**REPUBLIQUE DE GUINEE**

**MINISTERE DE LA SANTE**

**=======**

**Bureau de Stratégie et de Développement (BSD)**

**GUIDE de SUPERVISION TRIMESTRIELLE de**

**la mise en œuvre de la lettre de mission 2019**

**NIVEAU : District sanitaire KOUBIA**

**Mai 2019**

**Identification**

**Région sanitaire de :** ……………………………LABE

**District sanitaire de :** ……………………………KOUBIA

**Nombre de centres de santé** : …………………6

**Date de la dernière supervision** : ………………06/01/2019

**Date de la supervision actuelle** : 21/05/2019

**Période concernée par la supervision actuelle** : Premier Trimestre 2019

Généralités

**Généralités**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Noms et prénoms des superviseurs** | **Fonction/Service** |
| 1 | Dr BALDE Alpha | DNPM |
| 2 | Dr FOFANA Ansoumane | DNSCMT |
| 3 | Dr DIALLO Souleymane Mouminatou | PFR/DRS |
| 4 | Mr KAMANO Saa | Chargé des statistiques/DPS |
| 5 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Noms et prénoms des agents supervisés** | **Qualification/Fonction** |
| 1 | Dr KOUROUMA Thierno Ibrahima | Médecin de santé publique /DPS |
| 2 | Dr BARRY Ibrahima Mariama | Médecin/ PFR / PF/RHS |
| 3 | Dr TRAORE Mamady Sira | Médecin/SBC |
| 4 | Mr Saa KAMANO | Infirmier/Gestionnaire des données |
| 5 | Mr DIALLO Amadou Sadio | Chargé de communication |
| 6 | Mr DIALLO Djibril | Chargé de logistique |
| 7 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature du chef de l’équipe de supervision** | **Signature du responsable de la structure supervisé** |

1. **ORIENTATIONS DE LA SUPERVISION**

**1. Objectifs de la supervision**

Vérifier par l’équipe de la supervision (ECD, ECR, niveau central et PTF), le niveau de réalisation des engagements contenus dans la lettre de mission de la Direction Préfectorale de la Santé. De façon spécifique, il sera question de :

* Mesurer le niveau de réalisation des activités prévues dans la gouvernance ;
* Apprécier la qualité des activités de gouvernance ;
* Vérifier la qualité de la gestion des ressources ;
* Mesurer le niveau d’évolution des indicateurs des structures de soins de la préfecture ;
* Analyser les points forts et les points à améliorer ;
* Appuyer la Direction Préfectorale de la Santé dans l’élaboration et le suivi des plans d’amélioration.

**2. Méthode de travail**

La supervision des DPS est faite par une équipe conjointe Niveau Central, DRS et Partenaires Techniques.

Le Ministère à travers le Bureau de Stratégie et de Développement (BSD) envoie 10 jours avant le début de la mission, une lettre d’information au DRS qui va se charger à son tour de saisir les DPS relevant de sa circonscription administrative. La lettre précise la liste des documents administratifs et techniques à préparer et le calendrier de la supervision.

**2.1 Supports**

Les supports de cette supervision porteront sur des aspects quantitatifs et qualitatifs.

* **Au titre des aspects quantitatifs :**
* Plan d’Action Opérationnel 2019 ;
* Rapports de supervision ;
* Supports du Système national d’Information Sanitaire (SNIS) ;
* Rapports des instances de la DPS ;
* Plan de formation intégré par préfecture ;
* Procès-verbaux des réunions ;
* Rapports d’exécution du Plan d’Action Opérationnel ;
* Rapports d’exécution des recommandations du Ministère.
* **Au titre des aspects qualitatifs :**
* Supports en lien avec les outils de gestion ;
* Supports de gestion des produits de santé ;
* Supports de gestion du personnel ;
* Supports de gestion des prestations (CPC, CPN, PTME, Accouchements assistés, vaccination et Césarienne).
* **Au titre de la gouvernance globale :**
* Documents de planification ;
* Supports des réunions internes ;
* Supports de collecte et d’analyse du SNIS ;
* Supports de collecte et d’analyse de la surveillance épidémiologique ;
* Rapports de supervisions ;
* Rapports de gestion financière ;
* Documents de gestion des équipements et moyens logistiques.
  1. **Evaluation de la qualité**

En ce qui concerne l’évaluation de la qualité, il a été retenu :

* **Atteinte de la qualité :** des stratégies efficaces sont menées pour améliorer le niveau des indicateurs contractuels.
* **Mesure de la qualité** : les critères de qualité basés sur la Roue de la qualité (Planification, exécution et suivi) et le choix de 5 sous critères majeurs par critère pour alléger la charge de travail et faciliter le ciblage des actions prioritaires.

