REPUBLIQUE DE GUINEE



MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION NATIONALE D'ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET DE L'HYGIENE HOSPITALIERE

FASCICULE DU MONITORAGE AMELIORE

HOPITAL PREFECTORAL/REGIONAL

VERSION 2020 DNEHHH MS

| SERVICE DI | E: | | |
|------------|---------------|---------------------|-------|
| | | | |
| HOPITAL PI | REFECTORAL/RE | GIONAL DE: | |
| DISTRICT S | ANITAIRE DE: | | |
| | | | |
| REGION DE | • | | ····· |
| | | PERIODE MONITOREE : | |
| | | du au//20 | |
| | | | |
| | REALISE PAR : | | |
| | 1. | | |
| | 2. | | |
| | 3. | | |
| | 4. | | |
| | 5_ | | |
| | 6. | | |
| | 7. | | |

LEXIQUE

| 5S | Une technique de gestion japonaise visant à l'amélioration continue de la qualité des tâches effectuées dans les entreprises. Supprimer l'inutile (ranger), Situer les choses (ordre), Scintiller (nettoyage), Standardiser les règles (propre) et Suivre et progresser (éducation). |
|------------------------|--|
| ARV | Antirétroviraux |
| ATTENTES QUALITE | Ce qui est attendu en termes de qualité du processus (Standard dans SBMR) |
| ВМ | Banque Mondiale |
| CPC | Consultation Primaire Curative |
| CPN | Consultation Prénatale |
| CRITERES QUALITES | Les critères qualité sont un descriptif normatif du processus conduisant à la réalisation de l'activité de soins ou du service. |
| CRU | Comité de Relation avec les Usagers |
| CS | Centre de Santé |
| CTPS | Comité Technique Préfectoral de la Santé |
| CTRS | Comité Technique Régional de la Santé |
| DETERMINANTS | Les déterminants sont les caractéristiques ou aspects que l'on se propose d'apprécier et qui ont une influence sur le fonctionnement de l'organisation |
| DMS | Durée Moyenne de Séjour |
| DNEH3 | Direction Nationale d'Etablissements Hospitaliers et de l'Hygiène Hospitalière |
| DNPM | Direction Nationale de la Pharmacie et du médicament |
| DNSFN | Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition |
| DOMAINES | Les domaines sont les importants axes du système de santé Guinéen aux niveaux desquels les déterminants sont appliqués. |
| DPS | Direction Préfectorale de la Santé |
| GATPA | Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement |
| GIZ | Coopération Technique Allemande |
| HI | Hospitalisation avec Intervention |
| HP | Hôpital Préfectoral |
| HSI | Hospitalisation Sans Intervention |
| HR | Hôpital Régional |
| INDICATEUR | Un indicateur est une variable, quantitative ou non, qui permet de mesurer les déterminants et les changements qui interviennent dans l'exécution des activités |
| INDICATEUR QUALITATIF | Un indicateur qualité est destinée à évaluer la qualité des processus qui ont conduit aux résultats. |
| INDICATEUR QUANTITATIF | Un indicateur quantitatif mesure les résultats visés au niveau de chaque domaine. |
| JHPIEGO | Programme Johns Hopkins pour l'éducation internationale en gynécologie et obstétrique. Un organisme international de santé sans but lucratif affilié à l'Université Johns Hopkins |
| MA | Monitorage Amélioré |
| MS | Ministère de la Santé |
| PASSP | Programme d'Amélioration des Services de Santé Primaire |
| PCA | Paquet Complémentaire d'Activités |
| PCI | Prévention et Contrôle des Infections |
| PEV | Programme Elargi de Vaccination |
| PF | Planification Familiale |
| PNDS | Plan National de Développement Sanitaire |
| PROCEDURE | La procédure est la manière spécifiée d'accomplir une activité |

| PROCESSUS | Des séries des activités chronologiques réalisées dans l'atteinte d'un résultat de qualité |
|----------------------|--|
| PROTOCOLES DES SOINS | C'est un descriptif des techniques à appliquer et/ou des principes et des consignes à observer dans certaines situations et dans l'administration des soins/services. |
| PSCQ | Pourcentage Score Critère Qualité : Le rapport entre la somme des scores critère qualité (SCQ) obtenus et le score total des scores critère qualité attendus |
| PVVIH | Personnes Vivants Avec le VIH |
| SCQ | Score Critère Qualité : La somme des scores sous – critère qualité d'un critère qualité donné |
| SGP | Score Global de Performance |
| SNIS | Système National d'Informations Sanitaires |
| SOE | Soins Obstétricaux Essentiels |
| SONUB | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base |
| SONUC | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet |
| SR | Santé de la Reproduction |
| SSCQ | Score Sous – Critère Qualité : Le score attribué à un sous – critère qualité après évaluation et appréciation (0 ou 1) |
| STANDARDS | Un standard quantitatif consiste en un point de repère par rapport auquel on peut comparer les résultats afin de voir si le déterminant a été influencé ou non. |
| STANDARDS | Un standard qualitatif, désigne un descriptif de la manière dont les activités de production doivent être faites en matière de planification, d'organisation, d'évaluation et de réajustement. |
| STQualité | Score Total Qualité |
| STQuantité | Score Total Quantité |
| TOM | Taux d'Occupation Moyen des lits |
| USAID | United States Agency for International Development |

AVANT-PROPOS

L'objectif général de tout hôpital est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population qu'il a mission de couvrir. Cette contribution s'apprécie à travers plusieurs paramètres, notamment: la disponibilité des ressources, l'utilisation des services, la qualité des prestations, les relations avec les autres structures de soins, la production et la consommation des ressources financières. Cette liste n'est pas exhaustive. Elle est indicative des principales caractéristiques du fonctionnement hospitalier que nous voulons surveiller dans un premier temps.

Le monitorage est un outil qui est mis à votre disposition pour améliorer les performances des services en particulier de l'hôpital en général. Le monitorage est une méthode rétrospective qui permet de faire un bilan exhaustif de l'activité d'une période donnée et de définir des orientations. Il complète les autres méthodes de suivi que sont:

- 1. la supervision régulière ;
- 2. Le suivi d'activités à travers des tableaux de bord ;
- 3. les enquêtes transversales éventuelles ;
- 4. la collecte et l'analyse des données des rapports mensuels du SNIS

TABLE DES MATIERES

| INTRODUCTION | 7 |
|---|---|
| CADRE DE REFERENCE | 7 |
| CADRE CONCEPTUEL | 8 |
| QUI EST IMPLIQUE | 10 |
| COMBIEN DE TEMPS AVEZ – VOUS POUR FAIRE LE MONITORAGE (AUTO-EVALUATION)? | 11 |
| FAUT -IL AVOIR PEUR DE FAIRE LE MONITORAGE AMELIORE ? | 11 |
| VALEUR AJOUTEE DU MONITORAGE AMELIORE | 11 |
| | |
| | |
| LISTE DES INDICATEURS QUANTITATIFS PAR SERVICE | 13 |
| METHODE DE COTATION DU MONITORAGE AMELIORE | 17 |
| COMMENT SCORER LES INDICATEURS QUANTITATIFS DANS CHAQUE SERVICE | 17 |
| COMMENT SCORER LES INDICATEURS QUALITATIFS DANS CHAQUE SERVICE | 17 |
| COMMENT CALCULER LA PERFORMANCE GLOBALE DE CHAQUE SERVICE / HOPITAL | 18 |
| COMMENT FAIRE LA SYNTHESE DES SCORES DES DIFFERENTS SERVICES DANS LE FASCICULE | 19 |
| SYNTHESE DES RESULTATS DU MONITORAGE AMELIORE | 20 |
| INFORMATIONS GENERALES DE LA STRUCTURE | 20 |
| RESULTATS OBETENUS DES INDICATEURS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS | 22 |
| TABLEAU DE BORD COMPARATIF DES INDICATEURS | 41 |
| META - ANALYSE DE LA PERFORMANCE DE L'HOPITAL | 43 |
| ANALYSE DES DOMAINES | 44 |
| ANALYSE DES DETERMINANTS | 45 |
| PREVISIONS POUR LE PROCHAIN SEMESTRE (en se basant sur le contrat jectif) du service/hôpital) | 47 |
| | |
| PLAN D'ACTION OPERATIONNEL | 51 |
| | CADRE DE REFERENCE CADRE CONCEPTUEL QUI EST IMPLIQUE COMBIEN DE TEMPS AVEZ - VOUS POUR FAIRE LE MONITORAGE (AUTO-EVALUATION)? FAUT -IL AVOIR PEUR DE FAIRE LE MONITORAGE AMELIORE? VALEUR AJOUTEE DU MONITORAGE AMELIORE UTILISATION COMMENT REMPLIR CE FASCICULE DE MONITORAGE AMELIORE LISTE DES INDICATEURS QUANTITATIFS PAR SERVICE METHODE DE COTATION DU MONITORAGE AMELIORE COMMENT SCORER LES INDICATEURS QUANTITATIFS DANS CHAQUE SERVICE COMMENT SCORER LES INDICATEURS QUANTITATIFS DANS CHAQUE SERVICE COMMENT SCORER LES INDICATEURS QUALITATIFS DANS CHAQUE SERVICE COMMENT CALCULER LA PERFORMANCE GLOBALE DE CHAQUE SERVICE / HOPITAL COMMENT FAIRE LA SYNTHESE DES SCORES DES DIFFERENTS SERVICES DANS LE FASCICULE SYNTHESE DES RESULTATS DU MONITORAGE AMELIORE INFORMATIONS GENERALES DE LA STRUCTURE RESULTATS OBETENUS DES INDICATEURS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS. TABLEAU DE BORD COMPARATIF DES INDICATEURS META - ANALYSE DE LA PERFORMANCE DE L'HOPITAL ANALYSE DES DOMAINES ANALYSE DES DETERMINANTS. PREVISIONS POUR LE PROCHAIN SEMESTRE (en se basant sur le contrat jectif) du service/hôpital). SYNTHESE IDENTIFICATION ET FORMULATION DES PROBLEMES. |

LISTE DES TABLEAUX

| Tableau 1: Modèle d'évaluation de la qualité | 7 |
|---|----------|
| Tableau 2: Déterminants retenus par domaine | 9 |
| Tableau 3: Liste des indicateurs par domaine, déterminants et service | 13 |
| Tableau 4: Nombre de lits par service et disponibilité de services d'appui | 20 |
| Tableau 5: Situation du personnel par service pour la période | 20 |
| Tableau 6: Profil épidémiologique et létalité | 21 |
| Tableau 7: Résultat de l'activité médicale (utilisation globale) | 38 |
| Tableau 8: Résultats de l'activité médicotechnique et logistique | 39 |
| Tableau 9: Résultats gestion financière – produits par nature | 39 |
| Tableau 10: Résultats gestion financière – charges par nature | 40 |
| Tableau 11: Tableau de bord comparatif des indicateurs | 41 |
| Tableau 12: Score global de performance attendu par domaine et déterminant du Service / Hôpital | 43 |
| Tableau 13: Evolution de la performance du Service / Hôpital selon les domaines | 44 |
| Tableau 14: Evolution de la performance du Service / Hôpital selon les déterminants / aspects | 45 |
| Tableau 15: Provisions pour le prochain semestre | 47 |
| Tableau 16: Synthèse identification et formulation des problèmes | |
| Tableau 17: Plan d'amélioration de la structure | 51 |
| LISTE DES FIGURES | |
| Graphique 1: Evolution de la performance du Service / Hôpital selon les domaines | 44 |
| Graphique 2: Evolution de la performance du Service / Hôpital selon les déterminants | |
| LISTE DES FIGURES | |
| Figure 1: Piliers de la qualité | 7 |
| rigare i. i illere de la qualite | <i>[</i> |

1 CONTEXTE

Après la crise d'Ebola et la concentration des efforts dans la prévention d'une nouvelle épidémie, une nouveau Plan de Développement sanitaire 2015 – 2024 a été produit, ainsi que son premier Plan triennal opérationnel 2015 – 2017.

L'amélioration de la qualité des services et des soins, et la sécurité des patients est l'une des priorités principales du Ministère de la santé de la République de Guinée!

Pour ce faire, les échanges entre acteurs de la santé ont démontré la volonté de disposer pour le pays d'un seul outil harmonisé pour la qualité. Le Monitorage a été identifié comme élément moteur sur lequel bâtir une démarche globale d'évaluation des performances et d'amélioration de la qualité.

Cette identification de l'outil de Monitorage s'accorde parfaitement avec l'activité principale du Programme Quinquennal d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Patients et de la Gestion des Risques dans les Etablissements de Santé (2014-2018), à savoir la « révision du système de monitorage actuel pour le focaliser dans une dynamique de démarche analytique des résultats et l'introduction des aspects d'amélioration de la qualité, et notamment le processus ».

Cette nouvelle vision oblige le système de santé à conforter les acquis et revigorer son mécanisme de suivi en passant de l'approche de Monitorage classique à celle dite Améliorée.

Pour la mise en œuvre pratique du Monitorage Amélioré, plusieurs facteurs de réussites ont été identifiés, parmi lesquels :

- Le défi de la participation active de toutes les parties prenantes susceptibles de contribuer à l'amélioration des performances, quantitativement et qualitativement, du système de santé en Guinée;
- 2. la mise en place de nouveaux outils adaptés au concept du Monitorage Amélioré.

Le présent fascicule est l'un des outils identifié et porte sur la synthèse des résultats du Monitorage Amélioré dans les hôpitaux préfectoraux et régionaux.

