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

**Grille de supervision Intégrée**

**Niveau DRS/DPS vers HP**

**Paquet d’Activités Hôpital Préfectoral**

|  |
| --- |
| 1. Prise en charge des références/ réalisation des contre-références médicales niveau Centre de Santé et structures privées/confessionnelles  2. Prise en charge des références gynéco obstétricales niveau Centre de Santé et structures privées/confessionnelles  3. Prise en charge des références chirurgicales niveau Centre de Santé et structures privées/confessionnelles  4. Hygiène, PCI/5S  5. Gestion des médicaments dans les hôpitaux  6. Gestion du personnel  7. Explorations biologiques et radiologiques  8. Infrastructures et équipements  9. Système d’information  10. Initier et suivre la recherche -action/recherche opérationnelle  11. Gestion financière |

**Identification structure**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Direction Régionale : |  | Direction Préfectorale : |  |
| Formation Sanitaire : |  | Période supervisée : |  |
| Date dernière supervision par DRS/DPS : |  | Date Supervision actuelle : |  |

**Nom et coordonnées responsable structure sanitaire**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom responsable : | |  |  |  |
| Qualification : |  | | Adresse E-mail : |  |
| Téléphone : |  | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Période supervisée |  |
| Date de début : …../………./……… | Date de fin : ……./………./……… |

### Coordonnés du couple Superviseurs / Supervisés

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Superviseurs** | | **Rt**  **N°/S** | **Supervisés** | |
| N° | Noms/prénoms | Adresse | Noms/prénoms | Adresse |
| **1.** |  | Fonction/Service :  Phone :  E­-mail : |  |  | Fonction/Service :  Phone :  E­-mail : |
| **2.** |  | Fonction/Service :  Phone :  E­-mail : |  |  | Fonction/Service :  Phone :  E­-mail : |
| **3.** |  | Fonction/Service :  Phone :  E­-mail : |  |  | Fonction/Service :  Phone :  E­-mail : |
| **4.** |  | Fonction/Service :  Phone :  E­-mail : |  |  | Fonction/Service :  Phone :  E­-mail : |
| **5.** |  | Fonction/Service :  Phone :  E­-mail : |  |  | Fonction/Service :  Phone :  E­-mail : |
| **6.** |  | Fonction/Service :  Phone :  E­-mail : |  |  | Fonction/Service :  Phone :  E­-mail : |
| **7.** |  | Fonction/Service :  Phone :  E­-mail : |  |  | Fonction/Service :  Phone :  E­-mail : |

***Signature Chef Equipe de Supervision Signature Responsable* DRS/DSVCo**

(Noms, Fonction, Signature, cachet)

**Instructions :** > 70 % : au moins 1

# **IDENTIFICATION – INFORMATIONS DE BASE**

### Services hospitalier disponibles / Nombre lits montés

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Consultation externe  : ……… | Chirurgie  : …………. | Bloc opératoire  : ……….. |
| Soins intensifs  : ……… | Gynéco -Obstétrique  : ………. | Maternité  : ……… |
| Pédiatrie  : …………. | Soins Néonatologie  : ……….. | Médicine Interne  : ………….. |
| LTO  : ………….. | PEC VIH  : ……………. | Soins dentaire  : ………… |
| Diabète & Cardiovasculaire : … | Autr.  :………………… | ……………………………… |
| **SERVICES PARACLINIQUES** | Laboratoire | Banque Sang (BS) |
| Radiologie/Imagerie | Echographie | Kinésithérapie |

### Ressources Humaines (Total : ………….)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Médecin : | Pharmacien : | Chirurgien-Dentiste : |
| Biologiste : | Sage-femme : | Infirmier d’état : |
| Technicien labo : | Technicien Sante publique : | Agent Technique Sante : |
| Aide Santé :  Agent saisi SNIS : | Agent Sante Communautaire : | Ingénieur :  Informaticien : |
| Agents sécurité : | Spécialistes : ……………………. | Autre à préciser : |
| ………………………… | ………………………………. | Stagiaires : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Situation des agents affectés (dernières 2 ans / note de service)** | |
| Nombre affecté : | Nombre en poste : |
| Nombre en personnel : | Besoin en personnel : |
|  |  |

# **GOUVERNANCE ET LEADERSHIP**

|  |
| --- |
| ***MS - Ministre de Santé***  ***SG-Secrétaire général***  ***BSD-Bureau Stratégie et Développement***  ***Direction Régional de la Santé***  ***Direction Préfectorale de la Santé*** |

### Coordination activités

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| **1.** | ***Planification*** ***- Programmation / Budgétisation (PAO)*** | | | |
| 1.1 | **Plan d’action élaboré avec acteurs clés (***Responsables de services, Comité de Relation avec Usagers hôpital/ CRU (si fonctionnel) – Resp. (s) Disp. Public / Privé)*  *- Rapport d’élaboration du PAO* | 2 |  |  |
| ***2.*** | ***Réunion de personnel*** |  |  |  |
| 2.1 | **Réunion mensuelle du personnel est tenue régulièrement**  *-vérifier les trois derniers mois* | 1 |  |  |
| 2.2 | **Mise en œuvre recommandations et résolutions réunion précédente évalué (**Plan de de résolutions des problèmes et formulé *- avec listing d’activités)* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **4** |  |  |

### Projet d'Etablissement Hospitalier (PEH)

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | **Le Projet d'Etablissement Hospitalier (PEH) est élaboré selon le processus classique** | | | |
| 1.1 | Rapports de diagnostic et assemblée général sont disponibles | 1 |  |  |
| 1.2 | **L'Assemblée Général de validation tenu**  *- Liste de présence, rapports de diagnostic et assemblée général sont disponibles*  *- La réunion du comité médical consultatif est tenue :*  *PV de réunion*  *-La réunion de la commission du budget est tenue :*  *PV de réunion* | 1 |  |  |
| **2.** | **Plan opérationnel annuel intégré est mise en œuvre** | | | |
| 2.1 | Rapport de suivi de la mise en œuvre des activités est élaboré | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **3** |  |  |

### Coordination interventions/acteurs – Redevabilité

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Répertoire - Réunions** |  |  |  |
| 1.1 | **Répertoire des partenaires en santé (ONG, PTF) est élaboré**  *-Domaines d’intervention, zone d’intervention, période d’intervention et ressources, coordonnées personnes de contacts* | 1 |  |  |
| 1.2 | **Réunions avec OSC et partenaires tenues** | 1 |  |  |
| **2.** | **Réunions mensuelles DPS avec HP** |  |  |  |
| 2.1 | **Participation aux réunions mensuelles**  *- Documentation activités suivi recommandations réunion* | 2 |  |  |
| 3. | **Monitorage –/ CTPS** | | |  |
| 3.1 | Participation activités monitorage – planification/activités suivi des recommandations | 2 |  | Date dernier monitorage : |
|  | **TOTAL** | **6** |  |  |

### Supervision

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| **1.** | **Supervision interne** |  |  |  |
| 1.1 | **Supervision interne est réalisée dans les unités**  *-vérifier les 3 mois derniers, observations, interviews, revue documentaires, échanges, conseils d'amélioration), rapport élaboré et diffusé* | 2 |  |  |
| **2.** | **Supervision externe** | | | |
| 2.1 | **Rapport de mission de supervision sont disponibles avec recommandations reçus**  *-Vérifier les 6 derniers mois* | 2 |  |  |
| **3.** | **Niveau d’exécution des recommandations (Plan d’amélioration)** | | | |
| 3.1 | **Recommandations analysées, exécutées et suivies**  *- Plan de suivi et d'exécution des recommandations (Micro-planification, responsable, délai)* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **5** |  |  |

