Protocole opératoire
4	Cas référé à l'hôpital (avec contre référence)	Il s'agit d'un patient qui se présente à la porte de l'HGR avec un document du	Le registre de consultation (voir colonne 12 du	La fiche du malade, le billet de référence et/ou de contre

No	Service PMA	Définition du cas	Source primaire des informations	Source secondaire d'information
		Centre de santé expliquant le motif de sa référence. La contre référencé : si le patient se présente à la consultation au centre de santé avec un document de l'HGR pour la suite de traitement.	registre SNIS)	référence.
5	Enfant complètement vacciné	Il s'agit d'un enfant qui a reçu tous les antigènes avant son premier anniversaire et qui a respecté le calendrier vaccinal	Le Registre de vaccination	La fiche CPS (principalement pour le respect des rendez-vous)
6	VAT 2+: Femme complètement protégée	Il s'agit d'une femme qui reçoit les 5 doses de VAT et qui a aussi respecté le calendrier vaccinal	Registre de CPN	Fiche CPN
7	Consultation Prénatal (nouvelle inscrite avant 4e mois)	Il s'agit d'une femme enceinte qui se présente pour la première fois (avant 4 mois) aux services de consultations prénatales.	Registre CPN	Fiche CPN
8	Consultation Prénatal Standard	Il s'agit d'une femme enceinte qui se présente pour une fois supplémentaire (après la première visite)	Registre CPN	Fiche CPN

No	Service PMA	Définition du cas	Source primaire des informations	Source secondaire d'information
		dans le cadre du suivi de sa grossesse.		
9	Accouchement assistés	Il s'agit d'un accouchement réalisé dans une institution sanitaire adéquate (maternité) par un personnel qualifié disposant des moyens matériels pour conduire cet accouchement	Registre des accouchements	Partogramme
10	PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	Femme en âge de procréer qui consulte pour la première fois un service de planning familial pour une contraception moderne injectable ou orale)	Registre de PF	Fiche de counseling pour la PF
11	PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant)	Femme en âge de procréer qui consulte pour la première fois un service de planning familial pour une contraception moderne injectable ou orale)	Registre de PF	Fiche de counseling pour la PF
12	Surveillance de la croissance enfants 6 – 59 mois	Il s'agit des visites d'un enfant en âge préscolaire entre 0 et 11 mois et 12 à 59	Registre CPS	Carte CPS ⁷

⁷Consultance préscolaire (CPS)

No	Service PMA	Définition du cas	Source primaire des informations	Source secondaire d'information
		mois pour lequel la croissance est surveillée		
13	Visite à domicile: (évacuation de déchets, latrine ou toilette propose, moustiquaire dispos, accès à l'eau propre, utilisation PF, et vaccination)	Il s'agit des visites avec protocole réalisées par un relais communautaire dans un ménage	Cahier des Reco ⁸ informant sur les visites à domicile.	
14	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	Il s'agit de toute personne qui, après un counseling s'est fait dépister au VIH/SIDA dans un centre de dépistage volontaire. La personne dépistée doit également prendre connaissance des résultats.	Registre prétest et post test	Fiche de counseling et de CDV Registre de laboratoire
15	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie	Il s'agit d'une femme enceinte, dépistée et confirmée VIH+ et qui reçoit la prophylaxie ARV selon le protocole national	Registre PTME Registre de laboratoire	Fiche counseling Fiche de suivi
16	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH +	Il s'agit d'un nouveau-né, né d'une femme VIH+ qui a	Registre d'accouchement	Partogramme

⁸ Relais Communautaire

No	Service PMA	Définition du cas	Source primaire des informations	Source secondaire d'information
		bénéficié des soins néonataux indiqués et la prophylaxie VIH		
17	Dépistage des cas TBC- BK positifs	Il s'agit d'une personne sur laquelle l'examen des crachats au Ziehl s'est relevé positif (Au moins 2 lames positives)	Registre TBC Registre laboratoire	Fiche de malade
18	Nombre de cas TBC – BK positifs traités et guéris	Il s'agit d'un malade tuberculeux ayant pris correctement et selon le schéma les tuberculostatiques et déclaré guéri après un examen microscopique de contrôle	Registre de Laboratoire	

Annexe 4: Guide de référence du service PCA

No	Service	Définition du cas	Source primaire des informations	Source secondaire des informations
1	Consultation Externe referree (et retro-information donnée) – médecin	Il s'agit d'un malade se présentant à la porte de l'HGR avec un bon de référence.	Registre de référence	Bon de référence
2	Journée d'hospitalisation (1 lit occupé par 1000 pop)	Il s'agit du temps passé par un malade admis par un médecin sur le lit de l'hôpital	Registre d'hospitalisation	Fiche d'hospitalisation
3	Journée d'hospitalisation - patient vulnérable - plafond 5%	Il s'agit du temps passé par un malade ayant des critères de vulnérabilité admis par un médecin sur le lit de l'hôpital : plafond 5% des nombre des jours total d'admissions le mois precedent.	Registre d'hospitalisation	Fiche d'hospitalisation
4	Chirurgie majeur (population x 0,5%)	Il s'agit un acte opératoire fait sur un malade par un médecin et qui a nécessité l'intervention d'une anesthésie locorégionale ou générale	Registre de bloc opératoire	Fiche d'hospitalisation Protocole opératoire
5	Chirurgie majeur pour patient vulnérable -	Il s'agit un acte opératoire fait sur un malade indigent	Registre de bloc opératoire	Fiche d'hospitalisation Protocole

No	Service	Définition du cas	Source primaire des informations	Source secondaire des informations
	plafond 10%	par un médecin et qui a nécessité l'intervention d'une anesthésie locorégionale ou générale. Plafond 10% des actes totales chirurgie majeur du mois precedent.		opératoire
6	Petite Chirurgie (population x 1%)	Il s'agit un acte opératoire fait sur un malade par un médecin ou un infirmier et qui a nécessité que de l'anesthésie locale	Registre de bloc opératoire	Protocole opératoire
7	Petite Chirurgie - patient vulnérable - plafond 10%	Il s'agit un acte opératoire fait sur un malade indigent par un médecin ou un infirmier et qui a nécessité que de l'anesthésie locale. Plafond 10% des actes totales petite chirurgie du mois precedent.	Registre de bloc opératoire	Protocole opératoire
8	Transfusion de sang – volontaire	Il s'agit d'une transfusion testée aux 4 marqueurs faite sur un patient avec le sang donné par un donneur bénévole	Registre de transfusion	Fiche de surveillance Dossier du malade

No	Service	Définition du cas	Source primaire des informations	Source secondaire des informations
9	Accouchement assisté – eutocique	Il s'agit d'un accouchement réalisé dans une institution sanitaire adéquate (maternité) par un personnel qualifié disposant des moyens matériels pour conduire cet accouchement. L'accouchement est eutocique s'il n'y a pas d'intervention extérieure et si le fœtus est vivant et qu'il se réalise par voie basse	Registre des accouchements	Partogramme
10	Césarienne (50% des accouchements dystociques)	Il s'agit de tout acte opératoire fait dans le but d'extraire le fœtus par la voie haute	Registre opératoire	Partogramme Protocole opératoire
11	Accouchement dystocique (césarienne exclut)	Il s'agit d'un accouchement qui fait intervenir une manœuvre ou une technique extérieure (forceps, ventous, christeller, épisiotomie etc).	Registre d'accouchement	Partogramme
12	Consultation Prénatal (nouvelle inscrite)	Il s'agit d'une femme enceinte qui se présente pour la première fois (Avant 4 mois) aux	Registre CPN	Fiche CPN

No	Service	Définition du cas	Source primaire des informations	Source secondaire des informations
	et standard)	services de consultations prénatales.		
13	VIH/SIDA Dépistage volontaire	Il s'agit de toute personne qui, après un counseling s'est fait dépister au VIH/SIDA dans un centre de dépistage volontaire. La personne dépistée doit également prendre connaissance des résultats.	Registre prétest et post test	Fiche de counseling et de CDV Registre de laboratoire
14	VIH/SIDA Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie	Il s'agit d'une femme enceinte, dépistée et confirmée VIH+ et qui reçoit la prophylaxie ARV selon le protocole national	Registre PTME Registre de laboratoire	Fiche counseling Fiche de suivi
15	VIH/SIDA Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH +	Il s'agit d'un nouveau-né, né d'une femme VIH+ qui a bénéficié des soins néonataux indiqués et la prophylaxie VIH	Registre d'accouchement	Partogramme
16	VIH/SIDA Nombre de nouveaux cas sous ARV	Il s'agit de tout cas VIH+ mis sous ARV selon le protocole national	Registre de prise en charge	Fiche de malade
17	VIH/SIDA	Il s'agit de tout cas	Registre des rendez	Fiche de malade

No	Service	Définition du cas	Source primaire des informations	Source secondaire des informations
	Nombre de clients ARV suivi un semestre	VIH+ mis sous ARV selon le protocole national qui est suivi selon les rendez vous	vous	
18	Dépistage des cas TBC – BK positifs	Il s'agit d'une personne sur laquelle l'examen des crachats au Ziehl s'est relevé positif (Au moins 2 lames positives)	Registre TBC Registre laboratoire	Fiche de malade
19	Nombre de cas TBC – BK positifs traités et guéris	Il s'agit d'une personne sur laquelle l'examen des crachats au Ziehl s'est relevé positif (Au moins 2 lames positives)	Registre TBC Registre laboratoire	Fiche de malade
20	PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	Femme en âge de procréer qui consulte pour la première fois un service de planning familial pour une contraception moderne injectable ou orale)	Registre de PF	Fiche de counseling pour la PF
21	PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant)	Femme en âge de procréer qui consulte pour la première fois un service de planning familial pour une contraception	Registre de PF	Fiche de counseling pour la PF

No	Service	Définition du cas	Source primaire des informations	Source secondaire des informations
		moderne injectable ou orale)		
22	PF: Ligatures et vasectomies	Il s'agit de tout cas (homme ou femme) ayant subi volontairement une ligature des trompes ou une vasectomie comme méthode contraceptive	Registre de planification familiale et registre du bloc opératoire	Protocole opératoire

Annexe 5: En-têtes de colonnes pour les registres

A) REGISTRES POUR LES ACTIVITÉS A SUBVENTIONNER DANS LE CADRE DE L'ACHAT DES PERFORMANCES POUR LES CENTRES DE SANTÉ

1. REGISTRE POUR LA CONSULTATION CURATIVE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			20	21
Date	N° mois	N° dossier	Nom -Post nom	Age	Adresse	Origine *	Sexe	Nv Cas *	Nv Pat. *	Anc Cas *	Cont-Ref *	Signes dominants	Labo	Groupe âge	Diagnostic	F. enceintes	Traitement	Ref*	Obs	Ambu	Catégorie malade	

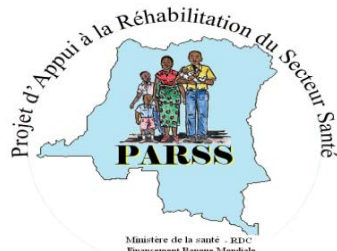
*

AS
HA
HZ

Violences sexuelles

AS
HA
HZ

N#	Date	Nom, post-nom et prénom	Age				Sexe	Rue / village	Quartier/ Secteur	Chef de famille	Statut par rapport à la Zone de Santé			Symptômes et examens physiques	Diagnostic	H	T
			0-11	1-4	5-14	>14					AS	HA	HZ				



2. REGISTRE CPS (consultation préscolaire/suivi de la croissance)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29		
Date	N°mois	N° Dossier	Nom	Adresse	Orig	Poids	Enf 0-11 mois		Enf 12-59 mois		Reçu Vitamine A	Reçu Mébendazole	Reçu MII	Suivi de la croissance				Vaccination Enfants 0 – 11 mois												
							CPS 1 *	CPS 2 + *	CPS 1 *	CPS 2 + *				Stade 1 *	Stade 2 *	Stade 3 *	Stade 3 référés	BCG *	VPO 0 *	VPO 1 *	VPO 2 *	VPO 3 *	DTC Hep 1 *	DTC Hep 2 *	DTC Hep 3 *	VAA *	VAR *	ECV *		

Enfants de 5ans

Sortis

Vus 1 fois/an

Complètement vaccinés

3. REGISTRE DES ACCOUCHEMENTS

N #	N CP N	Nom, post-nom et prénom	Age	Provenance				ENREGISTREMENT													Date	Heure	Mode d'accouchement	Avec agent de santé qualifié										
				A S	H A	H Z	Chef de famille	Date	Heure	Gravidité	Parité	Nombre	DDR	DPA	Age	Tension artérielle	FC foetal	Présentation	RPR															
																			- V E	+ V E														

Accouchement normal	Accouchement compliqué*	RÉSULTAT DE L'ACCOUCHEMENT				NOUVEAU-NÉ						Journées d'hospitalisation					Nom de l'Agent de santé																
		Mort-né		Perte de sang	Etat de périnée	Sexe M/F	État physique	Indice d'Apgar	Poids à la naissance		Pesée < 72 heures	Date d'entrée	Date de l'accouchement	Date de la sortie	Journées d'hospitalisation	Condition de sortie de la																	
		inaltéré	macéré						< 2500g	>2500 mg																							

*Complications lors de l'accouchement

X = pas de complication

HPP = hémorragie du postpartum

E = éclampsie

OT = obstruction du travail

S = siège

D = déchirure complete

SP = septicémie puerpérale

SC = section césarienne

AU = autre

4. REGISTRE DES PATIENTS HOSPITALISÉS

N d'ordre	N Registre de la Consultation externe	Nom, post-nom et prénom	Rue / Villa ge	Quartier/ Secteur	Age	Sexe	Provenance Z/ HZ	Diagnostic principal	Traitem.	Date d'entrée	Date de sortie	Journées d'hospitalisation	Condition de sortie (G/T/D/E)

N. d'ordre : indiquer le numéro de séquence dans le registre

Nom, post-nom et prénom : indiquer l'identité du patient

Age : indiquer l'âge en année

Sexe ; spécifier masculin (M) / féminin (F)

Provenance : classer comme aire de santé (AS), zone de santé (ZS) et hors zone de santé (HZ)

Adresse : indiquer la rue et le numéro ainsi que le quartier dans le milieu urbain

Date d'admission : indiquer la date au format jj/mm/aa (jour (deux chiffres)/mois (deux chiffres)/année (deux chiffres))

Diagnostic : indiquer le diagnostic à la sortie. Si plusieurs diagnostics sont posés, utiliser une ligne distincte pour enregistrer chacun des diagnostics

Traitement : entrer le traitement administré. N'inclure que les traitements correspondants au diagnostic. Pour les médicaments prescrits, entrer le nom, la dose et la durée de traitement.

Date de sortie : indiquer la date de sortie (jj/mm/aa)

Durée de séjour : spécifier le nombre de jours entre l'admission et la sortie. Utiliser le calendrier pour calculer la durée de séjour. Le nombre de jours inclut le jour d'admission et le jour de la sortie

Motif de sortie : indiquer les conditions de sortie : sortie autorisée (guéri, amélioré)/sortie non autorisée (évadé)/Décès (< 24 heures/ décès > 24 heures)/ transfert

5. REGISTRE POUR LES MALADES RÉFÉRÉS

Numéro	Numéro du registre de la consultation curative	Numéro du registre d'accouchement	Nom, post nom et prénom	Motif de la référence	Date de la référence	Date d'arrivée à l'hôpital de référence	Numéro de la fiche de la contre référence	Date de réception de la contre référence

6. REGISTRE DE VACCINATION

N	Nom du enfant	Nom du père	Nom de la mère	Rue Village	Quartier Secteur	Date de naissance	Provenance AS/ HA/ HZ	Date BCG	Date Polio 0	Date Polio 1	Date Polio 2	Date Polio 3	Date Pent 1	Date Pent 2	Date Pent 3	Date VAR	Date VAA	Date Vac. 100 %

7. REGISTRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

N	Date	N du mois	Nom, post-nom et prénom	Rue/ Village	Quartier /Secteur	Age	Pilule		Injectable	DIU	Implant			Spermicide			Codom		Collier du cycle	Nouvel utilisatrice	Ancienne utilisatrice
							COC	POP			DMPA	NET-EN	INERTE	MED	JADELLE	NORPLA	IMPLAN	COMPRI				MOUSSE	CREME	MASCULI	FEMININ

8. REGISTRE DES CONSULTATIONS PRÉNATALES

ENREGISTREMENT																			
N	N de la CPN	Nom, post-nom et prénom	Age	Provenance AS/HA/HZ	Rue/Village	Quartier /Secteur	Date de la visite	État civil	Gravité	Parité	Nombre d'enfants	DDR	DPA	Age gestationnel	Enfant mort-né	Avortement	Césarienne	Date de naissance	

SERVICES (entrez la date)												RESULTAT DE LA GROSSESSE						Vitamine A 200 000 UI																			
1ère visite			2ère visite			3ère visite			4ère visite			SP		RPR		VAT			Avortement		Accochement		Mort-né														
Date	Age gestationnel	CPN FR*	Date	Age gestationnel	CPN FR*	Date	Age gestationnel	CPN FR*	Date	Age gestationnel	CPN FR*	1	2	- V E	+ V E	Partenaire traité	1		2	3	4	5	Mé bendazole	MII	Complicé	Non complicé	Date	Complication **	Inaltéré	Macéré							

*Facteurs de risque prénatal :

X = pas de facteur de risque
 A = anémie
 O = œdème
 POS = position anormale (après 32 semaines)
 D = déchirure complète
 P = Protéinurie
 PDS = ne gagne pas de poids
 HAP = Hémorragie antépartum
 Au = autre

**Complications lors de l'accouchement :

X = pas de complication
 O = obstruction du travail
 E = éclampsie
 T = Tension artérielle élevée (+de 140/90)
 HPP = hémorragie du post partum
 S = siège
 SC = section césarienne

B) REGISTRES POUR LES ACTIVITÉS A SUBVENTIONNER DANS LE CADRE DE L'ACHAT DES PERFORMANCES POUR LES HGRs

1. REGISTRE DE CONSULTATION DES MÉDECINS

N	Date	Nom, post-nom et prénom	Age	Sexe	Rue/Village	Quartier/Secteur	Z	HZ	Patient référé CS de provenance	Exam en Clinique	Examens de laboratoire	Diagnostic	Traitement

Patient référés de la Zone de santé et hors zone

2. REGISTRE D'HOSPITALISATION (MÉDECINE – PÉDIATRIE- CHIRURGIE)

N Registre de consultation	N entrant Hospitalisation	Nom, post-nom et prénom	Age	Sexe	Rue / Village	Quartier / Secteur	Z	HZ	Référé CS de provenance	Diagnostic d'entrée	Traitement	Date d'entrée	Date de sortie	No mbr e de Jour s	Etat à la sortie

Patients Hospitalisés D'urgence*

Médecins																			

*Patients référés hospitalisés d'urgence qui ne sont pas enregistrés dans le Registre de Consultation des Médecins

3. REGISTRE D'HOSPITALISATION DE LA FEMME ENCEINTE

N	N CP N	Nom, post-nom et prénom	Age	Rue/ Village	Quartier/ Secteur	Provenance Z/HZ	Date d'admission	Heure d'admission	Gravidité	Pariété	Nombre	DDR	DPA	Age gestationnel	Tension	Fréquence du cœur foetal	Présentation	RP		Diagn	Traitm. Admin.	Date de sortie	Durée de séjour	Motif de sortie	
																		ve -	ve +						

4. REGISTRE DU BLOC OPÉRATOIRE

N	Date	Nom, post-nom et prénom	Age	Sexe	Rue/ Village	Quartier/ Secteur	Z	HZ	Référé CS de provenance	Patient référé opéré d'urgence*		Technique d'anesthésie et déroulement de l'intervention
										Diagnostic d'entrée	Type d'intervention	

*Patient opéré d'urgence qui n'est pas enregistré dans le registre de consultation des Médecins

5. REGISTRE DES PATIENTS RÉFÉRÉ

N	Date	Nom, post-nom, prénom	Age	Sexe	Rue/Village	Quartier/Secteur	Z	HZ	Référé CS de provenance	Consultation de Médecins N d'enregistrement	Hospitalisés d'urgence Service et n# d'entrée	Opérés d'urgence Bloc opératoire N d'enregistrement

6. REGISTRE DES CONSULTATIONS DU POSTPARTUM

						INFORMATIONS SUR L'ACCOUCHEMENT				1ère visite post-partum			2ère visite post-partum			3ème visite post-partum			Date prévue de sortie	Nombre de visites effectuées	Motif de sortie **	
N d'ordre	N de la CPN	Nom, post-nom et prénoms	Age	Provenance	Adresse	Date	Mode	Complications *	Sexe (M/F)	Date	Complications	Commentaires	Date	Complications	Commentaires	Date	Complications	Commentaires				

*Complications post partum ** Motif de la sortie = 1 sortie autorisée 2. Décès 3. Absence 4. Transfert

Note : la date de la sortie se situe 6 semaines après l'accouchement, pour autant qu'il n'y ait pas de complication

X = pas de complication SP = septicémie puerpérale HPP = hémorragie postpartum AI = problème d'allaitement

E = éclampsie D = déchirure complète A = anémie Au = autre

Annexe 6: Contrat 1- Contrat d'achat de l'AAP avec le prestataire

CONTRATCS

Entre l'Agence d'Achat des Performances (AAP) [.....] ici représenté par son Chef de
Projet,

Et

le Centre de Santé.....de l'Aire de Santé
de.....

Représenté par son Infirmier Titulaire,

Concernant les procédures et les obligations des deux parties pour l'achat des prestations du
Centre de Santé (CS) dans le cadre de son statut de Formation Sanitaire (FS) de première ligne
de son Aire de Santé (AS).

Considérant que le Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur Santé (PARSS), financé par la
Banque Mondiale, s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du plan national de développement
sanitaire de la République Démocratique du Congo (PNDS) et de la SRSS. Ses objectifs
spécifiques sont l'augmentation de l'accessibilité et de l'utilisation des services - Paquet
Minimum d'Activités (PMA) et Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) - par la population et
le renforcement des capacités institutionnelles du personnel de santé.

Considérant que la stratégie de financement basé sur la performance cadre avec les objectifs du
document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (DSCR). Cette stratégie
est, par ailleurs, conforme à la volonté de rendre les soins de santé plus accessibles à la
population et d'en améliorer la qualité. Un mécanisme de primes basé sur la performance
augmente la motivation du personnel de santé et améliore les résultats quantitatifs et qualitatifs
des services. En tant qu'utilisatrice, la population pourra apprécier la qualité des services offerts.
Le système de financement basé sur la performance contribue au renforcement de l'autonomie de
gestion des formations sanitaires, car les fonds dérivés de l'achat des prestations sont gérés
directement par les organes de gestion de la formation sanitaire bénéficiaire et rentrent dans son
bilan.

Tenant compte des documents de base du Projet à savoir :

- Le contrat signé par l'AAP.....] et l'UCP / PARSS



- Le manuel de procédures du Projet

Il est entendu que :

Article 1 : Objet du présent contrat de performance

Le présent contrat d'achat de performance a pour objet la subvention de certaines activités du CS. Cette subvention s'effectue sur base d'achat, par l'AAP, des prestations fournies par le CS à la population.

Article 2 : Durée du contrat

Le présent contrat a une durée de 3 mois, il prend effet à dater du et se termine le.....

Article 3 : Nature des prestations à acheter

No	Service	Cible	Pondération relative
1	Consultation Externe (nvx cas)	population / 12 x 90%	1
2	Consultation Externe (nvx cas patient vulnérable) - plafond 5%	population / 12 x 5%	2
3	Petite chirurgie (incl. circoncision)	pop / 12 x 10%	3
4	Cas référé à l'hôpital (avec contre référence)	All consultations x 2%	5
5	Enfant complètement vacciné	pop x 4% / 12 x 100%	5
6	VAT 2+: Femme complètement protégée	pop x 4,5% / 12 x 100%	3
7	Consultation Prénatal (nouvelle inscrite avant 4e mois)	pop x 4,5% / 12 x 90%	4
8	Consultation Prénatal Standard	pop x 4,5% / 12 x 3 x 90%	2
9	Accouchement assistés	pop x 4,5% / 12 x 80%	20
10	PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	pop x 21,4% / 12 x 20% x 4 x 80%	8
11	PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant)	pop x 21,4% / 12 x 2% x 80%	15
12	Surveillance de la croissance enfants 6 – 59 mois	pop x 16,5% / 12 x 100% * 4	0.15
13	Visite à domicile: (évacuation de déchets, latrine ou toilette propose, moustiquaire dispos, accès à	population / 2 ans / 12 mois / 6	5

No	Service	Cible	Pondération relative
	l'eau propre, utilisation PF, et vaccination)		
14	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	population x 5% / 12 mois x 70%	3
15	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie	pop x 4.5% x 4% / 12 mois x 70%	8
16	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH +	pop x 4.5% x 4% / 12 mois x 70%	8
17	Dépistage des cas TBC- BK positifs	pop x (87/100.000) / 12 x 60%	50
18	Nombre de cas TBC – BK positifs traités et guéris	pop x (87/100.000) / 6 mois / 12 x 60%	100

Article 4 : Obligations du CS

Le CS s'engage à :

- Redynamiser ses organes de participation communautaire (CODESA).
- Afficher la tarification des MEG et des actes lisiblement ;
- Envoyer mensuellement au niveau de la Zone de Santé et avant le 10ème jour du mois suivant les rapports SNIS ;
- Envoyer mensuellement à l'AAP avant le 10ème jour du mois suivant une copie des rapports SNIS;
- Respecter les contrôles financiers, le contrôle des données et d'autres vérifications ainsi que les visites de supervision de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé et des vérificateurs de l'AAP ;
- Assurer une tenue parfaite des registres d'activités et des différents outils de gestion des médicaments essentiels et des finances ;
- Dénoncer par écrit au District Sanitaire et à l'AAP toute tentative d'extorsion de fonds de la part de toute personne en charge de la supervision ou de la vérification dans les registres;
- Ne plus participer au financement ascendant du système de santé ;

Article 5 : Obligations de l'AAP

L'Agence d'Achat de Performances'engage à :

- Classer et archiver les données vérifiées des indicateurs achetés dans les CS;
- Evaluer la satisfaction de la population suite aux prestations fournies par les structures de santé, à travers des enquêtes de vérification et de suivi, qui sont effectuées trimestriellement par des enquêteurs locaux ;

- Assurer la vérification des prestations déclarées par le CS comme effectuées ;
- Payer sans retard les prestations achetées au CS;
- Informer semestriellement le District Sanitaire du niveau de la mise en œuvre de ce contrat (évolution du niveau d'utilisation du CS, respect par le CS de ses engagements, montant de la subvention reçue par le CS).

Article 6 : Vérification

Un rapport trimestriel de vérification des prestations réalisées devra être contresigné par l'Infirmier Titulaire du CS et le vérificateur de l'AAP.

Article 7 : Utilisation des fonds issus de l'achat de prestation:

La gestion des fonds provenant de l'achat des prestations est effectué en collaboration avec les organes de participation communautaire du Centre de Santé (CODESA) : ces fonds seront utilisés pour la motivation du personnel, pour prendre en charge des frais récurrents des centres de Santé et pour mettre en œuvre des stratégies et des activités capables de contribuer

- à un bon fonctionnement du Centre de Santé et à une bonne qualité des services
- à l'augmentation de l'utilisation des services par la population par une diminution des prix des prestations achetées

Les modalités de répartition des fonds (fonctionnement et primes) et les modalités d'attribution des primes au personnel seront établies trimestriellement avec le CODESA sur la base de l'outil d'indice.

La motivation du personnel des FOSA sous contrat est basée à 100% sur les fonds provenant de l'achat des prestations par l'Agence d'Achat et ces primes de performance ne sont pas fixes mais peuvent augmenter ou diminuer selon la quantité (et la qualité) des prestations effectuées.

L'Equipe Cadre de la Zone de Santé et l'AAP au cours de la supervision et du contrôle des registres peuvent vérifier si la répartition des fonds et des primes dans chaque CS est conforme à l'outil d'indice.

Article 8 : Cycle du système d'achat – Bonus de démarrage

Le business plan trimestriel est extrapolé du plan annuel en intégrant les résultats du trimestre précédent et en proposant des stratégies aptes à améliorer les résultats de certaines activités.

Ce business plan est proposé pour appréciation à l'Agence d'Achat de Performance avant la signature du contrat ; il doit être réaliste en vue d'atteindre les objectifs et aussi conforme à la politique sanitaire nationale, et il est suivi par la signature du contrat.

Le business plan est annexé à ce contrat.

L'Agence d'Achat de Performance, avant la signature du contrat, paie un Bonus de démarrage au centre de santé d'un montant de 2.000 USD qui doit être incorporé dans le business plan. Ce bonus sert à remettre en état de bon fonctionnement le CS et à l'inciter à bien démarrer le contrat de performance.

L'AAP calculera le montant mensuel à payer au CS sur la base des prestations déclarées dans le rapport SNIS et suivra la performance mensuelle du CS par rapport aux prévisions et aux objectifs fixés dans son plan de travail et fera un feed back, avec des commentaires écrits, qui sera annexé à la facture de paiement.

Les prestations déclarées dans le rapport SNIS seront vérifiées dans les registres par les Vérificateurs de l'AAP qui visiteront toutes les FOSA au moins une fois par trimestre ; les résultats de la vérification seront reportés dans un résumé trimestriel signé conjointement par le titulaire du Centre de Santé et par le Vérificateur de l'Agence.

Au cours de la visite le vérificateur tirera aussi un échantillon aléatoire dans les registres pour effectuer la vérification dans la communauté (existence de l'utilisateur, de la prestation, coût de la prestation, satisfaction de l'utilisateur).

Le paiement des prestations vérifiées sera effectué trimestriellement par le Bureau de l'AAP à la Zone de Santé (BCZS) et la Zone de Santé se chargera de payer chaque centre de Santé et remettra la facture acquittée par l'infirmier titulaire à l'AAP.

Si la vérification montre dans le résumé trimestriel des différences entre ce qui avait été déclaré dans le rapport SNIS et ce qui est reporté dans les registres, un décompte sera effectué dans la facture du mois suivant. Le centre de santé pourra subir des sanctions selon les modalités prévues dans l'art.6 de ce contrat.

Article 9 : Prime de qualité

L'AAP attribue trimestriellement une prime de qualité aux Centres de Santé sous contrat.

Cette prime est destinée à stimuler les prestataires à améliorer la qualité de leur service et des prestations fournies aux utilisateurs.

L'Equipe cadre de la Zone de Santé au cours des tournées de supervision apprécie la qualité technique, qui est le premier critère d'attribution de la prime ; dans le calcul de la prime rentrent aussi la vérification des registres, la vérification de l'existence des utilisateurs, la vérification des prestations, le coût moyen des prestations, la perception des coûts et la satisfaction des utilisateurs.

Si la prime est attribuée à 100% de sa valeur elle équivaut à 25% du montant global des subventions payées au centre de Santé au cours du trimestre.

Article 10 : Sanctions

En cas de fraude avérée, les sanctions sont d'ordre pécuniaire et d'ordre administratif. Les sanctions pécuniaires sont les suivantes :

- 1ère fraude constatée = retenue de 20 % des subsides
- 1ère récidive = retenue de 30% des subsides
- 2ème récidive = suspension du contrat jusqu'à ce qu'une mesure administrative forte (remplacement du ou des coupables) soit prise.

Par ailleurs, l'identité des fraudeurs, la fraude commise et les sanctions appliquées devront être portées à la connaissance de l'ensemble des acteurs du district sanitaire.

Les sanctions administratives sont celles en vigueur dans le statut des carrières des agents publics de l'Etat et doivent être appliquées pour une bonne marche de la stratégie FBP.

Une commission tripartite formée de représentants de l'AAP + Sofreco, PARSS/MSP, et de l'ECZ/DPS/BDS évaluera le degré de la faute, et déterminera les sanctions à infliger à la Formation Sanitaire.

Article 11 : Autres

Le présent contrat est signé sous réserve de la disponibilité des fonds et en tenant compte que le montant unitaire des indicateurs achetés pourra être modifié dans les contrats trimestriels suivants selon les indications de la Banque Mondiale.

Article 12: Règlement des litiges

En cas de litiges, les parties signataires du contrat chercheront une solution à l'amiable avec la médiation des autorités sanitaires de District ; en cas de persistance du différend entre les deux parties, l'arbitrage du Comité de Pilotage du FBP sera requis.

Ce contrat est établi en trois (3) exemplaires originaux répartis entre le CS, la ZS et l'AAP.

Fait à _____, le

« Lu et approuvé »

L'Infirmier Titulaire du CS

Le Médecin Chef de Zone

.....
.....
Le Chef de Projet [.....] / PARSS

.....
CONTRAT HGR

Entre l'Agence d'Achat des Performances (AAP) [.....] IS ici représenté par son Chef de
Projet, ,

Et

l'HGR.....de la Zone de Santé de.....

Représenté par son Médecin Directeur,

Concernant les procédures et les obligations des deux parties pour l'achat des prestations de
l'Hôpital Général de Référence(HGR) dans le cadre de son statut de Formation Sanitaire (FS) de
deuxième ligne de sa Zone de Santé (ZS). ,

Considérant que le Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur Santé (PARSS), financé par la
Banque Mondiale, s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du plan national de développement
sanitaire de la République Démocratique du Congo (PNDS) et de la SRSS. Ses objectifs
spécifiques sont l'augmentation de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé- Paquet
Minimum d'Activités (PMA) et Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) - par la population
et le renforcement des capacités institutionnelles du personnel de santé

Considérant que la stratégie de financement basé sur la performance cadre avec les objectifs du
document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (DSCR). Cette stratégie
est, par ailleurs, conforme à la volonté de rendre les soins de santé plus accessibles à la
population et d'en améliorer la qualité. Un mécanisme de primes basé sur la performance
augmente la motivation du personnel de santé et améliore les résultats quantitatifs et qualitatifs
des services. En tant qu'utilisatrice, la population pourra apprécier la qualité des services offerts.
Le système de financement basé sur la performance contribue au renforcement de l'autonomie de
gestion des formations sanitaires, car les fonds dérivés de l'achat des prestations sont gérés
directement par les organes de gestion de la formation sanitaire bénéficiaire et entrent dans son
bilan.

Tenant compte des documents de base du Projet à savoir :

- Le contrat signé par l'AAP GIZ et l'UCP / PARSS
- Le manuel des procédures du Projet

Il est entendu que

Article 1 : Objet du présent contrat de performance

Le présent contrat d'achat de performance a pour objet la subvention de certaines activités de l'HGR. Cette subvention s'effectue sur base d'achat, par l'AAP, des prestations fournies par l'HGR à la population.

Article 2 : Durée du contrat

Le présent contrat a une durée de 3 mois, il prend effet à dater du et se termine le.....

Article 3 : Nature des prestations à acheter

No	Service	Cible	Pondération relative
1	Consultation Externe referee (et retro-information donnée) – médecin	population / 12 x 9%	1
2	Journée d'hospitalisation (1 lit occupé par 1000 pop)	pop / 1000 x 30 jours	1
3	Journée d'hospitalisation - patient vulnérable - plafond 5%	pop / 1000 x 30 jours x 10%	2
4	Chirurgie majeur (population x 0,5%)	pop / 12 x 0,5% x 90%	50
5	Chirurgie majeur pour patient vulnérable - plafond 10%	pop / 12 x 0.5% x 10%	75
6	Petite Chirurgie (population x 1%)	pop / 12 x 1% x 90%	6
7	Petite Chirurgie - patient vulnérable - plafond 10%	pop / 12 x 1% x 10%	10
8	Transfusion de sang – volontaire	pop / 12 x 0,5%	6
9	Accouchement assisté – eutocique	pop x 4,5% / 12 x 10%	20
10	Césarienne (50% des accouchements dystociques)	pop x 4,5% / 12 x 10% x 50%	70
11	Accouchement dystocique (césarienne exclut)	pop x 4,5% / 12 x 10% x	50

No	Service	Cible	Pondération relative
		50%	
12	Consultation Prénatal (nouvelle inscrite et standard)	pop x 4,5% / 12 x 4 x 10%	2
13	VIH/SIDA Dépistage volontaire	pop x 5% / 12 mois x 30%	3
14	VIH/SIDA Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie	pop x 4.5% x 4% / 12 mois x 30%	5
15	VIH/SIDA Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH +	pop x 4.5% / 12 mois x 4% x 30%	5
16	VIH/SIDA Nombre de nouveaux cas sous ARV	pop x 4% x 50% / 12 x 100%	10
17	VIH/SIDA Nombre de clients ARV suivi un semestre	pop x 4% x 50% / 6 / 12 x 100%	50
18	Dépistage des cas TBC – BK positifs	pop x (87/100.000) / 12 x 40%	50
19	Nombre de cas TBC – BK positifs traités et guéris	pop x (87/100.000) / 6 mois / 12 x 40%	100
20	PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	pop x 21,4% /12 x 20% x 4 x 20%	8
21	PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant)	pop x 21,4% /12 x 2% x 20%	15
22	PF: Ligatures et vasectomies	pop x 21.4% / 12 x 1%	50

Article 4 : Obligations de l'HGR

L'HGR s'engage à :

- Redynamiser ses organes de gestion (CODI HGR)
- Afficher la tarification des MEG et des actes lisiblement ;
- Envoyer mensuellement au niveau de la Zone de Santé et avant le 10ème jour du mois suivant les rapports SNIS ;
- Envoyer mensuellement à l'AAP avant le 10ème jour du mois suivant une copie des rapports SNIS;
- Respecter les contrôles financiers, le contrôle des données et d'autres vérifications ainsi que les visites de supervision de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé et des vérificateurs de l'AAP ;
- Assurer une tenue parfaite des registres d'activités et des différents outils de gestion des

médicaments essentiels et des finances ;

- Dénoncer par écrit au District Sanitaire et à l'AAP toute tentative d'extorsion de fonds de la part de toute personne en charge de la supervision ou de la vérification dans les registres;
- Participer activement au processus de contrôle de la qualité des soins par les pairs ;
- Ne plus participer au financement ascendant du système de santé ;
- Utiliser l'outil d'indice pour attribuer une prime de performance au personnel d'une façon objective et participative.

Article 5 : Obligations de l'AAP

L'Agence d'Achat de Performance s'engage à :

- Classer et archiver les données vérifiées des indicateurs achetés dans l'HGR;
- Evaluer la satisfaction de la population suite aux prestations fournies par les structures de santé, à travers des enquêtes de vérification et de suivi, qui sont effectuées trimestriellement par des enquêteurs locaux ;
- Assurer la vérification des prestations déclarées par l'HGR comme effectuées ;
- Payer sans retard les prestations achetées à l'HGR;
- Informer semestriellement le District Sanitaire du niveau de la mise en œuvre de ce contrat (évolution du niveau d'utilisation de l'HGR, respect par l'HGR de ses engagements, montant de la subvention reçue par l'HGR).

Article 6 : Vérification

Un rapport trimestriel de vérification des prestations réalisées devra être contresigné par le Médecin Directeur de l'Hôpital et le vérificateur de l'AAP.

Article 7 : Utilisation des fonds issus de l'achat de prestation:

La gestion des fonds dérivés de l'achat des prestations est effectué par le COGE de l'HGR : ces fonds seront utilisés pour la motivation du personnel, pour prendre en charge des frais récurrents de l'HGR et pour mettre en œuvre des stratégies et des activités capables de contribuer :

- à un bon fonctionnement de l'HGR et à une bonne qualité des services
- à la diminution des prix des prestations achetées

Les modalités de répartition des fonds (fonctionnement et primes) et les modalités d'attribution des primes au personnel seront établies trimestriellement par le comité de direction sur la base de l'outil d'indice.

L'Equipe Cadre de la Zone de Santé et l'AAP au cours de la supervision et du contrôle des registres peuvent vérifier si la répartition des fonds et des primes dans l'HGR est conforme à l'outil d'indice.

Article 8 : Cycle du système d'achat – Bonus de démarrage

Le business plan trimestriel est extrapolé du plan opérationnel annuel de l'HGR en intégrant les résultats du trimestre précédent et en proposant des stratégies aptes à améliorer les résultats de certaines activités.

Ce business plan est proposé pour appréciation à l'Agence d'Achat de Performance avant la signature du contrat ; il doit être réaliste en vue de l'atteinte de l'objectif et conforme à la politique sanitaire national ; il est suivi par la signature du contrat.

Le business plan est annexé à ce contrat.

L'Agence d'Achat de Performance, avant la signature du contrat, paie un Bonus de démarrage à l'HGR d'un montant de 5.000 USD qui doit être incorporé dans le business plan. Ce bonus sert à remettre en état de bon fonctionnement l'HGR et à l'inciter à bien démarrer le contrat de performance.

L'AAP calculera le montant mensuel à payer à l'HGR sur la base des prestations déclarées dans le rapport SNIS et elle suivra la performance mensuelle de l'HGR par rapport aux prévisions et aux objectifs fixés dans son plan de travail ; elle fera un feed back, avec des commentaires écrits, qui sera annexé à la facture de paiement.

Les prestations déclarées dans le rapport SNIS seront vérifiées dans les registres par les Vérificateurs de l'AAP qui visiteront toutes les FOSA au moins une fois par trimestre ; les résultats de la vérification seront reportés dans un résumé trimestriel signé conjointement par le Médecin Directeur de l'Hôpital et par le Vérificateur de l'Agence.

Au cours de la visite le vérificateur tirera aussi un échantillon aléatoire dans les registres pour effectuer la vérification dans la communauté (existence de l'utilisateur, de la prestation, coût de la prestation, satisfaction de l'utilisateur).

Le paiement des prestations vérifiées sera effectué trimestriellement par le Bureau de l'AAP à la Zone de Santé (BCZS) qui se chargera de payer à l'HGR et de remettre la facture acquittée par le Directeur de l'Hôpital à l'AAP.

Si la vérification montre dans le résumé trimestriel des différences entre ce qui avait été déclaré dans le rapport SNIS et ce qui est reporté dans les registres, un décompte sera effectué dans la facture du mois suivant. L'HGR pourra subir des sanctions selon les modalités prévues dans l'art.10 de ce contrat.

Article 9 : Prime de qualité

L'AAP attribue trimestriellement une prime de qualité à l'HGR.

Cette prime est destinée à stimuler les prestataires de l'Hôpital à améliorer la qualité de leur service et des prestations fournies aux utilisateurs.

L'évaluation qualitative de l'HGR est effectuée trimestriellement par les pairs (Médecins Chef de deux ZS, Médecin Inspecteur de District et deux Médecins de niveau Provincial).

Si la prime est attribuée à 100% de sa valeur elle équivaut à 25% du montant global des subventions payées à l'HGR au cours du trimestre.

Article 10 : Sanctions

En cas de fraude avérée, les sanctions sont d'ordre pécuniaire et d'ordre administratif. Les sanctions pécuniaires sont les suivantes :

- 1ère fraude constatée = retenue de 20 % des subsides
- 1ère récidive = retenue de 30% des subsides
- 2ème récidive = suspension du contrat jusqu'à ce qu'une mesure administrative forte (remplacement du ou des coupables) soit prise.

Par ailleurs, l'identité des fraudeurs, la fraude commise et les sanctions appliquées devront être portées à la connaissance de l'ensemble des acteurs du district sanitaire.

Les sanctions administratives sont celles en vigueur dans le statut des carrières des agents publics de l'Etat et doivent être appliquées pour une bonne marche de la stratégie FBP.

Une commission tripartite formée de représentants de l'AAP + Sofreco, PARSS/MSP, et de l'ECZ/DPS/BDS évaluera le degré de la faute, et déterminera les sanctions à infliger à la Formation Sanitaire

Article 11 : Autres

Le présent contrat est signé sous réserve de la disponibilité des fonds et en tenant compte que le montant unitaire des indicateurs achetés pourra être modifié dans les contrats trimestriels suivants selon les indications de la Banque Mondiale.

Article 12: Règlement des litiges

En cas de litiges, les parties signataires du contrat chercheront une solution à l'amiable avec la médiation des autorités sanitaires de District ; en cas de persistance du différend entre les deux parties, l'arbitrage du Comité de Pilotage du FBP sera requis.

Ce contrat est établi en trois (3) exemplaires originaux répartis entre l'HGR, ZS et AAP.

Fait à _____, le

« Lu et approuvé »

Le Médecin Directeur de l'HGR

Le Médecin Chef de Zone

.....

.....

Le Chef de Projet [.....] / PARSS

.....

Annexe 7: Contrat 2- Contrat de motivation de l'établissement de santé avec l'agent de santé individuel

Contrat entre la Formation Sanitaire et le personnel

Le Comité de Gestion de la Formation Sanitaire de représenté par son Président,..... Et Mr / Mme / M^{lle}, occupant le poste de et ci-après dénommé(e) « employé », déclarent avoir conclu un accord sur le paiement de primes de motivation liées à la performance selon les modalités suivantes :

Article 1 : Des généralités

Le présent contrat s'inscrit dans le cadre du financement basé sur la performance mis en place dans le système de santé au RDC, et plus spécifiquement dans le cadre du Contrat Fixant la rémunération des formations sanitaires (FOSA) sur base de leur performance conclu entre la FOSA de....., et le AAP [.....]

Il est entendu que la rémunération de la performance dont il est question dans le contrat entre le AAP et la FOSA constitue un avantage et pas un droit. En cas de force majeure, le Gouvernement du RDC ou les partenaires extérieurs pourraient décider de cesser le paiement des subventions avant la date de clôture du contrat.

Le contrat de motivation institue un régime de rémunération conditionnelle à l'employé, par des primes variables selon la performance, en contrepartie de son travail personnel et du respect de ses engagements.

Article 2 : Des conditions du contrat

L'employé reconnaît avoir pris connaissance des conditions du présent contrat, qui inclut le respect du Règlement d'Ordre Intérieur de la FOSA ainsi que la description de son profil de poste détaillant les tâches lui assignées.

Le contrat de motivation est différent du contrat de travail. Par contre, le contrat de motivation prend automatiquement fin et sans redevance dès que le contrat de travail est rompu par l'une ou l'autre des parties.

Article 3 : De la validité

La validité du présent contrat est strictement subordonnée à l'existence et à la durée du Contrat fixant la rémunération des formations sanitaires sur base de leur performance conclu entre la

FOSA et l'AAP. Si ce dernier venait à prendre fin conformément aux clauses qui lui sont propres, le présent contrat devra être considéré comme nul et non avenu.