2.1 CADRE DE REFERENCE

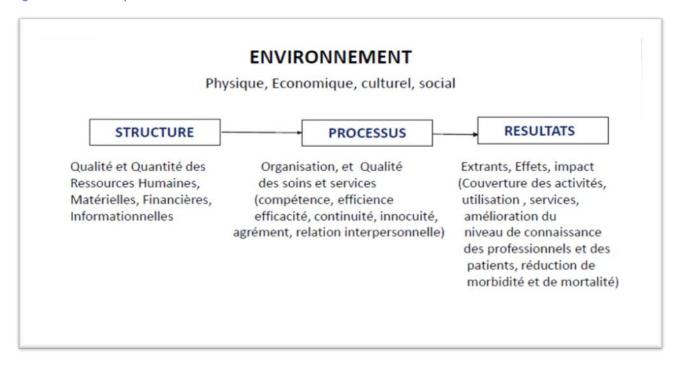
Le monitorage amélioré s'inspire du modèle proposé par **Avedis Donabedian** qui offre un cadre adapté pour évaluer la qualité des soins. Le modèle est basé sur l'évaluation de la chaine de soins: **structures, procédures, résultats**. Ce modèle repose sur le postulat qu'étant donné que l'offre des soins implique l'adéquation entre les structures et les processus, l'obtention de résultats de soins de qualité requiert de bonnes structures (matérielles, humaines et organisationnelles) et l'utilisation de bons processus de soins. Il convient donc d'évaluer si les structures et les processus en place sont de qualité.

Tableau 1: Modèle d'évaluation de la qualité

| Structure/input | Processus | Résultats/Impact | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Environnement Stratégies Organisation Ressources Information Procédures | Compétence technique Supervision Monitoring Référence Relations interpersonnelles Participation Management Administration Documentation Standardisation | Résultats médicaux Durabilité Satisfaction clients Morbidité Mortalité Etat de santé de la communauté | | | | | | | |

Comme on peut le constater la qualité est fortement influencée par l'environnement physique, économique, culturel et Social.

Figure 1: Piliers de la qualité



2.2 CADRE CONCEPTUEL

2.2.1 DEFINITION DU MONITORAGE AMELIORE (MA)

Le Monitorage est un processus de surveillance périodique permettant:

- D'apprécier l'évolution d'un programme pendant l'action ;
- D'identifier les problèmes au fur et à mesure qu'ils se présentent ;
- De choisir et de mettre en œuvre les stratégies et leur action ;
- L'évaluation des stratégies et leurs actions.

2.2.2 BUT DU MONITORAGE MA

Mesurer les performances des structures sanitaires en terme d'atteinte des résultats (de ce qui est fait et comment c'est fait).

Le Ministère de la Santé de Guinée souhaite que le Monitorage prenne désormais en compte non seulement les progrès dans les performances, mais aussi les éléments de qualité qui sous-tendent lesdits progrès.

2.2.3 OBJECTIF DU MA

Le monitorage amélioré doit contribuer à l'amélioration des performances du système de santé afin d'atteindre les objectifs de santé définis dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

2.2.4 PORTE D'ENTREE DU MA

2.2.4.1 Les domaines

Désormais, la porte d'entrée du Monitorage Amélioré est le **DOMAINE** au lieu des DETERMINANTS. Les domaines font référence aux limites du monitorage. En effet, le monitorage pour être efficace doit cibler des domaines précis. Le choix des domaines est délibéré et opéré par les acteurs stratégiques du secteur et sont en lien avec les missions et objectifs de la structure concernée par le monitorage.

Les domaines sont subdivisés en déterminants qui, une fois identifiés et validés, s'imposent à tous et sont les mêmes pour tout le système.

Les domaines retenus sont:

- 1. Gestion et rationalisation des ressources ;
- 2. **Offre et demande** (l'offre est l'ensemble des services et des soins mis à la disposition de la population par les professionnels et le système de santé; la demande est le désir d'un individu ou d'un groupe de population par rapport à une amélioration de la santé ou à l'utilisation des services);
- 3. Promotion de la santé et réhabilitation des handicaps et infirmités ;
- 4. Prévention et lutte contre la maladie ;
- 5. Gouvernance et leadership.

Les domaines sont subdivisés en déterminants/dimensions.

2.2.4.2 Les Déterminants

Les déterminants sont les caractéristiques ou aspects que l'on se propose d'apprécier et qui ont une influence sur le fonctionnement de l'organisation. Il est recommandé de retenir cinq (5) déterminants au maximum par domaine.

Tableau 2: Déterminants retenus par domaine

1. Gestion et rationalisation des ressources

- 1.1 Disponibilité des ressources (produits pharmaceutiques, outils de gestion, produits de PCI, transfusion sanguine)
- 1.2 Gestion des ressources financières
- 1.3 Gestion des ressources humaines

2. Offre et demande des services

- 2.1 Prise en charge globale
- 2.2 Hygiène et prévention des infections
- 2.3 Maintenance des équipements et des infrastructures

3. Promotion de la santé et réhabilitation des handicaps et infirmités

- 3.1 Suivi de la mère et du nouveau-né
- 3.2 Suivi de l'enfant

4. Prévention et lutte contre la maladie

- 4.1 Capacité de détection et de contrôle des épidémies
- 4.2 Compétences techniques
- 4.3 Prise en charge des urgences
- 4.4 Prise en charge des maladies transmissibles
- 4.5 Appui au diagnostic
- 4.6 Amélioration continue de la qualité

5. Gouvernance et leadership

- 5.1 Processus institutionnel/redevabilité
- 5.2 Système d'information sanitaire et de gestion/communication
- 5.3 Recherche opérationnelle
- 5.4 Participation communautaire
- 5.5 Satisfaction des usagers

5 domaines et 19 déterminants

A chaque déterminant correspondent des actions prioritaires (du PNDS 2015 -2024 et du plan de relance 2015-2017). Au niveau des actions prioritaires, on retient l'intervention à haut impact. Une fois l'intervention à haut impact traceur identifié, il va s'agir de déterminer l'activité traceuse dont l'indicateur et les aspects qualité qui lui sont rattachés feront l'objet de monitorage.

2.2.4.3 Les indicateurs

Dans la littérature, il existe une longue liste d'indicateurs se rapportant à chaque paramètre. Il serait irréaliste de les utiliser tous dans un processus de monitorage amélioré. C'est pourquoi, ils ont été limités à un certain nombre, choisis en commun accord lors d'un atelier d'élaboration du cadre conceptuel du Monitorage Amélioré tenu du 22 au 26 Août 2016.

Dans ce document, les indicateurs se regroupent en deux types.

- 1. Indicateurs quantitatifs
- 2. Indicateurs qualitatifs

Plusieurs indicateurs quantitatifs sont accompagnés par des indicateurs qualitatifs (attentes qualité) appréciés par des critères qualité (processus clés).

L'évaluation des déterminants qui ont été sélectionnés pour apprécier les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs se fait à l'aide des indicateurs.

Un **indicateur** est une variable, quantitative ou non, qui permet de mesurer les déterminants et les changements qui interviennent dans l'exécution des activités. Il peut être exprimé en valeur absolue, en taux ou en ratio.

Les indicateurs quantitatifs mesurent les résultats visés au niveau de chaque domaine.

Les **critères qualité** sont destinés à évaluer la qualité des processus qui ont conduit aux résultats.

La revue de la littérature sur le monitorage, le suivi ou l'évaluation continue indique que l'indicateur quantitatif est formulé, soit en nombre absolu, soit en pourcentage, soit en ratio. Nous avons donc choisi majoritairement l'expression des indicateurs en pourcentage afin d'amener chaque hôpital à se fixer des objectifs pour ensuite mesurer leur taux d'atteinte. Il faut toutefois souligner que pour une gamme plus limitée d'indicateurs, leur formulation est faite en ratio ou en valeur absolue.

2.3 QUI EST IMPLIQUE

Une des forces du Monitorage Amélioré (MA) est le focus mis sur le travail en équipe. Pendant le déroulement du monitorage (auto-évaluation ou évaluation externe), toutes les personnes qui interviennent dans le fonctionnement de la structure de soins ou de gestions (le personnel de santé, le CA, le CC, les autorités administratives, les leaders d'opinion, les personnes qui utilisent la structures et celles qui ne l'utilisent pas) doivent être impliquées.

Pour mieux utiliser le temps prévu pour chaque phase du monitorage, nous vous conseillons de bien préparer le monitorage. S'assurer que tous les documents pour le réaliser le sont disponibles en quantité (guides d'utilisation et fiches de score des critères qualité, et fascicule), les outils de gestion pour l'estimation des différents indicateurs (quantité et qualitatif) sont disponibles, les documents de vérification sont mobilisés et disponibles et des réunions préparatoires sont organisées pour faire une planification de la mise en œuvre. **Pour cela il est important d'établir une checklist.**

En ce qui concerne l'interview des clients, nous vous conseillons de choisir les patients au hasard. Celui qui doit faire cet entretien doit d'abord se présenter au client et lui expliquer que l'entretien avec lui est organisé pour aider la structure de santé à améliorer ses prestations. Il doit tout faire pour mettre le client en confiance. Cette interview va se faire par une personne externe de la structure, de préférence par le comité de relation avec les usagers (CRU).

2.4 COMBIEN DE TEMPS AVEZ – VOUS POUR FAIRE LE MONITORAGE (AUTO-EVALUATION)?

Vous avez deux (2) jours proprement dit pour réaliser le monitorage. Cependant, la durée peut dépendre de la grandeur d'un service et des activités qu'il réalise. L'organisation des différentes activités est déterminée par vous (remplissage des outils quantitatif et qualitatif, détermination des goulots d'étranglement, élaboration des plans d'amélioration, présentation des résultats, ...).

2.5 FAUT -IL AVOIR PEUR DE FAIRE LE MONITORAGE AMELIORE ?

NON! En réalité, le Monitorage Amélioré ne doit pas faire peur. Il vous aide à vous améliorer dans vos activités. *Aucune sanction négative n'accompagne le MA*. Tous les responsables de la Santé adhèrent à l'esprit du MA et participent activement pour sa réussite. En effet, les responsables hiérarchiques ne peuvent pas vous aidez si vous ne parlez pas ouvertement avec eux des problèmes des services.

2.6 VALEUR AJOUTEE DU MONITORAGE AMELIORE

A travers le MA, les personnels de santé (prestataires et gestionnaires) et les acteurs impliqués directement dans le fonctionnement de la structure peuvent connaître les domaines d'intervention et les sous-critères sur lesquels ils doivent mettre l'accent pour améliorer la prestation des services et des soins.

Les résultats du MA vous permettront de vous comparer à vous-même et à vos pairs par rapport aux objectifs à atteindre (les performances souhaitées). Cette collaboration avec vos pairs vous permettra d'apprendre des autres structures et d'améliorer vos méthodes de travail (benchmarking).

L'élaboration d'un plan d'amélioration basé sur le monitorage amélioré facilitera la mobilisation des ressources externes nécessaire à la mise en œuvre de ce plan.

2.7 UTILISATION

Ce document est le fascicule destiné à vous aider dans la démarche du monitorage amélioré des services hospitaliers. Il est accompagné de deux autres outils :

- 1. Un Guide pour le remplissage du canevas des indicateurs quantitatifs;
- 2. Un Guide pour le remplissage du canevas des indicateurs qualitatifs (critères qualité);

Il propose une série de canevas de collecte des données et d'analyse des résultats correspondant aux principaux services à savoir :

- Médecine générale
- Pédiatrie
- Chirurgie
- Maternité
- Laboratoire
- Imagerie
- Pharmacie
- Cabinet dentaire
- Urgences
- Maintenance
- Direction de l'hôpital

Pour chaque service, la présentation respecte la liste des déterminants pertinents. Pour chaque déterminant retenu, les indicateurs sont listés et présentés dans différents tableaux que vous trouverez dans le quide de remplissage joint.

Ce fascicule compte sept (7) autres parties :

- 1. Liste des indicateurs quantitatifs par service
- 2. Méthode de cotation
- 3. Synthèse des résultats du monitorage amélioré ;
- 4. Tableau de bord comparatif des indicateurs ;
- 5. Prévisions pour le prochain semestre ;
- 6. Identification et formulation des problèmes (synthèse par service);
- 7. Plan d'action opérationnel (synthèse des plans par service).

La présentation de chacune de ces parties ainsi que la manière d'y porter les informations ont été détaillées dans les guides de remplissage.

Pour faciliter l'analyse des résultats, certains indicateurs sont présentés sous forme graphique et d'autres sous forme de tableau récapitulatif

La démarche du monitorage sera inutile si elle n'aboutit pas à la planification opérationnelle de mesures correctrices pour les différents problèmes identifiés. Le canevas comprend à cet effet, un tableau recensant par service, les principaux problèmes identifiés et leurs causes et un canevas de budgétisation selon le modèle retenu au niveau du Ministère de la Santé (objectifs, stratégies/activités, chronogramme, responsable et indicateur de suivi/évaluation).

2.8 COMMENT REMPLIR CE FASCICULE DE MONITORAGE AMELIORE

Pour remplir ce fascicule, vous devez obligatoirement vous servir des guides qui ont été édités à cet effet : Guide de remplissage des indicateurs quantitatifs et guide de remplissage des critères qualité. Dans chaque guide, vous trouverez des exemples détaillés qui vous aideront à renseigner chacune des parties susmentionnées de ce document.