### Suivi et Evaluation (S+E)

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Planification budgétaire** |  |  |  |
| 1.1 | Suivi des activités planification et budget  *-Rapport d’activités* | 1 |  |  |
| ***2.*** | ***Activités menés suivi ressources Humaines, matérielles et financière*** | | | |
| 2.1 | **Suivi gestion ressources humaines**  *-Liste du personnel par catégorie/unités* | 1 |  |  |
| 2.2 | **Suivi gestion Médicaments Essentielles (ME)**  *-Inventaire du matériel*  *-Liste des médicaments traceurs* | 1 |  |  |
| 2.3 | **Suivi Comptabilité**  *-Documents d’achat à jour, budget et dépenses semestriels, solde en banque* | 1 |  |  |
| **3.** | ***Réunion du personnel*** |  |  |  |
| 3.1 | Suivi recommandations réunions personnels  *Compte rendu* | 1 |  |  |
| **4.** | **Supervision** |  |  |  |
| 4.1 | Suivi recommandations supervision interne et externe | 1 |  |  |
| **5.** | ***SNIS – Surveillance épidémiologique*** | | | |
| 5.1 | **Rapports statistiques des HP (SNIS) envoyées mensuellement**  *- indicateurs clés : Tableau de board*  *- Tableau synthèse indicateurs clés par mois en courbe* | 1 |  |  |
| 5.2 | **Réunions d’analyse de données**  *- Suivi des recommandations*  *- Compte rendu* | 1 |  |  |
| **6.** | **Exemple suivi indicateurs** |  |  |  |
| 6.1 | Indicateurs santé mère et enfant (PF, Décès maternel, Acc Assistés, ......) | 1 |  |  |
| 6.2 | Curatif : Utilisation des services | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **10** |  |  |

### Rapportage – Archivage

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***1.*** | ***Disponibilité documents*** | | | |
| 1.1 | **Rapports mensuels, PV réunions Management et du personnel, Comité Relation avec Usagers de l’hôpital (CRU) et autres documents importants sont bien archivés**  *- Avec classeurs ou autre, dans des étagères et accessible à tout moment* | 1 |  |  |
| 1.2 | **Livres, protocoles thérapeutiques, documents de normes et procédure, Modules de formations et autres documents**  *- SONUC/SONUB, SR : Dépistage, PTME, PF, PEC, chaine de froid, PCIMA, SIGL, CCC, Violences Sexuelles (VBG), PCI milieu hospitalier, prise en charge diabète, HTA et Cardiovasculaire, …* | 2 |  | Encerclez doc disponible, listez autres : |
| ***3.*** | ***Disponibilité Courriers, dossier des malades et rapports d'activités*** | | | |
| 3.1 | Classeurs lettres expédiées et reçues | 2 |  |  |
| 3.2 | Rapports Supervisions, réunions, formations etc. | 2 |  |  |
| 3.3 | Organisation et classement dossier de malades | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **8** |  |  |

# **THEMES TRANSVERSAUX**

### Transparence Tarification

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| 1. | **Accessibilité financière** |  |  |  |
| 1.1 | Tarifs pour prestations et médicaments en vigueur affiché, vulgarisé et appliqué | 3 |  |  |
|  | **TOTAL** | **3** |  |  |

### Stratégies avancées / références et contre-références

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| **1.** | **Accessibilité géographique** |  |  |  |
| 1.1 | **Référence des malades est organisée (***Plan existant d’évacuation des malades vers Hôpitaux nationaux, dispositif de communication, logistique)* | 2 |  |  |
|  | **TOTAL** | **2** |  |  |

### Système références/contre-références

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| **1** | **Le système de référence/contre référence est fonctionnel** | | | |
| 1.1 | Présence d'une ambulance fonctionnelle avec moyen de communication | 1 |  |  |
| 1.2 | Les outils de référence/contre référence sont disponibles et bien tenus *(fiches et registres, cahier de transmission)* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **2** |  |  |

### SNIS - Gestion des données

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | ***Données SNIS*** |  |  |  |
| 1.1 | **Supports de collecte de données SNIS sont disponibles et correctement remplis**  *(Au moins 10 fiches disponibles - Vérifier le contenu de la fiche du rapport SNIS)* | 1 |  |  |
| 1 .2 | **Les trois (03) derniers rapports ont été transmis selon la périodicité demandée**  *(Vérifier au plus tard le 15 du mois suivant pour le remplissage et l’envoi au District Sanitaire/Cahier de transmission)* | 1 |  |  |
| 1.3 | Copies des rapports Mensuels des six derniers mois présentes et accessibles | 1 |  |  |
| ***2.*** | ***Analyse données – validation des données*** | | | |
| 2.1 | **Rapport réunion comprenant les résultats d'analyse et de validation des données est disponible**  - avec liste de présence *(Vérifier le feedback et les recommandations)* | 1 |  |  |
| 2.2 | Disponibilité de rapport d’application de LQAS par trimestre | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **5** |  |  |

|  |
| --- |
| ***ANSS - Agence Nationale de Sécurité Sanitaire*** |

### Maladies à potentiel Epidémique / Surveillance – Gestion Catastrophes- MPE

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Définition de cas / nombres / personnes chargées** | |  |  |
| 1.1 | **Existence définition de cas standard pour les MPE**  *- Poliomyélite (PFA), Tétanos maternel et néonatal (TMN), Rougeole, Fièvre Jaune, Méningite, Ebola, COVID19* | 1 |  |  |
| 1.2 | Existence d’un point focal surveillance | 1 |  |  |
| **2.** | **Nombres / Kits / Feedback** | | | |
| 2.1 | **Le nombre de cas de MPE notifié par HP pour chacune des maladies sous surveillance sont connues** (*Poliomyélite (PFA), Tétanos maternel et néonatal (TMN), Rougeole, Fièvre Jaune, Méningite, Ebola, COVID19)* | 1 |  |  |
| 2.2 | Kits de prélèvement sont disponibles | 1 |  |  |
| 2.3 | Feed-back des résultats des prélèvements sont données/reçus | 1 |  |  |
| **3.** | **Diffusion / Affichage** |  |  |  |
| 3.1 | **Les informations collectées sont diffusées**  *- préciser les supports de diffusion* | 1 |  |  |
| 3.2 | Courbes de surveillance épidémiologique sont affichées ? | 1 |  |  |
| **4.** | **Fiches** |  |  |  |
| 4.1 | Fiches de notification des cas MAPI sont disponibles | 1 |  |  |
| **5.** | **Rapportage** |  |  |  |
| 5.1 | **Rapports de prise en charge des cas de MAPI existent** (vérifier l’existence) | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **9** |  |  |

### Questions supplémentaires (pas évalué)

|  |
| --- |
| **Par quel moyen les prélèvements sont-ils acheminés au district ?**  ……………………………………………………………………… |

### Recherche Action

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| **1** | **Activités de recherche action** |  |  |  |
| 1.1 | Protocole de recherche élaborés et appliqués | 1 |  |  |
| 1.2 | **Résultats, Actions correctrices identifiées et mises en œuvre, recommandations**  *- diffusion des résultats* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **2** |  |  |

|  |
| --- |
| ***DNSCMT - Direction National de la Santé Communautaire et de la Médecine Traditionnelle***  ***MATD - Ministère de l’Administration du Territoire et de la Décentralisation*** |

### Participation communautaire - Mobilisation Sociale

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| **1.** | ***CRU*** | | | |
| 1.1 | **Comité de Relation avec les Usagers de l’hôpital (CRU) existe et est fonctionnel & impliqués dans activités HP**  **-** *vérifier PV réunions* | 1 |  |  |
| 1.2 | Membres comité ont été formés | 1 |  |  |
| **2.** | **Implication/Feedback membre OSC sur les activités de l'HP \*** | | | |
| 2.1 | La communauté est informée et impliqué dans la gestion du HP | 2 |  |  |
| **3.** | ***CTPS/CTCS*** | | |  |
| 3.1 | **Participation HP aux réunions CTPS/CTCS**  *- PV/ rapport disponible* | 1 |  | Date dernier CTPS/CTCS : |
|  | **TOTAL** | **5** |  |  |

*\*Feedback membre OSC sur les activités HP*

|  |
| --- |
| **Résultats clés discussions avec OSC :** |

|  |
| --- |
| ***Service de la Promotion de la Santé*** |

### Communication – Promotion santé

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***1.*** | ***Activités de communication / promotion*** |  |  |  |
| 1.1 | Activités promotionnelles figurent dans la planification annuelle | 1 |  |  |
| 1.2 | Suivi régulière de ce plan de communication / promotion santé avec personnel qualifié et formé | 1 |  |  |
| ***2.*** | ***Outils disponible*** |  |  |  |
| 2.1 | Registres / fiches / Rapportage | 1 |  |  |
| 2.2 | Disponibilité outils de communication *(Boites à Image, Affiches, etc.)* | 1 |  | Quels outils : |
|  | **TOTAL** | **4** |  |  |