Article 4 : De l'engagement des parties

L'employé s'engage d'une part à respecter les différentes obligations qui lui sont assignées par le présent contrat et ses annexes. Il s'engage notamment à promouvoir l'accès de la population à des soins de santé de meilleure qualité, à travailler en harmonie et dans un esprit d'équipe avec ses collègues de la FOSA et veillera à ne pas entraver le bon fonctionnement de la stratégie de FBP. Il s'engage ainsi à contribuer personnellement à assurer la transparence et la véracité des informations qui seront transmises aux équipes de vérification et d'évaluation de la qualité des services. Il sait qu'il sera tenu responsable des erreurs ou fraudes commises par lui-même, et que les erreurs ou fraudes commises par l'un ou l'autre des membres de l'équipe de sa FOSA pourraient avoir un effet négatif sur son propre contrat de motivation.

Le Comité de Gestion représenté par son président s'engage d'autre part à évaluer mensuellement de manière objective et transparente, la performance de l'employé par rapport aux tâches qui lui sont assignées, et à payer mensuellement la prime de motivation telle que définie dans l'article 5, 6 et 7 du présent contrat. Il s'engage en outre, dans les limites de ses moyens, à mettre à la disposition de l'employé les ressources nécessaires à l'accomplissement de ses tâches.

Article 5 : Du calcul des primes

Le Comité de Gestion du FOSA détermine à la fin de chaque mois un montant destiné aux primes de motivation du personnel à l'aide de l'outil INDICE. La prime à payer à l'employé est fonction du montant disponible, du résultat de l'évaluation individuelle trimestrielle et de l'indice correspondant à son poste d'attache et à sa catégorie professionnelle. **L'évaluation individuelle de l'employé sera réalisée par un Comité interne du FOSA.**

Article 6 : Du montant maximum de la prime de motivation

Pour maintenir une équité entre les employés du système de santé, il est convenu que la prime mensuelle individuelle sera calculée sur base de l'outil d'indice et en considérant certains critères comme la performance individuelle, le niveau de responsabilité, le niveau d'études et l'ancienneté. La grille d'évaluation individuelle des performances du personnel est en annexe au présent contrat.

Article 7 : Du paiement des primes de motivation

La FOSA reçoit un financement basé sur la performance réalisée. La prime de motivation est payée mensuellement à l'employé par transfert à son compte bancaire ou en espèces.

Article 8 : De l'évaluation de la performance individuelle

Le comité de gestion doit évaluer trimestriellement la performance de chaque employé conformément aux tâches qui lui sont assignées et en utilisant la fiche individuelle d'évaluation de la performance adoptée. Le résultat de l'évaluation sera valable et applicable pour la motivation de l'employé durant les trois mois qui suivent.

Le responsable de la FOSA est évalué par le reste des membres du Comité de Gestion de la FOSA à son absence dans les mêmes conditions que les autres employés.

Article 9 : De la suspension temporaire de la prime de motivation

En cas de faute lourde, le Comité de Gestion peut décider de suspendre les primes d'un employé pendant une durée maximale de trois (3) mois. Toutefois cette décision devra être argumentée par écrit et soumise à l'ECZ pour vérification puis à l'BDS pour approbation.

Article 10 : De la résolution des litiges

En cas de litiges quant à l'application du présent contrat il sera fait appel par l'une des parties à la médiation de l'AAP.

Article 14 : De la durée du contrat

Le présent contrat est signé pour une durée de 3 mois à partir du Sauf notification contraire, il est tacitement reconduit tant qu'il existe un contrat de rémunération des formations sanitaires sur base de leur performance entre l'AAP et la FOSA.

Fait en deux (2) exemplaires à, le. /...../.....

L'employé,

Pour le Comité de Gestion,

.....

.....

(Noms et signature)

(Noms, signature et sceau)

Annexe 8: Contrat 3- Contrat entre l'AAP et l'ECZ

Entre l'Agence d'Achat des Performances (AAP) [.....] IS ici représenté par son Chef de Projet,

Et

L'Equipe Cadre de la Zone de Santé de.....

Représenté par le Médecin Chef de Zone,

Considérant les procédures et les obligations des deux parties pour l'achat des prestations de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé.

Considérant que le Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur Santé (PARSS), financé par la Banque Mondiale, s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du plan de développement sanitaire de la République Démocratique du Congo (PNDS) et de la SRSS. Ses objectifs spécifiques sont l'augmentation de l'accessibilité et de l'utilisation des services - Paquet Minimum d'Activités (PMA) et Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) - par la population et le renforcement des capacités institutionnelles du personnel de santé

Considérant que la stratégie de financement basé sur la performance cadre avec les objectifs du document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (DSCRCP). Cette stratégie est, par ailleurs, conforme à la volonté de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité. Un mécanisme de primes basé sur la performance augmente la motivation du personnel de santé et améliore les résultats quantitatifs et qualitatifs des services. En tant qu'utilisatrice, la population pourra apprécier la qualité des services offerts. Le système de financement basé sur la performance contribue au renforcement de l'autonomie de gestion des formations sanitaires, car les fonds dérivés de l'achat des prestations sont gérés directement par les organes de gestion de la formation sanitaire bénéficiaire et rentrent dans son bilan.

Tenant compte des documents de base du Projet à savoir :

- Le contrat signé par l'AAP [.....] et l'UCP / PARSS
- Le manuel des procédures du Projet Il est entendu que

Article 1 : Objet du présent contrat de performance



Le présent contrat a pour objet la subvention du fonctionnement de l'ECZS, dans le cadre du Financement Basé sur la Performance. Ainsi cette subvention s'effectue sur base d'achat par l'AAP de prestations effectivement fournies par l'ECZS.

Article 2 : Des engagements de l'Equipe cadre de la zone de santé

- Promouvoir l'approche FBP dans sa Zone de Santé ;
- Envoyer trimestriellement au niveau du District de Santé avant le 10ème jour du mois N+1 les rapports SNIS ;
- Envoyer trimestriellement à l'AAP avant le 10ème jour du mois N+1 une copie des rapports SNIS et le bordereau mensuel correctement remplis ;
- Respecter les contrôles financiers, le contrôle des données et d'autres vérifications ainsi que les visites de supervision conjointe du District de Santé/AAP ;
- Assurer une tenue parfaite des registres d'activités et des différents outils de gestion ;
- Rendre tous ces outils de gestion et d'administration accessibles aux personnes en charge du contrôle de la bonne exécution du contrat ;
- Ne plus participer au financement ascendant du système de santé et dénoncer au Comité Provincial de Pilotage FBP toute tentative de la part d'un membre de l'équipe du DS ou d'autres personnes provenant de la hiérarchie de prélever de l'argent au niveau des FOSA ;
- Veiller au respect, par les FOSA, des tarifs convenus des actes et des médicaments ;
- Assurer, chaque mois, le versement des recettes MEG des FOSA dans le compte médicaments, pour la pérennisation des fonds MEG ;
- Elaborer trimestriellement un plan de travail ;
- Effectuer trimestriellement l'évaluation qualitative des Centres de Santé selon la grille FBP ;
- Organiser trimestriellement avec l'AAP, le District et la Province l'évaluation par les pairs de la qualité des soins de l'Hôpital Général de Référence ;

Article 2 : Durée du contrat

Le présent contrat a une durée de 3 mois à partir du Le contrat se termine le.....

Article 3 : Nature des prestations à acheter

Il s'agit des activités définies sur la grille d'évaluation annexée. Le montant total maximum à payer monte àUSD avec un score de 100%.

Article 4 : Obligations de l'AAP

L'AAP s'engage à :

- Assurer avec le District de Santé la vérification des prestations déclarées par l'ECZS ;
- Subventionner le fonctionnement de l'ECZS à travers le paiement trimestriel des activités menées;
- Informer semestriellement le CP FBP et l'IPS du niveau de mise en œuvre de ce contrat (évolution du niveau d'exécution des activités prévues par l'ECZS, respect par l'ECZS de ses engagements, montant de la subvention reçue par l'ECZS ...).

Article 7 : Vérification

Un rapport trimestriel de vérification des prestations faites devra être contresigné par l'ECZS, le vérificateur du District Sanitaire et l'AAP

Article 8 : Évaluation du présent contrat

Il est prévu une évaluation trimestrielle de l'exécution du présent contrat, par le DS/AAP. A l'issue de cette évaluation, une décision sera prise (i) soit pour sa reconduction ou (ii) soit pour sa suspension pendant une période déterminée (non-respect par l'Equipe Cadre de la ZS des engagements) (iii) soit pour sa résiliation.

Article 9 : Respect des cibles

L'ECZS s'engage à soumettre directement un plan d'action trimestriel à l'AAP avant le renouvellement du contrat de subvention ;

Article 10 : Règlement des litiges

Tout litige qui surviendrait pendant l'exécution du présent contrat, sera réglé à l'amiable entre les parties. En cas d'impossibilité de résoudre le conflit à l'amiable, le DS assure un premier arbitrage. Il en informera le CP FBP. Si nécessaire le CP FBP est l'instance de dernier recours.

Article 11 : Résiliation

Manquement grave :

Il en va de même pour tout manquement grave d'une des parties à ses obligations. Le manquement grave est celui qui rend impossible la poursuite de la collaboration.

Le mécanisme de rétablissement du Contrat résilié relève de la compétence du Comité Provincial de Pilotage du FBP qui reste le dernier recours en la matière.

Article 12 : Autres

Le présent contrat est signé sous réserve de la disponibilité des fonds selon le contrat signé entre [.....] et le UCP / PARSS. Aucune indemnité n'est prévue à la fin du présent contrat.

Article 13 : Annexe et Avenant

La grille d'évaluation en annexe fait partie intégrante du présent contrat.

Ce contrat est établi en trois (3) exemplaires originaux dont chaque signataire en reçoit un.

Fait à le 2013 ;

Pour l'ECZS
Le Médecin Chef de la ZS

Pour l'AAP
Le Chef de Projet

Pour le District de Santé
Le Médecin Chef de District

Annexe 9: Contrat 4: Contrat entre les PARSS et la DPS

Entre,

L'Agence Financière..... dans la Province de,
représentée par....., ci-après dénommée « AGENCE D'ACHAT
DES SERVICES»

Et

La Division Provinciale de la Santé de :.....

Représentée par :

Le Chef de Division provinciale de la Santé de

Le Chef de Bureau (métier) Gestion...
.....
.....

Ci-après dénommé la «DPS»

Préambule :

Considérant la Politique Nationale de Santé à travers son outil de mise en œuvre qu'est la stratégie de renforcement du système de santé ;

Tenant compte des différents axes de cette stratégie dont l'axe de la réforme du financement du secteur santé auquel contribue l'Agence Financière, AGENCE D'ACHAT DES SERVICES en sigle.

Se basant sur les orientations nationales d'opérationnalisation du Financement Basé sur les Résultats, FBR en sigle ;

Respectant le principe qu'il faut donner un maximum d'autonomie de gestion aux structures sanitaires afin qu'elles puissent orienter leur gestion sur base de leurs priorités.

Considérant que le premier acteur du système de santé est la population ; que son rôle d'utilisateur des services de santé lui donne la possibilité d'apprécier la qualité des services offerts et d'émettre des suggestions visant à améliorer services fournis.

Considérant que la DPS a une double mission de pilotage sanitaire et d'appui sociotechnique et logistique aux zones de santé en vue de la fourniture des services de santé de qualité sous le leadership du ministre provincial de la santé .

Il est librement convenu ce qui suit :

Article 1 : Objet du présent contrat

Le présent contrat a pour objet la subvention du fonctionnement de Division Provinciale de la Santé de _____.

Cette subvention s'effectue sur base d'achat par l'AGENCE D'ACHAT DES SERVICES de services effectivement fournis par la Division Provinciale de Santé dans le cadre de sa mission.

Article 2 : Durée

Le présent contrat prend effet à partir de la date de sa signature par toutes les parties et couvre une période de trois mois renouvelable expressément après évaluation.

Article 3 : Nature des services à financer

Sur base des priorités de santé publique identifiées au niveau de la province, l'ECP a défini et validé une liste de services de santé ou prestations à acheter au niveau de la Division provinciale de santé. Cette liste est fournie en annexe. Les prestations à acheter sont négociées pour chaque trimestre entre l'Agence d'achat des services et la DPS. Ces prestations font partie intégrante du présent contrat.

Article 4 : Obligations de la DPS fournisseur des services

La DPS s'engage à :

- a) réaliser les activités de coordination et d'encadrement des zones de santé prévu par les normes et les directives nationales.
- b) Présenter à l'AGENCE D'ACHAT DES SERVICES le plan de management de la DPS défendu et validé par le Comité Provincial de Pilotage (CPP) au plus tard le septième jour du premier mois du trimestre suivant.
- c) Exécuter le plan de management du trimestre précédent et présenter le nouveau plan de management trimestriel qui constitue une condition sine qua non du renouvellement du présent protocole.
- d) Notifier les prestations mensuelles dans un rapport d'activités au Ministre Provincial de la santé et au Secrétariat Général à la Santé dont une copie est transmise à l'AGENCE D'ACHAT DES SERVICES au plus tard le dixième jour du mois suivant.
- e) Organiser la validation des données de la province à travers le suivi de l'analyse des données dans les Zones de Santé, des visites trimestrielles conjointes avec l'AGENCE D'ACHAT DES SERVICES dans chaque Zone de Santé ainsi que la tenue d'une réunion trimestrielle de validation avec les partenaires et les responsables des structures,
- f) Rendre transparente la gestion des financements de tous les bailleurs de fonds destinés à la DPS, à fournir la liste des bénéficiaires de la prime de performance et la grille

- indiciaire à appliquer ;
- g) Organiser une évaluation périodique interne de la contribution individuelle du personnel ciblé à la performance globale de la DPS.

Article 5 : Obligations de l'AGENCE D'ACHAT DES SERVICES

L'AGENCE D'ACHAT DES SERVICES s'engage à :

- Respecter les orientations nationales et dispositions du Guide d'opérationnalisation du FBR.
- Subventionner les prestations fournies par la DPS selon son plan de management (le business plan) conformément aux critères de pondération des indicateurs dont liste en annexe.
- Assurer l'encadrement (coaching) de la DPS conjointement avec la Cellule Technique Nationale du FBR dans l'utilisation des outils du FBR.

Article 6 : Obligations du Régulateur (Secrétariat Général à la Santé)

- Assurer le respect des clauses du contrat par les deux parties.
- Accompagner la DPS dans la mise en œuvre du FBR dans la province.
- Veiller à l'application des sanctions infligées aux structures.

Article 7 : Mécanismes de vérification des services

- La vérification interne est effectuée trimestriellement à la DPS par un expert désigné par le Ministère Provincial la Santé. Le profil de l'expert est déterminé en collaboration avec le bailleur de fonds.
- La vérification externe (contre vérification) est effectuée trimestriellement par l'Agence d'Achat des Services. Celle-ci peut aussi contractualiser avec les évaluateurs externes.
- L'AGENCE d'ACHAT des SERVICES a l'obligation de s'assurer de la validité des informations reçues. Dans cette optique, elle organisera des missions sur terrain directement et indirectement pour s'assurer de l'exactitude des informations reçues.
- Les rapports de vérification de l'AGENCE D'ACHAT DES SERVICES vont permettre de calculer et de payer les subventions prévues.

Article 7 : Modes de paiement des services

- Le paiement des subsides sera effectué en espèces/virement bancaire pour un montant calculé sur base des critères de pondérations des indicateurs prévus à l'article 5, sur présentation de bordereau des prestations (facture).
- Le paiement des subsides doit avoir lieu avant la fin du moi qui suit trimestre concerné.

- L'AGENCE D'ACHAT DES SERVICES doit aviser la DPS du paiement des subsides sur base de la facture établi à cet effet. En retour, la DPS doit accuser réception des fonds reçus/virés et y annexer la facture signée/cachetée dans un délai ne dépassant pas une semaine après preuve de paiement. Faute de quoi, le paiement pour le trimestre suivant ne pourra pas être effectué.

Article 8: Sanctions

En cas de manquement grave dans l'exercice des engagements convenus (création de données ou d'activités fictives, prestations très mauvaise qualité, fraude dans le rapportage pris en compte dans le calcul de sa rémunération, détournement des fonds, score de performance de moins de 50%) la DPS s'expose à des sanctions allant de la pénalité pécuniaire jusqu'à la suspension temporaire du contrat. La réalisation d'un score de performance de moins de 50% est également considérée comme un manquement grave.

Le barème ci-dessous sera appliqué :

- Manquement grave pour la première fois : un avertissement est donné et le paiement est effectué après correction de toutes les irrégularités. Le Ministre provincial de la santé et le Secrétaire Général à la santé sont informés pour mise en route d'une procédure et prise des sanctions administratives éventuelles.
- Manquement grave pour la deuxième fois (1ère récidive) : deuxième avertissement et application d'une sanction financière de 20% après correction de toutes les irrégularités. Information du Ministre provincial de la santé et du Secrétaire Général à la santé pour prise des sanctions administratives.
- Manquement grave pour la troisième fois (2ème récidive) : Suspension du contrat et information du Ministre provincial de la santé et du Secrétaire Général à la santé pour prise des sanctions administratives.

Article 11 : Règlement des litiges

Tout litige qui surviendrait pendant l'exécution du présent contrat, sera réglé à l'amiable entre les parties. Celles-ci s'engagent, en cas de désaccord persistant, à recourir au Ministre Provincial de la Santé. Les parties signataires prennent l'engagement de ne pas recourir aux instances de la justice civile et/ou militaire.

Article 12 : Résiliation

Ce contrat pourra être suspendu sans préavis avant son terme dans les cas suivants :

a) Cas de Force majeure :

Sont considérés comme cas de force majeure :

Des événements graves, imprévisibles et irrésistibles se produisant et empêchant les parties d'exécuter leurs obligations respectives.

b) Faute grave pour une deuxième récidive :

Il en va de même pour tout manquement grave d'une des parties à ses obligations. Le manquement grave est celui qui rend impossible la poursuite de la collaboration.

Article 16 : Avenant

Toute matière n'ayant pas été traitée dans le présent contrat fera l'objet d'un avenant qui fera partie intégrante au présent contrat après concertation et accord des parties.

Ce contrat est établi à en quatre (4) exemplaires originaux dont chacune des parties en reçoit un.

Fait à , le

Pour le
bénéficiaire :

Le Médecin Chef de Division de la Santé

Dr

Date de signature :

Le Chef de Bureau Gestion

Mme/Mr

Date de signature :

Pour l'AGENCE d'ACHAT des
SERVICES :

Nom :

Fonction :

Date de signature :
.....

Pour approbation :

Le Ministre Provincial de la santé

Mr

Date de signature :

Annexe 10: Contrat 5- Contrat entre le PARSS et le BDS

Entre l'Agence d'Achat des Performances (AAP) [..... IS ici représenté par son Chef de
Projet,

Et

L'Equipe du District de Santé de.....

Représenté par le Médecin Chef de District,

Concernant les procédures et les obligations des deux parties pour l'achat des prestations de
l'Equipe du District.

Considérant que le Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur Santé (PARSS), financé par la Banque Mondiale, s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du plan de développement sanitaire de la République Démocratique du Congo (PNDS) et de la SRSS. Ses objectifs spécifiques sont l'augmentation de l'accessibilité et de l'utilisation des services - Paquet Minimum d'Activités (PMA) et Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) - par la population et le renforcement des capacités institutionnelles du personnel de santé

Considérant que la stratégie de financement basé sur la performance cadre avec les objectifs du document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (DSCR). Cette stratégie est, par ailleurs, conforme à la volonté de rendre les soins de santé plus accessibles à la population et d'en améliorer la qualité. Un mécanisme de primes basé sur la performance augmente la motivation du personnel de santé et améliore les résultats quantitatifs et qualitatifs des services. En tant qu'utilisatrice, la population pourra apprécier la qualité des services offerts. Le système de financement basé sur la performance contribue au renforcement de l'autonomie de gestion des formations sanitaires, car les fonds dérivés de l'achat des prestations sont gérés directement par les organes de gestion de la formation sanitaire bénéficiaire et rentrent dans son bilan. Entendu que l'AAP est chargée de mettre en place un système d'évaluation de la qualité des services de santé fournis, et cela en partenariat avec les autorités sanitaires. Et que l'AAP prévoit d'assurer la subvention de l'Equipe du District de Santé sur base de la performance dans son rôle d'accompagnement des structures administratives du niveau périphérique et les Formations sanitaires.

Tenant compte des documents de base du Projet à savoir :

- Le contrat signé par l'AAP GIZ et l'UCP / PARSS
- Le manuel des procédures du Projet

Il est entendu que :

Article 1 : Objet du présent contrat de performance

Le présent contrat a pour objet la subvention du fonctionnement de l'Equipe du District de Santé (EDS), dans le cadre du Financement Basé sur la Performance. Ainsi cette subvention s'effectue sur base d'achat par l'AAP de prestations effectivement fournies par l'EDS.

Article 2 : Des engagements de l'Equipe du District de Santé

- Promouvoir l'approche FBP dans son District ;
- Envoyer trimestriellement au niveau de l'Inspection Provinciale de la Santé avant le 15ème jour du mois N+1 les rapports SNIS de ses Zones de Santé ainsi que la synthèse de District ;
- Envoyer trimestriellement à l'AAP avant le 15ème jour du mois N+1 la synthèse de District ;
- Respecter les contrôles financiers, le contrôle des données et d'autres vérifications ainsi que les visites de supervision conjointe de l'Inspection Provinciale de la Santé & l'AAP ;
- Assurer une tenue parfaite des registres d'activités et des différents outils de gestion ;
- Rendre tous ces outils de gestion et d'administration accessibles aux personnes en charge du contrôle de la bonne exécution du contrat ;
- Ne plus participer au financement ascendant du système de santé et dénoncer au Comité Provincial de Pilotage FBP toute tentative de la part d'un membre de l'équipe du DS, des Zones de Santé ou d'autres personnes provenant de la hiérarchie de prélever de l'argent au niveau des FOSA ;
- Prendre des sanctions administratives réglementaires en cas de fautes et fraudes
- Elaborer trimestriellement un plan de travail intégrant des activités en rapport avec les 4 métiers du niveau intermédiaire;
- Organiser trimestriellement avec l'AAP, les Zones de Santé et la Province l'évaluation par les pairs de la qualité des soins de l'Hôpital Général de Référence ;

Article 2 : Durée du contrat

Le présent contrat a une durée de 3 mois à partir du Le contrat se termine le.....

Article 3 : Nature des prestations à acheter

Il s'agit des activités définies sur la grille d'évaluation annexée. Le montant total maximum à payer monte àUSD avec un score de 100%.

Article 4 : Obligations de l'AAP

L'AAP s'engage à :

- Assurer avec l'Inspection Provinciale de la Santé la vérification des prestations déclarées par l'Equipe du District de Santé ;
- Subventionner le fonctionnement de l'Equipe du District de Santé à travers le paiement trimestriel des activités menées;
- Informer semestriellement le CP FBP et l'IPS du niveau de mise en œuvre de ce contrat (évolution du niveau d'exécution des activités prévues par le DS, respect par le DS de ses engagements, montant de la subvention reçue par le DS ...).

Article 7 : Vérification

Un rapport trimestriel de vérification des prestations faites devra être contresigné par le DS, le vérificateur de l'IPS et l'AAP

Article 8 : Évaluation du présent contrat

Il est prévu une évaluation trimestrielle de l'exécution du présent contrat, par l'IPS/AAP. A l'issue de cette évaluation, une décision sera prise (i) soit pour sa reconduction ou (ii) soit pour sa suspension pendant une période déterminée (non-respect par l'Equipe de District des engagements) (iii) soit pour sa résiliation.

Article 9 : Respect des cibles

L'Equipe de District s'engage à soumettre directement un plan d'action trimestriel à l'AAP avant le renouvellement du contrat de subvention ;

Article 10 : Règlement des litiges

Tout litige qui surviendrait pendant l'exécution du présent contrat, sera réglé à l'amiable entre les parties. En cas d'impossibilité de résoudre le conflit à l'amiable, l'IPS assure un premier arbitrage. Il en informera le CP FBP. Si nécessaire le CP FBP est l'instance de dernier recours.

Article 11 : Résiliation

Ce contrat pourra être rompu dans les cas suivants :

Force majeure :

Des événements graves privant l'AAP de ses moyens de financement, de sécurité et/ou d'action sont réputés constituer une force majeure dégageant l'AAP de ses engagements

Manquement grave :

Il en va de même pour tout manquement grave d'une des parties à ses obligations. Le manquement grave est celui qui rend impossible la poursuite de la collaboration.

Le mécanisme de rétablissement du Contrat résilié relève de la compétence du Comité Provincial de Pilotage du FBP qui reste le dernier recours en la matière.

Article 12 : Autres

Le présent contrat est signé sous réserve de la disponibilité des fonds selon le contrat signé entre la [.....] et le UCP / PARSS. Aucune indemnité n'est prévue à la fin du présent contrat.

Article 13 : Annexe et Avenant

La grille d'évaluation en annexe fait partie intégrante du présent contrat.

Ce contrat est établi en trois (3) exemplaires originaux dont chaque signataire en reçoit un.

Fait à le 2013 ;

Pour le District de Santé
Le Médecin Chef de District

Pour l'AAP
Le Chef de Projet

Pour l'Inspection Provinciale de la Santé
Le Médecin Inspecteur Provincial

Annexe 11: Contrat 6- contrat pour le comité de pilotage FBP district

Se référant aux contrats fixant la rémunération des Formations Sanitaires du niveau décentralisé sur base de leur performance;

Entre le Ministre de la Santé représenté par le Médecin Chef de District de.....

Mme/Mr.....

D'une part

Et

Les proposés membres du comité de pilotage d'autre part:

- Un représentant de l'autorité politico-administrative locale
- Un représentant des ECZS
- Un représentant de la DPS
- Un représentant du PARSS/MSP
- Un représentant de l'AAP
- Un représentant des partenaires techniques et financiers intéressés et/ou impliqués dans le FBP
- Deux Représentant(e)s des associations actives dans la santé à base communautaire
.....

Il a été librement convenu ce qui suit :

Article Premier : De l'objet du contrat

Le présent contrat établit les organes et règles de gouvernance de la stratégie du Financement Basé sur la Performance. Il s'impose à tous ses signataires du présent contrat et aux Formations Sanitaires signant un contrat avec le président du Comité de Pilotage.

Article 2 : De la Gouvernance nationale de la stratégie Financement Basé sur la Performance

La République Démocratique du Congo (RDC) a élaboré sa Stratégie de Renforcement du Système Santé, en sigle SRSS, est considérée par le Ministère de la Santé Publique comme le

cadre référentiel à toute intervention sanitaire, pour corriger les distorsions constatées dans la planification et la mise en œuvre des actions sanitaires précédentes ;

Dans le cadre de du renforcement de sa gouvernance, la RDC a opté pour l'approche contractuelle en instituant depuis plusieurs années, le financement basé sur les performances comme (FBP) mode de financement des services de santé. Cet engagement a poussé le MSP a crée en son sein, une cellule technique charge des stratégies de financement basées sur les résultats dont le FBP.

Pour permettre un suivi de proximité et une décentralisation des décisions, il est placé au niveau du District Sanitaire/future DPS un comité de pilotage FBP qui exercera plusieurs fonctions :

Dans le cadre de ses relations avec les partenaires extérieurs :

1. Veiller à leur intégration dans la mise en œuvre de la stratégie du Financement Basé sur la Performance en intégrant au maximum les partenaires potentiels
2. Diriger les partenaires et leurs ressources vers les priorités identifiées par le Ministère de la Santé.

Dans le cadre de ses relations avec les formations sanitaires et niveaux décentralisés :

1. Etablir les différents contrats et règlements nécessaires pour la mise en œuvre de la stratégie du Financement Basé sur la Performance;
2. Etablir la liste des ressources, procédures et caractéristiques des services et biens objets de rémunération;
3. Imposer le respect des contrats et règles, y compris le cas échéant par l'administration des sanctions prévues dans le contrat ;
4. Accepter ou rejeter la requête consolidée de paiement soumise par les entités décentralisées.
5. Solliciter un complément d'information le cas échéant ;
6. Aider les formations sanitaires et niveaux de pouvoir décentralisés à mettre en œuvre la stratégie du Financement Basé sur la Performance;
7. Approuvé les factures de paiement des formations sanitaires
8. Discuter des résultats de vérification et de contre-vérification

Article 3: Du fonctionnement du Comité de Pilotage

Le quorum est constitué par (a) un représentant désigné pour les ECZs; (b) le représentant de la DPS, (c) le représentant du PARSS / MSP et (d) le représentant de l'AAP (e) un Représentant de l'autorité locale. **Si l'un de ces quatre titulaires de position n'est pas présent** alors dans ce cas la réunion du comité de pilotage FBP district ne peut être tenue mais lorsque cette réunion se tient, elle ne peut pas prendre des des décisions.

Cette réunion du comité de pilotage FBP doit être tenue avant le 10e jour du cinquième mois. Le procès-verbal de la réunion du comité de pilotage, avec une copie signée de la zone de santé FBP factures consolidées, devront être soumis à l'AAP avant le 10e jour du cinquième mois. Sans ces éléments livrables l'AAP ne peut pas traiter les paiements liés au rendement.

Le comité de pilotage se réunit au moins une fois par trimestre et s'appuie sur le caractère décentralisé de gestion FBP afin d'accroître sa responsabilité dans la mise en œuvre ainsi que le suivi et évaluation.

Les réunions extraordinaires se tiennent en cas de nécessité sur invitation du président du comité de pilotage du FASS et/ou sur avis de 2/3 des membres

Les réunions se tiennent sur invitation du président du comité de pilotage du FASS ou en son absence d'un membre du bureau en tenant compte de l'ordre de préséance. L'invitation comprend au minimum la proposition de l'ordre du jour, la date, l'heure et le lieu de la réunion pour permettre aux participants de se préparer à la réunion

Le Comité FBP du District accomplira les tâches suivantes :

Axe stratégique

1. Présentation et discussion de l'information relative à la bonne marche de la Stratégie du Financement Basé sur la Performance notamment : les chiffres d'activité des Formations Sanitaires, les informations qualitatives susceptibles d'expliquer d'éventuelles variations temporelles ou entre Formations Sanitaires, les informations relatives aux vérifications effectuées sur la vraie nature des activités qui sont présentées pour rémunération.
2. Formulation et revue de la stratégie relative à l'amélioration de la qualité des soins dans les Formations Sanitaires.
3. Evaluation de la mise en œuvre des décisions prises lors de la réunion précédente du Comité de Pilotage.
4. Prendre des décisions sur l'inclusion et l'exclusion des formations sanitaires comme contractants ;
5. Mettre en place des stratégies devant favoriser l'adhésion des autres bailleurs au fonds ;
6. Rapporter au CPP SS l'évolution de la mise en œuvre du financement basé sur la performance

Axe concertation

1. Résolutions des différends éventuels entre signataires du présent contrat;
2. Décision en consensus sur les mesures à prendre pour exécuter le présent contrat, y compris les éventuelles sanctions.

Axe gestionnaire

1. Amendement du procès-verbal précédent ;
2. Finalisation de la requête consolidée de paiement à soumettre au Ministère de la Santé ;
3. Audition éventuelle d'une formation sanitaire dans son droit de défense.

Les décisions portant sur l'application des contrats d'achat sont prises par consensus entre les différents signataires, à l'exclusion des représentants des formations sanitaires contractées et des deux représentants des associations communautaires actives dans la santé.

Article 4: Des engagements des organes du MSP (ECZS, BDS, DPS)

1. Prendre part activement aux réunions du comité de pilotage
2. Appuyer les formations sanitaires dans le coaching
3. Superviser les formations sanitaires
4. Appliquer le cheik list qualité dans les centres de santé et au sein des HGR
5. Accompagner les formations sanitaires dans l'élaboration des plans de management/d'affaire
6. Informer le comité de pilotage FBP du district des événements ou des risques liés à la mise en œuvre du financement basé sur la performance (FBP).
7. Discuter de la dynamique du projet en termes d'atteinte des résultats

Article 5 : Des engagements du représentant des associations actives dans la santé

Les associations a base communautaire actives dans la santé (ex : défense des intérêts des malades, promotion de la santé...) ont deux représentant(e)s au sein du Comité de Pilotage.

Les principales fonctions de ces représentant(e)s sont de présenter le point de vue des usagers et de la population lors des délibérations du Comité de Pilotage, de défendre l'intérêt de ces derniers et d'informer les différentes associations du secteur de la nature des décisions pouvant les concerner.

Les représentant(e)s s'engage notamment à :

1. Transmettre au Comité de Pilotage toute information utile à la prise de décision collective, notamment celle portant sur des dysfonctionnements observés dans l'activité de certains centres de santé ;
2. Transmettre aux associations actives dans la santé les décisions du Comité de Pilotage pouvant avoir une influence sur leurs activités propres.

Article 6 : Des engagements des partenaires

Les partenaires s'engagent à :

1. Participer activement aux réunions trimestrielles du Comité de Pilotage ;
2. Offrir, à la hauteur de leurs ressources, l'appui technique nécessaire pour la pleine réussite de la stratégie de Financement Basé sur la Performance;
3. Aider les Centres de Santé souffrant d'un handicap qui a été objectivé comme non vulnérable à l'équipe du Centre de Santé à se mettre à niveau ;
4. Soutenir le district dans le développement de sa stratégie d'amélioration de la qualité des services.

Article 7 :Des comptes rendus des réunions du Comité de Pilotage

Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu ou d'un procès verbal éventuel en cas de décision prise par le comité de pilotage du FBP. Ceux-ci sont dressés par le rapporteur du comité de pilotage FBP du District.

Ce compte rendu comprend au minimum : le lieu et la date de tenue de la réunion, l'ordre du jour, l'évaluation du niveau d'application des résolutions antérieures, la synthèse de résolutions prises au cours de la réunion.

La liste de présence ainsi que les documents ou dossiers qui y sont traités lui sont annexés.

Ce compte rendu est dressé dans les 72 heures après la tenue de la réunion et transmis au secrétariat exécutif qui se chargera de sa distribution aux membres.

les procès verbaux seront co-signés par le président et le rapporteur

Article 8 : Des dispositions finales

Pour toutes dispositions non prévues au présent contrat, les parties s'en référeront aux dispositions du Contrat fixant la rémunération des Formations Sanitaires sur base de leur performance signé entre elles et l'AAP .

Article 9: De l'entrée en Vigueur

Le présent contrat entre en vigueur le jour de sa signature par les parties. Les différentes parties certifient avoir pris connaissance de tous les articles de ce contrat et disposer des annexes dont il est fait mention.

Fait en deux (2) exemplaires à le/...../

Pour le Ministère de la Santé, le Médecin Chef de District.....,

Mme/Mr.....,

Pour les Membres du comité de pilotage FBP du District

- | | | |
|----------------|----------|-----------|
| 1. Nom Postnom | fonction | signature |
| 2. Nom Postnom | fonction | signature |
| 3. Nom Postnom | fonction | signature |
| 4. Nom Postnom | fonction | signature |
| 5. Nom Postnom | fonction | signature |
| 6. Nom Postnom | fonction | signature |

Annexe 12: Grille de qualité pour le centre de santé

Indicateurs Qualité pour le Centre de santé

1. INDICATEURS GÉNÉRAUX	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Carte sanitaire de l'aire de santé disponible et affichée <i>Carte affichée dans la FOSA en montrant les villages/quartiers, routes principales, barrières naturelles, les point spéciaux et <u>distances</u></i>	1	0
2. Rapports mensuels – plan de business – PV réunions et autres documents importants bien rangés <i>Avec classeurs, dans des étagères et accessible par le responsable du moment (IT, ITA, ou infirmier de garde)</i>	2	0
3. <u>Horaire du travail</u> et rôle de garde disponible et affiché	1	0
4. La FOSA dispose d'un <u>plan de développement d'infrastructure</u> nécessaire pour rendre opérationnel toutes les activités PMA/PCA	1	0
5. Procès verbal des réunions techniques du FOSA fait <u>mensuellement</u> et disponible <i>Vérifier le PV techn. dernier mois</i>	1	0
6. Fiches de référence disponible (<i>au moins 10</i>)	1	0
7. Disponibilité de radio ou portable pour la communication entre la FOSA et le FOSA de première référence <i>Radio ou portable fonctionnel avec piles et/ou unités</i>	1	0
8. Cuisine pour les patients hospitalisés est disponible et propre <i>Evacuation des déchets dans une poubelle</i>	1	0
9. Disponibilité d'une morgue <i>Une chambre ou petit bâtiment</i>	1	0
Points TOTAUX - 10 points maximum	..... / 10	XXXXXX

2. PLAN DE MANAGEMENT	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Plan de management <u>trimestriel</u> de la FOSA disponible et accessible <i>Superviseur vérifie le Plan de management en vigueur</i>	2	0
2. Plan de management élaboré <u>avec les acteurs clés</u> <i>- Responsables de services de la FOSA, COSA (si fonctionnel) - Responsable(s) Disp. Privé / Poste Santé sous contracté (si applicable)</i>	2	0
3. Plan de management contient une stratégie de couverture <u>géographique</u> convaincante <i>Stratégies sous contrats PS ou DP (villages à plus d'une heure à pied) Stratégies avancées (PEV, PF, CPN, distribution moustiq, latrines)</i>	2	0

2. PLAN DE MANAGEMENT	Protocole respecté	Protocole NON respecté
4. Plan de management analyse la présence de <u>praticiens non formés</u> (les « pirates ») et propose des stratégies pour les décourager <i>Responsable a traité ce sujet dans son PB et a proposé une stratégie</i>	1	0
5. Plan de mangement analyse la présence de <u>praticiens formés</u> , qui opère <u>SANS avis d'implantation</u> du BPS. <i>Responsable propose de les intégrer ou des les décourager si les conditions de qualité ne sont pas réunis</i>	1	0
6. Plan de management montre une analyse de l'accessibilité financière et contient une stratégie raisonnable <i>Responsable a rempli cette question et le PB montre qu'il a négocié les tarifs avec COSA / relais communautaires.</i>	2	0
Points TOTAUX - 10 points maximum	..... / 10	XXXXXX

3. PARTIE FINANCIERE, RECETTES, DEPENSES DE FONCTIONNEMENT, PRIME PERFORMANCE - INDICE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Documents financiers et comptables disponibles et bien tenus <i>- Rapport mensuel de trésorerie disponible et correctement rempli - Solde théorique du livre de caisse conforme à la liquidité en caisse</i>	2	0
2. Système mensuel établi dans lequel les recettes, dépenses de fonctionnement & investissements et l' enveloppe variable pour la prime de performance sont calculées correctement <i>(a) Responsable garantit les dépenses de fonctionnement : = prime de base fixe, achat ME & équipements, les sous-contrats, fonctionnement, relais communautaire, maintenance et réhabilitations. (b) Responsable calcule l'enveloppe pour la prime de perf. selon la formule Prime de perf. = recettes du mois – les dépenses de fonctionnement</i>	3	0
3. La prime de base + prime de performance n'est pas supérieure à 60% du TOTAL des recettes de la FOSA <i>Superviseur fait la somme des primes fixes, prime de performance et les salaires de l'Etat (si applicable) et les comparent avec les recettes</i>	2	0
4. Système établi du calcul mensuel des primes de performance (+ des primes de base) et connu par le personnel <i>- Prime de base établie - Critères pour le calcul de la prime de performance établie calculé à travers de (a) indice de base de performance + (b) ancienneté + (c) responsabilité + (d) heures supplémentaire / perdu + (e) évaluation trimestrielle de performance).</i>	3	0
Points TOTAUX - 10 points maximum	..... / 10	XXXXXX

4. HYGIENE & STERILISATION	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Clôture disponible et bien entretenu <i>Si haie vive => taillé ; Si en sticks ou en dur => sans passage</i>	2	0
2. Disponibilité de poubelle dans la cour <i>Poubelle avec couvercle accessible aux clients - non pleine</i>	1	0
3. Présence de latrines en nombre suffisant et en bon état <i>- PS / DP / CS au moins 2 ; CSR / CHR au moins 5 ; HGR 1 par 10 lits - Plancher sans fissures avec un seul trou et couvercle - Portes à fermer- superstructure avec toiture - sans mouches ni odeurs - Nettoyés récemment- sans matières fécales visibles</i>	2	0
4. Présence de douches en nombre suffisant et en bon état <i>- PS / DP / CS au moins 2 ; CSR / CHR au moins 5 ; HGR 1 par 10 lits - Douche avec eau courante, ou récipient avec au moins 20 litres - Evacuation de l'eau usée dans un puits perdu</i>	2	0
5. Incinérateur et fosse à placenta en enclos <i>- Incinérateur fonctionnel, utilisé et vidé - Fosse à placenta avec couvercle - Enclos sans passages bien construit avec porte sous clé</i>	5	0
6. Fosse à déchet de matériel non infectés disponible <i>Trou de minimum 3 mètres profondeur avec enclos sans matériel infectés ni matériel non décomposable</i>	1	0
7. Propreté de la cour <i>Déchets et produits dangereux dans la cour – aiguilles – ampoules – gants – compresses usagées</i>	2	0
8. Entretien de la cour <i>Herbes coupé – jardin bien entretenu – pas d'excréta (animaux)</i>	1	0
9. Le personnel stérilise les instruments selon les normes <i>Stérilisateur en bon état. Protocole de stérilisation affiché</i>	3	0
10. Conditions d'hygiène assurées dans la salle de soins <i>Poubelles pour matériaux infectés avec couvercle – boîte de sécurité pour les aiguilles bien placé et utilisé</i>	1	0
Points TOTAUX - 20 points maximum	.... / 20	XXXXXX

5. CONSULTATION EXTERNE / URGENCE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Bonnes conditions d'attente pour la Consultation Externes <i>Avec bancs et / ou chaises suffisants, protégé contre soleil et pluie</i>	1	0
2. Les tarifs du recouvrement de coût sont affichés <i>Tarifs visibles pour les malades avant la consultation</i>	1	0
3. Existence d'un système de triage avec des jetons numérotés	1	0

5. CONSULTATION EXTERNE / URGENCE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
4. Salle de la Consultation Externe en bon état <i>Murs en dur avec crépissage et peinture, pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état, fenêtres en vitres avec rideaux, et portes fonctionnel avec serrure</i>	2	0
5. Salle de la CE et l'espace d'attente séparés assurant la confiance <i>Salle avec porte fermé – rideaux sur la fenêtre – pas de passage</i>	1	0
6. Salle de la CE et / ou Urgence éclairée pendant la nuit <i>Électricité ou lumière solaire</i>	1	0
7. Toutes les CE sont faites par un infirmier qualifié <i>Identification des infirmiers consultants à partir d'écriture dans le registre</i>	2	0
8. Infirmier de CE en tenue conforme <i>Blouse propre - boutonné avec identification, en chaussure (pas de culottes)</i>	1	0
9. La numérotation mensuelle correcte dans le registre de CE <i>Numérotation correcte et clôturée à la fin du mois</i>	1	0
10. Disponibilité de services 7 / 7 <i>Superviseur vérifie entrées dans registre les dernier 3 dimanches</i>	1	0
11. Protocole affiché sur le mur pour la prise en charge du paludisme <i>Protocole nationale avec palu simple et grave avec leur traitement</i>	1	0
12. La prise en charge correcte du paludisme simple <i>Voyez le registre les 5 derniers cas (AS/AQ)</i>	1	0
13. La prise en charge correcte du <u>paludisme grave</u> <i>Voyez le registre 2 derniers cas (quinine injectable en perfusion)</i>	1	0
14. La prise en charge correcte des IRA <i>Ordinogramme OMS disponible et appliqué</i>	1	0
15. La prise en charge correcte de la diarrhée <i>Ordinogramme OMS disponible et appliqué</i>	1	0
16. La proportion de malades traités avec des antibiotiques < 50% <i>Voyez le registre les 30 derniers cas en analysant le diagnostic et calcule le taux– pas plus de 14</i>	2	0
17. Connaissance de signes précoces de la tuberculose qui mérite une référence à un centre de dépistage de TB <i>Réponse doit contenir au moins 4 : Amaigrissement, Asthénie, Anorexie – Température, Toux de 15 jours, Transpiration</i>	1	0
18. Disponibilité de stéthoscope / tensiomètre fonctionnel <i>Prend la tension artérielle de quelqu'un pour la vérification</i>	1	0
19. Disponibilité de thermomètre fonctionnel <i>Fait l'inspection du thermomètre</i>	1	0
20. Disponibilité d'otoscope fonctionnel <i>Fait l'inspection : piles chargés et disponibles avec lumière forte</i>	1	0

5. CONSULTATION EXTERNE / URGENCE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
21. Lit d'examen disponible en métallique avec matelas	1	0
22. Disponibilité de balance fonctionnelle <i>Fait l'inspection en comparaison le poids connu du superviseur, après pesage aiguille balance revient à zéro</i>	1	0
Points TOTAUX - 25 points maximum	.... / 25	XXXXX

6. PLANIFICATION FAMILIALE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Présence d'au moins une infirmière A3 formée dans la PF	2	0
2. Local disponible garantissant la confiance <i>Salle avec porte fermé – rideaux sur la fenêtre – pas de passage</i>	2	0
3. Affiche murale ou boîte à image avec les méthodes PF disponible pour la démonstration	2	0
4. Personnel calcule correctement le nombre de femmes attendus mensuellement pour les contraceptifs oraux et injectables <i>Par exemple pour 10.000 hab = 10.000 x 21% x 20% / 12 x 4 = 147</i>	1	0
5. FOSA atteint au moins 50% de cible mensuel en contraceptifs oraux et injectables <i>Exemple 10.000 hab= 147 x 50% = 73</i>	3	0
6. Plan de Business contient une stratégie de couverture Planification Familiale convaincante <i>- Intégration du personnel de la FOSA dans les stratégies - Collaboration avec secteur privé et relais communautaire - Stratégies avancées, plaidoyer auprès leaders locaux</i>	3	0
7. Stock de sécurité intrants contraceptifs oraux et inj. disponible <i>147 doses DEPO et pilule 3 plaquettes / 4 = 36 doses</i>	2	0
8. Méthodes DIU disponibles et personnel capable de les placer <i>- Au moins 5 DIU</i>	2	0
9. Méthodes Norplan disponibles et personnel capable de les fixer <i>- Au moins 5</i>	2	0
10. Stratégie disponible pour référer à l'hôpital les couples pour la ligature et/ou la vasectomie <i>- Bon système de référence élaboré - stratégie de diminuer les prix - Stratégies avancées de l'hôpital dans les CS</i>	2	0
11. Registre de la PF disponible et bien rempli	2	0
12. Fiche de la PF disponible et bien remplie (5 fiches) <i>(tension art, hépatomégalie, varices, poids)</i>	2	0
Points TOTAUX - 25 points maximum	..... / 25	XXXXXX