**3. Composition et préparation de l’équipe de supervision**

La supervision étant intégrée, chaque équipe sera composée de représentants des différents services centraux dont :

* Un de la Direction Nationale des Établissements Hospitaliers et de l’Hygiène Sanitaire ;
* Un de la Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition ;
* Un de la Direction Nationale de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle ;
* Un de la Direction Nationale de la Pharmacie et des Médicaments,
* Un de la Direction des Ressources Humaines ;
* Un du Bureau de Stratégie et de Développement ;
* Un du STCCSS ;
* Un Représentant des Partenaires techniques et financiers intervenant dans la gouvernance.

Les équipes de supervision suivront pendant une journée une séance d’harmonisation de la compréhension des outils devant être utilisés sur le terrain.

**4. Exécution de la mission sur le terrain**

* Tenue d’une réunion d’explication des termes de référence de la mission avec l’Equipe cadre de la DPS ;
* Organisation d’une mission de terrain dans 2 Centres de santé et à l’hôpital préfectoral pour mesurer l’effet du niveau préfectoral sur les formations sanitaires, en utilisant les supports de vérification élaborés par le Ministère de la Santé (Gouvernance, prestations et gestion des ressources) ;
* Répartition des tâches pour l’évaluation de la performance de la DPS qui comprendra trois parties : (1) Mesure quantitative des performances, (2) Evaluation de la qualité des stratégies d’atteinte des niveaux des indicateurs, (3) Evaluation de la gouvernance globale de la DPS ;
* Restitution de la synthèse des résultats de la supervision
* Présentation des constats de terrain au niveau des formations sanitaires,
* Présentation des résultats de l’évaluation quantitative et qualitative de la gouvernance de la DPS,
* Présentation des résultats de l’évaluation globale, analyse des problèmes,
* Elaboration du plan d’amélioration.

**5. Rapport attendu**

Au terme de la mission, l’équipe élaborera un rapport contenant :

* Les objectifs et la méthodologie de travail utilisée ;
* Les constats de terrain au niveau des structures ;
* Les résultats par rapport à la lettre de mission ;
* L’appréciation de la qualité des stratégies d’amélioration des indicateurs ;
* Les résultats d’appréciation de la gouvernance globale du district ;
* L’appréciation de la performance globale de la DPS ;
* Les points forts et les points à améliorer ;
* Le plan d’amélioration et de suivi des résultats ;
* Les informations annexes.

1. **GRILLES DE SUPERVISION**

**B.1. EVALUATION QUANTITATIVE DE LA LETTRE DE MISSION**

* **Mesurer le niveau de réalisation des activités prévues dans la gouvernance**

**1. Exécution des activités phares**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Activités prioritaires** | **Prévis**  **Période** | **Réalisation**  **Période** | **Prévu Cumulé** | **Réalisation cumulée** | **% Réalisation cumulé** |
| 1 | Plan d’Action Opérationnel intégré de la DPS (1) | 1 | 1 |  |  |  |
| 2 | Nombre de structures sanitaires supervisés  (Existant x 4) | 1 | 1 |  |  |  |
| 3 | Données collectées et envoyées à la DRS et au BSD (12) | 3 | 3 |  |  |  |
| 4 | Tableau de bord de suivi des indicateurs clés (12) | 3 | 3 |  |  |  |
| 5 | Recherche opérationnelle (2) | 1 | 0 |  |  |  |
| 6 | Instances de coordination avec les PTF (2) | 1 | 1 |  |  |  |
| 7 | Formations intégrées pour le personnel (4) | 1 | 0 |  |  |  |
|  | **Total des activités** | 11 | 9 |  |  |  |
| **Taux d’exécution** | 82% | |  |  |  |

**2. Tenue des réunions**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Paramètres** | **Prévision période** | **Réalisation**  **période** | **Prévis. Cumulée** | **Real. Cumulée** | **% réalisé** |
| 1 | Nombre de réunions de Directions | 6 | 6 |  |  |  |
|  | **Total** | 6 | 6 |  |  |  |
|  | **Taux de réalisation** | 100% | |  |  |  |

**3. Autres activités du PAO et Recommandations**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Paramètres** | **Prévision période** | **Réalisation**  **Période** | **Prévision**  **Cumulée** | **Réalisé/ cumulé** | **% réalisation** |
| 1 | Recommandations émises | 21 | 19 |  |  |  |
| 2 | Autres activés du PAO | 7 | 6 |  |  |  |
|  | **Taux de réalisation** | 89% | |  |  |  |

* **Mesurer le niveau d’évolution des indicateurs des structures de soins de la préfecture**

**Evolution des indicateurs traceurs**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Paramètres** | **Prévision période** | **Réalisation**  **période** | **Prévision**  **cumulée** | **Réalisé/ cumulés** | **% réalisation** |
| 1 | Disponibilité des Outils de Gestion | 95% | 95% |  |  | 95% |
| 2 | Disponibilité des médicaments des CS | 80% | 77% |  |  | 77% |
| 3 | % de présence du personnel au poste | 85% | 85% |  |  | 85% |
| 4 | Nombre de contacts CPC habitant/ an | 10155 | 5716 |  |  | 56% |
| 5 | Nombre de CPN 4 | 979 | 978 |  |  | 100% |
| 6 | Taux de couverture en CPN 4 | 75% | 100% |  |  | 100% |
| 7 | Nombre accouchements assistés | 778 | 747 |  |  | 96% |
| 8 | Taux d’accouchements assistés | 50% | 96% |  |  | 96% |
| 9 | Nombre d’enfants complétement vaccinés | 979 | 969 |  |  | 99% |
| 10 | Taux de couverture effective du PEV | 85% | 99% |  |  | 99% |
| 11 | Nombre de césariennes | 20 | 28 |  |  | 140% |
| 12 | % de césariennes | 1,70 | 2,38 |  |  | 2.38% |
|  | Taux d’exécution moyen | 95% | |  |  |  |

**B.2. EVALUAT ION QUALITATIVE DES STRATEGIES VISANT A AMELIORER LES INDICATEURS DE RESULTATS DES STRUCTURES AU NIVEAU DE LA DPS**

* **Apprécier la qualité des activités de gouvernance**
* **Vérifier la qualité de la gestion des ressources**

| **CRITERE QUALITE** | **SOUS CRITERES** | **MOYENS DE VERIFICATION** | **SCORE**  **Non = 0**  **Oui = 1** |
| --- | --- | --- | --- |
| Disponibilité des Outils de Gestion | Les outils de gestion à utiliser par type de structures sont connus | Liste des types d’outils de gestion à utiliser | 1 |
| Les besoins sont estimés et centralisés au niveau DPS | Fiche de centralisation des besoins | 1 |
| Les commandes faites par les structures sont connues | Copies des bons de commandes | 1 |
| Les livraisons sont faites par les fournisseurs agréés | Copies des PV de réception signés par les habilités | 1 |
| Il existe un suivi du système de gestion des Outils | Fiche d’inventaire mensuel par structure | 1 |
| Il existe un plan d’amélioration | Plan d’amélioration au niveau préfectoral | 0 |
| **Total sur 6** |  |  | 5 |
| Disponibilité des vaccins | Les outils de gestion à utiliser par type de structures sont connus | Liste des types d’outils de gestion à utiliser | 1 |
| Les besoins sont estimés et centralisés au niveau DPS | Fiche de quantification des besoins | 1 |
| Les commandes faites par les structures sont connues | Copies des bons de commandes | 1 |
| Les livraisons sont faites par les fournisseurs agréés | Copies des PV de réception signés par les habilités | 1 |
| Il existe un suivi du système de gestion des vaccins | Fiche d’inventaire mensuel par structure | 1 |
| Il existe un plan de résolution des problèmes | Plan d’amélioration | 0 |
| **Total sur 6** |  |  | 5 |
| Disponibilité des autres produits de santé | Les outils de gestion à utiliser par type de structures sont connus | Liste des types d’outils de gestion à utiliser | 1 |
| Les besoins sont estimés et centralisés au niveau DPS | Fiche de centralisation des besoins | 1 |
| Les commandes faites par les structures sont connues | Copies des bons de commandes | 1 |
| Les livraisons sont faites par les fournisseurs agréés | Copies des PV de réception signés par les habilités | 1 |
| Il existe un suivi du système de gestion des produits | Fiche d’inventaire mensuel par structure | 1 |
| Il existe un plan de résolution des problèmes | Plan d’amélioration | 0 |
| **Total sur 6** |  |  | 5 |
| Présence du personnel au poste de travail | Le personnel de l’équipe cadre de district est connu | Ficher du personnel | 1 |
| Le travail est reparti selon une description de poste à la DPS | Organigramme,  Description de postes ;  Agenda de travail | 1 |
| Les présences sont contrôlées | Fiche de pointage mensuel des présences | 1 |
| Le suivi des activités de la GRH des structures est fait mensuellement | Liste des contrôles de présence par structure par mois | 1 |
| Le niveau central est informé pour prises de décision | Lettre de transmission à la DRH et au BSD | 0 |
| Il existe un plan de résolution des problèmes | Plan d’amélioration | 0 |
| **Total sur 6** |  |  | 4 |
| Le taux de consultation Primaire Curative est en hausse | La population cible en CPC est connue au niveau de la préfecture | Tableau des populations par structure  Tableau préfectoral | 1 |
| Les rapports des structures avec CPC sont reçus mensuellement | Rapports des CS, CSA et hôpital | 1 |
| Les données de la CPC sont analysées | Tableau de comparaison mensuelle | 1 |
| Il existe un plan de résolution des problèmes | Plan d’amélioration | 1 |
| **Total sur 4** |  |  | 4 |
| Le taux de PTME augmente | La population cible en PTME est connue au niveau de la préfecture | Tableau des populations cibles par structure  Tableau préfectoral | 1 |
| Les rapports des structures avec PTME sont reçus mensuellement | Rapports des CS, CSA et hôpital | 1 |
| Les données de la PTME sont analysées | Tableau de comparaison mensuelle | 1 |
|  | Il existe un plan de résolution des problèmes | Plan d’amélioration | 1 |
| **Total sur 4** |  |  | 4 |
| Le taux de CPN 4 | La population cible en CPN est connue au niveau de la préfecture | Tableau des populations cibles par structure  Tableau préfectoral | 1 |
| Les rapports des structures avec CPN sont reçus mensuellement | Rapports des CS, CSA et hôpital | 1 |
| Les données de la CPN sont analysées | Tableau de comparaison mensuelle | 1 |
| Il existe un plan de résolution des problèmes | Plan d’amélioration | 1 |
| **Total sur 4** |  |  | **4** |
| Le nombre d’accouchements assistés (AA) augmente | La population cible est connue au niveau de la préfecture | Tableau des populations cibles par structure  Tableau préfectoral | 1 |
| Les rapports des structures avec AA sont reçus mensuellement | Rapports des CS, CSA et hôpital | 1 |
| Les données sur les AA sont analysées | Tableau de comparaison mensuelle | 1 |
| Les causes des décès maternels sont analysées | Rapports sur les audits des décès maternels. | 1 |
| Il existe un plan de résolution des problèmes | Plan d’amélioration | 1 |
| **Total sur 5** |  |  | **5** |
| Le taux de couverture en PEV augmente | La population cible en PEV est connue au niveau de la préfecture | Tableau des populations cibles par structure  Tableau préfectoral | 1 |
| Les rapports des structures avec PEV sont reçus mensuellement | Rapports des CS, CSA et hôpital | 1 |
| Les données sur les PEV sont analysées | Tableau de comparaison mensuelle | 1 |
| Il existe un plan de résolution des problèmes | Plan d’amélioration | 1 |
| **Total sur 4** |  |  | **4** |
| Le taux de césarienne est conforme aux normes | Le nombre de césariennes attendues est connu | Tableau des cibles par sous-préfecture | 1 |
| Les rapports des structures concernées sont reçus mensuellement | Rapports mensuels des CSA et hôpitaux | 1 |
| Les rapports sont analysés par sous- préfecture | Tableau des écarts avec rapports d’analyse | 1 |
| Un plan d’amélioration est élaboré | Plan d’amélioration de la référence et contre référence | 1 |
| **Total sur 4** |  |  | **4** |
| **TOTAL SUR 49** |  |  | 44 |

**B.3. EVALUATION QUALITATIVE DE LA GOUVERNANCE GLOBALE DE LA DIRECTION PREFECTORALE DE LA SANTE DE**

| **CRITERES** | **SOUS CRITERES** | **METHODE ET SOURCE DE VERIFICATION** | **Non = 0**  **Oui = 1** |
| --- | --- | --- | --- |
| Le PAO du district est réalisé selon les normes | Il existe une analyse de la situation comme base de programmation des activités du PAO | Vérifier la description de l’analyse situationnelle dans le PAO | 1 |
| Chaque structure a un PAO conforme aux directives | PAO par structure selon le format CS, HP et DPS | 1 |
| Le PAO est exécuté selon le chronogramme établi | Rapports d’activités disponibles | 1 |
| La mise en œuvre des PAO est suivie | Rapports d’analyse de la mise en œuvre des PAO ;  Rapports d’activités disponibles ;  Plan d’amélioration | 1 |
| **Total sur 4** |  |  | 4 |
| Les réunions au niveau de la DPS se tiennent selon les normes | Les réunions se tiennent avec un ordre du jour | Lettre d’invitation aux réunions | 0 |
| Les réunions font l’objet d’un PV | Procès-verbaux des réceptions disponibles | 1 |
| Les recommandations des réunions sont suivies | Plan de suivi des recommandations | 1 |
| **Total sur 3** |  |  | 2 |
| Les rapports SNIS sont analysés et suivis de décisions | Les données sont collectées à temps et de façon complète sur les indicateurs traceurs | Tableau de promptitude de la DPS  Tableau de complétude de la DPS | 1 |
| Les taux de concordance trimestrielle entre les rapports et les supports de données | Rapport de concordance | 1 |
| Les données des CS et hôpitaux sont analysés | Rapport d’enquête sur les données | 1 |
| Les analyses sont suivies de mesures correctrices | Plan de recommandations et de suivi | 1 |
| **Total sur 4** |  |  | 4 |
| Supervision des structures | Les structures à superviser sont connues avec un plan | Liste des structures  Plan de supervision | 1 |
| Les supervisions se font selon un canevas | Guide de supervision disponible | 1 |
| Les supervisions sont assorties d’un rapport et d’un feedback pour les structures | Rapports de supervisions avec recommandations par structure | 1 |
| Les supervisions font l’objet d’un suivi | Plan d’amélioration  Rapport dévolution des recommandations et résultats | 1 |
| **Total sur 4** |  |  | 4 |
| Gestion des Ressources matérielles | Les biens devant faire l’objet de maintenances sont connus | Registre d’inventaire des infrastructures sanitaires  Registre d’inventaire des équipements  Registre d’inventaire des moyens logistiques | 1 |
| Un plan de maintenance préventive est élaboré | Plan de maintenance disponible | 1 |
| Les activités de maintenances sont connues | Rapports de maintenance par structure et au niveau préfectoral | 1 |
| Les recommandations sur la maintenance sont appliquées | Rapport de recommandations et de suivi | 0 |
| **Total sur 4** |  |  | 3 |
| Gestion financière | Les supports de gestion sont disponibles | Livre de caisse  Manuel de procédures de gestion financière | 1 |
| Les outils sont tenus et à jour | Livre de caisse  Chronos de pièces justificatives par nature | 1 |
| La gestion financière est suivie | Rapports financiers | 0 |
| **Total sur 3** |  |  | 2 |
| Surveillance épidémiologique | Les équipes EPARE sont fonctionnelles | Liste des membres | 1 |
| Les moyens d’intervention sont disponibles | Etat des moyens logistiques | 1 |
| Les moyens de protection sont disponibles | Fiche de stocks des EPI | 1 |
| La DPS renseigne le dispositif de surveillance | Rapports de notification à l’ANSS | 1 |
| Les équipes mènent des activités d’investigations et de riposte | Rapports d’intervention | 1 |
| **Total sur 5** |  |  | 5 |
| **TOTAL SUR 27** |  |  | 24 |

**B.4. EVALUATION DE LA PERFORMANCE GLOBALE DE LA DPS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Activités prioritaires** | **Note de la période** | **Quantité cumulée** | **Base** |
| 1 | **SCORE QUANTITATIF** | | | |
| 1.1 | Réalisation des activités phares | 25 |  | 30 |
| 1 .2 | Tenue des réunions de coordination | 10 |  | 10 |
| 1.3 | Autres Activités du Plan d’Action | 9 |  | 10 |
| 1.4 | Evolution des indicateurs de résultat | 48 |  | 50 |
| **Sous total 1** | | **92** |  | **100** |
| 2 | **SCORE DE QUALITE DE LA LETTRE DE MISSION** | | | |
| 2.1 | Disponibilité des outils de gestion | 8 |  | 10 |
| 2.2 | Disponibilité des vaccins | 8 |  | 10 |
| 2.3 | Disponibilité des produits de santé | 8 |  | 10 |
| 2.4 | Contrôle des présences | 7 |  | 10 |
| 2.5 | Consultation Curative Primaire | 10 |  | 10 |
| 2.6 | Prévention de la TME | 10 |  | 10 |
| 2.7 | Consultation Prénatale | 10 |  | 10 |
| 2.8 | Accouchements assistés | 10 |  | 10 |
| 2.9 | Couverture vaccinale PEV | 10 |  | 10 |
| 2.10 | Taux de césarienne | 10 |  | 10 |
| **Sous total 2** | | **91** |  | **100** |
| 3 | **ASPECT GOUVERNANCE GLOBALE** |  |  |  |
| 3.1 | Planification (PAO) | 10 |  | 10 |
| 3.2 | Réunion et Communication | 7 |  | 10 |
| 3.3 | Rapportage SNIS | 20 |  | 20 |
| 3.4 | Suivi Evaluation (supervision) | 20 |  | 20 |
| 3.5 | Gestion des Ressources matérielles | 8 |  | 10 |
| 3.6 | Gestion des ressources financières | 13 |  | 20 |
| 3.7 | Surveillance épidémiologique | 10 |  | 10 |
|  | **Sous total 3** | **88** |  | **100** |
|  | **Total** | **271** |  | **300** |
|  | **Performance globale** | **90%** | | |

**Encadre 1 :** Echelle d’appréciation

* Performance supérieure à 85% : haute performance
* Performance entre 85% et 75% : performance moyenne
* Performance inférieure à 75% : faible performance

**APPRECIATION**

Sur la réalisation de la lettre de mission

**Le district sanitaire de koubia est à 92% de performance.**

Sur la mise en œuvre des activités d’amélioration des indicateurs

**Le district sanitaire de koubia est à 91 % de performance.**

Sur la Gouvernance globale de la DPS

**Le district sanitaire de koubia est à 88% de performance.**

**CONCLUSION**

**Le district sanitaire de koubia se trouve à une performance globale de 90%.**

|  |  |
| --- | --- |
| **LE CHEF DE L’EQUIPE DE SUPERVISION** | **LE DIRECTEUR PREFECTORAL DE LA SANTE** |

**B.5. ANALYSE STRATEGIQUE**

**Points forts**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Domaines** | **Facteurs favorisants** |
| I | Eléments quantitatifs de la lettre de mission |  |
| 1 | Existence d’un PAO intégré du district | Organisation des ateliers de planification  Réunions de coordination |
| 2 | Supervision de sept (7) structures sanitaires | Ressources propres des structures  Appui financier des supervisions par les PTF |
| 3 | Les données sont collectées et envoyées à la DRS et BSD | Disponibilité des bases de données au niveau DPS, CS et hôpital  Fonctionnalité du DHIS2 |
| 4 | Existence d’un tableau de bord de suivi des indicateurs clés | Disponibilité des tableaux de bord et affichés |
| 5 | Tenue des réunions de Direction | Appui financier du Stop Palu+ |
| II | Qualité des stratégies en lien avec les indicateurs de résultats |  |
|  | Par rapport aux indicateurs de résultats, le district sanitaire est dépassement par rapport au contrat d’objectif | Sous-estimation des populations cibles  Vérification des concordances à travers des fiches RDQA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| III | Qualité du management global de la DPS |  |
| 1 | Réalisation du PAO du district selon les normes | Appui financier |
| 2 | Réalisation de la supervision des sept (7) structures sanitaires | Appui financier  Disponibilité des ressources humains formées |
| 3 | La gestion financière est réalisée selon les normes et procédures | Disponibilité des outils de gestion à jour |
| 4 | La surveillance épidémiologique est réalisée selon les directives | Existences des outils de gestion  Existence de la logistique  Disponibilités des ressources humaines formées |
| 5 | Les instances de coordination avec les PTF sont tenues | Financement par les PTF |

**Points faibles**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Domaine** | **Causes** |
| I | Eléments quantitatifs de la lettre de mission |  |
| 1 | La recherche opérationnelle n’est pas réalisée | Programmée pour le second trimestre  Insuffisance de formation en recherche opérationnelle |
| 2 | Les Formations intégrées pour le personnel ne sont pas réalisées | Retard de financement par les PTF |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| II | Qualité des stratégies en lien avec les indicateurs de résultats |  |
|  | Toutes les réalisations des indicateurs sont en dépassement | Sous-estimation des prévisions  Ouverture des postes de santé  Recrutement des nouveau agents par l’Etat et les Projets |
|  |  |  |
|  |  |  |
| III | Qualité du management global de la DPS |  |
|  | Manque de plan d’amélioration et de mise en œuvre des recommandations | Les recommandations sont réalisées de façon linéaires |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**B.6. RECOMMANDATIONS PARTAGEES ET PLAN D’AMELIORATION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Problèmes** | **Activités à réaliser** | **Responsables** | **Délai** |
| La recherche opérationnelle n’est pas réalisée | Former l’équipe cadre en recherche opérationnelle | PFR | Juin 2019 |
| Réaliser une recherche par semestre | DPS | Juin 2019 |
| Les formations intégrées pour le personnel ne sont pas réalisées | Faire le plaidoyer pour le financement des formations intégrée du personnel par les PTF(PASSP) | DPS | Mai 2019 |
| Organiser la formation intégrée du personnel par les PTF (PASSP) | DPS | Juin 2019 |
| Toutes les réalisations des indicateurs sont en dépassement | Revoir les prévisions au niveau des contrats | MS | Juillet 2019 |
| Valider les données des structures par les contre-monitorage | DPS | Juin 2019 |
| Revoir le mode de calcul de certains indicateurs | MS | Juillet 2019 |
| Manque de plan d’amélioration et de mise en œuvre des recommandations | Elaborer systématiquement les plans d’amélioration et de suivi des recommandations | DPS | Mai 2019 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

DATE : ……………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Le Directeur Préfectoral de la Santé** |  |  | **Le Directeur Régional de la Santé** |

**ANNEXES**

**Annexe 1 : SITUATION DES RESSOURCES**

* **MOYENS FINANCIERS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Source de financement** | **Crédits** | **Dépenses** | **Solde** |
| Etat/Salaire des fonctionnaires pour trois mois | 520 938 467 | 504 851 467 | 16 087 000 |
| Recettes propres des CS pour le trimestre | 67 920 500 | 32 196 000 | 35 724 500 |
| Recettes propres HP | 24 470 000 | 14 995 800 | 9 474 200 |
| BM/PASSP | 184 774 000 | 153 574 000 | 31 200 000 |
| OHFOM | 2 800 000 | 2 800 000 | 0 |
| UNICEF (CC) | 122 000 000 | 122 000 000 | 0 |
| STOP PALU (RM, MILDA) | 33 375 000 | 33 375 000 | 0 |
| GAVI/PEV (TMN1) | 54 023 000 | 54 023 000 | 0 |
| OMVS/OCPH | 18900000 | 18900000 | 0 |
| **TOTAL GENERAL** | **1 029 200 967** | **936 715 267** | **92 485 700** |

* **MOYENS MATERIELS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements Essentiels** | **Nombre** | **Etat de fonctionnalité** | **Observations** |
| Véhicule de supervision | 2 | 2 | DPS |
| Ordinateurs portables | 6 | 5 |  |
| Ordinateurs bureautiques | 5 | 4 | DPS=5 |
| Réfrigérateur | 2 | 1 | DPS=2 |
| Congélateur | **0** | **0** |  |
| Groupe électrogène | 0 | 0 |  |
| Motos | 5 | 5 |  |
| **Kits solaires** | **4** | **4** |  |
| Climatiseurs | **0** | **0** |  |

* **MOYENS HUMAINS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Catégories socioprofessionnelles** | **Nombre** | **En poste** | **Observations** |
| MEDECIN | 15 | 15 | 3 FORMATION |
| PHARMACIEN | 1 | 0 | MUTE |
| BIOLOGISTE | 3 | 3 |  |
| IE | 26 | 26 |  |
| SAGE-FEMME | 10 | 10 | 1 MALADIE, un Congé de maternité |
| TSSP | 1 | 1 |  |
| T. LABO | **3** | **3** |  |
| ATS | 28 | 26 | 2 MUTES |
| PREFECTURE | 86 | 83 | Moins les agents en formations, les malades et les femmes en congé de maternité |

**Annexe 2. SITUATON DES INDICATEURS PAR STRUCTURE**

* **NIVEAU DES INDICATEURS CLES DES CENTRES DE SANTE ET HOPITAUX/CMC DU DISTRICT SANITAIRE**

**Mois 1 : Janvier 2019**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Structures publiques** | **Disponibilité des outils de gestion (%)** | **% de présence du personnel au poste** | **Nombre de CPN4** | **Nombre d’AA** | **Nombre de Césariennes** | **Nombre d’enfants complètement vaccinés** |
| 1 | Fafaya | 100% | 100% | 49 | 49 | **NA** | **66** |
| 2 | Gadha woundou | 100% | 92% | 18 | 9 | **NA** | **25** |
| 3 | Koubia centre | 100% | 100% | 93 | 54 | **NA** | **76** |
| 4 | Matakaou | 100% | 100% | 51 | 41 | **NA** | **55** |
| 5 | Missira | 100% | 100% | 38 | 33 | **NA** | **37** |
| 6 | Pilimini | 100% | 100% | 70 | 39 | **NA** | **77** |
| 7 | Hôpital | 100% | 88% | NA | 33 | **6** | **NA** |
| **Moyenne** | | **100%** | **97%** | **53** | **37** | **6** | **56** |

**Mois 2 : FEVRIER 2019**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Structures publiques** | **Disponibilité des outils de gestion (%)** | **% de présence du personnel au poste** | **Nombre de CPN4** | **Nombre d’AA** | **Nombre de Césariennes** | **Nombre d’enfants complètement vaccinés** |
| 1 | Fafaya | 100% | 100% | 52 | 54 | **NA** | **69** |
| 2 | Gadha woundou | 100% | 90% | 21 | 22 | **NA** | **14** |
| 3 | Koubia centre | 100% | 100% | 92 | 50 | **NA** | **77** |
| 4 | Matakaou | 100% | 100% | 52 | 42 | **NA** | **54** |
| 5 | Missira | 100% | 100% | 38 | 26 | **NA** | **38** |
| 6 | Pilimini | 100% | 89% | 72 | 52 | **NA** | **78** |
| 7 | Hôpital | 100% | 91% | NA | 33 | **12** | **NA** |
| **Moyenne** | | **100%** | **96%** | **55** | **40** | **12** | **55** |

**Mois 3 : MARS 2019**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Structures publiques** | **Disponibilité des outils de gestion (%)** | **% de présence du personnel au poste** | **Nombre de CPN4** | **Nombre d’AA** | **Nombre de Césariennes** | **Nombre d’enfants complètement vaccinés** |
| 1 | Fafaya | 100% | 96% | 46 | 48 | **NA** | **68** |
| 2 | Gadha woundou | 100% | 100% | 33 | 13 | **NA** | **20** |
| 3 | Koubia centre | 100% | 100% | 74 | 38 | **NA** | **76** |
| 4 | Matakaou | 100% | 94% | 32 | 41 | **NA** | **37** |
| 5 | Missira | 100% | 100% | 38 | 28 | **NA** | **38** |
| 6 | Pilimini | 100% | 89% | 71 | 55 | **NA** | **78** |
| 7 | Hôpital | 100% | 91% | NA | 31 | **10** | **NA** |
| **Moyenne** | | **100%** | **96%** | **49** | **36** | **10** | **53** |

**Situation globale de la Préfecture pour les trois mois (janvier, février et mars)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Indicateurs** | **Mois 1** | **Mois 2** | **Mois 3** |
| **I** | **DISPONIBILITE DES RESSOURCES** |  |  |  |
|  | **Personnel** |  |  |  |
| 1 | Nombre d’agents dans la préfecture | 86 | 86 | 86 |
| 2 | Nombre au poste de travail | 86 | 86 | 83 |
|  | **Médicaments** |  |  |  |
| 3 | Nombre de jours sans rupture de kits SONU | 31 | 28 | 31 |
|  | **Équipements** |  |  |  |
| 4 | Nombre de véhicules disponibles | 3 | 3 | 3 |
| 5 | Nombre d’ambulances disponibles | 1 | 1 | 1 |
| 6 | Nombre de motos disponibles | 25 | 37 | 42 |
| 7 | Nombre de chaines de froid disponibles | 11 | 11 | 22 |
|  | **ACTIVITES DE LA DPS** |  |  |  |
| 8 | Nombre de supervisions | 1 | 2 | 1 |
| 9 | Nombre de formations | 0 | 0 | 2 |
| 10 | Nombre de rapports SNIS | 7 | 7 | 7 |
| 11 | Nombre de réunions | 1 | 1 | 1 |
|  | **RESULTATS** |  |  |  |
|  | **Santé Maternelle** |  |  |  |
| 12 | Nombre de femmes vaccinées au VAT | 402 | 396 | 327 |
| 13 | Nombre d’accouchements assistés des CS | 225 | 246 | 223 |
| 14 | Nombre d’accouchements assistés à l’hôpital | 33 | 33 | 31 |
| 15 | Nombre total d’accouchement assistés | 258 | 279 | 254 |
| 16 | Nombre de décès maternels notifiés | 0 | 1 | 1 |
|  | **Santé Infantile** |  |  |  |
| 17 | Nombre d’enfants complètement vaccinés | 336 | 330 | 317 |
| 18 | Nombre d’enfants ayant reçu la vitamine A | 0 | 0 | 0 |
|  | **Soins hospitaliers** |  |  |  |
| 19 | Nombre d’hospitalisations | 33 | 31 | 26 |
| 20 | Nombre d’interventions chirurgicales | 7 | 3 | 0 |
| 21 | Nombre de césariennes | 6 | 10 | 12 |