# **GESTION RESSOURCES HUMAINES, FINANCIERES ET MATERIELLES**

|  |
| --- |
| ***Div. RH – Division des Ressources Humaines*** |

### Ressources humaines

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| **1.** | **Structure organisationnelle** |  |  |  |
| 1.1 | **Existence d’un organigramme**  *-vérifier l’organigramme et le nom des responsables* | 1 |  |  |
| 1.2 | **Tous les postes sont-ils pourvus**  **Existence d’un système de pointage utilisé**  *-Vérifier le cahier de pointage* | 1 |  |  |
| 1.3 | **Le personnel de l’HR est annuellement évalué** | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **3** |  |  |

### Recrutement – Gestion des agents & de carrière

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | ***La procédure de recrutement du personnel est respectée*** | | | |
| 1.1 | **L'expression des besoins en personnel est transmise au Niveau Régional**  *-Voir cahier de transmission* | 1 |  |  |
| 2. | ***Gestion quotidienne des agents*** |  |  |  |
| 2.1 | Registre de présence à jour | 1 |  |  |
| 2.2 | Existence d’un plan de congé annuel affiché | 1 |  |  |
| **3.** | ***Gestion des carrières du personnel*** | | |  |
| 3.1 | Existence d’un plan de recrutement local | 1 |  |  |
| 3.2 | Existence d’un plan de carrière pour les fonctionnaires | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **5** |  |  |

### Cadre de formation

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | ***L'HP offre un cadre de formation et encadrement des élèves, étudiants et professionnels*** | | | |
| 1.1 | Existence d’un protocole de collaboration entre l’institution d’enseignement agrée et la formation sanitaire | 1 |  |  |
| 1.2 | Existence de fichier informatisé du personnel (IRHIS) | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **2** |  |  |

### Infrastructure et équipements

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Maintenance préventive** **et curative** | | | |
| 1.1 | Plan maintenance préventive affiché | 1 |  |  |
| 1.2 | **Plan maintenance** **curative élaboré et suivi**  *- responsables, personne ou maison avec contrat et rapport de maintenance* | 1 |  |  |
| **2.** | **Outils Gestion maintenance (Manuel – Registres)** | | | |
| 2.1 | **Outils de gestion disponibles et à jour**  *- carnet de bord, Bordereaux d'acquisition de matériel, fiches de stock* | 1 |  |  |
| 2.2 | **Existence des registres d'inventaire actualisés et signé**  *- calendriers d'inventaire* | 1 |  |  |
| **3.** | **Détection/ signalisation pannes - Formation utilisation – petite maintenance** | | | |
| 3.1 | Pannes importantes signalées au responsable | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **5** |  |  |

### Véhicules, Radiographie, échographe, ….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| 1.1 | **Outils de gestion disponibles et à jour** *(carnet de bord, Bordereaux d'acquisition de matériel, fiches de stock)* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **1** |  |  |

|  |
| --- |
| ***DNPM - Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament.*** |

### Pharmacie Organisation service /Gestion de Stock (GAS)

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | ***Organisation du service*** |  |  |  |
| 1.1 | **Pharmacie est fonctionnelle 7 /7 jours** *(horaire de travail à la pharmacie)* | 1 |  |  |
| 1.2 | Liste des médicaments disponibles à la pharmacie et dans différents services avec coût | 1 |  |  |
| **2.** | **Gestion de stock** |  |  |  |
| 2.1 | Inventaire est établit mensuellement  *-Vérifier la fiche de stock* | 1 |  |  |
| 2.2 | Fiche de stock MEG, des vaccins et consommables, bon de réquisition/ commande et de livraison sont disponibles | 2 |  |  |
| 2.3 | **Liste d’intrants traceurs disponible/établit et suivi mensuellement**  *- Taux de disponibilité ou de rupture* | 2 |  |  |
| 2.4 | **Consommation moyenne mensuelle (CMM) et stocks de sécurités sont connues pour les médicaments traceurs**  *- Superviseur fait un échantillon de 5 médicaments* | 2 |  |  |
| 2.5 | **L’achat/acquisition des intrants est documenté dans les outils de gestion** | 1 |  |  |
| 2.6 | **Les médicaments sont gardés selon les normes**  *- Local propre, bien aéré avec armoires, thermomètre mural, étagères étiquetées, et rangés par ordre alphabétique, FEFO* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **11** |  |  |

##### 

### Details gestion stock

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **Commande** |  |  |  |
| 1.1 | Commande est contrôlée en quantité et en qualité à la réception | 1 |  |  |
| **2.** | **Inventaire** | | | |
| 2.1 | Un inventaire est réalisé au moins tous les trimestres | 1 |  |  |
| **4.** | **Gestion des stocks théoriques** | | | |
| 4.1 | Les écarts entre quantités physiques et théoriques sont calculés | 1 |  |  |
| 4.2 | Le stock seuil de déclenchement de commande est calculé et utilisé | 1 |  |  |
| **5.** | **Produits périmés** |  |  |  |
| 5.1 | Des pistes de solutions sont recherchées pour redistribuer le surstock de produits à risque de péremption | 1 |  |  |
| **7.** | **Collecte des données** |  |  |  |
| 7.1 | Registre de suivi est rempli et à jour | 1 |  |  |
| 7.2 | Rapport de suivi des patients est totalement rempli au moins une fois par trimestre | 1 |  |  |
| **2.** | ***Document spécifiant les mécanismes de recouvrement des couts*** | | | |
| 2.1 | Carnet de créance à jour | 1 |  |  |
| 2.2 | Respect des lignes de crédit *(voir carnet bancaires)* | 1 |  |  |
| 2.3 | Les pièces comptables sont classées par ordre chronologique (factures) | 1 |  |  |
| 2.4 | Procédures de recouvrement des dettes écrites | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **11** |  |  |

### Chaine de Froid Global

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | ***Chaine de froid*** |  |  |  |
| 1.1 | **Chaine de froid - contrôle régulier de la chaîne de froid et thermomètre présent dans le compartiment du réfrigérateur**   * *Disponibilité cahiers ou fiche de température* * *Remplis 2 fois par jour – inclusivement le jour de la visite* * *Température reste entre 2 et 8 degrés Celsius sur la fiche* * *Superviseur vérifie la fonctionnalité du thermomètre* | 1 |  |  |
| 2. | ***Eléments additionnels - détails*** |  |  |  |
| 2.1 | Réfrigérateur solaire : batterie en bon état | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **2** |  |  |

### 

### Outils de Gestion

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | ***Fiches/rapports - Registres disponibles*** |  |  |  |
| 1.1 | **Surveillance maladies :** Fiche d'investigation de cas, rapport épidémiologique hebdo, rapport de morbidité, registre de cas de maladie sous surveillance, … | 1 |  |  |
| 1.2 | **SR registre et fiches :** accouchement, partogramme, PF, VBG, E-SIGL | 2 |  |  |
| 1.3 | Paludisme / TB | 1 |  |  |
| 1.4 | PTME de rattrapage / PEC VIH | 1 |  |  |
| 1.5 | PEC Diabète, HTA et Cardiovasculaire | 1 |  |  |
| 2. | **Gestion stock** | | | |
| 2.1 | RUMER,fiche de stock MEG, des vaccins et consommables, bon de réquisition/ commande et de livraison | 2 |  |  |
|  | **TOTAL** | **8** |  |  |

### Pharmacovigilance

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.1 | Existence de document de normes, fiches et directives | 1 |  |  |
| 1.2 | L’agent est –il formé | 1 |  |  |
| 1.3 | Disponibilité des fiches de pharmacovigilances | 1 |  |  |
| 1.4 | Prise en charge des cas | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **4** |  |  |