7. LABORATOIRE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Laborantin ou Infirmier (polyvalent) d'au moins du niveau A3 disponible	1	0
2. Le laboratoire est fonctionnel tous les jours de la semaine <i>Superviseur vérifie les 2 derniers dimanches dans le registre du LABO</i>	1	0
3. Résultats enregistrés correctement dans le registre du labo et conforme aux résultats dans le carnet du malade ou bon d'examen <i>Superviseur vérifie les 5 derniers résultats</i>	1	0
4. Liste des examens possibles affichée dans le labo	1	0
5. Disponibilité des démonstrations des parasites - Sur papier plastifié, dans un livre en couleur, ou affichés - Goutte Epaisse : Vivax, Ovale, Falciparum, Malariae - Selles : Ascaris, entamoebae, ankylostome, schistosome	1	0
6. Disponibilité d'un microscope fonctionnel - objectifs fonctionnels - huile à immersion – miroir ou électricité - lames – lamelles – GIEMSA disponible	2	0
7. Disponibilité d'une centrifugeuse fonctionnelle	1	0
8. Evacuation des déchets - Déchets organiques dans une poubelle avec couvercle - Boite de sécurité disponible et détruit dans l'incinérateur	1	0
9. Personnel plonge les lames et pipettes souillées dans un récipient contenant un désinfectant	1	0
Points TOTAUX - 10 points maximum	..... / 10	XXXXXX

8. SALLE d'HEBERGEMENT	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Programme de garde affiché et respecté <i>Superviseur vérifie le rapport de garde – noms et signature</i>	1	0
2. Equipements disponibles et en bon état <i>Lits, matelas, moustiquaires, draps, tables de nuit</i>	3	0
3. Bonnes conditions d'hygiène - Nettoyage régulier, accès à l'eau potable, lits bien espacés - Bonne aération sans mauvaises odeurs	2	0
4. Salle d'hébergement éclairée pendant la nuit <i>Electricité, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable</i>	1	0
5. Confidentialité assurée <i>Femmes – hommes séparés - sans être vu par l'extérieur</i>	1	0
6. Registre d'hospitalisation disponible et bien rempli <i>Identité complète, journées d'hospitalisation,</i>	1	0

8. SALLE d'HEBERGEMENT	Protocole respecté	Protocole NON respecté
7. Fiches d'hospitalisation disponibles et bien remplies - Au moins 10 vierges – Superviseur vérifient 5 fiches remplis - Température TA, examens de labo bien rempli - Suivi de traitement coché	1	0
Points TOTAUX - 10 points maximum	..... / 10	XXXXXX

9. GESTION DES MEDICAMENTS	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Personnel tient les fiches de stock en montrant stock de sécurité = <i>Consommation moyenne mensuelle (CMM) / 2</i> <i>Stock dans les fiches correspond avec le stock physique</i> ⇒ <i>Superviseur fait un échantillon de trois médicaments</i>	2	0
2. Personnel a accès à trois Centres de Distribution de Médicaments, Equipements et Consommables et ne sont pas soumis au monopole d'un CDM	2	0
3. Les médicaments sont gardés correctement <i>Local propre, bien aéré avec armoires, étagères étiquetés, et rangés par ordre alphabétique</i>	2	0
4. La pharmacie dépôt livre les médicaments selon la réquisition à la pharmacie détail (petit stock) ou services de soins - <i>Superviseur vérifie si la quantité réquisitionné est conforme à la quantité servie</i>	2	0
5. Absence médicaments périmés où avec des étiquettes falsifiées - <i>Superviseur vérifie au hasard 3 médicaments et 2 consommables</i> - <i>Produits périmé bien séparé de stock</i> - <i>Système de destruction des médicaments fonctionnel</i>	2	0
Points TOTAUX - 10 points maximum	..... / 10	XXXXXX

10. MEDICAMENTS TRACEURS <i>Stock de Sécurité = Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) / 2</i>	Disponible OUI > CMM / 2	Disponible NON < CMM / 2
Amoxicilline caps 250 mg	1	0
Ampicilline comp 500 mg	1	0
Artesinate comp 50 mg – amodiaquine 200 mg	1	0
Cotrimoxazole comp 480 mg	1	0
Diazepam 10 mg / 2ml - injectable	1	0
Fer – acide folique 200 mg + 25 mg	1	0
Mebendazole comp 100 mg	1	0

10. MEDICAMENTS TRACEURS <i>Stock de Sécurité</i> <i>=Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) / 2</i>	Disponible OUI > CMM / 2	Disponible NON < CMM / 2
Ocytocine amp 10 Unités	1	0
Metronidazole comp 250 mg	1	0
Paracetamol comp 500 mg	1	0
Quinine comp 500 mg	1	0
SRO / oral sachet	1	0
Gants stériles	1	0
Compresse	1	0
Solutés glucose 5%	1	0
Points TOTAUX - 15 points maximum	..... / 15	XXXXXX

11. MATERNITÉ	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. L'eau suffisante avec savon dans la salle d'accouchement <i>Un point d'eau fonctionnel ou au moins 20 litres</i>	1	0
2. Salle d'accouchement éclairée pendant la nuit <i>Electricité, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable</i>	1	0
3. Déchets collectés correctement dans la salle d'accouchement <i>- poubelle + boîte de sécurité pour les aiguilles</i>	1	0
4. Salle d'Accouchement en bon état <i>- Murs en dur avec crépissage et peinture</i> <i>- Pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état</i> <i>- Fenêtres en vitres avec rideaux, et portes fonctionnel</i>	1	0
5. Disponibilité du partogramme <i>Au moins 10 fiches</i>	1	0
6. Prise de la tension artérielle pendant le travail d'accouchement <i>Rempli dans le partogramme régulièrement pendant le travail – au moins une fois par heure – superviseur vérifie 3 partogrammes</i>	1	0
7. Prise systématique de l'APGAR lors de l'accouchement <i>Rempli dans le partogramme 1^{ier}, 5^{ème} et 10^{ème} minute</i> <i>Superviseur vérifie 3 partogrammes</i>	1	0
8. Tous les accouchements effectués par un personnel qualifié <i>Identification des accoucheuses à partir des noms dans le registre</i>	2	0
9. Disponibilité d'une toise (pour mesurer la taille), d'un stéthoscope obstétrical et d'une poire (plongé dans un désinfectant non irritant)ou aspirateur manuel / électrique fonctionnel	1	0
10. Disponibilité d'une ventouse fonctionnelle <i>Infirmière formée et la ventouse est utilisée</i>	2	0
11. Disponibilité des gants stériles (au moins 10 paires)	1	0

11. MATERNITÉ	Protocole respecté	Protocole NON respecté
12. Disponibilité d'au moins 2boites obstétricales stérilisées , <i>Avec au moins 1 paires de ciseau, 2 pinces</i>	2	0
13. Disponibilité d'une boite d'épisiotomie <i>Fil catgut et fil non résorbable, désinfectant, anesthésie local, compresse stérile. Une boîte stérilisée avec porte aiguille, aiguille, 1 pince anatomique et 1 pince chirurgicale</i>	1	0
14. Table d'accouchement en bon état <i>Table avec matelas démontable avec deux jambiers fonctionnels</i>	2	0
15. Disponibilité d'un pèse bébé fonctionnel <i>Superviseur vérifie le pèse avec un objet</i>	1	0
16. Matériel disponible pour les soins aux nouveaux nés <i>Fil de ligature du cordon stérile, bande ombilicale stérile, pommade tétracycline 1% (appliqué à chaque nouveau né)</i>	1	0
17. Seau ou bassin à linge souillé disponible	1	0
18. Disponibilité de moustiquaires dans la salle d'hébergement	2	0
19. Lits avec matelas et literie en bon état dans salle d'hébergement <i>Matelas couverts de toile cirés avec couverture et draps</i>	1	0
20. Salle de travail adéquate <i>CS : au moins 2 lits avec matelas ; CHR ou HGR au moins 4</i>	1	0
Points TOTAUX - 25 points maximum	.... / 25	XXXXXX

12.BLOC OPERATOIRE⁹	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Salle d'OPERATION en bon état <i>- Murs en dur avec crépissage et peinture à huile - Pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état - Fenêtres en vitres sans être vu par l'extérieur, et portes fonctionnel</i>	2	0
2. Table d'opération en bon état <i>- Facilement maniable avec mousse garnie de toile cirée - Menottes fonctionnelles des membres</i>	1	0
3. Illumination en bon état <i>- Lampe scialytique avec ampoules fonctionnelles - Lumière de réserve assurée (groupe électrogène, énergie solaire, lampe avec batterie rechargeable)</i>	2	0
4. Équipement de base disponible <i>- Anesthésie général et rachi anesthésie - Respirateur - Aspirateur – bistouri électrique et cautérisation</i>	2	0
5. KITs d'intervention stérilisée prêt à être utilisé pour les urgences	2	0

⁹Pour les centres de santé urbain ou pour les centres de santé de référence qui en dispose. Si non mettre Non applicable

12. BLOC OPERATOIRE⁹	Protocole respecté	Protocole NON respecté
(césarien – hernie étranglé) - <i>Superviseur vérifie la présence d'au moins 2 kits</i>		
6. Disponibilité d'une salle de vestiaire et un espace de lavage et brossage adéquats - <i>Dispositif de désinfection approprié à pédale ou à coude</i> - <i>Disponibilité de l'eau courante, de brosses avec savon</i>	2	0
7. Disponibilité de tenues adéquates - <i>Blouse chirurgicales, masques, bonnets, sandales</i>	1	0
8. Registre de protocole opératoire bien remplis et à jour	1	0
9. Conditions d'hygiène assurées dans la salle d'opération - <i>Poubelles pour matériaux infectés avec couvercle</i> - <i>Boîte de sécurité pour les aiguilles bien placé et utilisé</i>	2	0
Points TOTAUX - 15 points maximum	..... / 15	XXXXXX

13. TUBERCULOSE – centre de dépistage	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Conditions réunis pour le DOTS - <i>Infirmier formé en DOTS, laborantin formé en dépistage,</i> - <i>Fiches de prise en charge, registre & manuel technique disponibles</i>	2	0
2. Disponibilité d'une Porte lames	1	0
3. Disponibilité d'un crayon diamant	1	0
Stock de Sécurité = Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) / 2	Disponible OUI > CMM / 2	Disponible NON < CMM / 2
4. Rifampicine-isoniazide-pyrazinamide : cp120+50+300mg	1	0
5. Streptomycine 1 gr	1	0
6. Etambutol comp 400 mg	1	0
7. Crachoirs	1	0
8. Lames et réactifs disponibles	2	0
Points TOTAUX - 10 points maximum	... / 10	XXXXXX

14. VACCINATION + CONSULTATION PRE-SCOLAIRE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Personnel calcule correctement la cible pour les ECV (enfants complètement vaccinés) <i>Cible = Population x 4% / 12 x 100% (selon Enquête Mén Burundi)</i>	1	0
2. Chaîne de froid - contrôle régulier de la chaîne de froid et thermomètre présent dans le compartiment du réfrigérateur - <i>Présence d'un frigo - disponibilité cahiers ou fiche de température remplis 2 fois par jour – inclusivement le jour de la visite</i> - <i>Température reste entre 2 et 8 degré Celsius sur la fiche</i> - <i>Superviseur vérifie la fonctionnalité du thermomètre</i> - <i>Température est entre 2 et 8 degré Celsius sur le thermomètre</i>	3	0
3. Pas de rupture de DTC+HepB, BCG, VAR+VAA, VPO, VAT - <i>Présence des fiches de stock à jour</i> - <i>Superviseur vérifie le stock physique dans le frigo</i>	1	0
4. Les vaccins sont correctement disposés dans le frigo - <i>Compartiment congelé : VPO – VAR</i> - <i>Compartiment NON congelé : BCG - DTC+HepB, VAT, diluants</i> - <i>Absence de vaccins périmés ou pastille de contrôle de vaccins virés</i> - <i>Etiquettes sur les flacons de vaccin lisibles</i>	1	0
5. ETAT CHAINE de FROID Frigo à pétrole : stock d'au moins 14 L Frigo solaire : batterie en bon état	1	0
6. Les accumulateurs de froid sont bien congelés	1	0
7. Existence de seringues - <i>autobloquantes – au moins 30</i> - <i>pour dilution – au moins 3</i>	1	0
8. Les déchets sont collectés dans des poubelles appropriées <i>Disponibilité de boîte sécurité (réceptacle)</i>	1	0
9. Stock de carnets ou cartes de croissance PEV & CPS <i>Pour la maman - au moins 10</i>	1	0
10. Registre de PEV bien rempli – ou système de fiches disponible <i>Système capable d'identifier les abandons et les ECV (Enf Comp Vac)</i>	1	0
11. Bonnes conditions d'attente pour la CPS <i>Avec bancs et / ou chaises suffisants, protégé contre soleil et pluie</i>	1	0
11. Remise de jetons numérotés selon l'ordre d'arrivée	1	0
12. Disponibilité d'une balance Salter (pèse bébé) en bon état <i>Balance bien tarée à zéro + Culotte présente et non déchirée</i>	1	0
Points TOTAUX – 15 points maximum	.../ 15	XXXXXXX

15. CONSULTATION PRE-NATALE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Plan de business contient une stratégie convaincante pour atteindre tous les femmes enceintes <i>Stratégie fixe – stratégie avancée pour les villages éloignés</i>	1	0
2. Pèse personne bien tarée à zéro (<i>pèse propre pour la CPN</i>)	1	0
3. Fiche CPN (<i>pour la FOSA</i>) disponible et bien rempli <i>Superviseur vérifie 5 dernières fiches</i> <i>Examens : Poids – TA - Taille – Parité – Date Dernière Règle (DDR)</i> <i>Labo : Albuminurie – Glucose – Hgl</i> <i>Examen obstétrical fait : BCF (Bruit Cœur Fœtal), HU (Hauteur Utr), Présentation, mouvement fœtal.</i>	3	0
4. Fiche CPN (<i>pour la FOSA</i>) montre l'administration de Fer Folate, et Mebendazole	2	
5. Carnet de la CPN (<i>pour la maman</i>) disponible – au moins 10	1	0
6. Registre de la CPN disponible et bien rempli <i>Identité complète, état vaccinale, date de visite, rubrique Grossesse à Haut Risque (GHR) bien rempli incluant problématique et action prise</i>	2	0
Points TOTAUX – 10 points maximum	..... / 10	XXXXXX

Tableau 4: Indicateurs Equité

	Equité	Direction d'influence cherché par le FBP
1	% dépenses santé / revenus santé	augmentation
2	% d'épisodes sans contact FOSA par manque de l'argent	diminution
3	Cout moyen d'une Consultation Ext FOSA	diminution
4	Cout moyen d'un hospitalisation FOSA	diminution
5	Cout accouchement groupe socio-économique Plus Pauvre	diminution
6	Combien payé pour la CPN	diminution

Annexe 13: Grille de qualité pour l'hôpital général

		Maximum
1	Hospitalisation	13
2	Gynéco-obstétrique nouveau-nés	11
3	Médicaments	9
4	Urgences & Soins Intensifs	9
5	Bloc opératoire	9
6	Transfusion	7
7	Consultation externe	7
8	Hygiène & Assainissement	7
9	Maintenance des équipements	4
10	Maladies transmissibles	4
11	Autres interventions de santé publique	4
12	Stérilisation	4
13	Laboratoire	4
14	Imagerie	4
15	Orgnisation & Gestion administrative	4
	Totale	100

Voir détails dans le fichier Excel

Annexe 14: Grille de performance pour l'ECZ

N°	Activités ECZ	Indicateurs	Sources de vérification	Score (pondération)		Niveau de réalisation
				Attribué	Obtenu	
1	Elaborer un Plan de travail trimestriel avec budget	Existence du Plan de travail trimestriel	Document de plan de travail trimestriel (Vérifier le taux d'exécution lors de l'évaluation)	8%		
2	Superviser les activités du PMA dans tous les CS de la Zone de Santé au moins une fois par trimestre.	Nombre de supervisions réalisées/Nombre prévu	Rapports de supervisions	5%		
3	Superviser les activités du PCA à l'HGR au moins une fois par trimestre			5%		
4	Organiser mensuellement une réunion d'analyse des données SNIS de la ZS	Nombre de réunions organisées avec analyse des données /prévu	Compte-rendu ou rapports des réunions d'analyse des données	5%		
5	Tenir au moins une réunion de la Cellule Epidémiologique une fois par semaine.	Nombre de réunions de la Cellule épidémiologique. tenues/Nombre prévu.	Rapport de réunion épidémiologique hebdomadaire et copies des REH des Fosa.	5%		
6	Organiser une fois par semaine une	Nombre de réunions organisées	Compte-rendu des réunions avec liste de	3%		

N°	Activités ECZ	Indicateurs	Sources de vérification	Score (pondération)		Niveau de réalisation
				Attribué	Obtenu	
	réunion de l'Equipe Cadre de la ZS.	/nombre prévu	présence			
7	Organiser chaque mois une réunion du comité de gestion de la zone de santé			3%		
8	Envoyer la rétro-information aux Centres de Santé	% de Fosa ayant reçu la rétro-information	1) Copies de rétro-information envoyées; 2) Accusé réception par les Fosa.	5%		
9	Envoyer les REH au DS.	Nombre de REH envoyés / nombre attendu	Documents d'accusé de réception.	4%		

Annexe 15: Grille de performance pour la DPS

N°	Activités DPS	Sources de vérification	Indicateurs et Critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Poids	Cote
1	Elaboration et exécution du plan de travail trimestriel de l'équipe DPS	Rapport d'évaluation du plan de travail trimestriel	(1) Existence du Plan de travail trimestriel cohérent avec le plan d'action annuel (2) Existence d'un rapport d'évaluation du plan de travail trimestriel, (3) Evaluation réalisée au plus tard le 15 du premier mois du nouveau trimestre, (4) Taux d'exécution d'au moins 70% d'activités programmées, (5) Taux d'exécution d'au moins 75% d'activités liées au FBP.	Tous les critères remplis =10 Si critères 1 et 2 manquent=0 Chaque critère=2	10	
2	Préparation et participation à la réunion du Comité de pilotage provincial	Compte rendu de la réunion CPP Documents préparatoires de la réunion CPP Rapports d'évaluation FBP et Qualité au niveau des zones	(1) Existence d'un compte rendu de la réunion CPP, (2) Existence de compte rendu d'au moins une réunion préparatoire du CPP (secrétariat technique ou Commission) (3) Goulots d'étranglements liés au FBP analysés à la réunion préparatoire,	Tous les critères remplis = 8 Si critères et 2 manquent=0 ; Chaque critère = 2	8	

N°	Activités DPS	Sources de vérification	Indicateurs et Critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Poids	Cote
			(4) Décisions pertinentes prises au sujet des problèmes liés au FBP.			
3	Tenue des réunions de l'équipe cadre provinciale	Compte rendu des réunions ECP Rapports d'évaluation FBP et Qualité au niveau des zones	(1) Tenue d'au moins 10 réunions par trimestre, (2) Existence des compte-rendus des réunions ECP (3) Participation d'au moins 60% des cadres DPS, (4) Taux d'exécution d'au moins 70% d'activités programmées, (5) Taux d'exécution d'au moins 75% d'activités liées au FBP.	Tous les critères remplis =10 Si critères 1 et 2 manquent=0 Chaque critère=2	10	
4	Coaching des équipes des zones de santé	Rapports de coaching (supervision) des zones de santé Rapports d'évaluation FBP et Qualité au niveau des zones	(1) Zones de santé où la stratégie FBP encadrées au moins 1 fois/trimestre, (2) Existence de rapports pour toutes les supervisions réalisées (3) Toute supervision a fait l'objet d'une préparation (analyse des données SIS, analyse des goulots d'étranglement identifiés lors des évaluations Qualité et évaluation des performances, production de termes de	Tous les critères remplis = 8 Si critères 1 et 2 manquent=0 ; Chaque critère = 2	8	

N°	Activités DPS	Sources de vérification	Indicateurs et Critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Poids	Cote
			référence ou plan de supervision), (4) Aide des équipes à la résolution des problèmes liés au FBP.			
5	Analyse et validation des données sanitaires de la province pour le trimestre précédent	Base des données sanitaires Compte rendu de la réunion d'analyse et validation des données sanitaires	(1) Existence d'une base des données SNIS et d'une base de données de surveillance épidémiologique à jour (au moins 70% de complétude) (2) Erreurs éventuelles dans les données, analyses par comparaison entre zones de santé, évolution temporelles réalisées (3) Feed-back écrit envoyé à chaque zone de santé, (4) Existence d'un tableau de bord à jour pour les indicateurs FBP (5) Données trimestrielles validées transmises au Ministre provincial et au Niveau central du Ministère.	Tous les critères remplis =10 Si critères 1 et 2 manquent=0 Chaque critère=2	10	
6	Evaluation trimestrielle de la qualité des services des zones de santé sous FBP (en qualité d'observateur)	Rapport d'évaluation trimestrielle de la qualité des HGR sous FBP	(1) Existence d'un rapport d'évaluation pour chaque hôpital et équipe cadre de zone sous FBP (2) Rapport assortis des problèmes/goulots d'étrangement identifiés	Tous les critères remplis =10 Si critère 1 manque=0	10	

N°	Activités DPS	Sources de vérification	Indicateurs et Critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Poids	Cote
			(3) Rapport assorti des principales actions de rémediation envisagées avec responsable pour chaque action	Chaque critère=2		
7	Evaluation (en qualité d'observateur) et coaching trimestriels des équipes des districts sous FBP	Rapport d'évaluation trimestrielle	(1) Existence d'un rapport d'évaluation pour chaque équipe de district sous FBP (2) Existence de rapport de coaching pour chaque équipe de district sous FBP (4) Toute supervision a fait l'objet d'une préparation (analyse des données SIS, analyse des goulots d'étrangement identifiés lors des évaluations Qualité et évaluation des performances, production de termes de référence ou plan de supervision), (3) Rapport assortis des problèmes/goulots d'étrangement identifiés (4) Rapport assorti des principales actions de rémediation envisagées avec responsable pour chaque action	Tous les critères remplis =10 Si critères 1 et 2 manquent=0 Chaque critère=2	10	
8	Coordination des approvisionnements en médicaments et vaccins dans la	Base des données sur les besoins et approvisionne	(1) Existence d'une base des données sur les besoins annuels et trimestriels en	Tous les critères remplis = 8	8	

N°	Activités DPS	Sources de vérification	Indicateurs et Critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Poids	Cote
	province	ments des médicaments	médicaments et vaccins pour la province et par zone de santé ; (2) Existence d'une base des données actualisée sur les entrées des médicaments et vaccins dans la province, (3) Existence d'une base de données actualisée sur les consommations des médicaments et vaccins au niveau des zones de santé (4) Existence d'une base des données de suivi des disponibilités des médicaments et vaccins au niveau de la centrale (CDR) et d'autres dépôts ou fournisseurs.	Si critères 1 manque=0 ; Chaque critère = 2		
9	Inspection – contrôle de la Centrale de médicaments et des fournisseurs /officines pharmaceutiques	Rapports/PV d'inspection des pharmacies	(1) Minimum 1 inspection par trimestre pour la CDR et les autres fournisseurs/officines accrédités, (2) Disponibilité des Grilles d'inspection reprenant les normes à respecter (3) Disponibilité de rapport/PV pour chaque inspection, (4) Rapport/PV assorti des données sur les conditions de	Tous les critères remplis=10 Manque des critères 1, 2 et 3=0 Chaque critère=1	10	

N°	Activités DPS	Sources de vérification	Indicateurs et Critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Poids	Cote
			conservation des médicaments, les disponibilités et les péremptions, (5) Rapport/PV assorti des mesures conservatoires ou des actions de rémediation.			
10	Gestion financière et comptable au sein de la DPS correcte et conforme aux bonnes pratiques	Livres de caisse et de banque, bons de sortie, bon d'entrée de caisse, fiches de stock, registres (fiches) d'inventaire, PV de contrôle de caisse, pièces justificatives des dépenses, budget DPS, Fichier CSDMT DPS, Manuel des procédures de la DPS	(1) Les livres de banque complets et à jour (2) Les livres de caisse (une caisse par compte) complet et à jour (3) Les dépenses donnent lieu à un document d'autorisation de dépense (4) Les recettes donnent lieu à un document d'enregistrement de recette (5) Le rapprochement bancaire mensuel est effectué (6) Le classement des pièces comptables est correct (numérotation en continu + classement chronologique) (7) Le suivi régulier de la caisse (inventaire de caisse) est au moins mensuel	Tous les critères remplis=10 Chaque critère=1	10	

N°	Activités DPS	Sources de vérification	Indicateurs et Critères d'évaluation	Indication pour la cotation	Poids	Cote
			<p>[procès verbal signé]</p> <p>(8) Fichiers de suivi des et des créances à jour</p> <p>(9) Rapport financier mensuel disponible et correct,</p> <p>(10) Transparence des financements des partenaires : suivi du CSDMT pour la DPS</p>			
11	Suivi régulier de la gestion au niveau des ECZ et hôpitaux	Rapports des missions de suivi	<p>(1) Minimum 1 suivi trimestriel par ECZ et HGR sous FBP,</p> <p>(2) Existence des rapports de suivi,</p> <p>(3) Existence des Fiche de suivi trimestriel des paiements des ECZ et hôpitaux dans le cadre du FBP, (2) Copies de l'outil Indice des hôpitaux des 3 derniers mois</p> <p>(4) Rapport d'analyse financière des hôpitaux pour le trimestre évalué</p> <p>(5) Rapports assortis des mesures correctrices.</p>	<p>Tous les critères remplis=10</p> <p>Manque des critères 1 et 2=0</p> <p>1 critère rempli=2</p>	10	
	Total				100	

Annexe 16: Grille de performance pour le BDS

N°	Activités BDS	Indicateurs	Sources de vérification	Score (pondération)		Niveau de réalisation
				Attribué	Obtenu	
1	Elaborer un Plan de travail trimestriel avec budget	Existence du Plan de travail trimestriel	Document de plan de travail trimestriel (Vérifier le taux d'exécution lors de l'évaluation)	8%		
2	Superviser toutes les Zones de Santé au moins une fois par trimestre.	Nombre de supervisions réalisées/Nombre prévu	Rapports de supervisions	10%		
3	Organiser trimestriellement une réunion d'analyse des données SNIS du DS	Nombre de réunions organisées avec analyse des données /prévu	Compte-rendu ou rapports des réunions d'analyse des données	5%		
4	Tenir au moins une réunion de la Cellule Epidémiologique une fois par semaine.	Nombre de réunions de la Cellule épidémiologique. tenues/Nombre prévu.	Rapport de réunion épidémiologique hebdomadaire et copies des REH des Fosa.	5%		
5	Organiser une fois par semaine une réunion de l'Equipe Cadre du DS	Nombre de réunions organisées /nombre prévu	Compte-rendu des réunions avec liste de présence	5%		
6	Envoyer la rétro-information aux Zones de Santé	% de Fosa ayant reçu la rétro-information	1) Copies de rétro-information envoyées; 2) Accusé réception par les	5%		

N°	Activités BDS	Indicateurs	Sources de vérification	Score (pondération)		Niveau de réalisation
				Attribué	Obtenu	
			Fosa.			
7	Envoyer les REH à l'IPS.	Nombre de REH envoyés / nombre attendu	Documents d'accusé de réception.	4%		
8	Organiser 1 revue trimestrielle d'activités avec les ZS	Revue tenue	1) Rapport de la Revue trimestrielle 2) Liste de présence des participants	10%		
9	Envoyer à temps (selon la norme nationale) le rapport SNIS trimestriel à l'IPS	Nombre de rapports d'activités SNIS envoyés à temps/prévu	Cahier de transmission(les accusés de réception)	8%		
10	Disposer d'une comptabilité à jour du District	Nombre d'outils de gestion financière disponibles et correctement tenus (cf sources de vérification)	Livre de caisse, fiches de gestion des stocks, bons de sortie, bons d'entrée, cahier d'inventaire de stock, arrêté de caisse, pièces justificatives complètes	8%		
11	Organiser l'évaluation trimestrielle par les pairs de la qualité des soins dans chaque HGR du District	Nombre d'évaluations de la qualité mené / Nombre attendu	Rapports d'évaluation de la qualité des soins offerts à la population ; rapport signé par le chef de l'établissement	10%		
12	Appuyer l'IPS dans	Réunions tenues /réunions prévues	Compte-rendu ou PV des	6%		

N°	Activités BDS	Indicateurs	Sources de vérification	Score (pondération)		Niveau de réalisation
				Attribué	Obtenu	
	l'organisation des CA des ZS une fois par semestre.		réunions du CA, signés par leur président.			
13	Contrôle trimestriel de gestion de stocks de MEG/Vaccins au niveau des dépôts des ZS et du dépôt de District	Nombre de dépôts contrôlés par rapport au nombre total de dépôts	Rapports de Contrôle de gestion des stocks de MEG/Vaccins des ZS visitées ; rapport signé par le Médecin Chef de la ZS	8%		
14	Evaluation trimestrielle avec l'AAP du Contrat des ECZS	Nombre d'évaluations menées par rapport au nombre attendu	Rapports d'évaluation signés par le Médecin Chef de la ZS	8%		
TOTAL				100%		

Fait à, le 2013.

DS.

A.A.P.....

IPS.....

Annexe 17: Grille d'évaluation individuelle des formations sanitaires

GRILLE D'EVALUATION INDIVIDUELLE DU PERSONNEL DES CENTRES DE SANTE ET HOPITAUX DE DISTRICT						
CRITERES	Cotation 0 = 0% des points sur le critere	Cotation 1 = 30% des points sur le critere	Cotation 2 = 60% des points sur le critere	Cotation 3 = 100% des points sur le critere	Max	Cot.
1. Conscience professionnelle incluant les notions de: (20 points)						
Ponctualité	est arrivé en retard plus de 7 fois/mois	est arrivé en retard 4 à 7 fois/mois	est arrivé quelques fois en retard 1 à 3 fois/mois	n'est jamais arrivé en retard	8	
Disponibilité	a été absent de son poste plus de 7 fois/mois sans motif connu.	a été souvent absent de son poste d'attache sans motif connu(4 à 7 fois/mois)	a été quelques fois absent de son poste d'attache sans motif connu(1 à 3 fois/mois)	n'a jamais été absent de son poste de travail sans motif connu	7	
Tenue de travail	non souvent portée au poste de travail(plus de 4 fois/mois)	non portée quelque fois au poste de travail(1 à 4 fois/mois)	tenue toujours portée mais négligée(sale ou déchirée ou non repassée)	tenue toujours portée et soignée(lavée, repassée et non déchirée)	5	
2. Esprit d'équipe incluant les notions de : (30 points)						
Relations interpersonnelles	a été le plus souvent en conflit avec les collègues (rapporté plus de 4 fois/trimestre à la hiérarchie)	a été quelques fois en conflit avec des collègues rapporté à la hiérarchie(2 à 4 fois/trimestre)	a été parfois en conflit avec les collègues (rapporté 1 fois/trimestre)	n'a jamais été en conflit avec des collègues	8	
Sens de coopération et collaboration	a très souvent refusé de donner l'assistance et/ expertise aux collègues (plus de 4 fois/mois)	a souvent refusé de donner assistance et/ou expertise aux collègues(2 à 3 fois/mois)	a parfois refusé de donner l'assistance et/ou expertise aux collègues(1 fois/mois)	n'a jamais refusé de donner l'assistance et/expertise aux collègues	8	



Devouement	a plusieurs fois abandonné le travail(non terminé)sans releve sous pretexte que les heures de service sont terminées(plus de 8 fois/mois)	a souvent abandonné le travail(non terminé) sans releve sous pretexte que les heures de travail sont terminées(4 à 7 fois/mois)	a parfois abandonné le travail(non terminé) sans releve sous pretexte que les heures de travail sont terminées(1 à 3 fois/mois)	n'a jamais abandonné le travail (non terminé) sans releve sous pretexte que les heures de service sont terminées	8	
Initiative	n'a jamais accompli un travail supplémentaire sous pretexte qu'il n'a pas de temps materiel	a toujours attendu les ordres de la hierarchie pour accomplir au moins un travail supplémentaire	a toujours commencé un travail supplémentaire sans terminer	a accompli au moins un travail supplémentaire sans attendre les ordres de la hierarchie	6	
3. Competences techniques et adaptabilité dans le travail: (40 points)						
Organisation	ne dispose jamais d'un plan journalier d'activités (constat lors de chaque supervision interne)	ne dispose pas toujours d'un plan journalier d'activités lors de supervisions internes	dispose d'un plan journalier d'activités non suivi lors de supervisions internes	dispose toujours d'un plan d'activités respecté lors de supervisions internes	10	
Qualité du travail	ne respecte jamais les normes spécifiques à ses taches(selon le rapport de supervisions internes)	Change les normes spécifiques à ses taches (constat fait 2 fois/trimestre lors de la supervision interne)	ne respecte pas toujours les normes spécifiques à ses taches (constat fait au moins 1 fois lors de la supervision interne)	respecte toujours les normes spécifiques à ses taches	15	
Quantité du travail	ne termine jamais les taches definies dans son plan journalier d'activités(constat lors de chaque supervision interne)	ne termine pas souvent les taches definies dans son plan journalier d'activités(3 fois/trimestre)	ne termine pas toujours les taches definies dans son plan journalier d'activités(1 fois/trimestre)	termine toujours les taches definies dans son plan journalier d'activités	15	
4. Volonté de developpement personnel: (10 points)						
Prise en compte des recommandations des supervisions internes et externes precedentes	ne tiens jamais compte des recommandations reçues lors des supervisions internes et externes precedentes(constat lors de chaque supervision interne et extene) plus de 2 fois/trimestre	ne tiens pas toujours compte des recommandations reçues lors des supervisions internes et externes precedentes(constat 2 fois/trimestre)	tiens compte par fois des recommandations reçues lors des supervisions internes et externes precedentes(constat 1 fois/trimestre)	tiens toujours compte des recommandations reçues lors des supervisions internes et externes precedentes	10	
TOTAL DES POINTS					100	

5. Participation aux résultats et à la performance du trimestre

Participation aux résultats et à la performance du trimestre par la présence au service pendant les jours ouvrables au cours de trois (3) mois évalués. NB: il s'agit ici des considérer les jours ouvrables effectivement travaillés sans tenir compte d'absence au service (congé, maladie, suspension disciplinaire....), sauf les jours de récupération qui, par compensation, sont considérés comme des jours prestés.
Résultat de l'évaluation individuelle trimestrielle= (Total de la colonne cotation de 1 à 8)*P

Nombre de jours
ouvrables(N)=

Annexe 18: Facture des établissements de santé mensuelle

FACTURE HGR

HOPITAL GENERAL DE REFERENCE:

PROVINCE :ZONE DE SANTE:

Mois & Année :

	Subsides au niveau PCA	Quantité	CU USD	Montant total à payer
1	Consultation Externe referee (et retro-information donnée) – médecin			
2	Journée d'hospitalisation			
3	Journée d'hospitalisation - patient vulnérable - plafond 10%			
4	Chirurgie majeur (population x 0,5%)			
5	Chirurgie majeur pour patient vulnérable - plafond 10%			
6	Petite Chirurgie (population x 1%)			
7	Petite Chirurgie - patient vulnérable - plafond 10%			
8	Transfusion de sang – volontaire et sécurisé			
9	Accouchement assisté - eutocique			
10	Césarienne (50% des accouchements dystociques)			
11	Accouchement dystocique (césarienne exclut)			
12	Consultation Prénatal (nouvelle inscrite et standard)			
13	VIH/SIDA Dépistage volontaire			
14	VIH/SIDA Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie			
15	VIH/SIDA Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +			
16	VIH/SIDA Nombre de nouveaux cas sous ARV			
17	VIH/SIDA Nombre de clients ARV suivi			

	Subsides au niveau PCA	Quantité	CU USD	Montant total à payer
	une semestre			
18	Dépistage des cas TBC- BK positifs			
19	Cas TBC - BK positif traités et guéris			
20	PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)			
21	PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant)			
22	PF: Ligatures des trompes et vasectomie			
	Montant total à payer			

Score qualité valide pour le mois.....%

Arrêté la présente facture de l'HGR est de.....USD pour le mois de

Le Président du COGE de l'HGR

Le Directeur de l'Hôpital Général de Référence

Nom :

Nom :

Signature :

Signature :

Validation de l'AAP

Nom :

Date :

Cachet :

Signature :

FACTURE CENTRE DE SANTE

CENTRE DE SANTE DE :

ZONE DE SANTE : AIRE DE SANTE:

Mois & Année :

No	Service	Quantité	CU USD	Cout total
1	Consultation Externe (nvx cas)			
2	Consultation Externe (nvx cas patient vulnérable) - plafond 5%			
3	Petite chirurgie (incl. circoncision)			
4	Cas référé à l'hôpital (avec contre référence)			
5	Enfant complètement vacciné			
6	VAT 2+: Femme complètement protégée			
7	Consultation Prénatal (nouvelle inscrite avant 4e mois)			
8	Consultation Prénatal Standard			
9	Accouchement assistés			
10	PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)			
11	PF: Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant)			
12	Surveillance de la croissance enfants 6 – 59 mois			
13	Visite à domicile: (évacuation de déchets, latrine ou toilette propose, moustiquaire dispos, accès à l'eau propre, utilisation PF, et vaccination)			
14	Dépistage volontaire du VIH/SIDA			
15	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie			
16	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH +			
17	Dépistage des cas TBC- BK positifs			
18	Nombre de cas TBC – BK positifs traités et guéris			

Score qualité valide pour le mois.....USD

Arrêté la présente facture du Centre de Santé est de(Chiffre et lettre)
.....USD,

Fait à le.....

Le Président du COSA

Nom :

Signature :

Le Responsable du Centre de santé

Nom :

Signature :

Validation de l'AAP

Nom :

Date :

Cachet :

Signature :

Annexe 19: L'outil Indicedes CS

OUTIL INDICE

Des centres de santé contractés par l'AAP/ PARSS grâce à un financement basé sur la performance
Version 25 Septembre 2013

1. Revenus et dépenses du trimestre écoulé: état des activités financières trimestrielles
2. Revenus et dépenses pour le mois passé et revenus et dépenses mensuels proposés pour le prochain trimestre
3. Budget pour les primes de rendement, la valeur du Point et Bonus mensuel de performance
4. Indice

1. Revenus et dépenses du trimestre écoulé (entrez uniquement les recettes monétaires et les dépenses de trésorerie):

État des activités financières trimestrielles

Trimestre/an

N_R	Les catégories de recettes	Recettes	N_D	Catégories de dépenses	Dépenses
1	Le recouvrement des coûts		9	Salaires	
2	Le recouvrement des coûts (mutuelles)		10	Les primes de performance	
3	Les salaires du gouvernement et d'autres sources		11	Médicaments et consommables médicaux	
4	Subventions FBP		12	Subventions pour la sous-traitance	
5	Contributions provenant d'autres sources		13	Coûts de nettoyage et de bureau	
6	Autre		14	Les frais de transport	
7	En caisse		15	Le marketing social	
8	Equilibre bancaire au début du trimestre		16	Réhabilitation des infrastructures	
Total des Recettes			17	Matériel et mobilier	
			18	Autre	
			19	Mis en réserve	
			Total des charges		
			Solde (revenu total moins les dépenses totales)		

2. Revenus et dépenses pour le mois passé et Revenus et dépenses mensuels proposés pour le prochain trimestre

Recettes	Revenus mensuels passés	Revenus mensuels proposés pour le prochain trimestre
Le recouvrement des coûts		
Le recouvrement des coûts (mutuelles)		
Les salaires du gouvernement et d'autres sources		
Subventions FBP		
Contributions provenant d'autres sources		
Autre		
En caisse		xxxxxxx
Equilibre bancaire au début du trimestre		
TOTAL		

Dépenses	Dépenses mensuelles passées	Dépenses mensuelles proposées pour le prochain trimestre
Salaires		
Les primes de performance		
Médicaments et consommables médicaux		
Subventions pour la sous-traitance		
Coûts de nettoyage et de bureau		
Les frais de transport		
Le marketing social		
Réhabilitation des infrastructures		
Matériel et mobilier		
Autre		
Mis en réserve		
TOTAL		

3. Budget pour les primes de performance, la valeur Point et Bonus mensuelle de performance

Budget pour les primes de performance pour le prochain		US\$
--	--	------

trimestre(a)		
Nombre de points pour l'ensemble du personnel pour le trimestre passé (b)		Points
Valeur en points (VP) du prochain trimestre = (a) / (b)		US\$
La valeur maximale de point par mois (MP) = (VP) / 3		US\$
Prime de performance individuelle mensuelle = (Partition % de rendement individuel (P)) * (valeur indice individuel (i)) * (MP)		US\$

4. Indice

- L'outil indice utilisé (a) la valeur maximale de points pour chaque membre du personnel, à partir de son contrat de motivation; (b) l'évaluation de la performance individuelle pour chaque membre du personnel et (c) la valeur du point pour le trimestre suivant obtenue à partir de l'article 3;
- Chaque mois du trimestre suivant, le personnel est évalué au moyen de l'évaluation de la performance individuelle (annexe 17 du manuel FBP), le score est enregistré dans un registre particulier;
- Les scores indices sont discutés au sein de l'équipe de gestion et présentés au CODESA;
- Chaque mois, avant le milieu du mois suivant et après approbation par le CODESA, le personnel reçoit sa prime de rendement variable;
- Le personnel qui n'est pas dans l'emploi à l'installation au cours du mois où le bonus est payé, n'a pas droit à une prime de rendement;
- Les primes non dépensées sont automatiquement versées dans les fonds de réserve;
- La gestion de l'établissement, en étroite collaboration avec le CODESA se réserve le droit d'investir dans l'infrastructure des installations ou des équipements au lieu de payer les primes de performance. Une telle décision doit être approuvée par la majorité absolue des membres du personnel.

N	Nom de famille, prénom	Indice	Valeur du point mensuel	% Evaluation Performance	Prime Brut	Impôts	Prime Nette
		(i)	(VP)	(P)	(PB)= (i)*(P)*(MP)	(I)	(PB) - (I)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							



22							
	Total (b)						

Annexe 20: Plan de management

PLAN DE MANAGEMENT POUR HGR

Analyse des résultats trimestre 2013 et planification pour le trimestre 2013.

1. INFORMATIONS GENERALES

Zone de santé Hôpital

Population :

STATISTIQUES DE L'HOPITAL

*Hormis les cas pris en charge par le personnel non qualifié

Mois	CE Méd. NC	Retr o Info faites	Malades admis		Jour-nées d'Ho sp	Accouc h par pers. qualifié	ligature des trompes et insertion DIU	Dons du sang donneur bénévole	Nbr de césarien -nes	Nbr d' interventions chirurgicales	
			Péd	MI						Ma	Min
			j								
.....											
.....											
.....											

2. CONSULTATIONS FAITES PAR MEDECIN - PCA

Quelle est la cible mensuelle pour les consultations vus par les médecins dans votre hôpital:
population / 12 x 10% =.....

Quels sont les problèmes des patients externes qui fréquentent votre hôpital ?

Faites une analyse des facteurs comme le pouvoir d'achat de la population de payer les tarifs, l'influence de la tarification forfaitaire ou par acte, compétition avec les privées, quelles sont les stratégies des privées à copier, manque de médicaments, villages éloignées, manque de personnel qualifié, manque de motivation du personnel, ainsi que d'autres problèmes.

.....



.....
.....
.....
Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre?

Considérez d'augmenter le personnel qualifié, diminution des tarifs, la tarification forfaitaire ou tarification par acte, amélioration de référence et contre référence.

3. HOSPITALISATION – PCA

Quelle est votre cible mensuelle pour les journées d'hospitalisation dans votre hôpital?
= population / 1000 x 10 jours :

Quel type de patients sont-ils hospitalisés dans la formation sanitaire ?

.....
.....
.....
Quels sont les problèmes liés à l'hospitalisation de malades ?

Faites une analyse des facteurs comme l'hygiène de l'hôpital, la disponibilité des toilettes et douches, présence permanente du personnel qualifié, organisation du système de garde (nuit, week-end), équipement d'hospitalisation (lits, moustiquaires, matelas, draps, table de nuit), conditions d'hospitalisation (homme-femme-enfant, espace, ventilation), examen clinique et suivi selon l'ordinogramme, mise à jour de la fiche d'hospitalisation, traitement selon l'ordinogramme.

.....
.....
.....
.....
.....
Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre en considérant les facteurs mentionnés ci haut?

4. RÉTRO INFORMATION ARRIVÉE - PCA

Quelle est la cible pour le rétro référence aux centres de santé des malades graves pour hôpital ?
= population / 12 x 2% :

Quels sont les problèmes que vous rencontrez pour donner de rétro information des patients gravement malades référés aux centres de santé?

.....
.....
.....
Quelles sont les stratégies et propositions pour améliorer le rétro référence que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre ?

5. ACTES CHIRURGICAUX - PCA

Quelle est la cible mensuelle pour les actes chirurgicaux :
majeurs (population / 12 x 0,5%) :.....et mineurs (population / 12 x 1%) :

.....
Quels sont les problèmes que vous rencontrez dans la bonne marche des activités chirurgicales au sein de votre hôpital?

Faites une analyse des procédures et protocoles de salle d'opération, procédures de stérilisation, disponibilité du personnel de garde, etc.

.....
.....
.....
.....
.....
Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en place au cours de ce trimestre ?

6. DON DE SANG - PCA

Calculer le nombre de donneurs bénévoles testé au VIH que vous faites par mois : population / 12 x 0,5% :

Quels sont les problèmes que rencontrent le personnel médical et l'hôpital dans les activités liées à la transfusion de sang issu des donneurs bénévoles?

.....
.....
.....
.....
.....
Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en place au cours de ce trimestre?

7. CESARIENNES, ACOUCHEMENTS DYSTOCIQUES – AVORTEMENTS - PCA

Quelles sont les cibles mensuelles pour :

Les césariennes (population x 4% / 12 x 10% x 50%) :

Accouchements dystociques (population x 5% / 12 x 10% x 50%) :

Quels sont les problèmes que vous rencontrez dans la bonne marche des césariennes et accouchements dystociques dans votre hôpital ?

Faites une analyse des procédures de référence des centres de santé intégré et les difficultés pour la population de payer les factures. Quelles interventions type dystociques vous faites dans l'hôpital (ventouse), procédures, éclampsie, ocytocine, etc). Césariennes non justifiés ?

.....
.....
.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en place au cours de ce trimestre ?

.....
.....

Quels sont les problèmes concernant les avortements dangereux dans votre aire de santé?

Cas de décès maternels après des avortements clandestins, cas de grossesse après viol, manque d'accès aux avortements sans risque ?

.....
.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'améliorations que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre ?

.....
.....

8. ESPACEMENT DES NAISSANCES –PCA & PMA

Quelle est la cible pour le programme des implants et DIU dans votre hôpital ?

Population x 20% / 12 x 2% :

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en place ?

.....
.....

Quelle est la cible pour le programme des ligatures des trompes et vasectomie dans votre hôpital ?

