



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

TRANSLATING  
RESEARCH  
INTO ACTION

**URC**  
UNIVERSITY  
RESEARCH CO., LLC



**KIT**

---

# STUDY OF ENHANCED QUALITY OF CARE ASSESSMENT INSTRUMENTS IN SENEGAL'S RESULTS- BASED FINANCING PROGRAM

*REVISION TO THE PRIMARY-LEVEL QUALITY OF CARE ASSESSMENT INSTRUMENTS, AND  
DEVELOPMENT OF THE SECONDARY-LEVEL QUALITY OF CARE ASSESSMENT INSTRUMENT*

---

**July 2016**

Translating Research into Action, TRAction, is funded by United States Agency for International Development (USAID) under cooperative agreement No. GHS-A-00-09-00015-00. The project team includes prime recipient, University Research Co., LLC (URC), Harvard University School of Public Health (HSPH), and sub-recipient research organizations. This report was produced for review by the United States Agency for International Development. It was prepared by the Netherlands Royal Tropical Institute (KIT) and Results for Development (R4D).

This report is made possible by the support of the American People through the United States Agency for International Development (USAID). The contents of this report are the sole responsibility of the Netherlands Royal Tropical Institute (KIT) and Results for Development (R4D) and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

TRANSLATING  
RESEARCH  
INTO ACTION



**KIT**

## TABLE OF CONTENTS

Background.....	3
<b>A. Revision to the primary-level Quality of Care Assessment Instruments (QCAI) .....</b>	<b>4</b>
Key Program Accomplishments.....	4
Future Assistance Needs .....	4
QCAI Revision Process.....	5
1. Literature review (August – September 2015).....	5
2. Workshop with PNFBR to revise primary checklists (October 2015) .....	6
3. Field visit to seek provider feedback on the checklists (October 2015).....	7
4. Submission of proposed primary QCAI revisions (November 2015) .....	7
Lessons learned .....	9
<b>B. Development of the Secondary-Level Quality of Care Assessment Instrument (QCAI) .....</b>	<b>11</b>
Key Program Accomplishments.....	11
Future Assistance Needs .....	11
QCAI Development Process.....	11
1. Literature review (August – September 2015).....	11
2. Workshop with PNFBR to develop secondary checklist (October 2015) .....	11
3. Submission of proposed secondary QCAI (November 2015) .....	12
Lessons learned .....	12
<b>Appendices: .....</b>	<b>13</b>
Appendix One: Original Quality Checklist for the Primary Level.....	13
Appendix Two: Primary Level Annual Quality Checklist Proposed by KIT (November 2016) .....	32
Appendix Three: Primary Level Quarterly Quality Checklists Proposed by KIT (November 2015) .....	43
Appendix Four: FINAL Primary Level Annual Quality Checklists (March 2016).....	60
Appendix Five: FINAL Primary Level Quarterly Quality Checklists (March 2016) .....	71
Appendix Six: Original Quantitative Indicators .....	87
Appendix Seven: Secondary Level Quarterly Quality Checklists Proposed by KIT (November 2015) .....	88
Appendix Eight: Secondary Level Annual Quality Checklists Proposed by KIT (November 2015) .....	90
Appendix Nine: Proposed Quantitative Indicators (November 2015).....	98
Appendix Ten: FINAL Quantitative Indicators (April 2016).....	102
Appendix Eleven: FINAL Secondary Level Quarterly Quality Checklists (April 2016) .....	108

## BACKGROUND

In 2012, Senegal's Ministry of Health and Social Action (MOH), with support from USAID, began piloting a results-based financing (RBF) program for health in two regions, Kaffrine and Kolda, and has since expanded the program to an additional four regions, with the intent eventually to implement RBF nationwide. The program works by rewarding the performance of primary-level health centers and supporting district management teams on the basis of meeting targets on coverage of certain priority programs. The reward is also adjusted based on a quality rating, calculated based on a facility-level quality of care (QoC) "checklist."

The RBF program would like to improve how it accounts for quality now, apply a similar method to reward better quality in hospitals, and learn how it can complement the RBF checklists to obtain even better quality performance from providers. USAID's Translating Research into Action (TRAction) program is supporting Results for Development (R4D) and the Netherlands Royal Tropical Institute (KIT) to conduct a study of the quality component of Senegal's RBF program to address the needs identified above. This study is aimed at enhancing the existing primary-level quality checklists, supporting MOH to develop a hospital-level checklist, and understanding the effect of the program's quality incentives on providers' behaviors. It includes a focus on essential obstetric and newborn care (EONC). The year-long study, entitled "Study of Enhanced Quality of Care Assessment Instruments in Senegal's Results-Based Financing Program," began in May 2015.

The results of the study will assist Senegal to arrive at appropriate quality of care instruments and procedures to apply in the national roll-out of its RBF program, which is in a period of transition. In addition to the program's recent expansion to four new regions with support from the World Bank, the USAID Health Systems Strengthening Project (HSS Project) will end its RBF technical assistance in June 2016. In addition, there was a transition in leadership of the National RBF Program (PNFBR) in early 2016. The new PNFBR Coordinator, who took over from Dr. Ndèye Codou Lakh, is Dr. Malick Cissé Ndiaye.

**Report Section A, below, addresses revision of the primary-level quality of care assessment instruments (QCAI), and focuses on the initial work led by KIT to collaborate with the PNFBR to improve the existing primary level-quality of care assessment instruments (QCAIs or "checklists").** This work is a type of "action-research" or "intervention-research": an intervention is developed with those responsible for implementation at the central and operational levels. Quantitative and qualitative research methods are used for ongoing analysis of whether the intervention works or not (mainly quantitative information), and if so what, why and how (mainly qualitative information). A primary goal of this work is to explore options for adding "process" and "results" indicators to the existing "structure" indicators used by the program to measure quality of care.

**Report Section B, below, addresses development of the secondary-level quality of care assessment instrument (QCAI), and focuses on the initial work led by KIT to collaborate with the PNFBR to develop a secondary level-quality checklist.** A primary goal of this work is to explore options for developing "process" and "results" indicators of quality of care for the secondary level that will be used to inform payments to hospitals.

# A. REVISION TO THE PRIMARY-LEVEL QUALITY OF CARE ASSESSMENT INSTRUMENTS (QCAI)

## Key Program Accomplishments

- **Literature review** (August-September 2015): KIT conducted a review of existing literature from both to low- and middle-income countries (LMICs) and high-income countries (HICs) on processes for holding providers accountable for quality of care, in order to identify analytical frameworks to guide the checklist revision process.
- **Checklist workshop** (October 2015): KIT facilitated a workshop with the PNFBR to discuss and come to consensus on how to revise the primary QCAIs.
- **Field visit with providers** (October 2015): KIT made a field visit to Kaffrine to test their data collection questionnaires for the primary QCAIs in and gather initial information about providers' perspectives on the existing quality checklists.
- **Checklist proposals** KIT drew on the PNFBR's inputs and the consensus reached during the October workshop, as well as providers' perspectives from the field test and exchange of e-mails afterwards, to develop and submit a proposal for the revised checklists (one for Health Center level, another for District Hospital level) by the end of November 2015.
- **Checklist review meeting** (March 2016): KIT held working sessions with the PNFBR to review and discuss checklist proposals. With feedback from the PNFBR, KIT was then able to update the checklist tools with final proposals.

## Future Assistance Needs

There are many options to further improve the checklists, deriving from the literature review, the workshop with the PNFBR, and the field test:

- The PNFBR has expressed interest in integrating “process” and “results” indicators into the checklist; however, in practice, it has been difficult to stray from the current checklist structure, which focuses on “structure” indicators of quality. For example, the PNFBR insisted on indicators like “clean blouses” or “a bin in every room” instead of focusing on the result: a clean and hygienic environment. More work is needed to explore with the PNFBR how to integrate process and results indicators into the checklists in a practical manner, without substantially increasing the administrative burden of data collection and verification.
- In the short term, the PNFBR and KIT agreed during the September workshop to use the “structure” indicators for annual monitoring exercise (as they are not very sensitive to changes), and to use the “process” and “results” indicators for quarterly monitoring. Not monitoring all structure elements each quarter (only when actions were identified during the annual monitoring) will reduce the administrative workload of measuring quality of care. The process/results indicator list is much shorter – it reduced the checklist by more than a third. And most importantly: discussions will now be focused more on achieving results in quality of care – or on analyzing why they were not achieved. The KIT team provided a proposal of these new checklists in November 2015, and scheduled a follow-up visit with the PNFBR in March 2016 to facilitate refinement of and consensus on these revised primary QCAIs. The PNFBR officially validated these revised instruments at a workshop in May 2016, and plans to operationalize them as new facilities sign results based financing contracts. A future assistance need includes field testing of the revised instruments.
- In the longer term, additional work is needed to improve the governance of the RBF system which is now quite centralized, and still depends on external agents. In addition, further assistance will be needed to further integrate the patient's perspective on quality of care into the instruments. It has been agreed that this will not be done by exit interviews, seen the important bias this brings (those who did not visit the HF will not be interviewed, and answers will not be value-free on the HF's premises) – but each quarter the time spent in the health facility (and at each level of services) waiting time will be measured; and at household level quality of care interviews will be linked to the PBF-verification activities.

## QCAI Revision Process

### Key Steps

#### *1. Literature review (August – September 2015)*

As a preparatory step to working with the PNFBR to revise the primary-level checklists, KIT conducted a literature review. The literature review included evidence from low- and middle-income countries (LMICs), but also drew on lessons from high-income countries (HICs) on effective processes for holding providers accountable for quality of care.

KIT drew on existing literature to develop a framework for how to conceptualize quality of care, which included the following dimensions:

#### *Framework 1 – QoC Dimensions*

- Effectiveness
- Efficiency
- Accessibility
- Interpersonal effectiveness (e.g. acceptability; patient-centeredness)
- Equity
- Security (e.g. safety for patient and staff)

KIT also reviewed existing quality indicators of three types:

#### *Framework 2 – QoC Indicator Types*

- Structure indicators (“availability of... inputs”)
- Process indicators (from input to results)
- Results indicators (in terms of changes to quality of care)

KIT focused in particular on documenting existing examples of process and results indicators, as most of the indicators in the PNFBR’s existing checklists are structure indicators. However, the review concluded that most of the existing literature from both LMICs and HICs on QoC focuses on structure, with a lesser emphasis on process, and very little focus on measuring QoC results.

A section of the review was also dedicated to processes for “operationalizing QoC,” including accreditation and verification systems, licensure of health care providers, and reporting and payment processes.

KIT drew on this information to develop a third framework differentiating between formative and punitive approaches for both internal and external monitoring mechanisms:

### Framework 3 – Operational approaches to QoC

- Internal monitoring and evaluation (M&E): continuous quality improvement vs. internal evaluation
- External M&E: accreditation vs. external evaluation

Finally, KIT reviewed a fourth framework that focused on how to select appropriate quality of care indicators:

### Framework 4 – Approaches to QoC

**Table 3** Criteria for indicator selection

Level	Criteria	Issue addressed by the criterion
Set of indicators	Face validity	Is the indicator set acceptable as such by its potential users?
	Content validity	Are all the dimensions covered properly?
Indicators	Construct validity	How do indicators relate to each other?
	Importance and relevance	Does the indicator reflect aspects of functioning that matter to users and are relevant in current healthcare context?
Measurement tools	Potential for use (and abuse) and sensitivity to implementation	Are hospitals able to act upon this indicator if it reveals a problem?
	Reliability	Is there demonstrated reliability (reproducibility) of data?
	Face validity	Is there a consensus among users and experts that this measure is related to the dimension (or subdimension) it is supposed to assess?
	Content validity	Does the measure relate to the subdimension of performance it is supposed to assess?
	Contextual validity	Is this indicator valid in different contexts?
	Construct validity	Is this indicator related to other indicators measuring the same subdimension of hospital performance?
	Burden of data collection	Are data available and easy to access?

Source: Veillard et al. (PATH) 2004

## 2. Workshop with PNFBR to revise primary checklists (October 2015)

From October 5-13, 2015, KIT advisors Jurrien Toonen and Christel Jansen visited Dakar, Kaolack and Kaffrine in Senegal, alongside R4D team members Marty Makinen and April Williamson, to begin this action-research on enhancing the quality of care checklists in Senegal’s Results-Based Financing Program.

This visit also kicked off the other two study components: development of a hospital-level quality checklist, and conducting a “black box” study of providers’ behavior change in response to the existing RBF quality incentives, led by R4D. The team met with key stakeholders to confirm the objectives and intended outputs of the work, received a briefing from MOH and the World Bank on the current status of RBF scale-up and discussed how to align TRAction’s work, and obtained buy-in for and consensus on a field data collection plan and project calendar.

For the primary QCAI revision, KIT facilitated a number of workshop sessions with the PNFBR, which included:

- Introduction of the study
- Proposal by KIT of potential modifications to the primary QCAI<sup>1</sup>
- Validation of the criteria to evaluate the KIT proposal
- Evaluation of the proposed primary QCAI indicators according to these criteria
- Discussion of how to weight these indicators in terms of their importance

<sup>1</sup> See attached the original “checklists” and the document used during the workshop to identify changes made.

- Discussion of how to improve primary QCAI processes: governance, information flow, etc.

The initial KIT proposal presented during the workshop focused on the pertinence, causal validity, sensitivity, feasibility, and comparability of the evaluation criteria to be kept in the checklists while also delineating more clearly between structure, process, and result indicators.

Subsequently, KIT conducted an initial field test of the data collection questionnaires for the primary-level quality checklists in Kaffrine.

### *3. Field visit to seek provider feedback on the checklists (October 2015)*

After the workshop, KIT made a visit to Kaffrine to field test the “old” data collection instruments with providers and obtain information from them on their experience working with the checklists. Semi-structured questionnaires were developed beforehand and agreed on with the MOH. The primary topics of discussion included:

- Providers’ perspectives on QoC (“What is QoC for you?”)
- The perceived relevance of the checklist in influencing RBF payments
- The relevance and effectiveness of the existing QoC indicators
- The extent to which providers’ perspectives are reflected in the current checklist
- The extent to which patients’ perspectives are reflected in the checklist
- If quality of care surveys at household level are carried out as intended, and if so, how information deriving from those surveys are used
- The feasibility of data collection for the checklist
- Proposed changes to the existing checklists

This field test enabled KIT to identify a number of operational issues to improve the next round of data collection, including: ensuring the interviews do not increase waiting time for the patients; limiting the interviews to one hour; reading the informed consent, instead of asking the interviewee to read it him/ herself; and assessing the checklist line-by-line.

KIT arrived at some preliminary conclusions based on this field test, which they have applied in developing the draft revisions to the checklists:

- The elements in the quality of care checklist seem closely linked to the providers’ perception of quality; in other words, the providers’ perspective on quality of care seemed limited to what was included in the checklist. The implication of this is that changing the checklist will probably be followed by a change in approaches to QoC by health staff, particularly given that in the end the score list has financial consequences.
- Some elements impacting providers’ quality scores were claimed by the health staff to be outside of their control, e.g.: 24/7 presence of staff (especially for small teams); the presence of clean water (staff could not control the water infrastructure in the facility); cleanliness of the latrine (staff were not responsible for poor construction of the latrines). Which is of course only partially true – they don’t have to clean the latrines themselves: they should organize with the community to have this solved... that’s what PBF is about.
- Despite providers’ capacity to re-invest a portion of their RBF bonuses into the facility, some elements included in the checklist, such as equipment, may be much more expensive than the PBF bonus
- Providers perceived the “all or nothing” nature of many of the indicators as too strict

### *4. Submission of proposed primary QCAI revisions (November 2015)*

KIT drew on the discussions from the October workshop with the PNFBR and the field visit to Kaffrine to develop proposed revisions to the primary-level QCAs. These were shared with the PNFBR in November 2015.

As agreed during the workshop, the primary-level QCAs were divided into two components: (i) an annual checklist, containing the “structure” indicators; and (ii) a quarterly checklist with the “process” and “results” indicators.

KIT built on the existing format of the checklists, including maintaining the existing order of indicators and headings, to foster ownership of the revised checklists by the PNFBR. The only indicators that were removed or added were the ones agreed on during the workshop. Changes in this version of the checklist focused on detailing more specific indicators and standardized methods of verification. As an example, rather than simply stating “10 patient records verified,” KIT proposed that the indicator be standardized for comparability across centers to read, “10 patient records verified, ensuring that all relevant information was noted and the appropriate actions (treatment) were documented.” In this version of the checklists, KIT also highlighted structural indicators to propose that the PNFBR consider including them in the annual checklist rather than the quarterly checklists.

As a next step, the PNFBR will need to provide input on the relative “weight” of the indicators (in terms of importance) and on the governance of the system (e.g. who will collect data, who will report to whom, who will analyze and decide on the score, etc.).

An illustrative summary of the proposals and revisions made to indicators through the process is detailed in the table below.

<b>Summary of substantive revisions to the quarterly primary-level quality of care assessment instruments (QCAI)</b>			
<b>KIT proposals (October 2015)</b>	<b>Joint revisions (March 2016)</b>	<b>Joint revisions (March 2016)</b>	<b>Joint revisions (April 2016)</b>
	Included recommendations section to the observation and notes summary page	<i>Change accepted</i>	<i>Change accepted</i>
<b>Proposed verification methods for measuring patient wait time:</b>			
Weekly collection of entry/departure data for facility	Updated to a monthly data collection by service	<i>Change accepted</i>	Clarified that monthly data collection would be on a single day
Sample of 10 patients	<i>Sampling accepted</i>	<i>Change accepted</i>	<i>Sampling accepted</i>
	<b>Supervision reporting:</b>		
	Supervision reports to be completed by service heads	<i>Change accepted</i>	<i>Change accepted</i>
	Monthly coordination meetings by service to include a summary of supervision reports	Comment added to provide more detail on the monthly report out in meetings	Added that corrective actions proposed by supervision should be included in monthly meetings
			Removed details on what CPN norms are from the indicator and moved this to the validation criteria



Monitor continuous use of family planning methods, side effects, and corrective measures	<i>Indicator removed</i>	<i>Indicator removed</i>	<i>Indicator removed</i>
# of women receiving beta blockers / # women with hypertension at CPN	Availability of beta blockers	<i>Change accepted</i>	# women receiving beta blockers / # women in CPN with hypertension
	Added indicator: “Verify in 50 patient files if partogram is used during delivery”	<i>Change accepted</i>	<i>Change accepted</i>
<b>HIV treatment and prevention:</b>  ARV treatment protocol norms are completed for a sample of 10 HIV-positive patients  HIV/AIDS clinical risk factors (blood exposure) known by health agents	<i>Indicator accepted – all other indicators that fall within these norms/protocols removed</i>  <i>Indicator accepted – all other indicators that fall within these norms/protocols removed</i>	<i>Indicator accepted – all other indicators that fall within these norms/protocols removed</i>  <i>Indicator accepted – all other indicators that fall within these norms/protocols removed</i>	<i>Indicator accepted – all other indicators that fall within these norms/protocols removed</i>  <i>Indicator accepted – all other indicators that fall within these norms/protocols removed</i>

## Lessons learned

- The PNFBR needs to “own” development of the new QCAI, to ensure that it will be accepted and rolled out. KIT found it useful to avoid *proposing* “process” and “results” indicators, instead *asking* the participants what results they are aiming for and using that information to help develop indicators.
- The PNFBR is overloaded with scale-up of the RBF program to four new regions. They don’t have much time to reflect on the QoC checklists, so KIT has found it somewhat difficult to make substantial changes to the checklists. The PNFBR seemed more comfortable making marginal changes than considering a full “overhaul” of the instruments. In other words, it is difficult to change a system that people have been working with for a long time, as they are used to the status quo, even when they agree on a need for changes. Therefore, to ensure full “ownership” of the changes by the PNFBR, KIT only proposed changes that were agreed on by the group during the time of the workshop, despite their view that more of the old indicators could have been deleted. Similarly, KIT found it most efficient and effective to build on the format of the existing checklists, instead of proposing new content and format.
- The QoC checklists need to be adapted annually, because the QoC needs are continuously evolving. KIT observed that checklists in RBF are perceived by the users as the definition of quality of care. Their bonus payments depend on these checklists, so they are motivated to focus on these indicators. Therefore, to improve QoC, it is important to adapt the checklists on a regular basis.
- KIT observed that few health facility staff are using the checklist reviews for their own analysis. This is probably because their main interest in the checklist is that it influences their payment – but needs to be tested during field study. The objective of checklist – improving the quality of their care – does not resonate for all providers. KIT surmises that perhaps this is one reason that there is some reluctance in the RBF team to change the lists: it is seen primarily as an administrative tool (“Did they do what we told them to do?”) – instead of the ultimate aim of PBF: making providers responsible for their results, and how to attain them.

- An important next step is to address the governance of the system, which is now quite centralized, and still depends on external agents (e.g. Abt Associates, World Bank). One of the basic principles of RBF is splitting functions between providers, purchasers of care, verifiers of results, and regulators; and in Senegal, all these functions are now in the hands of one institution: the MOH.
- In addition, KIT cautions against focusing too heavily on the “professional” perception of care and recommends greater emphasis on the patient’s perspective, as RBF provides the opportunity to strengthen the demand for quality health care. Users could play a more important role in advocating for and verifying quality of care. To include the patient’s perspective better, three approaches have been chosen: (i) choose indicators for the checklists that are known to be linked to the patient’s perspective of QoC, as known from many of KIT studies on patient’s perception (waiting time, the way they are received, availability of drugs, etc. ); (ii) return rates (e.g. ANC4/ ANCI – or even “no. assisted deliveries”/ ANC); (iii) household interviews of those patients that were selected for the counter-verification exercise.

## B. DEVELOPMENT OF THE SECONDARY-LEVEL QUALITY OF CARE ASSESSMENT INSTRUMENT (QCAI)

### Key Program Accomplishments

- **Literature review** (August-September 2015): KIT conducted a review of existing literature from both to low- and middle-income countries (LMICs) and high-income countries (HICs) on effective processes for holding providers accountable for quality of care, in order to identify promising analytical frameworks to guide the checklist development process.
- **Checklist workshop** (October 2015): KIT facilitated a workshop with the PNFBR to discuss and come to consensus on how to develop a secondary QCAI.
- **Checklist proposals** (November 2015): KIT drew on the PNFBR's inputs and the consensus reached during the October workshop to develop a proposal for secondary QCAI.

### Future Assistance Needs

- KIT shared a draft proposal of the secondary level QCAI with the PNFBR in November 2015, and in March 2016 had yet to receive feedback. In the end of March, comments were received with some indicators removed or grouped together to simplify the checklist, and with minor changes to the original proposal. This process allowed the PNFBR to make the checklist “their own.” Also, they decided in the updated version the weighing of the different indicators. After KIT received comments, final revisions were made and then tool was to be finalized with the PNFBR, validated and then undergo a field test at the operational level (district hospital) to test their feasibility and utility.
- Furthermore, a system of governance needs to be established, and key processes agreed on: Who reports to whom? How will results be verified? How will the “demand-side” (e.g. patients) be involved in establishing and verifying results? What will the RBF bonus payments look like (e.g. unit prices, maximum payments per hospital)? A separate visit by KIT will be needed to support decision-making on these important issues.

### QCAI Development Process

#### Key Steps

##### *1. Literature review (August – September 2015)*

[Please see Interim Report A for a summary of the results of the literature review.]

##### *2. Workshop with PNFBR to develop secondary checklist (October 2015)*

As part of the visit to Senegal described in Interim Report A, KIT facilitated a number of workshop sessions with the PNFBR and key representatives from the Hospital Directorate to advance the development of the secondary QCAI. These included:

- Introduction to the study
- Review of literature on the quality of care at hospital level
- Proposal and validation of criteria to evaluate QoC indicators at hospital level
- Evaluation of the existing indicators based on the criteria established

During the workshop, it was agreed that KIT would develop a proposal for a new QCAI for the district hospital level. MOH is currently using a list of secondary-level QoC indicators developed by the Hospital Division of the MOH. This list contains only structure indicators of quality. The PNFBR invited KIT to propose modifications to these indicators and also asked KIT to develop a quality checklist that will be used to “deflate” the quality score obtained through the

existing list of performance indicators. The PNFBR asked that the new checklist focus on quality of care results in terms of structures, processes, and outcomes that have a clear and evidence-based link to health status.

### 3. *Submission of proposed secondary QCAI (November 2015)*

In November 2015, KIT submitted its proposals for a secondary level QCAI to the PNFBR. This draft built on the findings from the October workshop. KIT proposed:

- Some minor formatting revisions to the existing list of “structure” type of indicators and
- A proposal for a “deflationary” checklist with more “process” and “results” type of indicators, based on the priorities established during the workshop.

Areas represented in the proposed process and results indicators checklist include:

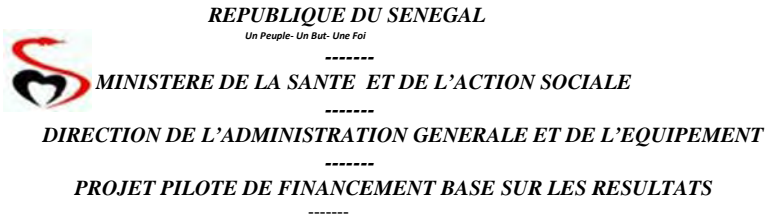
- Leadership/governance in management of quality of care, including human resources management and monitoring and evaluation
- Hygiene, environment, and sanitation, including patients’ and staff members’ security
- Support functions:
  - Lab services
  - Diagnostics/ X-rays
  - Drug management
- Surgery, including the emergency department and operating theater
- Maternity, including delivery room, hospitalization, and external consultations
- Infectious and chronic diseases

### **Lessons learned**

- The PNFBR seems overloaded with the scale-up of the RBF program – they don’t have much time to reflect on the QoC checklists, as evidenced by the delay in receiving feedback on the draft proposal that KIT send in November. In addition, the secondary QCAI does not seem to be as high a priority for the current PNFBR team under the leadership of the new Coordinator, Dr. Malick Cisse Ndiaye.
- Moreover, the development of the secondary QCAI is more politically sensitive than the work on the primary QCAI, as the hospital division of the MOH is involved and has preferred to focus on a few structure indicators only.
- Evaluating district hospitals only in terms of quality of care, and not in terms of quantity of services provided is an interesting approach, but creates technical challenges for the study team and the PNFBR, as quality indicators, especially process and results indicators, are inherently more difficult to define and monitor.
- The study period (through June 2016) will be too short to test the secondary QCAI. This is due in part to delays of the MOH in deciding on the type of instrument they would like and providing feedback on KIT’s proposal; in part to the recent transition in leadership of the PNBFR; and in part because this approach is quite new in the RBF world, and so there is a need to test the first draft, then adapt it after a 3-month RBF cycle before conducting a field-test of the final draft again. This iterative process of testing and revision will not be feasible within the short study period.

# APPENDICES:

## Appendix One: Original Quality Checklist for the Primary Level



Check-list qualité des soins

Informations Générales		
Période de :	À :	Date de l'évaluation :
Formation sanitaire : centre de santé (CS) / poste de santé (PS) de :		
District Sanitaire:		Région:
Téléphone :	Fax :	Boîte Postale :
Pop. desservie :	Nombre de lits:	Nb de personnel qualifié par catégorie: 1) 2) 3) 4) Nb de personnel non qualifié:
Ratio personnel qualifié/1000 hab.:	Nombre lits/1000 hab.:	
Nom et fonction du Responsable :		Téléphone :
B.P :	E-mail :	

Évaluateurs (Internes ou faisant partie de la Mission Conjointe de Vérification)			
#	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	SIGNATURE

Synthèse trimestrielle de l'évaluation de la qualité de la formation sanitaire						
No	Activité évaluée	Points possibles A	Points attribués B	Score C=B/A	Pondé-ration D	Score pondéré E=C*D
I.	Activités générales	PS = 100 CS = 120	PS = CS =		PS= 10 CS= 10	PS = CS =
II.	Hygiène, environnement, et stérilisation	100			PS= 17 CS= 15	
III.	Gestion (financière, ressources humaines, médicaments)	300			PS= 16,5 CS= 15	
IV.	Suivi évaluation/SIS	85			PS= 16,5 CS= 15	
V.	Maternité	200			PS= 10 CS= 10	
VI.	Planification familiale	PS = 60 CS = 65	PS = CS =		PS= 10 CS= 10	PS = CS =
VII.	Vaccinations et suivi des nourrissons	110			PS= 10 CS= 10	
VIII.	Maladies infectieuses (TB, palu, VIH)	130			PS= 10 CS= 10	
IX.	Laboratoire	CS = 50	CS =		CS= 5	CS =
<b>TOTAL :</b>					<b>PC = 100</b> <b>CS = 100</b>	PS = CS =

PS : Poste de Santé ; CS : Centre de Santé / EPS1

<b>Observations :</b>
-----------------------

## Volet I : Activités générales

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<b>Bon accueil assuré aux bénéficiaires des services</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Un élément présent = 10  (Max 3 éléments pour les PS)  (Max 5 éléments pour les CS)	PS = 30  CS = 50	PS =  CS =
	1) Existence d'un système de triage avec numéro d'ordre et orientation			
	2) Durée d'attente du patient inférieure à 30min <b>Instructions de vérification:</b>			
	i. Pour la Mission Conjointe de Vérification : (a) à deux reprises au cours de la journée, prendre un échantillon de trois patients quittant le CS ou PS et leur demander combien de temps ils ont dû attendre avant d'être vu par l'agent de santé (b) vérifiez les données sur le délai d'attente recueillies par la formation sanitaire (voir ci-dessous).			
	ii. Pour la formation sanitaire – au moins une fois par mois (soit lors du remplissage de la check-list qualité de soins, soit au cours de la supervision de routine de la qualité de soins), prendre, à deux reprises au cours de la journée, un échantillon de trois patients quittant le CS ou PS et leur demander combien de temps ils ont dû attendre avant d'être vu par l'agent de santé.			
	3) Agent de santé en blouse adéquate			
	Seulement pour les <b>Centres de Santé</b>			
4) Lieux d'attente couverts avec chaises ou bancs propres				
5) Présence d'une personne faisant le triage selon la gravité et le numéro d'ordre				
2	<b>Disponibilité des tarifs de recouvrement des coûts</b> Tarifs de recouvrement des couts affichés dans un endroit accessible au public	Critère rempli = 10	10	
3	<b>Disponibilité et fonctionnalité du matériel d'examen dans chaque salle de consultation</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Chaque salle de consultation équipée de 10 matériels fonctionnels = 20  Un matériel manquant ou non-fonctionnel même pour une salle= 10  Plus d'un matériel manquant ou non-fonctionnel même pour une salle = 0	20	
	1) thermomètre			
	2) tensiomètre			
	3) stéthoscope			
	4) otoscope			
	5) gants latex			
	6) balances (adulte et Salter)			
	7) abaisse langue			
	8) table d'examen			
	9) toise			
10) table de rapport poids/taille et ruban pour PB				



## Volet I : Activités générales

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
4	<b>Conditions de confidentialité assurées:</b> Local de consultation individuel non-visible/non-audible de l'extérieur (fenêtres avec rideaux ; portes fermant...)	Confidentialité assurée = 10	10	
5	<b>Disponibilité du matériel et de l'équipement dans chaque salle d'hospitalisation/observation</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Tous les critères remplis dans toutes les salles d'hospitalisation/observation = 20  Un critère manque même pour une salle = 0	20	
	1) lits avec matelas plastifiés non déchirés			
	2) moustiquaires pour tous les lits			
	3) bassin de lit			
	4) potence			
6	<b>Disponibilité de l'horaire de travail et du programme de garde :</b> Horaire de travail et programme de garde affichés dans un endroit accessible au public	Critère rempli = 10	10	
<b>TOTAL</b>			<b>PS =100</b> <b>CS =120</b>	<b>PS=</b> <b>CS=</b>

Check-list qualité des soins

## Volet II : Hygiène

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<b>Propreté des salles et de la cour assurée</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Chaque critère de propreté rempli = 5	20	
	1) présence de poubelles fermées (dans le hall d'attente et le couloir)			
	2) Absence de déchets dispersés			
	3) Présence d'un réceptacle pour matériel d'injection dans chaque salle de soins			
	4) Environnement dans l'enceinte de la formation sanitaire entièrement débroussaillé			
2	<b>Points d'eau disponibles dans les salles de consultations, dans le laboratoire et près des latrines/toilettes</b>	Points d'eau disponibles : - salles de consultation = 10 - le laboratoire = 10 - près des latrines/toilettes = 10	30	

## Volet II : Hygiène

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
		Point d'eau manque pour même un des endroit = 0		
3	<b>Présence de latrines ou de toilettes</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Toutes les latrines remplissent les critères = 30	30	
	1) plancher sans fissures avec un seul trou et couvercle	Un critère manque pour même une latrine = 0		
	2) absence de matières organiques autour			
	3) porte qui se ferme et se verrouille de l'intérieur			
4	<b>Disponibilité et fonctionnalité du matériel de stérilisation</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Chaque critère rempli = 10	20	
	1) cocotte, autoclave ou poupinel fonctionnel	Un critère manque = 0		
	2) protocole de stérilisation affiché			
<b>TOTAL</b>			<b>100</b>	

Check-list qualité des soins

## Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, médicaments)

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<b>Disponibilité du personnel :</b> Aucun jour d'absence du personnel pour des raisons non justifiées au cours des 3 derniers mois (vérification à partir d'un registre)	Critère rempli = 50 Critère non rempli = 0	50	
2	<b>Local de la pharmacie conforme aux normes</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Tous les critères remplis = 20 Même un critère non rempli = 0	20	
	1) présence d'étagères			
	2) local aéré			
	3) protection contre la lumière directe du soleil			
	4) mesures de sécurité adéquates			
	5) présence d'un extincteur fonctionnel ou d'un seau de sable			
3	<b>Stock de produit de décontamination et de stérilisation. Solution étiquetée avec formule et date de préparation.</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Tous les critères remplis = 10	10	

## Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, médicaments)

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	1) produit présent	Même un critère non rempli = 0		
	2) solution étiquetée avec formule et date de préparation			
	3) matériels utilisés trempés (s'il y en a) dans les solutions de décontamination			

4	<b>Stockage des médicaments et des consommables conforme aux normes</b> (Marquez avec '1' ou '0')				50										
	1) rangement de tous les produits sur des étagères et non par terre (solutés et autres produits lourds sur palettes)		Stockage remplissant tous les critères = 50	Même un critère non rempli = 0											
	2) ordre de rangement logique (ordre alphabétique ou par forme thérapeutique)														
	3) rangement en fonction de la date de péremption														
	4) étiquettes sur les étagères spécifiant les Dénominations Communes Internationales (c.à.d. les noms génériques)														
	5) Concordance entre le stock théorique et le stock physique (vérifier pour les médicaments traceurs)														
5	<b>Gestion des outils</b> (Marquez avec '1' ou '0')						30								
	1) Présence de l'outil dans la pharmacie			Un outil remplissant les 2 critères = 5											
	2) Remplissage conforme aux normes														
		#1	#2		Un outil avec même un critère non rempli = 0										
	• fiches de stock (à jour)														
	• bons de commande														
	• registre d'entrées des médicaments														
• bons de livraison															
• registre de distribution journalière des médicaments															
• PV d'inventaire mensuel des médicaments															
6	<b>Disponibilité de médicaments et de consommables traceurs (prendre un échantillon de 10 produits)</b> (Marquez avec '1' ou '0')				50										
		1	2	3			4	5	6	7	8	9	10	Les médicaments et consommables traceurs de l'échantillon disponibles = 50	
	1) Disponibilité des médicaments et des consommables traceurs														Rupture même d'un médicament ou consommable = 0
	2) Absence de rupture de stock depuis la dernière évaluation														
	3) Absence de menace de pénurie (vérifier que le stock restant soit supérieur à la CMM pour les 10 médicaments et consommables traceurs)														

## Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, médicaments)

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
7	<b>Disponibilité de l'équipement et du matériel pour la distribution des médicaments</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Tout équipement et matériel disponibles = 20	20	
	1) spatules et/ou cuillères (à enlever)	Même un article manque = 0		
	3) emballages adéquats			
8	<b>Quittancier</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Tous les critères remplis = 10	10	
	1) disponible	Même un critère non rempli = 0		
	2) spécifiant : a) nom du client b) le montant reçu en chiffres et en lettres c) le motif du paiement (libellé) avec quantification			
9	<b>Carnet de recettes et de dépenses</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Tous les critères remplis = 20	20	
	1) disponible	Même un critère non rempli = 0		
	2) concordant aux justificatifs des dépenses de la formation sanitaire			
	3) à jour			
10	<b>Disponibilité d'un compte ouvert dans une institution financière</b> (détails des mouvements de fonds documentés ; relevés bancaires trimestriels)	Compte disponible = 20 Compte non-disponible = 0	20	
11	<b>Système de répartition interne des primes de performance</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Critères remplis = 20	20	
	1) établi et documenté	Même un critère non rempli = 0		
	2) connu par le personnel (demander au personnel)			
<b>TOTAL</b>			<b>300</b>	

Check-list qualité des soins

## Volet IV : Suivi évaluation/SIS

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<b>Disponibilité des outils (documents) d'usage pour différents services</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Un outil disponible = 5	30	
	1) Annuaire statistique du SNIS			
	2) Fiches de référence/contre-référence (au moins 10)			
	3) Carnets CPN (au moins 20)			
	4) Fiches PF (au moins 20)			
	5) Partogrammes vierges (au moins 10)			

Volet IV : Suivi évaluation/SIS				
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	6) Registre de consultations bien tenu			
2	<b>Rapport d'analyse mensuelle des données SNIS du trimestre évalué sur les problèmes prioritaires</b> (Soins Curatifs, Vaccination, CPN, PF, Accouchement) <b>contenant</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Un rapport remplissant les 2 critères = 5 Un rapport avec même un critère non rempli = 0	25	
	1) courbe d'évolution			
	2) tableau de bord FBR			
3	<b>PV mensuels des 3 réunions de coordination de la formation sanitaire au cours du trimestre évalué</b> Chaque PV doit contenir (Marquez avec '1' ou '0')	Un PV remplissant tous les critères = 10  Un PV avec même un critère non-rempli = 0	30	
	1) la date, l'heure de début et de fin de la réunion			
	2) l'ordre du jour			
	3) la liste de présence des participants signée			
	4) suivi des décisions prises lors de la réunion précédente			
	5) déroulement de la réunion et décisions prises			
<b>TOTAL</b>			<b>85</b>	

Check-list qualité des soins

Volet V : Maternité				
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<b>Salle d'accouchement en bon état et remplissant les conditions de confidentialité</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Tous les critères remplis = 25  Un critère manque = 0	25	
	1) murs en dur sans fissure avec peinture à huile ou carrelage mural jusqu'à hauteur d'environ 1m80			
	2) sol carrelé			
	3) Conditions de confidentialité assurées: non-visible de l'extérieur ou des autres compartiments si salle partagée			
2	<b>Disponibilité et fonctionnalité de l'équipement et du matériel</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Un matériel disponible et fonctionnel = 3  Si même un matériel de (1) à (5) non disponible ou non-fonctionnel = 0	75	
	1) table d'accouchement propre			
	2) au minimum 3 boîtes d'accouchement stériles (avec pince porte aiguille, deux pinces de Kocher, pince chirurgicale à griffes, deux paires de ciseaux)			
	3) stéthoscope obstétrical			
	4) fil de suture résorbable			
	5) anesthésique local			
	6) ergométrine et ocytocine			
	7) vitamine A et vitamine K1			

## Volet V : Maternité

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	8) balance pèse-bébé			
	9) pommade ophtalmique			
	10) tambour avec gazes			
	11) tablier en plastique			
	12) source de lumière			
	13) embu bébé			
	14) masque			
	15) gants stériles			
	16) clamp de barre			
	17) sceau à placenta			
	18) table chauffante			
	19) point d'eau en suffisance avec savon liquide			
	20) pèse-personne			
	21) tensiomètre			
	22) oxygène			
	23) sondes naso-gastrique			
	24) aspirateur de mucosités			
	25) trousse d'urgence			

3	<b>Utilisation correcte du partogramme (vérification de 10 accouchements choisis au hasard dans le registre)</b> (Marquez avec '1' ou '0')										
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
	1) le partogramme a été utilisé										
	2) le partogramme a été rempli correctement :										
	- information identifiant la patiente										
	- le rythme cardiaque du fœtus										
	- la couleur du liquide amniotique										
	- le modelage du crane fœtal										
	- les modes de contraction										
	- les médicaments donnés										
- la courbe de dilatation du col											
		Une fiche remplissant tous les critères = 3 Une fiche avec même un critère non rempli = 0									
											30

## Volet V : Maternité

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus											
4	<b>Référence des accouchements adéquate - analyse de 5 cas de complications référés</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Tous les critères remplis pour tous les cas= 30  Un critère manque = 0	30												
					<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>						
	<b>1)</b> le dossier de la patiente est renseigné de façon complète (notamment complication justifiant la référence)														
	<b>2)</b> la patiente a reçu un formulaire de référence adéquatement rempli														
5	<b>Conformité des consultations prénatales aux standards de qualité (vérification de 10 CPN choisies au hasard dans le registre) (Marquez avec '1' ou '0')</b>	Une fiche remplissant tous les critères = 2  Une fiche avec même un critère non rempli = 0	20												
					<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	
	<b>1)</b> informations sur les signes de complications obstétricales données														
	<b>2)</b> pesée														
	<b>3)</b> tension artérielle vérifiée														
	<b>4)</b> urine prélevée														
	<b>5)</b> prise de sang effectuée														
	<b>6)</b> taille mesurée														
	<b>7)</b> conseils nutritionnels donnés														
	<b>8)</b> sulfadoxine-pyriméthamine (traitement directement observé)														
	<b>9)</b> proposition de test VIH														
	<b>10)</b> prescription de moustiquaire imprégné														
	<b>11)</b> HU														
	<b>12)</b> présentation (à partir de 36 semaines)														
<b>13)</b> BCF (à partir de 20 semaines)															
<b>14)</b> mouvement fœtaux															

## Volet V : Maternité

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus																																												
	15) examen des seins																																															
	16) recherche des œdèmes																																															
6	<p><b>Conformité des consultations postnatales aux standards de qualité (vérification de 10 CPoN choisies au hasard dans le registre) (Marquez avec '1', '0' ou 'NA' si la période n'est pas encore écoulée)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) CPoN 1 effectuée dans la période J1 à J3</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2) CPoN2 effectuée dans la période J9 à J15</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2) CPoN3 effectuée dans la période J16 à J42</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1) CPoN 1 effectuée dans la période J1 à J3											2) CPoN2 effectuée dans la période J9 à J15											2) CPoN3 effectuée dans la période J16 à J42											<p>Une fiche remplissant tous les critères ('1' ou 'NA') = 2</p> <p>Une fiche avec même un critère non rempli ('0') = 0</p>	20	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																						
1) CPoN 1 effectuée dans la période J1 à J3																																																
2) CPoN2 effectuée dans la période J9 à J15																																																
2) CPoN3 effectuée dans la période J16 à J42																																																
<b>TOTAL</b>			<b>200</b>																																													





Volet VII : Vaccinations et suivi des nourrissons																		
No	Indicateurs/Résultats à évaluer					Critères de validation					Points Max.	Points Obtenus						
1	<b>Disponibilité et fonctionnalité de l'équipement et du matériel</b> (Marquez avec '1' ou '0')					Tous les équipements et matériels disponibles et fonctionnels = 20  Même un équipement ou matériel manquant ou non fonctionnel = 0					20							
	1) réfrigérateur																	
	2) accumulateurs de froid																	
	3) boîte isotherme (porte vaccins)																	
	4) source d'énergie alternative disponible (uniquement CS)																	
	5) thermomètre interne et externe																	
	6) boîte de sécurité																	
2	<b>Disponibilité des vaccins et diluants:</b> 1) présence des vaccins non-périmés avec étiquette 2) absence de rupture de stock pendant les 3 derniers mois (pour les produits disponibles au niveau du district) 3) stock théorique de vaccins correspond au stock physique 4) stock minimum au moins égal au stock de sécurité déterminé et respecté (Marquez avec '1' ou '0')					Disponibilité de tous les antigènes et diluants remplissant les 4 critères = 30  Péremption ou rupture même d'un antigène ou un diluant = 0					30							
		#1	#2	#3	#4													
	• BCG																	
	• VPO (polio orale)																	
	• VAR																	
	• VAA																	
	• Penta (DTC+HepB+Hib)																	
	• VAT																	
	• Diluants																	
3	<b>Administration des doses</b> (vérification de 10 enfants choisis au hasard dans le registre de vaccination) (Marquez avec '1' ou '0')					Critères remplis pour 1 enfant = 2					20							
		1	2	3	4								5	6	7	8	9	10
	Respect du calendrier vaccinal																	

## Volet VII : Vaccinations et suivi des nourrissons

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus									
4	<b>Chaîne de froid</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Chaîne rempli les 4 critères = 20  Même un jour de rupture = 0	20										
	1) température du frigo dans les limites (entre +2 et +8 degrés C)												
	2) absence de rupture de la chaîne de froid au cours des 3 derniers mois												
	3) registre de maintenance disponible et à jour												
	4) présence de vaccins avec PCV non-virés (< stade 3)												
5	<b>Registre de PEV disponible</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Critères remplis = 10 Un critère manque = 0	10										
	1) à jour												
	2) toutes les rubriques remplies												
6	<b>Détermination de l'état nutritionnel</b> de tous les enfants de moins de 5 ans qui viennent en consultation nourrisson-sain (sélection au hasard de 10 fiches de patients en consultation de moins de 5 ans et vérification si l'état nutritionnel a été déterminé) (Marquez avec '1' ou '0')	Critère rempli pour toutes les fiches = 10, absent sur même une seule fiche = 0	10										
	1				2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>TOTAL</b>			<b>110</b>										

<b>Volet VIII : Maladies infectieuses (TB, paludisme, VIH)</b>				
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
<b>VIH</b>				
1	<b>Protocole de traitement antirétroviral disponible et appliqué :</b> (Marquez avec '1' ou '0')	4 critères remplis = 30	30	
	1) les critères et conditions de mise sous ARV sont remplies	Un critère manque = 0		
	2) le bilan pré-thérapeutique a été fait			
	3) le schéma de première ligne chez un sujet naïf			
	4) l'introduction progressive de la Névirapine (tri thérapie)			
2	<b>Protocole de la PTME disponible et utilisé</b> (Marquez avec '1' ou '0')	3 critères remplis = 20	20	
	1) prophylaxie antirétrovirale correctement conduite à 28 SA	Un critère manque = 0		
	2) pratiques obstétricales à moindre risques appliquées			
	3) prophylaxie antirétrovirale correctement conduite chez le nouveau-nés			
3	<b>Suivi correct des nouveau-nés de mères séropositives</b> (Marquez avec '1' ou '0')	4 critères remplis = 30	30	
	1) RDV médical mensuel (donné /prise en charge effective) respecté	Un critère manque = 0		
	2) administration du cotrimoxazole			
	3) suivi de la croissance de l'enfant			
	4) examen clinique à chaque visite			
<b>TB</b>				
4	<b>Gestion du stock des antituberculeux (RHZE, RH)</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Gestion remplissant les 2 critères pour anti-TBC = 30	30	
	1) présence des antituberculeux en fonction des malades sous traitement	Un critère manque = 0		

## Volet VIII : Maladies infectieuses (TB, paludisme, VIH)

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	2) stock théorique correspond au stock physique			
5	<b>Disponibilité des imprimés</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Présence de tous les imprimés = 20	20	
	1) registre des cas de tuberculose (pour les CDT)	Présence des imprimés ( 1– 6) est indispensable  Absence même d'un imprimé indispensable = 0		
	2) fiches de traitement			
	3) registre de laboratoire (pour les CDT)			
	4) fiche de commande des antituberculeux			
	5) bons de ravitaillement, fiches de stock et registre de réquisition			
	6) protocole schéma court et retraitement thérapeutique affiché dans les salles de consultation			
	7) fiches de transfert			
	8) fiches de référence / contre-référence (pour les CDT)			
	9) registre de réquisition de matériels et réactifs de laboratoire			
	10) registre de réquisition des outils de gestion			
	11) registre lèpre			
<b>TOTAL</b>			<b>130</b>	

**Volet IX: Laboratoire(uniquement CS/EPS1)**

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<b>Equipement et matériel disponible et fonctionnel</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Un équipement ou un matériel disponible et fonctionnel = 1	21	
	1) microscope			
	2) centrifugeuse			
	3) hemoglobinomètre			
	4) lames neuves			
	5) lamelles			
	6) source de lumière			
	7) minuterie			
	8) crachoirs			
	9) flacons à selles			
	10) flacons à urine			
	11) anse de platine			
	12) lampe à alcool			
	13) crayon diamant			
	14) tubes			
	15) boîtes de sécurité			
	16) écouvillons			
	17) seringues à usage unique			
	18) gants stériles			
	19) masques			
	20) brûleur			
21) poubelle a pédale				
2	<b>Présence de produits réactifs et de bandelettes non-périmés</b> (Marquez avec '1' ou '0')	Chaque produit présent = 3	24	
	1)giemsa			
	2) fuchsine, acide sulfurique, bleu de méthylène, huile à immersion et Alcool (pour CDT)			
	3) bandelettes pour albumine et sucre			
	4) test de grossesse			
	5) huile à immersion			
	6) tests VIH			
	7) tests syphilis			
8) TDR (paludisme)				
3	<b>Présence d'un technicien de laboratoire</b>	Critère rempli = 5	5	
<b>TOTAL</b>			<b>50</b>	

District \_\_\_\_\_  Centre/  Poste \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

1. Recommandations non-appliquées du trimestre précédent et leurs justifications

2. Points forts identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre

3. Points à améliorer identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre

4. Recommandations par rapport aux points à améliorer

\_\_\_\_\_  
Signature de l'évaluateur

\_\_\_\_\_  
Date

## Appendix Two: Primary Level Annual Quality Checklist Proposed by KIT (November 2016)



REPUBLIQUE DU SENEGAL  
 \*\*\*\*\*  
 MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE  
 \*\*\*\*\*  
 DIRECTION GENERALE DE LA SANTE  
 \*\*\*\*\*  
 PROGRAMME NATIONAL DE FINANCEMENT  
 BASE SUR LES RESULTATS  
 (PNFBR)

FBR 2015

Check-list qualité des soins annuel – Centre de santé

Informations Générales		
♦ Période de : _____ À : _____		♦ Date de l'évaluation : _____
♦ Formation sanitaire : centre de santé (CS) de :		
♦ District Sanitaire :		♦ Région:
♦ Téléphone : ☛	♦ Fax :	♦ Boîte Postale :
♦ Pop. desservie : <input type="text"/>	♦ Nombre de lits: <input type="text"/>	♦ Nbre de personnel qualifié par catégorie: 1) _____ :   _____   2) _____ :   _____   3) _____ :   _____   4) _____ :   _____
♦ Ratio personnel qualifié/1000 habitants: <input type="text"/>	♦ Nombre lits/1000 habitants : <input type="text"/>	♦ Nbre de personnel non qualifié :   _____
➤ Nom et fonction du Responsable : _____		➤ Téléphones (du Responsable): _____
➤ B.P :	➤ E-mail (du Responsable) : _____	

Évaluateurs (Internes ou faisant partie de la Mission Conjointe de Vérification)			
#	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	SIGNATURE



### Synthèse trimestrielle de l'évaluation de la qualité de la formation sanitaire

No	Activité évaluée	Points possibles	Points attribués	Score	Pondération	Score pondéré
		A	B	C=B/A	D	E=C*D
I	■ Activités générales	120			10	
II	■ Hygiène, environnement, et stérilisation	135			15	
III	■ Gestion (financière, ressources humaines, médicaments)	315			15	
IV	■ Suivi évaluation/SIS	115			15	
V	■ Maternité	191			10	
VI	■ Planification familiale	70			10	
VII	■ Vaccinations et suivi des nourrissons	110			10	
VIII	■ Maladies infectieuses (TB, VIH)	134			10	
IX	■ Laboratoire	51			5	
<b>TOTAL :</b>					<b>100</b>	

**Observations :**

**Améliorations/ adaptations** à faire en termes de « structure » accordés entre les évaluateurs et le CS

Check-list qualité des soins – Centre de santé

Volet I : Activités générales				
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bon accueil assuré aux bénéficiaires des services</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Un élément présent = 10	50	
	1) Existence d'un système de triage avec numéro d'ordre et orientation			
	4) Lieux d'attente couverts avec chaises ou bancs propres			
	5) existence d'un système et procédures de flux efficient de patients			
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• existence d'un système et procédures de maintenance (préventif et curatif) des instruments (Marquez avec '1' ou '0')</li> <li>1) preuve de maintenance de l'équipement</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• existence d'un système et procédures de maintenance (préventif et curatif) du bâtiment (Marquez avec '1' ou '0')</li> <li>2) preuve de maintenance du bâtiment</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• existence d'un système et procédures de maintenir les conditions d'hygiène (pour patients et pour staff technique) (Marquez avec '1' ou '0')</li> <li>2) preuve de conditions de hygiène dans le bâtiment</li> </ul>			

3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité et fonctionnalité du matériel d'examen dans chaque salle de consultation</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Plus d'un matériel manquant ou non-fonctionnel même pour une salle = 0	20	
	3) stéthoscope			
	4) otoscope			
	6) balances (adulte et nourrisson)			
	8) table d'examen			
	9) toise			
	10) table de rapport poids/taille et ruban pour périmètre brachial (PB)			

Volet I : Activités générales				
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Conditions de confidentialité assurées:</b> Local de consultation individuel non-visible/non-audible de l'extérieur (fenêtres avec rideaux ; rideaux entre les lits, portes fermant,...).</li> </ul>	Confidentialité assurée = 10	10	
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Système et procédures pour assurer la disponibilité et fonctionnalité du matériel et de l'équipement dans chaque salle d'hospitalisation/observation</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Tous les critères remplis dans toutes les salles d'hospitalisation/observation = 20	20	
	1) matelas plastifiés, moustiquaires imprégnés, bassin de lit, potence en stock	Un critère manque même pour une salle = 0		
	2) preuves que ces procédures sont suivies.			
	3) Défini à qui rendre responsable des résultats			

<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	
--------------	------------	--

<b>Volet II : Hygiène</b>					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
<b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Points d'eau disponibles</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Tous les points d'eau disponibles = 40  Point d'eau manque pour même un des endroits = 0	40	
	-	dans les salles de consultations,			
	-	dans le laboratoire,			
	-	salle d'accouchement,			
	-	salle de soins			
<b>3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Présence de Toilettes fonctionnelles</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Toutes les toilettes remplissent les critères = 30  Un critère manque pour même une toilette = 0	30	
	2)	possible de laver les mains proche des toilettes			
	3)	respecte les situations prive – comme porte qui se ferme et se verrouille de l'intérieur			
<b>4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité du matériel fonctionnel de stérilisation</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Chaque critère rempli = 10	30	
	1)	autoclave, ou poupinel fonctionnel			
	2)	disponibilité protocole de stérilisation (et affiché)			
	3)	Lieu de stockage approprié pour le matériel stérilisé			
<b>6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestion des déchets biomédicaux</b></li> </ul>		Tous les critères remplis = 10  Même un critère non rempli = 0	10	
	1)	procédures de gestion des déchets biomédicaux disponible et connu par le staff			
	2)				
	3)	lieu de stockage approprié			
	4)	condition d'élimination respectée (incinération, enfouissement protégé, transport sécurisé)			
<b>TOTAL</b>				<b>135</b>	

<b>Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, matériels, médicaments)</b>					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestion ressources humaines</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>				
<b>1</b>	1)	Présence de personnel qualifié en permanence dans la structure pour faire face à la demande en nombre et qualités (maternité et service de consultation générale)	Présence personnel qualifié en permanence = 20  Absence de personnel qualifié = 0	<b>50</b>	

**Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, matériels, médicaments)**

No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation		Points Max.	Points Obtenus										
	4) Existence d'organigramme de fonction et de structure		critère rempli = 10													
	5) <i>Système de suivi de la performance des staff individuel fonctionnel avec un lien (pos/neg) avec le paiement FBR</i>															
3	<b>Local de la pharmacie conforme aux normes</b> <i>(Marquez avec '1' ou '0')</i>		Tous les critères remplis = 20 Même un critère non rempli = 0		20											
	1) présence d'étagères															
	2) local aéré et protégé contre la lumière du soleil, les insectes et les rongeurs															
	3) mesures de sécurité adéquates (portes qui ferment à clé, présence de grilles <b>et grillages</b> aux fenêtres)															
	4) présence d'un extincteur fonctionnel ou d'un seau de sable															
4	<b>Stockage des médicaments et des consommables conforme aux normes</b> <i>(Marquez avec '1' ou '0')</i>		Stockage remplissant tous les critères = 50 Même un critère non rempli = 0		50											
	2) <i>système de control de péremption et de stock de sécurité fonctionnel</i>															
	5) Concordance entre le stock théorique et le stock physique (vérifier pour les médicaments traceurs)															
5	<b>Gestion des outils</b> <i>(Marquez avec '1' ou '0')</i> #1) Présence de l'outil dans la pharmacie #2) Remplissage conforme aux normes		#1	#2												
	1 -															
	2 -															
	3 -															
	4 -															
	5 -															
	6 -															
	7 -															
6	<b>Disponibilité de médicaments et de consommables traceurs (prendre un échantillon de 10 produits)</b> <i>(Marquez avec '1' ou '0')</i>		Les médicaments et consommables traceurs de l'échantillon disponibles = 50  Rupture même d'un médicament ou consommable = 0													
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1)															
	2)															
	<b>3) NB : CMM= consommation moyenne mensuelle</b>															

Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, matériels, médicaments)					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité des outils de gestion du matériel</b></li> </ul>		Tous les outils disponibles = 20	20	
	6. Plan de maintenance préventive et ou curative <a href="#">disponible</a>		Absence même d'un outil = 0		
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Respect de la marge bénéficiaire sur la vente des médicaments</b> (vérifier sur un échantillon de dix médicaments dans le dépôt de la formation sanitaire)  <b>NB : Marge bénéficiaire ne doit pas dépasser 23,33% du prix d'achat à la centrale d'achat</b></li> </ul>		Chaque produit = 2 Si deux produits non conforme = 0	20	
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Carnet de recettes et de dépenses</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Tous les critères remplis = 20	20	
	1) disponible		Même un critère non rempli = 0		
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité d'un compte ouvert dans une institution financière</b> (détails des mouvements de fonds documentés ; relevés bancaires mensuels)</li> </ul>		Compte disponible = 20 Compte non-disponible = 0	20	
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Système de répartition interne des primes de performance FBR</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Critères remplis = 20 Même un critère non rempli = 0	20	
	1) établi et connu du personnel				
<b>TOTAL</b>				<b>315</b>	

Volet IV : Suivi évaluation/SIS					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus

Volet V : Maternité					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Salle d'accouchement en bon état et remplissant les conditions de confidentialité</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Tous les critères remplis = 25	25	
	1) murs en dur sans fissure avec peinture à huile ou carrelage mural jusqu'à hauteur d'environ 1m80		Un critère manque = 0		
	2) sol carrelé				
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité de l'équipement et du matériel</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Un matériel disponible et fonctionnel = 3	66	
	01) table d'accouchement		Si même un matériel de (1) à (4) non disponible ou non-fonctionnel = 0		
	04) balance pèse-bébé				
	05) collyre antiseptique				

Volet V : Maternité														
No	Indicateurs/Résultats à évaluer										Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus	
	07) tablier en plastique													
	08) source de lumière													
	09) embu bébé													
	12) clamp de barre													
	13) sceau à placenta													
	14) table chauffante													
	15) point d'eau disponible avec savon													
	16) pèse-personne													
	17) tensiomètre													
	18) oxygène													
	21) stéthoscope obstétrical													
	22) procédures standardisés disponibles dans la structure pour assurer la disponibilité et la fonctionnalité (maintenance préventif...)													
5	<b>• Conformité des consultations prénatales aux standards de qualité (vérification de 10 CPN choisies au hasard dans le registre)</b> <i>(Marquez avec '1' ou '0')</i>										Une fiche remplissant tous les critères = 2 Une fiche avec même un critère non rempli = 0	20		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9				10
	17) procédures standardisés pour le CPN établis													
6	<b>• Conformité des consultations postnatales aux standards de qualité (vérification de 10 Cpon choisies au hasard dans le registre)</b> <i>(Marquez avec '1', '0' ou 'NA' si la période n'est pas encore écoulée)</i>										Une fiche remplissant tous les critères ('1' ou 'NA') = 2 Une fiche avec même un critère non rempli ('0') = 0	20		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9				10
	3) procédures standardisés pour le CPoN établis													
<b>TOTAL</b>											<b>191</b>			

Volet VI: Planification familiale						
No	Indicateurs/Résultats à évaluer			Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
3	• Disponibilité des affiches murales ou boîte à image pour la démonstration des méthodes de PF			Critère rempli = 5	5	
<b>TOTAL</b>					<b>70</b>	

Volet VII : Vaccinations et suivi des nourrissons					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité de l'équipement et du matériel</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Tous les équipements et matériels disponibles et fonctionnels = 20  Même un équipement ou matériel manquant ou non fonctionnel = 0	20	
	1)	réfrigérateur			
	2)	accumulateurs de froid			
	3)	boîte isotherme (porte vaccins)			
	4)	source d'énergie alternative disponible			
	5)	thermomètre interne			
6)	boite de sécurité				
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Détermination de l'état nutritionnel procédures de PCMI pour tous les enfants de 0 à 24 mois qui viennent en consultation nourrisson-sain disponible</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Critère rempli pour toutes les fiches = 10, absent sur même une seule fiche = 0	10	
<b>TOTAL</b>				<b>110</b>	

Volet VIII : Maladies infectieuses (TB, LEPRE, VIH)					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
<b>VIH</b>					
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Protocole de traitement antirétroviral disponible:</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		3 critères remplis = 30  Un critère manque = 0	30	
	1)	les critères et conditions de mise sous ARV sont remplis - dans le protocole			
	2)	le schéma de première ligne chez un sujet naïf (qui n'a jamais été sous ARV) - dans le protocole			
	3)	l'introduction progressive de la Névirapine (tri thérapie) - dans le protocole			
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Protocole de la PTME disponible</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		3 critères remplis = 20  Un critère manque = 0	20	
	1)	comment instaurer un Traitement antirétroviral			
	2)	comment appliquer des pratiques obstétricales à moindre risques			
	3)	comment conduire correctement prophylaxie antirétrovirale chez le nouveau-nés			
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Suivi correct des nouveau-nés de mères séropositives</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		6 critères remplis = 30		

Volet VIII : Maladies infectieuses (TB, LEPRE, VIH)					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
			Un critère manque = 0	30	
TB					
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité des outils de gestion (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Un outil présent = 2  Présence des outils (1– 6) est indispensable  Absence même d'un outil indispensable = 0	24	
	1) registre des cas de tuberculose				
	2) fiches de traitement				
	3) registre de laboratoire				
	4) bulletin de demande d'analyse d'expectorât				
	5) fiche de commande des antituberculeux				
	6) bons d'approvisionnement, fiches de stock et PV de réception				
	8) fiches de transfert				
	9) fiches de référence / contre-référence				
	12) registre lèpre				
<b>TOTAL</b>				<b>134</b>	

Volet IX: Laboratoire					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipement et matériel disponibles et fonctionnels (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Un équipement ou un matériel disponible et fonctionnel = 1	22	
	1) microscope				
	2) centrifugeuse				
	3) hémoglobinomètre				
	6) source de lumière				
	7) minuterie				
	8) crachoirs				
	11) anse de platine				



<b>Volet IX: Laboratoire</b>				
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	12) bec à benzène			
	16) écouvillons			
	17)			
	21) poubelle a pédale			
	22) appareil CD 4			
	8) Présence de <b>procédures internes standardisées</b> pour suivre la disponibilité et fonctionnalité des équipements et produits du labo – y compris les outils pour faire fonctionner ces procédures et la responsabilisation d'une personne			
3	• <b>Présence d'un technicien de laboratoire</b>	Critère rempli = 5	5	
<b>TOTAL</b>			<b>51</b>	

---

◆ District : \_\_\_\_\_

◆ Centre de santé : \_\_\_\_\_

◆ Date : \_\_\_\_\_

5. Recommandations non-appliquées du trimestre précédent et leurs justifications

6. Points forts identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre

7. Points à améliorer identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre

8. Recommandations par rapport aux points à améliorer

---

◆ Signature de l'évaluateur

◆ Date

## Appendix Three: Primary Level Quarterly Quality Checklists Proposed by KIT (November 2015)



REPUBLIQUE DU SENEGAL  
 \*\*\*\*\*  
 MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE  
 \*\*\*\*\*  
 DIRECTION GENERALE DE LA SANTE  
 \*\*\*\*\*  
 PROGRAMME NATIONAL DE FINANCEMENT  
 BASE SUR LES RESULTATS  
 (PNFBR)

FBR 2015

Check-list qualité des soins – Centre de santé

Informations Générales	
♦ Période de : _____ À : _____	♦ Date de l'évaluation : _____
♦ Formation sanitaire : centre de santé (CS) de :	
♦ District Sanitaire :	♦ Région:
♦ Changements (seulement remplir s'il y en a): ☛ Téléphone : ☛ Fax : ☛ Boîte Postale : ☛ E-mail ( <i>du Responsable</i> ) :	♦ Changements (seulement remplir s'il y en a): ☛ Nombre de lits: ☛ Nbre de personnel qualifié _____ :  _____

Évaluateurs (Internes ou faisant partie de la Mission Conjointe de Vérification)			
#	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	SIGNATURE

Synthèse trimestrielle de l'évaluation de la qualité de la formation sanitaire

No	Activité évaluée	Points possibles	Points attribués	Score	Pondération	Score pondéré
		A	B	C=B/A	D	E=C*D
I	▪ Activités générales	120			10	
II	▪ Hygiène, environnement, et stérilisation	135			15	
III	▪ Gestion (financière, ressources humaines, médicaments)	315			15	
IV	▪ Suivi évaluation/SIS	115			15	
V	▪ Maternité	191			10	
VI	▪ Planification familiale	70			10	
VII	▪ Vaccinations et suivi des nourrissons	110			10	
VIII	▪ Maladies infectieuses (TB, VIH)	134			10	
IX	▪ Laboratoire	51			5	
<b>TOTAL :</b>					<b>100</b>	

**Observations :**

**Améliorations/ adaptations** à faire la prochaine trimestre - en termes de « structure » accordés entre les évaluateurs et le CS

- 
- 
- 
-

Volet I : Activités générales					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bon accueil assuré aux bénéficiaires des services</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Un élément présent = 10	50	
	2)	Durée d'attente du patient inférieure à 60min (renseigner à partir de la fiche d'évaluation) <b>Instructions de vérification:</b>			
	ii.	Pour le CoSa : lors d'une semaine, installer une personne à l'entrée/ sortie du bâtiment avec une fiche pour chaque patient entrant, à remplir par cette personne l'heure (a) à l'entrée et à la sortie (b) par chaque service par l'agent sanitaire l'heure d'entrée. Collecter ces fiches à la sortie par le CoSa			
	v.	Pour la Mission Conjointe de Vérification : prendre un échantillon de 10 fiches par jour et vérifiez les données sur le délai d'attente recueillies par le CoSa			
	3)	Agents de santé en vêtements en conditions adéquates d'hygiène ( <i>avis/ opinion du CoSa ?</i> )			
	4)	Lieux d'attente propre et sans ordures ( <i>y compris les bancs etc.</i> )			
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité et fonctionnalité du matériel d'examen dans chaque salle de consultation</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Plus d'un matériel manquant ou non-fonctionnel même pour une salle = 0	20	
	1)	thermomètre			
	2)	tensiomètre			
	5)	gants latex			
	7)	abaisse langue			
	9)	toise			

Volet I : Activités générales					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Conditions de confidentialité assurées:</b> preuves que ces conditions sont effectivement maintenues (fenêtres avec rideaux fermés ; portes fermés,...).</li> </ul>		Confidentialité assurée = 10	10	
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité du matériel et de l'équipement fonctionnel dans chaque salle d'hospitalisation/observation</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Tous les critères remplis dans toutes les salles d'hospitalisation/observation = 20  Un critère manque même pour une salle = 0	20	
	2) lits avec matelas plastifiés non déchirés				
	2) moustiquaires imprégnés pour tous les lits occupés				
	3) bassin de lit (pour chaque lit)				
	4) potence (pour chaque lit)				
5) tableau pour feuille de température accroché au lit					
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité de l'horaire de travail et du programme de garde :</b> Horaire de travail et programme de garde affichés dans un endroit accessible au public</li> </ul>		Critère rempli = 10	10	
<b>TOTAL</b>				<b>120</b>	

Volet II : Hygiène					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Propreté de l'environnement de la formation sanitaire propre</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Chaque critère de propreté rempli = 5	15	
	1) présence de poubelles fermées (dans le hall d'attente et le couloir)				
	2) Présence d'une boîte de sécurité (ou réceptacle avec couvercle) pour matériel d'injection dans chaque salle de soins				
	3) Absence de déchets, débroussaillé, convivial				
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tous les <b>Points d'eau fonctionnels</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Point d'eau manque pour même un des endroits = 0	40	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Toilettes fonctionnelles et bien entretenue et hygiénique</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Toutes les toilettes remplissent les critères = 30	30	
	1) plancher sans fissures		Un critère manque pour même une toilette = 0		
	2) absence de matières organiques, déchets, débroussaillé, convivial				
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité et fonctionnalité du matériel de stérilisation</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Chaque critère rempli = 10	30	
	2) évidence que le protocole de stérilisation est respecté				
	3) le matériel stérilisé bien stocké				
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Stock de produit de décontamination et de stérilisation.</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Tous les critères remplis = 10	10	

Volet II : Hygiène					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	1) produit présent,		Même un critère non rempli = 0		
	2) solution dans un récipient fermé et étiquetée avec formule et date de préparation				
	3) matériels utilisés trempés (s'il y en a) dans les solutions de décontamination <i>(si pas de matériel utilisé, l'item n'est pas applicable)</i>				
	4) Matériaux protectives (masque facial, gants, eau plat & drains, fosses) en quantités suffisantes				
6	• Gestion des déchets biomédicaux		Tous les critères remplis = 10 Même un critère non rempli = 0	10	
	5) procédure de tri respecté				
	6) condition de transport respecté				
	7) lieu de stockage approprié				
	8) condition d'élimination respectée (incinération, enfouissement protégé, transport sécurisé)				
<b>TOTAL</b>				<b>135</b>	

Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, matériels, médicaments)					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	• Gestion ressources humaines <i>(Marquez avec '1' ou '0')</i>				
	2) Aucun jour d'absence du personnel pour des raisons non justifiées au cours des 3 derniers mois ( <i>vérification à partir d'un registre de présence ou des demandes d'absence</i> )	Trimestriellement	Pas d'absence non justifiée du personnel= 10 Une absence non justifiée = 0		
	3) Performance des staff individuel : contribution aux résultats FBR de la structure, selon la fiche de poste pour tout le personnel		critère rempli = 10		
	4)				
4	• Stockage des médicaments et des consommables conforme aux normes ( <i>Marquez avec '1' ou '0'</i> )		Stockage remplissant tous les critères = 50 Même un critère non rempli = 0	50	
	1) rangement de tous les produits sur des étagères et non par terre (solutés et autres produits lourds sur palettes)				
	2) ordre de rangement logique (ordre alphabétique ou par forme thérapeutique)				
	3) rangement en fonction de la date de péremption				
	4) étiquettes sur les étagères spécifiant les Dénominations Communes Internationales (c.à.d. les noms génériques)				

Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, matériels, médicaments)					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	5) Concordance entre le stock théorique et le stock physique (vérifier pour les médicaments traceurs)				
5	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Gestion des outils</b> (Marquez avec '1' ou '0')               <ul style="list-style-type: none"> <li>#1) Présence de l'outil dans la pharmacie</li> <li>#2) Remplissage conforme aux normes</li> </ul> </li> </ul>			Un outil avec même un critère non rempli = 0	0
		# 1 #2			
	1 - fiches de stock (à jour)				
	2 - bons de commande/livraison				
	3 - registre d'entrées des médicaments				
	4 - registre de sortie de médicament par malade				
	5 - registre de distribution journalière des médicaments				
	6 - PV de réception				
7 - PV d'inventaire mensuel des médicaments					
6	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Disponibilité de médicaments et de consommables traceurs (prendre un échantillon de 10 produits)</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>			Les médicaments et consommables traceurs de l'échantillon disponibles = 70	85
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
	1) Disponibilité des médicaments et des consommables traceurs				
	2) Absence de rupture de stock depuis la dernière évaluation				
3) respect du seuil d'alerte (vérifier que le stock restant soit supérieur à la CMM pour les 10 médicaments et consommables traceurs) <i>NB : CMM= consommation moyenne mensuelle</i>			Rupture même d'un médicament ou consommable = 0		
7	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Disponibilité des outils de gestion du matériel</b></li> </ul>		Tous les outils disponibles = 20	20	
	6. Activités du Plan de maintenance préventive et ou curative exécuté comme prévu		Absence même d'un outil = 0		
8	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Respect de la marge bénéficiaire sur la vente des médicaments</b> (vérifier sur un échantillon de dix médicaments dans le dépôt de la formation sanitaire) <b>NB : Marge bénéficiaire ne doit pas dépasser 23,33% du prix d'achat à la centrale d'achat</b></li> </ul>		Chaque produit = 2 Si deux produits non conforme = 0	20	
9	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Quittancier</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>			Tous les critères remplis = 10 Même un critère non rempli = 0	10
	1) disponible				
2) spécifiant :					
a) nom du client					
b) le montant reçu en chiffres et en lettres					
c) le motif du paiement (libellé) avec quantification					



Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, matériels, médicaments)					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
10	• <b>Carnet de recettes et de dépenses</b> (Marquez avec '1' ou '0')		Tous les critères remplis = 20 Même un critère non rempli = 0	20	
	1) disponible				
	2) concordant aux justificatifs des dépenses de la formation sanitaire				
	3) à jour				
12	• <b>Système de répartition interne des primes de performance</b> (Marquez avec '1' ou '0')		Critères remplis = 20 Même un critère non rempli = 0	20	
	2) respect de la clé de répartition (source de vérification : état de paiement)				
<b>TOTAL</b>				<b>315</b>	

Volet IV : Suivi évaluation/SIS					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
2	• <b>Rapport d'analyse mensuelle des données DSIS du trimestre évalué sur les problèmes prioritaires</b> ( <i>Soins Curatifs, Vaccination, CPN, PF, Accouchement</i> ) contenant (Marquez avec '1' ou '0')		Un rapport remplissant les 2 critères = 5 Un rapport avec même un critère non rempli = 0	10	
	1) courbe d'évolutions (PEV, CPC, CPON, PF, CPN, Accouchement) – analysées et traduits en actions				
	2) tableau de bord FBR analysé et traduits en actions				
3	• <b>PV mensuels des 3 réunions de coordination de la formation sanitaire au cours du trimestre évalué</b> Chaque PV doit contenir (Marquez avec '1' ou '0')		Un PV remplissant tous les critères = 10 Un PV avec même un critère non-rempli = 0	30	
	5) déroulement de la réunion et décisions prises (y compris la notification qui fait quoi quand) – et la vérification si actions décidées lors de la dernière réunion ont été respectées.				
4	• <b>Rapports d'activités mensuelles transmis à temps</b> (dans les 5 premiers jours ouvrables)		Les 2 critères remplis = 30 Même un critère non rempli = 0	30	
	1) Disponibilité de cahiers/Registre de transmission				
	2) Mention de la date et de l'identité du destinataire				
5	• <b>Archivage de tous les outils</b>		Critère rempli = 10	10	
6	• <b>Rapport de supervision mensuel du personnel du centre de santé disponible</b> ( <i>Source de vérification</i> : rapport supervision) – y compris la notification des actions à mener (qui, quand, où) – et le suivi des actions à mener décidées lors de la dernière visite de supervision...		Critère rempli = 5	5	

---

**Volet IV : Suivi évaluation/SIS**

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
<b>TOTAL</b>			<b>115</b>	

Volet V : Maternité															
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus										
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Salle d'accouchement en bon état et remplissant les conditions de confidentialité</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Tous les critères remplis = 25 Un critère manque = 0	25											
	3) Conditions de confidentialité et assurées: non-visible de l'extérieur ou des autres compartiments si salle partagée														
	4) local propre (sans déchets visibles, ni éclaboussures etc....)														
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>fonctionnalité de l'équipement et du matériel</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Un matériel disponible et fonctionnel = 3 Si même un matériel de (1) à (4) non disponible ou non-fonctionnel = 0	66											
	01) table d'accouchement <b>propre</b>														
	02) au minimum 3 boîtes d'accouchement stériles (avec pince porte aiguille, deux pinces de Kocher, pince chirurgicale à griffes, deux paires de ciseaux)														
	03) trousse d'urgence : anesthésie, fil de suture résorbable, diazépam, vitamine K1, sulfate de magnésium, ocytocine														
	05) collyre antiseptique – prêt à utiliser														
	06) tambour avec gazes – prêt à utiliser														
	08) source de lumière fonctionnel														
	09) embu bébé – prêt à utiliser														
	10) masque – prêt à utiliser														
	11) gants stériles – prêt à utiliser, en quantités suffisantes														
	12) clamp de barre – prêt à utiliser														
	13) sceau à placenta – prêt à utiliser														
	15) point d'eau propre														
	18) oxygène – prêt à utiliser														
19) sondes naso-gastrique – prêt à utiliser															
20) aspirateur de mucosités – prêt à utiliser															
21) preuve que les procédures de MEO standardisées sont suivies et contrôlées															
22) ruban mètre															
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Utilisation correcte du partogramme (vérification de 10 accouchements choisis au hasard dans le registre ou dossier de la parturiente)</b></li> </ul>		Une fiche remplissant tous les critères = 3 Une fiche avec même un critère non rempli = 0	30											
						(Marquez avec '1' ou '0')									
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1) le Partogramme a été rempli correctement :														
- information identifiant la parturiente															
u- le rythme cardiaque du fœtus															

Volet V : Maternité															
No	Indicateurs/Résultats à évaluer										Critères de validation		Points Max.	Points Obtenus	
	- la couleur du liquide amniotique														
	- le modelage du crane fœtal														
	- les modes de contraction														
	- les médicaments donnés (p.ex. oxytocin)														
	- la courbe de dilatation du col														
	2) le Partogramme a été correctement utilisé (mesures préconisées en adéquation avec les normes)														
4	<b>• Référence des accouchements adéquate - analyse de 5 cas de complications référés</b> <i>(Marquez avec '1' ou '0')</i>										Tous les critères remplis pour tous les cas= 30 Un critère manque = 0		30		
		1	2	3	4	5									
	1) le dossier de la patiente est renseigné de façon complète <b>et correcte</b> (notamment complication justifiant la référence)														
2) la patiente a reçu un formulaire de référence adéquatement rempli															
5	<b>• Conformité des consultations prénatales aux standards de qualité (vérification de 10 CPN choisies au hasard dans le registre)</b> <i>(Marquez avec '1' ou '0')</i>										Une fiche remplissant tous les critères = 2 Une fiche avec même un critère non rempli = 0		20		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9					10
	1) informations sur les signes de complications obstétricales données														
	2) pesée														
	3) tension artérielle vérifiée														
	4) Recherche d'albumine dans les urines														
	5) prise de sang effectuée														
	6) taille mesurée														
	7) conseils nutritionnels donnés et enregistrés														
	8) sulfadoxine pyriméthamine (Traitement Directement Observé : TDO)														
	9) Prescription de fer														
	10) proposition de test VIH														
11) VAT															
11) prescription de moustiquaire imprégné															

Volet V : Maternité																	
No	Indicateurs/Résultats à évaluer										Critères de validation		Points Max.	Points Obtenus			
	12) mesure de la hauteur utérine (HU)																
	13) présentation (à partir de 36 semaines)																
	14) bruit du cœur fœtal (BCF) (à partir de 20 semaines)																
	15) mouvement fœtaux																
	16) examen des seins																
	17) recherche des œdèmes																
6	<b>• Conformité des consultations postnatales aux standards de qualité (vérification de 10 Cpon choisies au hasard dans le registre)</b> (Marquez avec '1', '0' ou 'NA' si la période n'est pas encore écoulée)										Une fiche remplissant tous les critères ('1' ou 'NA') = 2 Une fiche avec même un critère non rempli ('0') = 0		20				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9					10		
	1) CPoN1 <b>correctement</b> effectuée dans la période J1 à J3																
	2) CPoN2 <b>correctement</b> effectuée dans la période J9 à J15																
3) CPoN3 <b>correctement</b> effectuée dans la période J16 à J42													<b>TOTAL</b>		<b>191</b>		

Volet VI: Planification familiale																
No	Indicateurs/Résultats à évaluer										Critères de validation		Points Max.	Points Obtenus		
1	<b>• Disponibilité des méthodes contraceptives :</b> <b>#1)</b> disponibilité du contraceptif avec stock théorique correspondant au stock physique <b>#2)</b> seuil d'alerte déterminé et respecté (Marquez avec '1' ou '0')										Une méthode contraceptive remplissant les 2 critères = 5  Une méthode contraceptive avec même un critère non rempli = 0		30			
															#1	#2
	1. ☛ Pilules															
	2. ☛ Injectables															
	3. ☛ Collier															
	4. ☛ Préservatifs															
2	5. ☛ DIU avec pince à col et hystéromètre, avec matériel de pose et d'ablation.										Critère rempli = 5		5			
	6. ☛ Implant, avec matériel de pose et d'ablation															
2	<b>• Rapport Trimestriel de Stock (RTS) du dernier trimestre disponible</b>										Critère rempli = 5		5			
3	<b>• Disponibilité des affiches murales ou boîte à image pour la démonstration des méthodes de PF</b>										Critère rempli = 5		5			

Volet VI: Planification familiale															
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus											
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Registre PF disponible:</b> toutes les rubriques remplies et à jour</li> </ul>	Critères remplis = 10	10												
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La fiche PF disponible (vérification de 10 fiches de PF choisies au hasard)</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Critères remplis pour 1 fiche = 2 Une fiche avec même un critère non rempli = 0	20												
	1) rubriques renseignées				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	2) classées par mois de rendez-vous dans l'échéancier														
	3) <b>contrôle de la continuité de l'utilisation de la méthode – et les effets secondaires suivis et mesure correcte prise</b>														
<b>TOTAL</b>			<b>70</b>												

Volet VII : Vaccinations et suivi des nourrissons					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fonctionnalité de l'équipement et du matériel</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Tous les équipements et matériels disponibles et fonctionnels = 20  Même un équipement ou matériel manquant ou non fonctionnel = 0	20		
	1) réfrigérateur				
	2) accumulateurs de froid				
	3) boîte isotherme (porte vaccins)				
	5) thermomètre interne				
6) boîte de sécurité					
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité des vaccins et diluants:</b></li> </ul>	Disponibilité de tous les antigènes et diluants remplissant les 4 critères = 30  Péréemption ou rupture même d'un antigène ou un diluant = 0	30		
	1) présence des vaccins non-périmés avec étiquette				
	2) absence de rupture de stock pendant les 3 derniers mois (pour les produits disponibles au niveau du district)				
	3) stock théorique de vaccins correspond au stock physique				
	4) stock minimum au moins égal au stock de sécurité déterminé et respecté				
	(Marquez avec '1' ou '0')				
					#1
• BCG					
• VPO (polio orale)					
• Rougeole Rubéole					
• VAA					
• Penta (DTC + HepB + Hib)					
• Pneumonie					

Volet VII : Vaccinations et suivi des nourrissons																																	
No	Indicateurs/Résultats à évaluer										Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus																				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>VAT</li> <li>Diluants</li> </ul>																																
3	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Administration des doses</b> (vérification de 10 enfants choisis au hasard dans le registre de vaccination) (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>										Critères remplis pour 1 enfant = 2	20																					
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
	Respect du calendrier vaccinal																																
4	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Chaîne de froid</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>										Chaîne rempli les 4 critères = 20 Même un jour de rupture = 0	20																					
	1) température du frigo dans les limites (entre +2 et +8 degrés C)																																
	2) absence de rupture de la chaîne de froid au cours des 3 derniers mois (voir les feuilles de température du réfrigérateur)																																
	3) registre de maintenance disponible et à jour (cahier pour renseigner toutes les informations concernant le frigo)																																
	4) présence de vaccins avec PCV non-virés (< stade 3)																																
5	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Registre de PEV disponible</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>										Critères remplis = 10 Un critère manque = 0	10																					
	1) disponible																																
	2) toutes les rubriques remplies																																
6	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Détermination de l'état nutritionnel</b> de tous les enfants de 0 à 24 mois qui viennent en consultation nourrisson-sain (sélection au hasard de 10 enfants en consultation et vérification si l'état nutritionnel a été déterminé) (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>										Critère rempli pour toutes les fiches = 10, absent sur même une seule fiche = 0	10																					
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																							
<b>TOTAL</b>											<b>110</b>																						

Volet VIII : Maladies infectieuses (TB, LEPRE, VIH)						
No	Indicateurs/Résultats à évaluer			Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
<b>VIH</b>						
1	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Protocole de traitement antirétroviral appliqué :</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>				30	

Volet VIII : Maladies infectieuses (TB, LEPRE, VIH)					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	3) les critères et conditions de mise sous ARV du protocole standard national VIH/SIDA ( ? ) sont remplis - pour une échantillon de 10 VIH-positives ( ? )		3 critères remplis = 30		
	2) un traitement selon le schéma de première ligne introduit chez un sujet naïf (qui n'a jamais été sous ARV)		Un critère manque = 0		
	4) Nombre d'abandons de traitement				
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocole de la PTME disponible et utilisé</li> </ul> (Marquez avec '1' ou '0')		3 critères remplis = 20	20	
	1) Traitement antirétroviral instauré dès que le diagnostic est posé		Un critère manque = 0		
	4) pratiques obstétricales à moindre risques appliquées				
	3) prophylaxie antirétrovirale correctement conduite chez le nouveau-nés des mères séropositives				
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi correct des nouveau-nés de mères séropositives</li> </ul> (Marquez avec '1' ou '0')		6 critères remplis = 30	30	
	1) disponibilité et utilisation du papier buvard (à 6 semaines)				
	2) RDV médical mensuel (donné /prise en charge effective) respecté				
	3) administration du cotrimoxazole				
	4) suivi de la croissance de l'enfant				
	5) informations sur l'allaitement maternel protégé				
	6) examen clinique à chaque visite				
<b>TB</b>					
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion du stock des antituberculeux (RHZE, RH, STREPTO)</li> </ul> (Marquez avec '1' ou '0')		Gestion remplissant les 2 critères pour anti-TB = 30	30	
	1) présence des antituberculeux en quantités suffisantes, en fonction des malades sous traitement		Un critère manque = 0		
		2) stock théorique correspond au stock physique			
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (utilisation correcte ?) des outils de gestion</li> </ul> (Marquez avec '1' ou '0')		Un outil présent = 2	24	
	1) registre des cas de tuberculose à jour ?		Présence des outils (1– 6) est indispensable		
	5) bulletin de demande d'analyse d'expectorât conforme aux patients sous traitement				
	6) PV de réception		Absence même d'un outil indispensable = 0		



<b>Volet VIII : Maladies infectieuses (TB, LEPRE, VIH)</b>					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	7)	protocole schéma court et retraitement thérapeutique affiché dans les salles de consultation			
	10)	PV de réception de matériels et réactifs de laboratoire			
	11)	PV de réception des outils de gestion			
<b>TOTAL</b>				<b>134</b>	

<b>Volet IX: Laboratoire</b>					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Equipement et matériel fonctionnels</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Un équipement ou un matériel disponible et fonctionnel = 1	22	
		4) lames neuves			
		5) lamelles			
		8) crachoirs			
		9) flacons à selles			
		10) flacons à urine			
		13) lames à plage			
		14) tubes			
		15) boîtes de sécurité			
		17) seringues à usage unique			
		18) gants stériles			
		19) masques			
	20) papier buvard				
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Présence de produits réactifs et de bandelettes non-périmés</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Chaque produit présent = 3	24	
		1) giemsa			
		2) fuchsine, acide sulfurique, bleu de méthylène, huile à immersion et Alcool			
		3) bandelettes pour albumine et sucre			
	4) test de grossesse				

<b>Volet IX: Laboratoire</b>				
<b>No</b>	<b>Indicateurs/Résultats à évaluer</b>	<b>Critères de validation</b>	<b>Points Max.</b>	<b>Points Obtenus</b>
	<b>5)</b> huile à immersion			
	<b>6)</b> tests VIH et TDR			
	<b>7)</b> tests syphilis			
	<b>8)</b> TDR (paludisme)			
<b>TOTAL</b>			<b>51</b>	

---

◆ District : _____		◆ Centre de santé : _____	
◆ Date : _____			
<b>9. <u>Recommandations non-appliquées du trimestre précédent et leurs justifications</u></b>			
<b>10. <u>Points forts identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre</u></b>			
<b>11. <u>Points à améliorer identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre</u></b>			
<b>12. <u>Recommandations par rapport aux points à améliorer</u></b>			

---

◆ Signature de l'évaluateur

---

◆ Date

## Appendix Four: FINAL Primary Level Annual Quality Checklists (March 2016)



Check-list qualité annuelle des soins– Centre de santé

Informations Générales		
◆ Période de : _____ À : _____		◆ Date de l'évaluation : _____
◆ Formation sanitaire : centre de santé (CS) de :		
◆ District Sanitaire :		◆ Région:
◆ Téléphone : ☎	◆ Fax :	◆ Boîte Postale :
◆ Pop. desservie : <input type="text"/>	◆ Nombre de lits: <input type="text"/>	◆ Nbre de personnel qualifié par catégorie: 1) _____ :  _____  2) _____ :  _____  3) _____ :  _____  4) _____ :  _____
◆ Ratio personnel qualifié/1000 habitants: <input type="text"/>	◆ Nombre lits/1000 habitants : <input type="text"/>	◆ Nbre de personnel non qualifié :  _____
➤ Nom et fonction du Responsable : _____		➤ Téléphones (du Responsable): _____
➤ B.P. :	➤ E-mail (du Responsable) : _____	

Évaluateurs (Internes ou faisant partie de la Mission Conjointe de Vérification)			
#	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	SIGNATURE

--	--	--	--

<b>Synthèse trimestrielle de l'évaluation de la qualité de la formation sanitaire</b>						
No	Activité évaluée	Points possibles A	Points attribués B	Score C=B/A	Pondération D	Score pondéré E=C*D
I	■ Activités générales	120			10	
II	■ Hygiène, environnement, et stérilisation	135			15	
III	■ Gestion (financière, ressources humaines, médicaments)	315			15	
IV	■ Suivi évaluation/SIS	115			15	
V	■ Maternité	191			10	
VI	■ Planification familiale	70			10	
VII	■ Vaccinations et suivi des nourrissons	110			10	
VIII	■ Maladies infectieuses (TB, VIH)	134			10	
IX	■ Laboratoire	51			5	
<b>TOTAL :</b>					<b>100</b>	

**Observations :**

**Améliorations/ adaptations** à faire en termes de « structure » accordés entre les évaluateurs et le CS

- 
- 
- 
-

Check-list qualité des soins – Centre de santé

Volet I : Activités générales				
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bon accueil assuré aux bénéficiaires des services</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Un élément présent = 10	50	
	1) Existence d'un système de triage avec numéro d'ordre et orientation			
	4) Lieux d'attente couverts avec chaises ou bancs propres			
	5) existence d'un système et procédures de flux efficient de patients			
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• existence d'un système et procédures de maintenance (préventif et curatif) des instruments (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>			
	1) preuve de maintenance de l'équipement			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• existence d'un système et procédures de maintenance (préventif et curatif) du bâtiment (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>			
	2) preuve de maintenance du bâtiment			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• existence d'un système et procédures de maintenir les conditions d'hygiène (pour patients et pour staff technique) (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>			
	2) preuve de conditions de hygiène dans le bâtiment			

2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité et fonctionnalité du matériel d'examen dans chaque salle de consultation</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Plus d'un matériel manquant ou non-fonctionnel même pour une salle = 0	20	
	1) stéthoscope			
	2) otoscope			
	3) balances (adulte et nourrisson)			
	4) table d'examen			
	5) toise			
	6) table de rapport poids/taille et ruban pour périmètre brachial (PB)			

Volet I : Activités générales				
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Conditions de confidentialité assurées:</b> Local de consultation individuel non-visible/non-audible de l'extérieur (fenêtres avec rideaux ; rideaux entre les lits, portes fermant,...).</li> </ul>	Confidentialité assurée = 10	10	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Système et procédures pour assurer la disponibilité et fonctionnalité du matériel et de l'équipement dans chaque salle d'hospitalisation/observation</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Tous les critères remplis dans toutes les salles d'hospitalisation/observation = 20	20	
	3) matelas plastifiés, moustiquaires imprégnés, bassin de lit, potence en stock	Un critère manque même pour une salle = 0		
	2) preuves que ces procédures sont suivies.			
	3) Défini à qui rendre responsable des résultats			

<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	
--------------	------------	--

<b>Volet II : Hygiène</b>					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Points d'eau disponibles</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Tous les points d'eau disponibles = 40  Point d'eau manque pour même un des endroits = 0	40	
	-	dans les salles de consultations,			
	-	dans le laboratoire,			
	-	salle d'accouchement,			
	-	salle de soins			
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Présence de Toilettes fonctionnelles</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Toutes les toilettes remplissent les critères = 30  Un critère manque pour même une toilette = 0	30	
	2)	possible de laver les mains proche des toilettes			
	3)	respecte les situations prive – comme porte qui se ferme et se verrouille de l'intérieur			
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité du matériel fonctionnel de stérilisation</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Chaque critère rempli = 10	30	
	1)	autoclave, ou poupinel fonctionnel			
	2)	disponibilité protocole de stérilisation (et affiché)			
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestion des déchets biomédicaux</b></li> </ul>		Tous les critères remplis = 10  Même un critère non rempli = 0	10	
	9)	procédures de gestion des déchets biomédicaux disponible et connu par le staff			
	10)	lieu de stockage approprié			
	12)	condition d'élimination respectée (incinération, enfouissement protégé, transport sécurisé)			
<b>TOTAL</b>				<b>135</b>	

<b>Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, matériels, médicaments)</b>					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestion ressources humaines</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>				
1	3)	Présence de personnel qualifié en permanence dans la structure pour faire face à la demande en nombre et qualités (maternité et service de consultation générale)	Présence personnel qualifié en permanence = 20  Absence de personnel qualifié = 0	50	

**Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, matériels, médicaments)**

No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation		Points Max.	Points Obtenus							
	4) Existence d'organigramme de fonction et de structure		critère rempli = 10										
	5) <i>Système de suivi de la performance des staff individuel fonctionnel avec un lien (pos/neg) avec le paiement FBR</i>												
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Local de la pharmacie conforme aux normes (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Tous les critères remplis = 20 Même un critère non rempli = 0		20								
	1) présence d'étagères												
	2) local aéré et protégé contre la lumière du soleil, les insectes et les rongeurs												
	3) mesures de sécurité adéquates (portes qui ferment à clé, présence de grilles <b>et grillages</b> aux fenêtres)												
	4) présence d'un extincteur fonctionnel ou d'un seau de sable												
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stockage des médicaments et des consommables conforme aux normes (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Stockage remplissant tous les critères = 50 Même un critère non rempli = 0		50								
	2) <i>système de control de péremption et de stock de sécurité fonctionnel</i>												
	5) Concordance entre le stock théorique et le stock physique (vérifier pour les médicaments traceurs)												
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestion des outils (Marquez avec '1' ou '0')</li> <li>#1) Présence de l'outil dans la pharmacie</li> <li>#2) Remplissage conforme aux normes</li> </ul>		#1	#2									
	1 - fiches de stock (à jour)												
	2 - bons de commande/livraison												
	3 - registre d'entrées des médicaments												
	4 - registre de sortie de médicament par malade												
	5 - registre de distribution journalière des médicaments												
	6 - PV de réception												
	7 - PV d'inventaire mensuel des médicaments												
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilité de médicaments et de consommables traceurs (prendre un échantillon de 10 produits) (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Les médicaments et consommables traceurs de l'échantillon disponibles = 50  Rupture même d'un médicament ou consommable = 0										
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>		1	2			3	4	5	6	7	8	9
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				



Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, matériels, médicaments)													
No	Indicateurs/Résultats à évaluer										Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	1)												
	2)												
	3) NB : CMM= consommation moyenne mensuelle												
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité des outils de gestion du matériel</b></li> </ul>										Tous les outils disponibles = 20	20	
	6. Plan de maintenance préventive et ou curative <a href="#">disponible</a>										Absence même d'un outil = 0		
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Respect de la marge bénéficiaire sur la vente des médicaments</b> (vérifier sur un échantillon de dix médicaments dans le dépôt de la formation sanitaire) NB : Marge bénéficiaire ne doit pas dépasser <b>23,33% du prix d'achat à la centrale d'achat</b></li> </ul>										Chaque produit = 2 Si deux produits non conforme = 0	20	
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Carnet de recettes et de dépenses</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>										Tous les critères remplis = 20	20	
	1) disponible										Même un critère non rempli = 0		
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité d'un compte ouvert dans une institution financière</b> (détails des mouvements de fonds documentés ; relevés bancaires mensuels)</li> </ul>										Compte disponible = 20 Compte non-disponible = 0	20	
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Système de répartition interne des primes de performance FBR</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>										Critères remplis = 20	20	
	1) établi et connu du personnel										Même un critère non rempli = 0		
<b>TOTAL</b>												<b>315</b>	

Volet IV : Suivi évaluation/SIS							
No	Indicateurs/Résultats à évaluer				Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus

Volet V : Maternité							
No	Indicateurs/Résultats à évaluer				Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Salle d'accouchement en bon état et remplissant les conditions de confidentialité</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>				Tous les critères remplis = 25	25	
	1) murs en dur sans fissure avec peinture à huile ou carrelage mural jusqu'à hauteur d'environ 1m80				Un critère manque = 0		
	2) sol carrelé						
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité de l'équipement et du matériel</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>					66	

Volet V : Maternité														
No	Indicateurs/Résultats à évaluer										Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus	
	01) table d'accouchement										Un matériel disponible et fonctionnel = 3  Si même un matériel de (1) à (4) non disponible ou non-fonctionnel = 0			
	04) balance pèse-bébé													
	05) collyre antiseptique													
	07) tablier en plastique													
	08) source de lumière													
	09) embu bébé													
	12) clamp de barre													
	13) sceau à placenta													
	14) table chauffante													
	15) point d'eau disponible avec savon													
	16) pèse-personne													
	17) tensiomètre													
	18) oxygène													
	21) stéthoscope obstétrical													
	22) procédures standardisés disponibles dans la structure pour assurer la disponibilité et la fonctionnalité (maintenance préventif...)													
5	<b>• Conformité des consultations prénatales aux standards de qualité (vérification de 10 CPN choisies au hasard dans le registre)</b> <i>(Marquez avec '1' ou '0')</i>										Une fiche remplissant tous les critères = 2 Une fiche avec même un critère non rempli = 0	20		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9				10
	1)													
	17) procédures standardisés pour le CPN établis													
6	<b>• Conformité des consultations postnatales aux standards de qualité (vérification de 10 Cpon choisies au hasard dans le registre)</b> <i>(Marquez avec '1', '0' ou 'NA' si la période n'est pas encore écoulée)</i>										Une fiche remplissant tous les critères ('1' ou 'NA') = 2 Une fiche avec même un critère non rempli ('0') = 0	20		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9				10
	3) procédures standardisés pour le CPoN établis													
<b>TOTAL</b>											<b>191</b>			

Volet VI: Planification familiale				
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
3	• Disponibilité des affiches murales ou boîte à image pour la démonstration des méthodes de PF	Critère rempli = 5	5	
<b>TOTAL</b>			<b>70</b>	

Volet VII : Vaccinations et suivi des nourrissons				
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	• Disponibilité de l'équipement et du matériel (Marquez avec '1' ou '0')	Tous les équipements et matériels disponibles et fonctionnels = 20  Même un équipement ou matériel manquant ou non fonctionnel = 0	20	
	1) réfrigérateur			
	2) accumulateurs de froid			
	3) boîte isotherme (porte vaccins)			
	4) source d'énergie alternative disponible			
	5) thermomètre interne			
6) boîte de sécurité				
6	• Détermination de l'état nutritionnel procédures de PCMI pour tous les enfants de 0 à 24 mois qui viennent en consultation nourrisson-sain disponible (Marquez avec '1' ou '0')	Critère rempli pour toutes les fiches = 10, absent sur même une seule fiche = 0	10	
<b>TOTAL</b>			<b>110</b>	

Volet VIII : Maladies infectieuses (TB, LEPRE, VIH)				
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
<b>VIH</b>				
1	• Protocole de traitement antirétroviral disponible: (Marquez avec '1' ou '0')	3 critères remplis = 30  Un critère manque = 0	30	
	5) les critères et conditions de mise sous ARV sont remplis - dans le protocole			
	2) le schéma de première ligne chez un sujet naïf (qui n'a jamais été sous ARV) - dans le protocole			
	3) l'introduction progressive de la Névirapine (tri thérapie) - dans le protocole			

Volet VIII : Maladies infectieuses (TB, LEPRE, VIH)						
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Protocole de la PTME disponible</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		3 critères remplis = 20  Un critère manque = 0	20		
	1) Traitement antirétroviral instauré dès que le diagnostic est posé					
	Pratiques obstétricales à moindre risques appliquées					
	3 Prophylaxie antirétrovirale correctement conduite chez le nouveau-nés					
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Suivi correct des nouveau-nés de mères séropositives</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		6 critères remplis = 30  Un critère manque = 0	30		
TB						
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité des outils de gestion</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Un outil présent = 2  Présence des outils (1– 6) est indispensable  Absence même d'un outil indispensable = 0	24		
	1) registre des cas de tuberculose					
	2) fiches de traitement					
	3) registre de laboratoire					
	6) bulletin de demande d'analyse d'expectorât					
	5) fiche de commande des antituberculeux					
	6) bons d'approvisionnement, fiches de stock et PV de réception					
	8) fiches de transfert					
	9) fiches de référence / contre-référence					
	12) registre lèpre					
<b>TOTAL</b>				<b>134</b>		

Volet IX: Laboratoire					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Equipement et matériel disponibles et fonctionnels</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Un équipement ou un matériel disponible et fonctionnel = 1	22	

<b>Volet IX: Laboratoire</b>				
<b>No</b>	<b>Indicateurs/Résultats à évaluer</b>	<b>Critères de validation</b>	<b>Points Max.</b>	<b>Points Obtenus</b>
	1) microscope			
	2) centrifugeuse			
	3) hémoglobinomètre			
	6) source de lumière			
	7) minuterie			
	8) crachoirs			
	11) anse de platine			
	12) bec à benzène			
	16) écouvillons			
	17)			
	21) poubelle a pédale			
	22) appareil CD 4			
	8) Présence de <b>procédures internes standardisées</b> pour suivre la disponibilité et fonctionnalité des équipements et produits du labo – y compris les outils pour faire fonctionner ces procédures et la responsabilisation d'une personne			
<b>3</b>	<b>• Présence d'un technicien de laboratoire</b>	Critère rempli = 5	<b>5</b>	
<b>TOTAL</b>			<b>51</b>	

---

◆ District : \_\_\_\_\_

◆ Centre de santé : \_\_\_\_\_

◆ Date : \_\_\_\_\_

**13. Recommandations non-appliquées du trimestre précédent et leurs justifications**

**14. Points forts identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre**

**15. Points à améliorer identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre**

**16. Recommandations par rapport aux points à améliorer**

---

◆ Signature de l'évaluateur

◆ Date

## Appendix Five: FINAL Primary Level Quarterly Quality Checklists (March 2016)



Check-list qualité des soins – Centre de santé

Informations Générales	
♦ Période de : _____ À : _____	♦ Date de l'évaluation : _____
♦ Formation sanitaire : centre de santé (CS) de :	
♦ District Sanitaire :	♦ Région:
♦ Changements (seulement remplir s'il y en a): ☛ Téléphone : ☛ Fax : ☛ Boîte Postale : ☛ E-mail ( <i>du Responsable</i> ) :	♦ Changements (seulement remplir s'il y en a): ☛ Nombre de lits: ☛ Nbre de personnel qualifié Augmenter d'autres lignes _____ :   _____

Évaluateurs (Internes ou faisant partie de la Mission Conjointe de Vérification)			
#	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	SIGNATURE

Synthèse trimestrielle de l'évaluation de la qualité de la formation sanitaire						
No	Activité évaluée	Points possibles A	Points attribués B	Score C=B/A	Pondération D	Score pondéré E=C*D
I	■ Activités générales	120			10	





Check-list qualité des soins **trimestriel** – Centre de santé  
Augmenter le matériel (pèse personne, bébé, .....

<b>Volet I : Activités générales</b>				
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bon accueil assuré aux bénéficiaires des services</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Un élément présent = 10	50	
	<b>2) Durée d'attente du patient inférieure à 60min</b> (renseigner à partir de la fiche d'évaluation) <b>Instructions de vérification:</b> v. Pour la structure : lors d'une semaine, installer une personne à l'entrée/ sortie du bâtiment avec une fiche pour chaque patient entrant, à remplir par cette personne l'heure (a) à l'entrée et à la sortie (b) par chaque service par l'agent sanitaire l'heure d'entrée. Collecter ces fiches à la sortie par le portier ou l'agent de sécurité. vi. Pour la Mission Conjointe de Vérification : prendre un échantillon de 10 fiches par jour et vérifiez les données sur le délai d'attente recueillies par le le portier ou agent de sécurité.			
	<b>3) Agents de santé en blouse adéquates d'hygiène</b> ( <i>avis/ opinion du CoSa ?</i> )			
	<b>4) Lieux d'attente propre et sans ordures</b> ( <i>y compris les bancs etc.</i> )			
	<b>5) Présence d'une personne faisant le triage selon la gravité et le numéro d'ordre</b>			
	<b>6) Tarifs des prestations et des médicaments à jour affichés en un endroit accessible et bien visible au public</b>			
<b>3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité et fonctionnalité du matériel d'examen dans chaque salle de consultation</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Plus d'un matériel manquant ou non-fonctionnel même pour une salle = 0	20	
	<b>1) thermomètre</b>			
	<b>2) tensiomètre</b>			
	<b>5) gants latex</b>			
	<b>7) abaisse langue</b>			
<b>9) toise</b>				

Volet I : Activités générales				
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Conditions de confidentialité assurées:</b> preuves que ces conditions sont effectivement maintenues (fenêtres avec rideaux fermés ; portes fermés,...).</li> </ul>	Confidentialité assurée = 10	10	
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité du matériel et de l'équipement fonctionnel dans chaque salle d'hospitalisation/observation</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Tous les critères remplis dans toutes les salles d'hospitalisation/observation = 20  Un critère manque même pour une salle = 0	20	
	4) lits avec matelas plastifiés non déchirés			
	2) moustiquaires imprégnés pour tous les lits occupés			
	3) bassin de lit (pour chaque lit)			
	4) potence (pour chaque lit)			
5) tableau pour feuille de température accroché au lit				
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité de l'horaire de travail et du programme de garde :</b> Horaire de travail et programme de garde affichés dans un endroit accessible au public</li> </ul>	Critère rempli = 10	10	
<b>TOTAL</b>			<b>120</b>	

Volet II : Hygiène				
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Propreté de l'environnement de la formation sanitaire propre</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Chaque critère de propreté rempli = 5	15	
	1) présence de poubelles fermées (dans le hall d'attente et le couloir)			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Présence de poubelle fermées dans chaque salle de soins</b></li> </ul>			
	2) Présence d'une boîte de sécurité (ou réceptacle avec couvercle) pour matériel d'injection dans chaque salle de soins			
	3) Absence de déchets, débroussaillé, convivial			
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tous les <b>Points d'eau fonctionnels</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Point d'eau manque pour même un des endroits = 0	40	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Toilettes fonctionnelles et bien entretenue et hygiénique</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Toutes les toilettes remplissent les critères = 30  Un critère manque pour même une toilette = 0	30	
	Présence d'eau dans les toilettes			
	1) plancher sans fissures			
	Portes des toilettes se ferment			
	2) absence de matières organiques, déchets, bien propre, convivial			
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité et fonctionnalité du matériel de stérilisation</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Chaque critère rempli = 10	30	
	2) le protocole de stérilisation affiché, visible et respecté			

Volet II : Hygiène					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	3) le matériel stérilisé bien stocké dans un endroit approprié				
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Stock de produit de décontamination et de stérilisation.</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Tous les critères remplis = 10 Même un critère non rempli = 0	10	
	1) produit présent,				
	2) solution dans un récipient fermé et étiquetée avec formule et date de préparation				
	3) matériels utilisés trempés (s'il y en a) dans les solutions de décontamination <i>(si pas de matériel utilisé, l'item n'est pas applicable)</i>				
	4) matériel de protection (masque facial, gants, eau plat & drains, ) en quantités suffisantes				
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestion des déchets biomédicaux</b></li> </ul>		Tous les critères remplis = 10 Même un critère non rempli = 0	10	
	13) procédure de tri respecté				
	14) condition de transport respecté				
	15) lieu de stockage approprié				
	16) condition d'élimination respectée (incinération, enfouissement protégé, transport sécurisé)				
<b>TOTAL</b>				<b>135</b>	

Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, matériels, médicaments)					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestion ressources humaines</b> <i>(Marquez avec '1' ou '0')</i></li> </ul>				
	4) Aucun jour d'absence du personnel pour des raisons non justifiées au cours des 3 derniers mois ( <i>vérification à partir d'un registre de présence ou des demandes d'absence</i> )		Tri mensuel	Pas d'absence non justifiée du personnel = 10 Une absence non justifiée = 0	
				critère rempli = 10	
	4)				
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Stockage des médicaments et des consommables conforme aux normes</b> (<i>Marquez avec '1' ou '0'</i>)</li> </ul>			Stockage remplissant tous les critères = 50 Même un critère non rempli = 0	50
	1) rangement de tous les produits sur des étagères et non par terre (solutés et autres produits lourds sur palettes)				
	2) ordre de rangement logique (ordre alphabétique ou par forme thérapeutique)				
	3) rangement en fonction de la date de péremption				
	4) étiquettes sur les étagères spécifiant les Dénominations Communes Internationales (c.à.d. les noms génériques)				
	5) Concordance entre le stock théorique et le stock physique (vérifier pour les médicaments traceurs)				

**Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, matériels, médicaments)**

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus									
5	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Gestion des outils</b> (Marquez avec '1' ou '0')                             <ul style="list-style-type: none"> <li>#1) Présence de l'outil dans la pharmacie</li> <li>#2) Remplissage conforme aux normes</li> </ul> </li> </ul>		0										
		#1			#2								
	1 - fiches de stock (à jour)												
	2 - bons de commande/livraison												
	3 - registre d'entrées des médicaments												
	4 - registre de sortie de médicament par malade												
	5 - registre de distribution journalière des médicaments												
6 - PV de réception													
7 - PV d'inventaire mensuel des médicaments													
6	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Disponibilité de médicaments et de consommables traceurs (prendre un échantillon de 10 produits)</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		85										
		1			2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1) Disponibilité des médicaments et des consommables traceurs												
	2) Absence de rupture de stock depuis la dernière évaluation												
3) respect du seuil d'alerte (vérifier que le stock restant soit supérieur à la CMM pour les 10 médicaments et consommables traceurs) <i>NB : CMM= consommation moyenne mensuelle</i>													
7	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Disponibilité des outils de gestion du matériel</b></li> </ul>	Tous les outils disponibles = 20	20										
	Existence de plan de maintenance	Absence même d'un outil = 0											
	6. Activités du Plan de maintenance préventive et ou curative exécuté comme prévu												
8	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Respect de la marge bénéficiaire sur la vente des médicaments</b> (vérifier sur un échantillon de dix médicaments dans le dépôt de la formation sanitaire) <b>NB : Marge bénéficiaire ne doit pas dépasser 23,33% du prix d'achat à la centrale d'achat</b></li> </ul>	Chaque produit = 2 Si deux produits non conforme = 0	20										
9	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Quittancier</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		10										
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) disponible</li> <li>2) spécifiant :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>a) nom du client</li> <li>b) le montant reçu en chiffres et en lettres</li> <li>c) le motif du paiement (libellé) avec quantification</li> </ul> </li> </ul>	Tous les critères remplis = 10 Même un critère non rempli = 0											
10	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Carnet de recettes et de dépenses</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		20										
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) disponible</li> <li>2) concordant aux justificatifs des dépenses de la formation sanitaire</li> </ul>	Tous les critères remplis = 20 Même un critère non rempli = 0											

### Volet III : Gestion (financière, ressources humaines, matériels, médicaments)

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	3) à jour			
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Système de répartition interne des primes de performance</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Critères remplis = 20 Même un critère non rempli = 0	20	
	2) respect de la clé de répartition (source de vérification : état de paiement)			
<b>TOTAL</b>			<b>315</b>	

### Volet IV : Suivi évaluation/SIS

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rapport d'analyse mensuelle des données DSIS du trimestre évalué sur les problèmes prioritaires</b> (<i>Soins Curatifs, Vaccination, CPN, PF, Accouchement</i>) <b>contenant</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Un rapport remplissant les 2 critères = 5 Un rapport avec même un critère non rempli = 0	10	
	3) courbe d'évolutions (PEV, CPC, CPON, PF, CPN, Accouchement) – analysées et traduits en actions			
	2) tableau de bord FBR analysé et traduits en actions			
	Outils de gestion SIS disponibles et à jour			
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PV mensuels des 3 réunions de coordination de la formation sanitaire au cours du trimestre évalué</b> Chaque PV doit contenir (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Un PV remplissant tous les critères = 10	30	
	1) Déroulement de la réunion et décisions prises (y compris la notification qui fait quoi quand) – et la vérification si actions décidées lors de la dernière réunion ont été respectées.	Un PV avec même un critère non-rempli = 0		
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rapports d'activités mensuelles</b> transmis à temps (dans les 5 premiers jours ouvrables)</li> </ul>	Les 2 critères remplis = 30	30	
	1) Disponibilité de cahiers/Registre de transmission	Même un critère non rempli = 0		
	2) Mention de la date et de l'identité du destinataire			
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Archivage de tous les outils</b></li> </ul>	Critère rempli = 10	10	
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>supervision mensuel du personnel du centre de santé effectuée</b> (<i>Source de vérification</i> : rapport supervision) – y compris la notification des actions à mener (qui, quand, où) – et le suivi des actions à mener décidées lors de la dernière visite de supervision...</li> </ul>	Critère rempli = 5	5	
<b>TOTAL</b>			<b>115</b>	

Volet V : Maternité																						
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus																	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Salle d'accouchement en bon état et remplissant les conditions de confidentialité</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Tous les critères remplis = 25  Un critère manque = 0	25																		
	1) Conditions de confidentialité et assurées: non-visible de l'extérieur ou des autres compartiments si salle partagée																					
	2) local propre (sans déchets visibles, ni éclaboussures etc....)																					
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>fonctionnalité de l'équipement et du matériel</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Un matériel disponible et fonctionnel = 3  Si même un matériel de (1) à (4) non disponible ou non-fonctionnel = 0	66																		
	01) table d'accouchement <i>propre</i>																					
	02) au minimum 3 boîtes d'accouchement stériles ( <i>avec pince porte aiguille, deux pinces de Kocher, pince chirurgicale à griffes, deux paires de ciseaux</i> )																					
	03) trousse d'urgence : anesthésie, fil de suture résorbable, diazépam, vitamine K1, sulfate de magnésium, ocytocine																					
	05) collyre antiseptique – prêt à être utilisé																					
	06) tambour avec gazes – prêt à être utilisé																					
	08) source de lumière fonctionnel																					
	09) embu bébé – prêt à être utilisé																					
	10) masque – prêt à être utilisé																					
	11) gants stériles – prêt à être utilisé, en quantités suffisantes																					
	12) clamp de barre – prêt à être utilisé																					
	13) sceau à placenta – prêt à être utilisé																					
	15) point d'eau propre																					
	18) oxygène – prêt à être utilisé																					
	19) sondes naso-gastrique – prêt à être utilisé																					
20) aspirateur de mucosités – prêt à être utilisé																						
21) affichage et respect des protocoles																						
Table chauffante																						
22) ruban mètre																						
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Utilisation correcte du partogramme (vérification de 10 accouchements choisis au hasard dans le registre ou dossier de la parturiente)</b></li> </ul>		Une fiche remplissant tous les critères = 3  Une fiche avec même un critère non rempli = 0	30																		
	(Marquez avec '1' ou '0')																					
	1) le Partogramme a été rempli correctement :	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
	- information identifiant la parturiente	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>																				

Volet V : Maternité																							
No	Indicateurs/Résultats à évaluer										Critères de validation		Points Max.	Points Obtenus									
	- le rythme cardiaque du fœtus																						
	- la couleur du liquide amniotique																						
	- le modelage du crane fœtal																						
	- les modes de contraction																						
	- les médicaments donnés (p.ex. oxytocin)																						
	- la courbe de dilatation du col																						
	4) le Partogramme a été correctement utilisé (mesures préconisées en adéquation avec les normes)																						
4	<b>• Référence des accouchements adéquate - analyse de 5 cas de complications référés</b> <i>(Marquez avec '1' ou '0')</i>										1	2	3	4	5	Tous les critères remplis pour tous les cas= 30 Un critère manque = 0	30						
	1) le dossier de la patiente est renseigné de façon complète <b>et correcte</b> (notamment complication justifiant la référence)																						
	2) la patiente a reçu un formulaire de référence adéquatement rempli																						
5	<b>• Conformité des consultations prénatales aux standards de qualité (vérification de 10 CPN choisies au hasard dans le registre)</b> <i>(Marquez avec '1' ou '0')</i>										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Une fiche remplissant tous les critères = 2 Une fiche avec même un critère non rempli = 0	20	
	1) informations sur les signes de complications obstétricales données																						
	2) pesée																						
	3) tension artérielle vérifiée																						
	4) Recherche d'albumine dans les urines																						
	5) prise de sang effectuée																						
	6) taille mesurée																						
	7) conseils nutritionnels donnés et enregistrés																						
	8) sulfadoxine pyriméthamine (Traitement Directement Observé : TDO)																						
	9) Prescription de fer																						
	10) proposition de test VIH																						
11) VAT																							
11) prescription de moustiquaire imprégné																							

Volet V : Maternité															
No	Indicateurs/Résultats à évaluer										Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus		
	12) mesure de la hauteur utérine (HU)														
	13) présentation (à partir de 36 semaines)														
	14) bruit du cœur fœtal (BCF) (à partir de 20 semaines)														
	15) mouvement fœtaux														
	16) examen des seins														
	17) recherche des œdèmes														
6	<b>• Conformité des consultations postnatales aux standards de qualité (vérification de 10 Cpon choisies au hasard dans le registre)</b> <i>(Marquez avec '1', '0' ou 'NA' si la période n'est pas encore écoulée)</i>										Une fiche remplissant tous les critères ('1' ou 'NA') = 2 Une fiche avec même un critère non rempli ('0') = 0	20			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9				10	
	2) CPoN1 <b>correctement</b> effectuée dans la période J1 à J3														
	2) CPoN2 <b>correctement</b> effectuée dans la période J9 à J15														
3) CPoN3 <b>correctement</b> effectuée dans la période J16 à J42															
<b>TOTAL</b>												<b>191</b>			

Volet VI: Planification familiale														
No	Indicateurs/Résultats à évaluer										Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus	
1	<b>• Disponibilité des méthodes contraceptives :</b> <b>#1)</b> disponibilité du contraceptif avec stock théorique correspondant au stock physique <b>#2)</b> seuil d'alerte déterminé et respecté (Marquez avec '1' ou '0')										Une méthode contraceptive remplissant les 2 critères = 5  Une méthode contraceptive avec même un critère non rempli = 0	30		
	1. ☛ Pilules													
	2. ☛ Injectables													
	3. ☛ Collier													
	4. ☛ Préservatifs													
	5. ☛ DIU avec pince à col et hystéromètre, avec matériel de pose et d'ablation.													
	6. ☛ Implant, avec matériel de pose et d'ablation													
	<b>Applique le Push model</b>													
2	•										Critère rempli = 5	5		
3	• <b>Disponibilité des affiches murales ou boîte à image</b> pour la démonstration des méthodes de PF										Critère rempli = 5	5		



Volet VI: Planification familiale					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Registre PF disponible:</b> toutes les rubriques remplies et à jour</li> </ul>	Critères remplis = 10	10		
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La fiche PF disponible (vérification de 10 fiches de PF choisies au hasard)</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Critères remplis pour 1 fiche = 2 Une fiche avec même un critère non rempli = 0	20		
					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	1) rubriques renseignées				
	2) classées par mois de rendez-vous dans l'échéancier				
	3) contrôle de la continuité de l'utilisation de la méthode – et les effets secondaires suivis et mesure correcte prise				
<b>TOTAL</b>			<b>70</b>		

Volet VII : Vaccinations et suivi des nourrissons					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fonctionnalité de l'équipement et du matériel</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>	Tous les équipements et matériels disponibles et fonctionnels = 20  Même un équipement ou matériel manquant ou non fonctionnel = 0	20		
	1) réfrigérateur adapter pour conserver les vaccins				
	2) accumulateurs de froid				
	3) boîte isotherme (porte vaccins)				
	5) thermomètre interne				
	6) boîte de sécurité				
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disponibilité des vaccins et diluants:</b></li> <li>1) présence des vaccins non-périmés avec étiquette</li> <li>2) absence de rupture de stock pendant les 3 derniers mois (pour les produits disponibles au niveau du district)</li> <li>3) stock théorique de vaccins correspond au stock physique</li> <li>4) stock minimum au moins égal au stock de sécurité déterminé et respecté</li> </ul>	Disponibilité de tous les antigènes et diluants remplissant les 4 critères = 30  Péremption ou rupture même d'un antigène ou un diluant = 0	30		
					(Marquez avec '1' ou '0')
					#1 #2 #3 #4
	• BCG				
	• VPO (polio orale)				
	• Rougeole Rubéole				
	• VAA				
	• Penta (DTC + HepB + Hib)				
• Pneumonie					
• VAT					

Volet VII : Vaccinations et suivi des nourrissons													
No	Indicateurs/Résultats à évaluer										Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	• Diluants												
3	• <b>Administration des doses</b> (vérification de 10 enfants choisis au hasard dans le registre de vaccination) (Marquez avec '1' ou '0')										Critères remplis pour 1 enfant = 2	20	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
	Respect du calendrier vaccinal												
4	• <b>Chaîne de froid</b> (Marquez avec '1' ou '0')										Chaîne rempli les 4 critères = 20 Même un jour de rupture = 0	20	
	1) température du frigo dans les limites (entre +2 et +8 degrés C)												
	2) absence de rupture de la chaîne de froid au cours des 3 derniers mois (voir les feuilles de température du réfrigérateur)												
	3) registre de maintenance disponible et à jour (cahier pour renseigner toutes les informations concernant le frigo)												
	4) présence de vaccins avec PCV non-virés (< stade 3)												
5	• <b>Registre de PEV disponible</b> (Marquez avec '1' ou '0')										Critères remplis = 10 Un critère manque = 0	10	
	1) disponible												
	2) toutes les rubriques remplies												
6	• <b>Détermination de l'état nutritionnel</b> de tous les enfants de 0 à 24 mois qui viennent en consultation nourrisson-sain (sélection au hasard de 10 enfants en consultation et vérification si l'état nutritionnel a été déterminé) (Marquez avec '1' ou '0')										Critère rempli pour toutes les fiches = 10, absent sur même une seule fiche = 0	10	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<b>TOTAL</b>											<b>110</b>		

Volet VIII : Maladies infectieuses (TB, LEPRE, VIH)													
No	Indicateurs/Résultats à évaluer										Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
<b>VIH</b>													
1	• <b>Protocole de traitement antirétroviral appliqué :</b> (Marquez avec '1' ou '0')										3 critères remplis = 30	30	
	6) les critères et conditions de mise sous ARV du protocole standard national VIH/SIDA ( ? ) sont remplis - pour une échantillon de 10 VIH-positives ( ? )												

Volet VIII : Maladies infectieuses (TB, LEPRE, VIH)					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	2) un traitement selon le schéma de première ligne introduit chez un sujet naïf (qui n'a jamais été sous ARV)		Un critère manque = 0		
	4)				
2	<b>• Protocole de la PTME disponible et utilisé</b> (Marquez avec '1' ou '0')		3 critères remplis = 20	20	
	1) Traitement antirétroviral instauré dès que le diagnostic est posé		Un critère manque = 0		
	7) pratiques obstétricales à moindre risques appliquées				
	3) prophylaxie antirétrovirale correctement conduite chez le nouveau-nés <b>des mères séropositives</b>				
3	<b>• Suivi correct des nouveau-nés de mères séropositives</b> (Marquez avec '1' ou '0')		6 critères remplis = 30	30	
	1) disponibilité et utilisation du papier buvard (à 6 semaines)				
	2) RDV médical mensuel (donné /prise en charge effective) respecté				
	3) administration du cotrimoxazole				
	4) suivi de la croissance de l'enfant				
	5) informations sur l'allaitement maternel protégé				
	6) examen clinique à chaque visite				
<b>TB</b>					
4	<b>• Gestion du stock des antituberculeux (RHZE, RH, STREPTO)</b> (Marquez avec '1' ou '0')		Gestion remplissant les 2 critères pour anti-TB = 30 Un critère manque = 0	30	
	1) présence des antituberculeux <b>en quantités suffisantes</b> , en fonction des malades sous traitement				
	2) stock théorique correspond au stock physique				
5	<b>• (utilisation correcte ?) des outils de gestion</b> (Marquez avec '1' ou '0')		Un outil présent = 2 Présence des outils (1– 6) est indispensable Absence même d'un outil indispensable = 0	24	
	1) registre des cas de tuberculose <b>à jour ?</b>				
	7) bulletin de demande d'analyse d'expectorât <b>conforme aux patients sous traitement</b>				
	6) PV de réception				
	7) protocole schéma court et retraitement thérapeutique affiché dans les salles de consultation				
10) PV de réception de matériels et réactifs de laboratoire					

Volet VIII : Maladies infectieuses (TB, LEPRE, VIH)					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	11) PV de réception des outils de gestion				
<b>TOTAL</b>				<b>134</b>	

Volet IX: Laboratoire					
No	Indicateurs/Résultats à évaluer		Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Equipement et matériel fonctionnels</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Un équipement ou un matériel disponible et fonctionnel = 1	22	
	4) lames neuves				
	5) lamelles				
	8) crachoirs				
	9) flacons à selles				
	10) flacons à urine				
	13) lames à plage				
	14) tubes				
	15) boîtes de sécurité				
	17) seringues à usage unique				
	18) gants stériles				
	19) masques				
20) papier buvard					
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Présence de produits réactifs et de bandelettes non-périmés</b> (Marquez avec '1' ou '0')</li> </ul>		Chaque produit présent = 3	24	
	1) giemsa				
	2) fuchsine, acide sulfurique, bleu de méthylène, huile à immersion et Alcool				
	3) bandelettes pour albumine et sucre				
	4) test de grossesse				
	5) huile à immersion				
	6) tests VIH et TDR				
7) tests syphilis					

<b>Volet IX: Laboratoire</b>				
<b>No</b>	<b>Indicateurs/Résultats à évaluer</b>	<b>Critères de validation</b>	<b>Points Max.</b>	<b>Points Obtenus</b>
	8) TDR (paludisme)			
<b>TOTAL</b>			<b>51</b>	

◆ District : _____ ◆ Centre de santé : _____	
◆ Date : _____	
<b>17. <u>Recommandations non-appliquées du trimestre précédent et leurs justifications</u></b>	
<b>18. <u>Points forts identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre</u></b>	
<b>19. <u>Points à améliorer identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre</u></b>	
<b>20. <u>Recommandations par rapport aux points à améliorer</u></b>	

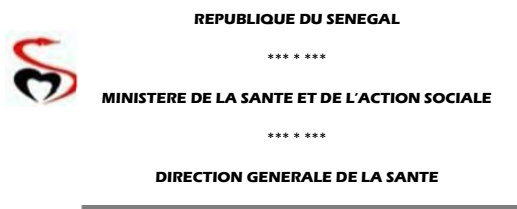
\_\_\_\_\_  
◆ Signature de l'évaluateur

\_\_\_\_\_  
◆ Date

## Appendix Six: Original Quantitative Indicators

Indicateurs
<b>A. Indicateurs de Gouvernance</b>
1. Nombre de réunions du comité de pilotage de la qualité tenues
2. Nombre de réunions du CTE tenues
3. Nombre de réunions de la CME tenues
4. Proportion de services qui appliquent les 5S et le CLIN dans la gestion des déchets
5. promptitude du rapport d'activités trimestriel
6. Taux d'exhaustivité des rapports d'activités des services de l'EPS
7. promptitude des rapports de suivi budgétaire
<b>B. Indicateurs de lutte contre la maladie</b>
1. proportion de résultats de laboratoire validés
2. proportion de résultats de laboratoire soumis au respect de la confidentialité
3. proportion de résultats de laboratoire disponible dans les délais
4. proportion de cas d'urgence chirurgicale PEC dans les délais
5. Proportion des cas référés correctement pris en charge
6. proportion de femmes enceintes séropositives suivies selon les normes et protocoles de PEC/VIH
<b>C. Indicateurs de Santé maternelle néonatale et infantile</b>
1. Nombre de réactifs du bilan standard prénatal ayant connu une rupture durant la période
2. proportion de cas d'urgences obstétricales PEC dans les délais
3. proportion de nouveaux nés en détresse correctement pris en charge
4. proportion de décès maternels pour lesquels des audits sont réalisés

## Appendix Seven: Secondary Level Quarterly Quality Checklists Proposed by KIT (November 2015)



Liste indicateurs « quantitatifs » de qualité des soins – EPS 1,2, trimestriel

Informations Générales		
♦ Période de : _____ À : _____		♦ Date de l'évaluation : _____
♦ Formation sanitaire : EPS1, 2 de :		
♦ District Sanitaire :		♦ Région:
♦ Téléphone : ☛	♦ Fax :	♦ Boîte Postale :
♦ Pop. desservie : <input type="text"/>	♦ Nombre de lits: <input type="text"/>	♦ Nbre de personnel qualifié par catégorie: 1) _____ :   _____   2) _____ :   _____   3) _____ :   _____   4) _____ :   _____
♦ Ratio personnel qualifié/1000 habitants: <input type="text"/>	♦ Nombre lits/1000 habitants : <input type="text"/>	♦ Nbre de personnel non qualifié :   _____
➤ Nom et fonction du Responsable : _____		➤ Téléphones (du Responsable): _____
➤ B.P :	➤ E-mail (du Responsable) : _____	

Évaluateurs (Internes ou faisant partie de la Mission Conjointe de Vérification)			
#	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	SIGNATURE



Synthèse trimestrielle de l'évaluation de la qualité de la formation sanitaire						
No	Activité évaluée	Montant 1	Montant 2	Montant 3	Montant 4	Montant Total
A	Gouvernance,					
B	Services d'appui					
C	Lutte contre la maladie					
D	Chirurgie, services d'urgence, bloc opératoire					
E	Santé maternelle néonatale et infantile					
<b>Montant T O T A L :</b>						

**Observations :**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**Améliorations/ adaptations** à faire la prochaine trimestre - en termes de « structure » accordés entre les évaluateurs et le CS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

## Appendix Eight: Secondary Level Annual Quality Checklists Proposed by KIT (November 2015)



FBR 2015

Check-list annuel qualité des soins – EPS1,2

Informations Générales		
♦ Période de : _____ À : _____		♦ Date de l'évaluation : _____
♦ Formation sanitaire : EPS1, 2 de :		
♦ District Sanitaire :		♦ Région:
♦ Téléphone : ☎	♦ Fax :	♦ Boîte Postale :
♦ Pop. desservie : <input type="text"/>	♦ Nombre de lits: <input type="text"/>	♦ Nbre de personnel qualifié par catégorie: 1) _____ :  _____  2) _____ :  _____  3) _____ :  _____  4) _____ :  _____
♦ Ratio personnel qualifié/1000 habitants: <input type="text"/>	♦ Nombre lits/1000 habitants : <input type="text"/>	♦ Nbre de personnel non qualifié :  _____
➤ Nom et fonction du Responsable : _____		➤ Téléphones (du Responsable): _____
➤ B.P :	➤ E-mail (du Responsable) : _____	

Évaluateurs (Internes ou faisant partie de la Mission Conjointe de Vérification)			
#	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	SIGNATURE

Synthèse trimestrielle de l'évaluation de la qualité de la formation sanitaire						
No	Activité évaluée	Points possibles A	Points attribués B	Score C=B/A	Pondération D	Score pondéré E=C*D
I	■ Gouvernance/ Leadership en gestion de qualité de soins					
II	■ Hygiène, environnement, et stérilisation					
III	Services d'appui ■ Services de laboratoire ■ Services diagnostique-imagerie ■ Services de médicaments					
IV	■ Services de chirurgie ■ bloc opératoire ■ Services d'urgence					
V	■ Services de Maternité					
<b>TOTAL :</b>					<b>100</b>	

**Observations :**

-

-

-

-

-

**Améliorations/ adaptations** à faire la prochaine trimestre - en termes de « structure » accordés entre les évaluateurs et le CS

-

-

Check-list annuel qualité des soins – Centre de santé

Volet I : Gouvernance/ Leadership en gestion de qualité de soins						
No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation		Points Max.	Points Obtenus	
1	Comite de Q/S fonctionnel					
	Présence de <b>Toilettes</b> fonctionnelles dans les salles de consultations, d'urgences, de bloc opératoire, laboratoire, salle d'accouchement, salle de soins.					

	Conditions de <b>confidentialité</b> assurées: tous les locaux (de consultation, hospitalisation, ..) individuel non-visible/non-audible de l'extérieur, et pour les lits d'hospitalisation			
	structures pour porter plaints (des patients) disponible			
	le flux du circuit dans la structure approprié pour les patients			
	Evidence de l'existence d'un système et procédures de maintenance (préventif et curatif) <ul style="list-style-type: none"> <li>- des instruments et de l'équipement médicale</li> <li>- du bâtiment</li> </ul>			
	<b>Total gouvernance de la QS</b>			
	<b>Gestion des Ressource humaines</b>			
<b>2</b>	- Présence de personnel qualifié en permanence dans la structure – suffisant pour faire face à la demande en nombre et qualités dans les différents départements			
	- Stabilité de staff/ proportion de staff qui a été changé l'année dernier			
	- Les différents départements disposent de staff senior stable répondant aux normes et standards nationales			
	- Une distribution claire des tâches et responsabilités entre le management et la gestion des cliniques.			
	- Description de Travail individuels pour tout type staff			
	- Système de suivi de la performance des staff individuel fonctionnel avec un lien (pos/neg) avec le paiement FBR			
	- Système de répartition interne des primes de performance FBR disponible et accordé par le staff			
	<b>Total Ressources humaines</b>			

3	<b>L'équipement médical est cf normes</b>			
	- L'équipement médical est cf normes (liste en Annexe – liste de normes nationales pour les EDS1,2)			
	Moyens de communication fonctionnels disponibles avec :			
	- Les structures où évacuer les cas de l'EPS - Les structures qui réfèrent vers l'EPS			
	- Système de gestion de matériaux - décrit avec ses instruments d'administration - fonctionnel et suivi			
	- Evidence d'un système et procédures pour assurer la disponibilité et fonctionnalité du matériel et de l'équipement dans chaque salle d'hospitalisation/ observation			
	- Défini à qui rendre responsable des résultats de la disponibilité et la fonctionnalité de l'équipement			
Total Equipement				
Total gouvernance				

**Volet II : Hygiène, environnement, et stérilisation**

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	Points d'eau disponibles dans tous les salles de consultations, laboratoire, salle d'accouchement, salle de soins, près ou dans les toilettes.			
	Disponibilité du matériel fonctionnel de stérilisation selon les normes nationales (autoclave, ..)			
	moustiquaires imprégnées utilisées pour tous les lits			
	Disponibilité d'un endroit pour les accompagnants à faire la cuisine			
	Disponibilité de salles de bains fonctionnels et nettoyés			
	Le cour de la structure bien protégé pour éviter l'entrée des animaux etc. et bien nettoyé			
	Disponibilité d'un incinérateur fonctionnelle			
	Evidence de l'existence d'un système et procédures de maintenir les conditions d'hygiène (pour patients et pour staff technique) : protocole de stérilisation			
	procédures de gestion des déchets biomédicaux disponible et connu par le staff			
	Conditions d'élimination appropriées, procédures respectées (incinération, enfouissement protégé, transport sécurisé)			
	-			
<b>TOTAL</b>				

**Volet III : Services d'appui**

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
<b>Services laboratoire</b>				
	- Normes et standards nationales traduits en Procédures Q/S Opérationnel Standardisés (POS) spécifiques pour l'EPS			
	- Equipement et matériel labo disponibles selon la liste standard National, et fonctionnels			
	- Présence de <b>procédures internes standardisées</b> pour suivre la disponibilité et fonctionnalité des équipements et produits du labo, y compris			
	- les outils pour faire fonctionner ces procédures			
	- la responsabilisation d'une personne			
	- Distribution de tâches & responsabilités de chacun des laborantins est documentée			
	- Preuves que le système de contrôle de qualité des tests est régulièrement suivi par un labo de référence			
	- Système de maintenance équipement labo/ imagerie adéquate et évidence d'être fonctionnel			
<b>TOTAL Laboratoire</b>				
<b>Services imagerie</b>				
	Les murs de la salle de radiologie sont suffisamment large et protégés avec du plomb ou matériel pareil			
	Des vêtements protectifs contre la radiation est disponible pour/ et utilisé par le staff			
	POS – procédures opérationnels standardisées disponibles pour garantir la sécurité de radiation, et pour les actions à mener en cas de accidents de radiation			
<b>TOTAL Imagerie</b>				
<b>Gestion des Médicaments</b>				
1	- Plan sécurité médicaments (illicite, expiration) fonctionnel			
	- Local de stockage : aéré et protégé contre la lumière du soleil, les insectes et les rongeurs, et sécurisé, présence d'un extincteur fonctionnel			
	- Disponibilité d'un compte ouvert dans une institution financière, avec des détails des mouvements de fonds documentés ; relevés bancaires mensuels)			
	Disponibilité des méthodes contraceptives : - disponibilité du contraceptif avec stock théorique correspondant au stock physique - seuil d'alerte déterminé et respecté - disponibilité de méthodes de longue durée			
	- Protocole de gestion du stock des antituberculeux (RHZE, RH, STREPTO) disponible et évidence qu'il est utilisé			
	- système de control de péremption et de stock de sécurité fonctionnel			
<b>TOTAL Médicaments</b>				

## Volet IV : Services de chirurgie et bloc opératoire

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
<b>Organisation interne</b>				
<b>1</b>	Protocol de normes et standards nationales traduits en Procédures Q/S Opérationnel Standardisés (POS) adaptées il y a moins d'une année – aux conditions de la structure et aux résultats du Comité QS : <ul style="list-style-type: none"> <li>- pré-/ post-opération et soins hospitaliers</li> <li>- bloc opératoire</li> <li>- services d'urgence</li> </ul>			
	- Confidentialité malades garanti de façon structurelle dans chaque salle			
	Equipement selon la liste standard national disponible <ul style="list-style-type: none"> <li>- pré-/ post-opération et soins hospitaliers</li> <li>- bloc opératoire</li> <li>- services d'urgence</li> </ul>			
	<b>Total</b>			
<b>bloc opératoire</b>				
<b>2</b>	l'endroit de lavage et de décontamination, disposant d'eau courante et de savon			
	équipement de stérilisation (autoclave, autre) disponible et fonctionnel			
	Appareils de ressuscitation disponible et fonctionnel			
	équipement de trachéotomie disponible et fonctionnel			
	<b>Total</b>			
<b>3 Services d'Urgence</b>				
	- Confidentialité malades garanti de façon structurelle dans chaque salle			
	Appareils de ressuscitation disponible et fonctionnel			
	équipement de trachéotomie disponible et fonctionnel			
<b>TOTAL</b>				
<b>TOTAL Chirurgie</b>				

## Volet V: Services de Maternité

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
<b>1</b>	<b>Organisation de l'équipe</b>			
	Salle d'accouchement en bon état et remplissant les conditions de confidentialité –			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sol et murs en carrelage mural jusqu'à hauteur d'environ 1m80</li> <li>- l'endroit de lavage et de décontamination, disposant d'eau courante et de savon</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Structure (équipement, ...) minimal disponible – cf liste Standard nationale</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité de l'équipement et du matériel en maternité selon la liste standard national fonctionnel (table d'accouchement , source de lumière, balance pese-bébé, collyre antiseptique, tablier en plastique, embu bébé, table chauffante, oxygène)</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité de personnel capable de placer des contraceptives de longue durée (Norplant, DIU, ligation des trompes)</li> </ul>			
	Protocole de la PTME disponible			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- comment appliquer des pratiques obstétricales à moindre risques</li> <li>- comment instaurer un Traitement antirétroviral</li> <li>- comment conduire correctement prophylaxie antirétrovirale chez le nouveau-nés</li> </ul>			
	<b>Normes et standards</b> nationales traduits en <b>Procédures Q/S Opérationnel Standardisés (POS/SR)</b> ; le POS/SR a été adapté il y a moins d'une année pour :			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CPN,</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PF,</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accouchement Assistée,</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- CPoN</li> </ul>				
<b>TOTAL</b>				



◆ District : \_\_\_\_\_

◆ EPS1,2: \_\_\_\_\_

◆ Date : \_\_\_\_\_

**21. Recommandations non-appliquées du trimestre précédent et leurs justifications**

**22. Points forts identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre**

**23. Points à améliorer identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre**















**24. Recommandations par rapport aux points à améliorer**

\_\_\_\_\_  
◆ Signature de l'évaluateur

\_\_\_\_\_  
◆ Date

## Appendix Nine: Proposed Quantitative Indicators (November 2015)

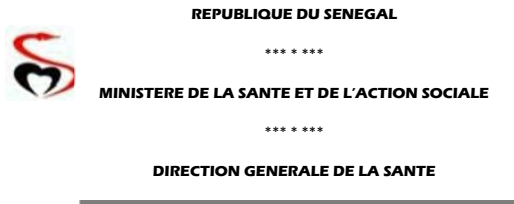
Indicateurs	Scores	
<b>A. Indicateurs de Gouvernance de la Qualité de Soins</b>		<b>A</b>
1. <b>Cadre Institutionnel</b> pour suivre la qualité de soins fonctionnel		Y
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Nombre de réunions du comité de pilotage de la qualité tenues               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actions pour améliorer la QS nouveau mois défini</li> <li>- Revue des actions pour améliorer la QS dernière mois</li> <li>- Une personne rendu responsable pour suivre ces actions</li> </ul> </li> </ul>	X	
✚ Nombre de réunions du CTE tenues	X	
✚ Nombre de réunions de la CME tenues	X	
2. <b>Rapportage</b> selon normes		Y
✚ promptitude du rapport d'activités trimestriel	X	
✚ Taux d'exhaustivité des rapports d'activités des services de l'EPS	X	
✚ promptitude des rapports de suivi budgétaire	X	
3. <b>Hygiène</b> – les patients et le staff protégés		Y
✚ Proportion de services qui appliquent les 5S et le CLIN dans la gestion des déchets	X	
✚ maintenance préventive respectées (eau, assainissement, électricité, ICT, équipement médicale) faite	X	
✚ Conditions d'élimination déchets biomédicaux respectée (incinération, enfouissement protégé, transport sécurisé)	X	
4. <b>Gestion Ressources Humaines</b>		Y
✚ Performance des staff individuel suivi à travers de la contribution individuel attendu aux résultats FBR de la structure	X	
✚ Système de répartition interne des primes FBR de performance individuelle défini et respecté	X	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Les salles d'hospitalisation répondent aux besoins patients :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- lits avec matelas plastifiés non déchirés</li> <li>- moustiquaires imprégnés pour tous les lits occupés</li> <li>- tableau pour feuille de température accroché au lit</li> <li>- tous les Points d'eau fonctionnels</li> </ul> </li> <li>Disponibilité et fonctionnalité du matériel de stérilisation</li> </ul>	X	
<b>B. Services d'appui</b>		

<b>1. Laboratoire</b>		
 proportion de résultats de laboratoire validés		
 proportion de résultats de laboratoire soumis au respect de la confidentialité		
 proportion de résultats de laboratoire disponible dans les délais		
<b>2. Services diagnostique-imagerie</b>		
 Les services étaient toujours ouvertes après heures d'officine (les soirs, les week-ends)		
 proportion de résultats de imagerie disponible dans les délais		
<b>3. Médicaments</b>		
 Plan sécurité médicaments (illicite, expiration) fonctionnel		
 présence des antituberculeux en quantités suffisantes, en fonction des malades sous traitement		
 protocole schéma court et retraitement thérapeutique TB affiché dans les salles de consultation		
<b>C. Indicateurs de lutte contre la maladie</b>		<b>B</b>
<b>1. Tuberculose</b>		
 Proportion perdus de vue des cas en tuberculose / nbre total de cas sous traitement		
<b>2. VIH/ SIDA</b>		
 Traitement antirétroviral instauré dès que le diagnostic est posé		
<b>3. Hypertension</b>		
 Proportion de patients diagnostiqués avec hypertension sous traitement		
<b>4. Chirurgie – services d’urgences, bloc opératoire</b>		<b>C</b>
<b>1. Consultations externes</b>		
 No hrs de services pas disponibles 24/ 24, et 7/7 avec équipe complet de personnel qualifié <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultations externes</li> <li>- pré-/ post-opération et soins hospitaliers (garde)</li> <li>- bloc opératoire</li> <li>- services d’urgence</li> </ul>		
 Proportion des cas référés correctement pris en charge		
<b>2. services d’urgence</b>		
 Tous les appareils d’urgence ( de ressuscitation, d’imagerie) prêts à utiliser		

✚ Le matériel fongibles (seringues à usage unique, les KIT d'urgence pour la petite chirurgie) prêts à utiliser ,		
✚ proportion de cas d'urgence chirurgicale PEC dans les délais		
✚ Zéro cas d'urgence dont le temps de référence interne vers la chirurgie (hospitalisation, bloc opératoire) a dépassé une heure		
3. Hospitalisation		
✚ la confidentialité des patients assurée (aucun cas d'informations médicaux privées trouvé accessible aux autres que le staff, lits des patients pas visibles pour autres que le personnel soignant, etc.)		
✚ taux moyen d'occupation des lits		
✚ no moyen de jours d'hospitalisation		
4. Bloc opératoire		
✚ l'endroit de lavage et de décontamination, disposant d'eau courante et de savon		
✚ les produits d'anesthésie et de stérilisation disponibles en quantité suffisante et prêt à utiliser		
✚		
<b>5. Indicateurs de Santé maternelle néonatale et infantile</b>		<b>E</b>
1. Salle d'accouchement dans des <b>conditions</b> appropriées		Y
✚ Confidentialité garantie dans les salles CPN/ CPoN/ PF et salles d'observation	X	
✚ table d'accouchement <b>propre</b>		
✚ Nombre de réactifs du bilan standard prénatal ayant connu une rupture durant la période	X	
✚ No d'heures d'absence de personnel qualifié dans la structure	X	
✚ au minimum 3 boîtes d'accouchement stériles (avec pince porte aiguille, deux pinces de Kocher, pince chirurgicale à griffes, deux paires de ciseaux) prêt à utiliser	X	
✚ trousse d'urgence anesthésie (fil de suture résorbable, diazépam, vitamine K1, sulfate de magnésium, ocytocine, système oxygène) prêt à utiliser		
2. Prise en charge correcte des femmes en CPN		Y
✚ d'au moins 50 carnets CPN : il est vérifié si les symptômes de risque (tension artériel, poids, etc.) ont été suivi par des actions concrètes (traitement, conseils, etc.)		
3. Prise en charge correcte des femmes en accouchement		Y
✚ proportion de cas d'urgences obstétricales PEC dans les délais	X	
✚ proportion de nouveaux nés en détresse correctement PEC	X	
✚ d'au moins 20 accouchements dans la structure, il est vérifié si une partogramme a été utilisé, <b>et</b> si des	X	

symptômes de risque (p.ex. labour prolongée, hémorragie) ont été guidé vers une intervention correcte et des interventions standards (oxytocin...):		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ proportion de décès maternels pour lesquels des audits sont réalisés</li> <li>✚ le score d'Apgar est calculé après chaque accouchement</li> </ul>	X	
4. Prise en charge correcte des nouveau-nés		Y
Proportion d'accouchements dont le bébé a reçu <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ allaitement à &lt;1 heure après l'accouchement</li> <li>✚ VIT K (oral ou injectable)</li> <li>✚ vaccinés (BCG--Polio oral)</li> <li>✚ est porté en position « kangourou »</li> </ul>	x	

## Appendix Ten: FINAL Quantitative Indicators (April 2016)



Liste indicateurs « quantitatifs » de qualité des soins – EPS 1,2, trimestriel

Informations Générales		
♦ Période de : _____ À : _____		♦ Date de l'évaluation : _____
♦ Formation sanitaire : EPS1, 2 de :		
♦ District Sanitaire :		♦ Région:
♦ Téléphone : ☎	♦ Fax :	♦ Boîte Postale :
♦ Pop. desservie : <input type="text"/>	♦ Nombre de lits: <input type="text"/>	♦ Nbre de personnel qualifié par catégorie: 1) _____ :  _____  2) _____ :  _____  3) _____ :  _____  4) _____ :  _____
♦ Ratio personnel qualifié/1000 habitants: <input type="text"/>	♦ Nombre lits/1000 habitants : <input type="text"/>	♦ Nbre de personnel non qualifié :  _____
➤ Nom et fonction du Responsable : _____		➤ Téléphones (du Responsable): _____
➤ B.P :	➤ E-mail (du Responsable) : _____	

Évaluateurs (Internes ou faisant partie de la Mission Conjointe de Vérification)			
#	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	SIGNATURE

### Synthèse trimestrielle de l'évaluation de la qualité de la formation sanitaire

No	Activité évaluée	Montant 1	Montant 2	Montant 3	Montant 4	Montant Total
A	Gouvernance,					
B	Services d'appui					
C	Lutte contre la maladie					
D	Chirurgie, services d'urgence, bloc opératoire					
E	Santé maternelle néonatale et infantile					
<b>Montant T O T A L :</b>						

#### Observations :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**Améliorations/ adaptations** à faire le prochain trimestre - en termes de « structure » accordés entre les évaluateurs et le CS

- 1.
- 2.
- 3.

Indicateurs	Scores	
<b>D. Indicateurs de Gouvernance de la Qualité de Soins</b>		<b>A</b>
2. <b>Cadre Institutionnel</b> pour suivre la qualité de soins fonctionnels		Y
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Nombre de réunions du comité de pilotage de la qualité tenues <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revue des actions pour améliorer la QS dernier mois</li> <li>- Une personne responsable pour suivre ces action</li> <li>- Actions pour améliorer la QS nouveau mois défini</li> </ul> </li> </ul>	X	
✚ Nombre de réunions du CTE tenues	X	
✚ Nombre de réunions de la CME tenues	X	
2. <b>Rapportage</b> selon normes		Y
✚ promptitude du rapport d'activités trimestriel	X	
✚ Taux d'exhaustivité des rapports d'activités des services de l'EPS	X	
✚ promptitude des rapports de suivi budgétaire	X	
3. <b>Hygiène</b> – les patients et le staff protégés		Y
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Proportion de services qui appliquent les 5S et le CLIN dans la gestion des déchets</li> </ul>	X	
✚ Nombre de PV des réunions des comités CLIN tenues		
✚ maintenance préventive respectées (eau, assainissement, électricité, ICT, équipement médicale) faite	X	
✚ Conditions d'élimination déchets biomédicaux respectés (incinération, enfouissement protégé, transport sécurisé)	X	
4. Gestion <b>Ressources Humaines</b>		Y
✚ Performance de staff individuel suivis par leur contribution aux résultats FBR de la structure	X	
✚ Système de répartition interne des primes FBR de performance individuelle défini et respecté	X	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Les salles d'hospitalisation répondent aux besoins des patients : <ul style="list-style-type: none"> <li>- lits avec matelas plastifiés non déchirés</li> <li>- moustiquaires imprégnés pour tous les lits occupés</li> <li>- tableau pour feuille de température accroché au lit</li> <li>- tous les Points d'eau fonctionnels</li> <li>- Disponibilité et fonctionnalité du matériel de stérilisation</li> <li>- Protocoles d stérilisation affichés</li> <li>- Intimité des patients respectée ( paravents.....)</li> </ul> </li> </ul>	)	
<b>E. Services d'appui</b>		
4. <b>Laboratoire</b>		
✚ proportion de résultats de laboratoire validés		



✚	proportion de lames validées soumis au contrôle du laboratoire national		
✚	proportion de résultats de laboratoire soumis au respect de la confidentialité		
✚	proportion de résultats de laboratoire disponible dans les délais		
<b>5. Services diagnostique-imagerie</b>			
✚	Les services étaient toujours ouvertes après heures d'officine (les soirs, les week-ends)		
✚	proportion de résultats d'imagerie disponible dans les délais		
✚	les types d'imagerie existantes et fonctionnels radiographie (Echographie, , Tomodensitométrie)		
<b>6. Médicaments</b>			
✚	Plan sécurité médicaments (illicite, expiration) fonctionnel		
✚	Plan de sécurisation des médicaments à l'EPS marche		
✚	présence des antituberculeux et des anti rétroviraux en quantités suffisantes, en fonction des malades sous traitement		
✚	protocole schéma court et retraitement thérapeutique TB affiché dans les salles de consultation		
✚	protocole de PEC des MAS compliqués et décompensés affichés dans les salles de consultation.		
<b>F. Indicateurs de lutte contre la maladie</b>			<b>B</b>
6. Tuberculose			
✚	Proportion perdus de vue des cas en tuberculose / nombre total de cas sous traitement		
7. VIH/ SIDA			
✚	Traitement antirétroviral instauré dès que le diagnostic est posé		
8. Hypertension artérielle			
✚	Proportion de patients diagnostiqués avec hypertension sous traitement adéquat avec, RV respectés		
<b>9. Chirurgie – services d'urgences, bloc opératoire</b>			<b>C</b>
5. Consultations externes			
✚	Nombre de services disponibles 24/ 24, et 7/7 avec équipe complet de personnel qualifié <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultations externes</li> <li>- pré-/ post-opération et soins hospitaliers (garde)</li> <li>- bloc opératoire</li> </ul>		

- services d'urgence		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Proportion des cas référés correctement pris en charge</li> <li>✚ Proportion de cas contre référés</li> </ul>		
6. services d'urgence		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Tous les appareils d'urgence (de réanimation, d'imagerie, d'analyses biomédicales) prêts à utiliser</li> <li>✚ Le matériel (seringues à usage unique, les KIT d'urgence pour la petite chirurgie, les Kits césariennes, les Kits d'accouchements) prêts à être utiliser,</li> <li>✚ proportion de cas d'urgence chirurgicale PEC dans les délais</li> <li>✚ Zéro cas d'urgence dont le temps de référence interne vers la chirurgie (hospitalisation, bloc opératoire) a dépassé une heure</li> <li>✚ Protocoles de chirurgies archivés</li> </ul>		
7. Hospitalisation		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ la confidentialité des patients assurée (aucun dossier médical trouvé accessible au public, intimité des patients assurée</li> <li>✚ taux moyen d'occupation des lits</li> <li>✚ nombre moyen de jours d'hospitalisation</li> </ul>		
8. Bloc opératoire		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ l'endroit de lavage et de décontamination, disposant d'eau courante et de savon</li> <li>✚ les produits d'anesthésie et de stérilisation disponibles en quantité suffisante et prêt à utiliser</li> <li>✚ protocoles d' stérilisation affichés</li> </ul>		
<b>10. Indicateurs de Santé maternelle néonatale et infantile</b>		<b>E</b>
5. Salle d'accouchement dans des <b>conditions</b> appropriées		Y
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Confidentialité garantie dans les salles CPN/ CPoN/ PF et salles d'observation avec intégration des services</li> <li>✚ table d'accouchement <b>propre</b></li> <li>✚ Nombre de réactifs du bilan standard prénatal ayant connu une rupture durant la période</li> <li>✚ No d'heures d'absence de personnel qualifié dans la structure</li> <li>✚ au minimum 3 boîtes d'accouchement stériles (avec pince porte aiguille, deux pinces de Kocher, pince chirurgicale à griffes, deux paires de ciseaux) prêt à utiliser</li> <li>✚ trousse d'urgence anesthésie (fil de suture résorbable, diazépam, vitamine K1, sulfate de magnésium, ocytocine, système oxygène) prêt à utiliser</li> </ul>	X	
	X	
	X	
	X	
6. Prise en charge correcte des femmes en CPN		Y

✚ Echantillon d'au moins 50 carnets CPN : vérifier si les symptômes de risque (tension artériel, poids/Taille, etc.) ont été suivis avec des actions concrètes au besoin (traitement, conseils, etc.)		
7. Prise en charge correcte des femmes en accouchement		Y
✚ proportion de cas d'urgences obstétricales PEC dans les délais	X	
✚ proportion de nouveaux nés en détresse respiratoire, correctement PEC	X	
✚ proportion de nouveau nés ayant bénéficié de soins de l'ombilic selon le protocole		
✚ Echantillon d'accouchements (au moins 20 accouchements X dans la structure, pour vérifier l'utilisation des partogrammes : si des signes de danger (p.ex. travail long,, hémorragie) sont pris en charge selon les PNP et, si des produits essentiels sont utilisés en cas de besoin (ocytocines, MgSO4, ...):		
✚ proportion de décès maternels pour lesquels des audits sont réalisés – et les résultats traduits en actions	X	
✚ le score d'Apgar est calculé après chaque accouchement	X	
✚ proportion de morts nés frais		
✚ proportion d'HRP		
8. Prise en charge correcte des nouveau-nés		Y
✚ Présence de produits essentiels <ul style="list-style-type: none"> <li>• VIT K (oral ou injectable)</li> <li>• vaccinés (BCG--Polio oral)</li> <li>• ARV</li> </ul>	x	
✚ Formation et pratique de la méthode« kangourou »		
✚ Proportion d'accouchements dont le bébé a bénéficié de mise au sein précoce (allaitement à <1 heure après l'accouchement)		

## Appendix Eleven: FINAL Secondary Level Quarterly Quality Checklists (April 2016)



Check-list qualité des soins trimestriel – EPS 1,2,

**FBR 2015**

Informations Générales		
♦ Période de : _____ À : _____		♦ Date de l'évaluation : _____
♦ Formation sanitaire : EPS1, 2 de :		
♦ District Sanitaire :		♦ Région:
♦ Téléphone : ☎	♦ Fax :	♦ Boîte Postale :
♦ Pop. desservie : <input style="border: 1px solid #00a0e3; border-radius: 50%; width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	♦ Nombre de lits: <input style="border: 1px solid #00a0e3; border-radius: 50%; width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	♦ Nbre de personnel qualifié par catégorie: augmenter les lignes jusqu'à 10 1) _____ :   _____   2) _____ :   _____   3) _____ :   _____   4) _____ :   _____
♦ Ratio personnel qualifié/1000 habitants: <input style="border: 1px solid #e31a1c; border-radius: 10px; width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	♦ Nombre lits/1000 habitants : <input style="border: 1px solid #e31a1c; border-radius: 10px; width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	♦ Nbre de personnel non qualifié :   _____
➤ Nom et fonction du Responsable : _____		➤ Téléphones (du Responsable): _____
➤ B.P :	➤ E-mail (du Responsable) : _____	

Évaluateurs (faisant partie de la Mission de Vérification)			
#	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	SIGNATURE

## Synthèse trimestrielle de l'évaluation de la qualité des services des l'EPS 1 et 2

No	Activité évaluée	Points possibles A	Points attribués B	Score C=B/A	Pondération D	Score pondéré E=C*D
I	▪ gouvernance/ Leadership en gestion de qualité de soins					
II	▪ Hygiène, environnement, et stérilisation					
III	Services d'appui ▪ Services de laboratoire ▪ Services diagnostique-imagerie ▪ Services de médicaments					
IV	Chirurgie ▪ Services d'urgence ▪ Services de chirurgie et bloc opératoire					
V	▪ Services de Maternité et de de pédiatrie					
VI	▪ Services de Maladies Infectieuses ▪ Services de Maladies Chroniques					
<b>TOTAL :</b>					<b>100</b>	

**Observations :**

- **Recommandations :** à faire pour le prochain trimestre
- 
- 
-

**Volet I : Gouvernance/ Leadership en gestion de la qualité de soins**

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus	
1	<b>Leadership autour Q/S est fonctionnel</b>				
	<b>Critères type « Processus » :</b>				
	Analyses de la qualité de soins faite et traduite en actions d'amélioration de la qualité des soins, analyses de :				
	- No de cas de (quasi-)défauts - No d'audits de qualité de soins - Plaintes des patients				
	- Tout type de dépenses des fonds FBR utilisés pour améliorer la qualité de soins sont à tracer et représentent minimum de 40% de ces fonds				
	- audits médicaux des paiements menés - audits axés sur la diminution de paiements non-officiels;				
	<b>Critères type « Résultats » :</b>				
	<b>Q/S accueil et satisfaction des clients :</b>				
	- Lieux d'attente propre et sans ordures - Le triage selon la gravité et le numéro d'ordre est fait - Tarifs des prestations et des médicaments à jour affichés en un endroit accessible au public				
	- Proportion des plaints (des patients) résolus				
Durée d'attente du patient inférieure à 60min (renseigner à partir de la fiche d'évaluation) <b>Instructions de vérification:</b> ii. Une fois par mois (1 journée); installer une personne à l'entrée/ sortie de chaque avec une fiche pour chaque patient entrant. Chaque service doit remplir sur cette fiche l'heure (a) d'entrée et de sortie (b) du patient. Collecter à la sortie tous ces fiches afin de calculer les délais total et par service. ii. Pour la Mission de Vérification : prendre une échantillon de 10 patients et vérifiez les données sur le délai d'attente .					
<b>Score total :</b>					
2	<b>Gestion des Ressources humaines</b>				
	<b>Critères type « Processus » :</b>				
	Plan de formation en Q/S mise en œuvre				
	<b>Disponibilité de l'horaire de travail et du programme de garde :</b> Horaire de travail et programme de garde affichés dans un endroit accessible au public				
	<b>Critères type « Résultats » :</b>				

	Aucun jour d'absence du personnel pour des raisons non justifiées au cours des 3 derniers mois ( <i>vérification à partir d'un registre de présence ou des demandes d'absence</i> )				
	Score total :				
3	<b>L'équipement médical est conforme normes</b>				
	<b>Critères type « Processus » :</b>				
	Procédures de maintenance préventive respectées (eau, assainissement, électricité, ICT, équipement médicale)				
	<b>Critères type « Résultats » :</b>				
	Proportion des moyens de communication fonctionnels				
	Système d'oxygène prêt à utiliser				
	les matériaux médicaux sont prévus/ approvisionnés, reçus, stockés, et passés aux départements à temps et en quantités suffisants pour faire face à la demande.				
	Score total :				
4	<b>Système de suivi évaluation/SIS</b>				
	<b>Critères type « Processus » :</b>				
	- Rapport d'analyse mensuelle des données DSIS du trimestre évalué correctement sur les problèmes prioritaires en ( <i>consultations externes, Chirurgie, urgences, bloc opératoire, maternité, laboratoire</i> )				
	- tableau de bord FBR analysé et traduits en actions				
	- Rapport de supervision des services par le chef de service des soins infirmiers de l'EPS décrit la notification des actions à mener (qui, quand, où) – et le suivi des actions à mener décidées lors de la dernière visite de supervision... ( <b>Source de vérification</b> : rapport supervision)				
	- PV mensuel des réunions de coordination dans les services décrit la notification des actions à mener (qui, quand, où) – et le suivi des actions à mener décidées				
	Score total :				
	Score total Gouvernance :				

**Volet II : Hygiène, environnement, et stérilisation**

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
<b>Staff et patients en conditions de sécurité</b>				
	<b>Critères type « Processus » :</b>			
	- Précautions sont prises pour éviter les effets d'allergies - médicamenteuses			
	- Plan sécurité injections mise en œuvre			
	- Protocole transfusion sanguine de qualité utilisé			
	- Quantités suffisants de Plasma Frais Congelé (PFC), Culot de Globes Rouges (CGR) et plaquettes sanguines			
	- Protocoles pour le lavage des mains utilisé			
	- Système d'oxygène prêt à être utilisés			
	- Matériel de protection (masque facial, gants, eau plat & drains, ) disponibles en quantités suffisantes			
	- Toilettes fonctionnelles et absence de matières organiques, déchets, débroussaillé, convivial			
	- Présence d'une boîte de sécurité pour matériel d'injection dans chaque salle de soins			
	- matériels utilisés trempés (s'il y en a) dans les solutions de décontamination			
	<b>Critères type « Résultats » :</b>			
	- Absence d'ordures organiques et médicales, déchets, débroussaillé, convivial dans toutes les salles			
	- évidence de nettoyage, utilisation désinfectants			
	- Nbre de jours de rupture de stock de gants stériles			
	- absence infections iatrogènes			
	- absence effets d'allergies médicamenteuses prévisibles			
	- absence d'accidents liés à la transfusion sanguine			
	- Zéro jours de rupture de stock de sang			
	- Absence d'escarres			
	- Absence de plaies à cause d'accidents dans l'EPS			
	- Disponibilité de boîtes d'outil étiqueté, portant la date & heure de stérilisation			
	- Affichage du protocole de stérilisation – évidence que le respect de ce protocole a été supervisé chaque semaine			
<b>Score total Hygiène:</b>				



## Volet III : Services d'appui

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	<b>Services labo</b>			
	<b>Critères type « Processus » :</b>			
<b>1</b>	- No jrs d'ouverture 24/ 24, et 7/7 – avec personnel qualifié (soit : No d'heures de services d'urgence non-disponibles)			
	- Matériel fongible en labo (crachoirs, lames neuves, lames à plage, flacons à selles, flacons à urine, papier buvard) en quantités suffisantes par rapport à la demande de services			
	- produits réactifs disponibles en quantités suffisantes par rapport à la demande (colorantes, test de grossesse/ VIH/ TDR/ syphilis)			
	- Matériel de sécurité disponible pour, et utilisé par le staff du labo : seringues à usage unique, gants stériles, masques,			
	- Les résultats-labo sont validés et signés et contiennent un code unique pour chaque malade			
	<b>Critères type « Résultats » :</b>			
	- Tous les produits biochimiques essentiels sont présents en quantités suffisantes pour faire face à la demande moyenne mensuelle			
	- absence de produits biochimiques/ réactifs expirés (échantillon)			
	- absence de déchets de produits biochimiques et réactifs hors récepteurs sécurisés (observation)			
	- Preuve que les instruments sont calibrés			
- Chaque équipement en labo fonctionnel et bien tenu				
- Tous les résultats-labo sont stockés en respectant les règles de confidentialité				
<b>Score total Labo:</b>				
<b>TOTAL</b>				
	<b>2. Services diagnostique-imagerie</b>			
	<b>Critères type « Processus » :</b>			
<b>2</b>	- Rapport récent de sécurité radiation disponible			
	- Preuve que l'équipement a été testé, calibré et maintenu – la qualité des films a été évaluée			
	- Les demandes de radiographie ont toujours été satisfaites , signées par un médecin			
<b>Critères type « Résultats » :</b>				
Chaque demande a été suivie à temps (moins de 3 heures) par un rapport avec analyse diagnostique, et des conseils – et lié au lit du patient				

## Volet III : Services d'appui

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus							
	proportion de résultats d'imagerie disponible dans les délais ( <i>définir les délais</i> )										
<b>TOTAL score imagerie</b>											
1	<b>Gestion des Médicaments</b>										
	<b>Critères type « Processus » :</b>										
	- Concordance entre le stock théorique et le stock physique (vérifier pour les médicaments traceurs) - (vérifier pour les médicaments traceurs)										
	- Concordance entre les valeurs de la vente théorique et la vente réelle Valorisation comptes financiers des MEG										
	- Respect de la marge bénéficiaire sur la vente des médicaments (vérifier sur un échantillon de dix médicaments dans le dépôt de la formation sanitaire) <b>NB</b> : Marge bénéficiaire ne doit pas dépasser 23,33% du prix d'achat à la centrale d'achat										
	<b>Critères type « Résultats » :</b>										
	<b>Disponibilité de médicaments et de consommables traceurs (prendre un échantillon de 10 produits)</b> No de jours de rupture de stock 20 MEG 'tracer'										
	<b>1) Disponibilité des médicaments et des consommables traceurs</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<b>2) Absence de rupture de stock depuis la dernière évaluation</b>										
	<b>3) Absence de produits périmés</b>										
<b>4) PV d'inventaire mensuel des médicaments</b>											
<b>TOTAL score Médicaments</b>											
<b>TOTAL score Services d'appui</b>											

## Volet IV : Services de chirurgie et bloc opératoire

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
<b>Consultations externes</b>				
<b>1</b>	<b>Critères type « Processus » :</b>			
	<b>observation</b> consultation externe en chirurgie (échantillon)			
	- Durée moyenne de la consultation			
	- Procédures de consultation respectée (histoire maladie/ diagnostique faite/ traitement expliqué/ conseils fournis)			
	- Communication: respect, emphatique, sans stigmatisation, à l'écoute et exploration des problèmes,			
	<b>Critères type « Résultats » :</b>			
- Services jugés acceptables (sur le plan culturel, socio-économique) par les malades ( <b>intégrer dans les enquêtes ménages</b> )				
<b>Services d'Urgence</b>				
<b>2</b>	<b>Critères type « Processus » :</b>			
	Accueil des patients (réception, communication, disponibilité, réactivité)			
	Preuve que POS (Procédures Opérationnelles Standardisées) sont adaptées pour la structure			
	Les POS sont suivies de façon structurée , une personne rendue responsable pour les résultats			
	Tous les équipements (appareils de réanimation, produits d'urgences,...) disponibles, fonctionnels et prêts à être utilisés			
<b>TOTAL</b>				
<b>Hospitalisation</b>				
<b>3</b>	<b>Critères type « Processus » :</b>			
	<b>Dossiers des malades</b> hospitalisés : de 10 dossiers vérifiés, Toutes les informations nécessaires ont été notifiées, y compris des actions appropriées (traitement...) entreprises. Le protocole est respecté			
	Fiches de référence/contre-référence : d'au moins 10 fiches, il est vérifié - si la référence était correcte, - si la contre-référence indique les actions appropriées - Proportion de cas contre-référés au Centre de santé - No cas de références interne répondu par contre-référence			
	- <i>taux d'Occupation de lits</i>			
	- Le suivi du traitement est assuré			

## Volet IV : Services de chirurgie et bloc opératoire

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	<b>Critères type « Résultats » :</b>			
	absence d'escarres			
	Zéro cas de déshydratation			
	absence de cas d'infections « iatrogènes » (piques, IV, etc)			
<b>TOTAL Hospitalisation</b>				
<b>bloc opératoire</b>				
	<b>Critères type « Processus » :</b>			
	Planification appropriée du staff du bloc opératoire pour garantir la présence d'un personnel qualifié (chirurgien, infirmière, anesthésiste) à chaque moment que le bloc opératoire peut être fonctionnel - Planification développée mensuellement - Planification a été respectée			
	documents sur l'histoire médicale et d'appréciation anesthésie du malade disponibles pré-opérationnel (échantillon)			
	<i>la situation post-opératoire des malades documentée – et signé par les responsables - y compris :</i> - recommandations pour la continuation des soins ; - les particularités passées lors de l'opération			
	- paquets d'instruments stériles et gants, testé chaque jour (ce qui est documenté)			
	<b>Critères type « Résultats » :</b>			
	- absence de cas d'effets indésirables de l'anesthésie lors d'une opération			
	- Proportion d'infections post-opératoires 3 mois passé est <5%			
	- absence de cas <b>état septique</b> post-opératoire			
	- absence de cas de déhiscence de plaie abdominale postopératoire			
	-			
	- Zéro cas de corps étranger oublié lors d'une intervention			
	- absence d'accident de transfusion sanguine			
	- absence d'accidents survenus au cours d'une intervention chirurgicale.			

### Volet IV : Services de chirurgie et bloc opératoire

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	<b>observation bloc opératoire</b> fonctionnel et prêt à utiliser à tout moment :			
	absence déchet biomédical dans la salle			
	absence de matériel fongible (bistouri, seringues, ...) hors réceptacles			
	Présence d'équipement de trachéotomie prêt à être utilisé			
	Présence d'Appareils de réanimation disponible prêt à être utilisé			
	<i>dossier du malade complet disponible en pré-opératoire</i>			
	<i>Présence de produits d'anesthésie et de stérilisation</i>			
<b>Total bloc opératoire</b>				

### Volet V : Services de Maternité

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
<b>Organisation des services SR</b>				
<b>Critères type « Processus » :</b>				
1	<b>Observations</b> lors de services de CPN/ CPoN/ PF consultation selon les normes (Paquet intégré de services) :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Communication: respectueux, empathique, sans stigmatisation, à l'écoute/ exploration des problèmes,</li> <li>- explication du traitement et ordonnance</li> <li>- discussion sur le PF après accouchement</li> <li>- informations sur les signes de complications obstétricales données</li> </ul>		
	- Information sur la client échangée lors de chaque acte de référence interne (échantillon de 10 cas)			
	- preuve que les normes et protocoles sont suivies et contrôlées			
	- Sur au moins 50 <b>clientes</b> : vérifier dans le registre CPN si les informations sur prévention, nutrition,			

### Volet V : Services de Maternité

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	vaccinations et la préparation de l'accouchement sont fournies			
	<b>Total conditions appropriées dans la maternité</b>			

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	<b>Critères type « Résultats » :</b>			
2	-			
	-			
	-			
	<b>Traitement correct des femmes enceintes (Sur au moins 50 clientes : vérifier dans le registre CPN)</b>			
3	- sulfadoxine pyriméthamine / nbre de cas de pré-éclampsie			
	- nbre total de femmes ayant reçu un B-bloquant/ nbre de femmes an CPN avec hypertension			
	- nbre total de femmes ayant reçu un antibiotique/ nbre de femmes avec fièvre			
	- vérifier sur 50 dossiers de patientes l'utilisation du partogramme lors de l'accouchement			
	- Proportion de femmes accouchées ayant reçu ocytocine directement post-partum			
4	- Proportion (nombre ?) de ruptures du périnée			
5	<b>Observation Salle d'accouchements</b>			
	- Un minimum de 3 Boîtes d'accouchement d'urgence correctes – et prêtes à être utilisées			
	Hygiène conformes normes : - Absence de déchets médicaux - absence de matériel fongible (bistouri, seringues, ...) hors réceptacles			
	<b>Total résultats maternité</b>			
	<b>Total maternité</b>			

### Volet VI: Services de Maladies Infectieuses et non-infectieuses

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	<b>Critères type « processus » :</b>			
	VIH/ SIDA,			

**Volet VI: Services de Maladies Infectieuses et non-infectieuses**

No	Indicateurs/Résultats à évaluer	Critères de validation	Points Max.	Points Obtenus
	- les critères et conditions de mise sous ARV du protocole standard national VIH/SIDA sont remplis - pour un échantillon de 10 VIH-positives			
	- Facteurs de risques VIH/SIDA (piques, exposition au sang ) connus par les Agents de santé			
	-			
	-			
	-			
	-			
	-			
	-			
	-			
	-			
	<b>Critères type « résultats » :</b>			
	-			
	- Zéro mortalité d'enfants <5 avec syndrome diarrhéique			
	-			
	-			
	- Zéro mortalité d'enfants <5 pour paludisme grave			
	-			
	-			
<b>TOTAL</b>				

♦ District : \_\_\_\_\_      ♦ EPS1,2 : \_\_\_\_\_  
 ♦ Date : \_\_\_\_\_

**25. Recommandations non-appliquées du trimestre précédent et leurs justifications**

**26. Points forts identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre**

**27. Points à améliorer identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre**

**28. Recommandations par rapport aux points à améliorer**

---

◆ Signature de l'évaluateur

---

◆ Date