### Gestion financière

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Carnet de reçu de paiement** |  |  |  |
| 1.1 | Carnets de reçu disponibles - conformes au modèle officiel entièrement remplis | 1 |  |  |
| **2.** | **Billet de prise en charge** |  |  |  |
| 2.1 | Modèle existe dans l’hôpital avec les informations nécessaires | 1 |  |  |
| **3.** | **Pieces justificatives** |  |  |  |
| 3.1 | Fiches d’engagement, Bons de commande, Mandats de paiement existent | 1 |  |  |
| 3.2 | Existence d’un facturier, d’un carnet de reçus, d'un chéquier | 1 |  |  |
| **4.** | **Système de classement (Existence chrono - classement chronologique respectée)** | | | |
| 4.1 | Dépenses | 1 |  |  |
| **5.** | **Livre journal des recettes** |  |  |  |
| 5.1 | Existence LIVRE JOURNAL des recettes | 1 |  |  |
| 5.2 | Colonnes sont remplies - arrêté quotidiennement visé par le Responsable Administratif et financier chaque semaine | 1 |  |  |
| **6.** | **Livre journal des charges** |  |  |  |
| 6.1 | Existence livre journal des dépenses | 1 |  |  |
| 6.2 | Toutes les colonnes sont remplies - arrêté mensuellement visé par le Responsable Administratif et financier | 1 |  |  |
| **7.** | **Livre de banque** |  |  |  |
| 7.1 | Existence livre banque, colonnes sont toutes remplies, livre est-il à jour - arrêté mensuellement visé par le Directeur de l’hôpital | 1 |  |  |
| **8.** | **Livre de caisse** |  |  |  |
| 8.1 | Existence livre de caisse, colonnes sont toutes remplies, livre est à jour - arrêté mensuellement visé par Directeur hôpital | 1 |  |  |
| **9.** | **Outils comptabilité matière** |  |  |  |
| 9.1 | **Existence fiches de stock pour outils de gestion – à jour**  *- Calcul des 5 fiches sélectionnées est juste* | 1 |  |  |
| 9.2 | Existence registre de sortie par service - arrêté tous les jours | 1 |  |  |
| 9.3 | **Existence fiches de stock pour tous les produits généraux – sont à jour**  *- Calcul des 5 fiches sélectionnées est juste* | 1 |  |  |
| 9.4 | Existence registre d’inventaire des équipements par service - son tracé est conforme – à jour | 1 |  |  |
| **10** | **Gestion des subventions** |  |  |  |
| 10.1 | Pièces des subventions sont classées à part | 1 |  |  |
| 10.2 | Existence tableau utilisation subventions | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **17** |  |  |

# **SERVICES CLINIQUES ET PARACLINIQUES / HYGIENE - PCI**

|  |
| --- |
| ***DNL - Direction Nationale Laboratoire*** |

### Laboratoire

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | ***Organisation du service*** |  |  |  |
| 1.1 | Registres de laboratoire par type d'examen disponibles et à jours | 1 |  |  |
| 1.2 | Liste standard selon le type d’hôpital des examens de labo disponible, affiché avec coût | 1 |  |  |
| 1.3 | **Réactifs par examen disponibles**   * *Vérifier la date de péremption* | 1 |  |  |
| **2.** | ***Eau – électricité - déchets*** |  |  |  |
| 2.1 | Poubelles disponibles et bien gérées | 1 |  |  |
| 2.2 | Précautions universelles affichées et respectées | 1 |  |  |
| **3.** | ***Fonctionnalité*** |  |  |  |
| 3.1 | **Laboratoire est fonctionnel tous les jours ouvrables de la semaine**  *- vérifier les 2 derniers dimanches dans le registre du LABO* | 1 |  |  |
| 3.2 | Disponibilité d’un microscope fonctionnel | 1 |  |  |
| 3.3 | **Laboratoire est équipé pour réaliser et effectue tests suivants :**  *- l’hémogramme complet Frottis de sang épais, Test VDRL ou TPHA, Analyse d’urine complète, Test de TB, créatinémie, glycémie, test d’Emel, HbA1c, lipide, ...* | 1 |  |  |
| **4.** | ***Processus*** |  |  |  |
| 4.1 | **Résultats enregistrés correctement dans le registre du labo et conforme aux résultats dans le carnet du malade ou bon d’examen**  *- Superviseur vérifie les 5 derniers résultats* | 1 |  |  |
| 4.2 | **Les différents types d'examens de laboratoire sont réalisés selon les normes**  *- parasitologie, hématologie, bactériologie et biochimie* | 1 |  |  |
| ***5.*** | ***Protocoles standard*** | | | |
| 5.1 | Laboratoire possède des protocoles standards, procédures ou guide pour la coloration de Gram, sérologie et culture bactérienne | 1 |  |  |
| 5.2 | Description des techniques par examen affichée | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **12** |  |  |

### Laboratoire (Suite)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| **1.** | **Equipements et matériels (Electricité)** |  |  |  |
| 1.1 | **Existence d'équipements et matériels**  *- centrifugeuse, spectrophotomètre, frigo etc. , plus électricité* | 1 |  |  |
| **2.** | **Evacuation des déchets :** |  |  |  |
| 2.1 | Existence des types de poubelles selon les Déchets produits : organiques dans une poubelle avec couvercle et Déchets piquants dans les boites de sécurité | 1 |  |  |
| ***3.*** | ***Assurance qualité*** |  |  |  |
| 3.1 | Check-list pour vérifier le système qualité du laboratoire | 1 |  |  |
| 3.2 | Système gestion des erreurs est mis en place | 1 |  |  |
| **4.** | ***Existence banque de sang (BS)*** |  |  |  |
| 4.1 | Disponibilité d’une unité de banque de sang et matériels *(frigo, table de prélèvement, etc.)* | 1 |  |  |
| 4.2 | Registre des donneurs disponible et à jour | 1 |  |  |
| 4.3 | Disponibilité de Kit *(poches de sang, marqueurs, trousses)* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **7** |  |  |

### Imagerie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| **1.** | ***Organisation services - Ressources*** |  |  |  |
| 1.1 | **Présence de personnel qualifié et formé**  *- liste du personnel* | 1 |  |  |
| 1.2 | **Existence d'équipements et matériels**  *- bâtiment répondant aux normes, radiographie en bon état, source électrique disponible, négatoscope, porte clichée, etc.* | 1 |  |  |
| 1.3 | Liste des examens de Radio disponible, affiché avec coût | 1 |  |  |
| 1.4 | **Réactifs par examen disponibles**  *- date de péremption* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **4** |  |  |

### Echographie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| **1.** | ***Organisation services - Ressources*** |  |  |  |
| 1.1 | **Existence d'équipements et matériels**  *- échographe en bon état, source électrique disponible, gel d'échographie, etc.* | 1 |  |  |
| 1.2 | Liste des examens d’écho disponible, affiché avec coût | 1 |  |  |
| **2.** | ***Sanitaires - Protection - déchets*** |  |  |  |
| 2.1 | Existence sanitaires (toilette) | 1 |  |  |
| 2.2 | Poubelles disponibles et bien gérées | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **4** |  |  |

### PCI – Prévention Contrôle d’infections

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | ***Propreté structure – Déchets – incinérateur*** | | | |
| 1.1 | **L’enceinte de la cour du centre est propre**  *- Entretien de la cour – pas de déchets et produits dangereux dans la cour – aiguilles – ampoules – gants – compresses usagées, Herbes coupés – jardin bien entretenu – pas d’excréta (animaux)* | 1 |  |  |
| 1.2 | **La collecte et triage des déchets respectent les normes de sécurité**  *- poubelles internes et externes, collecteurs à aiguilles par service* | 1 |  |  |
| **2.** | **Décharge contrôlée ou zone de déchets clôturée et bien gérée** |  |  |  |
| 2.1 | **Existence d’un incinérateur**  *- Incinérateur fonctionnel, utilisé et vidé* | 1 |  |  |
| **3.** | ***Points d’eau - kit lavage mains – Latrines*** |  |  |  |
| 3.1 | **Présence point d’eau à l’enceinte FS (forage, SEG, puit aménagé)**  *- Eau potable est disponible pour le staff et clients* | 1 |  |  |
| 3.2 | Disponibilité kit de lavage des mains fonctionnel | 1 |  |  |
| 3.3 | **Présence de latrines en nombre suffisant et en bon état (utilisables)**   * *HR au moins 5 Plancher sans fissures avec un seul trou et couvercle* * *Portes à fermer- superstructure avec toiture - sans mouches ni odeurs* * *Absence de matières organiques dedans et autour* * *Fosse couverte (pour les latrines)* | 1 |  |  |
| **4.** | ***Matériels et consommables*** |  |  |  |
| 4.1 | Existence matériels et consommables nécessaires à l’entretien en quantité suffisante pour au moins 1 mois | 1 |  |  |
| 4.2 | Existence d’un point focal PCI | 1 |  |  |
| **5.** | ***Décontamination*** |  |  |  |
| 5.1 | Décontamination instruments et autres objets (immédiatement après l’utilisation et avant le nettoyage) est réalisée correctement | 1 |  |  |
| **6.** | ***Stérilisation*** |  |  |  |
| 6.1 | **Disponibilité équipements et matériels fonctionnelles** *(autoclave, poupinelle, tambours casseroles à pression etc.)* | 1 |  | Quels équipements ? |
| 6.2 | Protocoles de stérilisation disponibles et affichés | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **11** |  |  |