Population x 20% / 12 x 1%) :

Payer les centres de santé un bonus de motivation pour chaque référence faite, diminuer le prix de ligature, faire des chirurgies de stratégie avance dans certain CS de référence ?

.....
.....

Calculez le nombre de couples (femmes) qui utilisent par mois dans votre aire de santé des méthodes orales et injectable ?

Nouvelles + anciennes utilisatrices = population x 20% / 12 x 22% x 4 :

Combien de cas d'espacement des naissances vous pensez pouvoir atteindre par mois durant le nouveau trimestre ?

Quels sont les problèmes relatifs aux espacements de naissances (orales & injectables) dans votre Aire de Santé?

.....
.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'améliorations que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre ?

Recruter des infirmières additionnelles, collaboration avec les ONG locales, stratégies avancées, sous contrats privés, utiliser le relais communautaires, faire plaider chez les autorités politico administratives, leaders d'opinion, églises, bien expliquer effets secondaires

.....
.....
.....

Où vous pensez d'obtenir des intrants pour la PF?

.....

9. LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Quelles sont les cibles mensuelles de dépistage des tuberculeux :

population / 100.000 x 150 / 12 :

et de prise en charge des tuberculeux (population / 100.000 x 150 / 12 x 85%) :

.....

Quels sont les problèmes relatifs au dépistage et prise en charge de TBC dans votre Aire de Santé?

.....
.....
.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'améliorations que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre?

.....
.....
.....

10. CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE VIH/SIDA

Quelle est la cible pour votre aire de santé ?

= Population x..... % / 12 mois x 90%

Quel est le nombre moyen de personnes conseillées mensuellement dans votre CDV :

Quel est le nombre moyen de personnes dépistées mensuellement dans votre CDV :

Quels sont les problèmes que rencontre le personnel médical pour le conseil et dépistage volontaire du VIH/sida dans votre aire de santé?

.....
.....
.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre ?

.....
.....
.....

Quelle cible de dépistage vous comptez atteindre mensuellement tenant compte de ces stratégies ?.....

11. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA MERE - ENFANT (PTME)

Quel est le nombre moyen de femmes enceintes dépistées par mois dans votre Hop :

Quel est le nombre moyen de couples dépistés mensuellement dans votre Hop :

Quel est le nombre de femmes et nouveaux – nés VIH+ traités selon le schéma national dans votre Hop ?

Quels sont les problèmes que rencontre le personnel médical pour la PTPE dans votre aire de santé?

.....
.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre ?

.....
.....
.....

Quelle cible de femmes enceintes dépistées vous comptez atteindre mensuellement tenant compte de ces stratégies ?.....

12. TRAITEMENT DES PVV AUX ANTI-RETROVIRAUX

Calculer la cible de PVV sous Antirétroviraux

Population/12 x 3,1 % x 50% x 40%

Quel est le nombre moyen de nouveaux PVV adhérents aux ARV par mois dans votre hôpital/CDV :

Quel est le nombre moyen de PVV retournées mensuellement à une visite clinique dans votre hôpital/CDV :

Quels sont les problèmes que rencontre le personnel médical pour le traitement aux ARV dans votre structure de santé?

.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre ?

.....

Quelle cible de PVV traités aux anti- rétroviraux vous comptez atteindre mensuellement tenant compte de ces stratégies ?.....

13. ANALYSE DES RESSOURCES HUMAINES

Combien l'hôpital a payé en moyenne par mois pour les primes du personnel sur la base des recettes de recouvrement de coûts (recettes propres) et des subsides de l'AASS?

Total prime payée aux médecins en FCFA	}	Total = A
Total prime payée aux Infirmiers en FCFA :	.....	
Total prime payée aux Administratif en FCFA :	.....	
Total prime payée aux non qualifié, ouvriers et autres en FCFA :	.....	

Quel devrait être le montant raisonnable des primes mensuelles pour votre personnel ?

Calculer le montant total requis pour tous les membres du personnel tenant compte du barème en vigueur dans la CSS en FCFA : (Total =B)

Comment le total prime payé se rapporte-t-il aux besoins du personnel ?

Total A/Total B x 100 :%

Comment les besoins du personnel se rapportent-t-ils à vos recettes actuelles ?

Part de la prime mensuelle raisonnable dans les recettes du CS =
 Total B/Total recettes mensuelles x 100)?% des recettes

Catégories du personnel	Personnel actuel payé par la FOSA	Personnel proposé au recrutement pendant le trimestre suivant
Médecins		
Technicien Supérieure de santé		
Technicien Supérieur en Laboratoire		
Techn. sup. en environnement de santé		

Inf. Diplômé d'Etat		
Sagefemme Diplômé d'Etat / IADE		
Assistant d'Assainissement Diplômé d'Etat		
Infirmier Assistant de Santé		
Assistant Accoucheur		
Assistant de service d'hygiène		
AG/Comptabilité / réception		
Secouriste		
Garçon / fille de salle		
Sentinelle		
Autres :		
TOTAL		

14. AUTRES RESSOURCES

Décrire la situation concernant la disponibilité des médicaments essentiels (y inclut intrants PF et moustiquaires) et ce que vous comptez faire à ce sujet pendant la période de contrat?

.....

Décrire la situation concernant la disponibilité des matériels médicaux et ce que vous comptez faire à ce sujet pendant la période de contrat ?

.....

Décrire la situation concernant la disponibilité des meubles et fournitures de bureau et ce que vous comptez faire à ce sujet pendant la période de contrat ?

.....

Décrire la situation concernant les bâtiments et autres infrastructures et ce que vous comptez faire à ce sujet pendant la période de contrat ?

.....

15. PLANIFICATION FINANCIÈRE (trimestrielle)

Estimer les besoins financiers de l'hôpital sur la base de votre stratégie et des propositions d'amélioration.

Catégorie des dépenses	Dépenses trimestrielles actuelles	Dépenses prévues trimestre suivant
Achat médicaments et équipements médicaux		
Prime du personnel		
Dépenses d'investissement (Infrastructures, réhabilitation et équipements)		
Dépenses de fonctionnement (fournitures de bureau, entretien, transport)		
Paiement subside de sous contrat (aux PS ou dispensaire sous contracté)		
Autres dépenses		
Salaire personnel		
TOTAL		

Catégories de recettes	Recettes trimestrielles passé	Recettes prévues trimestre suivant
Recettes du recouvrement de coûts		
Contribution Ministère de la Santé - salaires		
Subsides de l'AASS		
Contribution d'autres bailleurs		
TOTAL		

Montrer ici les principales réalisations de votre formation sanitaire au cours du trimestre passé en rapport avec ce qui était prévue comme stratégies dans votre plan d'action	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Fait à.....le/...../20.....

Le Président du COGES

Nom :

Signature :

Le MDH

Nom :

Signature :

Validation de l'AAP

Nom :

Date :

Signature :

PLAN DE MANAGEMENT POUR CENTRE DE SANTE

Analyse des résultats trimestre 2013 et planification pour le trimestre 2013.

1. INFORMATIONS GENERALES

CS..... Aire de santé Population :

.....

Existence de sous contrats avec un poste de santé et/ou un dispensaire privé ? Oui / non

Si oui, lesquels ? Personnel qualifié : Personnel non qualifié :

STATISTIQUES du CSI

Trimestre passé	Consultations externes Nvx cas	Journées d'hospitalisation	Nbr d'accouchements par personne qualifié*	Nbr femmes – PF (nvx + anc) Pilules (3 mois) + injectable	Nbr CPN (nouvelles inscrites)	Nbr d'enfants complétement vaccinés

2. CONSULTATIONS EXTERNES

Quelle est la cible mensuelle pour les consultations externe dans votre aire de santé ?

Population totale de l'aire de santé/12 :

Quels sont les problèmes en rapport avec les consultations externes pour des patients qui fréquentent votre centre de santé intégré?

Faites une analyse des facteurs comme le pouvoir d'achat de la population de payer les tarifs, l'influence de la tarification forfaitaire ou par acte, compétition avec les privées, quelles sont les stratégies des privées à copier, manque de médicaments, villages éloignées, manque de personnel qualifié, manque de motivation du personnel, ainsi que d'autres problèmes.

.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre ?

Considérez d'augmenter le personnel qualifié, stratégies avancées, de sous contrats avec des postes et/ou dispensaires privés, diminution des tarifs, la tarification forfaitaire ou tarification par acte, paiement des charlatans – croix rouges pour qu'ils arrêtent leurs services dangereux, etc.

.....

.....
.....
.....

3. HOSPITALISATION

Quelle est votre cible mensuelle pour les journées d'hospitalisation dans l'aire de santé ?

Population / 1000 x 0,5 x 3 jours :

Quel type de patients sont-ils hospitalisés (observés) dans la formation sanitaire ?

.....
.....

Quels sont les problèmes liés à l'hospitalisation (observation) des malades ?

Faites une analyse des facteurs comme l'hygiène du centre de santé intégré, la disponibilité des latrines et douches, présence permanente du personnel qualifié, organisation du système de garde (nuit, week-end), équipement d'hospitalisation (lits, moustiquaires, matelas, draps, table de nuit), conditions d'hospitalisation (homme-femme-enfant, espace, ventilation), examen clinique et suivi selon l'ordinogramme, mise à jour de la fiche d'hospitalisation, traitement selon l'ordinogramme,

.....
.....
.....
.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre en considérant les facteurs mentionnés ci haut ?

.....
.....
.....
.....

4. RÉFÉRENCE DE PATIENTS GRAVES

Quelle est la cible mensuelle pour la référence des malades graves dans votre aire de santé ?

(= population / 12 x 4%)

Quels sont les problèmes que vous rencontrez pour référer des patients gravement malades aux structures de référence ?

Contre - information de l'hôpital reçu – transport – distance – volonté des patients d'être référé ?

.....
.....
.....

Quelles sont les stratégies et propositions locales pour améliorer la référence au cours de ce trimestre en tenant compte des subsides payés par l'Agence d'Achat ?

.....

5. DISTRIBUTION VIT A (enfants entre 6 et 59 mois)

CONSULTATIONS PRE SCOLAIRES (enfants entre 12 et 59 mois)

Calculez le nombre d'enfants dans l'âge de 6 – 59 mois, qui doivent recevoir chaque mois une capsule de Vit A dans votre aire de santé ? = population x 18% / 12 x 2 caps x 90%

Quelles stratégies vous comptez appliquer pour les atteindre ?

Visites aux écoles, visites dans les villages, etc.

.....

Calculer le nombre d'enfants chaque mois qui ont terminé six visites standards des consultations préscolaires dans l'âge de 12 et 59 mois ? = population x 16% / 4 / 12

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre ?

.....

6. IMMUNISATION (PEV)

Le groupe cible des enfants âgés de moins de 1 an est de 4,5% de la population de l'aire de santé.

Le nombre de grossesses prévues dans l'aire de desservie est de 4,8%.

Type de vaccin	Nbre vacciné au trimestre précédent	Cible trimestrielle	% atteint au trimestre précédent	% à atteindre au trimestre suivant
BCG				
DTC3				
VAR				
VAA				
Enfants complètement vaccinés				

Quels sont les problèmes relatifs à l'immunisation dans votre Aire de Santé?

.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre ?

.....
.....
.....
.....

De quelles ressources supplémentaires avez-vous besoin pour atteindre cette cible (UNICEF e.a.?)

.....
.....

7. DISTRIBUTION DES MOUSTIQUAIRES

Considérez que la cible pour la couverture de moustiquaires pour la population est de 30% dans votre aire de santé, combien de moustiquaires vous devez vendre par mois ?

= Population de l'aire de santé / 5 ans / 12 mois / 1,5 personnes¹⁰.

Quel était le taux de couverture pour l'utilisation de moustiquaires imprégnés d'insecticide au cours du trimestre passé dans votre aire de santé?

= Nombre de moustiquaires distribuées pendant le dernier trimestre /
(Population de l'aire de santé / 4 trimestres / 5 ans / 1,5 personnes) =%

Quels sont les problèmes liés à la distribution des moustiquaires imprégnés d'insecticide dans votre aire de santé?

.....
.....
.....
.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre pour atteindre la cible

.....
.....
.....
.....

Où vous pensez acheter les moustiquaires?

.....
.....
.....
.....

8. LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

¹⁰On estime qu'une moustiquaire est utilisée par un utilisateur pendant 5 ans et qu'une moustiquaire est utilisée en moyenne par 1,5 personne – couple, mère avec son enfants.

Quelles sont les cibles mensuelles de dépistage des tuberculeux (population / 100.000 x 150 / 12) et de prise en charge des tuberculeux (population / 100.000 x 150 / 12 x 85%) dans votre aire de santé ?

.....

Quels sont les problèmes relatifs au dépistage et prise en charge de TBC dans votre Aire de Santé?

.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'améliorations que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre?

.....

.....

.....

9. NOUVELLES LATRINES CONSTRUITES

Quelle est la cible mensuelle pour les latrines construits et/ou améliorés dans votre aire de santé?

Population / 6 personnes par ménage / 12 mois / 3 ans :

Quels sont les problèmes relatifs à l'amélioration et la construction des latrines dans votre Aire de Santé?

.....

.....

.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'améliorations que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre?

.....

.....

.....

10. ESPACEMENT DES NAISSANCES

Calculer nombre de couples (femmes) qui utilisent par mois dans votre aire de santé des méthodes orales et injectable si on prend comme cible 21% de la population ?

Nouvelles + anciennes utilisatrices = population x 21% / 12 x 22% x 4

Combien de cas d'espacement des naissances vous pensez pouvoir atteindre par mois durant le nouveau trimestre ?

Quels sont les problèmes relatifs à l'espacement de naissances (orales & injectables) dans votre Aire de Santé?

.....

.....

.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'améliorations que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre ?

Recruter des infirmières additionnelles, collaboration avec les ONG locales, stratégies avancées, sous contrats privés, utiliser le relais communautaires, faire plaider chez les autorités politico administratives, leaders d'opinion, églises, bien expliquer effets secondaires

.....
.....
.....

Où vous pensez obtenir des intrants pour la PF?

.....

Comment vous pensez commencer le programme des implants, et des DIU dans votre Aire de Santé ?

.....
.....

Quelles sont les stratégies pour les interventions chirurgicales de la PF (ligature des trompes, vasectomie) dans la zone en collaboration avec les hôpitaux de district?

.....
.....

11. CONSULTATIONS PRENATALES

Calculez le nombre de consultations prénatales nouvelles inscrites par mois pour atteindre la cible de 90%? = population x 5% / 12 x 90%

Calculez le nombre de consultations prénatales visites standard par mois pour atteindre le cible que 70% des femmes enceintes qui visite au moins 3 fois les consultations standard ?

= population x 5% / 12 x 3 x 70%

Quels sont les problèmes que rencontre le personnel médical en rapport avec les consultations prénatales effectuées dans votre aire de santé?

.....
.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre ?

.....
.....
.....

12. ACCOUCHEMENTS ET AVORTEMENTS

Calculez le taux de couverture d'accouchements assisté pour le trimestre passé? %

= Nombre d'accouchements réalisés / population x 5% / 12 mois

Quelle est la cible pour votre aire de santé ? accouchements par mois.

= Population x 5% / 12 mois

Quels sont les problèmes relatifs aux accouchements assistés par le personnel qualifié dans votre aire de santé?

Faites une analyse des facteurs comme la disponibilité de personnel qualifié en permanence, salle d'accouchement propre et garantissant la confidentialité, équipement (table d'accouchement, boîte d'accouchement, ventouse, aspirateur, stéthoscope obstétrical, fil de cordon, fil de suture), conditions d'hygiène (gants, tablier plastique, produits de désinfection), conditions d'hospitalisation (espace, ventilation, moustiquaire), existence d'un partogramme et utilisation correcte.

.....
.....
.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'améliorations que vous comptez mettre en œuvre en considérant les facteurs ci hauts?

Augmenter le personnel qualifiés, acheter des équipements médicaux et/ou de nettoyage, réhabilitation d'infrastructure, faire une formation du personnel, ouvrir une nouvelle maternité, etc.

.....
.....
.....

Quels sont les problèmes concernant les avortements dangereux dans votre aire de santé?

Cas de décès maternel après des avortements clandestins, cas de grossesse après viol, manque d'aces aux avortements sans risque ?

.....
.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre ?

.....

13. CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE VIH/SIDA

Quelle est la cible pour votre aire de santé ?

= Population x% / 12 mois x 90%

Quel est le nombre moyen de personnes conseillées mensuellement dans votre CDV.....

Quel est le nombre moyen de personnes dépistées mensuellement dans votre CDV.....

Quels sont les problèmes que rencontre le personnel médical pour le conseil et dépistage volontaire du VIH/sida dans votre aire de santé?

.....
.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre ?

.....
.....
.....

Quelle cible de dépistage vous comptez atteindre mensuellement tenant compte de ces stratégies ?.....

14. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA MERE-ENFANT (PTME)

Quelle est la cible pour votre aire de santé ?

= Population/12 x 4% x 3,1% x 80%

Quel est le nombre moyen de femmes enceintes dépistées par mois dans votre CSI.....

Quel est le nombre moyen de couples dépistées mensuellement dans votre CSI.....

Quel est le nombre de femmes et nouveaux – nés VIH+ traités au selon le schéma national dans votre CSI ?

Quels sont les problèmes que rencontre le personnel médical pour la PTME dans votre aire de santé?

.....
.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre au cours de ce trimestre ?

.....
.....
.....

Quelle cible de femmes enceintes dépistées vous comptez atteindre mensuellement tenant compte de ces stratégies ?.....

15. ANALYSE DES RESSOURCES HUMAINES

Combien le centre de santé intégré a payé en moyenne par mois pour les primes du personnel sur la base des recettes de recouvrement de coûts (Recettes propres) et des subsides de l'Agence d'Achat?

Total prime payée aux Infirmiers du CS en FCFA

Total prime payée aux non qualifié du CS en FCFA

Total prime personnel en \$=..... (Total = A)

Total prime payée aux Ouvriers et autres en FCFA

Quel devrait être le montant raisonnable des primes mensuelles pour votre personnel ? Calculer le montant total requis pour tous les membres du personnel tenant compte du barème en vigueur dans la CSS en \$..... (Total =B)

Comment le total prime payé se rapporte – t – il aux besoins du personnel ?

Total A/Total B x 100) :%

Comment les besoins du personnel se rapportent-t-ils à vos recettes actuels ?

Part de la prime mensuelle raisonnable dans les recettes du CSI = Total B/Total recettes mensuelles x 100 :% des recettes

Catégories du personnel	Personnel actuel payé par la FOSA	Personnel proposé au recrutement pendant le trimestre suivant
Médecins		
Technicien Supérieure de santé		
Technicien Supérieur en Laboratoire		
Techn. sup. en environnement de santé		
Inf. Diplômé d'Etat		
Sage femme Diplômé d'Etat / IADE		
Assistant d'Assainissement Diplômé d'Etat		
Infirmier Assistant de Santé		
Assistant Accoucheur		
e d'hygiène Assistant de service		
AG/Comptabilité / réception		
Secouriste		
Garçon / fille de salle		
Sentinelle		
Autres :		
TOTAL		

16. AUTRESRESSOURCES

Décrire la situation concernant la disponibilité des médicaments essentiels (y inclut entrants PF et moustiquaires) et ce que vous comptez faire à ce sujet au cours de ce trimestre?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Décrire la situation concernant la disponibilité des matériels médicaux et ce que vous comptez faire à ce sujet au cours de ce trimestre ?.....

.....

.....

.....

Décrire la situation concernant la disponibilité des meubles et fournitures de bureau et ce que vous comptez faire à ce sujet au cours de ce trimestre ?.....

.....

.....

.....

Décrire la situation concernant les bâtiments et autres infrastructures et ce que vous comptez faire à ce sujet au cours de ce trimestre

?.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

17. PLANIFICATION FINANCIERE

Estimer les besoins financiers du centre de santé sur la base de votre stratégie et des propositions d'amélioration.

Catégorie des dépenses	Dépenses du trimestre Passé	Dépenses trimestrielle prévu
Achat médicaments et équipements médicaux		
Prime du personnel		
Dépenses d'investissement (Infrastructures, réhabilitation et équipements)		
Dépenses de fonctionnement (fournitures de bureau, entretien, transport,...)		

Paiement subside de sous contrat (aux PS ou dispensaire sous contracté)		
Autres dépenses		
TOTAL		
Catégories de recettes	Recettes du trimestre passé	Recettes du trimestre prévu
Recettes du recouvrement de coûts (Propres)		
Contribution Ministère de la Santé - Salaires		
Subsides de l'AASS Brazza		
Contribution d'autres bailleurs		
TOTAL		

Montrer ici les principales réalisations de votre formation sanitaire au cours du trimestre passé en rapport avec ce qui était prévue comme stratégies dans votre plan d'action	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Fait à.....le/...../2013.

Le Président du COSA

Responsable du CS

Nom :

Nom

Signature :

Signature

Validation de l'AAP

Nom :

Date :

Signature :

Annexe 21: Termes de reference pour le comité indigente

TERMES DE REFERENCE

Pour le Comité Indigent

Version 13 Septembre 2013

Le MSP teste une nouvelle approche pour aider les plus pauvres des pauvres d'accéder soins médicaux de bonne qualité dans le programme FBP. Ce nouveau programme permettra aux établissements de santé de classer jusqu'à 5% des consultations curatives du mois passé, à être classés sous la rubrique «nouvelle consultation par un patient indigent» (au Centre de Santé) ou «journée d'admission d'un indigent patient » (à l'hôpital général).

La formation sanitaire est autorisée à demander un remboursement plus élevé (selon les barèmes en vigueur) pour cette catégorie de soins, dans les conditions suivantes:

1. Le patient est en effet très pauvre;
2. Le nombre total par mois est limitée à 5% du total des nouvelles consultations du mois passé ;
3. Pour l'Hôpital général une règle spéciale supplémentaire s'applique:
 - a. Pour admissions, jusqu'à un total de 7 jours, le HG peut réclamer une telle catégorie pour chaque jour de l'admission; (entre 7 et 10 jours subventionnement croise du soin par des autres sources de revenus)
 - b. Au-delà de 10 jours, le HG peut réclamer une telle catégorie pour chaque jour supplémentaire jusqu'à cinq jours;
 - c. Au-delà de 15 jours, l'HG devra contacter le vérificateur de l'AAP désignée pour discuter de cette question.
4. Il y a un comité de Indigent fonctionnelle qui supervise régulièrement l'identification correcte des plus pauvres parmi les pauvres;
5. Le contrat d'achat avec l'AAP est valable (ca dépend aussi de l'utilisation correcte de cette catégorie);
6. La formation sanitaire continue d'offrir des soins de qualité pour ces indigents, tout comme pour n'importe quel autre patient (tel que mesuré par la check liste de la qualité et documentées dans le plan de management);
7. Si les soins pour l'indigent individuelle dépasse la subvention négociée pour cette catégorie, c'est l'établissement de santé s'engage à subventionner les soins pour cette personne indigente, d'autres sources de revenus.

Le but du Comité d'indigent :

- Pour vous assurer que la catégorie «nouvelle consultation par un malade indigent » (Centre de santé) ou «journée d'admission d'un malade indigent » (Hôpital General) est utilisé uniquement par les plus pauvres des pauvres;
- Pour promouvoir et sensibiliser la communauté locale de ce mécanisme d'assistance aux plus pauvres des pauvres;
- Pour résoudre les problèmes qui peuvent survenir avec ce mécanisme d'assistance.

Les règles intérieures du Comité indigents sont:

- Les membres du Comité Indigent (IC) sont nommés par le CODESA ;
- Les membres du CI sont (4):
 - Un président un membre respecté de la communauté locale; non liée à un membre du personnel du centre de santé, pas un membre du CODESA)
 - Un secrétaire (membre du CODESA)
 - Deux membres (nommés par la communauté locale ; non liée à un membre du personnel du centre de santé, pas un membre du CODESA)
- Sexe: les membres IC devrait avoir au moins une représentation 50/50 de femmes, une meilleure représentation des femmes est souhaitable ; une plus forte représentation des hommes n'est pas admissible (par exemple : 2 femmes et 2 hommes sont acceptables; 3 ou 4 femmes sont souhaitables, 3 hommes ou plus ne sont pas autorisées)

Ses produits sont les suivants:

- Le CI doit se réunir au moins une fois par mois et examiner et approuver l'application de la «catégorie de paiement indigent »;
- Procès-verbaux doivent être consignés dans un registre et signés par les participants et datés ;
- Leur rapport devrait figurer dans les délibérations du CODESA

Annexe 22 : Contrat Relatif aux Modalités d'Achat des Services des Associations Locales

Entre,

L'Agence Financièredans la Province de,
représentée par....., ci-après dénommée « AGEFIN»

Et

L'Association Locales :

Représenté par :

Le Président :
Mme/Mr.....

L'Association Locale se situe dans la zone de santé de, ci-
après dénommé «Association Locale »

Preamble :

Considérant la Politique Nationale de Santé à travers son outil de mise en œuvre qu'est la stratégie de renforcement du système de santé ;

Tenant compte des différents axes de cette stratégie dont l'axe de revitalisation des zones de santé auquel contribue l'Agence Financière, AGEFIN en sigle.

Se basant sur le Document du Guide d'opérationnalisation du Financement Basé sur la Performance, FBP en sigle,

Respectant le principe qu'il faut donner un maximum d'autonomie de gestion aux formations sanitaires afin qu'elles puissent orienter leur gestion sur base de leurs priorités.

Considérant que le premier acteur du système de santé est la population ; que son rôle d'utilisateur des services de santé lui donne la possibilité d'apprécier la qualité des services offerts et d'émettre des suggestions visant à améliorer les prestations fournies par la Formation sanitaire.

Il est librement convenu ce qui suit :

Des engagements de deux parties

II-1. De l' AGEFIN

Article 1^{er} :

L'AGEFIN appuie l'ASLO, sur les plans technique, logistique et financier, dans le but de contribuer à :

- L'augmentation du rendement quantitatif et qualitatif des prestataires des soins ;
- L'offre des soins de qualité à la population ;
- L'accessibilité financière et géographique des soins de santé ;
- L'implication de la communauté dans la prise en charge de sa santé.

Article 2 :

L'AGEFIN s'engage à apporter son apport financier par la subvention de certaines prestations fournies l'Association locale

Article 3 :

Les prestations subventionnées et le barème des indicateurs se présentent comme suit (Montant de la subvention unitaire pour chaque indicateur et par Catégorie) :

Indicateur	Cibles à atteindre/mois	Coût unitaire
1. Fiche (de malade) remplie correctement, complètement et remise à temps	20	5 \$
2. Fiche incomplète (de malade) remise à temps		2,5 \$
3. Fiche (de malade) remplie correctement, complètement et remise avec un retard de 5 jours		2,5 \$
4. Bonus transport : plus de 10 fiches des malades remises	20	30 \$
5. Bonus transport : ≤ 10 fiches des malades remises		20 \$

Article 4 :

L'AGEFIN à travers son personnel à l'obligation :

- Tirer au sort dans chaque centre de santé les échantillons et fournir aux enquêteurs chaque trimestre les fiches d'enquêtes correctement remplies avec les informations nécessaires permettant de retrouver la personne à son domicile.
- Contrôler les fiches remplies retournées par les enquêteurs.

- Compléter un résumé mensuel de vérification des enquêtes communautaires
- Payer l'enquête effectuée correctement.
- Faire la synthèse des enquêtes et donner les résultats aux Structures et associations pendant les réunions semestrielles.

II-2. L'Association Locale de l'Aire de Santé

Article 5 :

L'Association locale (ASLO) s'engage à effectuer des enquêtes dans l'aire de santé auprès des communautés bénéficiaires des services des structures appuyées par l'AGEFIN par l'entremise de ses membres.

Article 6 :

Les enquêteurs seront choisis parmi les membres de l'ASLO suivant les critères ci après :

- Savoir lire, écrire le Français et traduire en langue locale
- Présenter un acte écrit confirmant sa disponibilité pendant au moins 20 jours par trimestre pour effectuer lesdites enquêtes.
- Etre disponible à se déplacer jusqu'aux ménages les plus éloignés de l'aire de santé du centre de santé couverte par l'association.
- S'engager à accomplir ses tâches dans le respect des populations enquêtées en gardant la confidentialité sur les informations reçues.
- N'avoir aucun lien de parenté ou d'autre nature avec le personnel du centre de santé.

Article 7:

L'Association s'engage à aider l' AGEFIN dans la vérification des données SNIS par des mini enquêtes ménages afin de déterminer le niveau de satisfaction de la population par rapport à la qualité de services lui offerts dans un délai ne dépassant pas 7 jours à partir de la date de réception des questionnaires.

Article 8 :

L'Association s'engage à sensibiliser les populations bénéficiaires de l'aire de santé sur le programme de financement basé sur les résultats et sur les actions de l'AGEFIN dans la zone d'action conformément au message donné par le vérificateur communautaire de l'AGEFIN.

Article 9 :

Le président de l'association s'engage à présenter à l'AGEFIN un plan d'action semestriel au plus tard le cinquième jour du premier mois du semestre suivant.

Article 10 :

La présentation du plan d'action semestriel constitue une condition sine qua non du renouvellement du présent protocole.

Article 11:

Les fiches d'enquêtes de la satisfaction de la population devront être signées conjointement par l'enquêteur et le Président de l'Association.

Article 12 :

A la fin des enquêtes, l'association locale présente à l'AGEFIN l'ensemble de questionnaires remplis dans un délai de 7 jours. Il y annexe un rapport synthèse des résultats de l'enquête qui comprend les principaux constats sur terrain, les activités de sensibilisation ainsi que les principales difficultés rencontrés.

Article 13 :

L'Association s'engage à présenter trimestriellement un rapport général des constats et avis de la communauté bénéficiaire à canaliser vers la structure de l'aire de santé pour des améliorations souhaitées. Elle l'adresse à l'AGEFIN en faisant copie au comité de santé de l'aire de santé. Le président de l'ASLO présente ces résultats lors de l'atelier trimestriel de restitution des résultats du programme qui regroupe tous les acteurs concernés.

Article 14 :

Un mauvais remplissage ou un remplissage incomplet d'une fiche d'enquête entraîne le non-paiement de cette enquête. La remise tardive de l'ensemble des questionnaires d'enquête, c'est à dire au-delà du délai de 5 jours entraîne également le non-paiement total de l'enquête, la cessation de prestations et le non renouvellement du présent protocole

Modalités de paiement

Article 15:

Le paiement des prestations des associations se fera sept jours après la remise des fiches d'enquêtes. Le retard de plus de 5 jours dans la remise des fiches d'enquête à l'AGEFIN entraîne l'annulation de la subvention de ces fiches pour le mois considéré.

Article 16 :

L'AGEFIN informera par écrit le président de l'association du paiement effectué en précisant le montant payé. Une copie de la facture sera annexée à la fiche d'analyse d'enquêtes.

Article 17 :

Le montant calculé est directement viré au compte de l'association. En retour, l'association accusera réception des fonds dans un délai ne dépassant pas cinq jours, faute de quoi le paiement pour le mois suivant ne pourra pas être effectué

Article 18:

Sur demande de l'ASLO et selon ses possibilités, l'AGEFIN peut faciliter et/ou appuyer à travers leurs actions les ASLO qui se montrent soucieuses et fournissent des efforts de développement et de sensibilisation en vue d'améliorer les interventions dans les zones d'intervention.

Durée

Article 19:

Le présent protocole a une durée de six mois renouvelable. Il prend cours à dater de sa signature.

Des sanctions, résiliation ou non-renouvellement

Article 20 :

Le présent protocole peut être résilié pour fautes suivantes :

Fraudes répétitives dans le remplissage des fiches, mise en évidence par le vérificateur communautaire de l'AGEFIN, 50 % du montant de la subvention sera retranché pour la 1ère fois et il y aura la résiliation définitive du protocole pour la 2ème fois. Non-respect des obligations incombant à chacune des parties. La partie lésée peut notifier à l'autre partie la résiliation du présent protocole en lui expliquant par écrit les motifs de cette résiliation.

L'arrêt de la convention de financement de l'approche FBP par les différents bailleurs de fonds. Force majeure obligeant l'AGEFIN à arrêter les activités du programme.

Règlement des litiges

Article 21 :

Tout litige survenant à l'occasion de l'interprétation et de l'exécution du présent contrat sera soumis à la procédure de conciliation entre les parties devant le conseil d'administration de l'AGEFIN sinon, le litige sera déféré devant le comité provincial de pilotage.

Article 22 :

Les deux parties s'engagent à exécuter de bonne fois ce protocole d'accord.

Article 23 :

Aucune indemnité n'est prévue à la fin du présent protocole d'accord.

Ainsi fait à, en deux exemplaires, chacune des parties ayant retiré l'exemplaire lui destiné, le.....

Noms, signatures et sceaux

Pour Association Locale

Pour l'AGEFIN

Le Responsable de l'ASLO Le coordinateur ou son délégué

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL**



CELLULE TECHNIQUE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

**GUIDE OPERATIONNEL DE
L'APPROCHE DU FINANCEMENT
BASE SUR LES RESULTATS
DANS LE
SECTEUR DE LA SANTE**

Octobre 2012

Table des matières

I. HISTORIQUE DU FBR EN RDC	3
II. JUSTIFICATION	4
CHAPITRE 1 : GENERALITES SUR LE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS	5
1.1 DEFINITION DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS	5
1.2 PRINCIPES DE BASE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS	5
1.3 LES ORGANES ET LES ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE	6
1.3.1. LES ORGANES DE MISE EN ŒUVRE	6
1. Au niveau Central :	6
– Le CCT	6
– La Commission de financement et contractualisation	6
– La Cellule d’appui et de Gestion du Ministère de la santé	6
– La Cellule Technique du Financement Basé sur les Résultats du Ministère de la santé	6
– L’Agefin nationale	7
2. Au niveau provincial	7
– Le CPP	7
– La Commission de financement et contractualisation	7
– Agefin provinciale	7
3. Au niveau opérationnel	8
– Le CA	8
– Les organes de participation communautaire (COGE, CODESA)	8
– Fosa : HGR et CS	8
1.3.2. LES ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE	8
1. Régulateur	8
2. Prestataires des soins et des services de santé	9
3. Vérificateur	9
4. Acheteur	9
5. Payeur	9
1.4 LES OUTILS DU FBR	10
CHAPITRE 2 : LES INTERVENANTS DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS AU NIVEAU OPERATIONNEL	17
2.1 PRESTATAIRES	17
2.1.1 Les Hôpitaux Généraux de Référence	17
2.1.2 Les Centres de Santé	17
2.2 COMMUNAUTE	17
2.3 REGULATEUR	18
2.4 VERIFICATEUR	18
2.5 PAYEUR	19

CHAPITRE 3 : LES INTERVENANTS DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS AU NIVEAU PROVINCIAL.....	20
3.1 PRESTATAIRES	20
3.2 REGULATEUR.....	20
3.3 VERIFICATEUR	21
3.4 PAYEUR	21
CHAPITRE 4 : LES INTERVENANTS DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS AU NIVEAU CENTRAL	22
4.1 PRESTATAIRES	22
4.2 REGULATEUR.....	22
4.3 VERIFICATEUR	23
3.5 PAYEUR	23

INTRODUCTION

I. HISTORIQUE DU FBR EN RDC

En l'an 2000, l'approche contractuelle est introduite en RDC par le document Vade-mecum de Partenariat du gouvernement Congolais avec des partenaires dont la BM, l'UE, le FM, la BAD, GIZ et Cordaid.

La mise en œuvre du PBF en RDC a débuté depuis 2002 avec les initiatives des différents projets et qui couvraient en 2010 une population d'environ 22 millions de personnes réparties dans les 11 provinces et 153 zones de santé, soit un tiers de la population totale de la RDC.

Ces initiatives ont permis de démontrer que le financement basé sur les résultats améliore l'utilisation et la qualité des services de santé sous certaines conditions dont l'incitation, la vérification de la quantité et de la qualité des prestations ainsi que l'approbation préalable du budget prévisionnel.

En mars 2005, les donateurs et les gouvernements ont matérialisés leur adhésion à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide publique au développement. Cette déclaration fondée sur cinq principes fondamentaux met un accent sur la redevabilité mutuelle et la gestion axée sur les résultats, perspectives dans lesquels le FBR se place.

En février 2006, le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont adopté, lors de la revue annuelle, une stratégie sectorielle dénommée 'Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) qui permettrait aux travers de ses cinq axes la réforme du financement dans le secteur de la santé. C'est dans cette perspective qu'en 2008 que le MSP et ses partenaires ont adopté le document de la réforme du financement dans le secteur de la santé.

En 2009 un forum de haut niveau a été organisé du 15 au 16 juin pour l'application des recommandations de la déclaration de Paris, à l'issue duquel l' « Agenda de Kinshasa » a été élaboré pour renforcer l'efficacité de l'aide publique axée sur la production des résultats.

En 2010, le processus d'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire 2011 – 2015 a permis une opérationnalisation de la SRSS sur la version actualisée comportant six axes. Ces deux documents constituent dès lors le cadre stratégique de référence, de programmation et de budgétisation des actions du Gouvernement relatives au secteur de la santé, ainsi que pour le dialogue avec les Partenaires Techniques et Financiers.

En octobre 2010, une revue des expériences FBR a été organisée à Kinshasa, à l'issue de laquelle un mémorandum d'entente a été signé entre le MSP et ses partenaires pour l'adoption du FBR comme une des approches nationales, dans le cadre de la réforme du financement du secteur de la santé.

Pour la mise en œuvre de cette approche, une Cellule Technique Nationale du FBR a été mise en place en avril 2011, dont le mandat est de contribuer à l'amélioration de l'efficience et l'efficacité du financement des services de santé dans le cadre de la mise en œuvre du FBR qui est une des approches de financement des systèmes de santé devant permettre l'atteinte des résultats dans le cadre du PNDS principalement en ce qui concerne les OMD.

II. JUSTIFICATION

Afin de contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Gouvernement a entrepris une série des réformes pour toute l'administration publique. Pour le secteur santé, quatre réformes importantes sont en cours, à savoir : la décentralisation, la réforme des ressources humaines, la réforme hospitalière et la réforme du financement. En rapport avec la réforme du financement, il y a eu la mise en place de la Cellule d'Appui et de Gestion (CAG) pour améliorer la coordination des interventions des différents partenaires.

Le Financement Basé sur les Résultats en RDC vise à améliorer la performance des structures de soins, la performance des différents acteurs, la qualité de services et de réduire le poids financier du coût des soins supportés par les malades. Il permet également de promouvoir des actions incitatives en vue d'améliorer la performance individuelle des agents de santé sur base des résultats réalisés. Ce qui contribue à la politique de rétention des ressources humaines en santé.

Cette approche est un mécanisme de paiement en faveur des prestations produites au niveau des structures contractantes du niveau opérationnel, provincial et central permettant ainsi d'adopter une approche holistique de soutien au système de santé.

A l'heure de la mise en œuvre du FBR conformément aux orientations nationales, le MSP se dote du présent Guide opérationnel, qui définit les modalités pratiques de mise en œuvre pour le secteur santé.

La mise en œuvre de cette approche se fera dans un esprit de recherche action et d'ajustement progressif de son contenu à l'épreuve des faits.

Ce guide présente les résultats qui doivent être atteints à tous les niveaux. Il sera éventuellement actualisé en cas de nécessité par concertation avec les différents acteurs sous l'égide du MSP.

CHAPITRE 1 : GENERALITES SUR LE FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

1.1 DEFINITION DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

1) Selon la communauté pratique PBF :

Financement Basé sur la Performance (FBP/PBF) est une approche du système de santé, axée sur les résultats, définis comme la quantité et la qualité des services produits et **caractérisé par des contrats de performance** pour les acteurs de la régulation, des agences d'achat de performance, des services financeurs et les prestataires ; appliquant les forces du marché, mais visant aussi à en corriger les défaillances.

2) Selon l Musgrove P,- Banque Mondiale: [www. rbfhealth.org](http://www.rbfhealth.org)

Financement Basé sur la Performance (FBP/PBF) est “Un paiement en cash ou en transfert non-monnaire fait aux prestataires d’une structure ou aux bénéficiaires des services **après que des résultats préétablis ont été atteints et vérifiés**. Le paiement est fait à condition que des actions mesurables ont été réalisées”.

3) **Selon le Manuel des procédures du Burundi**

C’est une approche de financement axée sur les résultats réalisés (services produits) qui contribue à inciter les prestataires à l’amélioration de leurs performances. Cette approche est matérialisée par une relation contractuelle entre les différents acteurs du système.

1.2 PRINCIPES DE BASE DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS

Le Financement basé sur les résultats repose sur les principes ci-après :

1. La Séparation des fonctions :

Attribuer les fonctions du système à des acteurs différents pour limiter les conflits d'intérêt ainsi que éviter les cas où un acteur est «joueur et arbitre» dans le même jeu. En particulier, on se focalise sur les fonctions de régulation, d'achat et paiement, de vérification et de prestation de soins. Elle ne doit pas être vue comme **un cloisonnement**

2. La qualité des soins

Les soins offerts à la population doivent répondre aux **normes qualitatives** (efficacité, efficacité, globalité, continuité, innocuité, intégration, rationalité,...)

3. La concurrence des acteurs

Il s’agit d’un principe se basant sur la participation de tous les acteurs dans l’offre et la demande des services. Elle exclue donc toute forme de **monopole** dans la mise en œuvre du FBR.

4. Le partenariat public- privé

Il s’agit d’une **intégration de la relation entre le privé et le public** dans le cadre de l’offre des services de santé. Ce principe vise une collaboration de toutes les structures tant qu’elles sont **intégrées dans la carte sanitaire**.

5. L’autonomie de gestion des structures sanitaires :

C'est une **liberté décisionnelle** accordée aux prestataires des services dans le cadre de la mise en œuvre de leurs activités : choisir les stratégies pour la prestation des services en se conformant sur la réglementation.

6. La contractualisation

C'est l'action de traduire une relation par un **contrat**, outil qui décline très clairement les **engagements** des parties prenantes ainsi que les modalités de mise en œuvre.

7. La viabilité financière des structures sanitaires

Les recettes doivent être supérieures aux dépenses (**R>D**) et permet donc à la fosa de faire face aux coûts de production des services de santé de qualité.

8. Le renforcement de la voix de la communauté.

Il s'agit d'une **implication effective** et d'une prise en compte régulière des avis de la population dans le cadre de la mise en œuvre des activités.

1.3 LES ORGANES ET LES ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE

1.3.1. LES ORGANES DE MISE EN ŒUVRE

1. Au niveau Central :

- **Le CNP:** le CNP s'occupera de l'endossement des documents normatifs qui seront produits dans le cadre de la mise en œuvre du FBR au niveau national. Il reste donc le cadre privilégié des discussions et de gestion des conflits au niveau national.

- **Le CCT**

Il sera chargé des discussions et préparations des différents documents contractuels ainsi que les outils de financement élaborés dans le cadre du FBR ;

Il préparera les différentes soumissions à faire valider au CNP

- **La Commission de financement et contractualisation**

Il sera chargé des discussions et préparations des différents documents contractuels ainsi que les outils de financement élaborés dans le cadre du FBR ;
Aussi de préparer les rapports périodiques d'activités à soumettre au CCT pour adoption et validation.

- **La Cellule d'appui et de Gestion du Ministère de la santé**

Elle est chargée de la gestion programmatique : planification, mise en œuvre, M&E, coordination, gestion des approvisionnements et des stocks, formation ; ainsi que de la gestion financière à travers l'Agences financières.

- **La Cellule Technique du Financement Basé sur les Résultats du Ministère de la santé**

La Cellule Technique de Financement Basé sur les Résultats (CTFBR) a pour mandat et missions :

- **Mandat**

La CT-FBR est appelée à contribuer à l'amélioration de l'efficacité et l'efficacités du financement des services de santé dans le cadre du PNDS 2011-2015.

- **Mission**

La CT-FBR est appelée à piloter la mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats au sein du Ministère de la Santé Publique de la République Démocratique du Congo

De façon spécifique, la cellule veillera à ce que tous les projets FBR en cours et à venir du MSP s'alignent au document d'orientations nationales relatives au financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé.

La CT-FBR a 5 fonctions principales :

- (i) assurer la coordination des activités FBR à tous les niveaux ;
- (ii) Appuyer la mise en œuvre et le renforcement des capacités institutionnelles du FBR à tous les niveaux ;
- (iii) Assurer le suivi-évaluation des activités FBR ;
- (iv) contribuer à la mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du FBR à tous les niveaux ;
- (v) Organiser et appuyer la recherche et la documentation des expériences FBR.

- **L'Agefin nationale**

C'est une structure autonome de droit privé ayant signé un contrat de prestation de services avec le MSP.

Est responsable de l'exécution les paiements de toutes les dépenses des programmes FBR et assure la gestion des comptes de paiement des dépenses des différents financements

2. Au niveau provincial

- **Le CPP**

S'occupera de l'endossement des documents normatifs qui seront produits dans le cadre de la mise en œuvre du FBR au niveau national. Il reste donc le cadre privilégier des discussions et de gestion des conflits au niveau national.

- **La Commission de financement et contractualisation**

Il sera chargé des discussions et préparations des différents documents contractuels ainsi que les outils de financement élaboré dans le cadre du FBR ;

Il préparera les différentes soumissions à faire valider au CPP

- **Agefin provinciale**

Elle est responsable de l'exécution les paiements de toutes les dépenses des programmes FBR et Assure la gestion des comptes de paiement des dépenses des différents financements.

3. Au niveau opérationnel

– Le CA

Le CA s'occupera de l'endossement des documents normatifs qui seront produits dans le cadre de la mise en œuvre du FBR au niveau opérationnel. Il reste donc le cadre privilégié des discussions et de gestion des conflits au niveau national.

– Les organes de participation communautaire (COGE, CODESA)

La place de la population bénéficiaire se retrouve dans l'utilisation des services de santé, l'expression en termes de satisfaction au cours des enquêtes communautaires et la capacité de proposer des changements nécessaires.

– Fosa : HGR et CS

Les Fosa offriront le PMA et PCA complet dans leur aire de responsabilité, amélioreront la qualité des prestations sanitaires et inciteront à la performance des prestataires secondaires.

1.3.2. LES ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre du FBR nécessite la collaboration entre les différents acteurs ayant chacun une fonction spécifique :

1. Régulateur

Assure le fonctionnement correct du système de santé, en fixant des normes et directives ; et en veillant à leur respect lors des supervisions.

La régulation est assurée par le Ministère de la Santé Publique et ses structures décentralisées (le Secrétariat Général au niveau central, les DPS au niveau provincial, les BCZS au niveau opérationnel).

Au niveau central :

La régulation est assurée par le MSP, représenté par le Secrétariat Général à la santé. La Cellule Technique de Financement Basé sur les Résultats (CTFBR) fonctionne sous tutelle du Ministre ayant en charge la Santé Publique dans ses attributions et sous la coordination technique et administrative du Secrétaire Général à la Santé Publique.