3 LISTE DES INDICATEURS QUANTITATIFS PAR SERVICE

Tableau 3: Liste des indicateurs par domaine, déterminants et service

| Domaines / | Déterminants / Aspects | N° | Indicateurs Quantitatifs | Indicateurs Qualitatifs (attentes/standards) | Cabinet dentaire | Chirurgie | Imagerie | Laboratoire UHTS | Maintenance | Maternité | Médecine générale | Pédiatrie | Pharmacie | Urgences | Direction | Cibles / Normes |
|---|--|----|---|--|------------------|-----------|----------|------------------|-------------|-----------|-------------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------------|
| | s et autres s | 1 | Pourcentage de jours sans rupture de stock des produits pharmaceutiques | La disponibilité des produits pharmaceutiques est assurée | | | | | | | | | X | | | 95% |
| | 1.1. Disponibilité des Médicaments et autres intrants / consommables | 2 | Taux de satisfaction des besoins en transfusion sanguine | | | | | X | | | | | | | | 100% |
| ssources | nibilité des intrants / co | 3 | Pourcentage de jours sans rupture de stock des outils de gestion | La disponibilité des outils de gestion est assurée | | | | | | | | | | | x | 100% |
| sation des re | 1.1. Dispo | 4 | Pourcentage de jours sans rupture de stock des produits et matériels PCI | La disponibilité des produits et matériels de PCI est assurée | | | | | | | | | | | x | 100% |
| Gestion et rationalisation des ressources | 1.2. Développement des Ressources humaines | 5 | Pourcentage de présence du personnel au poste de travail | | х | x | x | x | x | x | x | x | X | x | x | 95% |
| 1. Ge | ments | 6 | Pourcentage des dépenses pharmaceutiques sur les recettes propres réalisées | | | | | | | | | | | | x | 30% |
| | 1.3. Financements | 7 | Taux d'encaissement | Toutes les recettes attendues par rapport aux prestations fournies sont encaissées | x | x | x | X | | x | x | X | X | x | | 90% |
| | | 8 | Taux de recouvrement | | X | X | X | X | | X | X | X | X | X | | 95% |
| | o. | 9 | Pourcentage de 1ers contacts prise en charge | La consultation des 1ers contacts est correctement assurée | х | X | | | | x | X | X | | X | | 95% |
| Offre et demande | 2.1. Prise en charge globale | 10 | Taux de rationalisation des dossiers médicaux | | | X | | | | x | x | x | | | | 90% |
| e et (| en cł | 11 | Taux d'occupation moyen des lits | | | X | | | | X | X | X | | | | 80% |
| 2. Offr | Prise | 12 | Durée moyenne de séjour | | | X | | | | X | X | X | | | | 06- août |
| 7 | 2.1. | 13 | Taux de contre- référence | Toutes les références reçues sont prises en charge correctement et font l'objet d'une contre-référence | х | x | | | | x | x | x | | x | | 100% |

| Domaines / | Déterminants / Aspects | N° | Indicateurs Quantitatifs | Indicateurs Qualitatifs (attentes/standards) | Cabinet dentaire | Chirurgie | Imagerie | Laboratoire UHTS | Maintenance | Maternité | Médecine générale | Pédiatrie | Pharmacie | Urgences | Direction | Cibles / Normes |
|---|---|----|--|---|------------------|-----------|----------|------------------|-------------|-----------|-------------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------------|
| | s infections | 14 | Pourcentage de points de prestations disposant de points de lavage des mains fonctionnels | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | 100% |
| | 2.2. Hygiène et prévention des infections | 15 | Pourcentage de services ayant un dispositif de gestion des déchets hospitaliers | Les normes et procédures de gestion des déchets biomédicaux sont appliquées | х | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | 100% |
| | Hygiène | 16 | Taux d'infection du site opératoire des interventions programmées | | X | X | | | | X | | | | | | 1% |
| | 2.2. | 17 | Taux d'infection du site opératoire des interventions non programmées | | х | X | | | | х | | | | | | 2% |
| | 2.3. Maintenance des infrastructures et des équipements | 18 | Pourcentage d'équipements biomédicaux disponibles et fonctionnels | | X | X | x | x | x | x | x | x | | x | x | 100% |
| | 2.3. Mainte infrastructuéquipe | 19 | Pourcentage d'activités du plan de maintenance interne préventive réalisées | | | | | | x | | | | | | | 100% |
| s et infirmités | | 20 | Taux de satisfaction des besoins en SONUC | La prise en charge des complications obstétricales reçues est conforme aux normes et procédures de SR | | | | | | x | | | | | | 100% |
| Promotion de la santé et réhabilitation des handicaps et infi | 3.1. Suivi de la mère et du nouveau-né | 21 | Pourcentage d'accouchements hospitaliers | Les soins essentiels à la femme en travail, pendant l'accouchement et le post-partum immédiat sont effectués conformément aux normes et procédures de la SR | | | | | | x | | | | | | 20% |
| t réhab | le la mè | 22 | Taux de césarienne | Les césariennes sont réalisées selon les protocoles | | | | | | X | | | | | | 5% |
| motion de la santé e | 3.1. Suivi d | 23 | Taux d'utilisation du partogramme | Le partogramme est correctement utilisé chez toutes les parturientes ne présentant pas de contre-indication à l'accouchement voie basse | | | | | | x | | | | | | 100% |
| 3. Pro | | 24 | Taux de létalité des complications obstétricales | | | | | | | X | | | | | | 1% |

| Domaines / | Déterminants / Aspects | N° | Indicateurs Quantitatifs | Indicateurs Qualitatifs (attentes/standards) | Cabinet dentaire | Chirurgie | Imagerie | Laboratoire UHTS | Maintenance | Maternité | Médecine générale | Pédiatrie | Pharmacie | Urgences | Direction | Cibles / Normes |
|-------------------------------|--|----|--|--|------------------|-----------|----------|------------------|-------------|-----------|-------------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------------|
| | | 25 | Taux de référence obstétricale | Les cas obstétricaux référés sont pris en charge à temps conformément aux normes et procédures en vigueur | | | | | | X | | | | | | 20% |
| | Suivi de l'enfant | 26 | Taux de mortalité hospitalière des enfants de moins d'un an | | | | | | | | | x | | | | 1% |
| | 3.2. Suivi | 27 | Taux de guérison des malnutritions aigües sévères avec complication | | | | | | | | | X | | | | 75% |
| | 4.1. Capacités de détection et de contrôle des épidémies | 28 | Taux de promptitude de notification des cas de maladies à potentiel épidémique | | | | | | | | | | | | x | 100% |
| | 4.2. Compétences Techniques | 29 | Taux de réalisation des formations basées sur les insuffisances techniques identifiées | | | | | | | | | | | | x | 100% |
| ntre la Maladie | 4.3. Prise en charge des urgences | 30 | Taux de diligence de la prise en charge des urgences | Les urgences sont prises en charge dans le délai retenu conformément aux protocoles spécifiques | | x | | | | X | | x | | X | | 100% |
| Prévention et Lutte contre la | 4.4. Prise en charge des Maladies transmissibles (MT) | 31 | Pourcentage de PVVIH sous ARV | La PC des PVVIH par les ARV est effectuée selon le protocole en vigueur | | | | | | | x | | | | | 90% |
| 4. Pı | | 32 | Taux de létalité du paludisme | | | | | | | | Х | Х | | Х | | 1% |
| | u diagnostic | 33 | Taux de complétude du Paquet complémentaire d'activités (PCA) du laboratoire | Le laboratoire réalise conformément au protocole des examens correspondant à la PCA | | | | x | | | | | | | | 100% |
| | 4.6. Appui au diagnostic | 34 | Taux de complétude du Paquet complémentaire d'activités (PCA) de l'imagerie | | | | X | | | | | | | | | 100% |
| | 4.7. Améliorati on continue | 35 | Pourcentage de supervision interne réalisées par l'équipe de | Les supervisions internes réalisées par l'équipe de direction améliorent les | | | | | | | | | | | x | 100% |

| Domaines / | Déterminants / Aspects | N° | Indicateurs Quantitatifs | Indicateurs Qualitatifs (attentes/standards) | Cabinet dentaire | Chirurgie | Imagerie | Laboratoire UHTS | Maintenance | Maternité | Médecine générale | Pédiatrie | Pharmacie | Urgences | Direction | Cibles / Normes |
|--------------------|---|-------|---|---|------------------|-----------|----------|------------------|-------------|-----------|-------------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------------|
| | | | direction | compétences, la motivation et la performance du personnel | | | | | | | | | | | | |
| | | 36 | Taux de mise en œuvre des 5S | L'approche 5S est mise en œuvre correctement dans l'établissement (différents services) | x | x | X | X | X | x | x | X | X | X | X | 100% |
| | tutionnel / é | 37 | Pourcentage de réunions du comité médical consultatif | Le CMC se tient tous les 2 mois selon la règlementation | | | | | | | | | | | X | 100% |
| | 5.1. Processus institutionnel / Redevabilité | 38 | Pourcentage de réunions du comité d'hygiène et de sécurité | Le CHS se réunit selon la réglementation | | | | | | | | | | | X | 100% |
| _ | 5.1. Proc | 39 | Pourcentage de réunions de la commission budgétaire | La commission budgétaire se réunie une fois par mois | | | | | | | | | | | X | 100% |
| c | 5.2 Système d'information Sanitaire et de gestion / Communication | 40 | Taux de promptitude des rapports SNIS | | X | X | x | X | x | x | x | X | x | x | X | 100% |
| ance et Leadership | | 41 | Taux de complétude des rapports SNIS | | X | x | x | X | x | x | x | X | X | X | X | 100% |
| Gouvern | 5.3. Recherche opérationnelle | 42 | Taux d'analyse clinique des décès maternels | Tous les décès maternel et néonatal sont revus systématiquement conformément au guide | | | | | | x | | | | | | 100% |
| 5. | 5.3. opé | 43 | Taux d'analyse des décès néonatals | | | | | | | x | | x | | | | 100% |
| | 5.4. Participation communautaire | 44 | Pourcentage des réunions du Comité de relation avec les usagers (CRU) tenues pendant la période | | | | | | | | | | | | x | 100% |
| | 5.5. Satisfaction | 45 | Pourcentage d'usagers satisfaits des prestations de l'hôpital/service | L'évaluation de la satisfaction des usagers est menée de façon adéquate (respect des normes et procédures en vigueur) | | | | | | | | | | | x | 70% |
| Tota | al indicate | urs à | évaluer par service | | 13 | 17 | 10 | 11 | œ | 25 | 16 | 19 | 6 | 13 | 18 | |

4 METHODE DE COTATION DU MONITORAGE AMELIORE

L'une des forces du monitorage amélioré est que désormais, la performance de chaque structure en termes d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs sera appréciée à travers un système de cotation bien défini afin d'assurer une variabilité inter-observateur la plus faible possible.

Pour l'appréciation de la performance globale de la structure, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs seront scorés selon les instructions des guides de remplissage respectifs.

4.1 COMMENT SCORER LES INDICATEURS QUANTITATIFS DANS CHAQUE SERVICE

La notation de l'indicateur quantitatif tiendra compte des objectifs nationaux fixés en termes de pourcentage dans le PNDS 2015 – 2024.

Pour scorer les indicateurs quantitatifs, les étapes suivantes sont réalisées :

- Calculer l'indicateur en respectant les directives en lien avec celui-ci dans le guide de remplissage des indicateurs quantitatifs. Après le calcul, il peut arriver que le résultat obtenu est en pourcentage, taux ou chiffre absolu;
- 2. En tenant compte de l'objectif fixé par rapport à l'atteinte de cet indicateur, le score correspondent (0 à 4) est appliqué en se référant à l'échelle de scoring du MA;
- 3. Le score obtenu à la fin de ce processus est dénommé le Score Total Quantité (STQ)

4.2 COMMENT SCORER LES INDICATEURS QUALITATIFS DANS CHAQUE SERVICE

Les indicateurs qualités seront scorés à travers l'appréciation des sous-critères de chaque processus clés (critères qualité). Pour scorer un indicateur qualité, les étapes suivantes sont appliquées.

- 1. Appréciez ou évaluez le critère qualité/processus clé identifié à travers la réalisation correcte de ses sous-critères qui se trouvent dans la troisième colonne de façon chronologique comme présentés dans le « Guide de remplissage des critères qualité ». Pour apprécier chaque sous-critère, vous devez vous posez la question suivante : « Est-ce que vous avez respecté la réalisation correcte du sous-critère ? ».
 - a) Si OUI, c'est-à-dire le sous-critère a été réalisé de façon correcte avec la documentation appropriée, vous attribuez un « 1 » à ce sous-critère dans la colonne correspondante.
 - b) Si NON, c'est-à-dire rien n'a été fait pour réaliser le sous-critère en question, vous attribuez un zéro « 0 » à ce sous-critère dans la colonne correspondante;

Le score obtenu est dénommé Score Sous - Critère Qualité (SSCQ)

 Après l'attribution des scores sous – critère qualité (SSCQ) aux sous-critères, vous procédez au calcul du Score Critère Qualité (SCQ) de chaque critère qualité/processus clé apprécié ou évalué.