### PCI – Hygiène

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | ***Conditions d'hébergement des malades*** |  |  |  |
| 1.1 | Bâtiments adaptés  *- hauteur, aération, lumière, espace etc.* | 1 |  |  |
| 1.2 | Etat des équipements par service *(lits, tables potence armoires, MII, literie, etc.)* | 1 |  |  |
| 1.3 | Etat de la cuisine, buanderie et maternité d'attente suffisant | 1 |  |  |
| **2.** | ***Précautions universelles*** |  |  |  |
| 2.1 | Technique de lavage des mains affichée dans chaque service | 1 |  |  |
| **3.** | ***Transport – Traitement final*** |  |  |  |
| 3.1 | Transport déchets est organisé vers la décharge finale  *- respect des normes et procédures* | 1 |  |  |
| **4.** | ***Comité d'hygiène fonctionnel*** |  |  |  |
| 4.1 | Procès-verbal du comité d’hygiène, rapport d'activité et des réunions mensuels du comité  -  *PV, listes de présences* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **6** |  |  |

### Qualité des soins

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| **1.1** | **Déclaration des évènements indésirable**  *-Vérifier présence de registre des EI* | 1 |  |  |
| **1.2** | **Audit clinique**  - *rapport d’audit clinique* | 1 |  |  |
| **1.3** | **La sécurité des soins**  *- Vérifier nombre rapports activités bimestriels transmis au niveau supérieur /DRS* | 1 |  |  |
| **1.4** | **Mesure de la satisfaction des clients**  -*A vérifier auprès des malades* | 1 |  |  |
| **1.5** | **Prise en charge correctes des malades (U**tilisation des normes et protocole de prise en charge) | 1 |  |  |
| **1.6** | **Nombre de cas clinique diagnostiqué correctement**  -Vérifier *la disponibilité des outils* | 1 |  |  |
| **1.7** | **Qualité de l’infrastructure de soins maternels**  *- Taux de mortalité infanto-juvénile*  *- Taux de mortalité maternelle infantile* | 1 |  |  |
| **1.8** | **Motivation du personnel dans la structure**  -*Vérifier le temps d’attente des malades* | 1 |  |  |
| **1.9** | **Disponibilité des données de mortalité**  **-***Vérifier les causes confondues de décès* |  |  |  |
|  | **TOTAL** | **8** |  |  |

# **OFFRE DE SERVICE**

|  |
| --- |
| ***DNEHHS - Nationale des Etablissements Hospitaliers et Hygiène Sanitaire*** |

### COC – Consultation curative/observation

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | ***Disponibilité services*** |  |  |  |
| 1.1 | Horaire de consultations, garde et de permanence affiché | 1 |  |  |
| **2.** | ***Matériel, équipements - Registres*** |  |  |  |
| 2.1 | **Matériel et équipements disponibles**  *- lit de consultation, désinfectant, tensiomètre, stéthoscope, otoscope etc.* | 1 |  |  |
| 2.2 | Registre consultations ext, Ordonnances, bulletins de labo et autres disponibles et bien tenus | 1 |  |  |
| **3.** | ***Accueil*** |  |  |  |
| 3.1 | **Salle consultation répondant aux normes**  *- lumière, propreté, sécurité etc.* | 1 |  |  |
| 3.2 | **Respect de la confidentialité - espace d’attente séparés (***Salle avec porte fermé, rideaux sur la fenêtre, pas de passage)* | 1 |  |  |
| **4.** | ***Organisation soins*** | | | |
| 4.1 | Existence d’un système de triage | 1 |  |  |
| 4.2 | Protocoles de prise en charge (ou autres guides de prise en charge /SOP) disponibles et appliqués | 1 |  |  |
| 4.3 | **Le registre de consultation, dossier de malades sont tenus selon les normes et sont bien remplis**  *- Corrélation entre le diagnostic et le traitement pour les 10 malades sélectionnés au hasard durant le mois précédent la supervision* | 1 |  |  |
| 4.4 | **Circuit de patient est organisé**  *- vérifier existence descriptif circuit patient* | 1 |  |  |
| **5.** | ***Prise en charge (PEC)*** |  |  |  |
| 5.1 | Protocoles thérapeutiques / Normes de prise en charge disponible au service | 1 |  |  |
| 5.2 | **Paramètres vitaux correctement pris et enregistrés dans registre et carnets/fiches des malades *-*** *carnets des malades contenant les signes vitaux* | 1 |  |  |
| 5.3 | **La proportion de malades traités avec des antibiotiques est inférieur à (< 50%)**  *- voyez le registre les 30 derniers cas en analysant le diagnostic et calcule le taux – pas plus de 14* | 1 |  |  |
| 5.4 | **La référence / contre référence des malades est fait selon les normes et directives**  *- vérifier les motifs de références* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **13** |  |  |

### Consultation Externe (CE)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| 1. | ***Réception - CE*** |  |  |  |
| 1.1 | Reçus de consultation et carnets disponibles | 2 |  |  |
|  | **TOTAL** | **2** |  |  |

### Salle d’observation courte durée

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | ***Organisation soins*** |  |  |  |
| 1.1 | **Existence de dossier de chaque malade**  *- Feuille de température, carnet de malade, bilan demandé)* | 1 |  |  |
| 1.2 | **Registres/Fiches d’hospitalisation disponibles et bien remplies**   * *Au moins 10 vierges – Superviseur vérifient 5 fiches remplis* * *Température TA, examens de labo bien rempli* * *Suivi de traitement coché* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **2** |  |  |

### Services hospitaliers

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | ***Administration soins et nursing pour tous les services*** | | | |
| 1.1 | Présence d'un personnel formé ou recyclé dans son domaine d'activité par service   * *Liste du personnel par service* * *Base de données des formations* | 1 |  |  |
| **2.** | ***Infrastructures adéquat*** |  |  |  |
| 4.1 | Existence d'une salle des soins et de pansement propre | 1 |  |  |
| **3.** | ***Disponibilité des médicaments dans les services*** |  |  |  |
| 3.1 | Cahier de réquisition et de consommation disponibles et à jour | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **3** |  |  |

### Chirurgie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| **1.** | ***Organisation du travail dans le service*** |  |  |  |
| 1.1 | Disponibilité des médicaments et consommables | 1 |  |  |
| 1.2 | Programme opératoire affiché et respecté | 1 |  |  |
| **2.** | ***Prise en charge (PEC)*** |  |  |  |
| 2.1 | Registre des malades, cahier des soins, disponibles et à jours | 1 |  |  |
| 2.2 | Fiches/dossiers des malades comprenant le protocole opératoire disponibles et correctement remplis | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **4** |  |  |

### 

### Gynéco-Obstétrique

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | ***Organisation du service*** |  |  |  |
| 1.1 | Existence d'équipements et matériels capables de prendre en charge les urgences gynéco obstétriques (*Kit d'accouchement, de soins après avortement, de laparotomie, de réanimation du nouveau-né, cfr stratégies nationales et directives PNSR)* | 1 |  |  |
| 1.2 | Disponibilité des médicaments traceurs et consommables | 1 |  |  |
| **2.** | ***Césariennes / autres interventions chirurgicales obstétricales/gynécologiques*** | | | |
| 2.1 | Programme opératoire affiché et respecté | 1 |  |  |
| **3.** | ***Prise en charge (PEC)*** |  |  |  |
| 3.1 | Fiches/dossiers des malades (comprenant le protocole opératoire/partogramme) disponibles et correctement remplis | 1 |  |  |
| **4.** | ***Préventions d’infections (PCI)*** | | | |
| 4.1 | Mesure d'antisepsie et d'asepsie bien respectées dans la salle d'accouchement  *- lit d'accouchement, port de gants, de camisoles/tablier, de masque, bonnet, poubelle normalisée, propreté générale, réduction de va--‐et‐vient intempestifs, etc* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **5** |  |  |

### Bloc opératoire

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | ***Organisation du travail dans le service*** |  |  |  |
| 1.1 | **Matériels et équipements nécessaires disponibles** *(kit césarienne, laparo, hernie, soins après avortement, anesthésie ect ; table, lampe scialytique, aspirateur, tensiomètre, concentrateur d'O2)* | 1 |  |  |
| 1.2 | **Médicaments et consommables disponibles** *- anesthésiques, liquides, réanimation, tenues, champs etc* | 1 |  |  |
| 1.3 | Programme opératoire affiché | 1 |  |  |
| ***2.*** | ***PCI*** | | | |
| 2.1 | Disponibilité des matériels stériles dans la salle opératoire | 1 |  |  |
| **3.** | ***Existence et utilisation correcte du registre des protocoles opératoires*** | | | |
| 3.1 | Remplissages corrects des colonnes du registre : n°, date, identité patient, diagnostic pré et per opératoire, etc | 1 |  |  |
| 3.2 | **Description de l'acte opératoire**  *- type d'anesthésie et quantité, type de fil utilisé, durée de l'acte, Nom et signature des responsables etc.* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **6** |  |  |

### 

### Soins intensifs

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | ***Organisation du service*** |  |  |  |
| 1.1 | Plan de travail disponible, affiché, critères d'admission élaborés, affichés et respectés | 1 |  |  |
| 1.2 | **Disponibilité d'équipements de réanimation**  *(oxygénothérapie, glycomètre, défibrillateurs, appareil de monitoring cardiaque, etc. et des médicaments)* | 1 |  |  |
| **2.** | ***Prise en charge (PEC)*** |  |  |  |
| 2.1 | Registres, fiches des malades et fiches de surveillances disponibles au chevet du malade et à jour | 1 |  |  |
| **3.** | ***PCI*** | | | |
| 3.1 | **Mesure d'antisepsie et d'asepsie bien respectées** *(port de gants, de camisoles, de masque, réduction de va et‐vient intempestifs, etc.)* | 1 |  |  |
| 3.2 | Nettoyage régulier de la salle (au moins deux fois/jour) au désinfectant approprié | 1 |  |  |
| **4.** | ***Existence des stratégies de prise en charge des pathologies les plus fréquentes*** | | | |
| 4.1 | Document de stratégies disponibles et appliquées *- voir fiches/dossiers des malades* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **6** |  |  |

### Médecine Interne

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | ***Organisation du service*** |  |  |  |
| 1.1 | **Présence de personnel formé et qualifié**  *- liste du personnel* | 1 |  |  |
| 1.2 | **Existence d'équipements et matériels**  *- tensiomètre, thermomètre potence, balance, glucomètre etc.* | 1 |  |  |
| 1.3 | Disponibilité des médicaments traceurs et consommables/kit d’urgence | 1 |  |  |
| 1.4 | **Plan de travail élaboré, signé et affiché et appliqué**  *- horaire des services, réunions etc.* | 1 |  |  |
| **2.** | ***Prise en charge (PEC)*** |  |  |  |
| 2.1 | Registre des malades, cahier des soins, et fiches des malades disponibles et à jours | 1 |  |  |
| ***3.*** | ***Administration des soins*** | | | |
| 3.1 | **Plan des soins disponible et respecté**  *- cahier des soins et fiches des malades* | 1 |  |  |
| 3.2 | Précautions universelles affichées et respectées | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **7** |  |  |

### Pédiatrie

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | ***Organisation du service*** |  |  |  |
| 1.1 | **Existence d'équipements et matériels**  *- tensiomètre, thermomètre potence, balance, glucomètre etc.* | 1 |  |  |
| 1.2 | **Plan de travail élaboré, signé, affiché et appliqué** *- horaire des services, réunions etc.* | 1 |  |  |
| **2.** | ***Prise en charge (PEC)*** |  |  |  |
| 2.1 | Kit d’urgence, Registre des malades, cahier des soins, et fiches des malades disponibles et à jours | 1 |  |  |
| ***3.*** | ***Administration des soins*** | | | |
| 3.1 | **Plan des soins disponible et respecté**  *- cahier des soins et fiches des malades* | 1 |  |  |
| **4.** | ***PEC de mal nourris selon la Stratégie PCIMA*** | | | |
| 4.1 | Plan de suivi journalier disponible et à jour | 1 |  |  |
| 4.2 | **Protocoles disponibles et appliqués**  *- analyse des dossiers* | 1 |  |  |
| 4.3 | **Matériels, intrants nutritionnels et médicaments disponibles**  *- physique et fiches de stock* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **7** |  |  |

### Kinésithérapie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| 1. | ***Organisation du service*** |  |  |  |
| 1.1 | **Présence de personnel qualifié et formé**  *- liste du personnel* | 1 |  |  |
| 1.2 | Existence d'équipements et matériels et médicaments (*Pommades, cadre, vélo, ballon, tapis roulant, table, lit etc.)* | 1 |  |  |
| 1.3 | Plan de travail élaboré, signé et affiché et appliqué  - *horaire des services réunions etc.* | 1 |  |  |
| 2. | ***Administration soins*** |  |  |  |
| 2.1 | Registres des malades disponibles et à jour | 1 |  |  |
| 2.2 | Existence d'un manuel de procédures d'utilisation | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **5** |  |  |

|  |
| --- |
| ***DNSFN - Direction Nationale de la Santé Familiale et la Nutrition*** |

### Accouchement assisté SONU / SONUB/SONUC

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***1.*** | **Maternité** | | | |
| 1.1 | Maternité ouverte 24h/24h et 7j/7 | 1 |  |  |
| 2. | ***Existence et utilisation correcte des outils*** | | | |
| 2.1 | Personnel formé/recyclé en utilisation des partogrammes, GATPA et stratégies (SONU) | 1 |  |  |
| 2.2 | Affiches murales (Partogramme, GATPA, SCORES etc) et Utilisation systématique du partogramme | 1 |  |  |
| 2.3 | Registres d'accouchement disponibles et bien tenus | 1 |  |  |
| 2.4 | Cahier de transmission des contres références disponible | 1 |  |  |
| **3.** | ***Disponibilité boites obstétricales*** |  |  |  |
| 3.1 | Boite d’accouchement équipée et boite d’épisiotomie | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **6** |  |  |

### Santé néonatale

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| 1. | ***Organisation du service*** |  |  |  |
| 1.1 | Dis**ponibilité d'équipements de réanimation et des médicaments**  *(oxygénothérapie, glycomètre, couveuse, bouillottes, ballon d'embout, etc.)* | 1 |  |  |
| 1.2 | Registres, fiches/dossiers des malades et fiches de surveillances disponibles et à jour | 1 |  |  |
| ***2.*** | ***Administration des soins*** | | | |
| 2.1 | **Mesure d'antisepsie et d'asepsie bien respectées** *- port de gants, de camisoles, de masque, réduction de vas et vient intempestifs, etc.* | 1 |  |  |
| ***3.*** | ***Stratégies PEC pathologies plus fréquentes nécessitant l'admission au service de néonatologie (Nouveau-né et SONU)*** | | | |
| 3.1 | Documents des stratégies disponibles et appliqués (SONU) | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **4** |  |  |

### Soins /Suivi post-partum

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Interrogatoire – Examen physique - Suivi** |  |  |  |
| 1.1 | **Suivi du post-partum (loi des 6h)**  *- Examen physique réalisé aux femmes qui ont accouchés dans les : 6H / 24H/ 72H* | 1 |  |  |
| **2.** | **Nouveau-né** |  |  |  |
| 2.1 | Service Kangourou Maman | 1 |  |  |
| 2.2 | Examen physique du nouveau-né réalisé dans les : 6H / 24H / 72H | 1 |  |  |
| 2.3 | Nouveau-né avec consultation post natal ≤ 48h | 1 |  |  |
| **3.** | **Conseils** |  |  |  |
| 3.1 | Conseils sur l’avantage de l’AME sont prodigués | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **5** |  |  |