Au niveau provincial :

La régulation est assurée par le Ministre ayant la santé dans ses attributions, représenté par la Division Provinciale de la Santé.

Au niveau Opérationnel :

La régulation est assurée par le BCZS, représenté par l'ECZS sous la coordination technique et administrative du MCZ.

2. Prestataires des soins et des services de santé

Les prestataires sont regroupés en deux catégories, les prestataires administratifs et les prestataires cliniques ou des soins.

2.1. **Les prestataires administratifs** : prestations administratives prenant en compte la gestion des ressources, reporting, etc...

2.2. **Les prestataires cliniques ou des soins** : les prestations cliniques ou des soins sont assurées par les formations sanitaires qui prestent des actes cliniques: promotionnels, préventifs, curatifs (dépistage, soins, accueil) et réadaptatifs.

Le PMA est assuré par les structures de première ligne ou CS et le PCA est assuré par les établissements des soins (HGR, Hôpitaux provinciaux et nationaux).

3. Vérificateur

Le vérificateur s'assure de l'authenticité des prestations déclarées par les structures contractantes et de la qualité perçue par la communauté.

On distingue deux types de vérificateur, les vérificateurs administratifs et les vérificateurs communautaires.

3.1. La vérification administrative

Elle se fait par une agence de vérification qui la réalise mensuellement ou trimestriellement. Il s'agit d'une démarche technique au niveau de la structure contractante qui consiste à la vérification des données sur base des factures élaborées par les structures contractantes. Le vérificateur se fait accompagné par le régulateur.

3.1. La vérification communautaire

Elle se fait dans la communauté pour vérifier la matérialité des prestations ainsi que la qualité des soins fournis. Elle est réalisée trimestriellement par une organisation indépendante de la formation sanitaire.

4. Acheteur

L'acheteur décide les services à rémunérer, négocie/fixe les tarifs et les critères de paiement en concertation avec les prestataires sous la supervision du régulateur.

L'achat des prestations est assuré par une **structure indépendante** (étatique, paraétatique ou privée non lucratif) conformément aux clauses du contrat.

5. Payeur

Le payeur canalise les fonds jusqu'aux prestataires de soins et exécute le transfert de l'argent.

Il assure le paiement des factures émises par les structures contractantes après l'authentification de celles-ci par le vérificateur.

Dans certains cas, les fonctions de vérification et de paiement peuvent être jouées par une même structure en veillant à la séparation de ces fonctions.

1.4 LES OUTILS DU FBR

	REGULATION	PRESTATION	VERIFICATION	PAIEMENT/ACHAT
NIVEAU CENTRAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. PNDS 2. PAO de la CT-FBR 3. Guide FBR 4. Normes et directives nationales 5. Arrêté créant la CT-FBR 6. Statut du personnel des carrières des services publics de l'Etat, le code du travail et le règlement intérieur 7. Contrat 8. Grille de répartition des primes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normes et directives nationales 2. Plan d'action 3. Plan de travail trimestriel 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapports d'activités 2. Cadre de performance 3. Cadrage des indicateurs 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bordereaux des prestations 2. Facture
NIVEAU PROVINCIAL	<ol style="list-style-type: none"> 1) PPDS 2) Normes et directives nationales 3) Arrêté créant la CT-FBR 4) Statut du personnel des carrières des services publics de l'Etat, le code du travail et le règlement intérieur 5) Contrat 6) Grille de répartition des primes 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Normes et directives nationales 2) Plan d'action Plan de travail trimestriel 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapports d'activités 2. Cadre de performance 3. Cadrage des indicateurs 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bordereaux des prestations 2. Facture
NIVEAU OPERATIONNEL	<ol style="list-style-type: none"> 1. PDZS 2. PAO 3. Plan de travail trimestriel 4. Contrat 6. Grille de répartition des primes 5. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ordinogrammes et Guide thérapeutique 2. Outils de gestion : SNIS, Rumer, Fiche de stock, Fiche des malades, Livre de caisse, Partogramme 3. Registre des prestations 4. Grille de la qualité des soins (CS, HGR) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ordinogrammes et Guide thérapeutique 2. Outils de gestion : SNIS, Rumer, Fiche de stock, Fiche des malades, Livre de caisse, Partogramme 3. Registre des prestations 8. Grille de vérification communautaire et administrative 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bordereaux de paiement 2. Facture 3. Accusé de réception des fonds

Dans la gestion courante du FBR, les outils ci-après sont utilisés. Néanmoins cette liste n'est pas exhaustive, d'autres outils peuvent être intégrés selon le contexte.

1. Contrat de performance

Un arrangement contractuel est une alliance volontaire de partenaires indépendants ou autonomes qui s'engagent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de leur relation.

Les signataires du contrat varient selon le niveau où celui-ci est signé. Au niveau du centre de santé, le contrat est signé entre d'une part, l'infirmier titulaire et le préscosa et d'autre part l'Agefin. Ce contrat sera contresigné par le médecin chef de ZS et l'AAP.

Au niveau de l'hôpital, le contrat est signé entre d'une part, le médecin directeur et l'Administrateur Gestionnaire titulaire et d'autre part l'Agefin. Ce contrat sera contresigné par l'AAP et enfin par le médecin chef de ZS pour prise de connaissance.

Au niveau du BCZS, le contrat est signé entre d'une part, le médecin chef de ZS et l'Administrateur Gestionnaire de la ZS et d'autre part l'Agefin. Ce contrat sera contresigné par l'AAP et le médecin inspecteur provincial pour prise de connaissance.

Au niveau de la DPS, le contrat est signé entre d'une part, le médecin inspecteur provincial et le chef de Bureau chargé de la gestion des ressources et d'autre part l'Agefin. Ce contrat sera contresigné par le secrétaire général à la santé et l'AAP.

Au niveau central, le contrat est signé entre d'une part, le directeur chefs de services ou des programmes et le chef de division chargé de la gestion des ressources et d'autre part l'Agefin. Ce contrat sera contresigné par le secrétaire général à la santé et l'AAP.

Les éléments constitutifs d'un contrat sont : les indicateurs contractuels, le montant alloué par indicateur, les modalités de vérification, les modalités de paiement, la durée du contrat, les sanctions, le mode de règlement des contentieux. Notons que tous ces éléments doivent être négociés entre les différents acteurs lors de la signature du contrat.

2. Plan de travail trimestriel budgétisé

Il découle du plan d'action annuel de la structure. C'est un plan qui analyse la situation, identifie les problèmes prioritaires et propose les **stratégies réalistes** pour atteindre les objectifs fixés.

Bordereaux de prestations

Est la facture mensuelle élaborée par la structure après la vérification. Elle est contresignée par le vérificateur.

Cette facture mensuelle est produite en quatre exemplaires, une sera gardée au CS pour classement et référence, une sera acheminée au BCZ, deux seront transmises à la DPS en vue d'être validée et transmettra une copie à l'AGEFIN.

Etapas dans la préparation d'un plan de travail trimestriel

1. Obtenir et analyser les données des indicateurs de la période précédente.
2. Enumérer les forces et faiblesses par rapport à la couverture et à l'atteinte de la cible.
3. Analyser les causes de ces faiblesses en rapport avec :
 - a. Structure (Infrastructure et équipement, personnel, organisation).
 - b. Population (Accessibilité financière, géographique, et culturelle)

- c. Communauté (Relais communautaires, les leaders d'opinion, les autorités politico-administratives,...)
4. Identifier les stratégies à mettre en place cette année pour éliminer les causes de ces faiblesses et atteindre les cibles déterminées (Chercher la créativité et l'innovation)
5. Choisir les stratégies prioritaires à réaliser.
6. Déterminer les cibles pour l'année en cours
7. Elaborer le Plan de travail détaillé qui inclut les cibles, les stratégies, les dates et délais, les ressources nécessaires (humaines, matérielles, et financières).
9. Discuter le Plan de travail budgétisé avec l'AAP en présence du régulateur avant l'approbation
10. Faire signer le Plan de travail budgétisé par le responsable de la structure et l'AAP, puis le faire contre signer par le régulateur.

3. Grille de répartition des primes

Elle permet une répartition équitable de la prime individuelle aux agents d'une structure en fonction de leur catégorie professionnelle, de leur performance et de la norme établie par le gouvernement.

Pour des raisons d'équité, la rémunération de chaque prestataire est néanmoins ajustée par un facteur correctif prédéterminé et variable en fonction des critères prédéfinis (ex. catégorie professionnelle, ancienneté, responsabilité, présence au travail, etc.).

4. Canevas d'évaluation de la qualité

Dans le FBR, la qualité est particulièrement suivie au niveau des prestations des structures. Pour cela des canevas d'évaluation de la qualité sont régulièrement utilisés en ce qui concerne les FOSA (CS et HGR) de même que les autres structures contractantes. Pour les autres structures l'évaluation de la qualité de la prestation est prise en compte sous forme de critères de qualité de l'indicateur de la prestation. Ces évaluations de qualité peuvent donner droit à un bonus qualité, qui sera affecté pour au moins **50%** aux investissements.

5. Barème des sanctions

Lors de diverses vérifications, plusieurs types d'erreurs ou de fraudes commises par les structures contractantes du MSP peuvent être notés.

Il peut s'agir d'erreurs de calcul, de cas (patient) non identifiés¹, de surfacturation, de fraudes dans le rapportage des résultats ou dans l'utilisation des ressources financières allouées. Les fraudes et les erreurs doivent être documentées et notifiées. Après vérification et confirmation des sanctions qui s'imposent seront prises.

Les sanctions suivantes peuvent être appliquées.

¹ Il se peut que l'association locale ne retrouve pas dans la communauté un patient figurant dans la liste des cas à vérifier au niveau communautaire identifié par l'agence de vérification.

5.1. Sanctions financières

Il s'agit d'une retenue financière progressive qui sera appliquée sur les subsides alloués à la structure, telle que convenue lors de la signature du contrat.

En cas d'aggravation ou de persistance de la fraude, l'Agefin peut suspendre le contrat de la structure. Dans ce cas, le régulateur et l'AAP doivent proposer une autre formation sanitaire de la Zone de Santé pour remplacer la structure suspendue.

5.2. Sanctions administratives

Les sanctions administratives seront appliquées aux agents en cas de fraude.

Pour les fonctionnaires de l'Etat, les sanctions se conformeront aux dispositions prévues par le statut des agents de carrière des services publics de l'Etat.

Pour les autres fonctionnaires (privés ou confessionnels), ces sanctions seront conformes à leur barème de sanction spécifique.

6. Les indicateurs contractuels de performance

6.1. Définition

Un **indicateur** est une mesure, qui indique le degré de réalisation d'un objectif ou une cible. Il souligne les progrès accomplis vers l'objectif fixé. Un indicateur doit être SMART = Spécifiques, Mesurables, Accessible, Réalisables; et en Temps opportun.

6.2. Détermination des indicateurs

Les indicateurs contractuels de performance sont des mesures visant à décrire la performance à atteindre. Ils permettent de connaître le degré d'atteinte ou le niveau de réalisation d'un objectif. Ils sont déterminés par le régulateur en concertation avec les autres acteurs de mise en œuvre. Ils tiendront compte des objectifs à atteindre (cibles) qui ne doivent pas s'écarter des normes nationales et internationales.

Chaque niveau du système de santé a ses propres indicateurs qui sont en annexe au présent Guide. La province a pour mission d'adapter la liste des indicateurs selon son contexte tout en restant dans le cadre normatif du SNIS. Les indicateurs doivent prendre en compte les activités de la structure d'une manière globale et non seulement des interventions spécifiques.

Lors de la mise en œuvre d'un projet FBR, il est souhaité de commencer avec un nombre limité d'indicateurs. Les indicateurs contractuels doivent tenir compte des activités qui ont un coût-efficacité connu.

Trop d'indicateurs entraînent une gestion trop difficile avec comme conséquence la contre productivité. Par contre, s'il ya peu d'indicateurs cela a comme risque de se focaliser sur quelques prestations et de négliger les autres aussi importantes.

6.3. Pondération des indicateurs contractuels

La détermination des subsides à allouer aux indicateurs contractuels se fait au cours d'une négociation entre l'AAP et les prestataires sous la supervision du régulateur. Ces ententes sont notifiées dans les clauses du contrat entre la structure et l'Agefin.

Les critères d'allocation des subsides FBR aux indicateurs contractuels doit :

- Correspondre aux priorités de la politique du Ministère (Santé, Education, Développement rural,...) ;
- Tenir compte de la disponibilité des fonds ;
- Répondre au paquet des services de la structure contractante ;
- Tenir compte du niveau d'atteinte de la cible ;
- Satisfaire les besoins des bénéficiaires.

6.4. Facturation des prestations

Pour chaque indicateur, la cible à atteindre est définie au préalable dans les clauses du contrat. Le calcul du montant à alloué à chaque indicateur tiendra compte de la performance réalisé par indicateur.

La quantité des prestations réalisées correspond à la sommation des montants calculés pour chaque indicateur. Le niveau d'atteinte de la cible est obtenu en divisant la quantité de prestations réalisées par la cible à atteindre définie dans les clauses du contrat. Le calcul du montant à percevoir pour un indicateur donné se fera en multipliant le taux de réalisation par le coût unitaire dudit indicateur. Le pourcentage de paiement à recevoir par indicateur est fonction du niveau d'atteinte de cette cible. En cas de dépassement de la cible, le pourcentage à payer sera négocié entre l'AAP et le prestataire sous la supervision du régulateur. Ce dernier ne doit pas excéder 125%.

6.5. Types d'indicateurs contractuels

Des subsides FBR peuvent être payés pour :

(a) les indicateurs de quantité

Un indicateur de quantité renseigne sur le nombre des prestations réalisées.

Le nombre d'indicateurs de quantité dans les centres de santé (paquet minimum de santé) ou des hôpitaux (paquet complémentaire santé) sont généralement compris entre 15 et 30 indicateurs. S'il y a moins de 15 indicateurs, cela risque d'entraîner une tendance à la verticalisation de certains programmes spécifiques. Plus de 30 indicateurs de quantité rend le système trop complexe et difficile à surveiller.

(b) les indicateurs de qualité

Un indicateur de qualité permet de mesurer les changements dans le respect des normes de la prestation. C'est un indicateur composite qui répond aux critères établis pour la prestation réalisée.

La qualité est un concept complexe et multidimensionnel.

Les indicateurs de qualité peuvent être autour de 120 à 200. Ils sont vérifiés périodiquement et renseigne sur la qualité technique des prestations. La qualité perçue des prestations est mesurée selon le niveau de satisfaction des bénéficiaires.

Le paiement de la qualité se fait selon un score résumé de tous les indicateurs et non par indicateur.

Sur base du score de qualité, les incitations positives et négatives devraient être mobilisées pour récompenser la bonne qualité (approche carotte-carotte) ou pour décourager la mauvaise qualité (approche carotte-bâton).

a. La mise en œuvre du FBR

Elle passe par trois étapes : phase préparatoire ; phase de mise en œuvre proprement dite et la phase d'évaluation.

i. Phase préparatoire

- 1) Faire une étude de faisabilité dans laquelle il faut déterminer le pré requis, le coût de production de services de santé (PMA, PCA) ainsi que le costing du montage et la fonctionnalité des structures. Cette étude pourra aussi permettre de déterminer le niveau de départ des indicateurs de performance.
- 2) Présentation des résultats des études et négociation avec les acteurs
- 3) Réajuster potentiellement et signer les accords avec les parties prenantes
- 4) S'assurer du financement

ii. Phase de mise en œuvre proprement dite

1. Sensibilisation des parties prenantes sur les modalités de la mise en œuvre.
2. Elaboration participative du plan de mise en œuvre du FBR et son endossement par les instances attitrées (CNP, CPP et CA)
3. Le renforcement des capacités des institutions et des acteurs de mise en œuvre.

Le but de cette étape est de permettre aux acteurs de maîtriser les principes, théories du FBR, les outils de gestion et les procédures d'intervention en vue de leur application dans les structures contractantes. Mais aussi de permettre une normalisation des interactions entre les différents organes.

Il s'agit de :

- La formation initiale de base ;
- La remise à niveaux des acteurs;
- L'échange d'expériences, le stage ainsi que les visites de terrain.

iii. Exécution des activités dans les structures

L'exécution proprement dite consistera à :

- l'élaboration des plans de travail/ Business plan/ plan de management budgétisé et subsidié des structures contractantes ;
- la négociation et la signature des contrats de performance et éventuellement des sous contrats ou contrats secondaires;
- l'élaboration du bordereau des prestations de la période du contrat ;
- la vérification quantitative et qualitative des prestations ;
- le paiement des subsides aux structures contractantes ;
- le coaching/supervision de la structure contractante

iv. Suivi et évaluation

Le suivi se fera tout au long de l'exécution des activités conformément aux dispositions contractuelles. L'évaluation se fera également selon les dispositions contractuelles et permettra d'apporter des ajustements éventuels.

a. Formation et renforcement des capacités

Le processus de formation doit prendre en compte les principes de base ci-dessous :

- L'élaboration des plans de formation (pays, provinces et zones), ces plans doivent être endossés à tous les niveaux (CCT du CPN au niveau central, CPP au niveau provincial et CA au niveau opérationnel) et ils devront être vulgarisés à tous les niveaux.

- L'utilisation des modules de formation validés (DPS/ECP, BCZS/ECZ, Fosa et ASLO) : toute modification ou tout ajustement doit faire objet d'une discussion avec les acteurs du MSP attitrés.
- Le pays doit identifier un pool de formateurs et disposé d'une base des données de formateurs diffusé et définir le profil des formateurs à tous les niveaux.
- L'organisation d'une formation FBR doit se conformer aux dispositions techniques, budgétaires et logistiques validées.

b. Recherche action et documentation

Le processus de recherche action et documentation doit prendre en compte les principes de base ci-dessous :

- L'élaboration d'un plan de recherche pays intégrant les différents sujets par province ;
- L'appui aux structures dans l'élaboration des protocoles de recherche ;
- La mise en place d'un système de diffusion des résultats de recherche (mise en place d'un site internet pays, un bulletin ou une revue semestrielle,...) ;
- La connexion de la RDC dans le fora internationaux.

c. Suivi et évaluation

Le suivi et évaluation du FBR se mènera dans la logique du cadre du suivi et évaluation des actions sanitaires tel qu'écrit dans le PNDS et prévoit deux types de suivi et évaluation (routine et stratégique).

Ceci dit que les différents indicateurs d'extrants, d'effets ou d'impacts sont issus de ce cadre unique du suivi et évaluation validé par tous les partenaires du secteur santé ; ce n'est qu'à ce titre que le FBR renforcera le SNIS existant en veillant sur la qualité des données rapportées.

CHAPITRE 2 : LES INTERVENANTS DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS AU NIVEAU OPERATIONNEL

2.1 PRESTATAIRES

2.1.1 Les Hôpitaux Généraux de Référence

En dehors de l'offre du PCA, l'HGR aura aussi pour tâches :

- Elaborer un plan de management de l'Hôpital général de référence en collaboration avec les membres de son Comité de Direction et sous la supervision de l'ECP;
- Négocier et signer un contrat de performance avec l'Agefin ;
- Organiser les activités de marketing social en collaboration avec les CODESA, les RECO et autres leaders de la communauté ;
- Négocier la tarification des soins avec les représentants de la population;
- Inciter à la performance des prestataires secondaires par des sous contrats ;
- Elaborer des modalités interne d'attribution des primes de performance pour le personnel de l'Hôpital par l'utilisation d'une grille de répartition/outil indices;

2.1.2 Les Centres de Santé

En dehors de l'offre du PMA, le CS aura aussi pour tâches :

- Elaborer un plan de travail (mensuel, trimestriel ou semestriel) budgétisé du CS, en collaboration avec le CODESA, les structures sous contrats sous la supervision de l'ECZ;
- Organiser les activités de marketing social en collaboration avec les CODESA, les RECO et autres leaders de la communauté ;
- Négocier la tarification des soins avec le CODESA et autres leaders de la communauté ;
- Négocier et signer un contrat de performance avec l'Agefin ;
- Elaborer le bordereau des prestations avec le vérificateur;
- Fixer des modalités interne d'attribution des primes de performance pour le personnel du CS par l'utilisation d'une grille de répartition ;
- Inciter à la performance des acteurs communautaires et des prestataires secondaires par des sous contrats.
- Identifier, négocier et signer des sous contrats ou contrats secondaires avec les structures de l'AS **en cas de nécessité.**

2.2 COMMUNAUTE

- Les prestations de la communauté sont essentiellement les activités promotionnelles et préventives. En dehors de ces prestations, la communauté aura comme tâches : Négocier et signer un contrat de prestation avec l'Agence d'achat de performance pour la contre vérification.

- Vérifier l'existence des personnes enregistrées comme utilisatrices par les centres de santé et les hôpitaux ;
- Vérifier l'authenticité des prestations déclarées par ces FOSA;
- Participer à l'évaluation de la satisfaction de la population concernant les prestations fournies par le centre de santé et l'hôpital ;
- Récolter des suggestions d'amélioration de la qualité des services émises par la population.

2.3 REGULATEUR

En dehors des activités de pilotage et d'encadrement dévolu au BCZS/ECZ , le régulateur aura aussi pour tâches :

- Elaborer le plan de travail (mensuel, trimestriel ou semestriel) du BCZ;
- Signer un contrat de performance avec l'Agefin;
- Contresigner les contrats de performances entre les Fosa (CS et HGR) et l'Agefin;
- Assurer le coaching des structures contractantes de la ZS dans l'élaboration de leur plan de travail et dans la répartition des primes individuelles de performance;
- Participer à la vérification des prestations des Fosa avec l'Agence d'achat des performances;
- Elaborer des modalités internes d'attribution des primes de performance pour le personnel de ECZS par l'utilisation de la grille de répartition);
- Résoudre d'éventuels conflits lors de la mise en œuvre du FBR au niveau des Fosa.
- Veiller à l'application des normes et directives sanitaires.

2.4 VERIFICATEUR

S'assure de l'authenticité des prestations déclarées par les structures contractantes ainsi que de la qualité technique et perçue par la communauté.

De ce fait la vérification revêt deux volets, la quantité et la qualité:

La vérification administrative se fait par une agence de vérification qui la réalise mensuellement ou trimestriellement.

Cette vérification des données se fait sur base des factures élaborées par les structures contractantes. Le vérificateur se fait accompagné par le régulateur. Le vérificateur vérifie la conformité des données rapportées dans le SNIS et sur la fiche des données FBR déclarées en parcourant les registres de la formation sanitaire.

La vérification communautaire comprend 3 volets/résultats attendus :

- La vérification de l'existence des utilisateurs tirés au sort dans les registres des formations sanitaires ;
- La vérification de l'effectivité de la prestation déclarée ;
- Le degré de satisfaction des utilisateurs pour la prestation effectuée.

2.5 PAYEUR

Le payeur canalise les fonds jusqu'aux prestataires de soins et exécute le transfert de l'argent.

Il assure le paiement des factures émises par les structures contractantes après l'authentification de celles-ci par le vérificateur.

CHAPITRE 3 : LES INTERVENANTS DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS AU NIVEAU PROVINCIAL

3.1 PRESTATAIRES

Les structures sanitaires du niveau provincial (hôpitaux provinciaux, laboratoires provinciaux, etc...)

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, ces structures sanitaires ont aussi pour tâches de :

- Elaborer un plan de management de la structure en collaboration avec les membres de son Comité de Direction et sous la supervision de l'ECP;
- Négocier et signer un contrat de performance avec l'Agefin ;
- Fixer des modalités interne d'attribution des primes de performance pour le personnel de la structure par l'utilisation d'une grille de répartition;

3.2 REGULATEUR

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, la DPS a pour tâches de :

- Elaborer le plan de management de la DPS ;
- Signer un contrat de performance avec l'AGEFIN pour la réalisation de ses missions ;
- Contresigner les contrats de performances entre les ZS et l'Agefin;
- Renforcer l'organisation des revues trimestrielles de validation des données des ZS ;
- Assurer le coaching des structures contractantes du niveau opérationnel ainsi que du niveau provincial dans l'élaboration de leur plan de travail et dans la répartition des primes individuelles de performance;
- Participer à l'évaluation de la qualité technique des prestations dans les hôpitaux et autres;
- Valider et transmettre à l'agence d'achat des prestations le rapport trimestriel d'évaluation de la qualité des prestations des Fosa;
- Participer à l'élaboration et à la validation des plans de Management de la ZS;
- Fixer des modalités internes d'attribution des primes de performance pour le personnel (par l'utilisation de l'outil indices);
- Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBR au niveau Provincial en collaboration avec la ZS et l'agence d'achat des prestations ;
- Veiller à l'application des normes et directives sanitaires.

3.3 VERIFICATEUR

S'assure de l'authenticité des prestations déclarées par les structures contractantes ainsi que de la qualité technique et perçue par la communauté.

De ce fait la vérification revêt deux volets, la quantité et la qualité:

La vérification administrative se fait par une agence de vérification qui la réalise mensuellement ou trimestriellement.

Cette vérification des données se fait sur base des factures élaborées par les structures contractantes. Le vérificateur se fait accompagné par le régulateur. Le vérificateur vérifie la conformité des données rapportées dans le SNIS et sur la fiche des données FBR déclarées en parcourant les registres de la formation sanitaire.

L'Agence de vérification présente les résultats de la vérification communautaire au niveau du CPP.

3.4 PAYEUR

Le payeur canalise les fonds jusqu'aux prestataires de soins et exécute le transfert de l'argent.

Il assure le payement des factures émises par les structures contractantes après l'authentification de celles-ci par le vérificateur.

CHAPITRE 4 : LES INTERVENANTS DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS AU NIVEAU CENTRAL

4.1 PRESTATAIRES

Les structures sanitaires du niveau central (Les structures du secrétariat général, hôpitaux nationaux, laboratoires nationaux. etc.)

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, ces structures sanitaires ont pour tâches de :

- Elaborer un plan de management de la structure en collaboration avec les membres de son Comité de Direction et sous la supervision du Secrétariat Général à la santé;
- Négocier et signer un contrat de performance avec l'Agefin ;
- Fixer des modalités interne d'attribution des primes de performance pour le personnel de la structure par l'utilisation d'une grille de répartition.

4.2 REGULATEUR

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR, le Secrétariat Général à la santé a pour tâches de :

- Elaborer le plan de management du Secrétariat Général à la santé ;
- Signer un contrat de performance avec l'AGEFIN pour la réalisation de ses missions ;
- Contresigner les contrats de performances entre les DPS et l'Agefin;
- Assurer le coaching des structures contractantes des niveaux national et provincial dans l'élaboration de leur plan de travail et dans la répartition des primes individuelles de performance;
- Suivre la mise en œuvre du FBR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire;
- Elaborer des directives nationales pour la mise en œuvre du FBR dans le secteur santé en RDC;
- Assurer le plaidoyer et la mobilisation des ressources pour le FBR ;
- Planifier les missions d'accompagnement des provinces pour le FBR;
- Assurer le contrôle de qualité des prestations dans les structures des soins et services de santé tant du niveau provincial que central ;
- Participer à l'évaluation de la qualité technique des hôpitaux provinciaux et nationaux ;
- Fixer des modalités internes d'attribution des primes de performance pour le personnel du Secrétariat Général à la santé, Hôpitaux provinciaux et Hôpitaux nationaux;
- Participer au règlement d'éventuels conflits de mise en œuvre du FBR au niveau Provincial et central en collaboration avec les DPS et l'agence financière ;
- Veiller à l'application des normes et directives sanitaires.

4.3 VERIFICATEUR

La vérification des prestations des structures au niveau central sera réalisée par une organisation externe contractée à cet effet, les modalités pratiques seront fixées dans le contrat.

3.5 PAYEUR

Le payeur canalise les fonds jusqu'aux prestataires de soins et exécute le transfert de l'argent.

Il assure le paiement des factures émises par les structures contractantes après l'authentification de celles-ci par le vérificateur.

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL



**DIRECTIVES DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE DE
RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE**

Draft 01

SEPTEMBRE 2006

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ACRONYMES	3
INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE I : DIRECTIVES RELATIVES À L'ENCADREMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SRSS.....	8
1.1. Mise en place des Comité National et Provinciaux de Pilotage de la SRSS.....	8
1.2. Responsabilités de différents niveaux du système de santé dans la mise en œuvre de la SRSS	10
1.3. Rôles et responsabilités des partenaires au développement la SRSS	12
1.4. Protection des Zones de Santé en développement et de leurs provinces respectives.....	12
CHAPITRE II : DIRECTIVES RELATIVES AU DEVELOPPEMENT DE LA ZS ET A LA CORRECTION DES DISTORSIONS INDUITES DANS LA CARTE SANITAIRE NATIONALE.....	15
2.1. Directives générales sur le développement de la Zone de Santé.....	15
2.2. Directives relatives au développement du leadership intégré de la ZS.....	16
2. 3. Directives relatives au lancement de nouvelles ZS, à la construction de nouvelles formations sanitaires et à la correction des distorsions de la carte sanitaire	18
2.4. Directives relatives à la rationalisation du fonctionnement des formations sanitaires	19
2.5. Directives relatives à l'amélioration de la couverture sanitaire de la ZS.....	20
2.7. Directives relatives à l'amélioration de la qualité des soins.....	21
2.8. Directives relatives à l'organisation de la participation communautaire.....	25
CHAPITRE III : DIRECTIVES RELATIVES A LA REORGANISATION DU NIVEAU INTERMEDIAIRE.....	28
CHAPITRE IV. DIRECTIVES RELATIVES A LA REORGANISATION DU NIVEAU CENTRAL	31
CHAPITRE V : DIRECTIVES RELATIVES A LA RATIONALISATION DU FINANCEMENT DE LA SANTE.....	32
CHAPITRE VI : DIRECTIVES RELATIVES AU DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE.....	35
CHAPITRE VII : DIRECTIVES RELATIVES A LA RECHERCHE SUR LES SYSTEMES DE SANTE.....	37
CHAPITRE VIII : DIRECTIVES RELATIVES A LA CONTRACTUALISATION	38
CHAPITRE IX : DIRECTIVES RELATIVES AU RENFORCEMENT DE LA COLLABORATION INTRA ET INTER SECTORIELLE.....	40
CHAPITRE X : DIRECTIVES RELATIVES A L'APPROVISIONNEMENT ET LA GESTION DES MEDICAMENTS	42
CHAPITRE XI : DIRECTIVES RELATIVES A LA GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE (GIS).....	43
CHAPITRE XII : DIRECTIVES RELATIVES AU SUIVI ET A L'EVALUATION DE LA SRSS.....	44
ANNEXES	47
ANNXE I : Classification des Zones de Santé selon leur potentiel au développement par province.	48
ANNXE II : Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), indicateurs et cibles.....	67
BIBLIOGRAPHIE	70

LISTE DES ACRONYMES

BOM	Bureau des Œuvres Médicales
BAD	Banque Africaine de Développement
CAC	Cellule d'Animation Communautaire
CODESA	Comité de Développement de l'Aire de Santé
CNOS	Conseil des Organisations Non Gouvernementales Santé
CS	Centre de Santé
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CDR	Centrale Régionale de Distribution des Médicaments Essentiels
CDS-MT	Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CPN	Comité de Pilotage National
CPP	Comité de Pilotage Provincial
DEP	Direction d'Études et Planification
DSCRP	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de Pauvreté
ECZ	Équipe Cadre de Zone
ECP	Equipe Cadre Provinciale
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FED	Fonds Européen de Développement
FEDECAME	Fédération des Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
FONAMES	Fonds National Médico-Sanitaire
HGR	Hôpital Général de Référence
HLF	Hight Level Forum
GIBS	Groupe Inter Bailleurs Santé
GIS	Gestion de l'Information Sanitaire
IDS	Inspection de District Sanitaire
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
ITM	Institut Technique Médical
MICS	Multi Indicators Clusters Suvery
MID	Médecin Inspecteur de District
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MPH	Master Public Health
MSP	Ministère de Santé Publique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMS - AFRO	Organisation Mondiale de la Santé- Région Afrique
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la Lutte contre le VIH/SIDA
PARSS	Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur Santé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPDS	Plan Provincial de Développement Sanitaire
PDSZ	Plan de Développement Sanitaire de la Zone de Santé
POSAS	Plan de Développement Sanitaire de l'Aire de Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PPDDS	Projet d'Appui au Plan de Développement Sanitaire
PDDS	Plan Directeur de Développement Sanitaire
PEV	Programme Elargi de Vaccination

PDSAS	Plan de Développement Sanitaire de l'Aire de Santé
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNS	Politique Nationale de Santé
PE	Projet d'Etablissement
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PNT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RSS	Renforcement du Système de Santé
ROI	Règlement d'Ordre Intérieur
SIS	Système d'Information Sanitaire
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SWAP	Sector Wide Appoch
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFRA	Fonds des Nation Unies pour la Population
ZS	Zone de Santé

INTRODUCTION

La République Démocratique du Congo vient d'actualiser le cadre normatif du secteur de la santé par l'adoption de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS). Cette Stratégie a pour but d'organiser le Ministère de la Santé conformément à la décentralisation prônée par la nouvelle constitution, de manière à lui permettre d'offrir les soins de santé de qualité à l'ensemble de la population et donc, de contribuer à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la Santé. La SRSS est aussi une stratégie pour *l'harmonisation, l'alignement* des interventions des bailleurs dans le secteur et la *défragmentation* de ce dernier.

La stratégie de renforcement du système de santé telle qu'envisagée, prend en compte la nature systémique des services de santé et comprend 6 axes qui, pour des raisons de forme, sont présentés séparément alors qu'ils sont interdépendants. Ces axes sont :

1. la revitalisation des zones de santé et la correction des distorsions induites au niveau périphérique qui comprend comme sous axes : (i) le développement du leadership intégré au niveau de la zone de santé, (ii) la rationalisation du fonctionnement des structures de santé, (iii) l'amélioration de la couverture sanitaire de la zone de santé, (iv) l'amélioration de la qualité des soins et (v) la participation communautaire ;
2. la réorganisation du niveau central et intermédiaire ;
3. la rationalisation du financement de la santé (décentralisation du lieu de négociation des financements, shift de financements extérieurs par programmes au financement des plans intégrés provinciaux, amélioration du financement de la Zone de Santé) ;
4. le renforcement du partenariat intra et inter sectoriel ;
5. le développement des ressources humaines pour la Santé (RHS) et,
6. le renforcement de la recherche sur les systèmes de santé.

La mise en œuvre de la SRSS nécessite une actualisation du Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDDS) qui est le plan stratégique du Ministère et qui couvre la période allant de 2000 à 2009. Cependant, étant donné que le PDDS expire dans deux ans et que la SRSS s'inscrit dans le long terme, plutôt qu'une simple actualisation du PDDS, il est souhaitable que soit élaboré un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui prenne en compte les grands principes édictés dans la SRSS et qui couvre une période de dix ans.

Ce PNDS va en plus permettre au pays de bien se positionner en vue d'accéder au mécanisme qui va se mettre en place en vue du RSS conformément aux recommandations du High Level Forum (HLF) de Tunis et, prendre en compte les orientations de la nouvelle constitution qui prône la décentralisation et qui fait de l'organisation et la promotion des soins de santé primaires, une matière relevant de la compétence exclusive

des provinces. Le processus d'élaboration de ce PNDS doit donc être à la fois *décentralisé, intégré, ascendant et participatif*.

Un certain nombre d'outils doivent être élaborés pour rendre ce processus effectif. Il s'agit des normes sanitaires, directives, des canevas de planification et des instructions pour leur utilisation qui doivent être élaborés ou actualisés pour chaque niveau du système de santé. Le recueil des normes de la Zone de Santé vient d'être finalisé, celles de deux autres niveaux devront commencer à être élaborées incessamment. L'évolution de la situation actuelle de notre système de santé à la situation souhaitée nécessite des directives claires pour éviter de disperser les efforts et les ressources disponibles.

Ce document des directives de mise en œuvre de la SRSS se fixe ainsi pour but d'encadrer les efforts destinés à passer de la situation actuelle à la situation désirée telle qu'elle est décrite de façon plus générale dans la SRSS et de façon plus particulière dans le document du recueil des normes en ce qui concerne la ZS. Ces directives devront permettre donc d'éviter la dispersion des efforts et des ressources, c'est-à-dire d'améliorer la pertinence, la cohérence, l'efficacité et l'efficience des actions à mener sur terrain dans le cadre la mise en œuvre de la SRSS.

Ces directives ne constituent pas de dogmes. Elles sont conçues avec beaucoup de flexibilité pour laisser suffisamment de place à la créativité, à des initiatives locales ou provinciales, à la concertation, la négociation, l'échange d'expérience entre acteurs de terrain, entre ZS et entre provinces et leur capitalisation ainsi qu'à la recherche opérationnelle. Le processus sera documenté au niveau provincial. Les meilleures pratiques seront identifiées et disséminées soit dans les Zones de Santé de la même province par le Comité Provincial de Pilotage, soit dans les autres provinces par le Comité National de Pilotage de la SRSS. C'est de cette manière que les normes qui, à ce jour constituent des hypothèses de travail, vont être réajustées et améliorées sur base de l'information pertinente qui va remonter de la périphérie, ce qui, à terme va permettre leur validation.

L'opérationnalisation de la stratégie aura deux axes importants. Le premier consistera à traduire en actions concrètes les orientations contenues dans le document de la SRSS dans les Zones de Santé ciblées et le second à améliorer le potentiel au développement des Zones de Santé en vue de leur éligibilité au processus de développement.

La décentralisation, l'intégration des actions des programmes verticaux, la responsabilisation des ECP, des ECZ et des populations sont éléments des essentiels dans la mise en œuvre de la SRSS.

Dix groupes de directives sont développés dans ce document. Il s'agit de :

- (i) directives relatives à l'encadrement de la mise en œuvre de SRSS,
- (ii) directives relatives à la planification à tous les niveaux du système de santé,
- (iii) directives relatives au développement des Zones de Santé
- (iv) directives relatives à la réorganisation des niveaux central et intermédiaire,
- (v) directives relatives au financement du secteur de la santé,
- (vi) directives relatives au développement des ressources humaines pour la santé

- (vii) directives relatives à la recherche sur les systèmes de santé,
- (viii) directives relatives à la contractualisation,
- (ix) directives relatives à la collaboration intra et inter sectorielle,
- (x) directives relatives à l'approvisionnement et la gestion des médicaments,
- (xi) des directives relatives à la gestion de l'information sanitaire et,
- (xii) directives relatives au suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la SRSS.

Les directives relatives à la mise en œuvre du contenu du Paquet Minimum et du Paquet Complémentaire d'Activités (PMA et PCA) feront l'objet d'un document séparé.

CHAPITRE I : DIRECTIVES RELATIVES À L'ENCADREMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SRSS

La mise en œuvre de la SRSS dans le contexte actuel de la République Démocratique du Congo nécessite quelques mesures d'encadrement à tous les niveaux du système de santé. Ces mesures appelées directives dans ce chapitre sont destinées à créer les conditions qui permettent aux actions tel que le développement des ZS de commencer à se réaliser en attendant la rationalisation définitive de deux autres niveaux.

Ces directives sont celles relatives à la mise en place des Comité National et Provinciaux de Pilotage de la SRSS, à la définition des responsabilités de différents niveaux du système de santé et des partenaires du secteur dans la mise en œuvre de la SRSS et à la protection des ZS en développement et leurs provinces respectives. A ce groupe, on ajoute les mesures conservatoires proposées par la mission d'appui à la réforme du secteur réalisée par l'OMS en août 2005.

1.1. Mise en place des Comité National et Provinciaux de Pilotage de la SRSS

Le Comité National de Pilotage de la SRSS est l'organe chargé d'organiser et d'accompagner toutes les interventions destinées à contribuer à l'amélioration de la santé de la population conformément aux grands principes et aux axes stratégiques développés dans la SRSS. Un seul Comité de Pilotage National (CPN) sera mis en place pour l'ensemble du secteur santé. Il sera relayé en province par des Comités Provinciaux de Pilotage (CPP) de la SRSS.

1. Le CNP sera placé sous l'autorité du Ministre de la Santé. Il sera dirigé au quotidien par le Secrétaire Général à la Santé.
2. Le CNP aura pour membres : le Directeur de cabinet du Ministre de la Santé, un représentant du Ministère des Finances, un Représentant du Ministère du Budget, un représentant du Ministère de la Coopération Internationale, un représentant du Ministère du Plan, un représentant du Ministère de l'Enseignement Supérieur ; un représentant du Ministère de la Fonction Publique, les bailleurs des fonds regroupés dans le Groupe Inter Bailleurs Santé (GIBS), la Direction d'Etudes et Planification, la Direction du Développement des Soins de Santé Primaires, la Direction de la Lutte contre la Maladie, la Direction des Etablissements des Soins, la Direction de pharmacie et médicaments, la Direction de l'Enseignement des Sciences de la Santé, la Direction des Ressources Humaines, les Médecins Inspecteurs Provinciaux ; le Conseil National des Organisations Non Gouvernementales Santé (CNOS), le Bureau des Œuvres Médicales (BOM), tous les assistants techniques et/ou coordonnateurs des principaux projets du Ministère de la Santé installés à Kinshasa, les représentants des Organismes du Système des Nations Unies (OMS, UNFPA, UNICEF, ONUSIDA, PNUD) et deux

représentants des ONGs qui sont Maîtres d'œuvre Délégués du Ministère de la Santé.

3. La mise en place du CNP va mettre fin à l'existence des comités de pilotage qui ont été mis en place du fait des projets qui interviennent dans le secteur de la santé. C'est le cas du Programme Santé du 9^{ème} Fonds Européen de Développement (PS9FED), du Projet d'appui au Plan Directeur de Développement Sanitaire dans la Province Orientale (PAPDDS) financé par la Banque Africaine de Développement, du Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé (PARSS) financé par la Banque mondiale, des projets appuyés par le Royaume de Belgique dans la Ville de Kisangani, dans le Bas Congo, de la nouvelle phase d'appui à la DEP, etc.
4. Le CNP se dotera d'un règlement d'ordre intérieur (ROI). Il se réunira deux fois par an et la DEP, les principales directions et le Groupe d'Appui à la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (GASRSS) assureront le secrétariat. Il aura pour rôle :
 - L'analyse des aspects techniques liés à la SRSS, afin d'assurer :
 - la *cohérence* des politiques sanitaires (c'est-à-dire toutes les parties constituantes de la politique sanitaire du pays se retrouvent dans un concept cohérent du secteur de la santé et une approche globale et systémique de provision de soins curatifs, préventifs et promotionnels, et
 - la *pertinence* des activités des différentes composantes et niveaux de prestation du Ministère de la Santé (les politiques et interventions sanitaires sont jugés selon leur pertinence vis-à-vis de ce concept);
 - la *coordination, l'harmonisation et l'alignement* de l'ensemble d'interventions du secteur de la santé par rapport à la SRSS conformément à la déclaration de Paris ;
 - Définir *les grandes orientations des politiques* en fonction des informations stratégiques produites sur le terrain
 - L'examen et l'approbation des rapports d'activités liés à la planification et à la mise en œuvre de la SRSS au niveau provincial y compris l'examen des résultats des recherches et études menées. Cet aspect inclut également la préparation d'une revue annuelle nationale qui doit faire suite à la revue annuelle de chaque plan provincial.
 - Suivre la mise en œuvre de la réforme au niveau central et provincial.
5. Le Comité National de Pilotage sera relayé en provinces par des Comités Provinciaux de Pilotage. Le Comité Provincial de Pilotage (CPP) sera dirigé par le Médecin Inspecteur Provincial.
6. Le Comité Provincial de Pilotage aura pour mission d'appuyer le développement des services de santé pour une offre des soins de santé de qualité en province conformément aux orientations du Comité National de Pilotage de la SRSS. Il relaye le Comité National de Pilotage qu'il représente en province. Pour ce faire, il aura pour rôle de :

- Coordonner l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire de la province ;
 - Assurer l'intégration des activités des programmes spécialisés dans le Plan de Développement Sanitaire de la Province ;
 - Assurer la coordination, l'alignement et l'harmonisation de toutes les interventions par rapport à la SRSS au niveau provincial ;
 - Approuver les plans et budgets annuels provinciaux ;
 - Assurer la transmission au niveau central des informations pertinentes pour l'évaluation et la mise en commun des politiques nationales en matière de santé
 - Organiser les revues annuelles provinciales ;
7. Le CPP aura pour membres : le Directeur de cabinet du Gouverneur de province, le chef de division du Plan, le chef de division de la Fonction Publique, les assistants techniques des différents projets installés en provinces, les chefs des principaux bureaux de l'Inspection Provinciale de la Santé, toutes les ONGs qui interviennent dans le développement des ZS en provinces, tous les partenaire du secteur de santé ou leurs représentants qui sont installés en province, un représentant des ZS.
8. Chaque Comité Provincial de Pilotage élaborera son ROI qui doit être approuvé par le CNP. Le Comité Provincial de Pilotage (CPP) se réunira tous les trimestres. Il aura le rôle de planification, de programmation, de budgétisation, de coordination et d'affectation des ressources en vue de la mise en œuvre de la SRSS en province conformément aux orientations du CNP. Il organisera chaque année une revue annuelle provinciale. Les Médecins Inspecteurs Provinciaux, responsables des différents CPP assisteront aux réunions du CNP.
9. Les Comités National et Provinciaux de Pilotage de la SRSS seront mis en place par arrêté ministériel du Ministre de la Santé.
10. Les assistants techniques de projets qui vont intervenir dans la province dans les quatre prochaines années deviendront d'office membres du CPP en attendant la mise en place d'une assistance technique unique par province pour la mise en œuvre de la SRSS.
11. Les modalités seront définies pour aider à la mise en place d'une assistance unique par province dans le moyen terme. Il pourra être envisagé dans ce cadre que les fonctions de gestion financière soient séparées des fonctions d'assistance technique. La composition de cette assistance technique sera discutée dans les différentes réunions du Comité de Pilotage National de la SRSS.

1.2. Responsabilités de différents niveaux du système de santé dans la mise en œuvre de la SRSS

12. Le rôle de chaque niveau lors de la mise en œuvre de la SRSS est précisé et doit s'inscrire dans le cadre de la nouvelle constitution notamment en ce qui concerne la

décentralisation. Le rôle du niveau central consistera à, (i) renforcer les capacités du niveau intermédiaire notamment par un transfert de méthodologie à l'ECP, la mise à disposition d'une assistance technique, etc.) renforcer la responsabilité de l'ECP sur l'ensemble du secteur dans la province conformément à la décentralisation, (iii) orienter le financement vers le niveau intermédiaire selon les besoins et les ressources disponibles, (iv) s'assurer de la remontée de l'information générée par la mise en œuvre de la stratégie dans les zones de santé/provinces concernées, (v) documenter, assurer l'harmonisation de différentes pratiques, leur exportation dans d'autres Zones de Santé ou dans d'autres provinces ainsi que le réajustement des outils (normes, directives, etc.)