Le score critère qualité (SCQ) est la somme de tous les scores sous – critère qualité attribués à chaque critère qualité apprécié ou évalué (SCQ = \sum SSCQ);

3. Après le calcul des scores critère qualité, procédez au calcul du **Pourcentage Score Critère Qualité (PSCQ)** de réalisation des sous-critères par critère qualité. Le PSCQ est le rapport de SCQ au nombre total des sous-critères appréciés ou évalués.

$$(PSCQ = \frac{SCQ}{NOMBRE\ TOTAL\ SOUS-CRITERES\ QUALITE}\ X\ 100)$$

- 4. Suite au calcul des pourcentages score critère qualité, attribuez le Score Total Qualité (STQ^{ualité}) de 0 à 4 en se référant à l'échelle de cotation du MA :
 - a) Si le pourcentage est compris entre **0% et 24%**, le score total qualité (STQ^{ualité}) pour ce critère qualité/processus clé est noté « **0** » ;
 - b) Si le pourcentage qualité est compris entre **25% et 49%**, le score total qualité (STQ^{ualité}) pour ce critère qualité/processus clé est noté « **1** » ;
 - c) Si le pourcentage qualité est compris entre **50% et 74%**, le score total qualité (STQ^{ualité}) pour ce critère qualité/processus clé est noté « **2** » ;
 - d) Si le pourcentage qualité est compris entre **75% et 94%**, le score total qualité (STQ^{ualité}) pour ce critère qualité/processus clé est noté « **3** » ;
 - e) Et Si le pourcentage qualité est compris entre **95% et 100%**, le score total qualité (STQ^{ualité}) pour ce critère qualité/processus clé est noté « **4** ».

4.3 COMMENT CALCULER LA PERFORMANCE GLOBALE DE CHAQUE SERVICE / HOPITAL

La performance globale est notée sur la base du **Score Global de Performance (SGP**) obtenu par la structure. Ce score comporte trois éléments :

- Le Score Total Quantité (STQuantité);
- Le Score Total Qualité (STQualité);
- Score Global (SG)

Le score total quantité (STQuantité) est la note attribuée à un indicateur quantité.

Le **score total qualité (STQ**^{ualité}) est la note obtenue après l'évaluation d'une attente qualité (indicateur qualitatif/ standard).

Le score global (SG) est la somme du score total quantité et du score total qualité.

Le score global de performance (SGP) est la somme des scores globaux.

$$SGP = \sum SG$$

4.4 COMMENT FAIRE LA SYNTHESE DES SCORES DES DIFFERENTS SERVICES DANS LE FASCICULE

Suite au processus d'attribution du score aux indicateurs quantitatifs et qualitatifs dans les différents services, il revient à la Direction de l'hôpital d'apprécier la performance globale de la structure en partant des résultats obtenus par chaque service.

Pour apprécier cette performance globale, il faudra, pour chaque indicateur, déterminer le résultat moyen de l'hôpital. Le résultat moyen s'obtient comme suit :

Pour chaque indicateur quantitatif:

- 1. Calculer la somme des numérateurs obtenus par tous les services concernés ;
- 2. Calculer la somme des dénominateurs obtenus par tous les services concernés ;
- 3. Diviser la somme des numérateurs par la somme des dénominateurs obtenus ;
- 4. Multiplier ce résultat par 100
- 5. Appliquer l'échelle du score du MA sur le résultat obtenu pour déterminer le « score total quantité » moyen de l'indicateur en question.

Pour chaque indicateur qualitatif:

Chaque indicateur qualitatif est décomposé en plusieurs critères qualité. Pour chaque critère qualité, il faut déterminer le score de l'hôpital.

Pour chaque <u>critère qualité (processus clé)</u>, le score de l'hôpital se détermine comme suit :

- a. Calculer la somme des scores critère qualité (SCQ) obtenus par tous les services ;
- b. Déterminer le nombre de services concernés ;
- c. Diviser la somme des scores critère qualité obtenu par le nombre total des services concernés ;
- d. Calculer la somme des scores obtenus au point « c » ci-dessus ;
- e. Déterminer le nombre des critères qualité qui composent l'indicateur;
- f. Diviser le résultat obtenu au point « d » par le nombre déterminé au point « e » ·
- g. Diviser le résultat obtenu au point « f » par le nombre total des scores critère qualité attendu ;
- h. Multiplier le résultat obtenu au point « g » par 100 ;
- i. Appliquer l'échelle de scoring du MA au résultat obtenu au point « h » pour déterminer le score total qualité (STQ^{ualité}) obtenu par l'hôpital ;
- j. Encercler le score total qualité (STQualité) obtenu pour l'hôpital

N.B: Répéter ce processus pour tous les critères qualité de l'indicateur concerné.

5 SYNTHESE DES RESULTATS DU MONITORAGE AMELIORE

5.1 INFORMATIONS GENERALES DE LA STRUCTURE

Tableau 4: Nombre de lits par service et disponibilité de services d'appui

| Laboratoire | |
|----------------------|-------------------------------------|
| | 1 |
| Radiologie | |
| Echographie | |
| Maintenance | |
| Pharmacie | |
| Transfusion sanguine | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | Echographie Maintenance Pharmacie |

Tableau 5: Situation du personnel par service pour la période

| Catégories | Personnel requis ¹ | Perso | onnel en p | Ecart | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|----------|------------|-------|----------|--|
| professionnelles | (cadre organique) | Masculin | Féminin | Total | (+ ou -) | |
| Médecins | | | | | | |
| Chirurgiens-Dentistes | | | | | | |
| Pharmaciens | | | | | | |
| Biologistes | | | | | | |
| Aides de santé | | | | | | |
| Sage femmes | | | | | | |
| Agents techniques de Santé | | | | | | |
| Techniciens de Laboratoire | | | | | | |
| Préparateurs en Pharmacie | | | | | | |
| Techniciens de radiologie | | | | | | |
| Agents de maintenance | | | | | | |
| Agents administratifs et comptables | | | | | | |
| Agents de maintenance | | | | | | |
| Contractuels | | | | | | |
| Autres | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | |

¹ **Personnel requis**: Norme définie en termes de personnel dans la politique Nationale pour le fonctionnement d'une structure Sanitaire

Tableau 6: Profil épidémiologique et létalité

| Causes d'hospitalisation | Nombre de cas | Nombre de décès | Taux de létalité |
|--------------------------|------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

5.2 RESULTATS OBETENUS DES INDICATEURS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS

5.2.1 DOMAINE 1: GESTION ET RATIONALISATION DES RESSOURCES

5.2.1.1 Déterminant 1.1 : Disponibilité des médicaments et autres intrants / consommables

| Consoninables | T 10 6 1 | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| Indicateur quantitatif : | Numérateur | | | Score total quantité |
| • | | x 100 | % | (STQ ^{uantité}) |
| % de jours sans rupture de stock des produits pharmaceutiques | Dénominateur | | | 0 1 2 3 4 |
| Attente qualité : | | | | |
| La disponibilité des produits pharmaceutiques est | t assurée | | | |
| Critères de Qualité (Processus) | | Score critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
| Analyse des estimations des besoins en produits pharmaceutiques essentiels | | | | |
| 2. Application correcte des procédures de command | le | | | |
| 3. Respects des procédures de gestion de stock | | | % | 0 1 2 3 4 |
| 4. Inventaire des produits pharmaceutiques | | | | |
| Total score critère qualité (SCQ) | | | | |
| Score critère qualité attendu (SCQA) | 12 | | | |
| Score global (SG) obtenu (STQuantité + STQualité) | | | | |
| | | | | |
| | Numérateur | | | Score total |
| Indicateur quantitatif: | | x 100 | % | quantité (STQ ^{uantité}) |
| Taux de satisfaction des besoins en transfusion sanguine | Dénominateur | | | 0 1 2 3 4 |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité}) | | | | 0 1 2 3 4 |
| | | | | |
| Indicateur quantitatif : | Numérateur | | | Score Quantité |
| 3. % de jours sans rupture de stock des outils de gestion | Dénominateur | x 100 | % | |
| Attente qualité : | Donominatour | | 1 | 1 |
| La disponibilité des outils de gestion est assurée | | | | |
| La disponibilità des outils de gestion est assurée | | Score | % Score | _ |
| Critères de Qualité (Processus) | | critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
| 1. Analyse des estimations des besoins en outils de | gestion | | _ | |
| 2. Application des procédures de commande | | | | |
| Respects des procédures de gestion de stock | | | 0/ | 01224 |
| | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | % | 0 1 2 3 4 |
| 4. Inventaire des outils de gestion | | | 4 | |
| 4. Inventaire des outils de gestion Total score critère qualité (SCQ) | | | | |
| | | 12 | - | |

| | dicateur quantitatif : % de jours sans rupture de stock des produits et matériels PCI | Numérateur Dénominateur | . ×100 | % | Score total quantité (STQuantité) 0 1 2 3 4 |
|-----|---|----------------------------|--------------------------------------|---|--|
| Att | tente qualité: | | | | |
| La | disponibilité des produits et matériels PCI est as | ssurée | | | |
| | Critères de Qualité (Processus) | | Score critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
| 1. | Analyse des estimations des besoins en produits et PCI | matériels | | | |
| 2. | Application des procédures de commande | | | | |
| 3. | Respect des procédures de gestion de stock | | | % | 0 1 2 3 4 |
| 4. | Inventaire des produits et matériels PCI à temps | | | | |
| To | tal score critère qualité (SCQ) | | | | |
| Sc | ore critère qualité attendu (SCQA) | | 12 | | |
| Sc | ore global (SG) obtenu (STQ ^{uantité} + STQ ^{ualité}) | | | | |
| | | | | | |

5.2.1.2 Déterminant 1.2 : Gestion des Ressources humaines

| Indicateur quantitatif : | Numérateur (somme des nombres totaux de jours de présence par service) | | | Score total quantité |
|--|--|-------|---|-------------------------------------|
| Pourcentage de présence du personnel au poste de travail | Dénominateur (somme des nombres totaux de jours potentiels de travail par service) | x 100 | % | (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité}) | | | | |

5.2.1.3 Déterminant 1.3 : Gestion financière

| Indicateur quantitatif : | Numérateur | | Score total quantité |
|---|--------------------|---|-------------------------------------|
| 6. Pourcentage des dépenses pharmaceutiques sur les recettes propres réalisées | X 100 Dénominateur | % | (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité}) | | | |

| Indicateur quantitatif : 7. Taux d'encaissement | Numérateur (somme des montants des recettes encaissées) Dénominateur (somme des montants des recettes attendues) | - ×100 | % | Score total quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 |
|---|---|--------------------------------------|---|---|
| Attente qualité: | | | | |
| Toutes les recettes attendues règlementation en vigueur | s par rapport aux prestations fourni | ies sont e | ncaissée | s selon la |
| Critères de Qu | ualité (Processus) | Score critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
| 1. Payement direct à la caisse. | | | | |
| Identification des indigents/assurés | | | | |
| 3. Facturation selon les règlem | entations en vigueur | | | |
| 4. Délivrance des titres de créa | ances | | % | 0 1 2 3 4 |
| 5. Recouvrement dans le délai | | | | |
| Total score critère qualité (SC | Q) | | | |
| Score critère qualité attendu (| SCQA) | 11 | | |
| Score global (SG) obtenu (S | ΓQ ^{uantité} + STQ ^{ualité}) | | | |
| | | | | |
| Indicateur quantitatif : | Numérateur (somme des montants des recettes encaissées) | _ × 100 | % | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
| 8. Taux de recouvrement | Dénominateur (somme des montants des recettes prévisionnelles) | | | 0 1 2 3 4 |
| Score global (SG) obtenu (S | , | | | |

5.2.2 DOMAINE 2 : OFFRE ET DEMANDE

5.2.2.1 Déterminant 2.1 : Prise en charge globale

| Indicateur quantitatif : | premiers c | ateur (somme des contacts réalisés pour services concernés) | x 100 | | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
|---|---|--|--------------------------------|------------------------------|--|
| Pourcentage de premiers contacts réalisés | | nateur (somme des | X 100 | % | 0 1 2 3 4 |
| Attente qualité: | | s contacts prévus) | | | |
| La consultation des 1ers contacts e | est correcte | ement assurée | Score | % Score | |
| Critères de Qualité | (Processus | 3) | critère qualité (SCQ) | critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
| 1. Accueil du client avec courtoisie | | | | | |
| 2. Enregistrements du patient | | | | | |
| 3. Diagnostic de présomption conforr physique, prescription des examer | | | | | |
| Traitement conforme aux résultats para cliniques | des exame | ns cliniques et | | % | 0 1 2 3 4 |
| 5. Suivi du traitement | | | | | |
| 6. Sortie du patient | | | | | |
| Total score critère qualité (SCQ) | | | | | |
| Score critère qualité attendu (SCQA) | | | 21 | | |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité} + STQ ^{ualité}) | | | | | |
| | | | | | |
| | | . | | | |
| Indicateur quantitatif : | | Numérateur | _ ×100 | 9/ | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
| Indicateur quantitatif : 10. Taux de rationalisation des dos médicaux | siers | Numérateur Dénominateur | _ ×100 | % | quantité |
| 10. Taux de rationalisation des dos | | | _ ×100 | % | quantité (STQ ^{uantité}) |
| 10. Taux de rationalisation des dos médicaux | | | _ ×100 | % | quantité (STQ ^{uantité}) |
| 10. Taux de rationalisation des dos médicaux |) Numérateur | | | % | quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 Score total quantité |
| 10. Taux de rationalisation des dos médicaux Score global (SG) obtenu (STQuantité Indicateur quantitatif: 11. Taux d'occupation moyen des |) Numérateur | Dénominateur (somme des journées | - ×100 | % | quantité (STQuantité) 0 1 2 3 4 Score total |
| 10. Taux de rationalisation des dos médicaux Score global (SG) obtenu (STQuantité Indicateur quantitatif : | Numérateur d'hospita Dénominateu tous les serv | Dénominateur (somme des journées | | | quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 Score total quantité |
| 10. Taux de rationalisation des dos médicaux Score global (SG) obtenu (STQuantité Indicateur quantitatif: 11. Taux d'occupation moyen des | Numérateur d'hospita Dénominateu tous les serv | Dénominateur (somme des journées alisation réalisées) ur (somme des lits pour rices x nombre de jours | | | quantité (STQuantité) 0 1 2 3 4 Score total quantité (STQuantité (STQuantité) |
| 10. Taux de rationalisation des dos médicaux Score global (SG) obtenu (STQuantité Indicateur quantitatif: 11. Taux d'occupation moyen des lits | Numérateur d'hospita Dénominateu tous les serv | Dénominateur (somme des journées alisation réalisées) ur (somme des lits pour rices x nombre de jours e la période) | - ×100 | | quantité (STQuantité) 0 1 2 3 4 Score total quantité (STQuantité (STQuantité) |
| 10. Taux de rationalisation des dos médicaux Score global (SG) obtenu (STQuantité Indicateur quantitatif : 11. Taux d'occupation moyen des lits Score global (SG) obtenu (STQuantité) Indicateur quantitatif : | Numérateur d'hospita Dénominateu tous les serv | Dénominateur (somme des journées alisation réalisées) ur (somme des lits pour rices x nombre de jours | - × 100 | | quantité (STQuantité) 0 1 2 3 4 Score total quantité (STQuantité (STQuantité) |
| 10. Taux de rationalisation des dos médicaux Score global (SG) obtenu (STQuantité Indicateur quantitatif: 11. Taux d'occupation moyen des lits Score global (SG) obtenu (STQuantité) | Numérateur d'hospita Dénominateu tous les serv | Dénominateur (somme des journées alisation réalisées) ur (somme des lits pour rices x nombre de jours e la période) Numérateur (somme de d'hospitalisation pour | - × 100 es journées r tous les | % | quantité (STQuantité) 0 1 2 3 4 Score total quantité (STQuantité) 0 1 2 3 4 Score total quantité |

| | | Score critère | % Score critère | Score total |
|---|--|------------------|-----------------|--|
| Toutes les références reçues sont prises en référence | charge correctemer | nt et font | l'objet d'u | ine contre- |
| Attente qualité: | | | | |
| 13. Taux de contre – référence | Dénominateur (nombre de références pour tous les services) | - | | 0 1 2 3 4 |
| Indicateur quantitatif : | Numérateur (somme des contre-références réalisées pour tous les services) | x 100 | % | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |

| | Critères de Qualité (Processus) | Score critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
|-----|---|--------------------------------------|---|--|
| 1. | Analyse des références et prise de décision | | | |
| 2. | Remplissage de toutes les rubriques de la fiche de contre- référence et du registre de référence et contre-référence | | | |
| 3. | Transmission de la fiche de contre référence au service référant | | % | 0 1 2 3 4 |
| To | tal score critère qualité (SCQ) | | | |
| Sco | ore critère qualité attendu (SCQA) | 12 | | |
| Sco | ore global (SG) obtenu (STQ ^{uantité} + STQ ^{ualité}) | | | |

5.2.2.2 Déterminant 2.2 : Hygiène et prévention des infections

| Indicateur quantitatif : 14. Pourcentage de points de prestations | Numérateur × 100 | 0.4 | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
|--|---------------------------|-----|--|
| disposant de points de lavage des mains fonctionnels | Dénominateur Dénominateur | % | 0 1 2 3 4 |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité}) | | | |

| Score global (SG) obtella (GT&) | | | | |
|--|-------------------|--------------------------------------|---|--|
| | | | | |
| Indicateur quantitatif : | Numérateur | x 100 | % | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
| 15. Pourcentage de services ayant un dispositif de gestion des déchets hospitaliers | Dénominateur | | 70 | 0 1 2 3 4 |
| Attente qualité: Les normes et procédures de gestion des dé | chets hiomédicaux | sont ann | liguées | |
| Critères de Qualité (Processu | | Score critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
| Protection lors de la manipulation des déchets Triage des déchets selon la procédure en vigil regroupement dans les emballages | ueur et leur | | | |
| Transport de façon sécuritaire jusqu'à l'entreposage final des déchets | | | % | 0 1 2 3 4 |
| 4. Elimination des déchets selon les protocoles différents types de déchets en vigueur | de gestion des | | | |
| Total score critère qualité (SCQ) | | | | |
| Score critère qualité attendu (SCQA) | | 11 | | |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité} + STQ ^{ualité}) | | | | |

| Indicateur quantitatif : | Numérateur | | | Score total quantité |
|---|--------------|--------|---|-------------------------------------|
| 16. Taux d'infection du site opératoire des interventions programmées (Services chirurgicaux: Chirurgie, Maternité) | Dénominateur | x 100 | % | (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité}) | | | | |
| | | | | |
| Indicateur quantitatif : | Numérateur | | | Score total quantité |
| 17. Taux d'infection du site opératoire des interventions non programmées(Services chirurgicaux: Chirurgie, Maternité) | Dénominateur | - x100 | % | (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 |
| Score global (SG) obtenu (STQuantité) | | | | |

5.2.2.3 Déterminant 2.3 : Maintenance des infrastructures et des équipements

| Indicateur quantitatif : 18. Pourcentage d'équipements | Numérateur | v.400 | | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
|---|--------------|-------|---|--|
| biomédicaux disponibles et fonctionnels | Dénominateur | × 100 | % | 0 1 2 3 4 |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité}) | | | | |
| Indicateur quantitatif : | Numérateur | | | Score total |
| 19. Pourcentage d'activités du plan de | | x 100 | % | quantité (STQ ^{uantité}) |
| maintenance interne préventive | Dénominateur | | | 01234 |
| réalisées | Denominated | | | 0 1 2 0 1 |

Score total

5.2.3 DOMAINE 3 : PROMOTION DE LA SANTE ET REHABILITATION DES HANDICAPS ET INFIRMITES

Numérateur

5.2.3.1 Déterminant 3.1 : Suivi de la mère et du nouveau-né

| Indicateur quantitatif: | Numerateur | | | quantité |
|--|--|--|---|---|
| 20. Taux de satisfaction des besoins en SONU | С | _ ×100 | % | (STQ ^{uantité}) |
| (Services concernés : Maternité) | Dénominateur | | | 0 1 2 3 4 |
| Attente qualité: | | | | |
| La prise en charge des complications obstétrice procédures de SR | ales reçues est c | onforme | aux norm | es et |
| Critères de Qualité (Processus) | | Score critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
| 1. Disponibilité des 9 composantes des SONUC | | | | |
| 2. Accueil rassurant | | | | |
| 3. Evaluation clinique selon les normes en vigueur | r | | | |
| Prise en charge immédiate selon le protocole S correspondant au cas | ONUC | | % | 0 1 2 3 4 |
| Total score critère qualité (SCQ) | | | | |
| Score critère qualité attendu (SCQA) | | 13 | | |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité} + STQ ^{ualité}) | | | | |
| | | | • | |
| | | | 1 | |
| Indicateur quantitatif : | Numérateur | _ × 100 | 0/2 | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
| Indicateur quantitatif : 21. Pourcentage d'accouchements hospitaliers | Numérateur Dénominateur | _ ×100 | % | quantité |
| 21. Pourcentage d'accouchements | | _ ×100 | % | quantité (STQ ^{uantité}) |
| 21. Pourcentage d'accouchements hospitaliers | Dénominateur | nent et le | | quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 |
| 21. Pourcentage d'accouchements hospitaliers Attente qualité: Les soins essentiels à la femme en travail, pen | Dénominateur ndant l'accouchen rocédures de la S | nent et le | | quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 |
| 21. Pourcentage d'accouchements hospitaliers Attente qualité: Les soins essentiels à la femme en travail, pen sont effectués conformément aux normes et pr | Dénominateur ndant l'accouchen rocédures de la S | nent et le R Score critère qualité | post-par % Score critère qualité | quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 tum immédiat Score total qualité |
| 21. Pourcentage d'accouchements hospitaliers Attente qualité: Les soins essentiels à la femme en travail, pen sont effectués conformément aux normes et pr Critères de Qualité (Processus) | Dénominateur ndant l'accouchen rocédures de la S | nent et le R Score critère qualité | post-par % Score critère qualité | quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 tum immédiat Score total qualité |
| 21. Pourcentage d'accouchements hospitaliers Attente qualité: Les soins essentiels à la femme en travail, pen sont effectués conformément aux normes et pr Critères de Qualité (Processus) 1. Accueil rassurant | Dénominateur ndant l'accouchen rocédures de la S | nent et le R Score critère qualité | post-par % Score critère qualité | quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 tum immédiat Score total qualité |
| 21. Pourcentage d'accouchements hospitaliers Attente qualité: Les soins essentiels à la femme en travail, pen sont effectués conformément aux normes et pr Critères de Qualité (Processus) 1. Accueil rassurant 2. Suivi du travail à l'aide du partogramme si indique de la contraction de la contract | Dénominateur Idant l'accouchen Tocédures de la S | nent et le R Score critère qualité | post-par % Score critère qualité | quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 tum immédiat Score total qualité |
| 21. Pourcentage d'accouchements hospitaliers Attente qualité: Les soins essentiels à la femme en travail, pen sont effectués conformément aux normes et processor de la Critères de Qualité (Processus) 1. Accueil rassurant 2. Suivi du travail à l'aide du partogramme si indique de la GATPA 4. Surveillance des paramètres vitaux de la mère globe de sécurité, le saignement vulvaire selon | Dénominateur Idant l'accouchen Tocédures de la S ué et de l'enfant, le la périodicité | nent et le R Score critère qualité | post-par % Score critère qualité (PSCQ) | quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 tum immédiat Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
| 21. Pourcentage d'accouchements hospitaliers Attente qualité: Les soins essentiels à la femme en travail, pen sont effectués conformément aux normes et pr Critères de Qualité (Processus) 1. Accueil rassurant 2. Suivi du travail à l'aide du partogramme si indiq 3. Application de la GATPA 4. Surveillance des paramètres vitaux de la mère globe de sécurité, le saignement vulvaire selon recommandée | Dénominateur Idant l'accouchen Tocédures de la S ué et de l'enfant, le la périodicité | nent et le R Score critère qualité | post-par % Score critère qualité (PSCQ) | quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 tum immédiat Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
| 21. Pourcentage d'accouchements hospitaliers Attente qualité: Les soins essentiels à la femme en travail, pen sont effectués conformément aux normes et pr Critères de Qualité (Processus) 1. Accueil rassurant 2. Suivi du travail à l'aide du partogramme si indiq 3. Application de la GATPA 4. Surveillance des paramètres vitaux de la mère globe de sécurité, le saignement vulvaire selon recommandée 5. Réalisation des soins essentiels au nouveau-née | Dénominateur Idant l'accouchen Tocédures de la S ué et de l'enfant, le la périodicité | nent et le R Score critère qualité | post-par % Score critère qualité (PSCQ) | quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 tum immédiat Score total qualité (STQ ^{ualité}) |

| Indicateur quantitatif : | Numérateur | _ × 100 | % | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| 22. Taux de césarienne | Dénominateur | | | 0 1 2 3 4 |
| Attente qualité: | | | | |
| Les césariennes sont réalisées selon les prof | tocoles | | | |
| Critères de Qualité (Processu | s) | Score critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
| Diligence de la prise en charge | | | | |
| 2. Respect des indications de la césarienne | | | | |
| 3. Respect du protocole opératoire | | | 0/ | 0.4.0.0.4 |
| 4. Surveillance post opératoire | | | % | 0 1 2 3 4 |
| Total score critère qualité (SCQ) | | | | |
| Score critère qualité attendu (SCQA) | | 18 | | |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité} + STQ ^{ualité}) | | | | |
| | | | | |
| | Numérateur | | | Score total |
| Indicateur quantitatif : | Numérateur | x 100 | 0/ | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
| Indicateur quantitatif: 23. Taux d'utilisation du partogramme | | x 100 | % | quantité |
| • | | × 100 | % | quantité (STQ ^{uantité}) |
| 23. Taux d'utilisation du partogramme | Dénominateur | | | quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 |
| 23. Taux d'utilisation du partogramme Attente qualité: Le partogramme est correctement utilisé che | Dénominateur z toutes les parturi | | | quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 |
| 23. Taux d'utilisation du partogramme Attente qualité: Le partogramme est correctement utilisé che contre-indication | Dénominateur z toutes les parturi | entes ne Score critère qualité | présental % Score critère qualité | quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 nt pas de Score total qualité |
| 23. Taux d'utilisation du partogramme Attente qualité: Le partogramme est correctement utilisé che contre-indication Critères de Qualité (Processu | Dénominateur z toutes les parturi | entes ne Score critère qualité | présental % Score critère qualité | quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 nt pas de Score total qualité |
| 23. Taux d'utilisation du partogramme Attente qualité: Le partogramme est correctement utilisé che contre-indication Critères de Qualité (Processu 1. Informations sur la parturiente | Dénominateur z toutes les parturi | entes ne Score critère qualité | présental % Score critère qualité | quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 nt pas de Score total qualité |
| 23. Taux d'utilisation du partogramme Attente qualité: Le partogramme est correctement utilisé che contre-indication Critères de Qualité (Processu 1. Informations sur la parturiente 2. Evaluation de l'état du fœtus | Dénominateur z toutes les parturi | entes ne Score critère qualité | % Score critère qualité (PSCQ) | quantité (STQuantité) 0 1 2 3 4 nt pas de Score total qualité (STQualité) |
| 23. Taux d'utilisation du partogramme Attente qualité: Le partogramme est correctement utilisé che contre-indication Critères de Qualité (Processu 1. Informations sur la parturiente 2. Evaluation de l'état du fœtus 3. Evaluation de la progression du travail | Dénominateur z toutes les parturi | entes ne Score critère qualité | présental % Score critère qualité | quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 nt pas de Score total qualité |
| 23. Taux d'utilisation du partogramme Attente qualité: Le partogramme est correctement utilisé che contre-indication Critères de Qualité (Processu 1. Informations sur la parturiente 2. Evaluation de l'état du fœtus 3. Evaluation de la progression du travail 4. Evaluation de l'état de la mère | Dénominateur z toutes les parturi | entes ne Score critère qualité | % Score critère qualité (PSCQ) | quantité (STQuantité) 0 1 2 3 4 nt pas de Score total qualité (STQualité) |

24

Score critère qualité attendu (SCQA)

Score global (SG) obtenu (STQ^{uantité} + STQ^{ualité})

| Indicateur quantitatif : 24. Taux de létalité des complications | Numérateur | _ x 100 | % | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
|--|--------------|---------|---|--|
| obstétricales | Dénominateur | | | 0 1 2 3 4 |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité}) | | | | |

| | Numérateur | | | Score total |
|--------------------------------------|--------------|-------|----|---------------------------------------|
| Indicateur quantitatif : | | x 100 | % | quantité (STQ ^{uantité}) |
| 25. Taux de références obstétricales | Dénominateur | | 76 | 0 1 2 3 4 |

Attente qualité:

Les cas obstétricaux référés sont pris en charge à temps conformément aux normes et procédures en vigueur

| | Critères de Qualité (Processus) | Score critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
|--|--|--------------------------------------|---|--|
| 1. | Communication efficace entre usagers et hôpital | | | |
| 2. | Disponibilité d'une ambulance médicalisée | | | |
| 3. | Disponibilité du personnel, de l'ambulance et du carburant | | | |
| 4. | Existence d'une flotte fonctionnelle | | % | 0 1 2 3 4 |
| 5. | Disponibilité d'une équipe d'urgence | | | |
| To | tal score critère qualité (SCQ) | | | |
| Sco | ore critère qualité attendu (SCQA) | 12 | | |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité} + STQ ^{ualité}) | | | | |

5.2.3.2 Suivi de l'enfant

| Indicateur quantitatif : | Numérateur | _ ×100 | v.400 | % | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
|--|--------------|--------|-------|-----------|--|
| 26. Taux de mortalité hospitalière des enfants de moins d'un an | Dénominateur | | /6 | 0 1 2 3 4 | |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité}) | | | | | |

| Indicateur quantitatif : | Numérateur | × 100 | 0/ | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
|---|--------------|-------|----|--|
| 27. Taux de guérison des malnutritions aigües sévères avec complication | Dénominateur | | % | 0 1 2 3 4 |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité}) | | | | |

5.2.4 DOMAINE 4: PREVENTION ET LUTTE CONTRE LA MALADIE

5.2.4.1 Déterminant 4.1 : Capacités de détection et de contrôle des épidémies

| Indicateur quantitatif : 28. Taux de promptitude de notification des cas de maladies à potentiel épidémique | Numérateur Dénominateur | _ ×100 | % | Score total quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 |
|--|----------------------------|--------|---|---|
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité}) | | | | |

5.2.4.2 Déterminant 4.2 : Compétences Techniques

| Indicateur quantitatif : | Numérateur | | | Score total quantité |
|--|--------------|--------|---|-------------------------------------|
| 29. Taux de réalisation des formations basées sur les insuffisances techniques identifiées | Dénominateur | _ X100 | % | (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité}) | | | | |

5.2.4.3 Déterminant 4.3 : Prise en charge des urgences

| Critères de Qualité (Processus) 1. Bon accueil et triage adéquat | | Score critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) | | |
|---|--------------|--------------------------------------|---|--|--|--|
| Attente qualité: Les urgences sont prises en charge dans le délai retenu conformément aux protocoles spécifiques | | | | | | |
| 30. Taux de diligence de la prise en charge des urgences | Dénominateur | x 100 | % | | | |
| Indicateur quantitatif : | Numérateur | v 400 | | Score Quantité | | |

| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité} + STQ ^{ualité}) | | | |
|--|----|---|-----------|
| Score critère qualité attendu (SCQA) | 15 | | |
| Total score critère qualité (SCQ) | | | |
| 4. Tenue et archivage corrects des dossiers médicaux | | | |
| 3. Prise en charge dans le délai | | % | 0 1 2 3 4 |
| 2. Disponibilité permanente d'une équipe d'urgence | | | 1 |
| Bon accueil et triage adéquat | | | |

5.2.4.4 Déterminant 4.4 : Prise en charge des Maladies transmissibles (MT)

| Indicateur quantitatif : | Numérateur | × 100 | | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
|--|----------------------|--------------------------------------|---|--|
| 31. Pourcentage de PVVIH sous ARV | Dénominateur | - 100 | " %" | 01234 |
| Attente qualité: | | | | |
| La prise en charge des PVVIH par les ARV e | st effectuée selon l | e protoco | ole en vig | jueur |
| Critères de Qualité (Processu | s) | Score critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
| Application correcte du protocole de traitement | nt | | | |
| Tenue correcte du dossier des malades | | | | |
| 3. Mise à jour de la file active (la recherche des | perdus de vue) | | | |
| Suivi biologique par le laboratoire | | | % | 0 1 2 3 4 |
| Total score critère qualité (SCQ) | | | | |
| Score critère qualité attendu (SCQA) | | 22 | | |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité} + STQ ^{ualité}) | | | | |
| | | | | |
| Indicateur quantitatif : | Numérateur | x 100 | % | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
| 32. Taux de létalité du paludisme | Dénominateur | | | 0 1 2 3 4 |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité}) | | <u>.</u> | | |
| 5.2.4.5 Déterminant 4.5 : Appui au diagno | ostic | | | |
| Indicateur quantitatif : | Numérateur | | | Score total quantité |
| 33. Taux de complétude du Paquet complémentaire d'activités (PCA) du | Dénominateur | × 100 | % | (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 |
| laboratoire Attente qualité: | | | | |
| Le laboratoire réalise conformément au proto | cole des examens | correspo | ndant à l | a PCA |
| Critères de Qualité (Processu | s) | Score critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
| Respect des modes opératoires pour les examens | | | | |
| Enregistrement correcte des résultats des examens dans les outils de gestion | | | % | 0 1 2 3 4 |
| Total score critère qualité (SCQ) | | | | |
| Score critère qualité attendu (SCQA) | | 8 | | |
| Score global (SG) obtenu (STQuantité + STQualité) | | | | |

| Indicateur quantitatif : 34. Taux de complétude du Paquet | Numérateur | - × 100 | 0/ | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
|--|--------------|-------------|----|--|
| complémentaire d'activités (PCA) de l'imagerie | Dénominateur | 7. T. G. G. | % | 0 1 2 3 4 |
| Score global (SG) obtenu (STQuantité) | | | | |

5.2.4.6 Déterminant 4.6 : Amélioration continue

| Indicateur quantitatif : | Numérateur x 100 | | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
|---|--------------------|---|--|
| 35. Pourcentage de supervision interne réalisées par l'équipe de direction | Dénominateur X 100 | % | 0 1 2 3 4 |

Attente qualité:

Les supervisions internes réalisées par l'équipe de direction améliorent les compétences, la motivation et la performance du personnel

| Critères de Qualité (Processus) | Score critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
|--|--------------------------------------|---|--|
| 1. Préparation de la supervision dans les normes | | | |
| Exécution de la supervision selon le plan et le guide de supervision | | | |
| 3. Suivi des recommandations | | % | 0 1 2 3 4 |
| Total score critère qualité (SCQ) | | | |
| Score critère qualité attendu (SCQA) | 11 | | |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité} + STQ ^{ualité}) | | | |

| Indicateur quantitatif : | Numérateur | - ×100 | | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
|---|--------------|---------|---|--|
| 36. Taux de mise en œuvre des 5S | Dénominateur | - X 100 | % | 0 1 2 3 4 |

Attente qualité:

L'approche 5S est mise en œuvre correctement dans l'établissement

| | Critères de Qualité (Processus) | Score critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
|-----|--|--------------------------------------|---|--|
| 1. | Séparation des objets utiles des objets inutiles (Tri) | | | |
| 2. | Arrangement de tous les objets après le tri et les étiqueter | | | |
| 3. | Nettoyage exhaustif des locaux, leurs contenus et leurs pourtours | | % | 0 1 2 3 4 |
| 4. | Comité 5S fonctionnel | | | |
| To | tal score critère qualité (SCQ) | | | |
| Sco | ore critère qualité attendu (SCQA) | 11 | | |
| Sco | ore global (SG) obtenu (STQ ^{uantité} + STQ ^{ualité}) | | | |

0 1 2 3 4

9

5.2.5 DOMAINE 5 : GOUVERNANCE ET LEADERSHIP

1. Préparation des réunions

3. Elaboration et diffusion du rapport

Score critère qualité attendu (SCQA)

Score global (SG) obtenu (STQuantité + STQualité)

Total score critère qualité (SCQ)

2. Tenue des réunions

5.2.5.1 Déterminant 5.1 : Processus institutionnel / Redevabilité

| Critères de Qualité (Processus) | | Score critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
|--|-------------------|--------------------------------------|---|--|
| La réunion du comité d'hygiène et de sécurité (C vigueur | CHS) se tient sel | on la règ | lementati | on en |
| Attente qualité: | | | | |
| 38. Pourcentage de réunions du comité d'hygiène et de sécurité | Dénominateur | | % | 0 1 2 3 4 |
| Indicateur quantitatif : | Numerateur | x 100 | 0, | quantité (STQ ^{uantité}) |
| | Numérateur | | | Score total |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité} + STQ ^{ualité}) | | | | |
| Score critère qualité attendu (SCQA) | | 9 | | |
| Total score critère qualité (SCQ) | | | | |
| Elaboration et diffusion du rapport | | | % | 0 1 2 3 4 |
| 2. Tenue des réunions | | | | |
| 1. Préparation des réunions | | | | |
| Critères de Qualité (Processus) | | Score critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
| La réunion du comité médical consultatif (CMC) en vigueur | se tient tous les | mois sel | | lementation |
| Attente qualité: | | | | |
| 37. Pourcentage de réunions du comité médical consultatif | Dénominateur | | | 0 1 2 3 4 |
| Indicateur quantitatif: | Numerateur | _ x 100 | % | quantité (STQ ^{uantité}) |
| | Numérateur | | | Score total |

| Indicateur quantitatif : 39. Pourcentage de réunions des commissions budgétaires réalisées | Numérateur Dénominateur | . ×100 | % | Score total quantité (STQ ^{uantité}) 0 1 2 3 4 |
|---|----------------------------|--------------------------------------|---|--|
| Attente qualité: | | | | |
| La commission budgétaire se réunie une fois par moi | is | | | |
| Critères de Qualité (Processus) | | Score critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
| Préparation des réunions | | | | |
| 2. Tenue des réunions | | | | |
| 3. Rédaction et diffusion du rapport | | | | 0 1 2 3 4 |
| Total score critère qualité (SCQ) | | | | |
| Score critère qualité attendu (SCQA) | | 13 | | |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité} + STQ ^{ualité}) | | | | |

5.2.5.2 Déterminant 5.2 : Système d'information Sanitaire et de gestion / Communication

| Indicateur quantitatif : | Numérateur | _ x 100 | | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
|--|--------------|---------|---|--|
| 40. Taux de promptitude des rapports SNIS | Dénominateur | | % | 0 1 2 3 4 |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité}) | | | | |
| | Numérateur | | | Score total |
| Indicateur quantitatif : | | _ × 100 | | quantité (STQ ^{uantité}) |
| 41. Taux de complétude des rapports SNIS | Dénominateur | | % | 0 1 2 3 4 |
| Score global (SG) obtenu (STQuantité) | <u> </u> | | , | |

5.2.5.3 Déterminant 5.3 : Recherche opérationnelle

| Indicateur quantitatif : | Numérateur | _ × 100 | | Score total quantité (STQ ^{uantité}) | | |
|---|--------------|---------|---------|--|--|--|
| 42. Taux d'analyse clinique des décès maternels | Dénominateur | _ | % | 0 1 2 3 4 | | |
| Attente qualité: | | | | | | |
| Tous les décès maternel et néonatal sont revus systématiquement conformément au guide | | | | | | |
| | | Score | % Score | 0 | | |

| Critères de Qualité (Processus) | Score critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
|--|--------------------------------------|---|--|
| Préparation de la revue clinique des décès maternels | | | |
| Réalisation de la revue clinique des décès maternels selon le protocole national | | | |
| 3. Suivi des recommandations | | % | 0 1 2 3 4 |
| Total score critère qualité (SCQ) | | | |
| Score critère qualité attendu (SCQA) | 12 | | |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité} + STQ ^{ualité}) | | | |

| Indicateur quantitatif : 43. Taux d'analyse clinique des décès néonatals | Numérateur Dénominateur | _ ×100 | % | Score total quantité (STQ ^{uantité}) |
|---|----------------------------|--------|---|--|
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité}) | | | | |

5.2.5.4 Déterminant 5.4 : Participation communautaire

| Indicateur quantitatif : | Numérateur | | | Score total quantité |
|---|--------------|-------|--------------|---------------------------|
| 44. Pourcentage des réunions du Comité de relation avec les usagers (CRU) tenues | | x 100 | % | (STQ ^{uantité}) |
| pendant la période | Dénominateur | | | 0 1 2 3 4 |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité}) | | | | |

5.2.5.5 Déterminant 5.5 : Satisfaction des usagers

| | Numérateur | | Score total |
|--|--------------|---|---------------------------------------|
| Indicateur quantitatif: | × 100 | | quantité (STQ ^{uantité}) |
| 45. Pourcentage d'usagers satisfaits des | X 100 | % | , , |
| prestations de l'hôpital | Dénominateur | | 0 1 2 3 4 |

Attente qualité:

L'évaluation de la satisfaction des usagers est menée de façon adéquate (respect des normes et procédures en vigueur)

| Critères de Qualité (Processus) | Score critère qualité (SCQ) | % Score critère qualité (PSCQ) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) |
|---|--------------------------------------|---|--|
| Préparation de l'enquête | | | |
| Mise en œuvre de l'enquête périodique d'évaluation de la satisfaction des usagers | | | |
| 3. Analyse des opinions recueillies | | % | 0 1 2 3 4 |
| Prise en compte des opinions des usagers dans le plan d'amélioration | | | |
| Total score critère qualité (SCQ) | | | |
| Score critère qualité attendu (SCQA) | 21 | | |
| Score global (SG) obtenu (STQ ^{uantité} + STQ ^{ualité}) | | | |

5.2.6 RESULTAT DE L'ACTIVITE MEDICALE

5.2.6.1 Utilisation globale

Tableau 7: Résultat de l'activité médicale (utilisation globale)

| ELEMENTS DES DONNEES DES INDICATEURS | N-1 | N | Ecart relatif |
|--|-----|---|---------------|
| 1. Hospitalisations | | | |
| HSI en médecine générale | | | |
| HSI en Pédiatrie | | | |
| HSI à la maternité | | | |
| HSI en chirurgie | | | |
| HSI en ophtalmologie | | | |
| HSI en odontostomatologie | | | |
| HSI au CTEPI | | | |
| HI (hors césarienne) Maternité | | | |
| Césarienne à la maternité | | | |
| HI en Chirurgie | | | |
| HI en ophtalmologie | | | |
| HI en odontostomatologie | | | |
| HI en ORL | | | |
| Total des hospitalisations | | | |
| Nombre de jours d'hospitalisation | | | |
| ТОМ | | | |
| 2. Activite ambulatoires | | | |
| Nombre de passages aux urgences sans observation | | | |
| Nombre de passages aux urgences avec observation | | | |
| Nombre total de passages aux urgences | | | |
| Nombre de premiers contacts | | | |
| Nombre de contacts ultérieurs | | | |
| Nombre total de consultations | | | |
| Nombre d'extractions dentaires | | | |
| Nombre autres soins dentaires | | | |
| Nombre actes en ophtalmologie | | | |
| Nombre actes ORL | | | |
| Nombre d'accouchements eutociques | | | |
| Nombre d'accouchements dystociques | | | |
| Nombre total d'accouchements par voie basse | | | |
| TOTAL DES ACTES | | | |

5.2.7 RESULTATS DE L'ACTIVITE MEDICO-TECHNIQUE ET LOGISTIQUE

5.2.7.1 Utilisation

Tableau 8: Résultats de l'activité médicotechnique et logistique

| Indicateurs | N-1 | N | Ecart relatif |
|------------------------------------|-----|---|---------------|
| Total des examens de laboratoire | | | |
| Total des examens de radiographie | | | |
| Total des examens d'échographie | | | |
| Total des transfusions sanguines | | | |
| Total des ordonnances servies | | | |
| Total des actes de maintenance | | | |
| Total des transports par ambulance | | | |
| Ratio Examen de labo/contact | _ | | |

5.2.8 GESTION FINANCIERE

5.2.8.1 Produits par nature

Tableau 9: Résultats gestion financière - produits par nature

| Tableau 9: Résultats gestion financière – produits par na | ature | | |
|---|-------|---|------------------|
| LIBELLE | N-1 | N | ECART RELATIF |
| Recettes Propres | | | |
| Hospitalisation | | | |
| Consultations | | | |
| Examens de laboratoire | | | |
| Vente de médicaments | | | |
| Autres prestations | | | |
| Sous total (1) | | | |
| Subvention de l'Etat | | | |
| Salaires du personnel | | | |
| Médicaments et consommables | | | |
| Entretien et réparation | | | |
| Fond d'indigence | | | |
| Autres | | | |
| Sous total (2) | | | |
| Subventions des collectivités | | | |
| Salaires | | | |
| Autres | | | |
| Sous total (3) | | | |
| Subventions spécifiques | | | |
| Formations | | | |
| Autres | | | |
| Sous total (4) | | | |
| Autres produits | | | |
| TOTAL DES PRODUITS | | | |
| PRODUITS HORS SALAIRES | | | |

5.2.8.2 Charges par nature

Tableau 10: Résultats gestion financière – charges par nature

| Libelle | N-1 | N | Ecart relatif |
|--|-----|---|---------------|
| Personnel | | | |
| Rémunération personnel permanent | | | |
| Rémunération personnel contractuel | | | |
| Primes et gratifications | | | |
| Autres frais de personnel | | | |
| Sous total frais de personnel | | | |
| Produits et petits matériels médicaux | | | |
| médicaments | | | |
| Consommables Médicaux | | | |
| Autres produits médicaux | | | |
| Sous total produits médicaux | | | |
| Fournitures consommables | | | |
| Denrées alimentaires | | | |
| Produits lessiviels | | | |
| Outils de gestion | | | |
| Fournitures de bureau | | | |
| Electricité et eau | | | |
| Carburants et lubrifiants | | | |
| Autres consommables | | | |
| Sous total fournitures consommables | | | |
| Autres dépenses | | | |
| Entretien bâtiments et VRD | | | |
| Entretien matériel biomédical | | | |
| Entretien groupe électrogène | | | |
| Entretien véhicules | | | |
| Entretiens autres matériels | | | |
| Interventions socio-économiques | | | |
| Prise en charge des indigents | | | |
| Autres services et dépenses | | | |
| Sous total autres dépenses de fonctionnement | | | |
| TOTAL GENERAL | | | |
| TOTAL HORS SALAIRES FONCTIONNAIRES | | | |

6 TABLEAU DE BORD COMPARATIF DES INDICATEURS

Tableau 11: Tableau de bord comparatif des indicateurs

| | leau 11: Tableau de bord comparatif des indicateurs | Semestre de l'Année N - 1 | | | estre nnée | | Ecart | |
|-----|---|--|--|-------------------|----------------------|--|-------------------|----------------------------------|
| | Indicateurs | Score total quantité (STQ ^{uantité}) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) | Score global (GP) | Score total quantité | Score total qualité (STQ ^{ualité}) | Score global (GP) | (SG Année N) - (SG Année N-1) |
| Din | nension 1: Gestion et rationalisation des ressources | s | | | | | | |
| 1. | Pourcentage de jours sans rupture de stock des produits pharmaceutiques | | | | | | | |
| 2. | Taux de satisfaction des besoins en transfusion sanguine | | | | | | | |
| 3. | Pourcentage de jours sans rupture de stock des outils de gestion | | | | | | | |
| 4. | Pourcentage de jours sans rupture de stock des produits et matériels PCI | | | | | | | |
| 5. | Pourcentage de présence du personnel au poste de travail | | | | | | | |
| 6. | Pourcentage des dépenses pharmaceutiques sur les dépenses réalisées | | | | | | | |
| 7. | Taux d'encaissement | | | | | | | |
| 8. | Taux de recouvrement | | | | | | | |
| Din | nension 2 : Offre et demande des services | | | | | | | |
| 9. | Pourcentage de premiers contacts pris en charge | | | | | | | |
| 10. | Taux de rationalisation des dossiers médicaux | | | | | | | |
| 11. | Taux d'occupation moyen des lits | | | | | | | |
| 12. | Durée moyenne de séjour | | | | | | | |
| 13. | Taux de contre-référence | | | | | | | |
| 14. | Pourcentage de points de prestations disposant de points de lavage des mains fonctionnels | | | | | | | |
| 15. | Pourcentage de services ayant un dispositif de gestion des déchets hospitaliers | | | | | | | |
| 16. | Taux d'infection du site opératoire des interventions programmées | | | | | | | |
| | Taux d'infection du site opératoire des interventions non programmées | | | | | | | |
| | Pourcentage d'équipements biomédicaux disponibles et fonctionnels | | | | | | | |
| | Pourcentage d'activités du plan de maintenance interne préventive réalisées | no hono | lioona | ot in | firm it | í. | | |
| | nension 3 : Promotion de la santé et réhabilitation de Taux de satisfaction des besoins en SONUC | es nanc | псаря | et in | 11111111 | 55 | | |
| - | | | | | | | | |
| | Pourcentage d'accouchements hospitaliers Taux de césarienne | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | Taux d'utilisation du partogramme | | | | | | | |
| | Taux de létalité des complications obstétricales | | | | | | | |
| _ | Taux de références obstétricales | | | | | | | |
| | Taux de mortalité hospitalière des enfants de moins d'un an | | | | | | | |
| 27. | Taux de guérison des malnutritions aigües sévères avec complication | | | | | | | |

| | Semestre de l'Année N - 1 | | | estre nnée | | Ecart | |
|---|-----------------------------------|---|----------------------|---|---|----------------------|----------------------------------|
| Indicateurs | Score total quantité (STQuantité) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) | Score global (GP) | Score total quantité /STOuantité) | Score total qualité (STQ ^{ualité}) | Score global (GP) | (SG Année N) - (SG Année N-1) |
| Dimension 4 : Prévention et lutte contre la maladie | | | | | | | |
| 28. Taux de Promptitude des notifications des maladies à potentiel épidémique | | | | | | | |
| 29. Taux de réalisation des formations basées sur les insuffisances techniques identifiées | | | | | | | |
| 30. Taux de diligence de la prise en charge des urgences | | | | | | | |
| 31. Pourcentage de PVVIH sous ARV | | | | | | | |
| 32. Taux de létalité du paludisme | | | | | | | |
| 33. Taux de complétude du Paquet complémentaire d'activités (PCA) du laboratoire | | | | | | | |
| 34. Taux de complétude du Paquet complémentaire d'activités (PCA) de l'imagerie | | | | | | | |
| 35. Pourcentage de supervision interne réalisées par l'équipe de direction | | | | | | | |
| 36. Taux de mise en œuvre des 5S | | | | | | | |
| Dimension 5 : Gouvernance et leadership | | | | | | | |
| 37. Pourcentage de réunions du comité médical consultatif | | | | | | | |
| 38. Pourcentage de réunions du comité d'hygiène et de sécurité | | | | | | | |
| 39. Pourcentage de réunions de la commission budgétaire | | | | | | | |
| 40. Taux de promptitude des rapports SNIS | | | | | | | |
| 41. Taux de complétude des rapports SNIS | | | | | | | |
| 42. Taux d'analyse clinique des décès maternels | | | | | | | |
| 43. Taux d'analyse clinique des décès néonatals | | | | | | | |
| 44. Pourcentage des réunions du Comité de relation avec les usagers (CRU) tenues pendant la période | | | | | | | |
| 45. Pourcentage d'usagers satisfaits des prestations de l'hôpital/service | | | | | | | |
| Score total obtenu | | | | | | | |
| Score total attendu | | | | | | | |
| Score global de performance (en %) | | | | | | | |

7 META - ANALYSE DE LA PERFORMANCE DE L'HOPITAL

Pour apprécier la performance globale de votre Service ou Hôpital, le « Score Global de Performance Attendu (**SGPA**) » sera utilisé. Le SGPA est le score maximum à atteindre par rapport à un résultat fixé. Le score global de performance obtenu par votre Service ou Hôpital après le monitorage sera comparé au SGPA pour analyser le progrès réalisé. Le tableau N°12 ci-dessous montre la pondération de chaque domaine et ses déterminants en termes de SGPA.

Comment le SGPA a été déterminé ? Selon le principe de cotation du MA (voir Echelle scoring du MA), le score maximum à atteindre par chaque indicateur quantitatif ou qualitatif est de « 4 ». Si cette logique est respectée, pour déterminer le SGPA d'un domaine par exemple, nous comptons le nombre d'indicateurs que comporte ce domaine et nous multiplions le résultat obtenu par 4.

Exemple: Pour déterminer le SGPA du domaine « **Gestion et rationalisation des ressources**»:

- Le nombre total d'indicateurs du domaine = 14 (10 indicateurs quantitatifs et 4 indicateurs qualitatifs)
- Donc le SGPA du domaine = 14 x 4 = 56

Tableau 12: Score global de performance attendu par domaine et déterminant du Service / Hôpital

| Domaines / Dimensions | Déterminants / Aspects | Nombre indicateurs quantitatifs | Nombre indicateurs qualitatifs | Score global attendu |
|--------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| | 1.1. Disponibilité des Médicaments et autres intrants / consommables | 4 | 3 | 28 |
| n des | 1.2. Gestion des Ressources humaines | 1 | 0 | 4 |
| ressources | 1.3. Financements | 3 | 1 | 16 |
| | | 8 | 4 | 48 |
| | 2.1. Prise en charge globale | 5 | 2 | 28 |
| | 2.2. Hygiène et prévention des infections | 4 | 1 | 20 |
| demande | 2.3. Maintenance des infrastructures et des équipements | 2 | 0 | 8 |
| | | 11 | 3 | 56 |
| de la santé et | 3.1. Suivi de la mère et du nouveau-né | 6 | 5 | 44 |
| des handicaps et | 3.2. Suivi de l'enfant | 2 | 0 | 8 |
| | | 8 | 5 | 52 |
| | 4.1. Capacités de détection et de contrôle des épidémies | 1 | 0 | 4 |
| 4 Deferenties | 4.2. Compétences Techniques | 1 | 0 | 4 |
| et Lutte | 4.3. Prise en charge des urgences | 1 | 1 | 8 |
| contre la Maladie | 4.4. Prise en charge des Maladies transmissibles (MT) | 2 | 1 | 12 |
| | 4.6. Appui au diagnostic | 2 | 1 | 12 |
| | 4.7. Amélioration continue | 2 | 2 | 16 |
| | | 9 | 5 | 56 |

| Domaines / Dimensions | Déterminants / Aspects | Nombre indicateurs quantitatifs | Nombre indicateurs qualitatifs | Score global attendu |
|---------------------------|---|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| | 5.1. Processus institutionnel / Redevabilité | 3 | 3 | 24 |
| 5. | 5.2 Système d'information Sanitaire et de gestion / Communication | 2 | 0 | 8 |
| Gouvernance et Leadership | 5.3. Recherche opérationnelle | 2 | 1 | 12 |
| et Leader Ship | 5.4. Participation communautaire | 1 | 0 | 4 |
| | 5.5. Satisfaction | 1 | 1 | 8 |
| | | 9 | 5 | 56 |
| Score global de | e performance attendu par le Service / Hôpital | 45 | 22 | 268 |

N.B.: Nombre indicateurs est de 67; dont 45 quantitatifs et 22 qualitatifs.

Vous devrez utiliser ce tableau pour analyser la performance de votre structure dans le chapitre suivant (ANALYSE DES DOMAINES ET DES DETERMINANTS).

7.1 ANALYSE DES DOMAINES

Tableau 13: Evolution de la performance du Service / Hôpital selon les domaines

| | SGF | semesti | e N-1 | S | SGP semestre N | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------|----------------------|-----------------------|--|--|--|
| DOMAINES | SGP obtenu (A) ² | SGP attendu (B) ³ | %SGP (<u>A</u> X 100)4 | SGP obtenu (C) | SGP attendu (D) | %SGP (^C / _D X 100) | | |
| 1. Gestion et rationalisation des ressources | | 48 | | | 48 | | | |
| 2. Offre et demande | | 56 | | | 56 | | | |
| 3. Promotion de la santé et réhabilitation des handicaps et infirmités | | 52 | | | 52 | | | |
| 4. Prévention et lutte contre la maladie | | 56 | | | 56 | | | |
| 5. Gouvernance et leadership | | 56 | | | 56 | | | |
| Performance globale de Hopital (SGP) | | 268 | | | 268 | | | |

Graphique 1: Evolution de la performance du Service / Hôpital selon les domaines



² La performance globale actuelle

³ La performance globale souhaitée

⁴ La performance globale actuelle exprimée en pourcentage

7.2 ANALYSE DES DETERMINANTS

Tableau 14: Evolution de la performance du Service / Hôpital selon les déterminants / aspects

| | | SGP | semestre | e N-1 | SGF | semest | | | |
|--|--|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|--|--|
| Domaines / Dimensions | Déterminants / Aspects | SGP obtenu (A) ⁵ | SGP attendu (B) ⁶ | SGP obtenu (A) ⁷ | SGP attendu (B) | SGP obtenu (A) | SGP attendu (B) | | |
| 1. Gestion et | 1.1. Disponibilité des Médicaments et autres intrants / consommables | | 28 | | 28 | | | | |
| rationalisation des ressources | 1.2. Gestion des Ressources humaines | | 4 | | 4 | | | | |
| | 1.3. Gestion financière | | 16 | | 16 | | | | |
| | 2.1. Prise en charge globale | | 28 | | 28 | | | | |
| 2. Offre et demande | 2.2. Hygiène et prévention des infections | | 20 | | 20 | | | | |
| | 2.3. Maintenance des infrastructures et des équipements | | 8 | | 8 | | | | |
| 3. Promotion de la santé et | 3.1. Suivi de la mère et du nouveau-né | | 44 | | 44 | | | | |
| réhabilitation des handicaps et infirmités | 3.2. Suivi de l'enfant | | 8 | | 8 | | | | |
| | 4.1. Capacités de détection et de contrôle des épidémies | | 4 | | 4 | | | | |
| | 4.2. Compétences Techniques | | 4 | | 4 | | | | |
| 4. Prévention et Lutte contre la | 4.3. Prise en charge des urgences | | 8 | | 8 | | | | |
| Maladie | 4.4. Prise en charge des Maladies transmissibles (MT) | | 12 | | 12 | | | | |
| | 4.5. Appui au diagnostic | | 12 | | 12 | | | | |
| | 4.6. Amélioration continue | | 16 | | 16 | | | | |
| | 5.1. Processus institutionnel / Redevabilité | | 24 | | 24 | | | | |
| 5. Gouvernance et Leadership | 5.2 Système d'information Sanitaire et de gestion / Communication | | 8 | | 8 | | | | |
| | 5.3. Recherche opérationnelle | | 12 | | 12 | | | | |
| | 5.4. Participation communautaire | | 4 | | 4 | | | | |
| | 5.5. Satisfaction | | 8 | | 8 | | | | |
| Score global de Service / Hôpital | performance attendu par le | | 268 | | 268 | | | | |

⁵ La performance globale actuelle ⁶ La performance globale souhaitée

⁷ La performance globale actuelle

Graphique 2: Evolution de la performance du Service / Hôpital selon les déterminants

Evolution de la performance du Service / Hôpital selon les déterminants / aspects 0% 25% 50% 75% 100% Score global de performance 1.1. Disponibilité des Médicaments et autres intrants / consommables 1.2. Développement des Ressources humaines 1.3. Financements 2.1. Prise en charge globale 2.2. Hygiène et prévention des infections 2.3. Maintenance des infrastructures et des équipements 3.1. Suivi de la mère et du nouveau-né 3.2. Suivi de l'enfant 4.1. Capacités de détection et de contrôle des épidémies 4.2. Compétences Techniques 4.3. Prise en charge des urgences 4.4. Prise en charge des Maladies transmissibles (MT) 4.5. Appui au diagnostic 4.6. Amélioration continue 5.1. Processus institutionnel / Redevabilité 5.2 Système d'information Sanitaire et de gestion / Communication 5.3. Recherche opérationnelle 5.4. Participation communautaire 5.5. Satisfaction ■ %SGP N ■ %SGP N-1

8 PREVISIONS POUR LE PROCHAIN SEMESTRE (en se basant sur le contrat d'objectif) du service/hôpital)

Tableau 15: Provisions pour le prochain semestre

| Déterminants / Indicateurs | Prévisions |
|---|------------|
| Dimension 1 : Gestion et rationalisation des ressources | |
| Pourcentage de jours sans rupture de stock des produits pharmaceutiques | |
| 2. Taux de satisfaction des besoins en transfusion sanguine | |
| 3. Pourcentage de jours sans rupture de stock des outils de gestion | |
| 4. Pourcentage de jours sans rupture de stock des produits et matériels PCI | |
| 5. Pourcentage de présence du personnel au poste de travail | |
| 6. Pourcentage des dépenses pharmaceutiques sur les dépenses réalisées | |
| 7. Taux d'encaissement | |
| 8. Taux de recouvrement | |
| Dimension 2 : Offre et demande des services | |
| 9. Pourcentage de premiers contacts pris en charge | |
| 10. Taux de rationalisation des dossiers médicaux | |
| 11. Taux d'occupation moyen des lits | |
| 12. Durée moyenne de séjour | |
| 13. Taux de contre-référence | |
| Pourcentage de points de prestations disposant de points de lavage des mains fonctionnels | |
| 15. Pourcentage de services ayant un dispositif de gestion des déchets hospitaliers | |
| 16. Taux d'infection du site opératoire des interventions programmées | |
| 17. Taux d'infection du site opératoire des interventions non programmées | |
| 18. Pourcentage d'équipements biomédicaux disponibles et fonctionnels | |
| 19. Pourcentage d'activités du plan de maintenance interne préventive réalisées | |
| Dimension 3 : Promotion de la santé et réhabilitation des handicaps et infirmités | |
| 20. Taux de satisfaction des besoins en SONUC | |
| 21. Pourcentage d'accouchements hospitaliers | |
| 22. Taux de césarienne | |
| 23. Taux d'utilisation du partogramme | |
| 24. Taux de létalité des complications obstétricales | |
| 25. Taux de références obstétricales | |
| 26. Taux de mortalité hospitalière des enfants de moins d'un an | |
| 27. Taux de guérison des malnutritions aigües sévères avec complication | |
| Dimension 4 : Prévention et lutte contre la maladie | |
| 28. Taux de Promptitude des notifications des maladies à potentiel épidémique | |
| 29. Taux de réalisation des formations basées sur les insuffisances techniques identifiées | |
| 30. Taux de diligence de la prise en charge des urgences | |
| 31. Pourcentage de PVVIH sous ARV | |

| Déterminants / Indicateurs | Prévisions |
|---|------------|
| 32. Taux de létalité du paludisme | |
| 33. Taux de complétude du Paquet complémentaire d'activités (PCA) du laboratoire | |
| 34. Taux de complétude du Paquet complémentaire d'activités (PCA) de l'imagerie | |
| 35. Pourcentage de supervision interne réalisées par l'équipe de direction | |
| 36. Taux de mise en œuvre des 5S | |
| Dimension 5 : Gouvernance et leadership | |
| 37. Pourcentage de réunions du comité médical consultatif | |
| 38. Pourcentage de réunions du comité d'hygiène et de sécurité | |
| 39. Pourcentage de réunions de la commission budgétaire | |
| 40. Taux de promptitude des rapports SNIS | |
| 41. Taux de complétude des rapports SNIS | |
| 42. Taux d'analyse clinique des décès maternels | |
| 43. Taux d'analyse clinique des décès néonatals | |
| 44. Pourcentage des réunions du Comité de relation avec les usagers (CRU) tenues pendant la période | |
| 45. Pourcentage d'usagers satisfaits des prestations de l'hôpital/service | |
| Score total obtenu | |
| Score total attendu | |
| Score global de performance (en %) | |

9 SYNTHESE IDENTIFICATION ET FORMULATION DES PROBLEMES

Tableau 16: Synthèse identification et formulation des problèmes

| Service | Domaines | Enoncés des problèmes | Causes |
|----------------------|----------|-----------------------|--------|
| | | | |
| Direction | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Médecine Générale | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Urgences | | | |
| | | | |
| | | | |
| Chirurgia | | | |
| Chirurgie | | | |
| | | | |
| | | | |
| Maternité | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Pédiatrie | | | |
| | | | |
| | | | |
| Cabinet | | | |
| dentaire | | | |
| | | | |

| Service | Domaines | Enoncés des problèmes | Causes |
|-------------|----------|-----------------------|--------|
| Pharmacie | | | |
| Laboratoire | | | |
| Imagerie | | | |
| Maintenance | | | |

10 PLAN D'ACTION OPERATIONNEL

Tableau 17: Plan d'amélioration de la structure

| Service | Domaines | Déterminants | Objectifs | Activités | Période T18, T2, T3, T4 | Source de financement | Responsable de MEO | Indicateur de suivi | Moyens |
|-----------|----------|--------------|-----------|-----------|--------------------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|--------|
| | | | | | | | | | |
| Direction | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Médecine | | | | | | | | | |
| Générale | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Urgences | | | | | | | | | |

⁸ T1, 2, 3 et 4: Trimestre 1, 2, 3 et 4 respectivement de l'année en cours

| Service | Domaines | Déterminants | Objectifs | Activités | Période T1 ⁸ , T2, T3, T4 | Source de financement | Responsable de MEO | Indicateur de suivi | Moyens |
|-----------|----------|--------------|-----------|-----------|---|-----------------------|--------------------|------------------------|--------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Chirurgie | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Maternité | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Pédiatrie | | | | | | | | | |

| Service | Domaines | Déterminants | Objectifs | Activités | Période T18, T2, T3, T4 | Source de financement | Responsable de MEO | Indicateur de suivi | Moyens |
|------------------|----------|--------------|-----------|-----------|--------------------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|--------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Cabinet dentaire | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Pharmacie | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Laboratoire | | | | | | | | | |

| Service | Domaines | Déterminants | Objectifs | Activités | Période T18, T2, T3, T4 | Source de financement | Responsable de MEO | Indicateur de suivi | Moyens |
|-------------|----------|--------------|-----------|-----------|--------------------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|--------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Imagerie | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Maintenance | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |