

REPUBLIQUE DU RWANDA  
PROVINCE DE CYANGUGU  
PROGRAMME D'APPUI AUX SOINS DE SANTE DE BASE/CORDAID

**Guide d'application et de vérification  
de l'Approche Contractuelle dans la Province de Cyangugu**

**2003 - 2005**

**Agence d'achat des services de santé / CORDAID RWANDA**

## INDEX

Résumé	page 3
Introduction	page 4
L'Approche contractuelle et son application dans la Province de Cyangugu	
Rôle de l'Agence d'achat des services de santé	
Rôle du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Administration locale et du Comité de Suivi	
Rôle des Structures de santé sous contrat dans la Province	
Indicateurs subventionnés	
Sources de Financement de l'Agence d'achat des services de santé	
Partie I : CANEVAS POUR UN PLAN DE BUSINESS ET DE CONTRAT STANDARD	page 7
MODELE DE PLAN DE BUSINESS POUR LES FORMATIONS SANITAIRES CONTRACTANTES EN PROVINCE DE CYANGUGU	
Analyse des données & Planification pour le trimestre suivant	page 10
MODELE DE CONTRAT STANDARD DE FINANCEMENT DES PRESTATIONS Entre l'Agence d'achat des services de santé et une Zone de Rayonnement	page 16
MODELE DE SOUS CONTRAT DE FINANCEMENT DES PRESTATIONS Entre une Zone de Rayonnement et une structure de santé (dispensaire sous contrôle direct du Centre de Santé ou avec le propriétaire d'un dispensaire privé)	page 21
Partie II : CANEVAS STANDARD POUR LES DOCUMENTS DE BASE	page 25
Partie III : PROTOCOLE DE REMPLISSAGE DES DOCUMENTS DE BASE	page 31
Partie IV : RESUME MENSUEL DE VERIFICATION	page 43
Partie V : MODALITES DE REMPLISSAGE DU RÉSUMÉ MENSUEL	page 51
Partie VI : LA VERIFICATION DES PRESTATIONS DES FORMATIONS SANITAIRES SOUS CONTRAT DANS LA POPULATION	page 53
CANEVAS DES ENQUETES POUR LES GROUPEMENTS LOCAUX	page 55
Partie VII : SUPERVISION TRIMESTRIELLE DE LA QUALITE TECHNIQUE	page 65
Partie VIII : CRITERES DE CALCUL ET PROCEDURES D'ATTRIBUTION DE LA PRIME TRIMESTRIELLE DE QUALITE	page 66

## Résumé

Ce document présente synthétiquement dans sa partie introductive le cadre et les mécanismes d'application de l'approche contractuelle (ou financement basé sur la performance) dans la Province de Cyangugu (Rwanda) dans la période janvier 2003 – Décembre 2005.

En suite sont pris en compte les différentes phases et les différentes procédures d'application et de vérification de cette approche:

- Le **business plan** qui était élaboré par les formations sanitaires et proposé à l'Agence d'achat des services de santé / Cordaid avant de stipuler un contrat
- Le **modèle de contrat standard** entre l'Agence d'achat des services de santé et le Centre de Santé et entre le Centre de Santé et un sous contractant du secteur privé.
- Un **canevas standard** pour les Documents de Base de certains indicateurs subventionnés (les registres et les autres outils de collecte des données)
- Un **canevas standard** pour la **vérification dans la population** des activités des centres santé sous contrat à travers des Enquêtes effectuées par des Associations locales à base communautaire au niveau des ménages
- Un **résumé mensuel de vérification** à remplir après la vérification mensuelle des registres par les superviseurs de l'Agence d'achat et les titulaires des Centres de Santé.
- Un **canevas standard** de supervision trimestrielle de la Qualité Technique effectuée par l'Equipe Cadre de District.
- Un **canevas standard** de calcul et d'attribution de la prime trimestrielle de qualité

## Introduction

### Le démarrage de l'Approche Contractuelle dans la Province de Cyangugu

L'Approche Contractuelle dans la Province de Cyangugu a été introduite par l'ONG Néerlandaise Cordaid en août 2002 dans les Districts de Gihundwe et de Bushenge ; à partir du mois de Janvier 2003 l'Approche a été généralisée dans les quatre Districts Sanitaires de la Province et, en suite, elle a été appliquée sans interruption au cours des années 2003, 2004 et 2005 dans le cadre du Programme d'Appui aux Soins de Santé de Base/Cordaid (PASSB) dans la Province de Cyangugu.

### Rôle de l'Agence d'achat des services de santé/Cordaid

- Orienter, stimuler et subventionner la mise en oeuvre du **Paquet Minimum (PMA)** et du **Paquet Complémentaire d'activités (PCA)** dans les formations sanitaires de la province.
- Contribuer à la **lutte contre la pauvreté** en ciblant la diminution des coûts des soins dans les formations sanitaires et par le paiement des factures pour les indigents (Fonds d'équité).
- Appuyer la diffusion du système de partage des risques, qui est réalisé par les **mutuelles de santé**.
- Rendre accessibles à la population les **services de santé reproductive** et, en particulier, la Planification Familiale.
- Evaluer la **satisfaction de la population** suite aux prestations fournies par les centres de santé, à travers des enquêtes effectuées trimestriellement par des associations locales à base communautaire dans les ménages de chaque Zone de Rayonnement.
- Stimuler le maintien d'un niveau adéquat de qualité professionnelle, par l'attribution aux structures de santé d'un **bonus trimestriel de qualité**, payé sur la base des évaluations faites par les Equipes Cadres de District.
- Contrôler que les subsides payés aux centres de santé correspondent à des activités réellement effectuées. Ceci en effectuant **deux types de vérification** : la **vérification mensuelle des registres** (ou Documents de Base) effectuée par les superviseurs de l'Agence d'achat dans les structures de santé et la **vérification de l'existence des patients enregistrés** effectuée par des enquêteurs locaux dans les ménages.

### Rôle du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Administration locale et du Comité de Suivi.

L'Agence d'achat a assuré la gestion des procédures contractuelles avec les structures de santé, *mais elle n'a pas eu des responsabilités dans l'établissement et le contrôle des normes*. Ces dernières revenaient au Ministère de l'Administration Locale, représenté par le Préfet et au Ministère de la Santé, représenté par le Directeur de la Santé, Genre et Affaires Sociales.

La coordination de la mise en oeuvre de l'approche était assurée par le Comité de Suivi de l'Approche Contractuelle de la Province de Cyangugu. Ce comité était

chargé de surveiller et d'évaluer les activités en se réunissant au moins une fois par an en session ordinaire et en session extra ordinaire en cas de besoin.

Aux réunions du comité de suivi étaient invités des représentants du Ministère de la Santé, des bailleurs de fonds et des autres intervenants dans le domaine de la santé.

### **Rôle des structures de santé sous contrat dans la Province**

En 2002 la Province de Cyangugu comptait dans ses 4 Districts de Santé (Bushenge, Gihundwe, Kibogora et Mibilizi) les infrastructures sanitaires suivantes : 4 Hôpitaux de District, 26 centres de santé publics et agréés et 25 dispensaires privés, pour une population d'environ 600.000 habitants.

A partir de janvier 2003 étaient sous contrat avec l'Agence d'achat les 26 Centres de santé, les 4 Hôpitaux de District, les 4 Equipes Cadres de District, une ONG et 26 Associations locales à base communautaires; 20 dispensaires privés ont été en suite sous contractés par certains Centres de Santé.

Les contrats étaient ainsi stipulés non seulement avec les formations sanitaires publiques ou confessionnelles, mais aussi avec des ONG et des dispensaires privés.

On appliquait le « contrat coûts et quantités ». Ce genre de contrat établit des liens entre le rendement des activités des formations sanitaires et les apports financiers ou subsides et il est, par conséquence, basé sur « la performance ». Chaque formation sanitaire recevait des cibles à atteindre dans le domaine sanitaire. Les cibles étaient basées sur les normes fixées par le Ministère de la Santé dans le Paquet Minimum d'Activités pour les Centres de Santé et le Paquet Complémentaire d'Activités pour les Hôpitaux de District<sup>1</sup>. Ces cibles pour chaque Zone de Rayonnement sont calculées par le produit de la norme de district à atteindre par habitant et le nombre d'habitants vivant dans la Zone de Rayonnement de la structure de santé sous contrat.

### **Indicateurs subventionnés**

Les premiers indicateurs à subventionner ont été sélectionnés sur la base des Normes Nationales des Districts de Santé et des nouveaux indicateurs ont été introduits progressivement dans le cadre de la santé de la reproduction, de la lutte contre le paludisme et de la lutte contre le VIH /SIDA.

Seuls les **indicateurs vérifiables et quantifiables** ont été sélectionnés pour éviter des malentendus relatifs à la vérification et au calcul des montants à verser, qui sont basés sur la production quantitative mensuelle des formations sanitaires.

La valeur et le montant du subside par activité sont basés sur la priorité accordée à chaque activité. Il était prévu que le subside par activité aurait été progressivement modifié pendant le déroulement du programme sur la base de l'expérience acquise, des priorités politiques et de santé publique et de la disponibilité des fonds. Ceci pour s'assurer de ne pas dépasser le budget disponible dans le cas d'une très bonne performance en dessus de 100%.

---

<sup>1</sup> Voir Normes du District de Santé au Rwanda, MINISANTE, 1997, Rapport Annuel 2001 MINISANTE ; Politique Nationale en matière de Santé, MINISANTE 2001

Chaque formation sanitaire était éligible pour une « gratification d'isolement » de 5% ou 10%. Il s'agissait des formations sanitaires isolées qui rencontrent des graves problèmes de transport et d'accessibilité géographique et pour mieux motiver le personnel qualifié à vouloir travailler dans ces régions.

Liste des indicateurs subventionnés au niveau des Centres de Santé et montant de la subvention unitaire

<b>INDICATEUR</b>	<b>Subvention Standard</b>
1. Nouveaux consultants à la consultation curative	150 F
2. Journées d'hospitalisation	150 F
3. Accouchements institutionnels	2000 F
4. Enfants complètement vaccinés	1000 F
5. Distribution moustiquaires	1000 F
6. CPN, nouvelles inscrites	150 F
7. VAT 2, 3, 4, 5	200 F
8. PF (Pilule, Depo) nouv. utilisatrices	1000 F
9. PF anciennes utilisatrices	750F
10. PF ( DIU - Implant)	2500 F
11. Référence PF (méthodes chirurgicales) sur présentation de contre référence	3000 F
12. VCT : Nombre de tests individuels effectués	600 F
13. VCT : Nombre de couples testés volontairement	600 F
14. VCT : Nombre de patients VIH + référés à l'hôpital de district	600 F
15. PMTCT : Nombre de femmes enceintes testées volontairement	600 F
16. PMTCT : Nombre de couples testés volontairement	600 F
17. PMTCT : Nombre de femmes enceintes informées du résultat du test	600 F
18. PMTCT : Nombre de femmes VIH+ traitées à la Nivérapine	600 F
19. PMTCT : Nombre de nouveau-nés de femmes VIH+traitées à la Nivérapine	600 F
20. PMTCT : Nombre de patients VH+ traités au cotrimoxazole	50 F
21. Nombre de patients tuberculeux testés volontairement au VIH	600 F

### **Prime trimestrielle de qualité**

Dans le cadre de l'approche contractuelle cette prime s'insérait comme une mesure d'accompagnement aux différentes stratégies appliquées par les formations sanitaires pour augmenter leurs performances quantitatives et qualitatives.

Il s'agit d'une prime qui était destinée à stimuler les formations sanitaires sous contrat à améliorer la qualité de leurs services et la qualité des prestations fournies aux utilisateurs

La prime de qualité était attribuée trimestriellement aux formations sanitaires sous contrat sur la base d'un certain nombre de critères d'évaluation. (Voir partie VIII)  
Cette prime équivaut à 10% du montant global des subsides versés à la formation sanitaire au cours d'un trimestre, si elle est attribuée à 100% de sa valeur.

### **Sources de financement de l'Approche Contractuelle**

Au cours des années 2003 - 2005 l'Approche Contractuelle a été financée par différentes sources : la Préfecture de Cyangugu dans le cadre du Programme PCA / C (Programme cadre d'appui à la décentralisation et à la bonne gouvernance dans la province de Cyangugu, financé par la Coopération Néerlandaise), l'UNFPA, l'ADVAS, le MAP et la Banque Mondiale à travers le budget de l'état Rwandais

## **PARTIE I: LE « BUSINESS PLAN »**

### **GUIDE DE REMPLISSAGE DU PLAN DE BUSINESS Modèle Centre de Santé**

Le Plan de Business représente un plan trimestriel de travail qui propose une série de stratégies pour atteindre les cibles mensuelles établies par l'Agence d'achat en conformité aux cibles nationales du Ministère de la Santé et aux orientations de la Politique Sanitaire Nationale.

Ce plan pouvait être élaboré et proposé à l'Agence d'achat par un Centre de Santé, par un Hôpital de district, par l'Equipe cadre de district, par des Formations sanitaires privées, par des ONG et par tous les intervenants dans le secteur de la santé qui remplissaient les conditions pour être subventionnés dans le cadre de l'approche contractuelle.

Le plan pouvait couvrir toutes les activités prévues dans le PMA ou dans le PCA ou seulement un choix limité d'activités.

L'Agence d'achat pouvait stipuler un contrat trimestriel avec le présentateur du Plan de Business quand ce plan était, à son avis, convaincant et réalisable. Si le Plan était effectivement mis en œuvre et l'évolution des indicateurs était positive, le contrat trimestriel était renouvelé.

Pour faire face aux problèmes d'accessibilité géographique, les titulaires des Centres de Santé pouvaient proposer la stipulation de sous contrats avec d'autres structures sanitaires de collaboration. Ces structures de collaboration avec les Centres de Santé dans leur Zone de Rayonnement pouvaient être des dispensaires directement gérés par le Centre de Santé, des cliniques privées ou des structures privées à but non lucratif (ONG, Groupements locaux, etc.).

Pour faire face au faible accès financier de la population aux soins le Plan de Business devait inclure une analyse des prix des prestations et des médicaments par rapport au pouvoir d'achat de la population de sa Zone de Rayonnement et il devait proposer des stratégies pour rendre les soins plus accessibles financièrement.

## Description du produit

Les parties contractantes, à savoir l'Agence d'achat des services de santé et les formations sanitaires collaborent pour atteindre les cibles établies par le Ministère de la Santé dans le cadre de la Politique Sanitaire Nationale du Rwanda.

Le plan de Business doit prévoir des activités en vue d'atteindre les cibles ci-après. Ces cibles sont liées au niveau et au plateau technique de la formation sanitaire sous contrat

### EXEMPLES DE CIBLES POUR LES INDICATEURS DES CENTRES DE SANTE

• 1. Consultation curative (nouveaux cas)	0.70 consultations par an par habitant
• 2. Journées d'hospitalisation (1 lit/1000)	Population/1000*365
• 3. Accouchement dans des FOSA (par personnel qualifiée)	50% de tous les accouchements (=population x 4,3% x 50%)
• 4. Accouchements référés	
• 5. Patient grave référé	0.7 consultations par an par habitant x 0,5%
• 6. PF (Depo – Provera +Contraceptifs Oraux) Nouveaux et anciens cas	22 % des couples en âge de procréation (population x 22 %) Chaque femme protégée visite une FOSA 4 fois par an
• 7. PF (Implant, DIU)	2% des couples en âge de procréation (population x 22%)
• 8. PF (Méthodes Chirurgicales)	1% des couples en âge de procréation (population x 22%)
• 9. CPN : Nouvelles inscrites	100% (= population x 4,3%)
• 10. Enfants complètement vaccins	100% (= population x 4,3%)
• 11. VAT femmes en grossesse complètement vaccinées	100% (= population x 4,3%)
• 12. Distribution moustiquaires	30% (= population / 5 ans)

### Quelles sont les caractéristiques d'un bon Plan de Business?

- Le plan analyse les problèmes du Centre de Santé et en identifie les solutions.
- Le plan présente les stratégies pour arriver à atteindre les cibles prévues dans le contrat.
- Le plan explique comment le personnel sera motivé par un système raisonnable de répartition des primes. En vue d'une exécution efficace des activités, le plan devra prévoir s'il est nécessaire de procéder à la diminution ou à l'augmentation de l'effectif du personnel.
- Le plan explique comment les structures organisationnelles communautaires (par exemple les comités de santé) sont intégrées dans la mise en œuvre des différentes activités.



## **Responsabilités des acteurs concernés pour la mise en œuvre et le suivi du Plan de Business**

### **Formation Sanitaire Contractée**

- Le titulaire de la formation sanitaire est chargé d'atteindre les objectifs fixés dans le plan et il dispose d'autonomie dans l'utilisation des ressources disponibles.
- Le titulaire de la formation sanitaire peut couvrir certains frais de fonctionnement par une partie des subsides obtenus de l'Agence d'achat. Ces frais comprennent les fournitures de bureau, les primes de motivation pour le personnel, le carburant, etc.
- Le titulaire de la formation sanitaire assure les petites activités de maintenance des infrastructures et équipements en utilisant ses propres fonds.
- Le titulaire de la formation sanitaire paye des primes à son personnel par rapport à la ponctualité, aux heures supplémentaires, au rendement et à la qualité des services effectués.
- Le responsable de la formation sanitaire peut recruter du personnel additionnel en concertation avec le Comité de Santé ou du propriétaire de la formation sanitaire dans le cas d'une FOSA religieuse ou privée lucrative.

### **L'Agence d'achat**

- L'Agence contractante est tenue d'évaluer mensuellement le rendement, la performance de chaque formation sanitaire et, dans les 10 jours qui suivent la fin du mois, établir un rapport sur les subventions à verser tel que stipulé dans le cadre du contrat.
- L'Agence assure les paiements trimestriels d'une prime de qualité sur la base des résultats de l'évaluation qualitative effectuée par l'équipe cadre de district et des résultats des enquêtes effectuées dans la population par les associations locales à base communautaire.

### **Les Equipes Cadres de District (Cadre d'Appui)**

- L'Equipe Cadre de District produit trimestriellement un rapport évaluant la qualité des prestations fournies par chaque Centre de Santé et ce rapport servira de base pour le calcul et le paiement de la prime de qualité.

## MODELE DE PLAN DE BUSINESS POUR LES FORMATIONS SANITAIRES CONTRACTANTES EN PROVINCE DE CYANGUGU

Analyse des données de l'année précédente & Planification pour le prochain trimestre

### 1. INFORMATIONS GENERALES

Nom du Centre de Santé .....

Autres structures de santé dans la Zone de Rayonnement : .....

Distance entre la formation sanitaire et l'Hôpital de Référence : .....

Population de la zone de rayonnement : .....

### Exemple de STATISTIQUES DU CENTRE DE SANTE

Année	Consultation curative Nouveaux cas	Accouchements	Planification familiale (Nouvelles inscrites + anciennes)	Consultation prénatale (Nouvelles inscrites)
Mois				
Janvier				
Février				
Mars				
Avril				
Mai				
Juin				
Juillet				
Août				
Septembre				
Octobre				
Novembre				
Décembre				
TOTAL				
Moyenne mensuelle				

### 2. CONSULTATION CURATIVE

Quel est le nombre mensuel attendu de nouveaux cas à la consultation curative dans votre formation sanitaire : .....

(Calculer le taux de couverture par an et par habitant dans votre zone de rayonnement /12)

Quels sont les facteurs qui limitent la fréquentation de votre centre de santé ?

(Examiner des facteurs comme prix, compétition avec les autres intervenants dans la Zone (charlatans, guérisseurs, privés lucratifs), manque de médicaments ou d'équipement, problèmes d'accès géographique, manque de personnel qualifié, manque de transport, manque de motivation du personnel, ainsi que d'autres problèmes)

.....  
.....

Quelles sont les stratégies et les propositions d'amélioration ?

Quelles sont les ressources supplémentaires dont vous avez besoin pour atteindre la cible et est-ce que vous avez un plan pour sous contracter autres structures de santé dans le secteur privé?

.....  
.....

### 3. ACCOUCHEMENTS

Combien d'accouchements sont-ils effectués dans votre centre de santé ? .....

Calculer le taux de couverture mensuelle attendu .....

(No d'accouchements attendus dans la Zone de Rayonnement est 4,3% de la population / 12)

Quels sont les problèmes relatifs aux accouchements assistés dans votre Zone de Rayonnement .....

.....  
.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration ?

De quelles ressources supplémentaires avez-vous besoin pour d'atteindre cette cible ?

.....  
.....

### 4. OBSERVATION / HOSPITALISATION

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

.....

Combien en moyenne par mois ? .....

Quelle est la durée moyenne de séjour ? Sont-ils référés à temps et selon l'ordinogramme ? .....

.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration de la qualité ?

.....  
.....

### 5. CONSULTATIONS PRENATALES

Calculer le nombre de femmes attendues à la consultation prénatale.....

(Le nombre de grossesses attendues dans la Zone de Rayonnement est de 4,3% de la population totale de cette zone)

Quels sont les problèmes que rencontre le personnel dans les consultations prénatales dans votre zone de couverture?

.....  
.....  
Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration?  
Quelles ressources supplémentaires avez-vous besoin pour atteindre la cible ?

6. PLANIFICATION FAMILIAIE

Combien de nouvelles et anciennes acceptantes en moyenne par mois ont utilisé le service de planification familiale au cours du trimestre précédent? .....

Quel est la prévalence contraceptive dans la zone desservie par la formation sanitaire : .....%  
(Femmes âgées de 15 à 45 ans = 22% de la population totale. Une injection ou un cycle de contraceptifs oraux dure trois mois)

Quels sont les problèmes relatifs aux services de planification familiale dans la zone de couverture ?  
.....  
.....

Quelle est la couverture en PF ciblée pour la période du prochain contrat? .....%  
Quelles ressources supplémentaires avez-vous besoin pour atteindre vos objectifs ?  
(Recruter des infirmiers additionnels, collaboration avec des ONG locales.)  
.....

Il y a-t-il du personnel formé pour poser des implants et des DIU dans votre Zone de Rayonnement ?

Quel sont les stratégies pour répondre aux requêtes de méthodes chirurgicales de la PF (ligature des trompes, vasectomie) dans la Zone et comment on a organisé la collaboration avec les hôpitaux de district pour cette objectif?

7. VACCINATION (PEV)

(Le groupe cible des enfants âgés de moins de 1 an est de 4,3% de la population de la Zone de Rayonnement)

Type de vaccin	Nombre des cas vaccinés pendant la période précédente	Groupe cible	% atteint
BCG			
DPT3			
Rougeole			
Enfants complètement vaccinés			

Quels sont les problèmes relatifs à la vaccination dans la Zone de Rayonnement?

.....  
.....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration?

.....  
.....

**8. DISTRIBUTION DES MOUSTIQUAIRES**

Quel est le taux de couverture en moustiquaires dans la Zone de Rayonnement?  
(Taux de couverture des moustiquaires : No. de moustiquaires distribuées pendant l'année divisée par la population dans la Zone) ..... %

Quels sont les problèmes liés à la distribution des moustiquaires dans la zone de couverture ?

Quelles sont les stratégies et propositions pour atteindre la cible (30% de la population qui utilise les moustiquaires)?

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

**9. REFERENCE DE PATIENTS GRAVES**

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

.....  
.....

Quelles sont les stratégies et propositions locales pour améliorer la référence en tenant compte des subsides payés par l'Agence d'achat?

.....  
.....

**10. ANALYSE DES RESSOURCES HUMAINES**

Quel est le niveau actuel des primes payées au personnel? .....

Quel devrait être le montant raisonnable des primes mensuelles pour votre personnel ? Calculer le montant total requis pour tous les membres du personnel.....

Comment cela se rapporte-t-il à vos revenus actuels ?

Personnel proposé pour la Zone de Rayonnement

Catégories du personnel	Personnel payé par l'Etat	Personnel payé par la FOSA	Personnel additionnel proposé pendant la durée du contrat	Explications
A1				
A2				
A3				
Comptabilité				
Auxiliaire				
Nettoyage/ Sécurité				
Autres				

L' Equipe Cadre de District s'assurera que le personnel recruté possède les connaissances et les compétences appropriées pour s'acquitter de leurs fonctions.

**11. AUTRES RESSOURCES**

Décrire la situation concernant la disponibilité des médicaments essentiels .....

.....

Décrire la situation concernant la disponibilité des matériels médicaux ?.....

.....

Décrire la situation concernant la disponibilité des meubles et fournitures de bureau ?.....

.....

**12. PLANIFICATION FINANCIERE**

Estimer les besoins financiers du centre de santé sur la base de votre stratégie et des propositions d'amélioration.

	Dépenses mensuelles actuelles	Dépenses mensuelles prévues pour la nouvelle période de contrat
Primes		
Médicaments spéciaux		
Indemnités/frais de mission		
Fournitures médicales/ consommables		
Fournitures de bureaux		
Charge batteries/glace pour les vaccins		
Réparation et maintenance		
Autres		

	Recettes mensuelles actuelles	Recettes mensuelles prévues pour la nouvelle période de contrat
Recettes du recouvrement de coûts		
Salaires payés par le Ministère de la Santé		
Charges récurrentes supportées par le Ministère de la Santé		
Paiements dans le cadre du contrat avec l'Agence d'achat		
Contribution d'autres bailleurs ? UNICEF, PNILT, FNUAP, etc.		

## MODELE DE CONTRAT STANDARD D'ACHAT DES PRESTATIONS POUR UN CENTRE DE SANTE

### CONTRAT D'ACHAT DES PRESTATIONS

Il est stipulé le suivant contrat d'achat des prestations entre

**Le Centre de Santé de ..... représenté par son titulaire .....**

Et

**L'Agence d'achat des services de santé (AASS) / Memisa Cordaid Rwanda**  
représenté par .....

#### I. Les termes du contrat

##### Article 1 : Contexte de l'approche contractuelle

L'approche contractuelle appelée aussi «financement basé sur la performance» vise à augmenter la performance quantitative et qualitative des prestataires des soins.

L'achat des prestations devrait avoir comme conséquence directe une amélioration du *rendement* et *des performances* des structures de santé et comme conséquence indirecte une amélioration de la qualité des prestations et du service fournis à la population.

L'approche contractuelle intègre la subvention des activités et des services effectivement produits par les structures sanitaires contractées aux traditionnels systèmes de financement des structures sanitaires

Les objectifs ultimes de l'approche contractuelle

- Rendre les soins de santé financièrement et géographiquement accessibles
- Fournir à la population les soins de bonne qualité
- Impliquer la communauté dans la prise en charge de sa santé

##### Article 2 : Les engagements mutuels des deux parties

#### 2.1. Le Centre de santé prestataire de soins

Le Centre de santé s'engage à couvrir le Paquet Minimum d'activités prévu par les normes de District, en fournissant des soins de bonne qualité à toute la population de sa zone de rayonnement.

La mise en œuvre du PMA et les stratégies pour atteindre progressivement les cibles prévues par la politique sanitaire nationale sont présentées dans un business plan trimestriel qui précède et accompagne ce contrat d'achat des prestations.



Le business plan est présenté par le titulaire du centre de Santé à l'Agence d'achat au cours des dix derniers jours du trimestre en cours jusqu'au sixième jours du premier mois du trimestre suivant; la signature du contrat d'achat de performance entre le Centre de Santé et l'agence d'achat a lieu le même jour après la présentation et l'examen du business plan.

La présentation du business plan trimestriel au-delà des ces délais comporte le non renouvellement du contrat pour le nouveau trimestre.

Les prestations mensuelles effectuées par le centre de santé sont notifiées à l'Agence d'achat par son rapport SIS, qui doit parvenir à l'Agence dans les premiers cinq jours de chaque mois pour en permettre la vérification.

## **2.2. L'Agence d'Achat des Services de Santé**

L'AASS s'engage à acheter mensuellement certaines prestations fournies par le centre de Santé (voir article 3).

Ces prestations déclarées dans le rapport SIS par le centre de Santé seront vérifiées dans les respectifs registres par le personnel de l'Agence et reportées dans un résumé mensuel de vérification, signé conjointement par le titulaire du centre de Santé et par le vérificateur de l'Agence.

Le paiement sera effectué par virement bancaire pour un montant correspondant aux prestations vérifiées sur la base des barèmes prévus dans l'article 4 et dans les quinze jours du mois suivant. (Voir article 5).

L'AA SS informera par lettre le centre de santé du paiement effectué en précisant le montant viré ; à cette lettre de notification de paiement seront annexés une copie de la facture établie sur la base des prestations vérifiées et de l'ordre de paiement, une copie du résumé mensuel et un tableau d'analyse statistique des performances du centre de santé.

Suite à l'accréditation de l'argent sur son compte, le centre de santé doit confirmer à l'Agence la réception des fonds par une lettre indiquant le montant précis crédité sur son compte et la date d'accréditation.

### Article 3 : Les indicateurs du contrat

Les prestations subventionnées au Centre de Santé :

Activités	Indicateurs
Consultation curative	nombre de nouveaux consultants
Hospitalisation	nombre de journées
Accouchements institutionnels	accouchements effectués dans une FOSA
Vaccination	enfants complètement vaccinés
Prévention du Paludisme	distribution et vente des moustiquaires
Vaccination antitétanique des femmes enceintes	nombre de femmes ayant des grossesses protégées (VAT 2-5)
Consultation prénatale	Nombre de femmes enceintes ayant effectué des visites de CPN (des nouvelles inscrites)
Planification familiale	nombre de nouvelles et anciennes utilisatrices de méthodes contraceptives orales et injectables nombre de DIU et implants appliqués nombre de référence pour méthode chirurgicale (basé sur la présentation des contre références)
VCT : Dépistage du VIH/SIDA	nombre de personnes testées volontairement nombre de couples testés volontairement
VCT : Référence des séropositifs	nombre de personnes VIH + référées à l'hôpital de district
PMTCT	nombre de femmes enceintes testées pour le VIH/SIDA nombre de couples testés volontairement nombre de femmes testées informées du résultat nombre de femmes enceintes VIH + traitées à la Nivérapine nombre de nouveaux-nés de femmes VIH+ traitée à la Nivérapine
PROPHYLAXIE DES MALADIES OPPORTUNISTE	nombre de patients VIH + traités au cotrimoxazole
TBC & VIH	nombre de patients TBC testés volontairement pour le VIH

### Article 4 : Montant unitaire de la subvention par indicateur

Les barèmes se présentent comme suit :

Montant de la subvention unitaire pour chaque indicateur et par Catégorie

INDICATEUR	Subvention Standard
1. Nouveaux consultants	150 F
2. Journées d'hospitalisation	150 F
3. Accouchements dans la Formation sanitaire	2000 F
4. Enfants complètement vaccinés	1000 F
5. Distribution moustiquaires	1000 F

6. CPN, nouvelles inscrites	150 F
7. VAT 2, 3, 4, 5	200 F
8. PF (Pilule, Depo) nouv. utilisatrices	1000 F
9. PF anciennes utilisatrices	750F
10. PF ( DIU - Implant)	2500 F
11. Référence PF (méthodes chirurgicales) sur présentation de contre référence	3000 F
12. Nombre de tests individuels effectués	600 F
13. Nombre de couples testés volontairement	600 F
14. Nombre de patients VIH + référés à l'hôpital de district	600 F
15. Nombre de femmes enceintes testées volontairement	600 F
16. Nombre de couples testés volontairement	600 F
17. Nombre de femmes enceintes informées du résultat du test	600 F
18. Nombre de femmes VIH+ traitées à la Nivérapine	600 F
19. Nombre de nouveau-nés de femmes VIH+traitées à la Nivérapine	600 F
20. Nombre de patients VH+ traités au cotrimoxazole	50 F
21. Nombre de patients tuberculeux testés volontairement au VIH	600 F

#### **Article 5 : Modalités de paiement**

En principe et selon la disponibilité de liquidité de la part des bailleurs, le paiement des prestations se fait au cours des quinze jours du mois suivant, après les procédures de vérification mentionnées dans l'article 2.2 de ce contrat.

Une différence de 5% de moins ou de plus pour un indicateur quelconque entre les données du rapport SIS et celles vérifiées par le personnel de l'AASS annule la subvention du mois pour l'indicateur en question.

Le montant calculé est directement viré au compte du Centre de Santé et l'AASS avise par écrit le CS du virement effectué, en retour l'autre partie doit accuser réception des fonds dans un délai ne dépassant pas un mois faute de quoi le virement pour le mois suivant ne pourra pas être effectué (voir article 2.2)

#### **Article 6 : Prime de qualité**

L'AASS 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 leurs services et des prestations fournies aux utilisateurs.

La prime est calculée sur la base d'un certain nombre de critères d'évaluation (vérification des registres, vérification de l'existence des utilisateurs, vérification des prestations, coût moyen des prestations, perception des coûts par les utilisateurs, satisfaction des utilisateurs, supervision de la qualité technique par l'équipe cadre de

district). L'analyse de ces critères permet de dégager un pourcentage d'attribution de la prime.

Quand la prime est attribuée à 100% de sa valeur elle équivaut à 10% du montant global des subventions payées au centre de santé au cours du trimestre.

La prime ne sera pas attribuée aux centres de santé qui ont un pourcentage d'attribution de la prime inférieur à 50%.

#### **Article 7 : Durée du contrat**

Le présent contrat a une durée de trois mois

du ....., date de fin de ce contrat.

Le contrat est renouvelable trimestriellement

#### **Article 8 : Sanctions, résiliation ou non - renouvellement du contrat**

- voir article 2
- En cas de fraude dans le remplissage des registres, mise en évidence à la vérification des registres ou suite aux enquêtes dans la population, 20 % du montant de la subvention sera retranché pour la 1ère fois et il y aura la résiliation définitive du contrat pour la deuxième fois.
- L'arrêt des conventions de financement de l'approche contractuelle par les différents bailleurs de fonds

#### **Article 9 : Règlements de litiges**

En cas de litiges, les parties signataires du contrat essaieront de les résoudre à l'amiable, sinon le problème sera reporté aux instances habilitées.

**Fait à Cyangugu, le**

**Lu et approuvé**

**Le Titulaire du Centre de Santé  
de .....**

**Le Coordinateur National  
de Cordaid/RWANDA**

.....

.....

**MODELE DE SOUS CONTRAT D'ACHAT DES PRESTATIONS**  
entre un Centre de Santé et un dispensaire privé oeuvrant dans sa zone de  
rayonnement

Entre le **Centre de Santé de** .....  
District de Santé de : .....dans la Province de Cyangugu,

Représentée par son titulaire.....  
(Partie contractante)

Et

Dispensaire / clinique privée  
.....

Représenté par son propriétaire  
.....  
(Partie contractée, prestataire)

Concernant les procédures et les obligations des deux parties pour l'achat des prestations, il est convenu ce qui suit :

**Article 1 : Durée du contrat**

Le présent contrat a une durée de trois mois renouvelable à partir du \_\_\_\_\_  
au \_\_\_\_\_, date de fin de ce contrat.

**Article 2 : Nature de la Prestation**

Le présent contrat concerne des indicateurs pour lesquels le centre de santé est subventionné dans le cadre de l'approche contractuelle par l'Agence d'achat / Cordaid.

Activités	Indicateur
Consultation curative	Nombre de nouveaux cas
Prévention et lutte contre le paludisme	Vente des moustiquaires
Référence et contre référence	Patients graves référés Accouchements référés
Accouchements	Accouchement assisté dans la structure de santé
Planification familiale	Nombre de nouvelles et anciennes utilisatrices de méthodes contraceptives (pilule, injection)
Consultations prénatales	Nombre de nouvelles inscrites

### Article 3 : Engagements mutuels

Le prestataire s'engage à :

- Soumettre un Plan de Business trimestriel au titulaire du centre de Santé
- Livrer des prestations d'une bonne qualité comme convenu ci dessus
- D'enregistrer ses activités selon les canevas standards pour les Documents de Base comme élaborée par l'Agence d'achat
- Soumettre à chaque fin de mois son rapport d'activités au titulaire

Le titulaire du centre de santé s'engage à:

- Superviser les activités du prestataire
- Donner l'appui technique nécessaire au prestataire
- Incorporer les résultats mensuels dans les rapports SIS et les Résumés Mensuels de vérification à soumettre à l'Agence d'achat pour être subventionnés.
- Payer mensuellement les activités du prestataire selon le barème de l'article 4.

### Article 4 : Paiement de la prestation

INDICATEUR	Subvention Standard	INDICATEUR	Subvention Standard
Consultations curatives (nouveaux cas)		CPN, nouvelles inscrites et visites standard	
Enfants complètement vaccinés		PF (Pilule, Depo Provera)	
Patients graves référés		PF (DIU - Implant)	
Distribution moustiquaires			
Accouchements assistés par personne qualifié			

Le paiement des prestations se fait au cours des trente jours du mois après la vérification des activités dans le Résumé Mensuel par les superviseurs de l'Agence d'achat.

#### Modalité de paiement

Le montant sera viré au compte bancaire.....

Payé en espèces.....

### Article 5 : Vérification des Activités

Le prestataire accepte que les agents de l'Agence d'achat exécutent une vérification des prestations déclarées.

La présentation de données statistiques incomplètes de la part du prestataire peut comporter l'annulation du paiement des subsides pour le mois passé.

S'il y a fraude dans le remplissage des Documents de Base aucune subvention ne sera attribuée au prestataire pour le mois en question.

Chaque fin de trimestre un bonus de qualité sera calculé, basé sur les résultats des enquêtes d'appréciation de performance des centres de santé, effectuées dans la population ainsi que sur les résultats de l'appréciation de la qualité technique effectuée par l'Equipe Cadre du District.

Ce bonus sera calculé de la manière suivante : % de performance x montant total du fonctionnement reçu dans le trimestre x 10%.

**Article 6 : Règlements de litiges**

Au cas de malentendus sur l'interprétation et l'exécution de ce contrat, les parties signataires essaieront de les résoudre à l'amiable chaque mois, sinon le problème sera porté au niveau du Comité de santé ou de l'Equipe Cadre du District qui pourra prendre les décisions du cas.

Fait à ..... le

Lu et approuvé

**Le Responsable  
Centre de Santé  
de.....**

**Le Responsable  
Dispensaire prive  
de.....**

**Le Président du Comité de Santé**











**PARTIE II B - CANEVAS STANDARDS DES DOCUMENTS DE BASE POUR LES HOPITAUX DE DISTRICT**

**A) Registre de Consultation des Médecins**

Date	N°	Nom Prénom	Age	Sexe	Secteur	Cellule	D	HD	Patient référé CS de provenance	Examen Clinique	Laboratoire	Diagnostique	Traitement

↑  
Patients référés du  
District et hors  
District

**B) Registre d'Hospitalisation (Médecine – Pédiatrie – Chirurgie)**

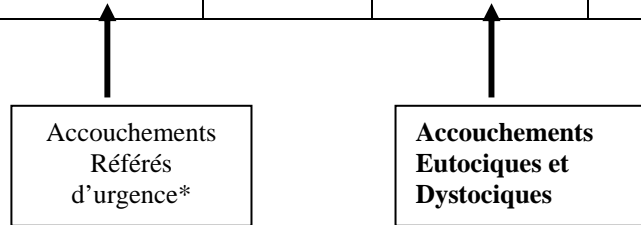
N° Registre Consultation Médecins	N° Entrant Hospitalis.	Nom Prénom	Age	Sexe	Secteur	Cellule	D	H D	Référé – CS de provenance	Diagnostique d'entrée	Traitement	Date d'entrée	Date de sortie	Jours	Etat à la sortie

↑  
Patients  
hospitalisés  
d'urgence \*

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

### C) Registre d'Hospitalisation (Maternité)

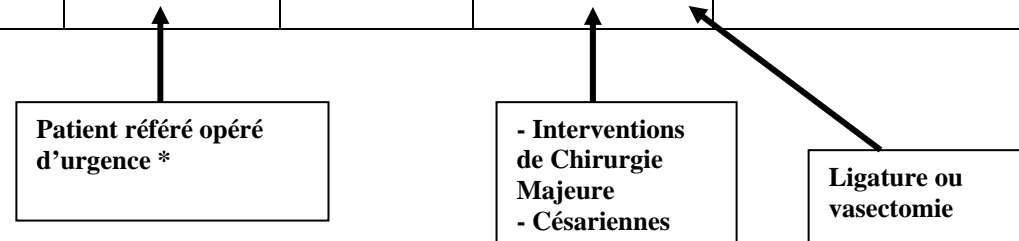
N° Registre Consultation Médecins	N° Entrant Hospitalis.	Nom Prénom	Age	Secteur	Cellule	D	HD	Référée CS de provenance	Diagnostique d'entrée	Déroulement de l'accouchement	Date d'entrée	Date de sortie	Jours	Etat à la sortie



\* Accouchement Référé hospitalisé d'urgence, qui n'est pas enregistré dans le registre de Consultation des Médecins

### D) Registre du Bloc Opératoire

Date	N°	Nom Prénom	Age	Sexe	Secteur	Cellule	D	HD	Référé – CS de provenance	Diagnostique d'	Type d'intervention	Technique d'anesthésie et déroulement de l'intervention



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



## PARTIE III: PROTOCOLE DE REMPLISSAGE DES DOCUMENTS DE BASE

### PARTIE IIIA : DOCUMENTS DE BASE DES CENTRES DE SANTE

#### 1. Protocole de remplissage des Registres de la Consultation Curative

- Toutes les structures de santé contractées qui opèrent dans un Zone de Rayonnement (y compris la stratégie avancée) ont à leur disposition deux registres pour les Consultations Curatives :  
**Un registre** pour les Nouveaux Consultants et **un autre** registre pour les Anciens Consultants.
- Le canevas standard des registres pour les consultations curatives qui se trouve dans la Partie IIA doit être rempli de la manière suivante:
- La numérotation des nouveaux cas de CC doit recommencer chaque mois.
- La date de chaque jour de consultation doit être marquée.
- Il faut remplir les colonnes qui concernent l'âge, le sexe, le secteur, la cellule et le nom du chef de famille pour identifier la provenance du patient.
- Dans la colonne « symptômes » il faut indiquer les symptômes majeurs et l'examen clinique du patient.
- Dans la colonne « examens de labo » il faut écrire les examens de laboratoire demandés et leurs résultats.
- Dans la colonne « T/H » on note si le malade a été transféré (T) ou s'il a été hospitalisé (H)
- A la fin du mois le titulaire fait la somme des nouveaux cas reportés dans le registre de la CE et il marque le total en dessous du dernier patient et signe selon le schéma suivant :

Nombre total de Nouveaux cas CE pour le mois de .....	Signature du titulaire / date.	Signature du superviseur de l'Agence d'achat / date
.....	..... / ... / 200	..... / ... / 200.

- Le superviseur vérifie que le total reporté c'est exact et que le registre a été rempli correctement et il ajoute sa signature à côté de celle du titulaire.
- Le superviseur et le titulaire enregistrent le nombre total de Nouveaux cas dans le Résumé Mensuel et signent le document.

#### 2. Protocole pour le Registre des accouchements

- Toutes les structures de santé contractées qui font des accouchements dans la Zone de Rayonnement du CS disposent d'un Document de Base pour les accouchements.
- Le canevas standard de Document de Base pour les accouchements qui se trouve dans la Partie II A doit être rempli de la manière suivante:
- Commencer chaque mois la numérotation
- La provenance est importante pour vérifier l'existence de ces femmes.
- Dans la colonne « grossesses antécédentes » il faut considérer le nombre d'avortements antérieurs, de morts nés antérieurs, des accouchements

dystociques antérieurs, des accouchements eutociques antérieurs. La somme des ces événements représente les grossesses totales antérieures.

- Dans la colonne « accouchement actuel » il faut noter le nombre de visites prénatales faites, si l'accouchement est à risque ou pas, et si l'accouchement était eutocique ou dystocique. Dans le cas où l'accouchement était dystocique il faut écrire dans la colonne « quel type de dystocie » par exemple si c'était un accouchement par ventouse, un accouchement de siège, gémellaire, etc.
- Dans la colonne « Etat de l'enfant » il faut écrire le sexe, le poids de l'enfant, le score APGAR et si l'enfant était né vivant ou mort.
- Dans la colonne « journées d'hospitalisation » on note la date d'entrée, la date d'accouchement, la date de sortie. Ainsi on peut calculer les journées d'hospitalisation. On arrive aux journées d'hospitalisation en comptant les nuits que la femme passe au centre de Santé.
- Le diagnostic à la sortie peut être : Bon (B), Transféré (T), Décédé (D) ou Evadé (E).
- A la fin du mois le titulaire fait la somme des accouchements eutociques et dystociques reportés dans le registre, il marque le total en dessous du dernier patient du mois et il signe de la manière suivante :

Nombre total des accouchements eutociques et dystociques pour le mois de .....	Signature du titulaire de la ZR / date.	Signature du superviseur de l'AA / date
.....	..... / ... / 200	..... / ... / 200.

- Le superviseur vérifie que le total reporté c'est exact et que le registre a été rempli correctement et il ajoute sa signature à côté de celle du titulaire.
- Le superviseur et le titulaire enregistrent le nombre total d'accouchements dans le Résumé Mensuel et ils signent le document.

### 3. Protocole pour les Registres d'hospitalisation générale et des accouchées

- Toutes les structures de santé contractées dans la Zone de Rayonnement du CS qui font des hospitalisations disposent d'un registre d'hospitalisation.
- Le canevas standard de Document de Base pour les malades hospitalisées qui est inséré dans la Partie II A de ce document, doit être rempli de la manière suivante :
- Recommencer chaque mois la numérotation des nouveaux entrants à l'hospitalisation.
- Reporter le numéro du patient du Registre de la Consultation Curative. Ce numéro est très important pour l'identification de la provenance du malade. La provenance est importante pour que les Enquêteurs Locaux puissent vérifier l'existence de ces malades.
- Dans la colonne « diagnostic principale » il faut indiquer le symptôme majeur parce que les autres détails sont déjà écrits dans le Registre de la Consultation Externe.
- Dans la colonne « traitement essentiel » il faut écrire le traitement reçu par le patient



- Dans la colonne « date d'entrée » on note la date d'hospitalisation et dans la colonne « date de sortie » la sortie. On arrive aux journées d'hospitalisations en comptant les nuits que le malade passe dans le Centre de Santé.
- Les conditions de sortie peuvent être : Guéri (G), Transféré (T), Décédé (D) ou Evadé (E).
- A la fin de mois le titulaire fait la somme des journées d'hospitalisation, il reporte le total dans le registre en dessous du dernier patient hospitalisé et il signe selon le schéma suivant :

Nombre de Journées d'Hospitalisation des malades présents au début du mois et qui sont sortis au cours du mois	Nombre de Journées d'Hospitalisation de malades qui sont entrés et sortis pendant le mois :	TOTAL	Signature du titulaire / date.	Signature du superviseur de l'AA / date
.....	.....	.....	..... / ... / 200	..... / ... / 200.

Ceux qui ne sont pas encore sortis seront comptés dans le mois prochain. Autrement dit, il faut compter les journées d'hospitalisation des malades qui sont sortis pendant le mois.

- Le superviseur vérifie que le total reporté c'est exact et que le registre a été rempli correctement et il ajoute sa signature à côté de celle du titulaire.
- Le superviseur et le titulaire enregistrent le nombre total des journées d'hospitalisation dans le Résumé Mensuel et ils signent le document.

### **Journées d'hospitalisations des accouchées**

Les Journées d'hospitalisations pour les femmes qui accouchent hospitalisées sont aussi comptées et pour cette raison il faut vérifier le registre d'accouchement dans toutes les structures de la Zone de Rayonnement.

- A la fin du mois le titulaire fait la somme des journées d'hospitalisation des accouchées, il reporte le total dans le registre après la dernière femme qui a accouché et il signe de la manière suivante :

Nombre de Journées d'Hospitalisation des accouchées présentes au début du mois, et qui sont sorties au cours du mois	Nombre de Journées d'Hospitalisation des accouchées qui sont entrées et sorties pendant le mois :	TOTAL	Signature du titulaire / date.	Signature du superviseur de l'AA / date
.....	.....	.....	..... / ... / 200	..... / ... / 200.

Celles qui ne sont pas encore sorties seront comptées dans le mois prochain. Autrement dit, il faut compter les journées d'hospitalisation des femmes qui sont sorties pendant le mois.

- Le superviseur vérifie que le total reporté c'est exact et que le registre a été rempli correctement et il ajoute sa signature à côté de celle du titulaire.
- Le superviseur et le titulaire enregistrent le nombre total des journées d'hospitalisation des accouchées dans le Résumé Mensuel et ils signent le document.

#### 4. Protocole pour le registre des patients référés (référence générale et accouchements référés)

- Le CS dispose d'un registre pour la référence des patients graves (générale et des accouchements).
- Le canevas standard de Document de Base pour les malades référés qui est inséré dans la Partie II A de ce document doit être rempli de la manière suivante :
- Les colonnes « numéro du registre de référence », « numéro du registre d'accouchement » et « numéro du registre de la Consultation Curative » doivent être remplis pour identifier le patient. Dans la colonne « Hôpital de Référence » on écrit l'hôpital où le patient a été référé.
- Dans la colonne « date de référence » il faut reporter le jour dans lequel le patient a été référé.
- Les superviseurs de l'Agence d'achat recueillent les informations sur les malades référés de tous les Centres de Santé, dans le registre des Consultations des médecins à l'Hôpital de District, à la fin de chaque mois. Pendant la visite aux Centres de Santé le superviseur confirme que la référence à l'Hôpital a eu lieu par le contrôle des fiches de contre référence.
- A la fin du mois le titulaire fait la somme des malades référés, il reporte le total en dessous du dernier malade du mois et il signe le registre des patients graves référés de la manière suivante :

Nombre de patients graves référés et confirmés par les fiches de contre référence de l' HD au cours du mois de .....	Signature du titulaire / date.	Signature du superviseur de l'AA / date
.....	..... / ... / 200	..... / ... / 200.

Les patients qui ont été référés au cours du mois mais qui ne sont pas encore confirmés par les fiches de contre référence, seront comptés dans le mois prochain.

- Le superviseur vérifie que le total reporté c'est exact et que le registre a été rempli correctement et il ajoute sa signature à côté de celle du titulaire.
- Le superviseur et le titulaire enregistrent le nombre total des référés dans le résumé mensuel de vérification et d'analyse.
- Le titulaire et le superviseur donnent leurs commentaires sur l'évolution des résultats et à la fin ils donnent leurs recommandations communes.

#### 5. Protocole pour le registre des enfants complètement vaccinés

- Le CS dispose d'un Document de Base pour les enfants vaccinés qui est le registre de vaccination.

- Le canevas standard de Document de Base pour les malades référés qui est inséré dans la Partie II A de ce document doit être rempli de la manière suivante :
- On peut écrire la date dans la colonne enfant « complètement vaccinés » quand tous les antigènes ont été administrés dans le délai de 12 mois à partir de la date de naissance.
- A la fin du mois le titulaire avec le superviseur fait la somme des enfants complètement vaccinés pendant le mois et ils signent dans le registre en dessous du dernier enfant du mois de la manière suivante:

Nombre des enfants complètement vaccinés dans le mois de .....	Signature du titulaire / date.	Signature du superviseur de l'AA / date
.....	..... / ... / 200	..... / ... / 200.

- Le superviseur et le titulaire enregistrent le nombre total des enfants complètement vaccinés dans le Résumé Mensuel et ils signent le document.

## 6. Protocole pour le registre de la PF (Contraceptifs oraux et injectables ; DIU, Implants)

- Toutes les structures dans la Zone de Rayonnement (y compris la stratégie avancée) disposent d'un registre pour la Planification Familiale. Les activités de la PF à subventionner concernent les méthodes modernes appliquées dans une structure de premier niveau : la pilule, les injectables, le DIU et l'Implant.
- Le canevas standard de Document de Base pour la PF qui est inséré dans la Partie II A de ce document doit être rempli de la manière suivante :
- Les infirmiers chargés de la PF ouvrent une fiche FNUAP individuelle pour chaque nouvelle acceptante : cette fiche est gardée dans un classeur ; ils donnent une fiche personnelle à l'acceptante. Chaque intervenant dans la Zone (CS fixe, stratégie avancée, dispensaire privé, dispensaire fixe du CS, etc.) a un registre et un classeur avec toutes les fiches individuelles FNUAP. La fiche individuelle doit être rempli avec un numéro unique de la manière suivante:

0	3/	0/	0	0	1
---	----	----	---	---	---

- La numérotation de chaque structure qui effectue des activités PF pourrait être progressive : par exemple CS fixe 03/0/001; pour la stratégie avancée 03/1/001; pour un dispensaire privé dans la Zone 03/2/001; etc.
- A la fin du mois le titulaire fait la somme des utilisatrices de la PF dans chaque registre, il reporte le total en dessous de la dernière utilisatrice et il signe de la manière suivante :

1. Pilule (3 cycles) pendant le mois de .....	2. Injectable pendant le mois de: .....	<b>SOMME 1+2</b>	3. DIU	4. Implant	<b>SOMME 3+4</b>	Signature du titulaire / date.	Signature du superviseur de l'AA / date
.....	.....	.....	.....	.....	.....	..... / ... / 20..	..... / ... / 20..

- Le superviseur contrôle que les registres de la PF des différents intervenants dans la ZR sont remplis correctement et il signe les registres.
- Le superviseur et le titulaire enregistrent le nombre total des utilisatrices de la PF dans le Résumé Mensuel et ils signent le document.

## 7. Protocole du registre de distribution des moustiquaires

- Toutes les structures de la Zone de Rayonnement (y compris la stratégie avancée) disposent d'un Document de Base pour la distribution des moustiquaires. Les titulaires des Zones de Rayonnement sont encouragés d'analyser des méthodes alternatives de distribution comme par exemple en recrutant des agents de promotion ou en subventionnant les moustiquaires pour améliorer l'accès financier à la population. Toutefois il est aussi important que le CS développe une stratégie pour bien expliquer les modalités d'utilisation des moustiquaires et le délai et les procédures pour renouveler l'imprégnation.
- Le canevas standard de Document de Base pour la distribution des moustiquaires qui est inséré dans la Partie II A de ce document doit être rempli de la manière suivante :
  - Remplir la colonne de la date
  - Recommencer chaque mois la numérotation des moustiquaires vendues
  - Remplir la colonne de la numérotation progressive annuelle
  - Remplir les colonnes nom, prénom, secteur et cellule
  - Remplir la colonne du prix de vente des moustiquaires
  - A la fin du mois le titulaire fait la somme des moustiquaires vendues, il reporte le total dans chaque registre et il signe en dessous du dernier acheteur de moustiquaires de la manière suivante :

Nombre de moustiquaires vendues dans le mois de .....	Signature du titulaire du CS / date.	Signature du superviseur de l'AA / date
.....	..... / ... / 200	..... / ... / 200.

- Le superviseur contrôle que les registres de distribution des moustiquaires des différents intervenants dans la ZR sont remplis correctement.
- Le superviseur aussi contrôle la fiche de stock des moustiquaires et il contresigne le registre.
- Le superviseur et le titulaire enregistrent le nombre total de moustiquaires vendues dans le mois dans le résumé mensuel de vérification et d'analyse et signe le document.

## 8. Protocole pour le registre de la CPN

- Toutes les structures contractées dans la Zone de Rayonnement (y compris la stratégie avancée) disposent d'un registre pour la Consultation Prénatale
- Les activités de la CPN à subventionner concernent les nouvelles inscrites et tous les contacts standard. Il faut s'assurer qu'une nouvelle inscrite n'est pas comptée comme une visite standard. Pour cette raison chaque intervenant CPN aura un registre « Nouvelles Inscrites » et un registre pour les visites standard ou toutes

les femmes qui reviennent à la CPN pendant la même grossesse sont comptées. Il faut aussi s'assurer qu'on ne fait pas cette double entrée dans le rapport mensuel SIS.

- Les canevas standards de Document de Base pour la CPN « Nouvelle Inscrite » et le Document de Base pour la CPN « Visite Standard » qui sont inséré dans la Partie II A de ce document doivent être remplis de la manière suivante :
- Les infirmiers chargés de la CPN ouvrent une fiche « CPN » individuelle pour chaque nouvelle inscrite : cette fiche est gardée dans un classeur ; ils donnent une fiche personnelle à l'acceptante. Chaque intervenant dans la Zone (CS fixe, stratégie avancée, dispensaire privé, dispensaire fixe du CS, etc.) a un registre et un classeur avec toutes les fiches individuelles CPN.
- A la fin du mois le titulaire fait la somme des « nouvelles inscrites » de la CPN, reporte le total dans chaque registre et il signe en dessous de la dernière femme de la manière suivante :

Nouvelles inscrites de la CPN pendant le mois de .....	Signature du titulaire / date.	Signature superviseur de l'AA / date
.....	..... .. / ... / 20..	..... .. / ... / 20..

- A la fin du mois le titulaire fait la somme des « visites standards » de la CPN, reporte le total dans chaque registre et il signe en dessous de la dernière femme de la manière suivante :

Visites standards pendant le mois de: .....	Signature du titulaire / date.	Signature superviseur de l'AA / date
.....	..... .. / ... / 20..	..... .. / ... / 20..

- Le superviseur contrôle que les registres de la CPN des différents intervenants dans la ZR sont remplis correctement et il signe les registres.
- Le superviseur et le titulaire enregistrent le nombre total des utilisatrices de la CPN dans le Résumé Mensuel et ils signent le document.

## 8. Autres activités

### ▪ Indicateurs VIH/SIDA

Ces indicateurs ont été introduits à partir du mois de Mai 2005 suite à un financement du CNLS/MAP.

Ils concernent les activités de lutte contre le VIH/SIDA effectuées dans les 11 centres de Santé qui offrent des services de VCT/PMTCT intégrées dans la Province de Cyangugu.

VCT - Test de dépistage du VIH	Nombre de personne dépistées Nombre de couples dépistés volontairement
VCT - Référence de séropositifs	Nombre de personnes VIH + référés à l'hôpital de district
PMTCT - Prévention de la transmission mère enfant	Nombre de femmes enceintes testées Nombre de femmes testées qui reviennent pour récupérer les résultats Nombre de femmes enceintes VIH+ traités à la nivérapine Nombre de nouveaux-nés des mères VIH+traités à la nivérapine
Tuberculose - Sida	Nombre de tuberculeux testés volontairement

La vérification des données reportées sur le rapport mensuel du TRAC est effectuée sur les documents de base mis en place dans le cadre du Programme national de lutte contre le VIH/SIDA

### **PARTIE III B : DOCUMENTS DE BASE DES HOPITAUX DE DISTRICT**

Les Canevas Standards des Documents de base pour les Hôpitaux de District sont insérés dans la PARTIE II B de ce document.

#### **1. Protocole de remplissage du registre de la consultation des Médecins**

Les modalités de remplissage sont les suivantes:

- Dans la colonne "date" il faut reporter le jour dans lequel a été effectuée la visite
- Chaque mois il faut recommencer la numérotation des visites
- Il faut compiler les colonnes d'identification du patient: Nom et prénom, age, sexe, secteur, cellule, District et Hors District
- Dans la colonne "Patient Référé" il faut reporter le Centre de Santé qui a effectué la référence
- Dans les colonnes suivantes il faut reporter respectivement : l'examen clinique du patient, les examens de laboratoire effectués avec leurs résultats, le diagnostique et le traitement prescrit par le Médecin
- A la fin du mois le chef de Nursing de l'Hôpital marque le total de nouveaux consultants après le dernier patient consulté et il signe
- Le vérificateur au cours de sa visite contrôle si le total des nouveaux consultants est correct et contresigne à côté de la signature du chef de Nursing
- Le vérificateur de l'Agence d'achat et le chef de Nursing enregistrent le total de nouveaux consultants du mois dans le résumé mensuel.

## 2. Protocole de remplissage du registre d'hospitalisation (Médecine - Pédiatrie - Chirurgie)

- Dans la colonne "Numéro du Registre de Consultation des Médecins" il faut reporter le numéro d'enregistrement du patient au moment ou il a été visité par un des Médecins de l'Hôpital qui a décidé pour son hospitalisation
- Dans la colonne "Numéro d'entrant à l'hospitalisation" il faut écrire le numéro progressif d'entrant du patient: le comptage progressif des patients hospitalisés doit recommencer à partir du premier jour de chaque mois
- Il faut compiler les colonnes d'identification du patient: Nom et prénom, age, sexe, secteur, cellule, District et Hors District
- Dans la colonne "Patient Référé" il faut reporter le Centre de Santé qui a effectué la référence : dans ce cas sont considérés les patients référés qui ont été hospitalisés d'urgence sans passer par la Consultation des Médecins
- Dans les deux colonnes suivantes il faut reporter le diagnostic d'admission du patient dans le service et le traitement suivi pendant l'hospitalisation
- Dans la colonne date d'entrée il faut reporter la date à laquelle le patient est entré à l'hôpital
- Dans la colonne date de sortie il faut reporter la date à laquelle le patient est sorti de l'hôpital
- Dans la colonne jours il faut reporter les jours d'hospitalisation: les jours d'hospitalisation sont calculés en comptant les nuits de séjour du patient à l'hôpital
- Dans la colonne état à la sortie il faut reporter la situation clinique du patient à la sortie de l'hôpital (guéri, stationnaire, aggravé), si le patient est décédé à l'Hôpital, s'il s'est évadé
  - A la fin du mois le chef de nursing fait la somme des journées d'hospitalisation des patients sortants, il reporte le total dans le registre en dessous du dernier patient hospitalisé et il signe.  
Ceux qui ne sont pas encore sortis seront comptés dans le mois prochain
- Le vérificateur au cours de sa visite contrôle si le total des journées d'hospitalisation est correct et contresigne à côté de la signature du chef de Nursing
- Le vérificateur de l'Agence d'achat et le chef de Nursing enregistrent le total de journées d'hospitalisation du mois dans le résumé mensuel.

## 3. Protocole de remplissage du registre d'hospitalisation de la Maternité

- Dans la colonne "Numéro du Registre de Consultation des Médecins" il faut reporter le numéro d'enregistrement de la femme au moment ou elle a été visitée par un des Médecins de l'Hôpital qui a décidé pour son hospitalisation
- Dans la colonne "Numéro d'entrant à l'hospitalisation" il faut écrire le numéro progressif d'entrante de la femme: le comptage progressif des femmes hospitalisées doit recommencer à partir du premier jour de chaque mois
- Il faut compiler les colonnes d'identification de la femme: Nom et prénom, age, secteur, cellule, District et Hors District

- Dans la colonne “Patient Référé” il faut reporter le Centre de Santé qui a effectué la référence : dans ce cas sont considérées les femmes référées qui ont été hospitalisées d’urgence sans passer par la Consultation des Médecins
- Dans la colonne « Diagnostique d’entrée » il faut reporter le diagnostique d’acceptation de la femme au moment de l’hospitalisation
- Dans la colonne « Déroulement de l’accouchement » il faut reporter, dans le cas des femmes hospitalisées pour accoucher, si l’accouchement a été eutocique ou dystocique : dans ce dernier cas il faut aussi reporter le type de dystocie
- Dans la colonne date d’entrée il faut reporter la date à laquelle la femme est entrée à l’hôpital
- Dans la colonne date de sortie il faut reporter la date à laquelle la femme est sortie de l’hôpital
- Dans la colonne jours il faut reporter les jours d’hospitalisation: les jours d’hospitalisation sont calculés en comptant les nuits de séjour de la femme à l’hôpital
- Dans la colonne état à la sortie il faut reporter la situation clinique de la femme à la sortie de l’hôpital (guérie, stationnaire, aggravée), si la femme est décédée à l’Hôpital, si elle s’est évadée
- A la fin du mois le chef de nursing fait la somme des journées d’hospitalisation des femmes sortantes, la somme des accouchements eutociques, la somme des accouchements dystociques, il reporte les totaux dans le registre en dessous de la dernière femme hospitalisée et il signe.  
Celles qui ne sont pas encore sorties seront comptées dans le mois prochain
- Le vérificateur au cours de sa visite contrôle si le total des journées d’hospitalisation, le total des accouchements eutociques et le total des accouchements dystociques sont corrects et contresigne à côté de la signature du chef de Nursing
- Le vérificateur de l’Agence d’achat et le chef de Nursing enregistrent les totaux des journées d’hospitalisation, des accouchements eutociques et des accouchements dystociques du mois dans le résumé mensuel.

#### **4. Protocole de remplissage du registre du bloc opératoire**

- Dans la colonne « date » il faut reporter la date à laquelle l’intervention chirurgicale a été effectuée
- Dans la colonne « Numéro » il faut reporter le numéro progressif d’enregistrement des patients opérés : le comptage progressif des patients opérés doit recommencer à partir du premier jour de chaque mois
- Il faut compiler en suite les colonnes d’identification du patient opéré: Nom et prénom, age, sexe, secteur, cellule, District et Hors District
- Dans la colonne “Patient Référé” il faut reporter le Centre de Santé qui a effectué la référence : dans ce cas sont considérés les patients référés qui ont été opérés d’urgence sans passer par la Consultation des Médecins
- Dans la colonne « Diagnostique » il faut reporter le diagnostique d’admission au bloc opératoire



- Dans la colonne « Type d'intervention » il faut reporter le type d'intervention effectuée : Intervention de Chirurgie majeure, Intervention de Chirurgie mineure, Césarienne, Ligature ou Vasectomie
- Dans la dernière colonne il faut reporter la technique d'anesthésie utilisée pendant l'intervention et le déroulement de l'intervention
- A la fin du mois le chef de nursing fait la somme des interventions de Chirurgie majeure, des Césariennes et des Ligatures ou Vasectomies et il reporte les totaux dans le registre du bloc opératoire en dessous du dernier patient opéré et il signe.
- Le vérificateur au cours de sa visite contrôle si les totaux du mois des interventions de Chirurgie majeure, des Césariennes et des Ligatures ou Vasectomies sont corrects et contresigne à côté de la signature du chef de Nursing
- Le vérificateur de l'Agence d'achat et le chef de Nursing enregistrent les totaux des interventions de Chirurgie majeure, des Césariennes et des Ligatures ou Vasectomies du mois dans le résumé mensuel.

## **5. Protocole de remplissage du registre des patients référés**

- Dans la colonne « date » il faut reporter la date à laquelle la référence a été effectuée
- Dans la colonne « Numéro » il faut reporter le numéro progressif d'enregistrement des patients référés dans les différents Registres de l'Hôpital : Registre de Consultation des Médecins, Registre d'hospitalisation des Services de Médecine, Pédiatrie, Chirurgie et Maternité, Registre du bloc opératoire ; le comptage progressif des patients référés doit recommencer à partir du premier jour de chaque mois
- Il faut compiler en suite les colonnes d'identification des patients référés: Nom et prénom, age, sexe, secteur, cellule, District et Hors District
- Dans la colonne "Patient Référé" il faut reporter le Centre de Santé qui a effectué la référence
- Dans la colonne « Consultation des Médecins » il faut reporter le numéro d'enregistrement du patient référé dans le Registre de Consultation des Médecins
- Dans la colonne « Hospitalisé d'urgence » il faut reporter le numéro d'enregistrement du patient référé dans les Registres d'hospitalisation des différents services (Médecine - Pédiatrie- Chirurgie - Maternité)
- Dans la colonne « Opéré d'urgence » il faut reporter le numéro d'enregistrement du patient référé dans le registre du bloc opératoire
- A la fin du mois le chef de nursing fait la somme des patients référés et il reporte le total dans le registre des patients référés en dessous du dernier patient enregistré et il signe.
- Le vérificateur au cours de sa visite contrôle si le total du mois des patients référés est correct et contresigne à côté de la signature du chef de Nursing
- La liste des patients référés du mois reçus par l'Hôpital de District avec les relatifs centres de Santé d'origine de la référence est relevé par le vérificateur de l'Agence

d'achat : elle va permettre le contrôle croisé avec les références du mois déclarées par chaque Centre de Santé du District.

## 6. Autres activités et indicateurs subventionnés

### ▪ Indicateurs VIH/SIDA

Comme pour les centres de santé la subvention de ces indicateurs a été introduite dans les Hôpitaux à partir du mois de Mai 2005 suite à un financement du CNLS/MAP.

Ces indicateurs concernent la prise en charge par les antirétroviraux des patients VIH+, certaines activités de VCT et PMTCT effectuées au niveau des Hôpitaux de district, la prophylaxie au cotrimoxazole de certaines maladies opportunistes et le dépistage VIH volontaire des patients TBC.

Activités	Indicateur et prestation subventionnée
Test de dépistage du VIH	Nombre de personne dépistées
Prévention de la transmission mère enfant	Nombre de femmes enceintes VIH+ traitées à la nivérapine Nombre de nouveaux-nés des mères VIH+ traités à la nivérapine
Thérapie aux antirétroviraux	Nombre de nouveaux adhérents aux antirétroviraux et suivi clinique 1 <sup>ère</sup> visite (adhésion) 2 <sup>ème</sup> visite à 12 mois 3 <sup>ème</sup> visite à 18 mois 4 <sup>ème</sup> visite à 24 mois
Prophylaxie des maladies opportunistes	Nombre de personnes VIH+ recevant le cotrimoxazole
TBC et SIDA	Nombre de tuberculeux testés volontairement

**PARTIE IV: RESUME MENSUEL****PARTIE IV A: RESUME MENSUEL POUR LES CENTRES DE SANTE**

<b>REPUBLIQUE DU RWANDA</b> <b>PROVINCE DE CYANGUGU</b>  <b>PROGRAMME D'APPUI AUX SOINS DE SANTE DE BASE</b> <b>AGENCE D'ACHAT DES SERVICES DE SANTE/CORDAID</b>
--

<b>RÉSUMÉ MENSUEL DE VERIFICATION DES INDICATEURS</b> <b>SUBVENTIONNES DANS LE CADRE DE « L'APPROCHE CONTRACTUELLE »</b>
---

**DISTRICT DE SANTE:** ..... **MOIS:** ..... **ANNEE:** .....

**ZONE DE RAYONNEMENT DU CENTRE DE SANTE DE :** .....

Structures sous contrat avec le Centre de Santé dans sa zone de rayonnement	Activités du PMA exécutées par la structure sous contrat	Bonus d'isolement
Structure 1 :		
Structure 2:		
Structure 3:		
Structure 4 :		

INDICATEURS À SUBVENTIONNER POUR LE MOIS DE \_\_\_\_\_

### 1. Consultation Externe

Centre de Santé	Stratégies avancées	Dispensaire 1	Dispensaire 2	Dispensaire 3	Dispensaire 4	TOTAL DU MOIS

### 2. Accouchements eutociques et dystociques

Accouchements eutociques et dystociques				
Centre de Santé	Dispensaire 1	Dispensaire 2	Autre	TOTAL DU MOIS

### 3. Journées d'hospitalisation générale et des accouchées

Nombre de Journées d'Hospitalisation générale				Nombre de Journées d'Hospitalisation des accouchées			
Centre de Santé	Dispensaire 1	Dispensaire 2	Total	Centre de Santé	Dispensaire 1	Dispensaire 2	TOTAL

Total Journées d'hospitalisation			
Centre de Santé	Dispensaire 1	Dispensaire 2	TOTAL DU MOIS

### 4. Enfants complètement vaccinés

Enfants complètement vaccinés	TOTAL DU MOIS

### 5. Planification Familiale (Injection & Pilule pour trois mois, DIU & l'Implant, Méthodes Chirurgicales référés à l'Hôpital de District)

Nouvelles utilisatrices de la pilule et des injectables						
Centre de Santé	Stratégies avancées	Dispensaire 1	Dispensaire 2	Dispensaire 3	Dispensaire 4	TOTAL DU MOIS

Utilisatrices de la pilule et des injectables qui sont venues rechercher leur méthode au cours du mois						
Centre de Santé	Stratégies avancées	Dispensaire 1	Dispensaire 2	Dispensaire 3	Dispensaire 4	TOTAL DU MOIS

<b>Nouvelles utilisatrices de DIU et d'Implant</b>						
Centre de Santé	Stratégies avancées	Dispensaire 1	Dispensaire 2	Dispensaire 3	Dispensaire 4	TOTAL DU MOIS

<b>Méthodes chirurgicales référées à l'Hôpital de District (confirmées par la fiche de contre référence)</b>						
Centre de Santé	Stratégies avancées	Dispensaire 1	Dispensaire 2	Dispensaire 3	Dispensaire 4	TOTAL DU MOIS

## 6. Vente des moustiquaires

<b>Moustiquaires vendues</b>						
Centre de Santé	Stratégies avancées	Dispensaire 1	Dispensaire 2	Dispensaire 3	Dispensaire 4	TOTAL DU MOIS

## 7. Consultation Prénatale

<b>Nouvelles inscrites à la CPN</b>						
Centre de Santé	Stratégies avancées	Dispensaire 1	Dispensaire 2	Dispensaire 3	Dispensaire 4	TOTAL DU MOIS

## 8. VAT 2 - 5 – Grossesses protégées

<b>VAT 2 - 5</b>						
Centre de Santé	Stratégies avancées	Dispensaire 1	Dispensaire 2	Dispensaire 3	Dispensaire 4	TOTAL DU MOIS

# INDICATEURS VIH/SIDA

## 1. VCT

Tests Individuels Effectués	TOTAL DU MOIS

Couples testés volontairement	TOTAL DU MOIS

Patients VIH+ référés à l'Hôpital (à vérifier dans les registres ARV de l'Hôpital)	TOTAL DU MOIS

**2. PMTCT**

Femmes enceintes testées	TOTAL DU MOIS

Couples testés volontairement	TOTAL DU MOIS

Femmes enceintes testées informées du résultat du test	TOTAL DU MOIS

Femmes VIH+ traitées à la Nivérapine	TOTAL DU MOIS

Nouveaux – nés de femmes VIH+ traités à la Nivérapine	TOTAL DU MOIS

**3. PROFILAXIE MALADIES OPPORTUNISTES**

Patients VIH+ traités au COTRIMOXAZOLE	TOTAL DU MOIS

**4. TBC & VIH**

Patients Tuberculeux testés volontairement pour le VIH	TOTAL DU MOIS

**INDICATEURS EQUIPE CADRE DE DISTRICT**

DISTRICT DE SANTE DE \_\_\_\_\_

CENTRE DE SANTE DE \_\_\_\_\_

ACTIVITES DU PMA SUPERVISEES AU COURS DU MOIS \_\_\_\_\_

N.	Activité	Date
1	Organisation générale et participation Communautaire	
2	Hygiène	
3	Consultation externe	
4	Hospitalisation	
5	Consultation prénatale	
6	Accouchements	
7	Laboratoire	
8	Vaccination	
9	Planification familiale	
10	Tuberculose	
11	Gestion des Médicaments Essentiels	
12	Gestion Financière	
13	Surveillance de la croissance et réhabilitation nutritionnelle	
<b>TOTAL ACTIVITES SUPERVISEES</b>		

**Date:**

**Signature du Titulaire  
de la Formation Sanitaire**

.....

**Signature du Responsable  
de l'Agence d'Achat des Services de  
Santé /Cordaid**

.....

**Signature du Superviseur  
de l'Agence d'Achat des Services de  
Santé /Cordaid**

.....

**Signature du Directeur de PASSB /Cordaid**

.....

**PARTIE IV B : RESUME MENSUEL POUR LES HOPITAUX DE DISTRICT**

**REPUBLIQUE DU RWANDA  
PROVINCE DE CYANGUGU**

**PROGRAMME D'APPUI AUX SOINS DE SANTE DE BASE  
AGENCE D'ACHAT DES SERVICES DE SANTE / CORDAID**

**RÉSUMÉ MENSUEL DE VERIFICATION DES INDICATEURS  
SUBVENTIONNES DANS LE CADRE DE « L'APPROCHE CONTRACTUELLE »**

**MOIS :**

**ANNEE :**

**HOPITAL DE DISTRICT DE :**



<b>ACTIVITES À SUBVENTIONNER POUR LE MOIS DE _____</b>
--

<b>1. Consultation des Médecins</b> Nouveaux Consultants	TOTAL DU MOIS	
<b>2. Journées d'hospitalisation</b> Journées d'hospitalisation dans les différents services de l'Hôpital	TOTAL DU MOIS	
<b>3. Interventions de Chirurgie Majeure</b> Interventions de grande Chirurgie effectuées au bloc opératoire de l'Hôpital	TOTAL DU MOIS	
<b>4. Interventions de Chirurgie Mineure</b> Interventions de Chirurgie Mineure effectuées au bloc opératoire de l'Hôpital	TOTAL DU MOIS	
<b>5. Accouchements eutociques</b> Accouchements eutociques (zone de rayonnement du Centre de Santé Urbain)	TOTAL DU MOIS	
<b>6. Accouchements dystociques</b> Accouchements dystociques (effectués à la maternité de l'Hôpital en dehors des césariennes)	TOTAL DU MOIS	
<b>7. Césariennes</b> Césariennes effectuées au bloc opératoire de l'Hôpital	TOTAL DU MOIS	
<b>8. Ligatures et vasectomies</b> Ligatures et vasectomies effectuées au bloc opératoire de l'Hôpital	TOTAL DU MOIS	
<b>9. Implants et DIU insérés</b>	TOTAL DU MOIS	
<b>10. Test de dépistage VIH</b> Nombre de tests effectués	TOTAL DU MOIS	
<b>11. Nombre de femmes enceintes VIH+</b> traitées à la Nivérapine	TOTAL DU MOIS	

<b>12. Nombre de nouveaux nés de mère VIH+ traités à la Nivérapine</b>	TOTAL DU MOIS	
<b>13. Nombre de nouveaux adhérents aux antirétroviraux</b>	TOTAL DU MOIS	
<b>14. Nombre de personnes VIH+ ayant effectué la 2ème visite de suivi clinique à 6 mois</b>	TOTAL DU MOIS	
<b>15. Nombre de personnes VIH+ ayant effectué la 3ème visite de suivi clinique à 12 mois</b>	TOTAL DU MOIS	
<b>16. Nombre de personnes VIH+ ayant effectué la 4ème visite de suivi clinique à 18 mois</b>	TOTAL DU MOIS	
<b>17. Nombre de personnes VIH+ ayant effectué la 5ème visite de suivi clinique à 24 mois</b>	TOTAL DU MOIS	
<b>18. Patients VIH+ traités au COTRIMOXAZOLE</b>	TOTAL DU MOIS	
<b>19. Patients Tuberculeux testés volontairement pour le VIH</b>	TOTAL DU MOIS	

Date :

**Signature du Directeur  
de l'Hôpital**

.....

**Signature du Responsable  
de l'Agence d'achat des services de  
Santé /Cordaid**

.....

**Signature du Superviseur  
de l'Agence d'achat des services de  
Santé /Cordaid**

.....

**Signature du Directeur du PASSB /Cordaid**

.....

## **PARTIE V : MODALITES DE REMPLISSAGE DU RESUME MENSUEL**

### **A) Résumé Mensuel pour les Centres de Santé**

Le Résumé Mensuel est rempli par le vérificateur de l'Agence d'achat avec le titulaire de la formation sanitaire au cours de la vérification mensuelle.

Ce document prouve que les données enregistrées dans les Documents de Base ont été systématiquement vérifiées par les superviseurs.

Sur la base de ce document, l'Agence d'achat procède au virement des fonds sur le Compte Bancaire de la structure de Santé et - trimestriellement - décide le renouvellement des contrats.

Les superviseurs suivent un calendrier fixe de visites mensuelles à tous les Centres de Santé de la Province pendant les premiers 10 jours du mois.

La première page du Résumé de Vérification identifie le Centre de Santé à vérifier avec sa zone de rayonnement et les structures qui sont sous contrat.

Les pages suivantes du Résumé contiennent les résultats du mois des activités à subventionner.

Comme expliqué dans le Protocole de remplissage des documents de base, au chapitre III de ce document, le superviseur doit vérifier et signer les registres de chaque activité et de chaque structure de santé qui opère dans la zone de rayonnement du Centre de Santé en question, avant d'en enregistrer les totaux mensuels dans le Résumé.

Après la vérification, le titulaire et le superviseur reportent dans les cases prévues (Centre de santé, stratégie avancée, dispensaire 1, dispensaire 2, autre), les résultats mensuels de chaque structure de la zone de rayonnement en objet ; dans la case « total du mois », ils reportent le total du mois, en d'autres termes, la somme des différentes cases remplies pour les mêmes indicateurs.

Cette procédure est la même pour tous les indicateurs subventionnés.

Le résumé est cosigné à la page finale par le titulaire de la formation sanitaire et par le superviseur, qui marquent aussi la date à laquelle la vérification a été effectuée.

Le responsable de l'Agence d'achat et le Directeur du PASSB / Cyanguu signent le document au bureau de l'Agence, après l'avoir reçu par le superviseur et après en avoir contrôlé le contenu.

### **A) Résumé Mensuel pour les Hôpitaux de District**

Le Résumé Mensuel est rempli par le superviseur de l'Agence d'achat avec le Directeur de l'Hôpital au cours de la vérification mensuelle.

Ce document prouve que les données enregistrées dans les Documents de Base ont été systématiquement vérifiées par les superviseurs.

Sur la base de ce document, l'Agence d'achat procède au virement des fonds sur le Compte Bancaire de l'Hôpital et - trimestriellement - décide le renouvellement des contrats.

Les visites de vérification dans les Hôpitaux de District sont effectuées par l'Equipe de Santé Publique de l'Agence d'achat au cours des premiers dix jours du mois.

La première page du Résumé de Vérification identifie l'Hôpital à vérifier.

Les pages suivantes du Résumé contiennent les résultats du mois des activités à subventionner.

Comme expliqué dans le Protocole de remplissage des documents de base, au chapitre III B de ce document, le superviseur doit vérifier et signer les registres de chaque activité, avant d'en enregistrer les totaux mensuels dans le Résumé.

Après la vérification, le Directeur de l'Hôpital et le vérificateur reportent dans la case « total du mois », le nombre total d'utilisateurs des prestations subventionnées pour le mois en objet.

Cette procédure est la même pour tous les indicateurs subventionnés.

Le résumé est cosigné à la page finale par le Directeur de l'Hôpital et par le vérificateur, qui marquent aussi la date à laquelle la vérification a été effectuée.

Le responsable de l'Agence d'achat et le Directeur du PASSB / Cyangugu signent le document au bureau de l'Agence, après l'avoir reçu par le superviseur et après en avoir contrôlé le contenu.

## PARTIE VI : LA VERIFICATION DANS LA POPULATION DES PRESTATIONS DES FORMATIONS SANITAIRES SOUS CONTRAT

- Le système de vérification des activités subventionnées par l'Agence d'achat comporte deux phases :
  - La vérification mensuelle des registres, qui est effectuée par les superviseurs médicaux de l'Agence d'achat dans chaque Formation Sanitaire sous contrat (voir partie IV et V)
  - Le contrôle trimestriel par échantillonnage de l'existence des patients enregistrés dans les registres des indicateurs subventionnés. Ce contrôle est effectué directement dans les ménages par des enquêteurs membres de Groupements Locaux à base communautaire.
  
- Les Groupements Locaux chargés de l'exécution de ces contrôles trimestriels sont sélectionnés sur la base de leurs objectifs. Préférentiellement on fait le choix parmi des groupes qui ont des objectifs liés à des actions contre la pauvreté, à la santé en général, à la santé reproductive ou à l'établissement des mutuelles. Le groupement ne doit pas avoir des liens avec la structure de santé de la Zone de Rayonnement à contrôler pour éviter des conflits d'intérêt. L'Agence d'achat stipule un contrat avec le Groupement local choisi et ce contrat pourra être résilié dans le cas de non-exécution ou de grand retard dans l'exécution d'une enquête, de l'exécution des enquêtes de mauvaise qualité ou de tricheries dans le remplissage des questionnaires.
  
- Le Groupement Local choisi propose des enquêteurs parmi ses membres. Le superviseur de l'Agence d'achat sélectionne un maximum de quatre enquêteurs locaux

Le choix des enquêteurs est basé sur les qualifications suivantes :

  - Bien lire et écrire en Kinyarwanda, la connaissance du Français est un atout
  - Etre disponible pendant environ 6 jours par trimestre pour faire les enquêtes
  - Etre capable et avoir la volonté de se déplacer jusqu'aux ménages situés à deux heures de marche - soit à pied ou avec son propre transport (par exemple bicyclette).
  - Etre capable d'accomplir ses tâches dans une atmosphère familiale avec fidélité, discipline, franchise et intégrité

Il faut surtout éviter que les enquêteurs remplissent les questionnaires sans visiter le ménage. Pour cette raison on demande aux enquêteurs de recueillir dans les ménages des informations qui sont déjà connues par le superviseur (l'âge du patient, la durée de l'hospitalisation), mais que l'enquêteur ne peut pas connaître *sans* visiter le ménage.

- Le superviseur de l'Agence d'achat fait le choix au hasard des patients à contrôler au cours de la visite mensuelle de vérification des données. Le choix au hasard est effectué dans les registres des indicateurs subventionnés. Les titulaires

rendent disponibles tous les Documents de Base (registres) de la Zone de rayonnement de leur Centre de Santé y compris ceux des structures Sous Contractées de la Zone.

- Le choix au hasard dans les registres sera fait pour les 90 jours qui précèdent la visite. Les ménages des patients choisis ne seront pas à plus de 2 heures de marche, mais peuvent être Hors Zone ou Hors District dans le cas où la frontière de la Zone ou du District est proche.
- Dans le cas où le ménage est à une distance de plus de 2 heures de marche, mais dans une autre Zone de Rayonnement, le superviseur peut décider de demander au Groupement Local de l'autre Zone de Rayonnement de visiter le ménage.
- Dans le cas où les patients proviennent d'une autre province ou pays on ne peut pas vérifier l'existence du patient dans son ménage. Pour cette raison le superviseur peut seulement juger statistiquement si le nombre de patients de cette autre province ou pays semble raisonnable ou non.
- Le superviseur tire au sort l'échantillon suivant pour chaque indicateur:
 

1. Consultations Externes	16 x
2. Hospitalisations	8 x
3. Vaccinations	8 x
4. Accouchements institutionnels	8 x
5. Vente de moustiquaires	5 x
6. Visites CPN	10 x
7. Patients graves référés	10 x
<b>TOTAL</b>	<b>65 x</b>
- La vérification des activités liées à la Planification Familiale ne sera pas faite par les enquêteurs locaux, mais par les superviseurs de l'Agence d'achat pour éviter des problèmes de confidentialité.
- Les superviseurs remplissent une fiche de résumé avec toutes les données concernant l'identification du patient et les prestations fournies par la formation sanitaire (jour de visite, durée d'hospitalisation, examens de labo faits) et ils gardent cette fiche.
- Les superviseurs donnent au Groupement Local 65 feuilles avec seulement les détails nécessaires pour trouver les patients à visiter (Nom et Prénom, Secteur et Cellule de provenance, chef de Famille). En suivant cette procédure le superviseur a des informations que les enquêteurs ne peuvent pas connaître sans visiter le ménage et sans parler avec le patient ou au moins avec un membre de son ménage. Ainsi cette information fournie par l'enquêteur sert surtout pour que le superviseur vérifie si l'enquêteur a visité ce ménage.
- Les enquêteurs auront à leur disposition 14 jours pour faire les enquêtes.







## ENQUETES DE VERIFICATION DE LA CONSULTATION CURATIVE

**A. Partie remplie par le superviseur**

CS: .....

Dispensaire: .....

Nom du superviseur : .....

Nom du Groupement Local: .....

**DONNEES D'IDENTIFICATION DU PATIENT**

No d'échantillon	Nom	Prénom	Sexe	Secteur	Cellule	Chef de famille

**B. Partie remplie par l'enquêteur**

Date de visite: .... / ... / 200..

**Confirmation de l'existence du patient**

- Est-ce que le patient existe? Oui / Non
  - Si oui, son existence a été confirmée par qui? Par le chef de cellule / par le chef des 10 maisons / par un membre de la famille / par un voisin / directement par le patient.
- Quel age a-t-il ?.....

**Si le patient existe, interview avec : le patient même ou un membre de son ménage**

- Est-ce que le patient (ou le membre du ménage) peut confirmer une visite à la structure de santé ? Oui / non
  - Si oui, est ce que le patient a une fiche ou un carnet? Oui / non
  - Si oui, la visite a eu lieu quand? Date : ..... Mois : .....
  - Si oui, ont été faits quels examens de labo? .....
- Combien avez-vous payez?**

Coût consultation	Coûts du labo	Coûts médicaments	Autres paiements	TOTAL
F .....	F .....	F .....	F .....	F .....

- Ce paiement était-il: Raisonnable / trop chère.
  - Comment avez-vous payé? Il n'y avait pas de problème / vendu q chose / fait crédit à la structure / s'endetté chez un voisin ou famille / payé avec conséquences catastrophiques.
- Etiez-vous satisfait de la prestation fournie ? Oui/Non
- Avez-vous de suggestions pour l'amélioration de cette structure?  
.....  
.....

Nom et Prénom de l'enquêteur: .....

Signature: .....

## ENQUETES DE VERIFICATION DES HOSPITALISATIONS

**A. Partie remplie par le superviseur**

CS: .....  
 Nom du superviseur : .....

Dispensaire: .....  
 Nom du Groupement Local: .....

**DONNEES D'IDENTIFICATION DU PATIENT**

Echantillon	Nom	Prénom	Secteur	Cellule	Chef de famille	Sexe

**B. Partie remplie par l'enquêteur**

Date de visite: .... / ... / 200..

**Confirmation de l'existence du patient**

- Est-ce que le patient existe? Oui / Non  
 - Si oui, son existence a été confirmée par qui? Par le chef de cellule / par le chef des 10 maisons / par un membre de la famille / par un voisin / directement par le patient.
- Quel age a-t-il ?.....

**Si le patient existe, interview avec : le patient même ou un membre de son ménage**

- Est-ce que le patient (ou le membre du ménage) peut confirmer son séjour dans la structure de santé ? Oui / non  
 - Si oui, est ce que le patient a un billet de sortie ou un carnet? Oui / non  
 - Si oui, le patient a été hospitalisé quand? Date : ..... Mois : .....  
 - Si oui, le patient a passé combien de jours dans la formation sanitaire? ... jours

**4. Combien avez-vous payez?**

Coût consultation	Coût du labo	Coût médicaments	Coût d'hosp.	Autres services	TOTAL
F .....	F .....	F .....	F .....	F .....	F .....

- Ce paiement était-il: Raisonnable / trop chère.
- Comment avez-vous payé? Il n'y avait pas de problème / vendu q chose / fait crédit à la structure / s'endetté chez un voisin ou famille / payé avec conséquences catastrophiques.

- Etiez-vous satisfait de la prestation fournie ? Oui/Non

- Avez-vous de suggestions pour l'amélioration de cette structure?

.....  
 .....

Nom et Prénom de l'enquêteur: .....

Signature: .....

## ENQUETE DE VERIFICATION DES ENFANTS COMPLETEMENT VACCINÉS

### A. Partie remplie par le superviseur

CS: .....

Dispensaire: .....

Nom du superviseur : .....

Nom du Groupement Local: .....

### DONNEES D'IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Echantillon	Nom de l'enfant	Nom du père	Nom de la mère	Secteur	Cellule

### B. Partie remplie par l'enquêteur

Date de visite: .... / ... / 200..

#### Confirmation de l'existence de l'enfant

1. Est-ce que l'enfant existe? Oui / Non
- Si oui, son existence a été confirmée par qui? Par le chef de cellule / par le chef des 10 maisons / par un membre de la famille / par un voisin / directement par ses parents.
2. Quel age a-t-il ?.....

#### Si l'enfant existe, interview avec : ses parents ou un membre de son ménage

3. L'enfant est-t-il né quand? Date de naissance : .... / .... / 200..  
Quel est son sexe? Masculin / Féminin
- Est-ce que ses parents peuvent montrer sa Fiche de Vaccination? Oui / Non
- Si non, selon les parents, est-ce que l'enfant a reçu tous les vaccins prévus dans le calendrier vaccinal? Oui / Non / Je ne sais pas

#### Observation de l'enquêteur sur la Fiche de Vaccination

- Quand l'enfant a-t-il reçu son vaccin contre la rougeole? Date : .... / .... / 200..
- 4. Etiez-vous satisfait de la prestation fournie ? Oui/Non
- 5. Avez-vous de suggestions pour l'amélioration du travail du personnel chargé de la vaccination?

.....  
 .....

Nom et Prénom de l'enquêteur: .....

Signature: .....

## ENQUETES DE VERIFICATION DES ACCOUCHEMENTS

**A. Partie remplie par le superviseur**

CS: .....

Dispensaire: .....

Nom du superviseur : .....

Nom du Groupement Local: .....

**DONNEES D'IDENTIFICATION DE LA FEMME QUI A ACCOUCHE**

Echantillon	Nom	Prénom	Secteur	Cellule	Chef de famille

**B. Partie remplie par l'enquêteur**

Date de visite: .... / ... / 200..

**Confirmation de l'existence de la femme**

- Est-ce que la femme existe? Oui / Non
  - Si oui, son existence a été confirmée par qui? Par le chef de cellule / par le chef des 10 maisons / par un membre de la famille / par un voisin / directement par la femme.
- Quel age a-t-elle ?.....

**Si la femme existe, *interview avec* : la femme qui a accouché ou un membre de son ménage**

- Est-ce que la femme (ou un membre de son ménage) peut confirmer l'accouchement dans la structure de santé ? Oui / Non
  - Si oui, quelle était la date d'accouchement? Date : ..... Mois : .....
  - Si oui, quel est le sexe de l'enfant ? Masculin / Féminin
  - Si oui, la femme a passé combien de jours dans la formation sanitaire? ... jours

**4. Combien avez-vous payez?**

Coût consultation	Coût du labo	Coût médicaments	Coût d'acc&hosp	Autres services	TOTAL
F .....	F .....	F .....	F .....	F .....	F .....

- Ce paiement était-il: Raisonnable / trop chère.
  - Comment avez-vous payé? Il n'y avait pas de problème / vendu q chose / fait crédit à la structure / s'endetté chez un voisin ou famille / payé avec conséquences catastrophiques.
- Etiez-vous satisfaite de la prestation fournie ? Oui/Non
  - Avez-vous de suggestions pour l'amélioration de cette structure?

.....

.....

Nom et Prénom de l'enquêteur: .....

Signature: .....

**ENQUETES DE VERIFICATION DES GROSSESSES PROTEGEES  
(VAT 2 -5)**

**A. Partie remplie par le superviseur**

CS: .....

Dispensaire: .....

Nom du superviseur : .....

Nom du Groupement Local: .....

**DONNEES D'IDENTIFICATION DE LA FEMME QUI A ETE VACCINÉE**

Echantillon	Nom	Prénom	Secteur	Cellule	Chef de famille

**B. Partie remplie par l'enquêteur**

Date de visite: .... / ... / 200..

**Confirmation de l'existence de la femme**

1. Est-ce que la femme existe? Oui / Non
- Si oui, son existence a été confirmée par qui? Par le chef de cellule / par le chef des 10 maisons / par un membre de la famille / par un voisin / directement par la femme.
2. Quel age a-t-elle ?.....

**Si la femme existe, *interview avec* :** la femme qui a été vaccinée ou un membre de son ménage

3. Est-ce que la femme (ou un membre de son ménage) peut confirmer la vaccination dans la structure de santé ? Oui / Non
- Si oui, combien de doses a-t-elle reçu? Date : ..... Mois : .....
4. Etiez-vous satisfaite de la prestation fournie ? Oui/Non
5. Avez-vous de suggestions pour l'amélioration de cette structure?

.....  
.....

Nom et Prénom de l'enquêteur: .....

Signature: .....

## ENQUETES DE VERIFICATION DE LA VENTE DE MOUSTIQUAIRES

**A. Partie remplie par le superviseur**

CS: .....

Dispensaire: .....

Nom du superviseur : .....

Nom du Groupement Local: .....

**DONNEES D'IDENTIFICATION DE L'ACHETEUR**

Echantillon	Nom	Prénom	Secteur	Cellule

**B. Partie remplie par l'enquêteur**

Date de l'achat: .... / ... / 200..

**Confirmation de l'existence de l'acheteur**

1. Est-ce que l'acheteur existe-t-il? Oui / Non
- Si oui, son existence a été confirmée par qui? Par le chef de cellule / par le chef des 10 maisons / par un membre de la famille / par un voisin / directement par l'acheteur.
2. Quel age a-t-il ?.....

**Si l'acheteur existe, interview avec : l'acheteur même ou un membre de son ménage**

3. Est-ce que l'acheteur (ou un membre de son ménage) peut confirmer l'achat d'une ou plusieurs moustiquaires dans la structure de santé ? Oui / Non
- Si oui, à quel prix unitaire? FRW.....
- Si oui, quelle était la date de l'achat? Date : ..... Mois : .....
- Est-ce que le vendeur vous a expliqué le mode d'emploi des moustiquaires ? Oui / Non
- On fait la re-imprégnation comment?  
Le répondant connaît les modalités de reimpregnation : Oui / Non
5. Etiez-vous satisfait de l'achat ? Oui/Non
6. Avez-vous de suggestions pour l'amélioration du système de vente et de promotion des moustiquaires?

.....  
 .....

Nom et Prénom de l'enquêteur: .....

Signature: .....

## ENQUETES DE VERIFICATION DE LA CPN

**A. Partie remplie par le superviseur**

CS: .....

Dispensaire: .....

Nom du superviseur : .....

Nom du Groupement Local: .....

**DONNEES D'IDENTIFICATION DE LA FEMME, QUI A FAIT LA CPN**

Echantillon	Nom	Prénom	Secteur	Cellule	Chef de famille

**B. Partie remplie par l'enquêteur**

Date de la visite: .... / ... / 200..

**Confirmation de l'existence de la femme**

- Est-ce que la femme existe? Oui / Non
  - Si oui, son existence a été confirmée par qui? Par le chef de cellule / par le chef des 10 maisons / par un membre de la famille / par un voisin / directement par la femme.
- Quel age a-t-elle ?.....

**Si la femme existe, interview avec : la femme qui a fait la CPN ou un membre de son ménage**

- Est-ce que la femme (ou un membre du ménage) peut confirmer la visite de la CPN dans la structure de santé ? Oui / Non
  - Si oui, quel est l'age de la femme ? ..... ans
  - Si oui, combien de grossesses la femme a eu (y compris la grossesse actuelle)

**4. Combien avez-vous payez?**

Coût consultation	Coût médicaments	Autres services	TOTAL
F .....	F .....	F .....	F .....

- Ce paiement était-il: Raisonnable / trop chère.

- Etiez-vous satisfaite de la prestation fournie ? Oui/Non

- Avez-vous de suggestions pour l'amélioration de cette structure?

.....  
 .....

Nom et Prénom de l'enquêteur: .....

Signature: .....

## ENQUETES DE VERIFICATION DES PATIENTS GRAVES REFERES

**A. Partie remplie par le superviseur**

CS: .....

HOPITAL DE REFERENCE: .....

Nom du superviseur : .....

Nom du Groupement Local: .....

**DONNEES D'IDENTIFICATION DU PATIENT REFERE**

No d'échantillon	Nom	Prénom	Sexe	Secteur	Cellule	Chef de famille

**B. Partie remplie par l'enquêteur**

Date de visite: .... / ... / 200..

**Confirmation de l'existence du patient**

- Est-ce que le patient existe? Oui / Non
  - Si oui, son existence a été confirmée par qui? Par le chef de cellule / par le chef des 10 maisons / par un membre de la famille / par un voisin / directement par le patient.
- Quel age a-t-il ?.....

**Si le patient existe, interview avec : le patient même ou un membre de son ménage**

- Est-ce que le patient (ou le membre du ménage) peut confirmer qu'il a été référé à l'Hôpital de District ? Oui / non
  - Si oui, est ce que le patient a une fiche ou un carnet de référence? Oui / non
  - Si oui, la référence a-t-elle eu lieu quand? Date : ..... Mois : .....
  - Si oui, pour quel motif a-t-il été référé? .....
- Combien avez-vous payez?**

Coût du transport à l'Hôpital	Coût consultation du Médecin	Coûts hospitalisation	Coûts médicaments	TOTAL
F .....	F .....	F .....	F .....	F .....

- Ce paiement était-il: Raisonnable / trop chère.
  - Comment avez-vous payé? Il n'y avait pas de problème / vendu q chose / fait crédit à la structure / s'endetté chez un voisin ou famille / payé avec conséquences catastrophiques.
- Etiez-vous satisfait de la prestation fournie par le Centre de Santé ? Oui/Non
- Avez-vous de suggestions pour l'amélioration du système de référence?  
.....  
.....

Nom et Prénom de l'enquêteur: .....

Signature: .....



## **PARTIE VII: SUPERVISION TRIMESTRIELLE DE LA QUALITE TECHNIQUE**

L'hypothèse conceptuelle de l'approche contractuelle prévoit que, à l'augmentation quantitative du rendement des structures de santé subventionnées, s'ajoute aussi une amélioration qualitative des prestations fournies.

Dans cette optique, il est important associer aux vérifications d'ordre quantitatif sur l'évolution des activités effectuées, des évaluations qualitatives qui permettent d'établir si, suite à l'application de l'approche contractuelle, la qualité des prestations est aussi améliorée.

La qualité subjective, en d'autres termes, la satisfaction des utilisateurs suite aux prestations et aux soins reçus dans les structures de santé, peut être évaluée directement dans la population.

La qualité technique, en d'autres termes, le respect des normes qui concernent le personnel (qualification et nombre), les infrastructures, les équipements et les modalités d'organisation et de réalisation des activités par les structures de santé, elle peut être évaluée par des contrôles administratifs hiérarchiques.

La supervision est, par contre, une activité formative qui, par l'observation directe du superviseur sur le supervisé au cours de ses activités et l'analyse et la discussion de la réalisation des activités supervisées, a le but d'améliorer et de rationaliser l'exécution de ces mêmes activités.

Au Rwanda la supervision est effectuée par les Equipes Cadres de District.

Dans le cadre de l'approche contractuelle on associe le contrôle de la qualité professionnelle des structures de santé sous contrat aux supervisions trimestrielles des Equipes Cadres de District.

Les fiches nationales de supervision intégrée des Centres de Santé qui sont utilisées par les Equipes Cadres de District ont été élaborées en attribuant des points, qui permettent de « quantifier et de classer » les différentes activités des Centres de Santé par rapport aux normes de qualité (voir fiches de contrôle de qualité)

Le paiement trimestriel d'un bonus de qualité aux structures de santé sous contrat sera lié aux résultats de ces supervisions.

## **PARTIE VIII - CRITERES DE CALCUL ET PROCEDURES D'ATTRIBUTION DE LA PRIME TRIMESTRIELLE DE QUALITE**

(Modifiée après la Réunion trimestrielle du 29/6/2005 avec les Médecins Chef de District, les Equipes Cadre de District et les Titulaires des Centres de Santé sous contrat)

### **Définition de la Prime de qualité**

Il s'agit d'une prime destinée à stimuler les formations sanitaires sous contrat à améliorer la qualité de leurs services et la qualité des prestations fournies aux utilisateurs

Dans le cadre de l'approche contractuelle cette prime s'insère comme une mesure d'accompagnement aux différentes stratégies appliquées par les formations sanitaires pour augmenter leurs performances quantitatives et qualitatives.

**La prime de qualité est attribuée trimestriellement aux formations sanitaires sous contrat sur la base d'un certain nombre de critères d'évaluation.**

**Cette prime équivaut à 10% du montant global des subsides versés à la formation sanitaire au cours d'un trimestre, si elle est attribuée à 100% de sa valeur.**

### Critères d'évaluation

Pour procéder à l'attribution de la prime de qualité, à la fin de chaque trimestre, l'Agence d'Achat des Services de Santé considère une série d'éléments pour évaluer globalement la qualité des prestations et des services de chaque formation sanitaire sous contrat :

- La vérification quantitative des documents de base (registres)
- La vérification de l'existence des utilisateurs enregistrés
- La vérification de la prestation effectuée
- Le coût moyen des prestations subventionnées
- La perception des coûts par les utilisateurs
- La satisfaction des utilisateurs pour la prestation qui leur a été fournie par la formation sanitaire
- La supervision de la qualité technique

### **1. La vérification quantitative des documents de base**

La vérification quantitative des documents de base (registres) des indicateurs subventionnés dans le cadre de l'approche contractuelle est effectuée mensuellement par les superviseurs médicaux de l'Agence d'Achat des Services de Santé.

Les formations sanitaires sous contrat envoient dans les premiers jours de chaque mois une copie de leurs rapports d'activités SIS pour le mois précédent au bureau de l'Agence d'Achat des Services de Santé à Cyangugu.

Les superviseurs médicaux visitent toutes les formations sanitaires sous contrat et vérifient la conformité des données reportées sur le SIS sur les registres de la

formation sanitaire: au cours de la visite sont aussi vérifiés les registres des structures de santé de la zone de rayonnement qui ont établi des sous contrats avec la formation sanitaire responsable de cette zone de rayonnement.

La vérification des registres peut mettre en évidence des différences par rapport à ce qui avait été déclaré dans le SIS et, en général, elle nous donne la mesure de l'attention que le personnel de la formation sanitaire met dans leur remplissage.

**La vérification des registres représente 5% de la valeur totale de la prime de qualité.**

Si la vérification des registres met en évidence sur l'ensemble du trimestre des différences supérieures à 3% entre ce qui avait été déclaré dans le SIS et ce qui a été vérifié pour « enfants complètement vaccinés, accouchements, vente des moustiquaires, planification familiale, CPN, VAT 2-5 et tous les indicateurs VIH/SIDA » et des différences supérieures à 5% pour « consultation curative » et « hospitalisation » par rapport au SIS, même pour un seul indicateur, ceci comporte une diminution de 5% de la prime de qualité pour la formation sanitaire concernée.

## **2. La vérification de l'existence des utilisateurs**

La vérification de l'existence des utilisateurs est effectuée trimestriellement dans les Zones de rayonnement de toutes les formations sanitaires sous contrat par des enquêtes réalisées par des Groupements locaux.

Un échantillon pour chaque indicateur subventionné (consultation curative, hospitalisation, enfants complètement vaccinés, vente de moustiquaires, accouchement, CPN et VAT 2- 5) est tiré au sort dans les registres de chaque formation sanitaire par les superviseurs de l'Agence d'Achat des Services de Santé : cet échantillon couvre les 90 jours qui précèdent la date du tirage au sort.

Après l'échantillonnage, les superviseurs remplissent des fiches avec les données nécessaires à l'identification des utilisateurs à rechercher. Ces fiches sont, ensuite, confiées aux enquêteurs des groupements locaux pour effectuer l'enquête.

**La vérification de l'existence représente 10% de la valeur totale de la prime de qualité.**

Si l'existence n'est pas prouvée pour 5% (3 personnes sur 65) ou plus de l'échantillon total d'utilisateurs pris en compte pour l'ensemble des indicateurs subventionnés, 10% de la prime de qualité ne sera pas attribué à la formation sanitaire.

## **3. La vérification de la prestation effectuée**

La vérification de la prestation effectuée est la deuxième étape des enquêtes trimestrielles dans la population, après la vérification de l'existence de l'utilisateur.

En effet l'utilisateur peut bien exister, mais une fois interrogé, il peut nier d'avoir jamais visité la formation sanitaire ou bien il admet d'y avoir été mais beaucoup de temps auparavant.

**La vérification des prestations représente 10% de la valeur totale de la prime de qualité.**

Si la prestation dans la formation sanitaire n'est pas prouvée pour 5% (3 personnes sur 65) ou plus de l'échantillon total d'utilisateurs pris en compte pour les différents indicateurs subventionnés, 10% de la prime de qualité ne sera pas attribué à la formation sanitaire.

#### **4. Le coût moyen des prestations subventionnées**

Un des objectifs de l'approche contractuelle est l'augmentation de l'accessibilité financière aux soins pour la population.

Au cours des enquêtes trimestrielles on demande aux utilisateurs quel a été le prix payé pour chaque prestation (consultation curative, hospitalisation, achat de moustiquaires, accouchement etc.) : sur la base de ces prix on peut obtenir le coût moyen provincial pour chaque prestation et donc pour chaque indicateur subventionné.

**Le coût moyen des prestations représente 10% de la valeur totale de la prime de qualité.**

Si la moitié ou plus des indicateurs subventionnés a un coût moyen supérieur au coût moyen provincial, 10% de la prime de qualité ne sera pas payé à la formation sanitaire concernée.

#### **5. La perception des coûts par les utilisateurs**

Au cours des enquêtes trimestrielles on demande aux utilisateurs quel a été le prix payé pour chaque prestation (consultation curative, hospitalisation, achat de moustiquaires, accouchement etc.) et quelle a été leur perception de ce coût : était-il raisonnable ou cher ?

**La perception des coûts des prestations par les utilisateurs représente 10% de la valeur totale de la prime de qualité.**

Si 10% (**7 personnes sur 65**) ou plus des utilisateurs enquêtés perçoivent comme « cher » le coût des prestations, 10% de la prime de qualité ne sera pas payé à la formation sanitaire concernée.

#### **6. La satisfaction des utilisateurs pour la prestation qui leur a été fournie par la formation sanitaire**

Au cours des enquêtes trimestrielles on demande aux utilisateurs s'ils étaient satisfaits de la prestation fournie par la formation sanitaire

**La satisfaction des utilisateurs représente 5% de la valeur totale de la prime de qualité.**

Si 10% (7 personnes sur 65) ou plus des utilisateurs enquêtés perçoivent comme insatisfaisante la prestation fournie par la formation sanitaire, 5% de la prime de qualité ne sera pas payé à cette formation sanitaire.

## **7. La supervision de la qualité technique**

La supervision est effectuée trimestriellement par les Equipes Cadre de District : les formations sanitaires sous contrat reçoivent une supervision mensuelle par les ECD et au cours de trois mois elles sont supervisées pour toutes les activités prévues dans le Paquet Minimum d'Activités d'un Centre de santé.

Dans le cadre de l'approche contractuelle on associe le contrôle de la qualité technique des structures de santé sous contrat aux supervisions trimestrielles des Equipes Cadres de District.

Les fiches nationales de supervision intégrée des Centres de Santé, qui sont utilisées par les Equipes Cadres de District, ont été élaborées en attribuant des points, qui permettent de « quantifier et de classer » les différentes activités des Centres de Santé par rapport aux normes de qualité.

Actuellement sont disponibles 16 fiches de supervision intégrée modifiées et, comme on peut voir dans le tableau qui suit, chaque fiche a un nombre maximum de points qui peuvent être attribués à la formation sanitaire supervisée.

<b>N.</b>	<b>Activité supervisée</b>	<b>Points disponibles</b>
1	Organisation générale et participation Communautaire	14
2	Hygiène	10
3	Consultation externe	26
4	Hospitalisation	16
5	Accouchements	20
6	Consultation prénatale	10
7	Laboratoire	14
8	Vaccination	23
9	Planification familiale	24
10	Tuberculose	32
11	Gestion des Médicaments Essentiels	34
12	Gestion Financière	26
13	Surveillance de la croissance et réhabilitation nutritionnelle	36
14	Consultations postnatales	40
15	Consultations prénuptiales	20
16	Consultations scolaires	34
<b>Total points disponibles</b>		<b>379</b>

**La supervision de la qualité technique représente 50% de la valeur totale de la prime de qualité.**

Les formations sanitaires qui totalisent au cours d'un trimestre au moins 75% de points disponibles pour les activités supervisées, elles reçoivent ce 50% de la prime de qualité.

Les formations sanitaires qui totalisent moins de 75% de points sont privées de ce pourcentage de la prime de qualité. Si moins de la moitié des activités du PMA sont supervisées au cours du trimestre, les 50% de la prime de qualité ne sont pas attribués.

### Composition en pourcentage de la prime

La prime trimestrielle de qualité résulte être composée de la manière suivante, en tenant compte des différents critères d'évaluation suscités

Critères d'évaluation pour l'attribution de la prime de qualité	Valeur en pourcentage
• La vérification quantitative des documents de base	5%
• La vérification de l'existence des utilisateurs enregistrés	10%
• La vérification de la prestation effectuée	10%
• Le coût moyen des prestations subventionnées	10%
• La perception des coûts par les utilisateurs	10%
• La satisfaction des utilisateurs pour la prestation qui leur a été fournie par la formation sanitaire	5%
• La supervision de la qualité technique	50%
Total Prime de qualité	100%

### Procédures d'attribution de la prime

L'Agence d'Achat des Services de Santé, à la fin de chaque trimestre, calcule et paye la prime de qualité pour chaque formation sanitaire sur la base des opérations suivantes :

- Somme des subventions quantitatives obtenues par la formation sanitaire au cours des derniers trois mois : 10% de ce montant représente la prime de qualité, si elle est attribuée à 100%
- Calcul des différents pourcentages de composition de la prime selon les valeurs des critères d'évaluation susmentionnés
- Vérification des résultats de chaque critère d'évaluation pour chaque formation sanitaire et attribution des pourcentages de prime selon ces résultats
- Somme des pourcentages attribués et calcul de la valeur globale de la prime : les formations sanitaires qui totalisent moins de 50% ne reçoivent aucune prime.
- Paiement de la prime par virement sur le compte bancaire des formations sanitaires sous contrat

PROVINCE DE CYANGUGU PASSB/CORDAID APPROCHE CONTRACTUELLE CENTRES DE SANTE SOUS CONTRAT ATTRIBUTION PRIME DE QUALITE - DEUXIEME TRIMESTRE 2005									
N	CENTRE DE SANTE	DOCUMENTS DE BASE 5%	VERIFICATION EXISTENCE 10%	VERIFICATION PRESTATION 10%	COUT MOYEN 10%	PERCEPTION COUTS 10%	SATISFACTION 5%	QUALITE TECHNIQUE 50%	% TOTAL PRIME QUALITE
1	BUGARAMA								
2	BUSHENGE								
3	BWEYEYE								
4	CIMERWA								
5	GATARE								
6	GIHUNDWE								
7	GISAKURA								
8	HANIKA								
9	KAMONYI								
10	KIBOGORA								
11	MASHESHA								
12	MIBILIZI								
13	MUKOMA								
14	MUSHAKA								
15	MUYANGE								
16	MWEZI								
17	NKANKA								
18	NKOMBO								
19	NKUNGU								
20	NYABITIMBO								
21	NYAMASHEKE								
22	RANGIRO								
23	RUHERU								
24	RUSIZI								
25	YOVE								

GRILLE D'ATTRIBUTION DE LA PRIME TRIMESTRIELLE DE QUALITE

**EXEMPLE DE FICHE DE SCORE DE QUALITE**

District de Santé de:		Centre de Santé de:				
Date de la Supervision:		Superviseur:				
ORGANISATION GÉNÉRALE & PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	Pas du tout	A Peu Près	Bon	Score	Observations	
TOTAL DES POINTS DISPONIBLES			14			
Comité de Santé élu et fonctionnel	0	0	0			
Contacts réguliers avec des Groupements Locaux	0	0	0			
Rythme régulier des réunions du Comité de Santé ou avec Groupements Locaux	0	1	2	....		
Compte rendu des réunions systématique.	0	1	2	....		
Liste du personnel disponible	0	0	0			
Existence d'un cahier de supervision	0	0	0			
Réunions régulières du personnel	0	1	2	....		
Répartition des tâches et emploi du temps affichés	0	1	2	....		
Carte de la ZR disponible et affichée	0	1	2	....		
Évolution des activités par rapports aux cibles analysées avec graphiques	0	2	4	....		
<b>POINTS TOTALISÉS POUR L'ORGANISATION ET LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE:</b>				....		
<b>HYGIÈNE DU CENTRE DE SANTÉ</b>						
TOTAL DES POINTS DISPONIBLES	-4		10			
<b>Observation directe</b>						
Incinération effectuée	0	1	2	....		
Puits perdus conformes aux règles d'hygiène pour tous les bâtiments du CS (profondeur, implantation, protection)	0	1	2	....		
Présence de latrines en quantité suffisante et en bon état de fonctionnement	0	1	2	....		
Présence de douches en quantité suffisante et en bon état de fonctionnement	0	1	2	....		
Utilisation régulière et correcte des sanitaires par les patients	0	1	2	....		
Propreté de la cour (déchets et produits dangereux dans la cour)	-4	-2	0	....		
<b>POINTS TOTALISÉS POUR L'HYGIÈNE DU CENTRE:</b>				.....		



