MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (MSH)

PRESENTATION SYNOPTIQUE DES ATELIERS D'EVALUATION DU DEVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

OCTOBRE 2001

Projet Haïti Santé 2004 (HS-2004)

Contrat N^{O} 521-C-00-00-00023-00

Haïti Santé 2004 est un projet financé par l'USAID et géré par le Management Sciences for Health

HS-2004
Management Sciences for Health
5, rue Beaudieu, Musseau (entrée Villa d'Accueil)
B.P. 908 Port-au-Prince, Haïti
Téléphones : 510-9901 / 510-9902 / 510-9903 Fax : 257-2881

CONTENU

CONTEXTE 3

OBJECTIFS 3

LEÇONS GÉNÉRALES TIRÉES DE L'EXPÉRIENCE 3

ÉVALUATION DES ATELIERS PAR LES PARTICIPANTS 4

PRÉSENTATION SYNOPTIQUE DE L'ÉVALUATION DU STADE ACTUEL DE DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL 6

MISSION : CONNAISSANCE 7
MISSION : APPLICATION 7
STRATÉGIE : DÉTERMINATION DE LA DEMANDE 7
STRATÉGIE: LIENS AVEC LA MISSION 9
STRATÉGIE: LIENS AVEC LES MARCHÉS 9
STRUCTURE: RÔLES & RESPONSABILITÉS 9
STRUCTURE: DÉLÉGATION D'AUTORITÉ 11
SYSTÈMES: COLLECTE & UTILISATION DE L'INFORMATION 11
SYSTÈMES: GESTION D'APPROVISIONNEMENT 12
SYSTÈMES: GESTION FINANCIÈRE 12
SYSTÈMES: PLANIFICATION ORGANISATIONNELLE 13
SYSTÈMES: DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES 13
SYSTÈMES: CONTRÔLE DE LA QUALITÉ 13
SYSTÈMES: REVENUS (*SOURCES DE FONDS*) 14

CONTEXTE

L'un des leitmotive de la deuxième phase du projet HS-2004 est la recherche de la viabilité institutionnelle. Dans ce sens, le Projet assiste les institutions de santé du réseau pour qu'elles puissent mieux appréhender leurs faiblesses institutionnelles et porter les mesures correctives pour le perfectionnement de leur niveau de développement. L'une des actions prioritaires a consisté à utiliser l'outil MOST. Cet outil de support organisationnel a permis, en effet, aux institutions de faire leur propre évaluation et d'élaborer un plan d'action concret afin de procéder à des améliorations touchant les différentes fonctions de leur institution.

Dans un premier temps, neuf (9) institutions du réseau MSH ont fait l'expérience de l'atelier MOST ; ce sont :

- Le Comité Bienfaisance de Pignon (CBP) – 22 au 25 janvier 2001
- La Save the Children Foundation (SCF) – 19 au 22 février 2001
- L'Hôpital Ste Croix de Léogane (HSC) – 13 au 16 mars 2001
- La Mission Evangélique Baptiste du Sud d'Haïti (MEBSH) – 23 au 26 avril 2001
- Les Centres GHESKIO – 17 au 20 mai 2001
- La International Child Care/Grace Children Hospital (ICC/GCH) – 29 mai au 1er juin 2001
- L'Hôpital de Fermathe (FERMATHE) – 30 juillet au 2 août 2001
- L'Hôpital Albert Schweitzer (HAS) – 7 au 10 août 2001
- La Haitian Health Foundation (HHF) – 4 au 7 septembre 2001

OBJECTIFS

Le tableau présenté plus bas regroupe l'évaluation collective du stade actuel de développement des institutions ayant fait l'expérience de l'outil pour les quatorze (14) composantes de gestion. Cette grille comprend :

- ***l'indicateur actuel***, définissant la situation actuelle de l'institution. Il s'agit du résultat d'un consensus basé sur les expériences individuelles et collectives des représentants de l'institution ayant participé à l'atelier ;
- ***le score actuel*** qui indique le stade de développement actuel de l'institution selon la matrice de l'outil MOST.

LEÇONS GÉNÉRALES TIRÉES DE L'EXPÉRIENCE

Au cours des différents ateliers MOST, les facilitateurs ont fait les observations suivantes :

- Intérêt manifeste des participants aux ateliers MOST qui les ont sensibilisé sur la nécessité d'avoir une structure organisationnelle adéquate pour la fourniture de services de qualité ;
- Dans certaines institutions, la Direction a fait preuve d'une grande ouverture d'esprit et a offert tout son soutien pour le bon déroulement de l'atelier ;
- Pour d'autres institutions, il y a eu des difficultés pour faire accepter l'atelier par crainte de devoir dévoiler des faiblesses. Cette situation est due au fait que l'institution perçoive l'outil comme une évaluation pouvant entraîner des pénalités de la part du bailleur et non comme une auto-évaluation qui lui permette de connaître sa situation actuelle pour y apporter les corrections nécessaires ;
- L'exercice s'est révélé positif selon le degré d'engagement de l'institution ;

- L'atelier MOST a été, dans certains cas, la première opportunité offerte au staff de réfléchir en commun sur la situation de l'institution ;
- La méthodologie utilisée au cours de l'exercice est flexible et s'adapte en fonction du profil des participants et des situations qui peuvent survenir pendant le déroulement de l'atelier ;
- Le choix des participants s'est avéré être déterminant dans les résultats de l'atelier car il convient de s'assurer que tous les niveaux et sections de l'organisation sont représentés ;
- Il y a un intérêt manifeste d'institutions en dehors du réseau HS-2004 pour l' application de l'outil ;
- L'exercice MOST a servi de méthode expérimentale pour l'élaboration du Paquet minimum de Gestion (PMG).

ÉVALUATION DES ATELIERS PAR LES PARTICIPANTS

Des neuf (9) ateliers réalisés, il a été possible de recueillir, à partir d'un formulaire d'évaluation unique, les impressions des participants pour sept (7) d'entre eux :

1. Le Comité Bienfaisance de Pignon (CBP)
2. La Mission Evangélique Baptiste du Sud d'Haïti (MEBSH)
3. Les Centres GHESKIO
4. International Child Care/Grace Children Hospital (ICC/GCH)
5. L'Hôpital de Fermathe (FERMATHE)
6. L'Hôpital Albert Schweitzer (HAS)
7. Haitian Health Foundation (HHF)

Le tableau suivant résume l'évaluation des ateliers par les participants :

1.- Evaluation de L'Outil Most	Utile	Très Utile	Indispensable	Total
Réponses	9	72	37	118
Pourcentage	8%	61%	31%	100%

2.- Compréhension des composantes	Passable	Bonne	Excellente	Total
Réponses	2	95	21	118
Pourcentage	1%	81%	18%	100%

3.- Evaluation de la Progression de l'Atelier	Lente	Rapide	Normale	Total
Réponses	0	16	102	118
Pourcentage	0%	13%	87%	100%

4.- Prestation des Facilitateurs	Passable	Bonne	Excellente	Total
Réponses	0	55	63	118
Pourcentage	0%	47%	53%	100%

5.- Organisation de l'atelier	Passable	Bonne	Excellente	Total
Réponses	7	82	29	118
Pourcentage	6%	69%	25%	100%

Les résultats de l'Hôpital Ste Croix de Léogane (HSC) sont présentés de la façon suivante :

L'ensemble des participants a jugé l'atelier très ou extrêmement utile et se sont estimés très satisfaits (94%) de son déroulement. Les méthodes de travail les plus appréciées ont été: les travaux de groupes (78%) et les discussions en plénière (89%). La moitié des participants a trouvé la durée parfaite, tandis que l'autre moitié a jugé que le temps dédié à l'exercice MOST était trop court.

Les aspects logistiques touchant à la salle de réunion, aux lunch et pause-cafés, au support administratif ont aussi été évalués. Quatre Vingt-Trois pourcent (83%) des participants ont estimé la salle de réunion plus ou moins bonne, le lunch a été jugé plus ou moins bon par 61% des participants tandis que le support administratif a été déclaré excellent par plus de 72% des participants.

Ceux de Save the Children Foundation (SCF) :

L'atelier a été jugé très utile, il a permis au personnel de Save et aux partenaires d'avoir une meilleure connaissance des différents secteurs et une meilleure compréhension des différentes interventions.

Le temps est jugé très court.

Les participants se sont déclarés très satisfaits du processus MOST. Ils ont particulièrement apprécié le lien logique existant entre les différentes sessions, la démarche participative et l'atmosphère de travail assez détendu.

Il convient de souligner que le manque d'unicité constaté dans la collecte des résultats en ce qui concerne deux (2) des neuf (9) institutions est du au fait que le formulaire d'évaluation était au stade de pré-test avant son application.

D'autres préoccupations et suggestions exprimés par les participants sont traduits de la façon suivante :

- ✓ La durée de l'atelier : L'atelier aurait du s'étendre, selon eux, sur cinq (5) jours pour rallonger les périodes allouées aux travaux en plénière, mais aussi pour écourter les heures de travail qui parfois se prolongeaient au delà de 19 heures ;
- ✓ Suivi-Evaluation : Les participants ont exprimé le souhait que les activités pour lesquelles HS-2004 promet une assistance technique et financière dans le cadre de l'exécution du plan d'action se concrétisent.

  Certains participants ont exprimé leurs préoccupations quant à la mise en œuvre du plan d'action compte tenu de l'absence de certains responsables. D'autres ont carrément souhaité que le plan d'action soit transmis officiellement par HS-2004 aux dirigeants pour assurer sa mise en œuvre effective.

PRESENTATION SYNOPTIQUE DE L'EVALUATION DU STADE ACTUEL DE DEVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

COMPOSANTES	CBP	SCF	HSC	MEBSH	GHESKIO	ICC/GCH	FERMATHE	HAS	HHF

COMPOSANTES	CBP	SCF	HSC	MEBSH	GHESKIO	ICC/GCH	FERMATHE	HAS	HHF
Mission : Connaissance	**3** La Mission est clairement définie et affichée dans presque tous les points de services mais elle n'est pas partagée avec les clients et les nouveaux employés.	**3** La mission est connue de tout le personnel, de quelques partenaires mais pas des clients	**2** La mission n'est connue que par quelques cadres supérieurs et elle n'affichée nulle part dans l'institution.	**4** La mission est partagée avec le personnel et les clients. Elle est affichée au bureau et dans tous les points de prestation des services.	**3** La mission est bien définie, documentée mais pas assez vulgarisée dans sa globalité à l'intérieur et en dehors de l'institution.	**3** La mission est affichée dans les différents services mais elle n'est pas assez vulgarisée auprès des clients, des bailleurs de fonds et le nouveau personnel.	**2** La mission n'est connue que de certains cadres supérieurs et des partenaires (bailleurs). Elle n'est pas affichée dans tous les points de contact avec les bénéficiaires.	**2** La mission est disponible en trois langues (*Anglais, Français, Créole*) et inscrite dans le manuel du personnel. Elle est connue des cadres supérieurs mais n'est pas partagée avec tout le personnel, les partenaires et la communauté.	**2** La mission de la HHF est communiquée et connue de certains employés, leaders communautaires et groupes organisés.
Mission : Application	**4** On se réfère à la mission pour ajuster le prix des services offerts et appliquer les politiques d'exonération au bénéfice des défavorisés.	**4** Toutes les activités, priorités et décisions sont axées sur la mission.	**2** Dans les présentations de projet, on fait référence à la mission mais elle ne guide pas toutes les prises de décisions.	**4** La communauté contribue toujours à l'acquisition et à l'implantation des nouveaux sites, à la détermination de la politique des prix et à la livraison des services tel qu'énoncé dans la mission.	**4** Toutes les activités des Centres GHESKIO sont conformes à sa mission.	**4** La mission est prise en compte dans le choix des services, la fixation des tarifs allant jusqu'a l'exonération et l'élaboration d'un plan stratégique.	**4** La mission est énoncée dans chaque proposition technique, les activités et les priorités sont choisies en fonction de la mission.	**2** La planification et le choix des priorités se font en référence à la mission de HAS. Cependant, les décisions prises ne reflètent pas toujours l'esprit de la mission qui est de collaborer avec la population.	**4** Toutes les stratégies développées par la HHF (Paquet Minimum de Services, développement et mobilisation communautaire, Plans de Parrainage), tiennent compte de la Mission.
Stratégie : Détermination de la Demande	**4** Les réunions périodiques avec les groupes d'appui (COSAM, Matrones, leader traditionnel, Clubs des mères, etc.)	**2** La communauté ne participe pas effectivement à la détermination de la demande (faite par des consultants	**2** Nous avons constaté que la demande va en diminuant à cause des problèmes de communication entre l'HSC et la	**3** Des séances d'éducation sont réalisées au cours de toutes les activités. Des changements de comportements	**3** La demande est supérieure à la capacité actuelle "d'offre" en raison des limitations liées aux ressources	**3** Plusieurs services sont créés après enquêtes auprès de la population desservie.	**1** Il n'existe aucune évaluation qualitative formelle de la demande bien que les attentes	**1** En général, il n'y a pas d'évaluation systématique de la demande pour les services.	**4** HHF applique un bon programme de communication pour le changement de comportement.

COMPOSANTES	CBP	SCF	HSC	MEBSH	GHESKIO	ICC/GCH	FERMATHE	HAS	HHF
	permettent d'identifier les besoins réels de la population.	externes)	communauté. Des messages visant au changement de comportement commencent à être émis et n'ont pas encore été évalués.	sont constatés mais ne sont pas évalués systématiquement.	humaines, financières et structurelles.	Cependant des limitations structurelles, matériels et financières empêchent de satisfaire toutes les demandes.	des clients soient recueillies au cours des réunions communautaires. Le besoin exprimé pour l'ouverture d'une maternité n'a pu être satisfait a cause des difficultés logistiques et financières.		Un système d'évaluation quantitative et qualitative prouve l'impact de ce programme sur la communauté.

COMPOSANTES	CBP	SCF	HSC	MEBSH	GHESKIO	ICC/GCH	FERMATHE	HAS	HHF
Stratégie: Liens avec la mission	**4** Il existe un plan opérationnel où l'on peut vérifier que les stratégies utilisées sont conformes à la mission de l'institution.	**3** Les axes stratégiques sont définies au cours d' ateliers de travail à la lumière de la mission. .	**3** Généralement, les stratégies adoptées sont conformes à la mission.	**3** Les décisions en rapport avec les activités sont prises en collaboration avec les représentants de la communauté.	**3** Les stratégies d'intervention sont développées en fonction de la mission.	**4** Les stratégies utilisées pour la fourniture des services de santé (approches communautaire et institutionnelle intégrées) ciblent la population défavorisée conformément à la mission.	**4** Une révision finale des propositions techniques est faite avant soumission pour s'assurer de la conformité des stratégies avec la mission.	**2** De manière générale, les stratégies adoptées tiennent compte de la mission de l'institution, cependant, l'implication de la communauté n'est pas toujours prise en compte dans le choix des stratégies.	**4** Toutes les stratégies proposées contraires à la mission de la HHF sont rejetées.
Stratégie: Liens avec les marchés	**3** Une réévaluation de certains services offerts dans l'institution a été récemment entreprise tout en tenant compte des services et mesures adoptés par les concurrents.	**3** Les organisations de base participent dans l'identification des besoins, la validation des stratégies mais n'influencent pas les choix stratégiques.	**2** En formulant les stratégies, l'HSC tient compte des avis du client et de la communauté par des réunions communautaires mensuelles mais aucun projet n'est mis en place pour rechercher la satisfaction de la clientèle.	**4** L'implantation des nouveaux sites se fait toujours suite aux besoins exprimés par la communauté à travers des sondages, réunions, requêtes, etc.	**2** Les stratégies sont développées en fonction de l'évaluation des besoins de la communauté, mais sans étude de marché.	**3** Une enquête annuelle est réalisée pour évaluer les besoins et la satisfaction des clients. Certains nouveaux services sont offerts suite à ces enquêtes, cependant l'analyse de la concurrence se fait de façon sporadique et informelle.	**2** Une rencontre avec les leaders communautaires est organisée chaque six mois pour recueillir les doléances et suggestions des bénéficiaires mais on n'en tient pas toujours compte lors de la formulation des stratégies organisationnelles.	**1** La communauté n'est pas consultée dans la formulation des stratégies.	**3** La Communauté participe activement au diagnostic, planification, mise en œuvre et évaluation de toutes les activités de la HHF. L'analyse de la concurrence n'est pas réalisée systématiquement.
Structure: Rôles & Responsabilités	**2** L'auxiliaire de la Victoire remplit les fonctions d'administrateur en plus des fonctions	**3** Les rôles et responsabilités sont clairement définis, le personnel est compétent mais	**2** Les descriptions de tâches ont été ravisées et communiquées pour les employés de l'administration.	**4** Tout le personnel a ses rôles et responsabilités biens définis dans des	**2** Les descriptions de tâches existent au niveau des unités, mais elles ne sont pas	**2** Les descriptions de tâches ne sont pas actualisées régulièrement. Le Conseil	**3** Les rôles et les responsabilités sont clairement définis mais quelques	**1** Il n'existe pas de description de tâches pour tout le personnel. Les descriptions de	**3** Les rôles et responsabilités sont clairement assignés à un personnel compétent. Ils

COMPOSANTES	CBP	SCF	HSC	MEBSH	GHESKIO	ICC/GCH	FERMATHE	HAS	HHF
	assignées dans sa description de tâches.	est utilisé de façon abusive et excessive	Cela n'a pas encore été fait pour les reste du personnel.	descriptions de tâches révisées au besoin. Les postes sont pourvus de façon adéquate.	rattachées au plan d'ensemble (structure organisationnelle) et le manque de communication limite l'accomplissement des tâches.	d'Administration (Board) haïtien n'a pas été renouvelé depuis trois (3) ans et est amorphe.	membres du personnel (archive, gestion de stocks et autres) ne détiennent pas les qualifications pour leur poste. Le Conseil d'Administration est inactif depuis un (1) an à cause de l'absence de certains membres.	tâches existantes ne sont pas actualisées ni connues de tous. Certains employés n'ont pas les qualifications requises pour leur poste.	sont définis par écrit. Le Conseil d'Administration ne définit pas la politique du personnel.

COMPOSANTES	CBP	SCF	HSC	MEBSH	GHESKIO	ICC/GCH	FERMATHE	HAS	HHF
Structure: Délégation d'autorité	**1** Pas de décision sans l'approbation du D.G.	**2** Les procédures de prise de décision sont dépassées, les adaptations ne sont pas formalisées	**2** Les employés prennent certaines décisions mais les limites de la délégation ne sont pas définies.	**2** Il n'existe pas de critères écrits et précis pour une délégation systématique de l'autorité.	**2** L'organigramme existe mais n'est pas connu; les procédures de délégation d'autorité ne sont pas bien définies à tous les niveaux.	**3** Les critères et les procédures de délégation de l'autorité sont définies mais ne sont pas communiqués à tout le personnel.	**2** Le processus de décentralisation du Programme de Santé Communautaire de Fermathe (PSCF) est à son stade d'essai. Le personnel n'a pas encore les compétences nécessaires pour prendre certaines responsabilités. Il n'existe pas de critères précis, écrits pour une délégation permanente et systématique.	**2** Il n'existe pas de mécanisme bien défini de délégation de l'autorité et les limites de responsabilités ne sont pas clairement établies.	**2** En absence d'un chef de secteur, celui qui succède peut prendre certaines décisions. Cependant, les critères de délégation ne sont pas documentés.
Systèmes: Collecte & Utilisation de l'Information	**4** Les rapports techniques sont préparés, régulièrement analysés pour permettre, entre autre, d'évaluer la performance du personnel de terrain à des fins administratives.	**2** Le système d'information en place produit des informations généralement fiables, utilisées pour la prise de décision sur le terrain mais pas toujours au niveau central.	**2** Les données sont collectées pour quelques services de l'Hopital et au niveau communautaire mais ne sont pas utilisées au niveau local puisque les employés ne recoivent pas de feed-back.	**4** Les données collectées par activités sont traitées, analysées, diffusées et l'information sert de base à la prise de décision administrative.	**3** Le système d'information est fiable et fournit des informations correctes mais celles-ci ne sont pas divulguées à tous les niveaux.	**3** Les rapports (statistiques et financiers) par services et globaux sont souvent publies en retard.	**4** Les données sont recueillies sur toutes les activités de l'organisation et discutées dans des réunions mensuelles. Les décisions techniques et administratives sont prises à partir de ces données.	**2** Les données collectées ne sont pas toujours fiables. Elles ne sont pas utilisées pour la prise de décision au niveau local et le mécanisme de rétroaction (feedback) n'est pas toujours fonctionnel.	**4** Toutes les données recueillies sont analysées, stockées et utilisées par l'institution pour une meilleure prise de décision. Il existe aussi un système de rétroaction.

COMPOSANTES	CBP	SCF	HSC	MEBSH	GHESKIO	ICC/GCH	FERMATHE	HAS	HHF
Systèmes: Gestion d'approvisionne-ment	**3** Les fiches de stock sont utilisées pour enregistrer les flux de stock selon la méthode FIFO mais aucune méthode n'est utilisée pour éviter les ruptures de stock.	**2** Il existe un système d'enregistrement des entrées et sorties. Les prévisions de demande ne sont pas faites de façon systématique. Les procédures d'approvisionnement ne sont pas adaptées	**3** Un système de gestion des stocks existe pour le programme de santé communautaire mais il n'est pas appliqué à l'Hopital (dépôt central et services).	**4** L'inventaire physique se fait tous les mois. A partir de cet inventaire se fait l'approvisionnement selon le calcul de la consommation mensuelle moyenne. Les conditions d'entreposage respectent la méthode FIFO.	**2** Le système de gestion des stocks existe mais il devrait être centralisé. Il y a des ruptures de stocks résultant de la faible capacité d'entreposage, des insuffisances de fonds et des délais d'approvisionnement irréguliers.	**3** La gestion des stocks au niveau central est satisfaisante. Cependant, le personnel responsable de l'approvisionnement au niveau des services n'est pas suffisamment forme.	**3** Un système logistique fonctionnel existe, cependant des écarts d'inventaire sont constatés ainsi que de fréquentes ruptures de stock.	**2** Le système de gestion de stock ne garantit pas la disponibilité constante des intrants à cause d'une estimation inexacte des besoins, d'inventaire non régulier, d'un manque de coordination entre les divisions, et de procédures d'approvisionnement inefficaces.	**2** Le système existant permet exclusivement de contrôler les entrées et sortie des intrants. Un inventaire physique est effectué sporadiquement.
Systèmes: Gestion Financière	**1** Les rapports Financiers sont préparés pour faire connaître les dépenses par rapport au budget mais ne sont pas utilisés pour l'analyse des coûts des services.	**3** Le système de gestion financière en place permet le suivi des dépenses par centre de coût mais l'analyse détaillée se fait au niveau central et l'information n'est pas toujours disponible pour la prise de décision	**2** Pour les projets financés, les dépenses effectuées à l'HSC sont suivis par ligne budgétaire. Les rapports financiers sont produits sans toutefois être utilisés pour l'analyse des coûts mais ce n'est pas le cas pour le reste de l'organisation.	**1** Des rapports mensuels de dépenses sont préparés par ligne budgétaire et servent de référence à l'élaboration des budgets annuels.	**2** Une comptabilité par fonds et d'exercice permet à tout moment d'avoir des rapports consolidés. Mais ces derniers ne permettent pas de faire l'analyse des coûts par service.	**2** Il n'existe pas de budget par service.	**1** Les budgets sont soumis par service, les dépenses sont effectuées par ligne budgétaire. Il n'existe aucune analyse de coût.	**1** Les rapports financiers sont soumis en retard et ne fournissent pas les informations nécessaires aux responsables pour l'analyse des coûts et le suivi des budgets. Certains chefs de département ne participent pas à l'élaboration de leur budget.	**2** HHF dispose d'un système comptable intégré qui lui permet de réaliser certaines analyses financières mais pas l'analyse des coûts par service. Les rapports financiers sont parfois utilisés pour la prise de décision.

COMPOSANTES	CBP	SCF	HSC	MEBSH	GHESKIO	ICC/GCH	FERMATHE	HAS	HHF
Systèmes: Planification Organisationnel-le	**3** Un plan stratégique existe. Cependant il n'a jamais été mis à jour et n'est pas en accord avec les plans annuels.	**3** Le développement du plan opérationnel de programme est basé sur le plan stratégique programme aprè analyse des forces et faiblesses de l'année précédente.	**2** Il existe des plans annuels et sur trois (3) ans pour les projets financés mais pas de plan stratégique global pour l'organisation.	**3** Il existe un « draft » de plan stratégique à partir duquel sont conçus les plans à court terme.	**1** lI existe des plans d'action par domaine d'intervention définis par l'institution mais pas de plan annuel global. L'institution ne dispose pas non plus de plans stratégiques.	**3** Le plan stratégique n'est pas toujours pris en compte dans l'élaboration du plan annuel.	**2** Le plan stratégique est en stade d'élaboration. Les plans opérationnels répondent aux objectifs des bailleurs (MSH).	**3** Il existe un plan stratégique sur 10 ans, mais pas de plan opérationnel global. Chaque division dispose d'un plan d'action annuel qui ne découle pas toujours du plan stratégique.	**3** Les grandes lignes (axes) directives sont fixées sur une base quinquennale, mais les objectifs sont fixés annuellement selon les exigences des bailleurs de fonds.
Systèmes: Développement des Ressources Humaines	**2** Les descriptions de tâches existent mais il n'y a ni responsable ni budget pour le DRH.	**2** L'organisation développe et supporte des activités de formation et de gestion du personnel mais ne dispose pas d'une politique de développement des ressources humaines.	**2** La politique du personnel n'est ni actualisée, ni appliquée. La politique de salaires n'est pas claire, il n'y a pas d'évaluation de performance. Les conditions de travail ne sont pas satisfaisantes particulièrement avec les ressources physiques et matérielles nécessaires à l'éxécution des tâches.	**1** Le développement des ressources humaines se limite à la formation et à l'évaluation du personnel.	**1** Il existe des opportunités de développement de compétences mais pas de plan de développement des ressources humaines.	**2** Les dossiers du personnel ne sont pas a jour. L'institution n'a pas un responsable des ressources humaines. Le Manuel du personnel est a l'étude.	**1** Il y a une personne affectée au DRH. Des descriptions de tâches existent pour tout le personnel. La politique du personnel est en révision. Il n'y a pas d'évaluation systématique de performance pour tout le personnel. Il existe un plan informel de formation pour tout le personnel de terrain.	**1** L'institution dispose de certains éléments pour la gestion du personnel mais pas d'une politique bien définie pour le développement des ressources humaines.	**2** Il existe un plan de formation pour le personnel, un système d'évaluation de la performance pour le personnel de terrain. Le manuel du personnel n'est pas mis à jour. Il existe un responsable du développement des Ressources Humaines.
Systèmes: Contrôle de la Qualité	**3** L'évaluation de la qualité des services dépend grandement de	**3** Il existe un système de contrôle de la qualité des	**1** Beaucoup de clients se plaignent de la qualité des services. La qualité	**2** Des protocoles incluant certains critères de qualité sont établis. Des	**2** Dans le domaine de la recherche, il existe un	**3** Le contrôle de la qualité se fait par la supervision	**3** Le Directeur Général a été formé en contrôle de	**2** HAS dépend de consultants externes pour l'évaluation	**3** Une évaluation de la qualité des services de HHF est réalisée par

COMPOSANTES	CBP	SCF	HSC	MEBSH	GHESKIO	ICC/GCH	FERMATHE	HAS	HHF
	consultants externes (IHE, MQC)	services avec participation de la communauté mais SAVE ne dispose pas encore de personnel qualifié pour le contrôle de la qualité.	des services est souvent mentionnée dans les réunions du personnel mais l'institution ne prend aucune mesure appropriée pour un amélioration.	visites de supervision sont planifiées régulièrement pour en vérifier l'application.	système fonctionnel de contrôle de la qualité (interne et externe) ; alors qu'au niveau de la formation et des services, le contrôle est réalisé par les prestataires.	dans les différents services, et par des "mini enquêtes" auprès de la population cible.	Qualité et a déjà initié certaines activités dans ce cadre. Le manque de ressources empêche une formalisation des activités de contrôle de qualité.	sporadique de la qualité des services, toutefois, des discussions sont initiées par les cadres supérieurs pour la mise en place d'un système d'évaluation et d'amélioration de la qualité des services.	des consultants nationaux et internationaux mais pas de manière régulière. Un plan de supervision, incluant les critères de qualité, existe.
Systèmes: Revenus (*Sources de Fonds*)	**3** CBP dispose de sources de financement tant internes qu'externes (1: Patients, section privée de l'hôpital ; 2: MSH, MSPP, USAID, CMP et autres dons etc.).	**4** La génération de fonds à partir du parrainage peut permettre à SAVE de supporter ses interventions même en absence de financement d'autres bailleurs.	**3** Il existe une politique et des stratégies visant à réduire la dépendance de l'institution par rapport aux bailleurs de fonds et augmenter les revenus.	**1** Un seul bailleur finance plus de 70% du budget du programme de santé communautaire.	**4** Les sources de financement sont diversifiées et il existe une fondation locale pour des levées de fonds au niveau local et international.	**3** Il y a plusieurs bailleurs de fonds, les revenus internes sont diversifies mais ne suffisent pas pour répondre au besoin de l'institution.	**1** Le volet curatif de l'Hôpital de Fermathe est autosuffisant alors que le PSCF dépend en grande partie d'un seul bailleur.	**4** L'hôpital génère des recettes internes qui représentent environ 10% de ses revenus, ces recettes sont complétées par des sources externes de financement diverses	**4** HHF a des sources de financement diversifiées (HILTON, ROTARY CLUB, USAID). Un système de fund raising est en place.