13. Cette méthode de travail devra permettre que les Zone de Santé bénéficient les unes des expériences réussies des autres, et d'éviter de réinventer la roue (et donc un gaspillage des ressources) et que celles qui accèdent au programme de développement ne commettent les erreurs éventuelles commises par celles qui ont précédé. Le niveau central devra en plus continuer à négocier l'alignement des projets en cours ou à venir par rapport à la SRSS.
14. Le niveau intermédiaire à travers son ECP est responsable et organise toutes les interventions sanitaires de la province quelque soit la source de financement et le partenaire de mise en œuvre. L'ECP coordonne l'élaboration du Plan de Développement Sanitaire de la Province et en assure la mise en œuvre. Pour ce faire, elle aura pour rôle de (i) renforcer les capacités des équipes cadres des Zones de Santé par la formation, la supervision, etc. (ii) appuyer les ECZ dans l'élaboration des plans de développement sanitaire, (ii) identifier les Zones de Santé éligibles pour le développement, (iii) aider à l'amélioration des potentialités des Zones de Santé non encore éligibles, (iv) affecter les ressources aux ZS.
15. En vue de permettre aux ECP d'assumer pleinement leur responsabilité, toutes les structures de mise en œuvre qui sont ou qui vont s'installer en provinces doivent contractualiser avec les ECP.
16. L'ECZ est responsable de l'organisation et de l'offre des services et de soins de santé sur tout le territoire de la ZS dans le cadre de la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire de la Zone de Santé quelque soit la source de financement et/ou le partenaire de mise en œuvre (maître d'œuvre délégué). Le rôle du niveau périphérique sera d'élaborer de façon participative et de mettre en œuvre le Plan de Développement Sanitaire de la ZS.
17. En vue de permettre aux ECZ d'assumer pleinement leur responsabilité, toutes les structures de mise en œuvre qui sont ou qui vont s'installer dans les Zones de Santé doivent contractualiser avec les ECZ (voir les modalités y relatives au chapitre relatif à la contractualisation).

1.3. Rôles et responsabilités des partenaires au développement la SRSS

18. Dans le cadre de la mise en œuvre de la SRSS, le rôle des bailleurs/partenaires du secteur de la santé sera d'une part d'apporter l'expertise technique nécessaire à la conception des politiques, des plans et des outils nécessaires à leur mise en œuvre et d'autre part, d'apporter des ressources financières complémentaires pour la mise en œuvre du Plan National Développement Sanitaire et d'autres plans. Quelque soit le niveau du système de santé ciblé par cet appui (technique ou financier), le partenaire qui l'apporte devra éviter de se substituer aux structures appuyées.
19. Le renforcement des capacités au niveau provincial doit cibler essentiellement l'Equipe Cadre de la Province. Les structures qui représentent les partenaires dans les différentes provinces feront dans la mesure du possible partie du Comité Provincial de Pilotage. Au fur et à mesure que les ECP deviennent capables d'assumer leurs fonctions, il sera envisagé une réduction progressive du nombre de structures partenaires implantées en province.

1.4. Protection des Zones de Santé en développement et de leurs provinces respectives

Les multiples formations, séminaires et autres ateliers auxquels est souvent invité le personnel de santé du niveau intermédiaire et périphérique et le nombre sans cesse croissant des supervisions souvent non coordonnées initiées par le niveau central ne laissent pas suffisamment le temps au personnel qui travaille en province de réaliser les activités qui relèvent de ses responsabilités. La protection de ZS en développement et des provinces dans lesquelles elles se trouvent est nécessaire à la mise en œuvre de la SRSS. Les directives qui suivent sont destinées à permettre au travail de développement de se faire dans l'entre temps en attendant la rationalisation de l'ensemble du Ministère.

20. Les Zones de Santé en Développement dans lesquelles la rationalisation a commencé vont disposer uniquement d'un plan quinquennal de développement de la Zone de Santé et d'un plan d'action annuel élaborés sous la responsabilité des ECZ. Les plans d'action annuels de ces Zones de Santé incluront les besoins des principaux programmes spécialisés en matière de planification opérationnelle mettant ainsi fin à la multiplicité des micro plans (PEV, PNT, etc.);
21. Dans ces ZS, priorité doit être accordée à la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire de la ZS. Pour ce faire, ces ZS doivent être protégées vis-à-vis de multiples sollicitations des programmes verticaux qui soustraient souvent pendant une période non négligeable et ce pour toutes sorte des raisons dont les multiples formations verticales, le personnel de santé de ses occupations quotidiennes. Cette protection va se matérialiser par une circulaire du Secrétaire Général à la Santé qui sera adressée à tous les services du Ministère. La même mesure de protection devra concerner les ECP qu'il faudra éviter de détourner de leur mission qui consiste à appuyer le développement des ZS.

22. Les programmes de supervision et des formations du personnel des Zones de Santé doivent être élaborés par le Comité Provincial de Pilotage de la SRSS au début de chaque année dans le cadre du plan d'action annuel de la province. Ces programmes doivent être communiqués aux Zones de Santé concernées en début d'année ;
23. Les supervisions des activités du niveau intermédiaire par le niveau central doivent également être programmées et communiquées en début d'année aux provinces ou structures concernées par le Comité National de Pilotage de la SRSS. La nécessité pour le niveau central de superviser l'une ou l'autre structure du niveau périphérique sera discutée avec l'ECP qui responsable de la supervision des structures du niveau périphérique. Le superviseur du niveau central devra dans ce cas être accompagné d'un membre de l'ECP.
24. En vue de réduire le nombre toujours croissant de formations auxquelles est souvent le personnel de santé (et qui le soustraie de ses occupations quotidiennes), une formation initiale sera organisée au bénéfice du personnel des CS et des ECZ dans les ZS en développement. Ces formations seront polyvalentes à la fois théoriques et pratiques et seront administrées par les cadres qui ont la responsabilité de superviser les personnes à former, c'est-à-dire les équipes de l'échelon immédiatement supérieur, (ECZ pour le personnel des CS et les ECP pour le personnel des ECZ).
25. La formation initiale du personnel infirmier des CS durera un mois et celle des ECZ, six mois. Elles se feront dans les ZS de démonstration ou des ZS qui ont un degré de fonctionnement satisfaisant pour les ECZ et dans les ZS d'affectation pour les équipes des CS. La formation continue se fera dans le cadre de la supervision formative du personnel qui a bénéficié de la formation initiale.

1.5. Les mesures conservatoires

26. La mission d'appui à la réforme du secteur de santé réalisée par l'OMS a recommandé des mesures conservatoires. Elle a suggéré qu'un ensemble d'arrêtés et circulaires soient pris pour éviter que les distorsions et l'inflation institutionnelle qui ont caractérisé la période récente ne se figent et ne deviennent un obstacle majeur à toute tentative de réforme. Ces mesures visent en premier lieu à contenir l'inflation institutionnelle. Ces mesures consistent à :
 - Regrouper les programmes sous l'autorité des sept directions dont la création satisfait tous les critères administratifs et légaux. Ce regroupement implique un moratoire de création de nouveaux programmes; il implique que les directions régulent les supervisions de façon à éviter, progressivement, que les supervisions centrales se substituent au travail du niveau intermédiaire;
 - Décréter un moratoire de la création de nouveaux bureaux de direction ou de nouvelles coordinations de programmes au niveau provincial, afin de ne pas figer une situation destinée à être changée d'ici peu;
 - Décréter un moratoire pour l'agrément d'ITMs, organiser un audit et un processus de certification des ITM existants;

- Subordonner la création de structures sanitaires au plans de couverture de zone, avec un moratoire immédiat de la création de "postes de santé", de la création de "centres de santé de référence", de la transformation de centres de santé en "hôpitaux de référence", et de l'installation de nouveaux bureaux centraux de Zone.

Ces moratoires sont destinés à éviter que les dérapages actuels ne s'amplifient jusqu'à devenir un obstacle insurmontable pour la rationalisation du secteur santé, et pour la reconstruction d'un système fonctionnel notamment au niveau périphérique.

CHAPITRE II : DIRECTIVES RELATIVES AU DEVELOPPEMENT DE LA ZS ET A LA CORRECTION DES DISTORSIONS INDUITES DANS LA CARTE SANITAIRE NATIONALE

2.1. Directives générales sur le développement de la Zone de Santé

1. La Zone de Santé est l'unité opérationnelle de la planification et de la mise en œuvre Politique Nationale de Santé (PNS). Elle est dirigée par une Equipe Cadre de la Zone (ECZ) qui a la responsabilité d'y organiser des services de santé pour offrir des soins de santé à la fois intégrés, continus et globaux à sa population de responsabilité. A ce titre, elle ne doit être ni fragmentée ni désarticulée.
2. Les services de santé offerts dans la ZS le sont à deux échelons. Le premier échelon est celui du Centre de Santé (CS) qui offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) à sa population de responsabilité. Ce niveau est celui du premier contact entre la population et les services de santé. Le second échelon est celui de l'Hôpital Général de Référence (HGR) qui offre le Paquet Complémentaire d'Activités. Ces deux échelons sont reliés par la référence et la contre référence indispensable à la continuité des soins.
3. Les services de santé offerts par le Centre de Santé sont une déconcentration des services de l'HGR. Cette déconcentration a pour but de rapprocher des usagers un certain nombre de services dont le plateau technique ne nécessite pas toujours la présence médicale. Ainsi il revient à l'HGR de garantir la qualité des services offerts par les CS. Cette assurance qualité se fera entre autre par la formation du personnel des Centres de Santé, la supervision de ce dernier, etc. (voir chapitre des directives relatives à l'amélioration de la qualité des soins). Les relations entre l'HGR et le CS dans le cadre de cette déconcentration sont nécessaires et doivent être entretenues par tous les acteurs qui interviennent dans la ZS pour garantir la qualité (*continuité, globalité et intégration, etc.*) des soins par le biais de la référence et de la contre référence entre autre..
4. Le PMA n'est pas un ensemble d'activités offert par le Centre de Santé sous la responsabilité des programmes verticaux. C'est un ensemble d'activités à la fois préventives, curatives et promotionnelles organisé et offert par l'équipe polyvalente d'infirmiers du Centre de Santé sous la responsabilité de l'ECZ. Le PMA est donc par définition *intégré et unique*.
5. Le développement d'une Zone de Santé est un processus progressif et continu. Il se fera dans le cadre du *Plan de Développement Sanitaire de la ZS (PDSZ)* qui doit être cohérent et inclusif. Il partira toujours des structures existantes (publiques, privée à but lucratif ou non) qu'il faudra rationaliser en premier. L'HGR sera parmi les structures, sinon la structure à rationaliser en premier. Ceci permet en même temps de faire face aux besoins de soins de référence qui seront générés du fait de la rationalisation des Centres de Santé.

6. Le premier objectif du processus de développement d'une ZS est de la rendre *fonctionnelle*. Une ZS fonctionnelle est celle qui a une couverture sanitaire d'au moins 50% et dont l'HGR offre les soins de santé de référence de qualité. Le second objectif du processus de développement d'une ZS est de la rendre performante. La performance d'une ZS est liée à la réalisation d'un certain nombre d'objectifs en terme d'amélioration de la santé de la population de responsabilité. La performance d'une ZS doit être entendue comme une étape '*post fonctionnelle*'. L'amélioration d'un indicateur en dehors de toute fonctionnalité de la ZS non seulement n'a aucune durabilité et est irrationnelle, mais aussi et surtout elle expose celle-ci à la fragmentation (supervision du niveau central dans la ZS, paiement des Ressources Humaines pour la Santé (RHS) au moyen des primes liées à la performance d'un indicateur, système d'information parallèle, etc.). Cette approche n'est pas à encourager étant donné ses effets néfastes sur le système de santé.

2.2. Directives relatives au développement du leadership intégré de la ZS

1. La mission de l'ECZ consiste à organiser la ZS de manière à lui permettre d'offrir à la population qu'elle couvre des soins de santé qui soient à la fois *intégrés, continus* et *globaux* dans un système à deux échelons. Pour garantir la continuité des soins dans un tel système (deux échelons), l'HGR doit avoir à la fois la responsabilité d'offrir des soins de référence et celle d'organiser les soins dans les centres de santé (formation du personnel, approvisionnement en médicaments, supervision, etc.) et d'en assurer la qualité.
2. L'ECZ va remplir sa mission au travers des fonctions de planification, de coordination de renforcement des capacités des acteurs de la ZS, de gestion de ressources humaines, de supervisions des unités fonctionnelle, de recherche opérationnelle, de suivi et évaluation et de prestation des soins de santé (offre du Paquet Complémentaire d'Activités au niveau de l'HGR). L'ECZ assure la pleine responsabilité de ses fonctions. Cependant, l'ECZ peut recourir à une expertise extérieure si elle le juge nécessaire pour réaliser telle ou telle fonction ou activité dont elle est responsable. Elle peut également par contractualisation, déléguer une partie d'activités dans le cadre de la mise en œuvre du PDSZ à des tiers (ONG, etc.).
3. L'Equipe Cadre de la Zone de Santé (ECZ) aura cinq membres. Elle sera constituée à partir du personnel qui a travaillé au moins deux ans dans la Zone de Santé. La mise en place l'ECZ doit absorber l'ancienne équipe du BCZ (constituée du Médecin Chef de Zone et de ses infirmiers superviseurs). Le médecin Chef de Zone est membre de fait de l'ECZ dont il est le coordonnateur ou l'animateur.
4. Le Médecin Directeur de l'HGR, le Médecin Chef de Staff médical sont de droit membres de l'ECZ. Un directeur de Nursing de bon niveau ou un Administrateur Gestionnaire qui a une bonne expérience sur le développement du système de santé de la ZS peut être membre de l'ECZ. Les infirmiers superviseurs actuels seront affectés soit à l'HGR, soit dans des centres de santé. Un infirmier superviseur de bon niveau peut faire partie de la nouvelle ECZ.

5. Le Médecin Chef de Zone (MCZ) de Santé sera choisi parmi les membres de l'ECZ qui ont au moins trois ans de travail dans la ZS. Il sera proposé par le conseil d'Administration de la Zone de Santé à l'autorité compétente et assumera les fonctions de coordonnateur de l'ECZ. Dans le cas où ces critères ne permettent pas d'identifier de façon distincte la personne à désigner des critères discriminatoires peuvent être envisagés par exemple, le nombre d'années passées dans la ZS, etc. Tous les membres de l'ECZ auront à la fois une charge clinique à l'Hôpital et une responsabilité directe en terme d'amélioration de la couverture sanitaire de la ZS. C'est le MCZ, coordonnateur de l'ECZ, qui aura la responsabilité d'engager la ZS après concertation avec les autres membres de l'ECZ.
6. L'ECZ bénéficiera d'une formation en management des soins de santé primaires d'une durée moyenne de six semaines. L'idéal c'est de former les membres de l'ECZ au cours d'une même session de formation, ce qui jettera les bases d'un travail en équipe.
7. La responsabilité de l'ECZ sera à la fois de réaliser les activités cliniques à l'HGR et d'étendre progressivement la couverture sanitaire de la Zone de Santé de manière à couvrir à terme l'ensemble d'aires de santé par des centres de santé fonctionnels. Elle devra s'assurer que les Centres de Santé qui ne sont pas éligibles au développement en premier continuent de recevoir des intrants indispensables (tels que les vaccins et certains médicaments : anti paludiques, sels de réhydrations orale par exemple, etc.) et un appui en terme de supervision pour un fonctionnement minimal.
8. Les responsabilités doivent être clairement partagées entre les membres de l'ECZ. Chaque membre de l'Equipe Cadre doit avoir à la fois des responsabilités cliniques à l'HGR et celles de l'extension de la couverture sanitaire de la Zone de Santé.
9. Il sera soigneusement évité que dans l'ECZ, on ait des personnes chargées soit uniquement du travail de l'extension de la couverture de la Zone de Santé en centres de santé, soit uniquement du travail clinique à l'HGR. Ce type de partage de responsabilité ne favorise pas l'intégration et la continuité des soins. Il fait percevoir en outre les différents éléments de la ZS comme concurrentiels et est de ce fait, à l'origine des conflits entre les différents acteurs de la ZS.
10. Les résultats de la supervision effectuée par un membre de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé (ECZ) seront discutés par toute l'ECZ. Tous les problèmes relatifs aux relations entre les centres de santé et l'HGR seront également discutés ensemble et les décisions prises de manière collégiale. L'application de la décision pourra alors être confiée au membre de l'ECZ responsable de l'axe ou du centre de santé concerné.
11. La rémunération en terme des primes sera accordée à tous les membres de l'ECZ. La prime sera accordée pour l'ensemble du travail que chaque membre de l'ECZ fait dans la ZS et non au travail fait dans une partie de la ZS ou pour la performance liée à quelques indicateurs des programmes verticaux.

2. 3. Directives relatives au lancement de nouvelles ZS, à la construction de nouvelles formations sanitaires et à la correction des distorsions de la carte sanitaire

La République Démocratique du Congo a été redécoupée en 515 ZS depuis 2003. Le financement de certaines Zones de Santé pourrait s'avérer inefficace du fait de la taille de la population couverte par ses Zones de Santé (ZS de moins de 100 000 habitants). En plus, avec le recul, on constate qu'un certain nombre d'erreurs ont été commises lors de ce découpage, c'est le cas par exemple de la ville de Kisangani qui dispose de trois hôpitaux Généraux, mais qui a été découpée en 5 ZS dont l'une d'entre elle héberge deux de ces trois hôpitaux.

La rationalisation ou la construction des structures de santé, surtout des HGR doivent répondre à une logique qui s'inscrit dans le cadre de la correction des distorsions induites à ce niveau (périphérique) par le dit découpage.

12. Le développement des Zones de Santé qui ont éclaté en plusieurs dont l'une ou l'autre est à faible potentiel de développement (sans HGR, population de moins de 100 000 habitants) partira de l'ancienne Zone de Santé. Une seule équipe cadre sera mise en place dans un premier temps. Elle inclura les Médecins Chefs de Zones (s'il en existe) des 'Zones de Santé filles'. En dehors du travail clinique qu'ils feront à l'HGR de la 'ZS mère', les MCZ des 'ZS filles' seront chacun chargés de l'amélioration du potentiel de développement de la future ZS et de sa couverture sanitaire.
13. Une Zone de Santé 'fille' ne peut fonctionner de façon autonome (avec sa propre ECZ) que lorsque elle aura des ressources et des structures qui lui permettent d'assurer son fonctionnement en tant que Zone de Santé, c'est-à-dire disposer des ressources matérielles, humaines et financières, d'un Hôpital Général de Référence fonctionnel et au minimum deux centres de santé fonctionnels.
14. Les 'Zones de Santé fille' qui n'arrivent pas à décoller ou celles dont la viabilité risque fortement d'être compromise du fait de la taille faible de la population par exemple (ZS de 40 000, 50 000 ou même 60 000 habitants) seront fusionnées. La mise en œuvre de cette directive nécessite que ne soient pas construits des hôpitaux de façon systématique dans les ZS filles. La construction des HGR devra répondre à un réel besoin qui ne peut être identifié de façon objective que lorsque sera rendu fonctionnel l'HGR de la 'ZS mère'.
15. Le développement des Zones de Santé doit être basée dans un premier temps sur des structures existantes dans la Zone de Santé (Hôpitaux, dispensaires, centres de santé, etc.). La rationalisation doit commencer par l'HGR, ceci évite de créer sans être à mesure d'y répondre, les besoins de référence. La rationalisation de l'HGR doit être considérée comme un instrument devant permettre de corriger les distorsions induites par le découpage. Etant donné la nécessité de corriger ces distorsions au travers de la mise en œuvre de la SRSS, le processus de développement des Zones de Santé ne doit pas conduire à une construction systématique des Hôpitaux Généraux de Référence dans les nouvelles Zones de Santé.

16. Dans un district ou une province, les besoins en construction des Hôpitaux Généraux de Référence ne peuvent être réellement définis que lorsque seront rationalisés les HGR existants. Pour ce faire, les plans de développement sanitaire des provinces doivent contenir un plan de développement des Hôpitaux (Projets d'Etablissements) qui doit prévoir une chronologie dans leur rationalisation ou leur implantation. La gestion des plans d'implantation des HGR nécessite une forte implication du CPP pour éviter que les ZS ou les partenaires qui les appuient se lancent dans une construction des HGR dont la viabilité posera problème.
17. La rationalisation des Hôpitaux Généraux de Référence est donc sous la responsabilité des Equipes Cadres des Zones de Santé, tandis que la décision de construire un nouvel HGR est sous la responsabilité du CPP.
18. Dans des milieux à forte densité démographique tels que les milieux urbains, il est souhaitable que la rationalisation des Hôpitaux existant qui desservent la population de ces milieux se fasse concomitamment. Ceci présente l'avantage de voir se dessiner une cartographie fonctionnelle des Zones de Santé sur base de la provenance des malades qui utilisent les différents services hospitaliers. Cette carte fonctionnelle des Zones de Santé sera un élément important à prendre en compte dans le processus de correction des distorsions induites au niveau opérationnel par le découpage de 2003.

2.4. Directives relatives à la rationalisation du fonctionnement des formations sanitaires

La rationalisation des formations sanitaires consiste à faire en sorte que chaque structure de santé (CS et HGR) utilise les ressources mises à sa disposition pour produire des services qui soient les plus efficaces et les plus efficaces possibles conformément à sa mission. L'HGR doit disposer des (ressources matérielles et techniques) qui lui permettent d'offrir aux usagers un paquet d'activités qui soient complémentaires à celles qui doivent être offertes ou qui sont offertes par les centres de santé.

La rationalisation de l'HGR est un ensemble de mesures qui doivent permettre à ce dernier de jouer effectivement le rôle de structure de référence et d'assurance de qualité des soins offerts par les Centres de Santé et, de ce fait à abandonner les consultations primaires aux centres de santé. Un HGR qui utilise des ressources destinées à offrir le PCA pour offrir les soins qui doivent être offerts par les Centres de Santé n'est pas rationnel. Parmi les mesures de rationalisation de l'HGR, on distingue des mesures internes et des mesures externes à l'HGR.

19. Les mesures internes sont : (i) l'amélioration du plateau technique de l'HGR, (ii) la séparation nette entre la consultation de référence du médecin et la consultation primaire de l'infirmier qui doit être de niveau égal à celui des infirmiers responsables des centres de santé, (iii) les stratégies de diagnostic et de traitement au niveau de la consultation primaire de l'HGR doivent être les mêmes que celles des centres de santé et (iv) l'amélioration des ressources (humaines, matérielles et financières) de l'Hôpital.

20. Le tarif pratiqué à l'HGR pour la consultation primaire doit être au moins égal au tarif le plus élevé pratiqué dans les centres de santé. Les patients référés par les centres de santé doivent avoir un accès direct au médecin qui fait la consultation de référence sans passer par le service de triage de l'HGR. Cependant les patients qui le désirent peuvent avoir sous condition un accès direct à une consultation primaire réalisée par le médecin : le tarif à pratiquer dans ce cas devra coûter au moins 10 fois la consultation primaire réalisée par le centre de santé. Cette mesure est destinée à encourager les malades à utiliser les Centres de Santé pour la consultation primaire et de ce fait de permettre à l'HGR de se concentrer sur l'offre du PCA.
21. La gestion des ressources humaines est l'un des problèmes qui se posent à la rationalisation de l'HGR du fait du personnel pléthorique dont une bonne partie est éligible pour la retraite. Il sera évité pour résoudre cette question de pléthore du personnel de déverser le trop plein d'une structure de santé en programme de rationalisation dans d'autres structures de santé (celles qui n'y sont pas encore).
22. Il sera recherché une coordination entre les programmes de mise en retraite de la Fonction Publique et ceux de rationalisation des structures de santé de manière à ce que soit mis en retraite en priorité le personnel de santé éligible et qui travaille dans les structures en rationalisation. Il sera aussi envisagé la possibilité de négocier avec les bailleurs qui appuient à la fois le programme de mise en retraite de la fonction publique et les programmes du secteur de santé, la possibilité d'inclure dans le financement prévu pour le secteur de santé des émoluments pour la mise en retraite du personnel éligible dans les structures bénéficiaires du financement.
23. Parmi les mesures externes de rationalisation de l'HGR, on peut citer l'ouverture d'un centre de santé dans l'aire de santé où est situé l'HGR et dans les autres aires de santé voisines dans la mesure où la plupart des malades qui sollicitent des consultations primaires à l'HGR restent dans les environs de celui-ci. Les patients qui nécessitent une consultation de référence et qui sont référés par les centres de santé ne doivent pas payer la consultation à l'HGR si leurs cas nécessitent une hospitalisation.
24. La rationalisation du centre de santé consiste à se rassurer que le centre de santé offre effectivement des soins de santé intégrés, globaux et continus (PMA), que les ressources disponibles à ce niveau sont adaptées aux exigences d'offre de ce type des soins et que les stratégies de diagnostic et traitements n'induisent pas de gaspillage des ressources. Il doit être évité de retenir à ce niveau des malades dont les problèmes de santé nécessitent un plateau plus élevé et disponible à l'HGR.

2.5. Directives relatives à l'amélioration de la couverture sanitaire de la ZS

L'amélioration de la couverture sanitaire de la ZS consiste à augmenter le nombre/la proportion d'aires de santé (AS) qui disposent des Centres de Santé fonctionnels, c'est-à-dire qui offrent un Paquet Minimum d'Activités (PMA). Cette amélioration ou extension de la couverture sanitaire se fera sur base du Plan de Couverture de la ZS qui est un élément du PDSZ. L'amélioration de la couverture de la ZS se fera de façon progressive, et partira des structures existantes qu'elle que soit leur appartenance. Cette progressivité

permettra d'apprendre de l'expérience des premiers centres de santé rationalisés et d'éviter la dispersion des efforts de l'ECZ qui doit en même temps s'occuper de l'offre des services de santé à l'HGR.

Les autres aspects de l'amélioration de la couverture sanitaire de la ZS sont bien décrits dans le chapitre des directives relatives à la planification au niveau périphérique

2.7. Directives relatives à l'amélioration de la qualité des soins

25. L'amélioration de la qualité des soins doit être un objectif pour tout programme ou projet de mise en œuvre de la SRSS. Sa réalisation doit permettre de délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

26. L'amélioration de la qualité des soins de santé doit être considérés comme une interaction de différents déterminants qui sont : (i) la compétence technique, (ii) la disponibilité des ressources (médicaments, équipements, etc.), l'accessibilité aux services, (iii) l'efficacité, (iv) les relations interpersonnelles, (v) l'efficience, (vi) la continuité, (vii) l'intégration, (viii) la globalité. (ix) l'innocuité, (x) et les agréments.

27. La compétence technique. Il s'agit ici de rendre le personnel capable d'accomplir certaines tâches partant des aptitudes et des connaissances et cela de manière répétitive et exacte. La compétence technique se rapporte à l'application des directives et normes de pratique du point de vue fiabilité, exactitude et constance. Cette compétence diffère selon les catégories du personnel. Pour les prestataires des soins, elle suppose une capacité clinique pour dispenser les soins, assurer le diagnostic, le traitement, prodiguer des conseils et assurer l'éducation sanitaire. S'agissant des gestionnaires des services et des programmes de santé, la compétence est liée aux activités de supervision, formation et résolution des problèmes. L'amélioration de la compétence technique du personnel est largement abordée au chapitre consacré aux directives relatives à la formation du personnel.

28. Le manque de compétence technique se manifeste par des petits écarts par rapport aux procédures jusqu'à des erreurs graves qui diminuent l'efficacité ou mettent le patient et l'établissement des soins en danger. Il doit être corrigé soit lors des supervisions, soit lors des formations. Ces formations seront programmées et exécutées par le personnel chargé de la supervision de l'échelon où se trouve le personnel à former.

29. **Les médicaments doivent être de qualité** pour assurer la qualité des soins. Ils doivent être achetés de préférence dans les Centrales Régionales de Distribution des Médicaments Essentiels (CDR) qui doivent contribuer à l'assurance qualité de ces derniers par la supervision et la formation du personnel des ZS qui est impliqué dans la gestion des médicaments ainsi qu'à la rationalisation de leur utilisation.

- 30. Accessibilité aux services.** L'accès suppose réduction ou suppression des barrières à l'utilisation effective des soins de santé. Ces barrières peuvent être d'ordre géographique, économique, sociale et culturelle, organisationnelle ou linguistique. L'accès géographique prend en compte l'existence des moyens de transport, la distance raisonnable, le temps de déplacement acceptable et toute autre facilité physique permettant au patient d'accéder aux soins à temps opportuns.
- 31.** Les problèmes **d'accessibilité géographique** seront résolus progressivement avec l'extension de la couverture sanitaire de la ZS conformément aux directives relatives à la planification au niveau périphérique. Il sera évité de créer des formations sanitaires pour des problèmes temporaires ou circonstanciels d'accessibilité (route rendue inaccessible, pont cassé, etc.).
- 32. L'accès économique** se rapporte à l'accessibilité financière c'est-à-dire la capacité d'assumer le coût des produits et services par les demandeurs des soins. Des études seront menées pour déterminer la capacité et la volonté à payer de la part des usagers, ceci permettra d'adapter les tarifs dans les ZS. A court terme, dans certaines provinces ou certaines ZS, il sera envisagé la possibilité de subventionner les soins au bénéfice de la population. La hauteur de subvention devra décroître dans le temps compte tenu de l'amélioration de la situation économique du pays en général et des populations concernées en particulier. A moyen et long terme, il sera fortement encouragé de recourir aux mécanismes de partage de risque tel que les mutuelles de santé pour améliorer l'accessibilité des usagers aux soins.
- 33. L'accès social ou culturel** se rapporte à l'acceptabilité des services offerts tenant compte des valeurs culturelles, des croyances et des attitudes des patients. Cette question doit être soigneusement étudiée lors de l'élaboration de la carte sanitaire de la ZS en vue de l'élaboration du plan de couverture de la ZS. Il sera évité dans la mesure du possible de mettre ensemble (même CS) les populations culturellement opposées ou en conflit depuis des générations. L'infirmier du CS aura son logement dans la communauté et sa maison sera construite avec le matériel qui a servi à la construction du CS. L'implication de la population dans l'élaboration de la carte sanitaire de la ZS telle qu'envisagée dans le chapitre des directives relatives à la planification, devra permettre de résoudre les questions relatives à l'accès social et culturel aux soins.
- 34. L'accès organisationnel** est tout aussi important. Les services seront organisés de manière à éviter de créer des barrières aux services de santé notamment en terme d'heures d'ouverture et de fermeture des services, le système des rendez-vous en place, le temps d'attente, le mode de prestation, etc. Les services de l'HGR vont fonctionner 24h/24. Les médecins membres de l'ECZ assureront des gardes de façon équitable. L'ECZ doit éviter toute attitude de nature à fragmenter ou à désarticuler le système de santé de la ZS. Le système de santé est unique. Cette unicité du système est indispensable à l'accès organisationnel aux soins.
- 35. L'accès linguistique** signifie que les services sont disponibles dans une langue qui permette aux populations de s'exprimer facilement et de comprendre l'agent de santé.

Cela n'a pas forcément besoin d'être la langue nationale mais devrait être une langue parlée couramment. Il sera évité dans la mesure du possible d'affecter dans les CS du personnel qui ne parle pas la langue de la communauté de l'aire de santé dans laquelle le CS est située.

- 36. L'efficacité** est liée aux résultats. L'évaluation de l'efficacité devrait permettre de répondre à la question « la procédure ou le traitement s'il est appliqué correctement, permet-il d'arriver aux résultats désirés ? » La qualité des services de santé dépend de l'efficacité des normes de prestation, des directives techniques et les aptitudes managériales. Les ordinogrammes et autres directives de prestations existent pour certains programmes. Ils seront élaborés par ceux qui n'en disposent pas et rendus disponibles dans les ZS.
- 37. les relations interpersonnelles** sont nécessaires pour l'amélioration de la qualité des soins. La dimension des relations interpersonnelles se rapporte à l'interaction entre prestataires et clients, entre managers et personnel soignant et entre équipes de santé et communautés. De bonnes relations interpersonnelles sont celles qui créent confiance et crédibilité grâce au respect, au caractère confidentiel, à la courtoisie, à la sensibilité et à l'empathie dont on fait preuve. Le personnel de santé doit développer l'écoute et prendre son temps pour communiquer. Il en est de même des managers (ECZ par exemple) vis-à-vis du reste du personnel de la ZS.
38. Les réunions de service sont susceptibles de développer les relations interpersonnelles dans le service et les exercices pratiques cultivent l'esprit de communication réussie entre les personnels de santé et les demandeurs des soins de santé. Ces réunions seront un moyen pour développer l'esprit d'équipe au sein de différentes Equipes Cadres au niveau des ZS et des Provinces.
- 39. L'Efficienc**e suppose l'utilisation de manière rationnelle des ressources existantes, sans gaspillage pour atteindre des résultats. Une sur utilisation des ressources affecte l'efficienc avec des conséquences allant jusqu'aux ruptures précoces des stocks. L'efficienc veut dire que le prestataire sanitaire n'offre pas de soins inutiles ou inappropriés. Cela exige également que l'on diminue au maximum ou que l'on élimine tout soin dangereux résultant de normes inefficaces ou d'une mauvaise prestation. Eliminer le gaspillage et éviter les erreurs sont deux manières dont on peut améliorer la qualité tout en diminuant les coûts. L'utilisation des ressources de l'HGR pour offrir les soins qui auraient dû être offerts par les CS est inefficenc et doit être évitée.
- 40. La continuité** signifie que le patient peut recevoir du système de santé sans interruption, une gamme complète de services de santé dont il a besoin jusqu'à l'épuisement du problème qui a occasionné la consultation. Les populations doivent avoir accès aux soins curatifs, préventifs et promotionnels sans interruption auprès d'un prestataire qui connaît leurs antécédents et qui les réfère en temps opportun vers des services spécialisés lorsque c'est nécessaire et à des soins de suivi complets. Pour assurer la continuité des soins il faudra (i) s'assurer de la bonne tenue des dossiers médicaux permettant à un nouveau prestataire de mieux s'imprégner des antécédents des patients, de renforcer et compléter le diagnostic et le traitement des anciens

prestataires, (ii) effectuer des visites à domicile pour se rassurer de la poursuite du traitement prescrit, (iii) entretenir l'unicité du système de santé de la ZS, (iv) mettre en place un bon système de référence et de contre référence

41. **L'intégration** signifie que tous les soins tant curatifs, préventifs que promotionnels sont administrés par une équipe polyvalente au niveau des structures de santé (Centre de Santé par exemple). L'intégration est à différencier de la juxtaposition où les soins sont donnés au même endroit mais par des personnels 'spécialisés' tels que les infirmiers TBC, PEV, etc. L'intégration nécessite que l'équipe chargée de la supervision soit également polyvalente (ECZ par exemple, etc.) et non spécialisée dans telle ou telle maladie. Elle nécessite aussi que les activités faisant partie du PMA offerts par l'équipe du CS ne soient pas directement liées au financement vertical.
42. Le shift du financement de type vertical vers un financement de type système dans le cadre des PDSP est une option importante à ce sujet. Dans le même ordre d'idée, la mise en œuvre des activités 'verticales' doit être confiées aux partenaires de mise en œuvre des PDSZ (appui horizontal) qui travaillent pour le développement des ZS. L'intégration doit être envisagée au moment de la planification. Il est souvent difficile d'intégrer les activités lors de la mise en œuvre si cela n'a pas été pris en compte lors de la planification.
43. **La globalité des soins.** Ici, on doit tenir compte de tous les aspects : physique, social, moral de la personne qui consulte. Les personnes sont considérées sous toutes leurs dimensions qu'elles soient psychologiques, culturelles, sociales voire économiques, et non pas seulement physiques c'est à dire comme des patients ou des utilisateurs des services. Cela exige de la part des prestataires une approche 'empathique' des usagers. L'équipe du centre de santé doit comprendre que pour la personne, la santé et les activités sanitaires font partie d'un tout et qu'elles ne constituent qu'une composante de leur développement et de celui de la communauté.
44. **L'innocuité** en tant que dimension de la qualité signifie diminuer les risques de blessures, d'infections, d'effets secondaires nuisibles ou autres dangers pouvant être liés à la prestation de services. L'innocuité est un souci du prestataire ainsi que du patient. Par exemple, l'innocuité est une dimension importante de la qualité pour les transfusions de sang, tout particulièrement depuis l'apparition du SIDA. Les patients doivent être protégés contre l'infection et les agents de santé qui manipulent le sang et les aiguilles doivent également être protégés grâce à des méthodes de prévention. L'innocuité sera assurée entre autre en utilisant du matériel aseptique, par une meilleure pratique des gestes techniques (injections, opérations, etc.), par l'utilisation des produits (sanguins par exemple) non contaminés, etc.
45. **Les agréments** concernent les aspects des services de santé qui ne se rapportent pas directement à l'efficacité clinique, mais qui peuvent augmenter la satisfaction du client ainsi que les chances de voir revenir à l'avenir pour des soins dans le centre. Les agréments sont également importants car ils peuvent influencer les attentes et la confiance qu'a le client dans d'autres aspects du service ou du produit. Les agréments se rapportent souvent à l'apparence des centres qui doit être situé dans un lieu propre,

bien aéré et loin des bruits. Le personnel doit être propre et bien habillé (blouses blanches propres). Le personnel de la réception doit être chaleureux et agréable pour améliorer l'accueil des malades. La salle d'attente doit avoir des sièges agréables, et un décor plaisant, des toilettes propres et accessibles.

46. **Un programme d'assurance qualité** doit comprendre les étapes suivantes : la planification, l'élaboration des normes et directives administratives et techniques (protocoles thérapeutiques, etc.), la communication ou la vulgarisation des normes et directives, l'approvisionnement en intrants de qualité, le suivi et le monitoring ainsi que la résolution de différents problèmes décelés lors du suivi et du monitoring.
47. Au niveau de l'HGR, il sera mis en place un Système d'Information Hospitalière qui est un élément du SIS et qui va permettre de mesurer la qualité des soins administrés à ce niveau (satisfaction des usagers, taux d'infections hospitalières, fréquence des maladies nosocomiales, taux de guérison, mortalité intra hospitalière, etc.) et d'y apporter une réponse appropriée.

2.8. Directives relatives à l'organisation de la participation communautaire

La participation communautaire se définit comme la possibilité donnée à la communauté d'exprimer son avis, d'émettre ses suggestions et de prendre part aux décisions concernant la conception, la mise en œuvre, la gestion, le suivi et l'évaluation des actions destinées à améliorer son état de santé. L'approche participative est un ensemble des méthodes qui autonomisent les communautés en suscitant la prise de consciences, la compréhension et le sentiment d'appropriation qui aboutissent à des changements durables.

1. La participation communautaire doit être organisée et encouragée durant tout le processus qui consiste à offrir les soins de santé de qualité à la population. La participation communautaire se fera soit travers les individus, soit à travers des groupes organisés soit encore à travers les organes formels de participation communautaire qui sont (i) le Comité de Développement de l'Aire de Santé pour le Centre de Santé, (ii) le Comité de Gestion de l'HGR, le Comité de gestion et le Conseil d'Administration pour l'ensemble de la Zone de Santé. Elle peut prendre plusieurs formes qui vont d'une simple réunion à des actions plus complexes telle que la construction d'un centre de santé en passant par le paiement des tarifs des actes médicaux.
2. **Le Conseil d'Administration de la Zone de Santé (CA)** sera mis en place par le Médecin Inspecteur Provincial qui en assure présidence. Il se réunira deux fois l'année et aura pour membres (i) tous les membres de l'ECZ qui en assure le Secrétariat, (ii) tous les partenaires qui appuient ou qui interviennent dans la Zone de Santé, (iii) l'autorité politico administrative locale, un représentant de la Centrale de Régionale de Distribution des Médicaments Essentiels (CDR) qui approvisionnent la ZS, (iv) les représentant des Comités de Développement des Aires de Santé.

3. Les membres du Conseil d'Administration autres de ceux de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé seront désignés par les organismes dont ils relèvent. Le Conseil d'administration de la ZS élabore son règlement d'ordre intérieur (ROI) qui doit être approuvé par le Comité de Pilotage Provincial de la SRSS.
4. La mission du Conseil d'Administration de la ZS est de s'assurer de la pertinence, de la cohérence et de la coordination des interventions et des ressources de la ZS par rapport à la SRSS et aux orientations du Comité de Pilotage Provincial de la SRSS. Ace titre, il approuve le Plan de Développement Sanitaire de la Zone de Santé (PDSZ) et les plans annuels. Il s'assure de l'intégration du Plan de Développement Sanitaire de la Zone dans le Plan multisectoriel de l'entité administrative (territoire, commune, etc.) dont relève la ZS. Il se réunit au début de l'année pour évaluer les actions menées l'année avant et approuver le plan d'action annuel de la ZS et en milieu d'année pour une évaluation à mi parcours des interventions programmées au cours de l'année. Le Conseil d'Administration (CA) de la Zone de Santé est l'organe de décision de la Zone. Il propose à l'autorité compétente la nomination du Médecin Chef qui doit être issu de l'ECZ.
5. Les réunions du Conseil d'Administration de la Zone de Santé doivent faire l'objet d'un Procès Verbal qui doit être signé par tous les membres présents à la réunion.
6. **Le Comité de Gestion de la Zone de Santé (COGES)** est l'organe chargé de la gestion des ressources et de la mise en œuvre des décisions du Conseil d'Administration de la Zone de Santé. Il est présidé par le Médecin Chef de Zone et coordonnateur de l'ECZ.
7. Les membres du Comité de Gestion de la Zone de Santé sont : (i) tous les membres de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé, (ii) le gestionnaire de l'HGR si ce dernier est cédé en gestion ou le représentant du propriétaire de l'HGR si ce dernier est privé (confessionnel, hôpital d'entreprise, etc.), (iii) les présidents des Comité de Développement des Aires de Santé ou leurs représentants, un représentant de l'autorité politico administrative locale. Les membres du Conseil de Gestion de la Zone de Santé autre que ceux de l'ECZ sont désignés par les organismes dont ils relèvent.
8. Le Comité de Gestion de la Zone de Santé élabore son règlement d'ordre Intérieur qui doit être approuvé par le Conseil d'Administration de la Zone de Santé. La fréquence des réunions du Comité de Gestion de la Zone de Santé sera d'une réunion le trimestre.
9. Les présidents des Comités de Développement des Aires de Santé assurent à tour de rôle le secrétariat du Comité de Gestion de la Zone de Santé. Les réunions du Comité de Gestion de la Zone de Santé sont sanctionnées par un procès verbal qui doit être signé par l'ensemble de membres présents à la réunion.
10. **Le Comité de Gestion de l'Hôpital Général de Référence** est l'organe de décision et de gestion des ressources de ce dernier. Il approuve le Projet d'Etablissement de

l'HGR et les plans d'action annuels. Il s'assure de la cohérence et de l'intégration du Projet d'Établissement dans le Plan de Développement Sanitaire de la Zone dont il est l'un des éléments. Il est présidé par le Médecin Directeur de L'HGR. Il approuve les états de paie et toutes les autres dépenses nécessaires au fonctionnement de l'HGR et fait des prévisions pour le mois suivant.

11. Le Comité de Gestion (COGES) de l'HGR se réunit une fois le mois. Il élabore son règlement d'ordre intérieur qui doit avoir l'aval du Conseil d'Administration de la ZS et l'approbation du Comité de Pilotage Provincial de la SRSS.
12. Les membres du COGES de l'HGR sont (i) le propriétaire de l'Hôpital si ce dernier est privé ou le représentant du gestionnaire s'il s'agit d'un Hôpital public cédé en gestion, (ii) tous les médecins de l'HGR et/ou les responsables des services de Médecine Interne, de Chirurgie, de Pédiatrie, de Gynécologie Obstétrique, d'imagerie médicale, (iii) l'Administrateur Gestionnaire et (iv) le pharmacien de l'HGR et le représentant de l'autorité politico administrative locale.
13. **Le Comité de Développement de l'Aire de Santé (CODESA)** est l'organe responsable du développement sanitaire de l'Aire de Santé. Il est en plus l'organe de décision et de gestion des ressources du Centre de Santé et les activités communautaires. Il approuve le Plan de Développement Sanitaire de l'Aire de Santé (PDSAS) ainsi que les plans annuels et s'assure de l'intégration de ces plans dans un plan multisectoriel de l'entité administrative dont relève l'aire de santé (secteur, cité, etc.)
14. Le Comité de Développement de l'Aire de Santé est présidé par l'Infirmier titulaire du Centre de Santé. Il a pour membre (i) l'équipe du CS et (ii) les représentants des cellules d'animation communautaire (CAC) qui eux représentent leurs villages ou leurs quartiers selon qu'il s'agit d'une ZS rurale ou urbaine. Les membres du CODESA sont désignés par les entités dont ils relèvent.
15. Le CODESA élabore son ROI qui doit être approuvé par le Comité de Gestion de la Zone de Santé. Les réunions du CODESA seront sanctionnées par un procès verbal signé par l'ensemble de ses membres. Il se réunira une fois le mois et une copie du PV sera envoyée à l'ECZ.
16. L'appartenance à un CODESA ne donne droit ni aux avantages financiers ni à aux soins médicaux gratuits. Des formes de motivation locale (d'ordre honorifique par exemple), seront recherchées pour les membres du CODESA.
17. L'implication des communautés est indispensable dans l'élaboration du plan de couverture de la Zone de Santé (élaboration de la carte sanitaire de la ZS et choix des sites d'implantation des Centres de Santé). Des négociations seront entreprises entre le membre de l'ECZ chargé de l'axe et les communautés concernées pour déterminer les limites des aires de santé et dans chaque aire de santé, le lieu d'implantation du Centre de

CHAPITRE III : DIRECTIVES RELATIVES A LA REORGANISATION DU NIVEAU INTERMEDIAIRE

1. Le niveau intermédiaire du système de santé a une double mission : (i) apporter un appui technique au développement des Zones de Santé et (ii) Organiser la référence spécialisée au niveau provincial. La première sera exercée par l'Equipe Cadre de la Province et la seconde, du fait de son caractère spécialisé sera exercée par l'Hôpital Provincial avec lequel l'ECP aura des relations administratives.
2. Conformément à la nouvelle constitution, le niveau intermédiaire du système de santé est réduit à un seul échelon. Cette réduction de ce niveau à un seul échelon ne doit pas être comprise comme une suppression des fonctions autres fois exercées par les districts, bien au contraire, il s'agit d'un renforcement de ces dernières.
3. La structure actuelle du niveau intermédiaire (13 bureaux et multiples coordinations des programmes spécialisés) n'est pas appropriée pour appuyer le développement des Zones de Santé. Elle favorise plutôt la verticalité du système et donc la fragmentation de ce dernier. Les besoins de développement des Zones de Santé nécessitent une réforme de ce niveau. Le niveau intermédiaire doit évoluer d'une structure bureaucratique (bureaux et coordinations de programmes spécialisés) à une structure plus managériale et dont la forme et les fonctions doivent être guidées par la nécessité d'appuyer le développement des Zones de Santé.
4. Les fonctions du niveau intermédiaire peuvent être de trois types : (i) *fonctions de coordination et administratives*, (ii) *fonctions techniques*, et (iii) *fonctions logistiques* ;
5. Il sera mis en place dans chaque province une Equipe Cadre Provinciale (ECP). L'ECP sera composée des cadres polyvalents (de préférence des médecins) formés en Santé Publique ayant une expérience suffisante dans le développement des Zones de Santé. Leur nombre dépendra de la taille de la province et du nombre des Zones de Santé que compte celle-ci.
6. Chaque membre de l'ECP aura la mission d'appuyer le développement d'un nombre limité de Zones de Santé (**fonctions techniques**). Etant donné que la mise en place d'une équipe ne peut que s'inscrire dans le temps, l'Equipe Cadre de la Province se construira sur base du personnel de santé actuel du niveau intermédiaire y compris des médecins des districts actuels.
7. les fonctions de **coordination et administratives** seront exercées par le MIP, qui lui-même est membre de l'ECP et coordonnateur de celle-ci. En tant que membre de l'Equipe Cadre Provinciale, il dispose aussi d'un nombre limité des ZS dont il appuie le développement ;
8. les **fonctions logistiques** remplaceraient les coordinations provinciales actuelles et ne seront pas assurées par des médecins (Médecins Coordonateurs Provinciaux). Elles seront assurées par des logisticiens formés ou recyclés. Les MCP actuels qui

remplissent les conditions et qui ont un profit souhaité pourront être récupérés dans les nouvelles Equipes Cadres de Provinces (ECP) à mettre en place ;

9. La mise en œuvre de tous les projets qui vont démarrer dans le secteur de santé après l'adoption de la SRSS doit s'inscrire dans le cadre de la nouvelle constitution dans laquelle le nombre des provinces passe de 11 à 26. En d'autres termes, l'appui au intermédiaire devra être dans la mesure du possible, orienté vers l'échelon actuel de ce niveau appelé à devenir le chef lieu de la province conformément à la nouvelle constitution.
10. A ce niveau seront mises en place des ECP en lieu et place de structures bureaucratiques actuelles. Si le soutien à une structure actuelle du niveau intermédiaire non destinée à devenir une province est nécessaire pour assurer un appui technique aux ZS avant la mise en œuvre de la nouvelle constitution dans ses aspects relatifs au nombre de provinces, il sera évité d'y opérer de gros investissements construction des bureaux, etc.).
11. La supervision des Zones de Santé sera une responsabilité de la seule Equipe Cadre Provinciale et se fera de façon intégrée. Une supervision intégrée est à différencier d'une supervision commune ou d'une supervision juxtaposée. La supervision intégrée est celle où le superviseur dans l'exercice de sa tâche examine tous les aspects des activités qui font l'objet de la supervision. Une supervision commune est celle où plusieurs superviseurs descendent dans une ZS par exemple où chacun s'occupe d'un aspect précis de l'activité qui fait l'objet de la supervision.
12. La mise en place des ECP nécessite l'arrêt de l'implantation de nouveaux bureaux et de nouvelles coordinations en provinces. Cette implantation se fait sur base d'un cadre organique provisoire et donc, destiné à être modifié dans les mois qui viennent.
13. les structures des partenaires implantées en provinces doivent s'inscrire dans le cadre du renforcement réel de ce niveau par l'appui technique pertinent et l'appui logistique. Ces structures devront éviter de se substituer à celles qu'elles sont supposées appuyées (réalisation de la supervision dans les structures de niveau périphérique sans implication des structures appuyées, etc.). Pour ce faire, ces appuis doivent s'inscrire dans un plan d'appui au renforcement de ce niveau dont les objectifs, les modalités de mise en œuvre et la durée doivent être discutés entre le Ministère et les partenaires concernés avant leur exécution.
14. Une assistance technique de type santé publique sera nécessaire pour appuyer les jeunes équipes cadres provinciales (ECP) dans l'élaboration et la mise en œuvre des PDSP. Dans le cadre de la politique de développement des ressources humaines pour la santé, il sera envisagé d'utiliser les congolais de la diaspora externe et ceux qui sont au pays qui en ont les capacités pour constituer l'assistance technique dont auront besoin les provinces. Pour raison d'alignement et d'harmonisation, les assistances techniques actuellement présentes en provinces vont être toutes membres du CPP de la SRSS à ce niveau.

15. A moyen terme, il sera mis en place une assistance technique unique en province pour la mise en œuvre de la SRSS et non pour tel ou tel projet d'intervention dans le secteur. La séparation entre les fonctions de gestionnaire de projet et celle d'assistance technique sera nécessaire pour mettre en place une assistance technique unique en province.

CHAPITRE IV. DIRECTIVES RELATIVES A LA REORGANISATION DU NIVEAU CENTRAL

1. La configuration actuelle du niveau central du Ministère de la Santé n'est pas pertinente pour la mise en œuvre de la SRSS. Le nombre impressionnant de structures (12 directions et 52 programmes) et leur mode de fonctionnement cloisonné et la verticalité qui s'en suit entretiennent la fragmentation du système de santé. Une réforme de ce niveau est nécessaire pour lui permettre de jouer le rôle qui doit être le sien dans la mise en œuvre de la SRSS.
2. Etant donné que la réforme du Ministère destinée à conférer une forme pertinente au niveau central du Ministère prendra du temps, les mesures conservatoires seront d'application sous la coordination du CNP de la SRSS. Ces mesures consistent à décréter un moratoire sur la création de nouvelles structures au niveau central et intermédiaire du Ministère de la Santé et à regrouper les programmes autour des Directions qui remplissent tous les critères légaux par rapport à leur existence. Ces mesures permettent non seulement d'éviter d'enliser une situation destinée à être changée, mais aussi à 'frayer du chemin' à la mise en œuvre de la SRSS dans l'entre-temps.
3. Sous la coordination du Comité National de Pilotage, les objectifs sectoriels (définis sur base de la SRSS), les indicateurs et les cibles seront définis. Une fois le consensus obtenu sur ces objectifs, la contribution à la réalisation de ces objectifs de chaque structure du niveau central sera soigneusement examinée et cotée. L'une de ces quatre cotes sera attribuée à chaque structure : la cote 'forte' pour les structures dont la contribution à la réalisation des objectifs sectoriels est très importante ; 'moyenne' pour les structures dont la contribution est moyenne et 'faible' pour celle dont la contribution est négligeable et nulle pour ceux dont la contribution à la réalisation des objectifs sectoriels est nulle ou presque.
4. Les structures dont la contribution à la réalisation des objectifs sectoriels est forte vont garder leur configuration actuelle. Celles dont la contribution est faible vont être regroupées pour améliorer le degré de leur contribution à la réalisation des objectifs sectoriels et, celles dont la contribution est faible ou nulle seront supprimées. Cette réflexion endogène au Ministère va alimenter de la réforme du niveau central du Ministère au niveau de la Fonction Publique.
5. La question de la rationalisation du niveau central est largement abordée dans le chapitre des directives à la planification dans la section concernant la mise en place du SWAP.

CHAPITRE V : DIRECTIVES RELATIVES A LA RATIONALISATION DU FINANCEMENT DE LA SANTE

1. La responsabilité du niveau central dans le financement de la santé va consister à mobiliser les ressources et à affecter des enveloppes aux provinces pour la mise en œuvre des Plans de Développement Sanitaire à ce niveau. L'identification des activités ou des ZS à financer sera du ressort du Comité Provincial de Pilotage et se fera en tenant compte des priorités telles définies dans les PDSP. Ce dernier sera le seul cadre dans lequel va se négocier le financement de la santé destiné à la province
2. En vue d'améliorer le financement du secteur de la santé et en assurer la viabilité, une étude sera menée pour évaluer le coût de mise en œuvre de la SRSS (développement d'une Zone de Santé urbaine et rurale, appui au niveau central et intermédiaire rationalisés).
3. Un plan de viabilité financière du Plan National de Développement Sanitaire sera élaboré. Il comprendra entre autre comme éléments : une analyse des coûts et des financements de tous les programmes du PNDS retenus (ceux dont la contribution à la réalisation des objectifs sectoriels est élevé), les ressources financières disponibles et prévisibles (toutes sources confondues), les gaps éventuels, les principes de partage des coûts entre les différentes sources de financements/partenaires du secteur (Gouvernement, communautés locales, partenaires au développement et secteur privé) seront définis.
4. Ces principes tiendront compte de la capacité contributive de chaque partenaire et de son évolution dans le temps et de la volonté de payer de la part des communautés locales. L'évaluation de la capacité contributive des communautés tiendra compte de leur pouvoir d'achat qui varie selon les milieux et qui devra s'améliorer avec la reprise économique. Des études sur la viabilité financière et économique des ZS et des formations sanitaires seront également menées. Elles déboucheront sur des propositions concrètes sur la réforme du financement de la santé en vue d'assurer la viabilité des structures de santé.
5. Le financement d'une ZS en développement (appui global) pourra nécessiter dans certains cas une complémentarité entre partenaires au développement en plus des autres sources (publique, communautaire et privé). Dans ce même ordre d'idée, la réalisation de l'enveloppe nécessaire au développement d'une ZS pourra nécessiter une réduction du nombre des ZS appuyées dans le cadre des projets qui vont démarrer prochainement dans le secteur en vue d'éviter le saupoudrage.
6. Le saupoudrage sera évité dans le cadre de la mise en œuvre de la SRSS. Cependant, un « appui maintien » qui consiste à assurer un certain nombre d'interventions à la population des Zones de Santé qui ne sont pas éligibles directement au développement pour l'une ou l'autre raison en attendant qu'elles y soient alignées. Cet 'appui maintien' consistera en des actions telles que la vaccination, l'approvisionnement en médicaments essentiels, etc.

7. La mise en place du SWAP va nécessiter une réforme profonde du secteur de la santé. Cependant, au niveau provincial, le processus peut démarrer dans les provinces où la forme managériale du niveau provincial sera testée en lieu et place de la forme bureaucratique actuelle.
8. Le développement des 'basket funding' se fera de façon pilote dans les provinces où intervient le Programme Santé du 9^{ème} Fonds Européen de Développement. Cette expérience sera documentée et partagée avant de l'exporter dans les autres provinces du pays,
9. L'élaboration d'un seul Plan de Développement Sanitaire de la Province avec une budgétisation sectorielle unifiée en concertation avec tous les partenaires qui y interviennent sera la première étape de la mise en place d'un 'basket funding' à ce niveau. Le processus proprement dit de mise en œuvre de ces 'basket funding' sera fait dans un premier temps sur base des plans d'action annuels qui seront déclinés à partir du Plan de Développement Sanitaire de la Province et des résultats de la revue annuelle provinciale.
10. Le budget de l'état destiné à la santé (budget ordinaire, appui budgétaire, fonds PPTE, etc.) et les deux fonds qui seront mis en place dans le cadre du Programme Santé du 9^{ème} Fonds Européen de Développement (PS9FED), notamment le fonds de développement du système de santé (FDSS) et le fonds d'achat des services de santé (FASS) vont constituer le socle de la mise en place d'un 'basket funding'. Au fur et à mesure que l'information sur les financements existants est rendue disponible, les différents intervenants ou partenaires seront invités à se joindre à cet effort de budgétisation unifiée,
11. La séparation entre le financement des activités normatives et celles qui doivent être réalisées dans les provinces dans le cadre des fonds globaux (FM, GAVI, MAP, etc.) doit aider à alimenter le 'basket funding' au niveau des provinces. Ceci demande que le rôle normatif et régulateur des programmes de lutte soit rétabli dans le cadre de mise en œuvre des actions financées par les fonds globaux. Ce rétablissement du rôle normatif et régulateur devra aider ces programmes à abandonner progressivement les opérations qu'ils mènent actuellement en lieu et place de deux autres niveaux ;
12. Pour garantir le caractère unitaire du PMA et les principes d'intégration, de globalité et de continuité qui le sous-tendent, son financement devra avoir un caractère 'horizontal' plutôt que 'vertical' même si la source pourrait en être verticale. Parmi les moyens pour y parvenir, il y a le shift du 'financement vertical' vers un financement système au niveau provincial, la possibilité d'accorder la mise en œuvre des projets financés par les fonds globaux verticaux aux partenaires chargés du développement des ZS plutôt qu'aux ONG (maîtres d'œuvre délégués) 'spécialisés' sur tel ou tel aspect de la lutte contre la maladie. Il sera également évité dans le même ordre d'idée une contractualisation de nature à désintégrer le PMA.

13. La tarification se fera par épisode. La fixation du tarif tiendra compte de : (i) la nature du problème de santé à résoudre, (ii) de la capacité de payer des usagers et, (iii) de la nécessité d'assurer la viabilité financière des structures de santé (CS et HGR).
14. Les recettes des formations sanitaires qui sont générées par le fait de la tarification serviront essentiellement au fonctionnement de ces dernières. Une partie des fonds générés par les formations sanitaires sera utilisée pour payer les primes du personnel. La proportion de ces recettes destinée à la paie des primes sera déterminée par le Conseil d'Administration des ZS et approuvée par le Comité Provincial de Pilotage de la SRSS. Cette proportion sera fonction de l'enveloppe disponible, des besoins de fonctionnement et de la hauteur des primes/salaires qui seront payées soit par le Gouvernement, soit par les partenaires du secteur.
15. Les pratiques qui consistent pour les structures d'un niveau donné à fonctionner avec les contributions de celles du niveau inférieur ont pour effet d'une part, de renchérir les soins de santé et donc d'en diminuer l'accessibilité financière des populations et, d'autre part, de réduire le pouvoir de décision des structures bénéficiaires. Ces pratiques sont prohibées sur toute l'étendue du territoire national.
16. Des revues du financement de la santé seront organisées. Elles permettront de mieux examiner toutes les questions relatives au financement du secteur, d'en dégager les goulots d'étranglements, les pistes de solutions et les conditions de viabilité financière du système de santé.

CHAPITRE VI : DIRECTIVES RELATIVES AU DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

1. Le développement des ressources humaines pour la santé (RHS) devra prendre en compte les aspects liés à la formation (initiale et continue), les conditions de travail du personnel de santé y compris le paiement des primes et salaires ainsi que les perspectives de carrière. Toutes les interventions relatives à la mise en œuvre de la SRSS devront prendre en compte les préoccupations des ressources humaines pour la santé sans l'engagement desquelles les résultats attendus risquent d'être fortement compromis,
2. Les besoins en formation et les types de formations à administrer au personnel de santé par niveau dans la province seront identifiés compte tenu des exigences de la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire de la Province (PDSP). En d'autres termes, la réalisation de ces formations doit s'inscrire dans le cadre de l'amélioration des compétences du personnel de santé de la province en vue de la mise en œuvre du PDSP.
3. Les besoins en formation seront identifiés et les formations organisées et exécutées par l'échelon immédiatement supérieur à celui où ces besoins ont été identifiés. Les besoins en appui à ces formations seront identifiés par l'échelon responsable de la formation et sollicités par celui-ci. Par exemple, une ECP qui veut organiser une formation au profit des ECZ peut pour l'une ou l'autre raison faire appel à une expertise du niveau central.
4. Les formations doivent être organisées de manière à ce qu'elles soient réellement bénéfiques et qu'elles permettent aux bénéficiaires de dégager le temps nécessaire pour faire leur travail. Les stages dans les Zones de Santé ou dans les structures de santé qui ont un degré satisfaisant de fonctionnement seront privilégiés en lieu et place des formations de type séminaire.
5. Les formations du personnel de santé pour une entité donnée (Province, Zone de Santé, etc.) seront programmées au début de chaque année en concertation avec tous partenaires qui interviennent dans l'entité concernée. Celles du niveau provincial par exemple seront programmées par le CPP de la SRSS.
6. Les différentes ressources disponibles au niveau de la Zone de Santé ou au niveau de la Province pour la formation du personnel (dans les différents projets) seront utilisées de façon coordonnées en concertation avec tous les partenaires qui interviennent à ces différents niveaux, ceci devra permettre d'éviter un double emploi ou des chevauchements. Au niveau provincial par exemple, cette coordination sera assurée par le Comité Provincial de Pilotage de la SRSS, au niveau de la ZS par le Conseil d'Administration auquel participent tous les partenaires qui interviennent dans la ZS.
7. Le personnel de santé (médecin, infirmier, administrateur gestionnaire, etc.) destiné à travailler dans une Zone de Santé doit bénéficier d'une formation initiale dont le

contenu, la durée et les modalités d'organisation dépendront des responsabilités qui les attendent.

8. Le personnel infirmier destiné à travailler dans un centre de santé bénéficiera d'une formation initiale de trois mois à l'Hôpital Général de Référence de la Zone de Santé. Cette formation sera à la fois théorique et pratique et sera conçue de manière à permettre au bénéficiaire de se familiariser avec les activités et les techniques qu'il aura à accomplir dans son poste.
9. Le personnel médical destiné à travailler dans une Zone de Santé doit bénéficier d'une formation initiale de 6 mois dans une Zone de Santé de démonstration ou dans une autre Zone de Santé performante de la province. Ce stage sera à la fois clinique (chirurgie, médecine interne, pédiatrie et gynéco obstétrique) et managériale (planification, supervision, etc.)
10. Il sera mis en place dans chaque province, un système de suivi du cursus de chaque cadre de la province et d'évaluation régulière des formations réalisées au bénéfice du personnel de santé des provinces.
11. Il sera envisagé dans la mesure du possible dans le cadre des projets de financement du secteur, la possibilité de financer la mise à la retraite du personnel qui a atteint l'âge de la retraite en attendant la reprise et l'extension de cette activité par le Ministère de la Fonction Publique. Cette directive devra aider à éviter de réduire la pléthore du personnel dans une formation ou une structure de santé en la créant dans une autre (affectation du personnel pléthorique dans les ZS ou formations sanitaires non ciblées par les projets).
12. Le Médecin Chef de Zone, coordonnateur de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé (ECZ) sera désignée de préférence parmi les médecins membres de l'ECZ qui travaillent en tant que tels dans la ZS depuis au moins deux ans. Dans les ZS qui ne disposent pas encore d'ECZs structurées, le MCZ sera désigné parmi les médecins qui ont une ancienneté de deux ans dans la ZS. La proposition de nomination sera faite au Conseil d'Administration de la ZS.
13. Le Médecin Inspecteur Provincial, coordonnateur de l'Equipe Cadre Provinciale (ECP) sera désignée de préférence parmi les médecins membres de l'ECP qui travaillent dans la province depuis au moins quatre ans. Dans les Provinces qui ne disposent pas d'Equipes Cadres Provinciale structurée, le Médecin Inspecteur Provincial sera désigné parmi les médecins qui ont une ancienneté d'au moins quatre ans et qui dispose de la confiance de ses pairs. La proposition de nomination sera faite par le Comité National de Pilotage de la SRSS.

CHAPITRE VII : DIRECTIVES RELATIVES A LA RECHERCHE SUR LES SYSTEMES DE SANTE

1. Les études et recherche sur les systèmes de santé seront conduites essentiellement dans les Zones de Santé de démonstration. Elles seront conduites par la DEP, organe chargé de la recherche au niveau du secteur, elle sera appuyée par les membres du Groupe d'Appui à la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (GARSS). Cette recherche se fera sous la coordination du CNP de la SRSS.
2. La DEP fera recours en cas de besoin à une expertise nationale ou internationale pour la réalisation de certains travaux de recherche qui exigent une expertise pointue dans tel ou tel autre domaine.
3. La recherche aura pour but principal d'identifier les goulots d'étranglements à la mise en œuvre de la SRSS et d'y trouver des solutions alternatives. Elle permettra également de tester les différentes hypothèses contenues dans le document de SRSS, dans le recueil des normes et dans les différentes directives de mise en œuvre de la SRSS. C'est le cas par exemple du modèle du niveau intermédiaire plus managériale (Equipe Cadre Provinciale) que bureaucratique, de la composition de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé, de la taille de la population d'une aire de santé, etc.
4. Des études diverses seront également menées dans plusieurs domaines. C'est le cas par exemple de toutes les études devant permettre de compléter les normes et directives de mise en œuvre telle que l'évaluation du coût d'implantation du PMA et PCA, le coût de lancement d'une Zone de Santé, la part du financement communautaire dans le financement global du système, etc.
5. L'équipe chargée de la recherche aura également pour rôle de documenter le processus de mise en œuvre de la SRSS, notamment les expériences pertinentes des Zones de Santé ou des provinces, et d'étudier les conditions qui permettent leur exportation dans d'autres ZS ou Provinces

CHAPITRE VIII : DIRECTIVES RELATIVES A LA CONTRACTUALISATION

1. La contractualisation sera un outil important dans la mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé dans la mesure où celle-ci va nécessiter l'implication de plusieurs acteurs (bailleurs, les consortiums, les organisations non gouvernementales ONGs), le privé lucratif, le secteur publique, etc.).
2. Pour améliorer la performance des activités qui sont objet de la contractualisation, une délégation de la maîtrise d'œuvre doit être organisée au sein du Ministère de la Santé. Cette délégation de la maîtrise d'œuvre doit permettre la négociation et la signature des contrats à tous les trois niveaux du système de santé (central, intermédiaire et périphérique). Le contenu de ces contrats va s'articuler autour des droits et des obligations des uns et des autres, compte tenu des responsabilités de chaque niveau dans la mise en œuvre de la SRSS.
3. Au niveau central, il sera signé un *contrat d'intégration*. Ce contrat permettra à la structure du niveau central responsable dont l'une ou l'autre activité de la mission intéresse l'ONG contractante (Ministère, Direction ou Programme Spécialisé), d'évaluer les capacités de celle-ci à pouvoir exercer la ou les activités devant faire l'objet de la contractualisation. . Le contrat d'intégration sera signé uniquement avec les ONG dont l'évaluation à ce stade est satisfaisante. Il constitue l'acte par lequel le Ministère intègre l'ONG parmi celles autorisées à réaliser les activités qui font l'objet de la contractualisation d'une part et, d'autre part, un engagement de l'ONG à réaliser les résultats attendus dans le respect des procédures.
4. Au niveau intermédiaire sera signé un *contrat d'orientation* qui doit être considéré comme un complément au contrat d'intégration. Le contrat d'intégration sera l'acte par lequel le niveau intermédiaire donne une orientation sur l'implantation géographique de l'ONG étant donné la situation épidémiologique et les besoins non couverts de la province. En ce qui concerne les contrats d'orientation en provinces, le Médecin Inspecteur Provincial, coordonnateur de l'ECP pourra valablement engager le Ministère de la Santé et permettre de ce fait un suivi de proximité.
5. Au niveau périphérique sera signé un *contrat de mise en œuvre* qui est l'acte par lequel l'ECZ représentée par le Médecin Chef de Zone qui en est le coordonnateur après concertation avec les autres membres de l'équipe et la structure contractante, délègue une partie de ses responsabilités (celle de l'équipe) de mise en œuvre du PDSZ à la structure contractante. Il constitue un complément indispensable aux deux premiers contrats. Une contractualisation est dite complète si elle comprend les trois éléments de cette dernière (contrat d'intégration, d'orientation et de mise en œuvre).
6. Les équipes de différents niveaux appelés à contractualiser doivent être formées en matière de négociation et de contractualisation.
7. Il sera soigneusement évité d'avoir des contrats de mise en œuvre uniquement basés sur la réalisation des performances par rapport aux indicateurs des programmes

verticaux qui du reste, peuvent être améliorés même dans une situation d'urgence. La mise en œuvre de la SRSS s'inscrit dans le cadre de la reconstruction du secteur de la santé.

8. En attendant l'amélioration des conditions salariales par le Gouvernement, les contrats de performances qui seront signés par le personnel de santé seront conçus de manière à ce qu'ils consolident le travail d'équipe (Equipes Cadre des Zones de Santé et Equipes Cadres des Provinces, équipes d'infirmiers polyvalents des Centres de Santé, etc.) d'une part, et d'autre part, ils doivent être liés à l'ensemble des fonctions du cadre concerné plutôt qu'à quelques indicateurs verticaux. Le paiement de ces primes liées à l'ensemble des fonctions du cadre (personne) concerné mettra fin au paiement des primes liées à un programme ou à un ou plusieurs indicateurs des programmes verticaux. Les modalités de ce changement seront fixées par le CPP.
9. Les modèles de contrat à utiliser dans le cadre de la mise en œuvre de la SRSS doivent être incitatifs, c'est-à-dire qu'ils devront prévoir une gradation qui incite les bénéficiaires à toujours faire mieux pour améliorer leurs performances. Ceci sera valable pour les contrats qui seront signés avec les ONGs, les structures de santé, privées ou étatiques, même avec les individus à tous les niveaux ;
10. Il sera évité dans la conception et la mise en œuvre de la contractualisation, de créer des conditions favorables à des conflits d'intérêt. Les structures qui appuient les Inspections Provinciales de la Santé par exemple (avec lesquelles ces dernières signeront probablement des contrats), doivent être différentes de celles qui appuient les Zones de Santé. Ceci est valable pour tous les niveaux du système de la santé.
11. La contractualisation ne doit pas occulter le rôle normatif et régulateur du Ministère de la Santé, en d'autres termes tous les contrats de mise en œuvre des projets entre les bailleurs ou les structures qui les représentent dans le pays doivent être contresignés par des structures du Ministère qui sont soit chargées de la régulation et/ou de la mise en œuvre des actions qui font objet du contrat.

CHAPITRE IX : DIRECTIVES RELATIVES AU RENFORCEMENT DE LA COLLABORATION INTRA ET INTER SECTORIELLE

1. A chaque niveau du système de santé et selon le contexte local, les secteurs dont les interventions sont de nature à influencer la mise en œuvre de la SRSS ou les résultats attendus de celle-ci seront identifiés. Au niveau central par exemple, il pourra s'agir de la Fonction Publique, de l'Enseignement supérieur et universitaires, etc., au niveau périphérique (dans certaines Zones de Santé), il pourra s'agir du secteur de l'eau et assainissement, des transports et communications, etc. ;
2. Une fois ces secteurs identifiés, les attentes du secteur de la santé par rapport aux secteurs identifiés seront clairement définis. Un cadre de concertation et de collaboration formelle avec ces différents secteurs sera mis en place pour définir des actions à entreprendre dans ses différents secteurs en vue de lever ou de contourner les obstacles à la mise en œuvre de la SRSS.
3. Dans le cadre de la mise en œuvre du plan de couverture de la ZS, les structures existantes appartenant au secteur privé (confessionnelles, ONGs, privé lucratif, entreprises, etc.) doivent être inventoriées et leurs capacités à fournir les soins de base évaluées. Des négociations seront entreprises avec les responsables de ces structures, la communauté et l'ECZ pour étudier la possibilité de leur confier par contractualisation, la responsabilité de l'offre des soins de santé de base à la population ;
4. Le contrat sera signé entre les responsables de ces structures et les ECZ si ces structures sont appelées à jouer le rôle des centres de santé et, entre les ECP et les responsables des structures si celles-ci sont appelées à jouer le rôle d'Hôpitaux Généraux de Référence. Ces contrats seront négociés au cas par cas et détermineront clairement les droits et les obligations de chaque partie engagée.
5. Si la structure de santé qui fait objet de contrat est appelée à devenir un HGR (hôpital confessionnel ou appartenant à une entreprise par exemple), l'ECZ sera constituée sur base du personnel travaillant au sein de la structure et dans ce cas, d'autres contrats vont être négociés et signés sous la supervision de l'ECP, entre l'ECZ et les différentes structures de santé privées ou publiques de la ZS qui jouent ou qui sont appelées à jouer le rôle de CS,
6. L'assainissement du secteur de santé en ce qui concerne les multiples structures de santé créées du fait du contexte caractérisé par l'absence de l'Etat, va privilégier comme approche, l'amélioration de l'offre et de la qualité des soins dans les structures à implanter ou à transformer en structures de premier ou de deuxième échelon. L'hypothèse est qu'un Centre de Santé ou un Hôpital qui est rationalisé et qui fonctionne bien va aider à réduire la viabilité et donc à aider à la 'disparition' des structures de santé concurrentes.
7. Cependant, des missions d'inspections conjointes (Ministère de la Santé, Administration du Territoire et Ministère de la Justice) seront menées pour évaluer les

structures afin de procéder à la fermeture de ces qui constitue un danger pour les usagers.

8. Les cas de flagrante éventuelle qui seront enregistrées dans les formations médicales privées non-conformes ou implantées anarchiquement seront des opportunités pour une fermeture de ces dernières en collaboration avec les autorités compétentes (justice et administration du territoire).

CHAPITRE X : DIRECTIVES RELATIVES A L'APPROVISIONNEMENT ET LA GESTION DES MEDICAMENTS

1. Conformément à la politique pharmaceutique nationale, il sera implanté une Centrale de Distribution Régionale (CDR) des Médicaments Essentiels pour une population variant entre 1 500 000 à 2 000 000 habitants (soit une CDR pour 10 à 15 ZS). Le calendrier d'implantation de la CDR tiendra compte de la demande qui elle sera liée au degré de fonctionnalité des ZS.
2. Les différents systèmes et circuits d'approvisionnement en médicaments et intrants (moustiquaires imprégnées d'insecticides, anti rétroviraux, combinaison thérapeutiques antipaludiques, etc.) qui se sont mis en place dans l'entre-temps, doivent progressivement intégrer et renforcer le circuit mis en place par politique nationale pharmaceutique notamment celle de la Fédération des Centrales d'Achat des Médicaments Essentiels (FEDECAME). Les modalités de leur intégration seront étudiées dans le cadre du Comité National de Pilotage de la SRSS.
3. En vue d'améliorer l'accessibilité financière des usagers aux médicaments, il sera évité de créer des dépôts des médicaments dans les ZS qui sont couvertes par les CDR. Le fonctionnement des ECZ sera budgétisé et pris en charge dans les différents projets de mise en œuvre de la SRSS soit par le Gouvernement, soit par les partenaires au développement en attendant la reprise de l'activité économique nationale. Cependant dans des milieux où les CDR sont loin de certaines ZS, il sera envisagé la possibilité d'implanter des dépôts relais qui seront sous la responsabilité des CDR et non des ZS.
4. Les CDR auront entre autre pour mission d'apporter un appui technique en terme de formation par exemple au personnel des ZS chargé de gérer les médicaments (pharmacien de l'HGR, assistants en pharmacie, infirmier du CS, etc.
5. Les ECZ auront la responsabilité de rationaliser les commandes des médicaments faites par les Centres de Santé et les prescriptions médicales des infirmiers de ces derniers lors des visites de supervision.
6. Les recettes des médicaments vont contribuer au fonctionnement des CS et des HGR. Un plafond de cette marge de contribution doit être fixé pour que soient assurée à la fois la disponibilité et l'accessibilité financière des usagers aux médicaments. Les marges bénéficiaires devront être fixées dans une fourchette qui va permettre des adaptations locales en fonction du pouvoir d'achat des communautés.
7. La hauteur des marges bénéficiaires (sur la vente des médicaments) de différents structures impliquées dans l'approvisionnement des médicaments (CDR, HGR, CS, etc.) sera fixée par le Comité de Pilotage Provincial de la SRSS auquel participeront les responsables des CDR implantées en province. Elle tiendra compte de la nécessité pour les CDR à faire fasse à terme leurs coûts d'exploitation, des particularités de certaines ZS et du pouvoir d'achat des usagers.

CHAPITRE XI : DIRECTIVES RELATIVES A LA GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE (GIS)

1. Le Système d'Information Sanitaire est un système qui fournit des informations qui vont guider le processus de la prise de décision à chaque niveau de l'organisation sanitaire. L'ultime but n'est donc pas d'accumuler les informations ou de les transmettre prioritairement à la hiérarchie et/ou aux partenaires du secteur de la santé, mais d'améliorer la prise de décision.
2. Les canevas de collecte des données seront conçus de manière non seulement à permettre d'effectuer cette auto évaluation et la prise de décision, mais aussi d'en assurer le suivi. Les canevas du niveau hiérarchiquement supérieur seront conçus entre autre de manière à permettre l'évaluer la mise en œuvre des décisions prises au niveau immédiatement inférieur sur base des données du SIS.
3. Pour le suivi de la mise en œuvre de la SRSS, deux composantes du SIS seront utilisées, il s'agit du **Système d'information sanitaire de routine** (statistiques des services de santé, données administratives, données financières, données de surveillance épidémiologique) et les **évaluations ponctuelles** qui génèrent de l'information généralement non disponible en routine.
4. Dans le cadre de la décentralisation prônée par la nouvelle constitution, toutes les informations sanitaires quelque soit la source de production doivent être centralisées, analysées au niveau provincial sous la responsabilité du Comité Provincial de Pilotage avant leur transmission au niveau central
5. Le SIS doit être défragmenté. A mesure que s'améliore le SIS, des mécanismes seront mis en place pour permettre une absorption progressive de tous les circuits d'information parallèles mis en place soit par les structures du niveau central, soit par les partenaires du secteur de la santé du fait des faibles performances du SIS.
6. Des mesures doivent être prises (reformule du SIS) pour améliorer ses performances, c'est-à-dire produit des informations de bonne qualité qui doivent être utilisées de façon continue pour améliorer l'état de santé des usagers le système et les programmes de santé (amélioration de la qualité des soins, atteindre les populations, recouvrement des coûts, amélioration de l'approvisionnement des médicaments et consommables, amélioration de la satisfaction des clients, etc.).

CHAPITRE XII : DIRECTIVES RELATIVES AU SUIVI ET A L'ÉVALUATION DE LA SRSS

1. Un plan de suivi et évaluation budgétisé de la mise en œuvre de la SRSS sera élaboré au niveau du Comité National (CNP) et de chaque Comité Provincial de Pilotage (CPP) de la SRSS. Ces plans national et provinciaux de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de la SRSS feront parties intégrantes respectivement du Plan National et des Plans Provinciaux de Développement Sanitaire. Ils incluront les différents plans de suivi et évaluation des projets et programmes de mise en œuvre de la SRSS ainsi que les ressources prévues par ces dernières.
2. **Le suivi de la mise en œuvre de la SRSS** aura pour objectifs de déterminer (i) la cohérence et la pertinence des projets en cours d'exécution avec la SRSS, (ii) l'adéquation entre les ressources disponibles et les activités prévues dans les projets et programmes de mise en œuvre de la SRSS, (iii) l'évolution des indicateurs de processus, (iv) l'évolution de la qualité des soins, (v) les problèmes/goulots d'étranglement éventuels à cette mise en œuvre ainsi que les solutions possibles et, (vi) enfin d'aider à documenter les résultats de toutes les hypothèses qui seront testées à tous les niveaux du système de santé.
3. **Les évaluations périodiques de la SRSS** auront pour objectifs (i) d'identifier l'évolution dans le temps et dans l'espace des indicateurs des objectifs sectoriels, (ii) de l'impact de la mise en œuvre de la SRSS sur la santé de la population bénéficiaire et (iii) indiquer la mesure dans laquelle les changements observés sont le résultat de l'intervention des programmes/projets de mise en œuvre de la SRSS.
4. L'exécution du plan de suivi et évaluation peut nécessiter une expertise pointue en la matière. Le CNP ou le CPP peut alors dans ce cas faire recours à une consultance nationale ou internationale.
5. Le suivi et l'évaluation qui seront organisées dans la mise en œuvre de la SRSS serviront essentiellement à (i) prendre des décisions de gestion et de prestation de service de santé (ii) assurer l'usage le plus efficace et le plus efficient possible des ressources disponibles, (iii) évaluer la progression des projets et/ou des programmes de mise en œuvre de la SRSS, (iv) apporter les rectifications qui s'imposent, (v) évaluer la mesure dans laquelle le programme/projet produit ou a produit l'impact désiré et (vi) et à de façon plus globale, donner une appréciation sur l'évolution de l'offre des services de qualité à la population conformément aux objectifs sectoriels.
6. Les valeurs de base des indicateurs des objectifs sectoriels doivent être mesurées pour servir de valeur de référence pour le suivi et l'évaluation de la SRSS à travers la mise en œuvre des Plans de Développement Sanitaires par niveau (Plan National de Développement Sanitaire, Plan Provincial de Développement Sanitaire et Plan de Développement Sanitaire de la Zone de Santé).
7. Au niveau des ZS, les valeurs de base seront déterminées lors des études de diagnostic de la situation qui doivent être faites en vue de la planification dans la phase de

démarrage des projets d'intervention (PARSS, Programme Santé du 9^{ème} FED, AXxes, APPDDS, projet d'appui au développement sanitaire de la ville de Kisangani, etc.)

8. L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) va être lancée cette année en République Démocratique du Congo. Cette enquête va mesurer un certain nombre d'indicateurs qui sont retenus comme indicateurs de plusieurs objectifs sectoriels du Ministère de la Santé. Ainsi, les valeurs de ces indicateurs qui seront générées par l'EDS seront considérées comme valeurs de base pour ces indicateurs pour la mise en œuvre de la SRSS et tous les plans de développement sanitaire qui vont en découler. En d'autres termes, les valeurs provinciales des indicateurs des objectifs sectoriels qui seront mesurés par l'EDS vont être des valeurs de base pour la mise en œuvre des Plans de Développement Sanitaire dans les provinces concernées tandis que les valeurs nationales qui vont résulter de l'agrégation des valeurs provinciales vont être des valeurs de base pour la mise en œuvre du Plan Nationale de Développement Sanitaire.
9. Les autres indicateurs des objectifs sectoriels non pris en compte par l'EDS (comme les indicateurs sur la fonctionnalité des structures de santé par exemple) seront mesurés soit lors des analyses situationnelles au lancement des projets d'intervention du secteur soit au moyen du système d'information de routine (SIS ou surveillance épidémiologique) ou par d'autres enquêtes ponctuelles qui seront menées.
10. Il est d'une importance capitale que la prochaine génération des EDS pour la RDC prenne en compte les indicateurs de fonctionnalité des structures de santé (hôpitaux généraux de référence, Centres de Santé, équipes cadres des ZS et des Provinces pour améliorer le suivi, l'évaluation de la mise en œuvre des Plans de Développement Sanitaire et permettre la comparabilité des résultats entre provinces et dans une même province entre ZS.
11. La production de l'information relative à la mise en œuvre de la SRSS doit se faire de manière à obtenir une désagrégation par aire de santé, par Zone de Santé et par province. A chacun de ces niveaux les données seront analysées à un rythme qui sera déterminé par les CPP (pour ce qui concerne les provinces) pour en dégager les principaux problèmes et identifier les solutions possibles. Ces principaux problèmes et les décisions prises pour leur résolution à un niveau donné du système de santé doivent être communiquées dans un rapport au niveau hiérarchiquement supérieur pour en permettre le suivi dans les rapports ultérieurs ou lors des missions (suivi, supervision, etc.) qui seront effectuées par ce niveau au bénéfice du niveau responsable des dits rapports.
12. Au niveau d'une ZS, l'examen des rapports du SIS de routine ou des enquêtes ponctuelles par l'ECZ se fera de manière à dégager des problèmes et des orientations générales qui concernent toute la ZS et des orientations spécifiques à chaque Aire de Santé ou à l'PHGR. Les responsabilités seront clairement définies entre membres de l'ECZ dans la mise en œuvre des orientations ainsi définies.

13. Au niveau d'une province, l'examen des rapports du SIS de routine ou des enquêtes ponctuelles par le CPP de la SRSS se fera de manière à dégager des problèmes et des orientations générales qui concernent toute la province et des orientations spécifiques à chaque ZS, à un programme spécialisé ou à un partenaire qui intervient dans la province. Ces orientations incluront des actions telles que l'adaptation des directives de mise en œuvre de la SRSS dans la province aux particularités de celle-ci. Les responsabilités seront clairement définies entre membres de l'ECP dans la mise en œuvre ou le suivi de la mise en œuvre des orientations ainsi définies.
14. Au niveau du Comité National de Pilotage (CNP) de la SRSS, l'information stratégique qui va remonter des provinces plus particulièrement des ZS de démonstration devra aider à (i) identifier les '*best practices*' pour leur diffusion dans d'autres milieux, (ii) améliorer la conception des programmes et projets de mise en œuvre de la SRSS, (iii) réajuster les normes sanitaires à tous les niveaux et les directives, (iv) actualiser et/ou élaborer les politiques sectorielles et sous sectorielles pertinentes, (v) réaliser le plaidoyer pour aider à l'élaboration et/ou l'actualisation des politiques d'autres secteurs, des lois et des règlements favorables à la mise en œuvre de la SRSS et pour (vi) un plaidoyer pour une allocation des ressources supplémentaires publiques ou privées au secteur santé, (vii) la planification stratégique, etc.
15. Les évaluations annuelles des PDSP et du PNDS se feront respectivement à travers les revues annuelles provinciales et nationales. Une seule revue annuelle du secteur sera organisée au niveau national et dans chaque province en lieu et place des différentes revues organisées par les programmes et les partenaires du secteur. Cette revue se tiendra de préférence à Kinshasa entre le 1^{er} et le 15 décembre de chaque année. L'exercice de planification annuelle sera organisé de façon à permettre aux Ministère des Finances et Budget d'inclure dans les prévisions budgétaires de l'année suivante les besoins du Ministère de la Santé et que la période de mise en œuvre corresponde à l'exercice budgétaire annuel voté par le Parlement.

ANNEXES

ANNXE I : Classification des Zones de Santé selon leur potentiel au développement par province.

Prov-ince	District / Ville	Zone de santé	POP.	HGR	PARTENAIRES D'APPUI				NIVEAU DE POTENTIALITE	CLASSIFICATION PAR DISCTRICT	CLASSIFICATION PAR PROVINCE
					APPUI GLOBAL	PERIODE COUVERTE	APPUI PARTIEL	PERIODE COUVERTE			
BC	Bas-Fleuve	LUKULA	124 799	Oui	CTB-Coop/B	2002-2009			100	1	1
	Bas-Fleuve	SEKE-BANZA	103 510	Oui	CTB-PMURR	2002-2007	UNICEF	ND	100	1	1
	Cataractes	KIBUNZI	47 383	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			100	1	1
	Lukaya	KISANTU	131 141	Oui	MMN-Coop/ Esp	ND	SLCD-Coop/B, BDOM	2002-2006	100	1	1
	Boma	BOMA		Oui	CTB-Coop/B	2002-2009	UNICEF	ND	97,2	2	2
	Cataractes	NSONA-MPANGU	77 758	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			97,2	2	2
	Lukaya	SONA-BATA	67 917	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			97	3	3
	Matadi	MATADI	112 904	Oui	CTB-PMURR	2002-2007			97	3	3
	Bas-Fleuve	KANGU	73 154	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			97	3	3
	Bas-Fleuve	KWIMBA	61 805	Oui	SANRU-USAID	2001-2006	BDOM	ND	97	3	3
	Cataractes	LUOZI	64 031	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			97	2	3
	Lukaya	MASA	87 115	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			97	2	3
	Matadi	NZANZA	100 138	Oui	CTB-PMURRF	2002-2007	UNICEF	ND	97	2	3
	Bas-Fleuve	INGA	63 597	Oui	CTB-PMURR	2002-2007			97	2	3
	Bas-Fleuve	KINZONZI	49 977	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			97	2	3
	Lukaya	NGIDINGA	93 895	Oui	CRS-USAID	2002-2007	MISEREOR, BDOM	ND	94,4	1	4
	Bas-Fleuve	KIZU	46 860	Oui					94	1	4
	Lukaya	KIMVULA	67 526	Oui	CRS-USAID	2002-2007	MISEREOR	ND	91	2	5
	Cataractes	MANGEMBO	67 605	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			88,9	3	6
	Bas-Fleuve	TSHELA	67 711	Oui	CTB-PMURR	2002-2007			88,9	3	6
	Boma	BOMA-BUNGU	60 412	Oui	CTB-PMURR	2002-2008			86	4	7
	Cataractes	GOMBE MATADI	80 306	Oui					86	4	7
	Bas-Fleuve	VAKU	51 715	Oui	CTB-PMURR	2002-2007	BDOM	ND	86	4	7
	Boma	MOANDA	109 058	Oui	CTB-PMURR	2002-2007	BDOM	ND	86	4	7
	Cataractes	MBANZA-NGUNGU	80 572	Oui	MMN-PMURR	2002-2007	UNICEF	ND	86	4	7
	Lukaya	NSELO	67 365	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			86	4	7
Boma	KITONA	68 295	Oui	CTB-PMURR	2002-2007			83	2	8	

	Cataractes	BOKO-KIVULU	111 501	Oui	MMN-PMURR	2002-2007	UNICEF	ND	83	2	8
	Cataractes	KIMPANGU	101 766	Oui	SANRU-USAID	2001-2006	BDOM	ND	80,6	3	9
	Cataractes	KWILU-NGONGO	110 199	Oui					78	4	10
	Cataractes	KIMPESE	160 442	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			75	5	11

BC			31								
BD	Plateau	KWAMOUTH	99 881	Oui	PARSS-PMPTR	2006-2009	Fometro-Coop/B	2003-2007	100	1	1
	Kwango	KITENDA	110 137	Oui	Memisa-PMURR	2002-2007	GF-PNUD	2005-2006	100	1	1
	Kwilu	IPAMU	135 735	Oui	Memisa-Coop/B	2003-2007	GF-PNUD, BDOM	2005-2006	100	1	1
	Mai-Ndombe	OSHWE	134 360	Oui	PARSS-PMPTR	2006-2009			100	1	1
	Plateau	YUMBI	105 872	Non	PARSS-PMPTR	2006-2009	BDOM	ND	98	2	2
	Kwango	PANZI	139 116	Oui	Memisa-Coop/B	2003-2007	GF-PNUD	2005-2006	98	3	2
	Kwilu	YASA-BONGA	148 182	Oui	Memisa-Coop/B	2003-2007	BDOM	ND	98	4	2
	Mai-Ndombe	INONGO	185 022	Oui	PARSS-PMPTR	2006-2009			98	5	2
	Bandundu	BANDUNDU	101 934	Oui	Hor.Sante- PMURR	2002-2007			97,7	1	3
	Kwango	KENGE	170 982	Oui	gtz-Coop/All	ND mais en cours	BDOM	ND	97,7	1	3
	Kwango	TEMBO	83 371	Oui	Memisa-Coop/B	2003-2007	GF-PNUD	2005-2006	97,7	6	3
	Kwilu	MUKEDI	143 390	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			97,7	1	3
	Kwilu	KIKONGO	149 395	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			97,7	1	3
	Kwilu	IDIOFA	210 171	Oui	Hor.Sante- PMURR	2002-2006			96	7	4
	Mai-Ndombe	NTANDEMBELO	71 228	Non	PARSS-PMPTR	2006-2009			95,9	2	5
	Kwilu	LUSANGA	183 343	Oui	Memisa-Coop/B	2003-2007	GF-PNUD	2005-2006	95,5	2	6
	Mai-Ndombe	PENDJWA	55 958	Oui	PARSS-PMPTR, SANRU-USAID	2001-2009	BDOM	ND	95,5	8	6
	Kwilu	VANGA	189 008	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			95	3	7
	Kwilu	MOANZA	217 435	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			95	4	7
	Kwilu	MOKALA	193 955	Oui	SANRU-USAID	2001-2006	BDOM	ND	95	5	7
	Mai-Ndombe	BOKORO	159 418	Oui	PARSS-PMPTR, SANRU-USAID	2001-2009	BDOM	ND	95	6	7
	Plateau	BOLOBO	116 823	Oui	PARSS-PMPTR, SANRU-USAID,	2001-2009			95	7	7
	Kwango	FESHI	131 788	Oui	Memisa-PMURR	2002-2007	GF-PNUD	2005-2006	95	8	7

	Kwilu	BAGATA		Oui					95	2	7
	Kwilu	BULUNGU	175 623	Oui					93,2	9	8
	Kwango	KAJJI	113 516	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			93,2	3	8
	Mai-Ndombe	MIMIA	50 805	Oui	PARSS-PMPTR	2006-2009			93	10	9
	Plateau	MUSHIE	90 434	Oui	PARSS-PMPTR	2006-2009	Fometro-Coop/B	2005-2009	93	11	9
	Kwango	KASONGO-LUNDA	122 020	Oui	Memisa-Coop/B	2003-2007	GF-PNUD, BDOM	2005-2006	93	12	9
	Kwilu	DJUMA	173 606	Oui	SANRU-USAID, Memisa-Coop/B	2001-2007	GF-PNUD, BDOM	2005-2006	93	13	9
	Kwango	<i>BOKO</i>	<i>148 203</i>	Oui	SANRU-USAID, Memisa-Coop/B	2001-2007			93	9	9
	Kwilu	<i>KIMPUTU</i>	<i>144 583</i>	Oui					93	10	9
	Mai-Ndombe	KIRI	121 048	Oui	SANRU-USAID, Memisa-Coop/B	2001-2007	BDOM	ND	93	11	9
	Kwango	POPOKABAKA	123 293	Oui	Memisa-Coop/B	2003-2007	GF-PNUD	2005-2006	93	12	9
	Kwilu	<i>PAY KONGILA</i>	<i>100 129</i>	Oui	Memisa-Coop/B	2003-2007			93	3	9
	Mai-Ndombe	NIOKI	124 225	Oui	PARSS-PMPTR	2006-2006			91	14	10
	Kwilu	MOSANGO	80 464	Oui	Memisa-Coop/B	2003-2007	GF-PNUD, BDOM	2005-2006	91	13	10
	Mai-Ndombe	BOSOBÉ	107 430	Oui	PARSS-PMPTR	2006-2009			90,9	14	11
	Kwango	KAHEMBA	212 397	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			89	15	12
	Kwilu	KOSHIBANDA	135 898	Oui	Memisa-Coop/B	2003-2007	GF-PNUD, BDOM	2005-2006	89	4	12
	Kikwit	KIKWIT/NORD	150 093	Oui	Memisa-Coop/B	2003-2007	GF-PNUD, BDOM	2005-2006	88,6	1	13
	Kikwit	KIKWIT/SUD	153 407	Oui	Memisa-Coop/B	2003-2007	GF-PNUD, BDOM	2005-2006	88,6	1	13
	Kwango	<i>WAMBA LWADI</i>	<i>75 883</i>	Oui	Memisa-Coop/B	2003-2007	GF-PNUD	2005-2006	88,6	5	13
	Kwilu	MASI-MANIMBA	126 556	Oui					88,6	6	13
	Kwango	<i>KIMBAO</i>	<i>142 926</i>	Oui					86	7	14
	Kwilu	KINGANDU	708 963	Oui	Memisa-Coop/B	2003-2007	GF-PNUD	2005-2006	84	16	15
	Mai-Ndombe	<i>BANDJOW MOKE</i>	<i>88 478</i>	Non	PARSS-PMPTR	2006-2009			84	17	15
	Kwilu	<i>MUNGINDU</i>	<i>103 748</i>	Non					80	4	16
	Kwilu	GUNGU	198 650	Oui	Hor.Sante- PMURR	2002-2007			79,5	8	17
	Kwango	MWELA-LEMBWA	128 672	Oui	Memisa-PMURR	2002-2007	BDOM	ND	72,7	9	18
	Kwilu	<i>SIA</i>	<i>96 959</i>	Oui	Memisa-Coop/B	2003-2007	BDOM	ND	70,5	10	19
	Kwango	<i>KISANDJI</i>	<i>138 315</i>	Oui	Memisa-PMURR	2002-2007			52	18	20
BD			52								

EQ	Mbandaka	MBANDAKA	91 785		PARSS-PMPTR	2006-2009	UNICEF	ND			
	Mbandaka	BOLENGE	52 736		PARSS-PMPTR, SANRU-USAID	2001-2009					
	Mbandaka	WANGATA	56 256		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Equateur	BASANKUSU	147 533		PARSS-PMPTR	2006-2009	UNICEF	ND			
	Equateur	DJOMBO	80 281		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Equateur	BIKORO	92 939		PARSS-PMPTR, SANRU-USAID	2001-2009	BDOM	ND			
	Equateur	IBOKO	84 954		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Equateur	NTONDO	52 584		PARSS-PMPTR	2006-2007	ECC	ND			
	Equateur	BOLOMBA	194 878		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Equateur	MAMPOKO	62 900		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Equateur	MONIEKA	50 080		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Equateur	BOMONGO	83 148		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Equateur	LILANGA BOBANGA	22 176		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Equateur	MAKANZA	67 830		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Equateur	INGENDE	113 284		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Equateur	LOTUMBE	75 915		PARSS-PMPTR	2006-2009	ECC	ND			
	Equateur	LUKOLELA	100 389		PARSS-PMPTR, SANRU-USAID	2002-2009					
	Equateur	IREBU	22 636		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Mongala	BONGANDANGA	68 391		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Mongala	BOSOMONDANDA	88 317		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Mongala	BOSONDJO	115 786		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Mongala	PIMU	358 794		PARSS-PMPTR, SANRU-USAID	2001-2009	ECC	ND			
	Mongala	BUMBA	447 673		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Mongala	LOLO	97 486		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Mongala	YAMALUKA	93 871		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Mongala	YAMBUKU	213 287		PARSS-PMPTR	2006-2009	BDOM	ND			
	Mongala	YAMONGILI	92 708		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Mongala	BINGA	199 042		PARSS-PMPTR, Memisa-Coop/B	2003-2009					
	Mongala	BOSOMANZI	81 793		PARSS-PMPTR	2006-2009					

	Mongala	LISALA	200 799		PARSS-PMPTR	2006-2009	UNICEF	ND			
	Tshuapa	BEFALE	150 586		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Tshuapa	MOMPONO	76 979		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Tshuapa	BOENDE	150 586		PARSS-PMPTR	2006-2009	COOPI-Echo UE, UNICEF	ND			
	Tshuapa	WEMA	78 012		PARSS-PMPTR	2006-2009	COOPI-Echo UE, ECC	ND			
	Tshuapa	BOKUNGU	108 392		PARSS-PMPTR	2006-2009	COOPI-Echo UE, BDOM	ND			
	Tshuapa	BOSANGA	186 818		PARSS-PMPTR	2006-2009	COOPI-Echo UE	ND			
	Tshuapa	YALIFAFO	60 872		PARSS-PMPTR	2006-2009	COOPI-Echo UE	ND			
	Tshuapa	DJOLU	128 109		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Tshuapa	LINGOMO	74 696		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Tshuapa	IKELA	144 215		PARSS-PMPTR	2006-2009	BDOM	ND			
	Tshuapa	MONDOMBE	85 800		PARSS-PMPTR	2006-2009	COOPI-Echo UE	ND			
	Tshuapa	MONKOTO	77 655		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Nord Ubangi	BILI	107 420								
	Nord Ubangi	BOSOBOLO	107 000								
	Nord Ubangi	BUSINGA	111 085		CDI BWAMANDA- Coop/B	2003-2007					
	Nord Ubangi	KARAWA	145 000		SANRU-USAID	2001-2006	ECC	ND			
	Nord Ubangi	LOKO	86 508		SANRU-USAID	2001-2009	ECC	ND			
	Nord Ubangi	ABUZI	55 200		CDI BWAMANDA- Coop/B	2003-2007					
	Nord Ubangi	WAPINDA	41 907		CDI BWAMANDA- Coop/B	2003-2007					
	Nord Ubangi	WASOLO	54 251		SANRU-USAID	2001-2006					
	Nord Ubangi	YAKOMA	47 690		CDI BWAMANDA- Coop/B	2003-2007					
	Nord Ubangi	MOBAYI MBONGO	67 432								
	Sud-Ubangi	BANGABOLA	89 363		Memisa-Coop/B, SANRU-USAID	2001-2007	GF-PNUD	2005-2006			
	Sud-Ubangi	BUDJALA	100 665		Memisa-Coop/B	2003-2007	GF-PNUD	2005-2006			
	Sud-Ubangi	BULU	70 150		Memisa-Coop/B	2004-2007	GF-PNUD	2005-2006			
	Sud-Ubangi	MBAYA	60 974		Memisa-Coop/B	2003-2007	GF-PNUD	2005-2006			

	Sud-Ubangi	NDAGE	60 386							
	Sud-Ubangi	BOGOSENUBIA	84 696							
	Sud-Ubangi	BOMNENGE	84 692							
	Sud-Ubangi	BWAMANDA	145 204		CDI BWAMANDA- Coop/B	2003-2007				
	Sud-Ubangi	GEMENA	222 382				UNICEF	ND		
	Sud-Ubangi	TANDALA	238 344		SANRU-USAID	2001-2006				
	Sud-Ubangi	BOKONZI	189 185		Memisa-Coop/B	2003-2007	GF-PNUD	2005-2006		
	Sud-Ubangi	BOTO	58 331							
	Sud-Ubangi	KUNGU	51 343		Memisa-Coop/B	2003-2007	GF-PNUD	2005-2009		
	Sud-Ubangi	LIBENGE	192 279							
	Sud-Ubangi	MAWUYA	85 129		CDI BWAMANDA- Coop/B	2003-2007				
	Gbadolite	GBADOLITE	118 392							
	Zongo	ZONGO	22 843							
EQ			69							

PO	Kisangani	MANGOBO	136 363				UNICEF	ND			
	Kisangani	LUBUNGA	117 517		BAD, CTB-Coop/B	2004-2009	UNICEF	ND			
	Kisangani	KABONDO	115 869		CTB-Coop/B, SANRU-USAID	2001-2009	UNICEF	ND			
	Kisangani	TSHOPO	88 548				BDOM, UNICEF	ND			
	Tshopo Lomami	YAKUSU	142 379	Oui	APDDS PO- BAD, SANRU-USAID	2001-2009			98	1	1
	Tshopo Lomami	ISANGI	155 095	Oui	APDDS PO- BAD, SANRU-USAID	2001-2009		ND	96	2	2
	Tshopo Lomami	BASOKO	98 542	Oui	APDDS PO- BAD	2004-2009	UNICEF	ND	92	3	3
	Tshopo Lomami	YABAONDO	147 645	Oui	APDDS PO- BAD	2004-2009	UNICEF	ND	84	4	4
	Tshopo Lomami	YAHUMA	124 199	Oui	APDDS PO- BAD	2004-2009	UNICEF	ND	78	5	5
	Tshopo Lomami	YAHISULI	56 985	Non	APDDS PO- BAD	2004-2009			58	6	6
	Tshopo Lomami	YALIMBONGO	59 972	Non	APDDS PO- BAD	2004-2009	UNICEF	ND	51	7	7
	Tshopo Lomami	BASALI	45 801	Non	APDDS PO- BAD	2004-2009	UNICEF	ND	50	8	8

	Kisangani	MAKISO-KISANGANI	126 451	Oui	CTB-Coop/B	2003-2009	UNICEF	ND			
	Tshopo Lindi	BANALIA	105 919	Oui	APDDS PO- BAD	2004-2009	UNICEF	ND			
	Tshopo Lindi	BENGAMISA	82 841	Oui	APDDS PO- BAD	2004-2009	UNICEF	ND			
	Tshopo Lindi	LOWA	57 089	Non	APDDS PO- BAD	2004-2009					
	Tshopo Lindi	UBUNDU	87 842	Oui	APDDS PO- BAD	2004-2009					
	Tshopo Lindi	WANIERUKULA	58 217	Oui	APDDS PO- BAD	2004-2009					
	Tshopo Lindi	OPALA	97 932	Oui	APDDS PO- BAD, SANRU-USAID	2001-2009					
	Tshopo Lindi	YALEKO	81 013		APDDS PO- BAD	2004-2009					
	Tshopo Lindi	BAFWAGBOGBO	48 005		APDDS PO- BAD	2004-2009					
	Tshopo Lindi	BAFWASENDE	71 925		APDDS PO- BAD	2004-2009					
	Tshopo Lindi	OPIENGE	42 217		APDDS PO- BAD	2004-2009					
	Buta	GANGA	87 176	Oui					94	1	1
	Buta	BUTA	129 152	Oui	APDDS PO- BAD	2004-2009			92	2	2
	Buta	POKO	130 573	Oui					86,5	3	3
	Buta	VIADANA	92 876	Non					75	4	4
	Buta	ANGO	72 557	Oui					69	5	5
	Buta	BONDO	73 696	Oui	APDDS PO- BAD	2004-2009			67	6	6
	Buta	BILI	45 027	Non	APDDS PO- BAD	2004-2009			53,8	7	7
	Dingila	TITULE		Non	APDDS PO- BAD	2004-2009			44	1	1
	Dingila	LIKATI	49 082	Non	APDDS PO- BAD	2004-2009			44	1	1
	Dingila	MONGA	55 281	Non	APDDS PO- BAD	2004-2009			42	2	2
	Dingila	AKETI	94 793		APDDS PO- BAD	2004-2009					
	Haut – Uele	ISIRO	146 517	Oui	PS9FED	2006-2009			98	1	1
	Haut – Uele	PAWA	106 488	Oui	PS9FED, Memisa- Coop/B	2005-2009	BDOM	ND	94	2	2
	Haut – Uele	WAMBA	95 990	Oui	PS9FED	2006-2009			92	3	3
	Haut – Uele	DUNGU	89 084	Oui	PS9FED	2006-2009	BDOM	ND	88	4	4
	Haut – Uele	NIANGARA	85 684	Oui	PS9FED	2006-2009			84,6	5	5
	Haut – Uele	WATSA	162 040	Oui	PS9FED	2006-2009			80	6	6
	Haut – Uele	FARADJE	90 352	Oui	PS9FED	2006-2009			79	7	7
	Haut – Uele	ABA	145 488	Oui	PS9FED	2006-2009			73	8	8
	Haut – Uele	DORUMA	45 581	Oui	PS9FED	2006-2009	BDOM	ND	65	9	9
	Haut – Uele	RUNGU	62 220	Non					61	10	10
	Haut – Uele	GOMBARI	68 902	Oui					53	11	11

	Haut – Uele	MAKORO	89 571	Non					46	12	12
	Haut – Uele	BOMA-MANGBETU	78 536							13	13
	Bunia	BUNIA	183 923	Oui	PS9FED	2006-2009		2006-2009	73	1	1
	Bunia	NYAKUNDE	60 000	Oui	PS9FED	2006-2009		2006-2009	69	2	2
	Bunia	BOGA	50 000	Oui					67	3	3
	Bunia	MANDIMA	53 549	Oui	PS9FED	2006-2009	ECC	ND	65	4	4
	Bunia	MAMBASA	57 239	Oui	PS9FED	2006-2009			61,5	5	5
	Bunia	LOLWA	50 331	Oui	PS9FED	2006-2009			60	6	6
	Bunia	KOMANDA	60 000	Non	PS9FED	2006-2009			52	7	7
	Bunia	NIA-NIA	50 372	Oui	PS9FED	2006-2009			38,5	8	8
	Bunia	GETHY	150 000	Non					33	9	9
	Bunia	RWAMPARA	100 000	Non	PS9FED	2006-2009			24	10	10
	Aru	LOGO	170 128	Oui	PS9FED	2006-2009	BDOM	ND	94	1	1
	Aru	LAYBO	215 516	Oui	PS9FED	2006-2009			92	2	2
	Aru	ARU	185 139	Oui	PS9FED	2006-2009			88,5	3	3
	Aru	ARIWARA	84 843	Oui					86,5	4	4
	Aru	BIRINGI	133 526	Oui	PS9FED	2006-2009			82,7	5	5
	Aru	NYARAMBE		Oui	PS9FED	2006-2009			80	6	6
	Aru	RIMBA	165 985	Oui	PS9FED	2006-2009			75	7	7
	Aru	MAHAGI	63 912	Non					69	8	8
	Aru	ANGUMU	123 116	Non					63,5	9	9
	Aru	KAMBALA	60 000	Non					57,7	10	10
	Aru	AUNGBA	124 465	Non					53	11	11
	Aru	ADI	265 916								
	Aru	ADJA	97 225	Oui							
	Djugu	TCHOMIA	83 723	Oui	Memisa-Coop/B	2003-2007	BDOM	ND	73	1	1
	Djugu	RETHY	124 000	Oui	PS9FED	2006-2009			71	2	2
	Djugu	BAMBU	63 840	Oui	PS9FED	2006-2009			67	3	3
	Djugu	MONGBWALU	106 000	Oui	PS9FED	2006-2009			67	3	3
	Djugu	FATAKI	80 000	Oui	Memisa-Coop/B	2003-2006	BDOM	ND	65	4	4
	Djugu	DRODRO	100 000	Oui	Memisa-Coop/B	2003-2007	BDOM	ND	61,5	5	5
	Djugu	MANGALA	80 000	Non					48	6	6
	Djugu	NIZI	102 000	Non	PS9FED	2006-2009			44	7	7
	Djugu	LITA	12 000	Non					42	8	8

	Djugu	LINGA	110 000	Non					40,4	9	9
	Djugu	KILO	74 000	Non	PS9FED	2006-2009			40	10	10
	Djugu	DAMAS	60 000	Non					38	11	11
	Djugu	JIBA	123 116	Non					36,5	12	12
PO			83								

NK	Rutshuru	RUTSHURU	151162	Oui	PS9FED, SANRU-USAID	2001-2009	ASRMES-Echo- UE, UNICEF	ND	91	1	1
	Masisi	PINGA	116529	Oui			ASRMES-Echo-UE,	ND	91	1	1
	Rutshuru	BIRAMBIZO	121080	Oui			ASRMES-Echo-UE,	ND	91	1	1
	Masisi	ITEBERO	73005	Non	PS9FED	2006-2009			91	1	1
	Beni	KYONDO		Oui					82	1	2
	Beni	OICHA	221252	Oui	SANRU-USAID	2001-2006	UNICEF, ASRMES- Echo-UE, ECC	ND	82	1	2
	Beni	MUTWANGA	147550	Oui					82	2	2
	Butembo	BUTEMBO	183266	Oui					82	2	2
	Butembo	MASEREKA	130040	Oui					82	2	2
	Masisi	WALIKALE	64591	Oui	PS9FED	2006-2009	ASRMES-Echo-UE,	ND	82	1	2
	Beni	KALUNGUTA	184140	Non					82	1	2
	Beni	VUHOVI	109255	Non					82	1	2
	Masisi	KIBUA	57978	Non	PS9FED	2006-2009			82	2	2
	Butembo	MUSIENENE	164605	Oui					73	3	3
	Beni	BENI	160177	Non					73	2	3
	Beni	KAMANGO	66930	Non					73	3	3
	Butembo	KAYNA	200301	Oui	PS9FED	2006-2009			64	2	4
	Butembo	BIENA	75361	Non					64	1	4
	Butembo	LUBERO	161027	Oui	PS9FED	2006-2009	ASRMES-Echo-UE,	ND	55	3	5
	Goma	GOMA	139489	Oui	PS9FED, SANRU-USAID	2001-2009	UNICEF , ASRMES- Echo UE	ND	55	3	5

	Goma	KARISIMBI	256789	Oui			UNICEF	ND	55	3	5
	Masisi	MASISI	153326	Oui	PS9FED	2006-2009			55	3	5
	Beni	MABALAKO	127438	Non					45	2	6
	Goma	NYIRAGONGO	63637	Non					36	4	7
	Masisi	MWESO	178998	Oui	PS9FED	2006-2009	BDOM	2006-2009	27	5	8
	Butembo	MANGUREDJIPA	53647	36					27	4	8
	Rutshuru	BAMBO	99937	Non					27	2	8
	Rutshuru	BINZA	113682	Oui					18	4	9
	Butembo	KATWA	196256	Oui	SANRU-USAID	2001-2006	ECC	ND	18	3	9
	Rutshuru	KIBIRIZI	193561	Non					18	5	9
	Butembo	ALIMBONGO	149876						18	3	9
	Masisi	KIROSHE		Oui	PS9FED	2006-2009	UNICEF	ND	18	3	9
	Rutshuru	RWANGUBA	143308	Oui	PS9FED, SANRU-USAID	2001-2009	ASRMES-Echo- UE,UNICEF	ND			
	Masisi	KATOYI	149795	Non	PS9FED	2006-2009					
NK		34									

Sud Kivu	Ouest	MWANA	116 300	Oui					90	1	1
	Bukavu	KADUTU	262 627	Oui			UNICEF	ND	87	1	2
	Sud	UVIRA	227 649	Non					84	1	3
	Bukavu	BAGIRA-KASHA	124 346	Oui			UNICEF	ND	82	2	4
	Ouest	KAMITUGA	154 208	Oui					79	2	5
	Centre	NYANTENDE	67 016	Oui			UNICEF	ND	78	3	6
	Ouest	SHABUNDA CENTRE	145 488						76	3	7
	Centre	WALUNGU	197 810	Oui					75	2	8
	Nord	KALEHE	112 594	Non			UNICEF	ND	75	1	8
	Nord	IDJWI	166 424	Oui			UNICEF	ND	73	4	9
	Ouest	KALOLE	153 498	Oui					70	1	10
	Centre	NYANGEZI	85 706	Oui	SANRU-USAID	2001-2006	BDOM, UNICEF	ND	70	1	10
	Bukavu	IBANDA	200 689	Oui			UNICEF	ND	67	4	11
	Sud	FIZI	105 269	Oui					67	2	11
	Sud	RUZIZI	211 761	Oui					67	3	11

	Nord	BUNYAKIRI	124 016	Oui					67	2	11
	Sud	LEMERA	136 689	Oui					65	5	12
	Nord	KATANA	126 644	Oui			UNICEF	ND	64	3	13
	Ouest	LULINGU	135 497	Oui					64	6	13
	Ouest	MWENGA	158 457	Oui					64	4	13
	Centre	KAZIBA	88 900	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			64	4	13
	Centre	KABARE	136 183	Oui	IRC-DFID	2003-2007			62	5	14
	Sud	BUOMBO		Oui					62	3	14
	Nord	MINOVA	119 900	Oui					59	6	15
	Ouest	KITUTU	103 945	Non					56	4	16
	Centre	MUBUMBANO	134 748	Oui					54	7	17
	Centre	KANIOLA	111 505	Non					54	5	17
	Nord	KALONGE	100 768	Oui					51	6	18
	Ouest	MULUNGU	173 330	Oui					51	7	18
	Sud	NUNDU	120 129	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			43	7	19
	Nord	MITI	145 949	Non			UNICEF	ND	35	5	20
	Sud	MINEMBWE	55 411	Non					35	5	20
	Sud	LULENGE-KIMBI	75 398	Oui					32	6	21
	Ouest	ITOMBWE	61 000	Non				2006-2009	27	8	22
SK			34								

Maniema	Sud Maniema	LUSANGI	116 225	Oui	PARSS-PMPTR	2006-2009			90	1	1
	Centre Maniema	PANGI	63 130	Non					88	2	2
	Nord Maniema	FEREKENI	52 144	Non					69	3	3
	Sud Maniema	KIBOMBO	72 406	Oui	PARSS-PMPTR	2006-2009			66,7	4	4
	Ville De Kindu	KINDU	81 957	Oui					64,29	1	5
	Nord Maniema	LUBUTU	99 382	Oui					60	1	6
	Sud Maniema	KUNDA	177 415	Oui	PARSS-PMPTR	2006-2009			55	2	7
	Sud Maniema	SAMBA	82 552	Non	PARSS-PMPTR	2006-2009			55	5	7
	Sud Maniema	SARAMABILA	99 368	Non	PARSS-PMPTR	2006-2009			55	6	7
	Nord Maniema	PUNIA	118 762	Oui					50	1	8
	Sud Maniema	KASONGO	158 726	Oui	PARSS-PMPTR	2006-2009			45,2	2	9
	Ville De Kindu	ALUNGULI	51 981	Non					40	3	10
	Sud Maniema	TUNDA	54 134	Non	PARSS-PMPTR	2006-2009			40	7	10

	Sud Maniema	KABAMBARE	69 767	Non	PARSS-PMPTR	2006-2009			38	8	11
	Centre Maniema	KALIMA	113 270	Oui					33,3	2	12
	Centre Maniema	KAMPENE	141 709	Oui					26	4	13
	Centre Maniema	KAILO	99 607	Non					24	3	14
	Nord Maniema	OBOKOTE	62 779	Non					24	4	14
MN			18								

Katanga	Haut Katanga	KASENGA	217 730		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Haut Katanga	LUKAFU	101 991		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Haut Katanga	KAFUBU	76 060		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Haut Katanga	KIPUSHI	142 135		PARSS-PMPTR	2006-2009	UNICEF	ND			
	Haut Katanga	KILWA	200 232		PARSS-PMPTR	2006-2009					
	Haut Katanga	PWETO	53 449		PARSS-PMPTR	2006-2009	ECC	ND			
	Haut Katanga	SAKANIA	143 509		PARSS-PMPTR	2006-2009	UNICEF	ND			
	Haut - Lomami	BUKAMA	245 780		IMA/ECC-PMURR	2002-2007	UNICEF	ND			
	Haut - Lomami	BUTUMBA	138 648		IMA/ECC-PMURR	2002-2007	UNICEF	ND			
	Haut - Lomami	KABONDO DIANDA	186 372		IMA/ECC-PMURR	2002-2007	UNICEF	ND			
	Haut - Lomami	KINKONDJA	242 153		SANRU-USAID	2002-2006	BDOM	ND			
	Haut - Lomami	KABONGO	230 602		SANRU-USAID	2002-2006					
	Haut - Lomami	KAYAMBA	97 817								
	Haut - Lomami	KITENGE	236 666				UNICEF	ND			
	Haut - Lomami	BAKA (FAC)	82 343		IMA/ECC-PMURR	2002-2007					
	Haut - Lomami	KAMINA	225 373		IMA/ECC-PMURR	2002-2007					
	Haut - Lomami	KINDA	61 640		IMA/ECC-PMURR	2002-2007					
	Haut - Lomami	SONGA	127 282		SANRU-USAID	2001-2006					
	Haut - Lomami	KANIAMA	208 864		IMA/ECC-PMURR	2002-2007					

	Haut - Lomami	LWAMBA	100 863							
	Haut - Lomami	MALEMBA NKULU	198 921							
	Haut - Lomami	MUKANGA	224 231							
	Haut - Lomami	MULONGO	191 198			Goal/Echo-PS9FED B	2007-2009			
	Kolwezi	DILALA	86 156							
	Kolwezi	BUNKEYA	40 969							
	Kolwezi	FUNGURUME	80 304							
	Kolwezi	LUBUDI	58 670							
	Kolwezi	MANIKA	162 195			UNICEF	ND			
	Kolwezi	KANZENZE	48 479							
	Kolwezi	LUALABA	73 379							
	Kolwezi	MUTSHATSHA	71 445							
	Likasi	KAMBOVE	76 844		MMB-PMURR	2002-2007				
	Likasi	KAPOLOWE	98 741		MMB-PMURR, MMB-CoopB	2002-2007	UNICEF	ND		
	Likasi	KILELA BALANDA	52 116		MMB-PMURR	2002-2007				
	Likasi	KIKULA	107 256		MMB-PMURR	2002-2007	UNICEF	ND		
	Likasi	LIKASI	77 575		MMB-PMURR	2002-2007				
	Likasi	MITWABA	80 089							
	Likasi	MUFUNGA SAMPWE	135 583							
	Likasi	PANDA	51 598		MMB-PMURR, MMB-CoopB	2002-2007	UNICEF, BDOM	ND		
	Lualaba	DILOLO	114 210		PARSS-PMPTR	2006-2009				
	Lualaba	KASAJI	182 368		PARSS-PMPTR	2006-2009				
	Lualaba	KAFAKUMBA	86 556		PARSS-PMPTR	2006-2009				
	Lualaba	KALAMBA	70 322		PARSS-PMPTR	2006-2009				
	Lualaba	KAPANGA	106 792		PARSS-PMPTR, SANRU-USAID	2001-2009				
	Lualaba	SANDOA	151 106		PARSS-PMPTR	2006-2009				
	Lubumbashi	KAMALONDO	49 574		MMB-PMURR	2002-2007				
	Lubumbashi	KAMPEMBA	238 177		MMB-PMURR	2002-2007				
	Lubumbashi	TSHAMILEMBA	101 342		MMB-PMURR	2002-2007				
	Lubumbashi	KATUBA	179 154		MMB-PMURR	2002-2007				
	Lubumbashi	KISANGA	113 574		MMB-PMURR	2002-2007				

	Lubumbashi	KENYA	160 523		MMB-PMURR	2002-2007	UNICEF	ND			
	Lubumbashi	KOWE (FAC)	10 682		MMB-PMURR	2002-2007					
	Lubumbashi	LUBUMBASHI	131 274		MMB-PMURR	2002-2007					
	Lubumbashi	MUMBUNDA	103 865		MMB-PMURR	2002-2007					
	Lubumbashi	VANGU (FAC)	81 730		MMB-PMURR	2002-2007					
	Lubumbashi	RWASHI	159 294		MMB-PMURR	2002-2007					
	Tanganika	KABALO	160 038				UNICEF	ND			
	Tanganika	KALEMIE	131 782				MDM-F/Echo-PS9FED B	2007-2009			
	Tanganika	NYEMBA	130 000				MDM-F/Echo-PS9FED B	2007-2009			
	Tanganika	KONGOLO	144 274				MDM-F/Echo-PS9FED B	2007-2009			
	Tanganika	MBULULA	135 000				MDM-F/Echo-PS9FED B	2007-2009			
	Tanganika	ANKORO	227 882					2006-2009			
	Tanganika	KIYAMBI	85 933				Goal/Echo-PS9FED B	2007-2009			
	Tanganika	MANONO	114 051				Goal/Echo-PS9FED B	2007-2009			
	Tanganika	KANSIMBA	105 328				MDM-F/Echo-PS9FED B	2007-2009			
	Tanganika	MOBA	200 000				MDM-F/Echo-PS9FED B	2007-2009			
	Tanganika	NYUNZU	112 275					2006-2009			
KT			67								

Kasai occidental	Kananga	KANANGA	192 807		PS9FED	2006-2009			91	1	1
	Ville Tshikapa	TSHIKAPA	263 690		IMA/ECC-PMURR,	2003-2007	UNICEF	ND	91	1	1
	Kasai	BULAPE	81 049		SANRU-USAID	2001-2006	ECC	ND	91	3	1
	Lulua	MIKALAYI	158 440		PS9FED	2006-2009	BDOM, UNICEF	ND	91	1	1
	Lulua	BUNKONDE	80 745		PS9FED	2006-2009	BDOM, UNICEF	ND	90	2	2
	Lulua	DIBAYA	151 238		HealthNet-PMURR	2003-2007			90	2	2
	Lulua	LUBONDAIE	109 796		SANRU-USAID	2001-2006	ECC	ND	90	2	2
	Lulua	TSHIKULA	94 914		PS9FED	2006-2009	BDOM	ND	90	2	2

	Ville Tshikapa	KALONDA-OUEST	365 767		IMA/ECC-PMURR,	2003-2007			89	2	3
	Ville Tshikapa	KANZALA	149 959		IMA/ECC-PMURR,	2003-2007			89	2	3
	Lulua	KATENDE	29 922		PS9FED	2006-2009	BDOM	ND	88	3	4
	Kasai	KAMONYA	189 887		IMA/ECC-PMURR,	2003-2007			86	4	5
	Kasai	KAKENGE	104 650		PS9FED, USAID-SANRU	2001-2009			86	4	5
	Lulua	DEMBA	232 704		IRC-DFID	2003-2006			86	4	5
	Lulua	MASUIKA	148 053		CRS-USAID	2002-2007	BDOM	ND	86	4	5
	Kasai	ILEBO	124 230				UNICEF	ND	84	5	6
	Kasai	MUSHENGE	103 675		PS9FED	2006-2009			84	5	6
	Kasai	MWEKA	124 824		PS9FED	2006-2009	UNICEF	ND	84	5	6
	Kasai	KITANGWA	223 745		IMA/ECC-PMURR,	2003-2007	BDOM	ND	82	6	7
	Kasai	LUEBO	172 512		IMA/ECC-PMURR,	2003-2007	UNICEF, BDOM	ND	82	6	7
	Kasai	MIKOPE	132 685		IMA/ECC-PMURR,	2003-2007	BDOM	ND	82	6	7
	Lulua	LUAMBO	203 728		CRS-USAID	2002-2007	BDOM	ND	81	5	8
	Lulua	NDEKESHA	112 835		HealthNet-PMURR	2003-2007	BDOM	ND	79	6	9
	Lulua	LUBUNGA	116 016		PS9FED	2006-2009			79	6	9
	Lulua	MWETSHI	158 658						79	6	9
	Kananga	TSHIKAJI	102 053		PS9FED, USAID-SANRU	2001-2009			77	2	10
	Kasai	NYANGA	92 504		IMA/ECC-PMURR,	2003-2007			77	7	10
	Lulua	TSHIBALA	173 227		CRS-USAID	2002-2007	UNICEF	ND	77	7	10
	Lulua	LUIZA	122 127		CRS-USAID	2002-2007	BDOM	ND	77	7	10
	Kananga	LUKONGA	193 192		PS9FED	2006-2009	UNICEF	ND	75	3	11
	Kasai	MUTENA	121 216		IMA/ECC-PMURR,	2003-2007			75	8	11

	Kasai	NDJOKO-MPUNDA	107 672		IMA/ECC-PMURR,	2003-2007			75	8	11
	Lulua	BILOMBA	63 706		HealthNet-PMURR	2003-2007	BDOM	ND	75	8	11
	Lulua	YANGALA	183 556		CRS-USAID	2002-2007	BDOM	ND	75	8	11
	Kananga	KATOKA	100 300		PS9FED	2006-2009			73	4	12
	Lulua	MUTOTO	70 790		IRC-DFID	2003-2006			73	9	12
	Lulua	KALOMBA	100 990		CRS-USAID	2002-2007			71	10	13
	Kananga	NDESHA	185 629		PS9FED	2006-2009			68	5	14
	Kasai	KAMWESHA	285 633		IMA/ECC-PMURR,	2003-2007			68	9	14
	Lulua	BENA LEKA	144 818		PS9FED	2006-2009	BDOM, UNICEF	ND	66	11	15
	Kasai	DEKESE	15 913		PS9FED, CRS-USAID	2002-2009	BDOM,	ND	63	10	16
	Kasai	BANGA LUBAKA	74 036		IMA/ECC-PMURR,	2003-2007			61	11	17
	Kananga	BOBOZO	151 700		PS9FED	2006-2009			52	6	18
KW			43								

Kasai - Oriental	Mbuji-Mayi	KANSELE	184 688	Oui	PS9FED	2006-2009	BDOM	ND	94	1	1
	Mbuji-Mayi	MUYA	257 782	Oui	PS9FED	2006-2009			94	1	1
	Mbuji-Mayi	BONZOLA	184 374	Oui	PS9FED	2006-2009			88	2	2
	Tshilenge	KASANSA	166 648	Oui	PS9FED	2006-2009	UNICEF	ND	88	1	3
	Mbuji-Mayi	DIBINDI	203 394	Oui	PS9FED, SANRU-USAID	2001-2009			86	3	4
	Tshilenge	BIBANGA	88 996	Oui	SANRU-USAID	2001-2006			84	2	5
	Tshilenge	MIABI	103 928	Oui	PS9FED	2006-2009	UNICEF, BDOM,	ND	84	2	5
	Tshilenge	TSHILENGE	253 705	Oui	PS9FED	2006-2009	UNICEF	ND	84	2	5
	Tshilenge	KABEYA KAMUANGA	137 520	Oui	PS9FED	2006-2009			80	3	6
	Tshilenge	TSHITENGE	173 449	Oui	PS9FED	2006-2009	BDOM	ND	80	3	6
	Tshilenge	CILUNDU	129 839	Oui	PS9FED	2006-2009	UNICEF, ECC	ND	78	4	7
	Mbuji-Mayi	BIMPEMBA	256 044	Oui	PS9FED	2006-2009	UNICEF	ND	76	4	8
	Mbuji-Mayi	NZABA	242 987	Oui					76	4	8
	Mbuji-Mayi	MPOKOLO	229 930	Oui					74	5	9

Mbujji-Mayi	LUBILANJI	189 793	Oui						72	6	10
Mbujji-Mayi	DIULU	269 307	Oui						72	6	10
Mbujji-Mayi	LUKELENGE	194 903	Oui						68	7	11
Tshilenge	TSHITSHIMBI	132 063	Oui			UNICEF	ND		68	5	11
Kabinda	GANDAJIKA	272 232	Oui	PS9FED	2006-2009				48	1	12
Kabinda	KABINDA	432 387	Oui	PS9FED	2006-2009	UNICEF	ND		46	2	13
Tshilenge	MUKUMBI	96 932	Oui						46	6	14
Katako Kombe	KATAKO KOMBE	164 779	Oui	CRS-USAID	2002-2007	BDOM	ND		45	1	15
Lusambo	DIKUNGU TSHUMBE	181 018	Oui	CRS-USAID	2002-2007	BDOM	ND		44	1	16
Katako Kombe	KOLE	131 987	Oui	CRS-USAID	2002-2007	BDOM	ND		43	2	17
Lodja	LODJA	408 167	Oui	CRS-USAID	2002-2007	BDOM	ND		43	1	18
Kabinda	TSHOFA	118 782	Oui	PS9FED	2006-2009	BDOM	ND		42	3	18
Kabinda	MULUMBA	209 658	Oui	PS9FED	2006-2009				40	4	19
Kabinda	LUBAO	333 230	Oui	PS9FED	2006-2009				38	5	20
Lodja	LOMELA	98 545	Oui	CRS-USAID	2002-2007				38	2	20
Katako Kombe	WEMBO NYAMA	136 853	Oui	CRS-USAID	2002-2007	ECC	ND		36	3	21
Kabinda	KAMANA	97 224	Non	PS9FED	2006-2009				34	6	22
Lusambo	MINGA	129 937	Oui	CRS-USAID	2002-2007				34	2	22
Lusambo	LUSAMBO	103 935	Oui						34	2	22
Kabinda	LUDIMBI LUKULA		Non	PS9FED	2006-2009				33	7	23
Lodja	TSHUDI LOTO	82 164	Oui	CRS-USAID	2002-2007	ECC	ND		33	3	23
Kabinda	KALONDA EST	290 585	Non	PS9FED	2006-2009	BDOM, UNICEF	ND		32	8	24
Katako Kombe	BENA DIBELE	62 366	Oui	CRS-USAID	2002-2007				32	4	24
Lodja	OMONDJADI	98 792	Non						31	4	25
Lodja	VANGA KETE	133 171	Non						30	5	26
Katako Kombe	DJALO DJEKA	142 769	Non	CRS-USAID	2002-2007				28	5	27
Kabinda	KALAMBAYI KABANGA	81 911	Non						24	9	28
Lusambo	PANIA MUTOMBO	56 058	Non						19	3	29
Kabinda	KAMIJI	56 146	?	PS9FED	2006-2009	UNICEF	ND				
Kabinda	KALENDA	149 806	?	CRS-USAID	2002-2007						
Kabinda	KANDA KANDA	165 768	?	CRS-USAID	2002-2007						
Kabinda	LUPUTA	206 006	?	CRS-USAID	2002-2007						
Kabinda	MAKOTA	166 211	?	CRS-USAID	2002-2007	BDOM	ND				
Kabinda	MUENE DITU	300 625	?	CRS-USAID	2002-2007	BDOM	ND				

	Kabinda	WIKONG	84 373	?	CRS-USAID	2002-2007					
KE		49									
KN	Funa	BUMBU	263 123								
	Funa	KASA-VUBU	85 594								
	Funa	MAKALA	198 131								
	Funa	NGIRI-NGIRI	104 549								
	Gombe	KINSHASA	112 896	oui	CEMUBAC-PMURR	2003-2007		79,5	1	1	
	Gombe	BARUMBU	97 837	oui	CEMUBAC-PMURR	2003-2007		77	2	2	
	Gombe	POLICE	82 343	oui				77	2	2	
	Gombe	GOMBE	21 001	oui	CEMUBAC-PMURR	2003-2007		59	3	3	
	Gombe	LINGWALA	55 419	oui	CEMUBAC-PMURR	2003-2007		59	4	4	
	Kalamu	KALAMU I	93 965		CEMUBAC-PMURR	2003-2007					
	Kalamu	KALAMU II	83 868		CEMUBAC-PMURR	2003-2007					
	Kalamu	KINGABWA	133 281								
	Kalamu	LIMETE	120 940		CEMUBAC-PMURR	2003-2007					
	Kalamu	KISENSO	278 998				UNICEF	ND			
	Kalamu	LEMBA	207 455								
	Kalamu	MATETE	185 781		MMN-Coop/ Esp	2003-2008					
	Kalamu	NGABA	117 221		MMN-Coop/ Esp	2003-2008					
	Lukungu	BANDALUNGWA	126 604		CEMUBAC-PMURR	2003-2007					
	Lukungu	KOKOLO	197 352								
	Lukungu	BINZA METEO	270 827								
	Lukungu	BINZA OZONE	250 549		CEMUBAC-PMURR	2003-2007					
	Lukungu	KINTAMBO	67 428								
	Lukungu	MONT NGAFULA I	163 804				UNICEF	ND			
	Lukungu	MONT NGAFULA II	93 137				UNICEF	ND			
	Lukungu	SELEMBAO	224 269				UNICEF	ND			
	Ndjili	MASINA I	215 273	oui	PARSS-PMPTR	2006-2009	UNICEF	ND	100	1	1
	Ndjili	NDJILI	207 468	oui	PARSS-PMPTR	2006-2009	UNICEF	ND	100	1	1
	Ndjili	BIYELA	144 992	oui	PARSS-PMPTR	2006-2009	BDOM	ND	97	2	2

	Ndjili	KIKIMI	165 600	oui	PARSS-PMPTR	2006-2009	BDOM, UNICEF	ND	94,8	3	3
	Ndjili	KINGASANI	142 749	oui	PARSS-PMPTR	2006-2009	UNICEF	ND	87	4	4
	Ndjili	KIMBANSEKE	181 224	oui	PARSS-PMPTR	2006-2009			85	5	5
	Ndjili	MASINA II	178 419	non	CEMUBAC-PMURR	2003-2007			76,9	6	6
	Nsele	MALUKU I	123 198		ACDI-Coop/canada	2003-2007	UNICEF	ND			
	Nsele	MALUKU II	42 419		ACDI-Coop/canada	2003-2007	UNICEF	ND			
	Nsele	NSELE	126 735		ACDI-Coop/canada	2003-2007	UNICEF	ND			
KN			35								
Totaux			515								

ANNXE II : Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), indicateurs et cibles.

Cibles	Indicateurs
Objectif 1 : réduire l'extrême pauvreté et de la faim	
Cible 1 Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour	
Cible 2 Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	<p>4. Pourcentage d'enfants (de moins de 5 ans) présentant une insuffisance pondérale</p> <p>5. Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique</p>
Objectif 2 : assurer l'éducation primaire pour tous	
Cible 3 D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	
Objectif 3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	
Cible 4 Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	
Objectif 4 : réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	
Cible 5 Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	<p>13. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans</p> <p>14. Taux de mortalité infantile</p> <p>15. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole</p>
Objectif 5 : améliorer la santé maternelle	
Cible 6 Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	<p>16. Taux de mortalité maternelle</p> <p>17. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié</p>

Objectif 6 : combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies	
Cible 7 D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle	18. Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans 19. Taux d'utilisation de la contraception 20. Taux de scolarisation des orphelins par rapport au taux de scolarisation des autres enfants non orphelins âgés de 10 à 14 ans
Cible 8 D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	21. Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie 22. Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme 23. Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie 24. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe)
Objectif 7 : assurer un environnement durable	
Cible 9 Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales	29. Proportion de la population utilisant des combustibles solides
Cible 10 Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à des services d'assainissement de base	30. Proportion de la population urbaine et rurale ayant accès à une source d'eau meilleure
Cible 11 Réussir, d'ici à 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis	31. Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement (zones urbaines et rurales)
Objectif 8 : mettre en place un partenariat mondial pour le développement	
Cible 12 Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, fondé sur des	

règles, prévisible et non discriminatoire	
Cible 13 S'attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés	
Cible 14 Répondre aux besoins particuliers des pays sans littoral et des petits Etats insulaires en développement	
Cible 15 Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur endettement viable à long terme	
Cible 16 En coopération avec les pays en développement, formuler et appliquer des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et utile	
Cible 17 En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	46. Proportion de la population ayant durablement accès à des médicaments de base d'un coût abordable
Cible 18 En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous Cibles Indicateurs	

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé (2001) Politique Nationale de Santé. Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo
2. Ministère de la Santé (1999) Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDDS). Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo
3. Ministère de la Santé (2006) Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS). Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo.
4. Ministère de la Santé (2006). Recueil des normes de la Zone de Santé. Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo.
5. K., A., Pangu, La santé pour tous d'ici l'an 2000 : c'est possible. Expérience de planification et d'implantation des Centres de santé dans la Zone de Santé de Kasongo au Zaïre (1888). Thèse de doctorat, Ecole de Santé Publique. Université Libre de Bruxelles.
6. D., Porignon, Adéquation des systèmes de santé de district en situation critique : expérience dans la région des grands lacs africains (2003). Thèse de doctorat, Ecole de Santé Publique. Université Libre de Bruxelles.
7. Organisation des Nations Unies (1999). Sommet du Millénaire pour le Développement. Organisation des Nations Unies, New York, Etats-Unis d'Amérique.