### Planification Familiale (PF)

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | ***Organisations service (RH, Local, équipements)*** | | | |
| 1.1 | **Agent prestataire PF formé disponible dans le service**  *- vérifier la formation en PF* | 1 |  |  |
| 1.2 | **Disponibilité d’une boite a image ou dépliants pour la démonstration des méthodes modernes de PF** | 1 |  |  |
| 1.3 | **Le test de dépistage VIH est intégré dans le service PF**  *- vérifier pour les 10 dernières clientes reçues en PF qu’une demande de test VIH a été formulée* | 1 |  |  |
| **2.** | ***Prestations soins*** |  |  |  |
| 2.1 | **Prise correcte des Paramètres**  *- T.A, Pouls, FR, Œdèmes* | 1 |  |  |
| 2.2 | Interrogatoire cliente réalisé | 1 |  |  |
| 2.3 | Renseignement sur méthodes disponibles | 1 |  |  |
| **3.** | ***Suivi - contrôle*** |  |  |  |
| 3.1 | Effets secondaires recherchés et gérés | 1 |  |  |
| **4.** | ***Remplissage outils*** |  |  |  |
| 4.1 | Remplissage correcte du registre PF et fiche PF | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **8** |  |  |

### Nutrition/ Malnutrition

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| 1.1 | **Le protocole de prise en charge globale de la malnutrition est disponible et suivi** - *analysez 05 dossiers tirés au hasard si disponibilité des cas)* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **1** |  |  |

# **LUTTE CONTRE LA MALADIE**

|  |
| --- |
| ***DNGELM - Direction Nationale des Grandes Endémies et de la Lutte contre la Maladie*** |

|  |
| --- |
| ***PNLP - Programme National Lutte contre le Paludisme*** |

### Paludisme - Santé infantile

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| 1. | ***Organisations service*** | | | |
| 1.1 | Protocole affiché sur le mur pour la prise en charge du paludisme | 1 |  |  |
| 2. | ***Diagnostic*** |  |  |  |
| 2.1 | TDR Palu sont disponibles et utilisé systématiquement et goutte épaisse est prescrit selon les normes | 1 |  |  |
| 3. | ***Prestations soins*** |  |  |  |
| 3.1 | **Protocole national avec palu simple et grave avec leur traitement respecté**  *- vérification dans le cahier de 10 patients atteint de fièvre/ paludisme* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **3** |  |  |

***PNLSH - Programme National Lutte contre le VIH/SIDA et les Hépatites***

### VIH/SIDA - Prévention Transmission Mère-Enfant (PTME)

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Organisation soins** |  |  |  |
| 1.1 | Disponibilité Registre PTME-Maternité, Registre enfant exposé activité et Registre enfant exposé cohorte | 1 |  |  |
| 1.2 | L’accueil et la prise en charge respectent la confidentialité, et les perdus de vues sont systématiquement recherchés | 1 |  |  |
| 1.3 | Les tests VIH sont proposés systématiquement aux clientes et aux conjoints | 1 |  |  |
| **2.** | **Intrants disponibles PEC** | | | |
| 2.1 | HIV/Syphilis Duo, Tests Bioline, Multi-sure, PCR, Réactifs charge virale | 1 |  |  |
| 2.2 | ARV FE séropositive, ME prévention IO FE séropositive | 1 |  |  |
| 2.3 | ARV nourrisson né de mère séropositive, ME prévention IO Nourrisson né de mère séropositive | 1 |  |  |
| **3.** | **Fonctionnalité du service PTME** | | | |
| 3.1 | Réalisation Counseling Pré-test et Post-test | 1 |  |  |
| 3.2 | Respect de la technique de réalisation des tests | 1 |  |  |
| **4.** | **Respect normes suivi** | | | |
| 4.1 | **Femme séropositive**   * *Registre PTME-Maternité* | 1 |  |  |
| 4.2 | **Nourrisson né de mère séropositive**   * *Registre Enfant exposé activité* | 1 |  |  |
| **5.** | **Existence Registres, fiches - Remplissage correcte** | | | |
| 5.1 | Registre PTME, CPN, Registre enfant exposé cohorte, Registre enfant exposé activité, fiche de suivi PTME, Fiche de suivi enfant | 1 |  |  |
| 5.2 | Fiche de transfert des femmes/Conjoints/enfant vers Site de PEC district | 1 |  |  |
| **6.** | **Education thérapeutique du patient (ETP)** | | | |
| 6.1 | Informations sont fournies sur le VIH/SIDA | 1 |  |  |
| 6.2 | Consentement éclairé (CE) est obtenu selon les règles | 1 |  |  |
| **7.** | **Rendu du résultat** |  |  |  |
| 7.1 | Eléments du pré test sont rappelés comme préparation psychologique | 1 |  |  |
| 7.2 | Résultats sont clairement annoncés et conseils post test VIH données | 1 |  |  |
| 7.3 | Les clients sont référés si nécessaire | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **17** |  |  |

### Prise en charge PPVIH - suivi au long cours (Sites de PEC VIH)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| **1.** | **PEC thérapeutique et suivi au long cours** |  |  |  |
| 1.1 | Initiation du traitement ARV est en conformité avec les recommandations nationales | 1 |  |  |
| 1.2 | L’observance au traitement ARV est vérifié  *-Registre TARV cohorte, Registre TARV activité, MSR et Tracker* | 1 |  |  |
| 1.3 | Séances d’éducation thérapeutique du patient sont prodigués | 1 |  |  |
| **2.** | **Prise en charge des Accidents d'Exposition au Sang (AES)** | | | |
| 2.1 | Kits AES sont disponibles | 1 |  |  |
| 2.2 | **Procédures en cas d’AES sont respectées**  *- évaluation des risques avec le patient, définition du plan de PEC et de suivi* | 1 |  |  |
| **3.** | **Prise en charge des Infections opportunistes (IO) et IST** | | |  |
| 3.1 | **Protocole est disponible et suivi**  *- Analyser 5 dossiers tirés au hasard* | 1 |  |  |
| **4.** | **Recherche « perdues de vues »** |  |  |  |
| 4.1 | Perdus de vues sont recherchés activement  *-Vérifier les dossiers patients PDV* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **7** |  |  |

|  |
| --- |
| ***PNLAT-Programme National Lutte contre la TB*** |

### Tuberculose

| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **DOTS – Prise en charge** | | | |
| 1.1 | **Les signes précoces de la tuberculose qui mérite une référence à un centre de dépistage de TB sont connues**  *- Réponse doit contenir au moins 4 : Amaigrissement, Asthénie, Anorexie – Température, Toux de 15 jours, Transpiration* | 1 |  |  |
| 1.2 | **Le dépistage est-il basé sur la clinique et la bacilloscopie** | 1 |  |  |
| 1.3 | **Les malades sont traités selon protocole préconisé par le PNLAT**  *- vérifier le protocole de traitement dans les fiches des malades* | 1 |  |  |
| **2.** | **Dépistage TB** |  |  |  |
| 2.1 | **Conditions réunies pour le dépistage de la co-infection Tuberculose/VIH**  *- Conseiller formé, disponibilité de tests VIH pour au moins 10 tests y compris les tests de confirmation, laborantin formé au dépistage du VIH par les tests rapides)*   * *Disponibilité d’une Porte lames* * *Disponibilité d’un crayon diamant* | 1 |  |  |
| 2.2 | **Test VIH est demandé (counseling) de façon systémique aux cas suspects et confirmés de TB (Co-infection)**  *- vérifier pour les 5 derniers cas de suspicion de tuberculose si une demande de test VIH a été formulées* | 1 |  |  |
| **3.** | ***Registres - Fiches*** |  |  |  |
| 3.1 | **Données des supports correspondent à celles des registres**  **-** *vérification des totaux entre les fiches de synthèse et les registres* | 1 |  |  |
| 3.2 | **Copie de rapports trimestriel sont présents**  *(3 dernières rapports)* | 1 |  |  |
| **4.** | ***Gestion et Disponibilité d’intrants*** |  |  |  |
| 4.1 | Intrants RX disponibles pour tous les cas de TB | 1 |  |  |
| 4.2 | Gin expert existe et fonctionnel | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **9** |  |  |

### Dépistage et suivi bactériologique des malades TB

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| **1.** | **Vérification collecte des crachats** |  |  |  |
| 1.1 | Protocole de vérification des crachats est disponible | 1 |  |  |
| **2.** | **Sujets contacts (Voir CTD)** | | | |
| 2.1 | Sujets contacts de moins de 5 ans ont reçu une chimiothérapie préventive de 10 mg/kg/j pendant 6 mois après exclusion effective d’une tuberculose active | 1 |  |  |
| **3.** | **Recherche malades signalé absents (perdu de vue)** | |  |  |
| 3.1 | Malades absents signalés sont recherchés et récupérés ? - *moins de 50% = mauvais (0) ; de 50 à 69%= bien (1); supérieur ou égale à 70= très bien (2)* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **3** |  |  |

|  |
| --- |
| ***PNLMTN-Programme National Lutte contre maladies Tropicales Négligées*** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Lèpre * Ulcère de Buruli | * Onchocercose – Cécité des rivières * Trypanosomiase Humaine africaine | * Ver de Guinée * Schistosomiases |

### MTN-Maladies Tropicales Négligées

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| 1 | ***Reporting des informations*** |  |  |  |
| 1.1 | Registres de consultation et les dossiers des cas de MTN | 1 |  |  |
| 1.2 | Nombre de cas et de décès de MTN enregistré dans le registre de Consultation | 1 |  |  |
| 1.3 | Nombre d’examen de laboratoire (selles, urine, biopsie cutanée…) positifs | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **3** |  |  |

|  |
| --- |
| ***PNLMNT-Programme National Lutte contre Maladies Non Transmissibles*** |

* *Hypertension*
* *Diabète*

### Maladies Non Transmissibles

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Eléments à vérifier** | **Pond.** | **O/N** | **Commentaires : PI / AC** |
| **1.** | **HTA et Diabète** |  |  |  |
| 1.1 | Le protocole de prise en charge globale de l'hypertension et du diabète est disponible | 1 |  |  |
| 1.2 | La prise en charge globale l'hypertension et le diabète respecte les directives du protocole  *- Analysez 5 dossiers tirés au hasard si disponibilité cas)* | 1 |  |  |
|  | **TOTAL** | **2** |  |  |

# 

# SYNTHESE DE L’EVALUATION

## GOUVERNANCE ET LEADERSHIP

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Ensemble des composantes** | **Points disp.** | **Points obt.** | **%** |
| **1.** | **Coordination des activités** | 4 |  |  |
| **2.** | **Projet d'Etablissement Hospitalier (PEH)** | 3 |  |  |
| **3.** | **Coordination interventions/acteurs – Redevabilité** | 6 |  |  |
| **4.** | **Supervision** | 5 |  |  |
| **5.** | **Suivi et Evaluation (S+E)** | 10 |  |  |
| **6.** | **Rapportage – Archivage** | 8 |  |  |
|  | **TOTAL** | **36** |  |  |

## THEMES TRANSVERSALES / AUTRES TACHES HP

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Ensemble des composantes** | **Points disp.** | **Points obt.** | **%** |
| **1.** | **Transparence Tarification** | 3 |  |  |
| **2.** | **Stratégies avancées / références** | 2 |  |  |
| **3.** | **HP Système référence/contre-référence** | 2 |  |  |
| **4.** | **SNIS - Gestion des données** | 5 |  |  |
| **5.** | **Surveillance Epidémiologique** | 9 |  |  |
| **6.** | **Recherche Action** | 2 |  |  |
| **7.** | **Participation communautaire - Mobilisation Sociale** | 5 |  |  |
| **8.** | **Communication – Promotion santé** | 4 |  |  |
|  | **TOTAL** | **31** |  |  |

## GESTION RESSOURCES HUMAINES, FINANCIERES, MATERIELLES

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Ensemble des composantes** | **Points disp.** | **Points obt.** | **%** |
| **1.** | **Ressources humaines** | 3 |  |  |
| **2.** | Recrutement – Gestion agents & de carrière | 5 |  |  |
| **3.** | **Cadre de formation** | 2 |  |  |
| **4.** | **Infrastructure et équipements** | 5 |  |  |
| **5.** | **HP Véhicules, Radiographie, échographe, …** | 1 |  |  |
| **6.** | **Pharmacie Organisation service /Gestion de Stock (GAS)** | 11 |  |  |
| **7.** | **Gestion stock – détails** | 11 |  |  |
| **8.** | **Chaine de Froid** | 2 |  |  |
| **9.** | **Outils de Gestion** | 8 |  |  |
| **10.** | **Pharmacovigilance** | 4 |  |  |
| **11.** | **Gestion financière** | 17 |  |  |
|  | **TOTAL** | **69** |  |  |

## SERVICES CLINIQUES ET PARACLINIQUES / PCI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Ensemble des composantes** | **Points disp.** | **Points obt.** | **%** |
| **1.** | **Laboratoire** | 12 |  |  |
| **2.** | **Laboratoire (Suite)** | 7 |  |  |
| **3.** | **Imagerie** | 4 |  |  |
| **4.** | **Echographie** | 4 |  |  |
| **5.** | PCI | 11 |  |  |
| **6.** | **Hygiène – PCI** | 6 |  |  |
| **7.** | **Qualité de Soins** | 8 |  |  |
|  | **TOTAL** | **52** |  |  |

## OFFRE DE SERVICE

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Ensemble des composantes** | | **Points disp.** | | **Points obt.** | **%** |
| **1.** | **COC – Consultation curative/observation** | | 13 | |  |  |
| **2.** | ***HR – Consultation Externe (CE)*** | | 2 | |  |  |
| **3.** | **Salle d’observation courte durée** | | 2 | |  |  |
| **5.** | ***Service Chirurgie*** | | 3 | |  |  |
| **6.** | ***Gynéco-Obstétrique*** | | 5 | |  |  |
| **7.** | ***Bloc opératoire*** | | 6 | |  |  |
| **8.** | ***Soins intensifs*** | | 6 | |  |  |
| **9.** | ***Médicine Interne*** | | 7 | |  |  |
| **10.** | ***Pédiatrie*** | | 7 | |  |  |
| **11.** | ***Kinésithérapie*** | | 5 | |  |  |
| **12.** | | ***Accouchement assisté - Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgences*** ***SONU / SONUB/SONUC*** | | 6 |  |  |
| **13.** | | ***Santé néonatale*** | | 6 |  |  |
| **14.** | | ***Soins /Suivi post-partum*** | | 5 |  |  |
| **15.** | | **Planification Familiale (PF)** | | 8 |  |  |
| **16.** | | **Nutrition/Malnutrition** | | 1 |  |  |
|  | | **TOTAL** | | **82** |  |  |

## LUTTE CONTRE LA MALADIE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Ensemble des composantes** | **Points disp.** | **Points obt.** | **%** |
| **1.** | **Paludisme** | 3 |  |  |
| **3.** | **Prévention Transmission Mère-Enfant (PTME)** | 17 |  |  |
| **4.** | **Prise en charge PPVIH - suivi au long cours** | 7 |  |  |
| **5.** | **Tuberculose** | 9 |  |  |
| **6.** | **Suivi bactériologique des malades** | 3 |  |  |
| **7.** | **MTN-Maladies Tropicales Négligées** | 3 |  |  |
| **8.** | **Maladies Non Transmissibles** | 2 |  |  |
|  | **TOTAL** | **44** |  |  |

## TABLEAU SYNTHETIQUE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Ensemble des composantes** | **Points dispon.** | **%** | **Points obten.** | **%** |
| 1. | Gouvernance et Leadership | 36 |  |  |  |
| 2. | Th. Transversales/Autres taches HP | 32 |  |  |  |
| 3. | Gestion Ressources humaines, matérielles et Financières | 69 |  |  |  |
| 4. | Services Cliniques et Paracliniques / PCI | 52 |  |  |  |
| 5. | Santé SR / PCIME-N | 82 |  |  |  |
| 6. | Lutte contre maladie | 44 |  |  |  |
|  | **TOTAL** | **315** |  |  |  |

## Plan de résolution de problèmes et de suivi

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Problèmes prioritaires** | **Causes** | **Stratégies correctrices** | **Acteurs (Responsables)** | **Ressources nécessaires** | **Délais d’exécution** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |