

# VÉRIFICATION DE LA PERFORMANCE DANS LE CADRE DU FINANCEMENT BASÉ SUR LES RÉSULTATS (FBR)

Le cas du Burundi

Adrien Renaud

Juillet 2013





**Vérification de la performance dans le cadre du Financement  
Basé sur les Résultats (FBR) :**

Le cas du Burundi

*Adrien Renaud*

*Juillet 2013*

## Health, Nutrition, and Population (HNP) Discussion Paper

This series is produced by the Health, Nutrition, and Population (HNP) Family of the World Bank's Human Development Network (HDN). The papers in this series aim to provide a vehicle for publishing preliminary results on HNP topics to encourage discussion and debate. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this paper are entirely those of the author(s) and should not be attributed in any manner to the World Bank, to its affiliated organizations or to members of its Board of Executive Directors or the countries they represent. Citation and the use of material presented in this series should take into account this provisional character.

For information regarding the HNP Discussion Paper Series, please contact Martin Lutalo at [mlutalo@worldbank.org](mailto:mlutalo@worldbank.org) or Erika Yanick at [eyanick@worldbank.org](mailto:eyanick@worldbank.org).



# Papier de discussion de Santé, Nutrition et Population

## Vérification de la performance dans le cadre du Financement Basé sur les Résultats (FBR) :

### *Le cas du Burundi*

Adrien Renaud, Economiste de la Santé Freelance

Ce document a été préparé comme une analyse de cas pour une étude multi-pays sur la vérification dans le Financement Basé sur les Résultats dans la santé.

Il est la traduction du document original anglais<sup>1</sup>.

Banque Mondiale, Washington D.C, USA

Juin 2013

### Résumé:

Payer les formations sanitaires sur la base de leur performance est une forme de financement basé sur les résultats (FBR). La vérification de la performance des prestataires est une partie vitale de la mise en œuvre d'un programme de FBR. Le Burundi était l'un des premiers pays africains à introduire le financement basé sur la performance (FBP). Le programme de FBP est mis en œuvre dans tout le pays et mené par le Ministère de la Santé (MS). Il paie des incitations sur la base de la quantité de services fournis ainsi que d'une composante qualité des soins. Cette étude décrit les méthodes utilisées pour la vérification au Burundi, qui incluent la vérification mensuelle de la quantité et de la qualité technique des services fournis sur une base trimestrielle ; une recherche des patients dans la communauté et une évaluation de la satisfaction des patients biannuels ; et la contre-vérification de l'information fournie par ces trois mécanismes. Cette étude de cas présente les résultats de la vérification et discute les difficultés liées à la vérification, comment elles ont été résolues, ainsi que les défis à venir. Elle fait partie d'une analyse plus large, qui inclut de multiples exemples de cas dans divers pays, afin d'élargir les connaissances sur le processus et les pratiques de vérification et de répondre aux besoins liés à la conception et à la mise en œuvre des programmes de FBR.

**Mots clés:** Vérification, qualité, système de santé, incitations, Burundi

**Avertissement :** Les résultats, interprétations, et conclusions exprimées dans ce papier sont entièrement celles de l'auteur, et ne représentent pas les opinions de la Banque mondiale, ses directeurs exécutifs, ou les pays qu'ils représentent.

**Détails pour correspondance:** Petra Vergeer, The World Bank, 1818 H Street, Washington, DC, USA; e-mail: [pvergeer@worldbank.org](mailto:pvergeer@worldbank.org).

---

<sup>1</sup> Traduction française de « Verification of Performance in Result-Based Financing (RBF): The Case of Burundi » revue et finalisée par Elisa Rothenbühler, consultante Banque mondiale.



## Table des matières

Liste des abréviations .....	8
Résumé exécutif .....	9
1. Introduction .....	12
2. Méthodologie .....	13
3. Contexte : le FBP au Burundi .....	14
4. Principales caractéristiques de la méthode de vérification.....	17
4.1. Considérations générales sur la méthode de vérification .....	17
4.2. Comment la quantité de services fournis est-elle vérifiée ? .....	18
4.3. Comment la qualité technique des services est-elle évaluée ? .....	20
4.4. Comment les enquêtes communautaires sont-elles effectuées ? .....	22
4.5. Comment les données de la vérification sont-elles contre-vérifiées ?.....	24
5. Résultats des méthodes de vérification .....	26
5.1. Quels sont les résultats de la vérification de la quantité ? .....	27
5.2. Quels sont les résultats de l'évaluation de la qualité technique ? .....	32
5.3. Quels sont les résultats des enquêtes communautaires ? .....	34
5.4. Quels sont les résultats de la contre-vérification ? .....	37
5.5. A quoi les résultats sont-ils utilisés ? .....	42
6. Les coûts de la vérification.....	47
7. Leçons .....	48
Annexe 1 : Bibliographie .....	53
Annexe 2: Formulaire de déclaration de performance des centres de santé et des hôpitaux..	54
Annexe 3: Factures mensuelles pour les indicateurs des centres de santé et des hôpitaux.....	56
Annexe 4: Grilles d'évaluation de la qualité technique des centres de santé et des hôpitaux .	60
Annexe 5: Questionnaire pour les enquêtes communautaires.....	140
Annexe 6: Cadre d'analyse pour les études de cas.....	143



## Remerciements

Je voudrais saluer la mémoire du Dr. Etienne Sekaganda, décédé en décembre 2010 durant une mission de contre-vérification au Burundi, seulement quelques jours après avoir répondu à mes questions.

Je souhaiterais remercier la CT-FBP, et tout particulièrement son président, le Dr. Jean Kamana, qui m'a permis d'avoir accès aux données pertinentes, son conseiller technique le Dr. Olivier Basenya, qui a apporté de précieux conseils et contributions sur différentes versions de ce document, et le Dr. Emmanuel Seheye qui m'a fourni la base de données Excel. Les CPVV ont pleinement collaboré dans le cadre de cette étude, et celle-ci leur doit beaucoup. J'exprime enfin ma gratitude envers toutes les personnes, au Burundi comme à l'étranger, qui ont accepté de répondre à mes questions.

Enfin, je voudrais préciser que cette étude n'aurait pas pu être possible sans l'aide, les conseils, le soutien et les contributions du personnel de la Banque Mondiale. Je remercie particulièrement Petra Vergeer, Anna Heard et Moulay Driss Zine-Eddine El-Idrissi.

## Liste des abréviations

BDS	Bureau du District de Santé
BM	Banque Mondiale
BPS	Bureau Provincial de la Santé
CPVV	Comité Provincial de Vérification et de Validation
CS	Centre de Santé
CT-FBP	Cellule Technique du Financement Basé sur la Performance
DIU	Dispositif Intra-Utérin
FBP	Financement Basé sur la Performance
FBR	Financement Basé sur les Résultats
HD	Hôpital de District
HDP	Health, Development & Performance
HN	Hôpital National
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
SIS	Système d'Information Sanitaire
UE	Union Européenne

*NB : Le taux de change utilisé dans ce document est le taux de change en novembre 2012 :  
1 US\$ = 1464 BIF*

## Résumé exécutif

Le Burundi est un pays à faible revenu situé dans la région des Grands Lacs, en Afrique. Il compte environ 8,6 millions d'habitants et ses indicateurs économiques et de développement sont parmi les plus bas au monde. Les indicateurs de santé sont, en conséquence, très faibles. Le Burundi a été l'un des premiers pays africains à mettre en œuvre le financement basé sur les résultats (FBR). Son programme de financement basé sur la performance (FBP) est mené par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS), et est appliqué dans l'ensemble du pays pour tous les centres de santé et hôpitaux à but non-lucratif, publics ou privés. La mise en œuvre aux niveaux intermédiaire et opérationnel est menée par des comités provinciaux appelés Comités Provinciaux de Vérification et de Validation (CPVV) et impliquant les antennes locales du MSPLS, des organisations non gouvernementales (ONG), l'administration locale et la société civile. Le paiement des structures de soins est fondé sur un paiement à l'acte mensuel, et sur une composante trimestrielle portant sur la qualité des soins basée sur le respect des protocoles cliniques, la recherche des patients dans la communauté (vérification de l'existence des patients et de leur confirmation des soins), et sur la satisfaction des patients.

Cette étude vise à décrire les méthodes utilisées pour vérifier la performance dans ce programme, à présenter leurs résultats et à discuter les difficultés auxquelles elles ont été confrontées, la manière dont elles ont été résolues et les défis qui demeurent.

Le programme inclut quatre types de vérification :

- Vérification de la quantité de services fournis ; effectuée mensuellement par les CPVV pour chaque structure de santé directement contractualisée et pour chaque indicateur. Cette vérification consiste à recompter les services dans les registres des prestataires.
- Evaluation de la qualité technique des services fournis ; effectuée trimestriellement en utilisant une grille prédéfinie, dans toutes les structures de santé par les antennes locales du MSPLS pour les Centres de Santé (CS) et par des pairs pour les hôpitaux.
- Evaluation de la mesure dans laquelle les patients ont effectivement reçu ces services et de leur satisfaction ; effectuée semestriellement par des ONG locales pour chaque structure de santé et pour des indicateurs choisis. Quatre-vingts patients sont sélectionnés aléatoirement et interrogés pour chaque structure de soins chaque semestre.
- Contre-vérification des informations fournies par ces trois mécanismes ; effectuée trimestriellement par une organisation indépendante (Health, Development and Performance - HDP). Quatre provinces sont sélectionnées chaque trimestre, et les mêmes outils que pour la vérification sont utilisés pour la contre-vérification.

D'après cette étude, les résultats de la vérification sont les suivants :

- La vérification de la quantité dans les centres de santé par les CPVV entre janvier et août 2012 a trouvé que la performance quantitative était correctement estimée par les structures de soins dans 69 pour cent des cas. Elle était surestimée dans 22 pour cent des cas (surestimation moyenne : 19 pour cent), et sous-estimée dans 9 pour cent des cas (sous-estimation moyenne : 4 pour cent). La vérification de la quantité dans les hôpitaux par les CPVV entre janvier et juillet 2012 a trouvé que la performance quantitative était correctement estimée par les structures de soins dans 62 pour cent des cas. Elle était surestimée dans 26 pour cent des cas (surestimation moyenne : 13 pour cent), et sous-estimée dans 12 pour cent des cas (sous-estimation moyenne : 7 pour cent).
- L'évaluation de la qualité technique par les antennes locales du MSPLS et par les pairs a trouvé que durant la période 2010-2012, le score de qualité technique était de 70 pour cent pour les centres de santé, 77 pour cent pour les hôpitaux de district et 74 pour cent pour les hôpitaux

nationaux. Cependant, ces scores peuvent fortement varier en fonction des changements effectués dans les grilles d'évaluation de la qualité technique.

- Dans les centres de santé de 13 provinces pour lesquelles des données désagrégées sur les enquêtes communautaires ont pu être collectées, la proportion de patients qui n'ont pas pu être retrouvés dans la communauté variait de 8,6 pour cent à 6,9 pour cent entre le premier trimestre 2011 et le premier semestre 2012. Dans les hôpitaux des mêmes 13 provinces et durant la même période, la proportion de patients qui n'ont pas pu être retrouvés dans la communauté variait de 9,8 pour cent à 15,4 pour cent.
- Pour les centres de santé, aucune différence significative n'a été trouvée durant les huit rounds de contre-vérification entre la performance quantitative telle que vérifiée par les CPVV et la performance quantitative telle que contre-vérifiée par HDP. Cependant, les données désagrégées n'étaient pas disponibles et les sous-estimations annulaient les surestimations, ce qui conduit à sous-estimer les différences. Pour les hôpitaux au contraire, la différence entre les données de vérification et de contre-vérification étaient importantes et systématiques : la moyenne des valeurs absolues des différences entre la performance quantitative telle que vérifiée par les CPVV et la performance quantitative telle que contre-vérifiée par HDP est de 31 pour cent. Cette étude a également trouvé des différences importantes et systématiques entre la qualité technique telle qu'évaluée par les antennes locales du MSPLS et par les pairs et la qualité technique telle qu'évaluée par HDP : en comparaison des résultats de HDP, l'évaluation de la qualité technique dans les centres de santé par le MSPLS était surestimée dans 79 pour cent des cas (surestimation moyenne de 20 pour cent) et sous-estimée dans 21 pour cent des cas (sous-estimation moyenne de 24 pour cent). En comparaison des résultats de HDP, l'évaluation de la qualité technique dans les hôpitaux par les pairs était surestimée dans 84 pour cent des cas (surestimation moyenne de 24 pour cent) et sous-estimée dans 16 pour cent des cas (sous-estimation moyenne de 20 pour cent).

La principale utilisation des résultats de la vérification est le paiement des prestataires : les résultats de la vérification de la quantité servent au paiement mensuel de subsides aux prestataires, et les résultats de l'évaluation de la qualité technique, combinés avec ceux des enquêtes communautaires, se traduisent dans un bonus ou un malus de qualité que les structures peuvent recevoir trimestriellement. Les résultats de la contre-vérification sont utilisés pour évaluer la mesure dans laquelle les CPVV et les antennes locales du MSPLS ont rempli leurs tâches correctement. Toutes les sanctions qui sont définies dans le manuel des procédures du FBP ne sont pas encore mises en œuvre, car le système de vérification n'est pas qu'un instrument de contrôle : il est également considéré comme un instrument pédagogique à l'intention des structures de soins.

De l'avis de l'ensemble des acteurs interrogés, le système de vérification de la performance dans le FBP au Burundi permet un niveau satisfaisant de détection de la fraude. Il existe un consensus pour considérer que la plupart des erreurs sont non-intentionnelles plutôt que des tentatives de tricherie de la part de structures de soins qui viseraient à augmenter leurs revenus. Ceci est confirmé par le fait que les sous-estimations de la performance sont fréquentes (bien que moins fréquentes que les surestimations).

Au Burundi, une forte intégration au sein des organes de régulation du MSPLS d'une part, et l'existence d'un système de contre-vérification indépendant d'autre part, produit un degré de confiance qui permet que les données soient jugées satisfaisantes par la plupart des acteurs, et ce à un coût acceptable (environ 16 pour cent des dépenses totales du FBP). Cette étude a montré que le niveau de discordance entre les résultats avant et après la vérification était encore élevé, mais ceci peut être résolu par la modification des incitations d'une part (par exemple par la mise en œuvre de sanctions plus strictes), et

par la formation continue des CPVV, des Bureau Provinciaux de la Santé(BPS), des Bureau du District de Santé(BDS) et des pairs hospitaliers d'autre part.

# 1. INTRODUCTION

Le Burundi est un pays à faible revenu situé dans la région des Grands Lacs, en Afrique. Il compte environ 8,6 millions d'habitants et ses indicateurs économiques et de développement sont parmi les plus bas au monde : en 2011, son PIB par habitant était d'environ 270 US\$<sup>2</sup>, 67 pour cent de la population vivait sous le seuil de pauvreté. Avec un Indice de Développement Humain de 0,316, il se classait 185<sup>e</sup> sur 187 pays dans le Rapport sur le développement humain 2011 établi par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD, 2011). Sans surprise, les indicateurs de santé sont aussi très bas : la dépense totale de santé est environ de 20 US\$ par habitant, l'espérance de vie à la naissance ne dépasse pas 50 ans, la mortalité des moins de cinq ans est au-delà de 140 pour 1 000 naissances vivantes et la mortalité maternelle est estimée à 800 pour 100 000 naissances vivantes.

**Tableau 1 : Eléments de contexte pour le Burundi**

Eléments de contexte pour le Burundi	
Population (millions)	8,6
PNB par habitants (US\$ courants)	271
Taux de pauvreté (%)	67
Dépense totale de santé par habitant (US\$ courants)	21
Espérance de vie à la naissance (années)	50
Mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	142
Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	800

Source : Banque Mondiale, 2011.

Le Burundi a été l'un des premiers pays africains à introduire le financement basé sur les résultats (FBR), appelé au Burundi « financement basé sur la performance » (FBP). Il a été le second sur le continent (après le Rwanda) à faire de cette approche une politique nationale, et à la mettre en œuvre sur l'ensemble de son territoire. Le FBP burundais a un double objectif :

- Il est utilisé comme moyen d'améliorer les performances du système de santé ;
- Il constitue une méthode de mise en œuvre de la politique nationale de gratuité ciblée des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

Il est financé pour moitié par le gouvernement burundais (MSPLS, 2012), ce qui constitue une caractéristique très rare pour les programmes de FBR en Afrique. L'autre moitié du budget est fournie par différents partenaires internationaux (y compris la Banque Mondiale, l'Union Européenne, l'Agence de Développement Belge BTC, USAID), ce qui nécessite un important effort de coordination de l'aide. Ce contexte singulier confère au FBP burundais un intérêt particulier dans l'étude des différentes méthodes de vérification utilisées dans les programmes de FBR.

Cette étude vise à décrire le système de vérification au Burundi, mais aussi à identifier les résultats qu'il a obtenus, les écueils auxquels il a fait face, la manière dont il les a résolus et les défis qu'il lui reste à relever.

---

<sup>2</sup>En dollars US courants. Ces chiffres, comme ceux qui sont présentés dans cette section, sont tirés de Banque Mondiale, 2011 (sauf mention contraire).

**Figure 1 : Le Burundi en Afrique**



Source : Banque Mondiale, 2011

## 2. METHODOLOGIE

La collecte des données nécessaires à la réalisation de cette étude s'est déroulée en deux temps distincts. Tout d'abord, à la fin de l'année 2010, la documentation pertinente (annexe 1) a été étudiée, les principaux acteurs du FBP ont été interrogés par téléphone ou par e-mail, et en accord avec le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS), quatre provinces<sup>3</sup> ont été sélectionnées pour des entretiens téléphoniques avec les personnes qui mettent en œuvre la vérification sur le terrain, ainsi qu'avec les Bureaux Provinciaux de la Santé (BPS). Cette première phase a permis d'obtenir une bonne description de la manière dont la vérification se déroulait, mais puisqu'elle a été conduite moins d'un an après la généralisation du FBP à tout le pays, elle ne pouvait pas donner une image satisfaisante des résultats de la vérification.

Deux ans plus tard, en 2012, une mission d'évaluation du FBP a fourni une autre opportunité de collecte de données, en particulier pour documenter les changements intervenus dans le processus de vérification depuis 2010, pour interviewer davantage d'acteurs de terrain et pour récolter des données quantitatives détaillées sur les résultats des différents mécanismes de vérification en jeu.

Il y a quatre mécanismes de vérification (cf. parties 3 et 4) dans le système de FBP au Burundi, et les périodes pour lesquelles les données quantitatives ont pu être collectées diffèrent d'un mécanisme à l'autre :

- Pour la vérification quantitative, les données sur les services déclarés et vérifiés étaient disponibles de janvier à août 2012 dans les centres de santé, et de janvier à juillet 2012 dans les hôpitaux.
- Pour l'évaluation de la qualité technique, les résultats étaient disponibles du début de la mise à l'échelle du FBP (deuxième trimestre 2010) au troisième trimestre 2012.

---

<sup>3</sup>Bubanza, Muramvya, Muyinga et Ruyigi.

- Pour les enquêtes communautaires, les résultats étaient disponibles du premier trimestre 2011 au premier semestre 2012, et seulement pour 13 provinces sur 17.
- Pour la contre-vérification, les résultats étaient disponibles du début de la mise à l'échelle du FBP au troisième trimestre 2012.

De plus, des données ont également été collectées sur l'estimation des coûts de mise en œuvre de la vérification, à travers l'étude des rapports d'activité élaborés par le MSPLS, qui met en œuvre le FBP. Toutes les données ont été rendues disponibles par le MSPLS, et elles concernent l'ensemble du pays (sauf pour les enquêtes communautaires). Elles ont été utilisées, ainsi que d'autres sources, pour calculer le niveau d'erreur, défini comme la différence entre les données avant vérification et les données après vérification. Les formules de calcul pour chaque mécanisme de vérification sont présentées dans les sections appropriées de cette étude.

L'analyse des données quantitatives et qualitatives a été effectuée en fonction d'un cadre qui a été utilisé dans d'autres études de cas sur les systèmes de vérification dans différents pays (annexe 6). Ce cadre a été conçu de manière à permettre la comparabilité entre systèmes. Il comprend cinq éléments principaux qui ont déterminé les chapitres principaux de cette étude : présentation du système de FBP (partie 3), description des systèmes de vérification à l'œuvre (partie 4), résultats des méthodes de vérification (partie 5), coût de la vérification (partie 6), et enfin leçons qui peuvent être tirées de l'application des méthodes de vérification (partie 7).

### **3. CONTEXTE : LE FBP AU BURUNDI**

Le FBP a été d'abord introduit au Burundi comme projet pilote dans trois provinces en 2006, avec le soutien des organisations non gouvernementales (ONG) hollandaises Cordaid et HealthNet TPO. Ces expériences avaient pour objectif d'améliorer les faibles performances du système de santé en augmentant et en remodelant les incitations pour les prestataires de soins, et en passant d'un système basé sur le financement d'intrants à un système basé sur le financement de résultats. Les résultats de ces expériences ont été jugés encourageants (comme le montre une étude publiée plus tard : Cordaid et MSPLS, 2011), et elles ont été progressivement étendues à d'autres districts et à d'autres provinces. De plus en plus de partenaires se sont intéressés au FBR au Burundi. En 2010, le gouvernement a décidé de généraliser le FBP à tout le pays, et lui a donné un objectif supplémentaire : financer la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, une priorité nationale depuis 2006. L'approche bénéficie d'un fort soutien des partenaires techniques et financiers, qui, en plus de financer environ la moitié du budget, apportent une assistance technique tant au niveau central qu'au niveau provincial.

Le fonctionnement du FBP au Burundi est décrit en détail ailleurs (MSPLS, 2011b) ; nous ne donnerons ici qu'un bref aperçu. La participation au programme est obligatoire pour tous les prestataires publics du pays. Les prestataires privés peuvent également décider de participer. En pratique, tous les prestataires privés à but non-lucratif participent, et quelques prestataires privés<sup>4</sup> ont des sous-contrats avec des prestataires privés à but non-lucratif ou publics. Le programme compte en tout 565 centres de santé et 50 hôpitaux (45 hôpitaux de district et 5 hôpitaux nationaux), plus 151 prestataires privés qui bénéficient d'un sous-contrat.

---

<sup>4</sup>A but lucratif ou à but non-lucratif : il s'agit en général de centres de santé de petite taille ou situés dans des zones reculées.



Le FBP paie les formations sanitaires en deux étapes. Le premier paiement est un paiement à l'acte qui a pour objectif d'inciter les structures sanitaires à augmenter le volume de prestations fournies (le présupposé est celui d'une sous-utilisation des services) : un certain nombre d'indicateurs de résultat<sup>5</sup> a été défini, et à chaque indicateur correspond un subside unitaire. Les paiements ne sont pas plafonnés : plus une formation sanitaire soigne, plus elle reçoit d'argent. Les structures de soins sont payées chaque mois après vérification de leurs registres. La seconde étape est un paiement trimestriel lié à une évaluation de la qualité des soins. Il a un double objectif :

- Inciter les prestataires à respecter les normes (« qualité technique ») ;
- Evaluer la relation des prestataires avec les patients en détectant d'éventuels « patients-fantômes » d'une part (vérification que les services ont effectivement été reçus), et évaluant la satisfaction des patients d'autre part (« qualité subjective »).

Cette évaluation est trimestrielle pour ce qui est de la « qualité technique » et semestrielle pour ce qui est de la « qualité subjective », les résultats de cette dernière étant utilisés pour le paiement de deux trimestres. L'évaluation se traduit par un score, puis par un bonus de qualité (incitation financière) si l'évaluation est jugée satisfaisante (score de qualité supérieur ou égal à 70 pour cent). Si au contraire cette évaluation est jugée insuffisante (score de qualité inférieur à 50 pour cent), une partie des subsides prévus pour le premier paiement (incitation quantitative) peut être déduite.

Les subsides du FBP ne sont pas payés directement au personnel de santé, mais aux formations sanitaires. Ces dernières disposent d'une autonomie de gestion partielle, et utilisent les fonds reçus pour financer leurs activités habituelles. Ces subsides constituent un revenu complémentaire pour les structures de soins, qui reçoivent par ailleurs les paiements directs des patients, des subventions de l'Etat (pour les salaires), des primes et des intrants de partenaires et de programmes verticaux. L'argent du FBP représente environ 30 à 35 pour cent des recettes totales pour les hôpitaux, et environ 80 à 85 pour cent pour les centres de santé. Les prestataires peuvent en allouer une partie à la motivation du personnel si leur budget est équilibré (ce qui est généralement le cas) et si leurs comptes bancaires sont suffisamment approvisionnés (solde équivalant à au moins 2 mois de fonctionnement). Les incitations financières sont supposées motiver le personnel de santé à améliorer sa performance, et elles peuvent représenter jusqu'au tiers de leur salaire de base, comme le montre le tableau 2.

**Tableau 2 : Motivation financière mensuelle moyenne du FBP pour le personnel de santé en comparaison avec le salaire mensuel moyen en début de carrière**

	Salaire mensuel en début de carrière (US\$)	Motivation financière moyenne par mois du FBP en 2010 (US\$)
Infirmiers	200	72
Médecins	400	100

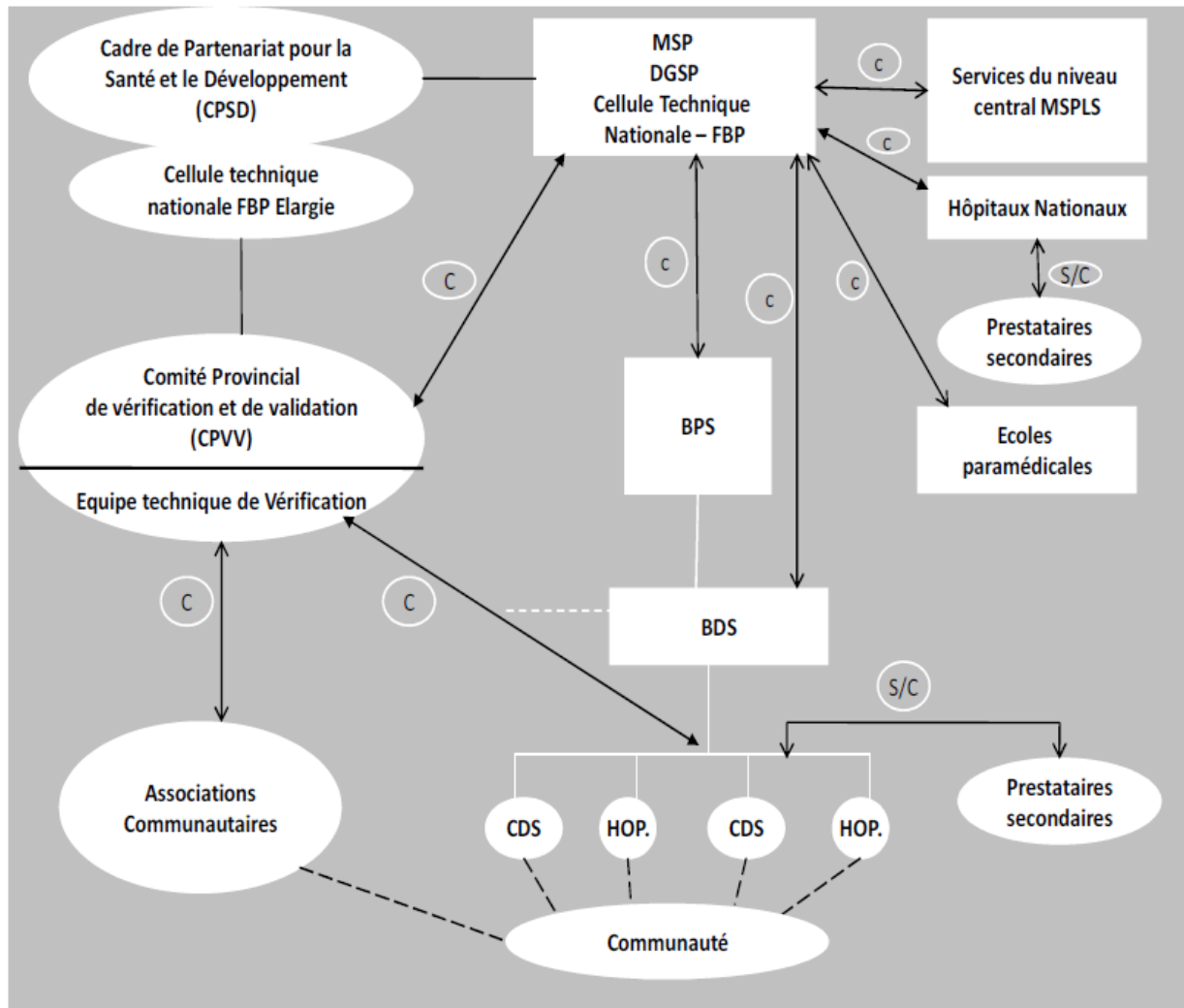
Source : MSPLS, 2011a

Le programme est dirigé par le MSPLS, où une Cellule Technique pour le FBP (CT-FBP), qui dépend de la Direction Générale de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA, coordonne les activités qui y sont liées. Aux niveaux intermédiaire et opérationnel, des Comités Provinciaux de Vérification et de Validation (CPVV), avec les BPS et les Bureaux de District de Santé (BDS) (les bureaux locaux du MSPLS), sont

<sup>5</sup> Les listes d'indicateurs ont été établies pendant un atelier national au cours duquel différents acteurs du système de santé ont listé tous les indicateurs pertinents, et ont sélectionné les plus importants en utilisant la méthode de priorisation DELPHI.

chargés de la mise en œuvre. La figure 2 résume les interactions entre les principaux acteurs du programme FBP.

**Figure 2 : Montage institutionnel du FBP**



Source: MSPLS, 2011b.

Note : « C » signifie « contrat », et « S/C » signifie « sous-contrat »

Ce papier n'a pas pour objectif d'évaluer l'efficacité du programme de FBP, et se concentre plutôt sur la vérification menée dans le programme du Burundi. Des informations partielles sur l'évolution de la performance depuis que le FBP a été initié dans tout le pays peuvent être trouvées dans le rapport sur l'examen technique du programme (Cordaid, UE, BM, OMS 2012) ou dans les rapports de la CT-FBP (MSPLS 2011a et MSPLS 2012), qui indiquent des résultats initiaux prometteurs sur la base des données vérifiées utilisées pour les paiements du FBR.

## 4. PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DE LA METHODE DE VERIFICATION

Le système de vérification du FBP au Burundi a été élaboré durant les projets pilotes entre 2006 et 2010. Lors de sa généralisation à l'ensemble du pays, il a été adapté par consensus entre les différents acteurs : le MSPLS, les bailleurs de fonds internationaux, les programmes verticaux, et les ONG qui avaient mis en œuvre les projets pilotes. Le résultat de ce consensus a été synthétisé dans un manuel de procédures (MSPLS, 2010), qui a été révisé par la suite (MSPLS, 2011b). Ce document, ainsi que les entretiens qui ont été menés avec les personnes qui mettent en œuvre la vérification, constituent la principale source utilisée pour cette section. La vérification est en un processus évolutif, et il convient de noter que cette étude n'a pas pu prendre en compte les changements qui ont pu intervenir après la fin de l'année 2012.

### 4.1. Considérations générales sur la méthode de vérification

Le système comprend quatre types de vérification<sup>6</sup> :

- Vérification de la quantité de services fournis (appelée « vérification de la quantité » dans le reste de ce document). Cette vérification détermine si l'on peut retrouver les services déclarés dans les registres du prestataire, et elle donne lieu au paiement mensuel à l'acte des services ;
- Evaluation de la qualité technique des services fournis (appelée « évaluation de la qualité technique » dans la suite de ce document). Cette évaluation détermine si les formations sont capables de fournir des services répondant aux normes du MSPLS, et détermine une partie du bonus ou malus qualitatif trimestriel que peuvent recevoir les formations sanitaires ;
- Evaluation de la mesure dans laquelle les patients ont véritablement reçu les services et de leur satisfaction (appelée « enquête communautaire » dans le reste de ce document) : cette vérification a un double objectif. Tout d'abord, elle détermine si les patients déclarés existent véritablement et s'ils confirment avoir été traités dans la structure. De ce fait, cette évaluation constitue un outil de détection de la fraude (identification d'éventuels « patients-fantômes »). D'autre part, elle détermine le niveau de satisfaction des patients quant aux soins qu'ils ont reçus, et constitue donc un outil d'évaluation de la qualité perçue des soins. Avec l'évaluation de la qualité technique, l'enquête communautaire constitue la seconde partie du bonus ou malus qualitatif que les formations peuvent recevoir ;
- Contre-vérification des informations fournies par ces trois mécanismes (appelée « contre-vérification » dans le reste de ce document), effectuée par une organisation indépendante. Cette contre-vérification évalue la qualité des données produites par le système FBP, mais assure aussi un suivi de la mise en œuvre de ce système.

Afin de mettre en œuvre le FBP au niveau décentralisé, le gouvernement du Burundi a mis en place des CPVV, déjà cités. Ceux-ci constituent la cheville ouvrière de l'approche au niveau provincial. Ils sont responsables de la contractualisation des prestataires au nom du MSPLS, de la mise en œuvre des vérifications, de la décision d'autoriser les paiements FBP, de l'analyse des données, de l'élaboration et du suivi des recommandations qui en découlent, et de la mise en œuvre de sanctions si nécessaire. Au début de la généralisation du FBP, un débat a eu lieu entre le MSPLS, les partenaires financiers et les ONG pour savoir si le vérificateur devait être une agence gouvernementale plutôt qu'une institution

---

<sup>6</sup>Un cinquième type de vérification existe : l'évaluation de la performance des organes de régulation et de mise en œuvre aux niveaux central, intermédiaire et opérationnel, à savoir la CT-FBP, les BPS, les BDS et les CPVV. Il n'a pas été inclus dans cette étude, qui se limite à la vérification de la performance des formations sanitaires.

indépendante, comme c'était le cas lors des projets pilote. Une solution de compromis a été trouvée entre ces deux options : les CPVV sont des institutions mixtes où la société civile et le gouvernement sont représentés. Le secrétariat du CPVV est assuré par le médecin-chef du BPS, c'est-à-dire par le représentant du MSPLS au niveau provincial. Le CPVV est composé de deux unités :

- Une « unité vérification » chargée de mener les activités de vérification dans les formations sanitaires, qui est composée de fonctionnaires et de contractuels ;
- Une « unité validation<sup>7</sup> » chargée de la validation des données de vérification au niveau provincial, de l'élaboration d'une facture compilée provinciale, du suivi des contrats et plus généralement de la mise en œuvre du FBP au niveau local, et qui est composée de :
  - Un représentant de l'administration territoriale;
  - Des représentants des BDS et BPS ;
  - Des représentants des partenaires techniques et financiers ;
  - Des représentants de la société civile.

Lors de la généralisation du FBP à tout le pays, le CPVV n'était pas subdivisé de la sorte : il avait tout simplement en son sein une équipe technique chargée de mener les tâches actuellement dévolues à l'unité vérification. Il a été décidé de séparer les deux fonctions de validation et de vérification car cela permettait de mieux inciter chacune des deux unités à une meilleure performance. Cette séparation avait pour but d'éviter les conflits internes au comité qui étaient apparus dans certaines provinces et qui étaient liés à la charge de travail des membres. L'objectif de la réforme était que chacun des membres du CPVV soit rétribué en fonction de sa contribution à la performance collective du comité.

Le CPVV bénéficie de l'assistance technique d'agences locales, qui sont souvent dirigées par les ONG qui ont mis en œuvre les projets pilote de FBP au Burundi. Les membres du CPVV élisent un président et un vice-président, mais les décisions au sein du comité sont prises par consensus. On peut remarquer que les formations sanitaires publiques sont hiérarchiquement responsables devant certains membres du comité. Aucun exemple de conflit d'intérêt dû à cette situation n'a été mentionné à l'auteur de cette étude, mais il y a des raisons de penser qu'elle peut mener à une certaine forme de complaisance, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la qualité (voir partie 5.2). Ce montage institutionnel était cependant la seule manière de trouver un compromis acceptable entre les tenants d'une vérification mise en œuvre par le gouvernement et ceux qui préféraient qu'elle soit mise en œuvre par une équipe indépendante.

#### **4.2. Comment la quantité de services fournis est-elle vérifiée ?**

La quantité de services est déclarée par les prestataires via le Système d'Information Sanitaire (SIS) de routine : un formulaire de déclaration (annexe 2) rempli manuellement est annexé au formulaire du SIS et reprend, pour les indicateurs contractualisés, les données qui sont pertinentes pour le FBP. Cette déclaration est ensuite vérifiée par l'unité vérification du CPVV, et les informations sont utilisées pour créer une facture. Chaque structure de soins est vérifiée chaque mois, de manière à correspondre au rythme de paiement mensuel. Les vérifications aléatoires ne sont pour l'instant pas considérées comme une option envisageable au Burundi par les acteurs interrogés dans le cadre de cette étude, pour au moins deux raisons :

---

<sup>7</sup> Le terme de « validation » peut ici prêter à confusion. Il est également utilisé pour désigner les données issues du travail de l'unité vérification (prestations vérifiées qui correspondent exactement aux définitions des indicateurs, voir partie 4.2).

- La facture mensuelle sur laquelle le paiement est basé est élaborée au cours des visites de vérification, ce qui les rend indispensables au paiement des prestataires.
- La vérification quantitative est vue comme un instrument pédagogique qui permet aux prestataires d'apprendre les mécanismes et les principes du FBP.

Au cours de la visite de vérification, le(s) vérificateur(s) du CPVV et le responsable de la structure rassemblent les registres et recomptent tous les services fournis par la structure pendant le mois pour les indicateurs concernés : 22 indicateurs pour les centres de santé, 24 indicateurs pour les hôpitaux. Si la formation sanitaire vérifiée a des sous-contrats avec un ou plusieurs autres prestataires, les registres de ces derniers sont acheminés vers la formation sanitaire principale et les prestations de ce(s) dernier(s) sont recomptées sur place. L'équipe établit alors une facture (annexe 3) qui mentionne, pour chaque indicateur, trois quantités :

- La quantité de services déclarée, qui correspond à la quantité telle qu'évaluée par la formation sanitaire et reportée dans le formulaire de déclaration avant l'arrivée de l'équipe de vérification ;
- La quantité de services vérifiée, qui correspond à la quantité de services telle que comptée par la formation sanitaire et l'équipe de vérification dans les registres pour le mois en écoulé, sans prendre en compte les définitions exactes des indicateurs : n'importe quelle prestation effectuée pendant le mois et ayant été reportée dans le registre sera comptabilisée ;
- La quantité de services validée, qui est celle utilisée pour calculer le paiement. Elle correspond à la quantité de services qui se trouvent dans les registres pour le mois écoulé et qui respectent la définition exacte de l'indicateur. Par exemple, si un accouchement a été effectué au centre de santé et est enregistré sans que la date d'accouchement soit mentionnée, ou si un enfant est complètement vacciné mais a achevé le processus de vaccination après son premier anniversaire, ces services seront comptés comme prestations vérifiées mais pas comme prestations validées. Cette validation ne doit pas être confondue avec la validation effectuée par l'unité validation du CPVV (cf. ci-dessous).

La facture indique également, en cas de différence trop importante entre la quantité déclarée et la quantité vérifiée, les pénalités éventuelles qui doivent être appliquées et qui sont décrites dans le tableau 3. Ces sanctions n'existaient pas dans le modèle initial du système de vérification. Elles ont été introduites au moment de la révision du manuel de procédures (2011), afin d'augmenter la rigueur du processus de vérification envers les prestataires.

**Tableau 3 : Critères pour les sanctions en cas de différences entre déclaration et vérification**

Différence entre quantité déclarée et quantité vérifiée <sup>8</sup> (%)	Pénalité
<5	Pas de pénalité
5-10	-5% du subside de l'indicateur concerné
10-20	-10% du subside de l'indicateur concerné
>20	Pas de subside pour l'indicateur concerné

Source : MSPLS, 2011b

On remarque que ces sanctions s'appliquent à la différence entre quantité déclarée et quantité vérifiée, et non, comme on aurait pu s'y attendre, à la différence entre quantité déclarée et quantité validée, qui

<sup>8</sup>Les sanctions s'appliquent aux écarts positifs (sous-estimation) comme aux écarts négatifs (surestimation).

correspond à l'ensemble de la définition de l'indicateur. Le MSPLS a préféré se fonder sur les quantités vérifiées pour les sanctions de manière à renforcer son SIS : les quantités vérifiées sont celles qui sont rapportées dans le SIS (une femme qui a accouché mais dont on a oublié de mentionner l'adresse exacte doit tout de même apparaître dans le SIS). Les quantités validées constituent pourtant une information plus pertinente du point de vue du FBP, puisqu'elles déterminent le paiement des prestataires.

Sur la base de la facture, l'équipe de vérification peut donner dans un rapport des recommandations pour améliorer la qualité des données, si nécessaire. La structure et l'équipe conservent chacune une copie de la facture, et une copie de l'éventuel rapport.

L'unité vérification du CPVV est généralement composée d'infirmiers, avec diverses qualifications. La moitié de ses membres sont des fonctionnaires, et la moitié sont des contractuels recrutés par les partenaires techniques et financiers<sup>9</sup>. Le coordinateur de l'équipe est toujours un fonctionnaire. La taille de l'équipe varie de quatre à cinq personnes.

Vérifier la quantité dans un centre de santé requiert généralement la participation d'entre un et trois membres de l'équipe, et prend deux à trois heures. Vérifier la quantité dans un hôpital mobilise habituellement de quatre à cinq membres, et prend de quatre heures à une journée. La vérification de la quantité pour une province prend habituellement d'une à deux semaines. Les résultats du mois sont saisis au niveau provincial dans une base de données nationale en ligne, et l'analyse est effectuée par l'unité validation du CPVV au cours d'une réunion mensuelle. Au cours de cette réunion, la performance de chaque structure de soins est analysée afin d'identifier les sous-performances possibles, d'analyser leurs causes et d'effectuer des recommandations. La réunion peut aussi détecter les possibles incohérences dans les données (erreurs de compilation). Elle se termine par l'élaboration de la facture provinciale compilée.

#### **4.3. Comment la qualité technique des services est-elle évaluée ?**

La qualité technique des services est évaluée trimestriellement. Cette évaluation est effectuée par le personnel du BPS accompagné du BDS pour les centres de santé. Elle est effectuée par des pairs (c'est-à-dire par des professionnels hospitaliers venant d'autres provinces) pour les hôpitaux ; des délégués du niveau central du MSPLS y participent depuis 2012. En théorie, les formations sanitaires qui bénéficient d'un sous-contrat<sup>10</sup> devraient être évaluées par la structure dont elles dépendent. Dans la pratique, la qualité technique des sous-contractants n'est jamais évaluée.

Une partie de la prime de performance trimestrielle que les BPS reçoivent du programme FBP est fonction de la complétude de leur travail d'évaluation de la qualité technique des centres de santé<sup>11</sup>. Les BPS ont été choisis pour cette activité car la qualité technique relève des normes, et faire appliquer les normes est précisément le rôle du BPS. Les pairs ont été choisis pour les hôpitaux afin de leur permettre de se comparer entre eux. Le choix des évaluateurs, pour les centres de santé comme pour les hôpitaux,

---

<sup>9</sup>Le coordinateur et les autres fonctionnaires sont choisis par le MSPLS. Les contractuels sont des membres des organisations partenaires (comme Cordaid, HealthNet TPO, Pathfinder, etc.). Ils reçoivent tous un salaire. Les fonctionnaires peuvent recevoir en plus une prime basée sur la performance évaluée trimestriellement du CPVV (les évaluateurs venant du niveau central).

<sup>10</sup>Les sous-contractants représentent plus de 20% des centres de santé qui bénéficient du FBP. Il s'agit la plupart du temps de petites formations sanitaires privées situées dans des endroits reculés et moins fréquentées que les formations sanitaires bénéficiant d'un contrat principal, mais ce n'est pas toujours le cas.

<sup>11</sup>Le reste de cette prime de performance est basée sur les tâches normales du BPS.

a été guidé par la volonté de faire de l'évaluation de la qualité technique un instrument pédagogique permettant aux formations sanitaires de s'améliorer, autant qu'un instrument de vérification.

Au début de la mise en œuvre du FBP, l'évaluation de la qualité technique des hôpitaux était effectuée par des pairs de la même province que ceux qu'ils évaluaient. Il arrivait donc fréquemment que les évaluateurs d'un jour aient déjà été évalués par des pairs d'hôpitaux qu'ils venaient juger. Ce système pouvait donner lieu à des collusions ou au contraire à des situations conflictuelles. Par exemple, en plusieurs occasions, certains évaluateurs ont donné de mauvaises notes en représailles à de mauvaises notes qu'ils avaient reçues dans le passé de la part de l'hôpital qu'ils étaient en train d'évaluer. A partir de 2012, il a donc été décidé que les pairs évaluateurs pourraient venir de n'importe quel hôpital du pays faisant partie du programme. Ceci n'a pas supprimé le problème (seulement 50 hôpitaux font partie du programme), mais a atténué son étendue. Il a également été décidé d'ajouter un facilitateur à l'équipe des évaluateurs. Il s'agit d'un tiers, désigné par la CT-FBP, qui fait généralement partie de l'assistance technique au niveau provincial ou central, et qui représente la CT-FBP lors de l'évaluation par les pairs. Le facilitateur est chargé de prévenir et de résoudre les éventuels conflits qui pourraient survenir lors de l'évaluation. Au cours d'une visite d'évaluation de la qualité à laquelle l'auteur de cette étude a pu assister, il a été observé que le rôle de ce facilitateur était crucial, à la fois pour répondre aux questions techniques concernant l'interprétation de la grille d'évaluation et pour apaiser les tensions entre les évaluateurs et le personnel de l'hôpital.

Il n'y a pas d'échantillonnage : chaque structure est évaluée tous les trois mois, ce qui correspond au rythme de paiement de la qualité. L'évaluation des hôpitaux fait l'objet d'une planification par le niveau central, et les structures connaissent donc à l'avance la date à laquelle elles seront évaluées. Pour les centres de santé, la situation peut varier en fonction des provinces, et la décision de les prévenir ou non revient au BPS. Certaines provinces préviennent les structures longtemps à l'avance, d'autres la veille, et d'autres encore ne préviennent pas du tout les structures. Dans tous les cas, les centres de santé connaissent la période à laquelle l'évaluation va se dérouler : au cours de la première quinzaine du premier mois de chaque trimestre. Il aurait été intéressant de comparer les scores de structures qui sont averties en avance avec ceux de celles qui ne le sont pas, particulièrement dans des domaines comme le stock de médicament, l'hygiène, etc., pour lesquels il est facile de se préparer. Malheureusement, les données disponibles ne permettaient pas de telles comparaisons.

Les superviseurs utilisent une grille d'évaluation (annexe 4) basée sur les normes définies par le MSPLS. Cette grille comprend 13 domaines pour les hôpitaux, et 14 pour les centres de santé. Un certain nombre de points est défini pour chaque item de la liste, ce qui donne un score de qualité technique (en pourcentage). La liste peut être modifiée, mais ceci arrive rarement : la grille d'évaluation des hôpitaux a été révisée seulement une fois de manière substantielle. En 2011, davantage d'aspects cliniques, ainsi que des éléments relatifs au dossier médical, ont été intégrés dans la grille des hôpitaux. En 2012, une révision de moindre ampleur de la grille d'évaluation pour les centres de santé a été mise en œuvre.

L'évaluation de la qualité technique dans les centres de santé mobilise presque tout le personnel des BPS, qui est composé d'infirmiers avec différents niveaux de qualification et d'un médecin (le directeur). Evaluer un centre de santé mobilise entre trois et cinq personnes, et prend de trois à quatre heures. L'évaluation de la qualité technique dans les hôpitaux mobilise habituellement quatre personnes : le médecin-chef d'un BPS, le directeur d'un hôpital (un médecin), le responsable administratif d'un hôpital (un gestionnaire), et l'infirmier-chef d'un hôpital (un infirmier). Chaque membre de l'équipe se concentre sur son domaine de compétence : les administratifs évaluent la gestion, et les cliniciens évaluent les aspects techniques. La visite peut prendre entre deux heures et toute une journée : cette durée dépend de la taille de l'hôpital et des résultats de l'évaluation, mais aussi du degré de méticulosité des évaluateurs.

Avant de quitter la structure, l'équipe d'évaluation donne au responsable une copie de la grille d'évaluation, avec des recommandations pour améliorer la qualité. De plus, une réunion trimestrielle est organisée au niveau provincial, où les résultats de l'évaluation de la qualité technique sont présentés publiquement. Au cours de cette réunion, les structures peuvent comparer leurs stratégies et échanger sur la meilleure manière d'améliorer la qualité.

Evaluer la qualité pour une province prend habituellement une à deux semaines. Les résultats sont intégrés dans la même base de données nationale que celle comprenant les résultats de la vérification de la quantité.

#### **4.4. Comment les enquêtes communautaires sont-elles effectuées ?**

En plus de son travail sur la vérification de la quantité, le CPVV est chargé de contractualiser des associations locales (par exemple des associations de développement local, des associations de femmes) au niveau des aires de responsabilité des formations sanitaires pour effectuer semestriellement des enquêtes communautaires. Ces enquêtes ont deux principaux objectifs :

- Déterminer si les services déclarés dans les registres des structures ont effectivement eu lieu (détection des « patients-fantômes ») ;
- Déterminer le niveau de satisfaction des patients.

Chaque semestre, un ou plusieurs membres de l'unité vérification du CPVV se rendent dans les formations sanitaires et choisissent aléatoirement dans les registres un échantillon de 80 patients qui ont visité la structure pour les services sélectionnés. On peut noter que pour des raisons de confidentialité, trois registres sont exclus du tirage aléatoire : le registre du VIH, de la tuberculose, ainsi que celui de la planification familiale. Les indicateurs qui se rapportent à ces activités ne sont donc jamais vérifiés dans le cadre de l'enquête communautaire. Cela représente 9 indicateurs sur 22 pour les centres de santé, et 8 indicateurs sur 24 pour les hôpitaux de district. Une part substantielle de l'activité des formations sanitaire échappe donc à l'enquête communautaire, ce qui est un sujet de préoccupation auquel le MSPLS devrait apporter des réponses.

Le tirage aléatoire est effectué en présence d'un membre du Comité de Santé, afin d'assurer la transparence. Les associations locales se rendent ensuite sur le terrain pour les entretiens. Les patients ne sont pas avertis à l'avance que l'organisation va venir pour l'enquête. Ils n'ont pas la possibilité de refuser de figurer dans l'échantillon tiré aléatoirement, mais ils peuvent refuser de répondre aux questions de l'entretien. Le questionnaire (annexe 5) inclut des questions permettant de déterminer si :

- Le patient existe réellement ;
- Il/elle a réellement fréquenté la structure pour le service approprié ;
- Il/elle était satisfait des soins prodigués ;
- Il/elle a trouvé les prix raisonnables ;
- il/elle a trouvé le temps d'attente raisonnable ;
- Il/elle était satisfait/satisfaite de l'accueil ;
- Il/elle était satisfait/satisfaite de la capacité du personnel à le/la traiter ;
- Il/elle a des suggestions pour améliorer les soins dans la structure.

Seuls les trois premiers éléments sont pris en compte dans le calcul du score obtenu par les prestataires lors de l'enquête communautaire. Les cinq autres apportent aux structures de soins des informations qui les aident à s'améliorer en fonction des besoins exprimés par les patients. Ces trois éléments « payés » renvoient à deux aspects disparates de la performance (détection de la fraude et satisfaction des patients), qui ne sont associés dans le système d'incitation que parce qu'ils sont vérifiés en même temps.



Le score obtenu lors de l'enquête communautaire est combiné avec celui obtenu lors de l'évaluation de la qualité technique pour obtenir un « score de qualité globale », dans lequel la qualité technique représente 60 pour cent et l'enquête communautaire 40 pour cent. Ces 40 pour cent se répartissent comme suit:

- Si plus de 5 pour cent des patients sélectionnés aléatoirement ne sont pas retrouvés lors de l'enquête communautaire, la formation sanitaire perd 10 pour cent. Si moins de 5 pour cent ne sont pas retrouvés, elle obtient 10 pour cent ;
- Si plus de 5 pour cent des patients qui ont été retrouvés ne confirment pas avoir été traités, la formation sanitaire perd de nouveau 10 pour cent. Si moins de 5 pour cent ne confirment pas les soins, elle obtient de nouveau 10 pour cent ;
- Si plus de 20 pour cent des patients qui confirment avoir été soignés déclarent ne pas être satisfaits des soins qu'ils ont reçus, la formation sanitaire perd 20 pour cent. Si moins de 20 pour cent se déclarent insatisfaits, elle obtient 20 pour cent.

Le score de qualité globale peut se traduire par un bonus ou par un malus, comme défini dans le tableau 4.

**Tableau 4 : Critères d'attribution du bonus ou du malus de qualité**

Score de qualité globale (%)	Bonus ou malus de qualité
>90	Paievements à l'acte du trimestre précédent $\times$ 30% $\times$ score de qualité
70% - 89,9	Paievements à l'acte du trimestre précédent $\times$ 25% $\times$ score de qualité
50% - 69,9	Pas de bonus de qualité
40% - 49,9	-10% $\times$ paievements à l'acte du trimestre précédent
30% - 39,9	-20% $\times$ paievements à l'acte du trimestre précédent
<30	-25% $\times$ paievements à l'acte du trimestre précédent

Source : MSPLS, 2011b

On peut remarquer que le rythme des enquêtes communautaires est semestriel, alors que le rythme de l'évaluation de la qualité technique est trimestriel. Pour les trimestres où l'enquête communautaire n'est pas réalisée, le score du trimestre précédent est utilisé pour calculer le score de qualité globale.

Ce système de bonus et de malus est venu remplacer en 2011 un ancien système, où il n'y avait pas de sanctions, mais seulement un bonus si le score de qualité globale était supérieur à 70 pour cent. Le nouveau système, plus progressif, constitue une incitation plus forte à l'amélioration de la qualité. En revanche, ce mélange des résultats des enquêtes communautaires avec ceux de l'évaluation de la qualité technique a un double désavantage :

- Les prestataires reçoivent une incitation positive (plus d'argent dans leur poche) pour limiter le nombre de patients inscrits de manière erronée (et/ou frauduleuse) dans leurs registres. Au lieu de punir la fraude ou l'erreur, le système récompense l'honnêteté et l'exactitude ;
- Les résultats des enquêtes communautaires sont rarement analysés, parce qu'ils ne sont pas désagrégés des résultats de l'évaluation de la qualité technique : cela signifie qu'il y a peu d'analyse de la proportion de « patients-fantômes », au moins au niveau national.

Il y a une association locale contractualisée par structure sanitaire. Chacune dispose de six membres formés à l'enquête, dont quatre participent chaque semestre (les deux autres sont l'équipe « de réserve »). Les qualités requises pour effectuer l'enquête sont :

- De savoir lire et écrire ;
- D'être considéré comme étant « de bonne moralité ».

Les capacités des enquêteurs sont faibles, mais les associations locales ont été choisies pour cette activité car une profonde connaissance de la communauté est nécessaire pour effectuer les enquêtes. Les organisations locales sont sélectionnées par un appel d'offre local, auquel toutes les associations implantées dans la zone de rayonnement de la structure peuvent participer. Le choix est habituellement le fruit d'une rude compétition. Les organisations locales sont payées à la fin de chaque enquête, sur la base du nombre de patients tirés au sort qu'elles ont réussi à interroger. Il s'agit d'un paiement basé sur la performance : les organisations locales ne sont pas payées pour les patients qu'elles ne retrouvent pas de manière à ce qu'elles fassent de leur mieux pour les retrouver. De plus, si elles s'avèrent ne pas remplir leurs obligations (mauvaise qualité systématique du remplissage des fiches, par exemple), leur contrat peut être résilié.

Chaque membre des associations locales a environ 20 patients à interroger chaque semestre. Les patients sont généralement répartis entre les membres en fonction de leur lieu de résidence, afin de réduire les coûts de transport. Les entretiens ne durent pas plus de 15 minutes, mais les membres peuvent passer beaucoup de temps à trouver le patient. L'enquête communautaire dans une province entière prend une à deux semaines. Le rythme des enquêtes communautaires était auparavant trimestriel. Cette activité était considérée comme trop onéreuse et lourde, ce qui a conduit à passer à un rythme semestriel.

Les résultats des enquêtes communautaires sont compilés par les CPVV et non par les associations locales, qui ne disposent pas des compétences nécessaires. Ils sont présentés aux structures en même temps que les résultats de l'évaluation de la qualité technique. Ils sont saisis au niveau provincial dans la base de données nationale en ligne, mais seuls les scores agrégés pour l'ensemble de l'enquête sont disponibles dans cette base. Il n'est donc actuellement pas possible de connaître au niveau national les résultats désagrégés pour les trois éléments qui entrent dans le système d'incitation (existence des patients, confirmation des soins et satisfaction). L'absence de connaissance de la proportion de « patients-fantômes » au niveau national était une faiblesse majeure du système d'information du FBP burundais au moment de la collecte des données pour cette étude (l'information a dû être collectée et compilée au niveau provincial). Depuis, la base de données a été modifiée pour prendre en compte cette préoccupation.

#### **4.5. Comment les données de la vérification sont-elles contre-vérifiées ?**

La qualité des données fournies par les trois mécanismes de vérification décrits ci-dessus est assurée par différents mécanismes. Tout d'abord, tous les acteurs ont été formés sur les outils qu'ils doivent utiliser. Lors de la généralisation du FBP à tout le pays, des « formations en cascade » ont été organisées dans tout le pays : les médecins-chefs des BPS et des BDS ont été formés au niveau national, et ont ensuite organisé des ateliers locaux de formation. Toutes les associations locales ont effectué un pré-test du questionnaire avant leur première enquête communautaire. De plus, les CPVV sont encadrés par des équipes d'accompagnateurs expérimentés dans le FBP et financés par les partenaires techniques et financiers (voir partie 4.1).

Cependant, une assurance-qualité supplémentaire est jugée nécessaire, car de nombreux facteurs peuvent provoquer des erreurs (tous les mécanismes de collecte des données sont manuels, par exemple), et parce que le système de vérification repose principalement sur des acteurs internes au système de santé : la contre-vérification fournit une assurance supplémentaire de transparence et de validité. C'est pourquoi les trois mécanismes de vérification/évaluation sont contre-vérifiés par une organisation sélectionnée sur appel d'offre international pour un contrat d'une période de deux ans : Health, Development and Performance (HDP).

La contre-vérification a été ajoutée en tant que contrôle : c'était un prérequis des partenaires techniques et financiers afin d'éviter de payer pour des résultats à la fiabilité inconnue. Chaque trimestre, quatre provinces sont donc sélectionnées de manière aléatoire (à la fin de l'année, chaque province a donc été contre-vérifiée une fois). HDP se rend dans ces provinces, sélectionne aléatoirement un district dans lequel il refait la vérification de la quantité, l'évaluation de la qualité technique et l'enquête communautaire<sup>12</sup> dans l'hôpital et dans 25 pour cent des centres de santé (dont l'échantillon est tiré aléatoirement). La contre-vérification suit exactement les mêmes procédures que la vérification : les seules différences sont l'identité des vérificateurs et le degré de rigueur. Dans le cadre du processus de contre-vérification, les critères utilisés sont appliqués sans aucune tolérance pour des différences mineures.

En théorie, seulement 5 pour cent de discordance entre les résultats obtenus par la vérification et ceux de la contre-vérification sont tolérés, au-delà de laquelle des sanctions financières peuvent être appliquées contre le CPVV. Dans la pratique, ces sanctions n'ont jamais encore été appliquées. La suite de cette étude montrera qu'il s'agit d'une faiblesse du FBP burundais.

En plus de rendre compte et d'analyser les discordances entre vérification et contre-vérification, les rapports d'HDP présentent de nombreux développements sur la performance des structures elle-même, et sur l'évolution de celle-ci. Ils analysent les raisons d'éventuelles sous-performances, et effectuent des recommandations afin d'améliorer la quantité et la qualité des services fournis par les structures de santé, au lieu de se concentrer uniquement sur la qualité des données. Cette tâche a été insérée dans les termes de référence de la contre-vérification à la demande du MSPLS, de manière à diversifier les canaux permettant d'aider à améliorer le système. On peut cependant se questionner sur l'opportunité de telles analyses, qui sont redondantes avec celles opérées par la CT-FBP et par l'assistance technique nombreuse dont bénéficie le FBP au Burundi (rapports d'évaluation ou d'activité).

L'équipe de contre-vérification de HDP est composée de deux médecins, un(e) statisticien(ne), deux infirmier(ère)s et un(e) comptable, plus quatre membres du personnel pour la logistique. Le niveau de qualification des contre-vérificateurs est en moyenne supérieur à celui des vérificateurs, et leur expérience du FBR en général, et de la vérification en particulier, est plus importante. La contre-vérification d'une province prend une semaine : le temps passé dans chaque structure par les équipes de contre-vérification est supérieur à celui que passent les vérificateurs, car les premières sont plus rigoureuses. Chaque round est conclu par un rapport détaillé, discuté au niveau national. HDP fournit de plus chaque année un rapport regroupant les quatre rounds effectués et comprenant l'ensemble des provinces du pays.

Le tableau 5 résume les quatre types de vérification à l'œuvre dans le cadre du FBP au Burundi.

---

<sup>12</sup>Les organisations qui effectuent l'enquête communautaire dans le cadre de la contre-vérification doivent être différentes de celles qui l'effectuent habituellement dans le cadre de la vérification.

**Tableau 5 : Résumé des quatre méthodes de vérification utilisées dans le cadre du FBP au Burundi**

	Vérification de la quantité	Evaluation de la qualité technique	Enquête communautaire	Contre-vérification
<b>Responsable</b>	CPVV	BPS et BDS	Associations locales	HDP
<b>Objectif</b>	Vérification de la véracité des déclarations des prestataires	Evaluation de la conformité des soins subventionnés aux normes nationales	Evaluation de la satisfaction des patients et détection de la fraude	Audit qualité des données et suivi du processus FBP dans son ensemble
<b>Méthode</b>	Recomptage des cas dans les registres	Evaluation au moyen d'une grille	Enquête auprès des patients	Toutes les méthodes utilisées par la vérification
<b>Fréquence</b>	Mensuelle	Trimestrielle	Semestrielle	Trimestrielle
<b>Taille de l'échantillon</b>	Pas d'échantillonnage (chaque structure est vérifiée chaque mois)	Pas d'échantillonnage (chaque structure est évaluée chaque trimestre)	80 patients par structure	L'hôpital et 25% des centres de santé dans 1 district de chacune des 4 provinces sélectionnées aléatoirement chaque trimestre
<b>Nombre de personnes nécessaires pour vérifier une structure</b>	1 à 3 pour un centre de santé, 4 à 5 pour un hôpital	3 à 5 pour un centre de santé, 4 pour un hôpital	6	10 pour tout le pays
<b>Temps nécessaire pour vérifier une structure</b>	2 à 3 heures pour un centre de santé. 4 heures à une journée pour un hôpital.	3 à 4 heures pour un centre de santé, 2 heures à une journée pour un hôpital	15 minutes par patient	2 à 3 fois plus que pour la vérification
<b>Temps nécessaire pour vérifier une province</b>	1 à 2 semaines	1 à 2 semaines	1 à 2 semaines	1 semaine

Source: Banque mondiale, 2011.

## 5. RESULTATS DES METHODES DE VERIFICATION

Cette section présente les résultats produits par les quatre mécanismes de vérification que nous venons de décrire. Sauf mention contraire, les données utilisées proviennent de la base de données nationale intégrée en ligne (pour des raisons pratiques, une version Excel de cette base de données été utilisée au lieu de la version officielle en ligne).

## 5.1. Quels sont les résultats de la vérification de la quantité ?

La vérification de la quantité est basée dans les hôpitaux et les centres de santé sur des indicateurs différents, et nous présenterons donc les résultats séparément pour ces deux types de structures. La formule utilisée pour calculer l'écart pour chaque structure est :

$$(\text{Quantité vérifiée}^{13} - \text{Quantité déclarée}) / (\text{Quantité déclarée})$$

Un écart négatif signifie donc que la formation sanitaire concernée a surestimé sa performance. Nous avons décidé d'écarter du calcul les écarts supérieurs à 100 pour cent, car ils sont probablement majoritairement dus à des erreurs de saisie. La moyenne arithmétique des écarts nous a permis d'avoir une idée de l'orientation générale de ces derniers, mais elle ne permettait pas de donner un aperçu satisfaisant de leur taille car elle agrège des écarts positifs et des écarts négatifs. Nous avons donc également calculé la moyenne des valeurs absolues des écarts : les écarts négatifs ont été comptés comme des écarts positifs, de manière à ce qu'ils n'annulent pas les véritables écarts positifs.

Dans les centres de santé, il a été possible d'obtenir les données sur les quantités déclarées et les quantités vérifiées pour toutes les structures du pays et pour tous les indicateurs sur la période janvier-août 2012. Avant cette date, le mode de compilation des données rend malheureusement ce calcul impossible. Il y a 565 centres de santé, ce qui pour 8 mois et 19 indicateurs faisait un nombre d'observations possibles de 85 580. Toutes les prestations n'étant pas fournies tous les mois dans tous les centres de santé et un petit nombre de résultats aberrants ayant été écartés<sup>14</sup>, le nombre total d'observations est de 50 790. Les résultats sont présentés dans le tableau 6.

---

<sup>13</sup> Comme mentionné plus haut, la terminologie utilisée au Burundi peut prêter à des confusions entre la vérification et la validation. Nous avons choisi, dans la suite de ce document, d'abandonner le terme de « quantités validées » (à moins qu'il n'en soit fait mention), et de nommer « quantités vérifiées » les données sur la base desquelles les paiements sont effectués (données vérifiées par la sous-unité vérification et validées par la sous-unité validation du CPVV).

<sup>14</sup> La plupart des observations manquantes le sont parce que les services ne sont pas fournis par les structures de santé, plutôt que parce que les données étaient incohérentes. Par exemple, peu de CS au Burundi fournissent le traitement ARV, ce qui explique le faible nombre d'observations pour cet indicateur.

**Tableau 6 : Ecart entre prestations déclarées par les centres de santé dans leurs formulaires mensuels et prestations payées par le FBP après le processus de vérification par les CPVV entre janvier et août 2012**

	Moyenne des écarts (%)	Moyenne des val. abs. des écarts (%)	<i>n</i> <sup>15</sup>
Consultation curative (adulte)	-2	4	4 085
Consultation curative (enfant)	-1	2	4 085
Journée d'observation (adulte)	-5	8	3 802
Journée d'observation (enfant)	-4	8	2 896
Petite chirurgie	-6	1	3 987
Référence	-12	14	3 424
Enfant complètement vacciné	-3	4	4 065
Vaccination antitétanique 2-5	0	3	4 055
Femme enceinte sous ARV (PTME)	-5	6	375
Prise en charge nouveau-né ARV (PTME)	-6	7	288
Dépistage volontaire du VIH	-2	2	3 737
Nouveau cas sous ARV	-7	8	253
Patient sous ARV depuis 6 mois	-12	12	245
Infections sexuellement transmissibles (IST)	-2	6	3 950
Cas de tuberculose détecté	-1	1	599
Cas de tuberculose guéri	-5	5	918
Consultation curative femme enceinte	-5	7	4 062
Accouchement eutocique	-1	2	3 822
Planification familiale (pilule ou injection)	-1	2	3 458
Implant ou DIU	-1	2	2 798
Consultation post-natale	-5	6	3 784
Consultation prénatale	-2	3	4 074
<b>Total</b>	<b>-4</b>	<b>5</b>	<b>50 790</b>

Source : Base de données de la CT-FBP, MSPLS du Burundi, 2012.

Note : Les données concernent tous les centres de santé contractualisés au Burundi de janvier à août 2012

L'écart moyen entre données déclarées et données vérifiées dans les centres de santé était entre janvier et août 2012 de -4 pour cent, ce qui veut dire que les centres de santé ont en moyenne surestimé leurs prestations. La moyenne des valeurs absolues des écarts est de 5 pour cent. Notons que les raisons de ces écarts sont multiples (erreurs de calcul, mauvaise identification des patients dans les registres, cas ne correspondant pas exactement aux définitions des indicateurs, etc.) et ne sont donc pas forcément liées à la fraude. Les écarts ne sont pas homogènes pour tous les indicateurs et pour toutes les structures de soins. Le tableau 7 décrit la répartition des erreurs entre déclarations exactes, surestimées et sous-estimées.

<sup>15</sup> Notons que *n* ne se rapporte pas au nombre de services déclarés (par exemple le nombre de consultations) mais au nombre de déclarations effectuées (chaque centre de santé doit déclarer le nombre de consultations chaque mois).

**Tableau 7 : Distribution des déclarations entre déclarations exactes, surestimées et sous-estimées par rapport aux prestations payées par le FBP après le processus de vérification par les CPVV entre janvier et août 2012**

	Décl. exacte (%)	Surestimation		Sous-estimation		n
		Décl. surest. (%)	Surest. moy.(%)	Décl. sous- est.(%)	Sous-est. moy.(%)	
Consultation curative ≥ 5 ans	22	54	-5	25	21	4 085
Consultation curative < 5 ans	30	49	-2	21	19	4 085
Journée d'observation ≥ 5 ans	44	40	-16	16	7	3 802
Journée d'observation < 5 ans	69	23	-25	8	3	2 896
Petite chirurgie	53	31	-28	16	5	3 987
Référence	70	26	-48	3	1	3 424
Enfant complètement vacciné	67	23	-13	10	5	4 065
Vaccination antitétanique 2-5	68	16	-8	16	8	4 055
Femme enceinte sous ARV (PTME)	91	8	-74	1	0	375
Prise en charge nouveau-né ARV (PTME)	91	8	-81	1	1	288
Dépistage volontaire du VIH	71	21	-9	8	5	3 737
Nouveau cas sous ARV	89	10	-71	1	1	253
Patient sous ARV depuis 6 mois	82	17	-73	0	0	245
Infections sexuellement transmissibles (IST)	72	18	-21	10	4	3 950
Cas de tuberculose détecté	97	2	-53	1	0	599
Cas de tuberculose guéri	93	6	-74	0	0	918
Consultation curative femme enceinte	44	40	-14	17	8	4 062
Accouchement eutocique	85	11	-12	4	2	3 822
Planification familiale (pilule ou injection)	58	30	-4	12	8	3 458
Implant ou DIU	90	6	-24	4	2	2 798
Consultation post-natale	78	18	-28	4	2	3 784
Consultation prénatale	67	23	-10	9	8	4 074
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>22</b>	<b>-19</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>50 790</b>

Source : Base de données de la CT-FBP, MSPLS du Burundi, 2012.

Note : Les données concernent tous les centres de santé contractualisés au Burundi de janvier à août 2012

Entre janvier et août 2012, dans 69 pour cent des déclarations des centres de santé, l'erreur était nulle, ce qui signifie que le montant déclaré par le centre de santé au début du processus de vérification était le même que celui qui a été payé à la fin de celui-ci. Les 5 pour cent d'erreur moyenne constatés dans le tableau 6 sont donc dus à seulement 31 pour cent des déclarations. Parmi ces 31 pour cent de déclarations incorrectes, plus des deux tiers sont des surestimations : au cours de la période d'observation, 22 pour cent des déclarations étaient surestimées (la surestimation moyenne était de 19 pour cent), alors que 9 pour cent étaient sous-estimées (la sous-estimation moyenne était de 4 pour cent).

Dans les hôpitaux, il a été possible d'obtenir des données sur les quantités déclarées et vérifiées dans chaque formation sanitaire du pays sur la période janvier-juillet 2012, ce qui faisait pour 50 hôpitaux et 25 indicateurs un nombre d'observations possibles de 8 400. Tous les hôpitaux ne délivrant pas tous les services concernés tous les mois et un petit nombre de résultats aberrants ayant, comme pour les centres de santé, été écartés, le nombre d'observations a été de 6 763. Les résultats sont présentés dans le tableau 8.

**Tableau 8 : Ecart entre prestations déclarées par les hôpitaux et prestations payées par le FBP après le processus de vérification par les CPVV entre janvier et juillet 2012**

	Moyenne des écarts (%)	Moyenne des val. abs. des écarts (%)	n
Consultation curative (adulte)	-3	4	355
Consultation curative (enfant)	-2	3	355
Consultation curative femme enceinte	-5	8	346
Contre-référence	-8	9	321
Chirurgie majeure	-2	3	275
Petite chirurgie	-6	8	343
Accouchement eutocique	-1	2	348
Césarienne	0	0	338
Accouchement dystocique	-1	2	341
Journée d'hospitalisation ≥ 5 ans	0	3	348
Journée d'hospitalisation < 5 ans	0	3	348
Femme enceinte sous ARV (PTME)	-2	3	251
Prise en charge nouveau-né ARV (PTME)	-2	3	244
Dépistage volontaire du VIH	-1	2	346
Nouveau cas sous ARV	-2	2	261
Patient sous ARV depuis 6 mois	-5	6	259
Infections sexuellement transmissibles (IST)	-2	9	274
Cas de tuberculose détecté	-1	2	231
Circoncision	-2	4	251
Implant ou DIU	1	1	125
Planification familiale (pilule ou injection)	-2	4	209
Planification familiale (méthode définitive)	-1	1	144
Consultation post-natale	-7	9	207
Consultation prénatale	-4	7	243
<b>Total</b>	<b>-2</b>	<b>4</b>	<b>6 763</b>

Source : Base de données de la CT-FBP, MSPLS du Burundi, 2012.

Note : Les données concernent tous les hôpitaux contractualisés au Burundi de janvier à juillet 2012

L'écart moyen entre déclaration par les hôpitaux et vérification par les CPVV était entre janvier et juillet 2012 de -2 pour cent, ce qui veut dire que les hôpitaux ont en moyenne surestimé leurs prestations. Comme pour le cas des centres de santé, les raisons des erreurs ne sont pas nécessairement liées à la fraude (définition des indicateurs, identification des patients), et la taille moyenne des erreurs cache d'importantes différences entre les hôpitaux. Le tableau 9 donne un aperçu de la répartition des erreurs entre déclarations exactes, surestimées et sous-estimées.



**Tableau 9: Distribution des déclarations entre déclarations correctes, surestimées et sous-estimées par rapport aux prestations payées par le FBP après le processus de vérification par les CPVV entre janvier et juillet 2012**

	Décl. exacte (%)	Surestimation		Sous-estimation		n
		Décl. surest. (%)	Surest. moy.(%)	Décl. sous- est. (%)	Sous-est. moy.(%)	
Consultation curative ≥ 5 ans	11	60	-6	29	3	355
Consultation curative < 5 ans	18	59	-4	23	4	355
Consultation curative femme enceinte	29	47	-14	24	6	346
Contre-référence	60	36	-23	5	10	321
Chirurgie majeure	78	14	-19	8	6	275
Petite chirurgie	47	40	-17	13	9	343
Accouchement eutocique	69	22	-6	8	4	348
Césarienne	92	6	-7	1	3	338
Accouchement dystocique	78	14	-14	8	7	341
Journée d'hospitalisation ≥ 5 ans	14	43	-4	43	4	348
Journée d'hospitalisation < 5 ans	26	39	-4	35	4	348
Femme enceinte sous ARV	93	6	-43	1	43	251
Prise en charge nouveau-né ARV	94	4	-57	2	19	244
Dépistage volontaire du VIH	57	31	-6	13	3	346
Nouveau cas sous ARV	93	5	-43	2	16	261
Patient sous ARV depuis 6 mois	86	13	-40	1	56	259
Infections sexuellement transmissibles (IST)	66	20	-25	14	25	274
Cas de tuberculose détecté	96	3	-51	1	75	231
Circoncision	89	8	-39	3	33	251
Implant ou DIU	95	3	-12	2	55	125
Planification familiale (pilule ou injection)	70	24	-11	6	19	209
Planification familiale (méthode définitive)	99	1	-38	0	n/a	144
Consultation post-natale	73	23	-33	4	25	207
Consultation prénatale	57	32	-18	12	14	243
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>26</b>	<b>-13</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>6 763</b>

Source : Base de données de la CT-FBP, MSPLS du Burundi, 2012.

Note : Les données concernent tous les hôpitaux contractualisés au Burundi de janvier à juillet 2012

Entre janvier et juillet 2012, dans 62 pour cent des déclarations des hôpitaux, l'erreur était nulle, ce qui signifie que le montant déclaré par le centre de santé au début du processus de vérification était celui qui a été payé à la fin de celui-ci. Les 4 pour cent d'erreur moyenne constatés dans le tableau 8 sont donc dus à seulement 38 pour cent des déclarations. Parmi ces 38 pour cent de déclarations, plus des deux tiers sont des surestimations : au cours de la période d'observation, 26 pour cent des déclarations étaient surestimées (la surestimation moyenne était de 13 pour cent), et 12 pour cent étaient sous-estimées (la sous-estimation moyenne était de 7 pour cent).

Il existe un consensus parmi les acteurs interrogés pour estimer que la fraude délibérée est rare, dans les centres de santé comme dans les hôpitaux. Ceci est confirmé par les différents rapports disponibles (MSPLS 2011a, MSPLS 2012, rapports de contre-vérification de HDP). Certains des membres des CPVV interviewés ont rapporté des pratiques malhonnêtes (ils ont par exemple découvert durant les visites de vérification que certains prestataires inscrivent les anciens cas comme nouveaux cas, afin d'augmenter

les paiements), mais celles-ci restent d'après eux extrêmement minoritaires. La plupart des erreurs constatées dans les tableaux présentés-ci-dessus sont d'après eux non-intentionnelles : elles sont dues à une mauvaise compréhension des indicateurs, à des erreurs de remplissage, à un mauvais comptage, etc.

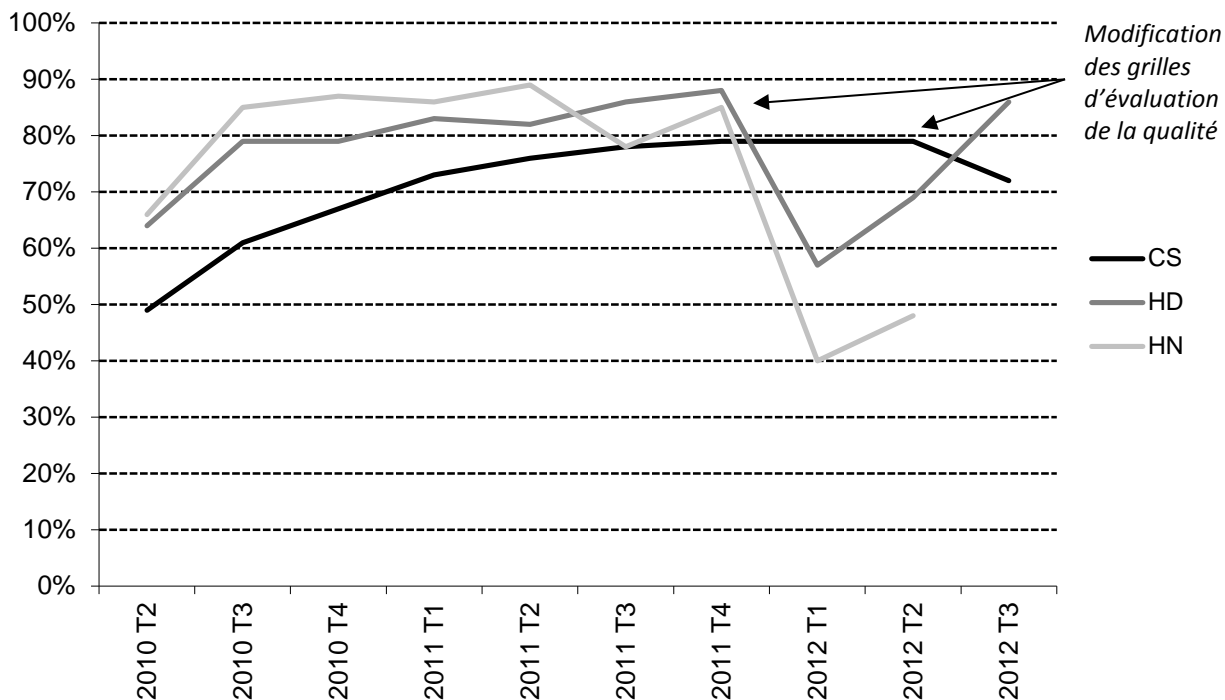
Les données présentées dans les tableaux 6 à 9 semblent confirmer les déclarations faites par les personnes interrogées dans le cadre de cette étude. Le plus haut niveau d'erreur peut être trouvé pour les indicateurs où le taux d'utilisation est élevé (par exemple, les consultations curatives au centre de santé), c'est-à-dire pour les indicateurs où le risque d'erreur lors du comptage est le plus important. Un autre facteur qui semble favoriser les erreurs est la définition des indicateurs : quand celle-ci est compliquée, les structures ont plus de chances de compter un service qui ne correspond pas exactement à la définition, et qui ne sera pas validé par l'équipe de vérification (on peut ici prendre l'exemple des consultations pour les femmes enceintes dans les centres de santé : seules les consultations liées à la grossesse doivent être comptées, mais beaucoup de centres de santé continuent de déclarer des consultations données à des femmes enceintes pour d'autres raisons).

Bien que cette situation ne soit pas liée à la fraude, on peut s'étonner qu'après plus de deux ans de mise en œuvre du FBP dans le pays, le niveau d'erreur non-intentionnelle soit encore aussi élevé. Il aurait été intéressant d'étudier les données pour les années précédentes, mais cela n'a malheureusement pas été possible. Comme expliqué plus haut, le mode de compilation des données qui a permis les calculs présentés dans cette section n'a été instauré qu'à partir de l'année 2012.

## **5.2. Quels sont les résultats de l'évaluation de la qualité technique ?**

Sur la période 2010-2012, la moyenne des scores de qualité technique était de 70 pour cent dans les centres de santé. Elle était de 77 pour cent sur la même période dans les hôpitaux de districts, et de 74 pour cent dans les hôpitaux nationaux. L'évaluation des hôpitaux est supérieure à celle des centres de santé, mais d'après les personnes interrogées, les conséquences que l'on peut tirer de cette observation doivent davantage porter sur les modes d'évaluation que sur la performance des structures elle-même. La figure 3 montre l'évolution de ces scores depuis la généralisation du FBP dans tout le pays pour les trois catégories de structures sanitaires.

**Figure 3 : Evolution des scores moyens de qualité technique dans les centres de santé, hôpitaux de districts et hôpitaux nationaux contractualisés au Burundi entre janvier 2010 et novembre 2012**



Source : Base de données de la CT-FBP, MSPLS du Burundi, 2012.

Ce graphique montre que les évaluations de la qualité technique des structures ont donné des résultats de plus en plus satisfaisants pour les centres de santé jusqu’au deuxième trimestre 2012, et pour les hôpitaux jusqu’au quatrième trimestre 2011. Les baisses observées à ces dates sont dues à des changements dans la grille d’évaluation (changements majeurs pour les hôpitaux, mineurs pour les centres de santé), auxquels les prestataires n’étaient pas préparés (par exemple, introduction de l’analyse des dossiers patients dans l’évaluation de la qualité des hôpitaux). Ils ont rapidement retrouvé leurs scores des évaluations précédentes, ce qui montre qu’il y a une attention plus grande des prestataires pour les éléments qui sont mesurés que pour ceux qui ne le sont pas.

Certaines des personnes interrogées ont pointé des limites de l’évaluation de la qualité technique. Elles ont notamment observé qu’il était difficile de maintenir le niveau de qualité technique entre deux évaluations : il est très probable que les formations sanitaires, connaissant la date ou la période à laquelle elles seront évaluées, se préparent en conséquence. D’autre part, le fait que l’évaluation des hôpitaux soit effectuée par des pairs est probablement un facteur de complaisance. Enfin, notons que les grilles d’évaluation de la qualité, bien qu’elles aient été modifiées, sont encore focalisées sur les conditions dans lesquelles les soins sont délivrés, et moins sur la manière dont ils sont délivrés.

En résumé, il est probable que l’évaluation de la qualité technique ait incité, surtout au début de la mise en œuvre du FBP, les prestataires à améliorer leurs pratiques. Mais avec le temps, les possibilités de *gaming*, c’est-à-dire les opportunités pour les prestataires de jouer avec les règles pour augmenter leur score sans pour autant modifier leur qualité réelle, peuvent voir le jour. Des mécanismes permettant de lutter contre cette tendance doivent être recherchés par le MSPLS. Certains de ces changements passent par les modifications régulières de la grille d’évaluation, la systématisation des évaluations non-

annoncées, et ont été mis en œuvre dès le début 2013, après que la collecte des données pour cette étude a été achevée.

### **5.3. Quels sont les résultats des enquêtes communautaires ?**

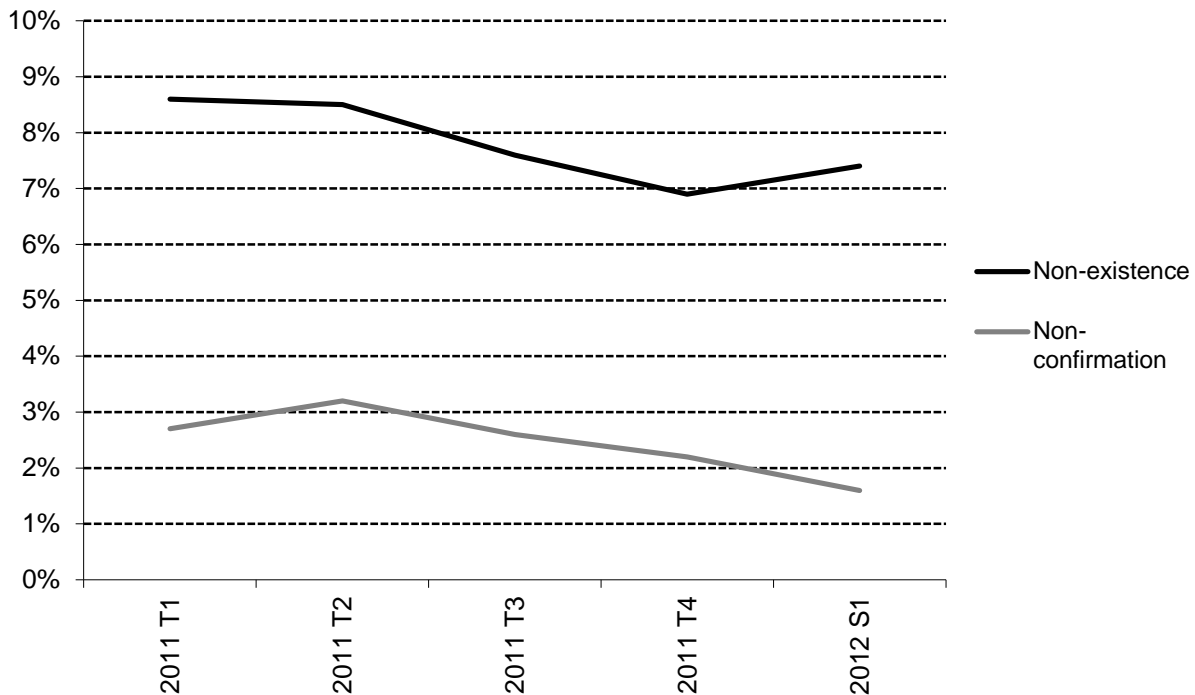
Comme cela a été précisé dans la partie 4.3, les résultats de l'enquête communautaire comprennent trois types de données liées au FBP :

- Existence : le patient sélectionné aléatoirement dans les registres de la formation sanitaire a-t-il pu être retrouvé dans la communauté ?
- Confirmation : le patient confirme-t-il qu'il a fréquenté la formation sanitaire pour le service concerné ?
- Satisfaction : était-il satisfait des soins reçus ?

Le score pour ces trois indicateurs représente ce qu'on appelle le « score de qualité subjective ». Entre 2010 et 2012, ce score est passé de moins de 50 pour cent en moyenne à plus de 75 pour cent pour les centres de santé, et de moins de 40 pour cent à 60 pour cent dans les hôpitaux. Mais cette progression du score agrégé ne renseigne pas sur l'évolution de la proportion de possibles « patients-fantômes » qui pourraient être ajoutés par les formations sanitaires dans leurs registres pour maximiser leur revenu. Comme cela a déjà été évoqué, les données désagrégées sur les enquêtes communautaires ne sont pas encore disponibles au niveau central : seuls les scores combinés pour les trois éléments (« score de qualité subjective ») sont enregistrés dans la base de données nationale en ligne. Pour les besoins de cette étude, il a donc été demandé aux CPVV de saisir les résultats désagrégés dans une feuille de calcul Excel. 13 CPVV sur 17 ont envoyé les données pour 2011 et pour le premier semestre 2012.

Les données collectées, bien que ne provenant pas d'un échantillon aléatoire, sont informatives. La figure 4 montre l'évolution de la proportion de patients qui n'ont pas pu être retrouvés dans la communauté (existence) et qui n'ont pas confirmé avoir reçu les soins (confirmation) dans 389 centres de santé des 13 provinces de l'échantillon (soit 75 pour cent des centres de santé du pays).

**Figure 4: Proportion de patients de l'enquête communautaire dits non-existants ou dont les soins sont non-confirmés dans les centres de santé de 13 provinces entre le premier trimestre 2011 et le premier semestre 2012<sup>16</sup>**



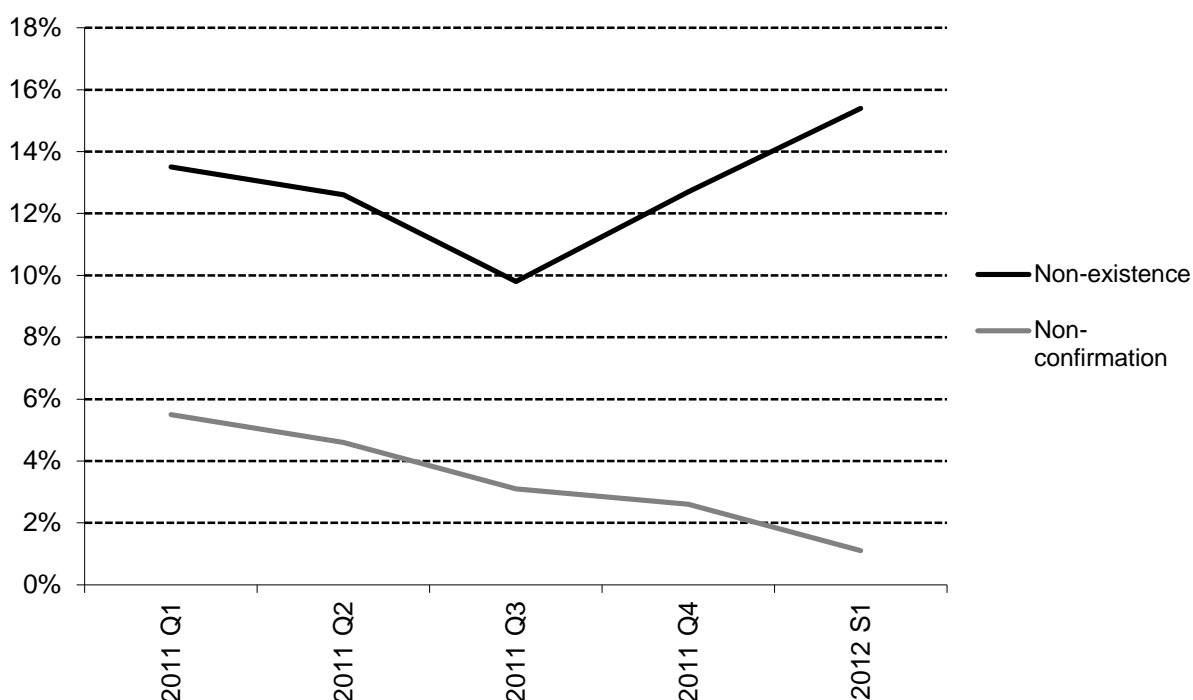
Source : Informations des CPVV fournies par la CT-FBP, MSPLS du Burundi, 2012.

Dans les centres de santé des 13 provinces de l'échantillon, la proportion de patients qui n'ont pas pu être retrouvés dans la communauté au cours des enquêtes communautaires a varié entre 8,6 pour cent et 6,9 pour cent entre le premier trimestre 2011 et le premier semestre 2012, avec une légère tendance à la baisse. La moyenne reste supérieure à la limite de 5 pour cent au-dessus de laquelle les centres de santé perdent 10 pour cent du score de qualité global. La proportion de centres de santé avec un pourcentage supérieur à 5 pour cent est passée de plus de 50 pour cent au premier trimestre 2011 à 40 pour cent au premier semestre 2012. Parmi les patients qui ont pu être retrouvés, la proportion de ceux qui n'ont pas confirmé avoir été traités au centre de santé a varié entre 3,2 pour cent et 1,6 pour cent, avec la même tendance à la baisse. La moyenne est cette fois-ci inférieure à la limite de 5 pour cent au-delà de laquelle les centres de santé perdent 10 pour cent du score de qualité global.

La figure 5 montre l'évolution de la proportion de patients qui n'ont pas pu être retrouvés dans la communauté (existence) et qui n'ont pas confirmé avoir reçu les soins (confirmation) dans les 38 hôpitaux des 13 provinces de l'échantillon (soit 84 pour cent des hôpitaux de district du pays).

<sup>16</sup> Comme expliqué plus haut, le rythme des enquêtes communautaires était trimestriel, mais il est devenu semestriel à partir de 2012.

**Figure 5: Proportion de patients de l'enquête communautaire dits non-existants ou dont les soins sont non-confirmés dans les hôpitaux de 13 provinces entre le premier trimestre 2011 et le premier semestre 2012**



Source : Informations des CPVV fournies par la CT-FBP, MSPLS du Burundi, 2012.

Dans les hôpitaux des 13 provinces de l'échantillon, la proportion de patients qui n'ont pas pu être retrouvés dans la communauté au cours des enquêtes communautaires a varié entre 9,8 pour cent et 15,4 pour cent entre le premier trimestre 2011 et le premier semestre 2012, et contrairement à ce qui avait été constaté pour les centres de santé, aucune tendance à la baisse n'a pu être remarquée. La moyenne reste largement supérieure à la limite de 5 pour cent au-dessus de laquelle les hôpitaux perdent 10 pour cent du score de qualité global. La proportion d'hôpitaux avec un pourcentage supérieur à 5 pour cent a varié entre 60 pour cent et 80 pour cent entre le premier trimestre 2011 et le premier semestre 2012. Parmi les patients qui ont pu être retrouvés, la proportion de ceux qui n'ont pas confirmé avoir été traités à l'hôpital a varié entre 5,5 pour cent et 1,4 pour cent, avec une forte tendance à la baisse. Comme dans le cas des centres de santé, la moyenne est cette fois-ci inférieure à la limite de 5 pour cent au-delà de laquelle les hôpitaux perdent 10 pour cent supplémentaires de leur score de qualité global.

Le fait que la proportion de patients non-retrouvés soit plus élevée dans les hôpitaux que dans les centres de santé peut être expliqué par la nature des patients qui se rendent à l'hôpital : ils proviennent de zone plus éloignées, sont davantage susceptibles d'avoir voyagé pour se soigner que les patients des centres de santé et sont par conséquent plus difficiles à retrouver. La proportion relativement élevée de patients non-retrouvés au cours des enquêtes communautaires est un sujet de préoccupation et devrait faire l'objet d'une attention sérieuse, mais elle ne signifie pas qu'une même proportion de patients sont des « patients-fantômes ». De nombreuses raisons peuvent expliquer pourquoi un patient n'est pas retrouvé :

- Il peut avoir été insuffisamment identifié dans la formation sanitaire (par exemple, adresse inexacte ou incomplète. Il arrive même que des patients donnent de fausses adresses de manière intentionnelle) ;
- Il peut avoir temporairement ou définitivement quitté la zone (ceci est particulièrement le cas dans les zones où les réfugiés ou les travailleurs saisonniers sont nombreux) ;
- Il peut refuser de répondre à l'enquête.

Cependant, comme cela a été expliqué plus haut, le principal sujet de préoccupation en ce qui concerne les enquêtes communautaires n'est pas leurs résultats mais leur mode de mise en œuvre : ils omettent un grand nombre d'indicateurs pour des raisons de confidentialité, et leurs résultats ne pouvaient pas être analysés de manière désagrégée au niveau central au moment de la collecte des données pour cette étude, ce qui empêchait d'analyser les tendances au niveau des structures sanitaires.

#### **5.4. Quels sont les résultats de la contre-vérification ?**

L'organisation indépendante qui effectue la contre-vérification, HDP, rend compte de ses activités dans des rapports trimestriels qui ont été exploités et qui constituent la source des données présentées dans cette section. Les résultats de la contre-vérification de la quantité dans les centres de santé y sont malheureusement présentés de manière agrégée (au niveau de la province). Cette manière de présenter les résultats a une double conséquence :

- Elle sous-estime le niveau d'erreur moyen en agrégeant les résultats de 2 ou 3 centres de santé sélectionnés aléatoirement au niveau provincial, et en additionnant des différences positives et négatives (sous et surestimations) ;
- Elle rend impossible l'analyse de l'évolution des résultats de la contre-vérification dans le temps pour les centres de santé qui seraient sélectionnés aléatoirement plus d'une fois.

Ces deux faiblesses peuvent facilement être corrigées dans les prochains rapports de contre-vérification. Le tableau 10 donne les résultats de la contre-vérification dans les centres de santé, agrégés au niveau des provinces pour les deux années de contre-vérification. Il y a au maximum, pour chaque indicateur, 32 observations : chaque province a été contre-vérifiée deux fois. Pour chaque province, la formule de calcul utilisée est la suivante :

$$\text{(Quantité provinciale contre-vérifiée par HDP - Quantité provinciale vérifiée par le CPVV)} / \text{(Quantité provinciale vérifiée par le CPVV)}$$

**Tableau 10 : Ecarts entre nombre de services provincial vérifié et total nombre de services provincial contre-vérifié pour les indicateurs des centres de santé**

	Moyenne des écarts provinciaux (%)	<i>n</i>
Consultation curative (adulte)	0	32
Consultation curative (enfant)	0	32
Consultation curative (femme enceinte)	0	32
Journée d'observation (adulte)	2	32
Journée d'observation (enfant)	-1	29
Petite chirurgie	0	32
Référence	3	32
Enfant complètement vacciné	1	32
Vaccination antitétanique 2-5	-2	32
Distribution de moustiquaires	1	32
Nouvelles latrines construites	0	32
Femme enceinte sous ARV	0	12
Prise en charge nouveau-né ARV	0	14
Dépistage volontaire du VIH	0	31
Nouveau cas sous ARV	0	14
Patient sous ARV depuis 6 mois	0	14
Infections sexuellement transmissibles (IST)	-1	32
Cas de tuberculose détecté	6	18
Cas de tuberculose guéri	1	27
Accouchement eutocique	0	32
Planification familiale (pilule ou injection)	0	30
Implant ou DIU	0	28
Consultation post-natale	1	32
Consultation prénatale	0	32
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>665</b>

Source : Rapports HDP, 2012.

Note : Différence entre le nombre de services provincial vérifié par les CPVV et payé par le programme, et le nombre de services provincial contre-vérifiés par HDP pour les indicateurs des centres de santé (*n*) dans toutes les provinces contre-vérifiées durant les huit tournées de contre-vérification

Les résultats présentés dans le tableau 10 sont sous-estimés car ils agrègent des écarts positifs et des écarts négatifs. Cependant, ils permettent de montrer que les écarts entre contre-vérification et vérification sont en moyenne moins importants que les écarts entre déclaration et vérification. A part pour un indicateur (cas de tuberculose détecté), les marges d'erreurs de 5 pour cent prévues par le manuel de procédure ne sont en moyenne pas dépassées au niveau provincial. La vérification par les CPVV dans les centres de santé montre peu de différence entre la vérification et la contre-vérification, même s'il serait souhaitable, pour avoir une idée plus précise, de disposer des résultats au niveau désagrégé pour avoir une lecture plus fine des résultats et une analyse de leur évolution dans le temps.

Pour les hôpitaux en revanche, les rapports de contre-vérification donnent les résultats désagrégés par structure. Nous avons donc pu calculer les écarts moyens avec exactement la même méthodologie que pour les résultats de la vérification présentés dans la section 5.1, qui ne conduit pas à une sous-estimation du niveau d'erreur. Le tableau 11 donne les résultats de la contre-vérification dans les hôpitaux. Il y a au maximum, pour chaque indicateur, 32 observations : chaque province a été contre-vérifiée deux fois. La formule de calcul pour chaque hôpital est la suivante :



(Quantité contre-vérifiée par HDP - Quantité vérifiée par le CPVV) / (Quantité vérifiée par le CPVV)

**Tableau 11 : Ecart entre vérification et contre-vérification pour les indicateurs des hôpitaux**

	Moyenne des écarts (%)	Moyenne des val. abs. des écarts (%)	n
Consultation curative (adulte)	-10	21	32
Consultation curative (enfant)	-12	18	32
Consultation curative (femme enceinte)	0	27	32
Contre-référence	-65	77	31
Chirurgie majeure	-18	26	29
Petite chirurgie	-2	27	32
Accouchement eutocique	-4	12	32
Césarienne	-2	3	31
Accouchement dystocique	-28	37	30
Journée d'hospitalisation ≥ 5 ans	-13	20	32
Journée d'hospitalisation < 5 ans	-12	18	32
Infections sexuellement transmissibles (IST)	50	74	30
Cas de tuberculose détecté	22	32	29
Cas de tuberculose guéri	-46	63	7
Implant ou DIU	4	21	17
Planification familiale (pilule ou injection)	-9	16	18
Planification familiale (méthode définitive)	-9	41	22
Consultation prénatale	-19	27	24
Consultation post-natale	-35	42	23
Circoncision	8	66	7
<b>Moyenne</b>	<b>-9</b>	<b>31</b>	<b>522</b>

Source : Rapports HDP, 2012.

Note : Différence entre la vérification par les CPVV et la contre-vérification par HDP pour les indicateurs des hôpitaux dans tous les hôpitaux contre-vérifiés au Burundi durant les huit tournées de contre-vérification.

Dans les hôpitaux, la différence entre les données de vérification et les données de contre-vérification sont importantes et systématiques. La performance quantitative est en moyenne surévaluée par les CPVV de 9 pour cent, la moyenne des valeurs absolues des écarts est de 31 pour cent, et la différence pour tous les indicateurs sauf un (césariennes) est supérieure à la marge d'erreur de 5 pour cent tolérée par le manuel de procédures. Si les sanctions prévues par ce dernier étaient appliquées, le montant des subsides aux CPVV aurait été réduit.

Sept hôpitaux ont été contre-vérifiés deux fois entre 2010 et 2012 : ils ont été aléatoirement sélectionnés pour les deux rounds de contre-vérification. Ceci nous permet d'analyser l'évolution des résultats de la contre-vérification pour ce sous-échantillon, afin de détecter de possibles effets d'apprentissage (on s'attend à ce que les CPVV s'améliorent et que le niveau d'erreur diminue). Le tableau 12 présente les résultats de cette analyse. 20 indicateurs sont contre-vérifiés, ce qui pour sept hôpitaux et deux tournées de contre-vérification donne un nombre total d'observations possibles de 280. Tous les hôpitaux ne délivrent pas tous les services tous les mois, ce qui explique pourquoi notre nombre total d'observations est seulement de 103.

**Tableau 12: Erreurs par les CPVV tels que détectées par la contre-vérification dans les sept hôpitaux sélectionnés dans les 2 tournées de contre-vérification**

	n	%	Erreur moyenne tournée1 (%)	Erreur moyenne tournée 2 (%)	Différence (%)
Indicateurs pour lesquels le niveau d'erreur a augmenté entre les tournées 1 et 2	58	56	-6	-21	14
Indicateurs pour lesquels le niveau d'erreur a diminué entre les tournées 1 et 2	45	44	-26	-12	-13
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>-15</b>	<b>-17</b>	<b>2</b>

Source : Rapports HDP, 2012.

Note : Hôpitaux sélectionnés aléatoirement lors des deux tournées de contre-vérification (sept hôpitaux).

Entre les tournées 1 et 2 de la contre-vérification, pour les indicateurs qui ont pu être contre-vérifiés deux fois dans le même hôpital, le niveau moyen d'erreur a augmenté d'une surestimation moyenne de 15 pour cent à une surestimation moyenne de 17 pour cent. On peut noter que le niveau moyen d'erreur dans l'échantillon d'hôpitaux qui a été contre-vérifié deux fois est inférieur aux résultats pour l'ensemble du pays présentés dans le tableau 11. Pour 56 pour cent de ces indicateurs, le niveau d'erreur était plus élevé au cours du second round qu'au cours du premier (l'augmentation moyenne était de 14 points). Pour les 44 pour cent restants, le niveau d'erreur était moins élevé au cours du second round que du premier (la diminution moyenne était de 13 points). Le tableau 12 montre donc qu'il n'y a pas eu d'effet d'apprentissage, et que la performance des CPVV dans la vérification quantitative de la performance des hôpitaux ne s'est pas améliorée entre les deux rounds de contre-vérification.

Ces résultats tendent à montrer que la performance des CPVV dans la vérification de la quantité des hôpitaux est insuffisamment rigoureuse, mais les différences mises en avant peuvent, d'après les personnes interrogées dans le cadre de cette étude, largement être expliquée par l'absence de registres standardisés pour l'échelon hospitalier. Les hôpitaux construisent eux-mêmes leurs registres, ce qui conduit à une grande variabilité dans la manière dont leurs résultats sont rapportés. D'autre part, la contre-vérification applique la plus grande rigueur, et elle est souvent conduite à annuler la totalité d'un indicateur. Une autre explication est que la contre-vérification intervient longtemps après la période où les soins ont été délivrés (six mois après en moyenne) : les registres dans lesquels les activités ont été consignées ne sont parfois plus accessibles (archivés dans une pièce dont une personne absente a la clé, par exemple). Une mission conduite par le MSPLS après la contre-vérification d'un hôpital a par exemple trouvé que les importantes discordances dans cet hôpital s'expliquaient par le fait que trois registres n'avaient pas été retrouvés par HDP : la contre-vérification n'a donc pas pu inclure les services consignés dans ces registres, ce qui rendait le niveau d'erreur artificiellement élevé.

Ces différentes raisons expliquent les résultats, la plupart du temps négatifs (surestimation de la performance par les CPVV), présentés dans le tableau 11. Elles expliquent aussi pourquoi le MSPLS a préféré ne pas appliquer contre les CPVV les sanctions prévues par le manuel de procédures du FBP. On peut cependant penser que ces sanctions pourraient inciter les CPVV à exiger davantage de rigueur et une meilleure gestion de la part des hôpitaux, de manière à améliorer leurs propres résultats et à faire en sorte que les registres soient disponibles. Il semble donc souhaitable d'envisager leur mise en œuvre, et de clarifier ce que les CPVV doivent exiger de l'hôpital.

La contre-vérification ne se cantonne pas à la vérification de la quantité. Elle effectue aussi à nouveau les évaluations de la qualité technique effectuées par les BPS et les BDS dans les centres de santé, et par les pairs dans les hôpitaux. Dans les rapports de la contre-vérification, les résultats sont comparés avec les résultats pour le trimestre précédent. La contre-vérification intervenant généralement longtemps après la vérification, la qualité dans les structures contre-vérifiées a largement pu varier dans les structures concernées. C'est pourquoi nous avons préféré dans le cadre de cette étude comparer les résultats de l'évaluation de la qualité effectuée par les équipes de contre-vérification avec ceux de l'évaluation la plus proche dans le temps effectuée par les équipes de vérification (soit avant, soit après la contre-vérification). Cette comparaison n'est pas exempte de problèmes, car bien que l'intervalle de temps entre les deux évaluations soit réduit, la qualité peut avoir changé dans les formations sanitaires. Cependant, nous estimons que cette comparaison est plus pertinente que celle effectuée dans les rapports de contre-vérification. Les résultats sont présentés dans le tableau 13<sup>17</sup>. Pour chaque structure de santé, la formule de calcul utilisée pour établir l'écart est la suivante :

$$(\text{Score établi par HDP} - \text{Score établi par les BDS, BPS ou les pairs}) / (\text{Score établi par les BDS, BPS ou les pairs})$$

**Tableau 13 : Ecarts entre évaluation de la qualité technique et contre-vérification dans tous les hôpitaux et centres de santé au cours des huit tournées de contre-vérification**

	Moyenne des écarts (%)	Avec sur-évaluation (%) <sup>18</sup>	Suréval. moyenne (%)	Avec sous-évaluation (%) <sup>19</sup>	Sous-éval. moyenne (%)	<i>n</i>
Centres de santé	-11	79	-20	21	24	101
Hôpitaux	-17	84	-24	16	20	32

Source : Auteur, en comparant les rapports HDP avec la base de données de la CT-FBP, MSPLS du Burundi, 2012.

Note : Différence entre l'évaluation de la qualité technique menée par le BPS, BDS, ou les pairs et la contre-vérification menée par HDP dans tous les hôpitaux et les centres de santé contre-vérifiés au Burundi durant les huit tournées de contre-vérification.

Si on la compare aux résultats de HDP, la qualité technique telle qu'évaluée par les BPS et les BDS est surévaluée de 11 pour cent dans les centres de santé et de 17 pour cent dans les hôpitaux. Cette conclusion doit être nuancée car, comme cela a été mentionné plus haut, les deux évaluations ont lieu à des moments différents. Cependant, cette surévaluation a un caractère systématique (elle intervient dans 79 pour cent des centres de santé contre-vérifiés et dans 84 pour cent des hôpitaux contre-vérifiés), ce qui tend à montrer que les résultats présentés dans le tableau 13 ne peuvent pas uniquement être expliqués par la distance temporelle entre la vérification et la contre-vérification.

Cette surestimation peut s'expliquer par la rigueur appliquée par les contre-vérificateurs, mais les personnes interrogées ont aussi avancé des facteurs institutionnels : les BPS et les BDS sont les

<sup>17</sup> Contrairement à ce qui se passe pour la contre-vérification de la quantité, les rapports de contre-vérification présentent les résultats de l'évaluation de la qualité technique pour les centres de santé de manière désagrégée. Nous pouvons donc effectuer les mêmes calculs pour les centres de santé et pour les hôpitaux.

<sup>18</sup> Pourcentage de contre-vérifications ayant conclu à une surévaluation de la qualité technique des formations sanitaires par les BPS, BDS ou les pairs.

<sup>19</sup> Pourcentage de contre-vérifications ayant conclu à une surévaluation de la qualité technique des formations sanitaires par les BPS, BDS ou les pairs.

supérieurs hiérarchiques des structures qu'ils évaluent, et ils n'ont donc pas intérêt à mettre en évidence leurs lacunes aux yeux de tous. Quant aux pairs, ils ne peuvent manquer de penser que leurs évaluations peuvent influencer la manière dont ils seront évalués par leurs collègues par la suite. En ce qui concerne les centres de santé, ces problèmes institutionnels peuvent avoir une solution partielle dans l'extension (et la mise en œuvre) aux BPS et BDS des sanctions prévues contre les CPVV dans le manuel de procédures du FBP jusqu'ici : si le revenu des BPS et BDS était lié aux résultats de la contre-vérification, ils pourraient augmenter le niveau de rigueur de leur évaluation de la qualité.

En ce qui concerne les enquêtes communautaires, les rapports de contre-vérification ne comparent pas leurs résultats avec ceux des enquêtes communautaires effectuées par les associations locales sous la supervision des CPVV. Ceci est justifié par le fait que les échantillons de patients interrogés ne sont pas les mêmes lors des deux enquêtes : les résultats sont différents, par construction. Dans ces conditions, on peut se demander pourquoi la contre-vérification effectue ces enquêtes communautaires de toute façon : il s'agit d'une activité coûteuse qui nécessite le recrutement d'une autre association locale pour effectuer un travail qui a déjà été effectué et qui n'apporte pas d'élément nouveau. Il serait préférable soit d'exclure l'enquête communautaire de la contre-vérification, soit de l'effectuer avec le même échantillon utilisé lors de la vérification.

## **5.5. A quoi les résultats sont-ils utilisés ?**

La principale utilisation des résultats de la vérification est le paiement des prestataires : les résultats de la vérification de la quantité servent au paiement mensuel de subsides aux prestataires, et les résultats de l'évaluation de la qualité technique, combinés avec ceux des enquêtes communautaires, se traduisent dans le bonus ou malus de qualité que les structures peuvent recevoir trimestriellement.

En ce qui concerne la vérification de la quantité, nous avons tenté de reconstituer les montants économisés grâce à la vérification en comparant les montants qui auraient été payés en l'absence de vérification (montants déclarés) avec ceux qui ont effectivement été payés. Cette comparaison est théorique pour deux raisons :

- La vérification, surtout quand elle est fréquente et intégrale comme c'est le cas pour la quantité au Burundi, a un effet dissuasif sur la fraude : il est probable que les montants déclarés seraient beaucoup plus importants en l'absence de vérification ;
- Pour arriver à ce résultat, nous avons dû reconstituer un montant déclaré théorique : le montant déclaré ne figure en effet pas dans les bases de données. Seules les quantités déclarées sont enregistrées : il n'a pas été possible de calculer la valeur monétaire exacte des services déclarés en utilisant ces dernières, car la valeur monétaire de chaque indicateur varie d'une province à l'autre pour inciter le personnel de santé à travailler dans les zones reculées. D'autre part, les tarifs unitaires peuvent varier dans le temps. Nous avons donc dû considérer que les indicateurs avaient la même valeur monétaire dans toutes les provinces : cette hypothèse est fautive et conduit à légèrement sous-estimer la valeur monétaire totale des quantités déclarées et vérifiées, mais elle a peu d'impact sur le pourcentage du budget qui a été économisé car elle affecte à la fois le montant déclaré et le montant vérifié.

Les résultats de ces calculs sont présentés dans le tableau 14.

**Tableau 14 : Estimation des montants économisés grâce à la vérification quantitative (en US\$)**

	Centres de santé	Hôpitaux	Total
<b>Estimation du montant déclaré (US\$)</b>	9 695 185	7 179 405	<b>16 874 590</b>
<b>Montant vérifié (US\$)</b>	9 480 727	7 098 941	<b>16 579 668</b>
<b>Estimation du montant économisé (US\$)</b>	214 458	80 464	<b>294 922</b>
<b>Pourcentage économisé (%)</b>	2	1	<b>2</b>

Source : Auteur, en utilisant la base de données de la CT-FBP, MSPLS du Burundi, 2012.

Note : Extrapolations pour l'année 2012 à partir des données disponibles : janvier-août dans les centres de santé et janvier-juillet dans les hôpitaux

D'après nos calculs, la vérification quantitative a donc permis d'économiser 2 pour cent du montant attribué aux centres de santé, et 1 pour cent du montant attribué aux hôpitaux. Ces pourcentages sont étonnamment faibles étant donné le niveau d'erreur présenté dans les tableaux 7 et 9. Ceci peut s'expliquer par le fait que les erreurs positives et négatives annulent l'effet des unes et des autres. C'est une autre indication de l'importance de la sous-estimation de la performance par les prestataires.

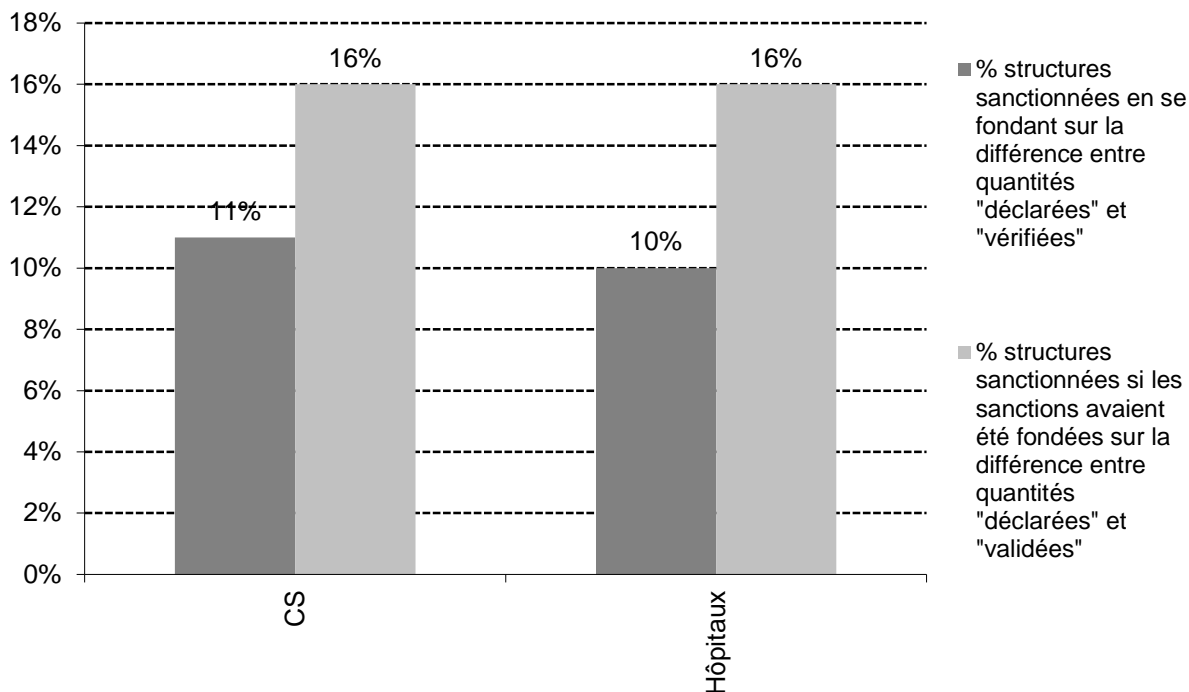
Cependant, ces pourcentages sont aussi différents des pourcentages d'erreurs présentés dans les tableaux 6 et 8 qui résument les sur- et les sous-estimations. Ceci se comprend aisément car dans ces deux tableaux, chaque déclaration avait le même poids, indépendamment du nombre de prestations qu'elle concernait et donc de sa valeur monétaire. Dans le tableau 14 en revanche, les résultats sont pondérés par la quantité et par le montant du subside accordé à chaque indicateur. Par exemple, si un centre de santé déclare avoir effectué 11 accouchements et que seulement 10 sont vérifiés par le CPVV, la surestimation est de 10 pour cent, exactement comme dans un centre de santé qui aurait déclaré 22 accouchements et pour lequel seulement 20 auraient été vérifiés. Mais les économies dues à la vérification quantitative dans le premier centre seront deux fois moins importantes que dans le second.

Les résultats des vérifications du FBP sont également utilisés pour sanctionner les prestataires. Ceci était peu le cas pendant les premiers mois de mise en œuvre du FBP au Burundi, mais les pénalités financières sont de plus en plus mises en application. Comme cela a été mentionné plus haut (tableau 3), toute différence de plus de 5 pour cent entre les quantités déclarées et les quantités vérifiées entraîne le retrait d'une partie des subsides que la formation sanitaire aurait dû recevoir pour l'indicateur concerné. Dans le cadre de ces sanctions, la différence qui est prise en compte n'est pas la différence entre la quantité telle qu'elle est auto-évaluée par les structures (appelée quantité « déclarée » dans les factures des structures) et la quantité telle qu'évaluée après la fin du processus de vérification (appelée quantité « validée » dans les factures), mais la différence entre la quantité « déclarée » et la quantité qui est rapportée dans les registres des structures, indépendamment des définitions exactes des indicateurs (appelée quantité « vérifiée » dans les factures)<sup>20</sup>. La figure 6 présente la proportion de déclarations qui, entre janvier et août 2012<sup>21</sup>, ont fait l'objet de sanctions (fondées sur la différence entre les quantités « déclarées » et « vérifiées »), mais aussi la proportion de déclarations qui auraient fait l'objet de sanctions si la différence entre les quantités « déclarées » et « validées » avaient été prises en compte plutôt que la différence entre les données « déclarées » et « vérifiées ».

<sup>20</sup>Voir partie 4.2 pour plus de détails sur les quantités « déclarées », « vérifiées » et « validées ».

<sup>21</sup>Entre janvier et juillet 2012 pour les hôpitaux. De plus, pour les centres de santé, les quantités vérifiées du mois de juin étaient manquantes, et ce mois n'a pas pu être pris en compte. Le nombre total de déclarations sur lesquelles porte la figure 6 est de 44 291 pour les centres de santé et 6 762 pour les hôpitaux.

**Figure 1 : Proportion de déclarations sanctionnées entre janvier et août 2012**



Source : Base de données de la CT-FBP, MSPLS du Burundi, 2012.

Note : Proportion de déclarations qui ont fait l'objet de sanctions entre janvier et août 2012 (janvier et juillet 2012 pour les hôpitaux) car la différence entre les données « déclarées » et « vérifiées » était supérieure à 5 pour cent, comparée à la proportion de déclarations qui auraient fait l'objet de sanctions si la base des sanctions avait été la différence entre données « déclarées » et « validées ».

Entre janvier et août 2012, 11 pour cent des déclarations effectuées par les centres de santé et 10 pour cent des déclarations effectuées par les hôpitaux ont fait l'objet de sanctions car la différence entre « déclaration » et « vérification » était supérieure à 5 pour cent. Ces proportions auraient été largement supérieures si les données « validées » avaient été prises comme base de calcul pour ces sanctions en lieu et place des données « vérifiées » (16 pour cent des déclarations effectuées par les centres de santé et les hôpitaux auraient alors été sanctionnées). Cette option aurait été plus pertinente du point de vue du FBP car les données « validées » sont celles qui déterminent le paiement. Il est donc souhaitable que le système de sanctions soit structuré à l'avenir de manière à prendre en compte les écarts entre données « déclarées » et « validées » au lieu des écarts entre données « déclarées » et « vérifiées ». Malheureusement, il n'a pas été possible de calculer les montants économisés par le programme FBP grâce à ces sanctions, ni celles qui auraient été réalisées si les données validées avaient été prises comme base de paiement : les bases de données disponibles ne disposaient pas de cette information.

Depuis le premier trimestre 2011, un malus qualité est également instauré pour les structures dont le score de qualité globale (score de qualité technique et score pour l'enquête communautaire) est inférieur à 50 pour cent. Le tableau 15 présente le nombre de structures qui se sont trouvées dans ce cas de figure.

**Tableau 15 : Nombre de formations sanitaires sanctionnées par un malus de qualité depuis le premier trimestre 2011**

	Centres de santé		Hôpitaux	
	Nombre	Part (%)	Nombre	Part (%)
2011 trimestre 1	33	6	1	2
2011 trimestre 2	12	2	1	2
2011 trimestre 3	33	6	1	2
2011 trimestre 4	6	1	0	0
2012 trimestre 1	6	1	9	18
2012 trimestre 2	3	1	2	4
<b>Moyenne</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>

Source : Base de données de la CT-FBP, MSPLS du Burundi, 2012.

Avant d'analyser ces sanctions, on peut noter qu'elles ne sont pas entièrement motivées par des informations erronées transmises par les formations sanitaires : 60 pour cent du score sur lequel elles sont basées évalue la qualité technique, et 20 pour cent évalue la satisfaction des utilisateurs. Seulement 20 pour cent évalue le fait que les patients reçoivent effectivement les services : la principale raison de ces sanctions est donc la sous-performance. Mais en l'absence d'information désagrégée sur les sanctions liées aux « patients-fantômes », on ne peut que fonder l'analyse sur les scores de qualité globale. En moyenne, chaque trimestre, 3 pour cent des structures ont vu une partie de leurs subsides retranchés car leur score de qualité globale était inférieur à 50 pour cent. Leur nombre est en constante diminution depuis le premier trimestre 2011, date de la mise en place de ce malus (sauf pour le premier trimestre 2012 pour les hôpitaux, date de l'introduction de la nouvelle grille de la qualité). En moyenne, le malus de qualité a représenté 2 pour cent du montant total de l'incitation à la qualité pour les centres de santé, et 4 pour cent pour les hôpitaux (l'incitation à la qualité représente entre 10 et 15 pour cent de l'incitation totale). Ces montants pourraient varier si les sanctions liées aux « patients-fantômes » (tels que détectés par les enquêtes communautaires : environ 7-9 pour cent de patients non retrouvés dans les centres de santé, 10-15 pour cent dans les hôpitaux) étaient désagrégées des sanctions liées à la qualité technique et à la satisfaction des patients.

De plus, comme cela a été mentionné plus haut, des sanctions devraient être prises contre les CPVV quand les résultats de la contre-vérification effectuée par HDP et les résultats de CPVV diffèrent de plus de 5 pour cent. Les modalités et les montants de ces sanctions sont précisément définies dans le manuel de procédures, mais il n'a pas été possible d'évaluer les montants qui auraient été économisés si elles avaient été mises en œuvre : comme expliqué plus haut (voir partie 5.4), les rapports de contre-vérification ne fournissent pas les différences entre la vérification et la contre-vérification au niveau des centres de santé, ce qui rend impossible le calcul de sanctions hypothétiques.

En plus de ces sanctions qui touchent aux incitations financières des formations sanitaires, le système de vérification peut permettre de détecter des problèmes qui peuvent donner lieu à des sanctions administratives. Le tableau 16 montre le nombre de ruptures de contrats recensées en 2010 et 2011 pour les formations sanitaires bénéficiant d'un contrat principal, les formations sanitaires bénéficiant d'un contrat secondaire et les associations locales.

**Tableau 16 : Nombre de ruptures de contrats en 2010 et 2011 pour les formations sanitaires bénéficiant d'un contrat principal, les formations sanitaires bénéficiant d'un contrat secondaire et les associations locales**

	2010	2011
<b>Ruptures de contrat avec les formations sanitaires bénéficiant d'un contrat principal</b>	0	0
<b>Ruptures de contrat avec les formations sanitaires bénéficiant d'un contrat secondaire</b>	2	1
<b>Ruptures de contrat avec les associations locales</b>	11	6

Source : Base de données de la CT-FBP, MSPLS du Burundi, 2012.

On remarque que les ruptures de contrat avec les formations sanitaires sont rares, et qu'elles sont même inexistantes en ce qui concerne les formations sanitaires bénéficiant d'un contrat principal. Au lieu de mettre en œuvre des sanctions coercitives, le système FBP du Burundi préfère accompagner les structures, de manière à ce qu'elles puissent améliorer leurs résultats. Le système peut notamment profiter du fait que les organes de régulation au niveau intermédiaire et opérationnel (BPS et BDS), en tant que membres du CPVV, sont fortement impliqués dans la validation des résultats, et peuvent agir pour résoudre les incohérences dans les données. Si des erreurs répétées sont remarquées, des recommandations sont effectuées par le CPVV, des investigations supplémentaires sont effectuées, et le BPS ou le BDS essaient de trouver un moyen, en collaboration avec la structure, d'améliorer la qualité des données. Par exemple, les BDS peuvent vérifier les registres durant leurs supervisions mensuelles si l'unité vérification du CPVV déclare avoir du mal à identifier les patients. Il faut souligner que la rupture des contrats peut se révéler problématique pour le système de santé dans son ensemble en termes d'accessibilité financière : le système FBP finance en effet également la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants. Si un contrat est rompu avec un prestataire, ce dernier devra facturer les soins à ces populations.

Notons que la politique envers les associations locales qui mettent en œuvre les enquêtes communautaires est différente, et que les ruptures de contrats sont plus fréquentes avec ces associations, généralement motivées par le comportement inadéquat des membres. Ceci s'explique par les plus faibles capacités de leurs membres, mais aussi par le fait que celles-ci ne sont pas impliquées dans la délivrance de soins de santé vitaux pour les populations : la résiliation de leur contrat est moins problématique, et il est plus facile de leur trouver un remplaçant. Les sanctions à leur encontre sont toutefois devenues moins fréquentes au cours de la seconde année de mise en œuvre, ce qui peut être dû à un effet d'apprentissage, ou à l'embauche de meilleures organisations.

En résumé, les sanctions ont encore un impact marginal dans le système FBP au Burundi :

- Les sanctions quantitatives ne concernent que 16 pour cent des déclarations, et dans la grande majorité des cas (92 pour cent des cas sanctionnés dans les centres de santé, 94 pour cent dans les hôpitaux) il s'agit d'erreurs inférieures à 20 pour cent, donc ne donnant pas lieu à la suppression de l'ensemble des subsides pour l'indicateur concerné (comme expliqué dans le tableau 3) ;
- Seulement 3 pour cent des centres de santé et 5 pour cent des hôpitaux subissent un malus de qualité chaque trimestre ;
- Les sanctions contre les CPVV ne sont pas appliquées ;
- Les sanctions administratives sont rares.



Ceci illustre une nouvelle fois le caractère interne plutôt qu'indépendant du système de vérification burundais, qui privilégie l'aspect pédagogique du processus par rapport à son aspect coercitif.

## 6. LES COÛTS DE LA VERIFICATION

Dans son rapport 2011 (MSPLS, 2012), la CT-FBP calcule que les paiements aux prestataires représentent 88 pour cent du coût total du FBP, mais son estimation de ce dernier omet un nombre de coûts importants : les salaires des fonctionnaires travaillant dans les CPVV et à la CT-FBP, l'assistance technique à la CT-FBP, les contributions des partenaires au fonctionnement des CPVV, l'amortissement des investissements. Dans le tableau 17, nous avons tenté de reconstituer la plupart de ces coûts pour l'année 2011.

**Tableau 17 : Estimation des coûts de vérification du FBP pour l'année 2011**

	US\$	%
<b>Centres de santé</b>	10 300 743	45
<b>Hôpitaux</b>	7 675 419	33
<b>BPS et BDS</b>	1 357 278	6
<b>Total paiements aux prestataires</b>	<b>19 333 440</b>	<b>84</b>
<b>CT-FBP (y compris assistance technique)</b>	581 787	3
<b>CPVV</b>	978 601	4
<b>Contre-vérification</b>	281 108	1
<b>Assistance technique au niveau provincial<sup>22</sup></b>	1 393 443	6
<b>Associations locales</b>	344 970	1
<b>Renforcement des capacités</b>	113 697	0
<b>Coûts de vérification</b>	<b>3 693 605</b>	<b>16</b>
<b>Coût total</b>	<b>23 027 045</b>	<b>100</b>

Source : Auteur, utilisant les informations du rapport annuel de la CT-FBP, MSPLS du Burundi, 2011.

Note : L'estimation exclut l'amortissement et une partie de l'assistance technique au niveau provincial.

Les coûts présentés ici montrent que les coûts de la vérification sont d'environ 16 pour cent des dépenses totales du programme. Il s'agit encore d'une approximation, car :

- Nous n'avons pas pu estimer l'amortissement des équipements ;
- Nous n'avons pas pu estimer le coût de l'assistance technique apporté par certains partenaires au niveau provincial ;
- Certains des coûts inclus dans les coûts de vérification ne sont pas entièrement consacrés à la vérification, mais n'ont pas pu être désagrégés (la CT-FBP est aussi en charge de la gestion du programme, les CPVV sont aussi en charge de la signature des contrats, etc.).

Malgré tout, ce chiffre est à comparer avec les expériences pilote du FBP, où les coûts de mise en œuvre représentaient entre 25 et 30 pour cent du budget total d'après les estimations de Cordaid. La généralisation du FBP semble donc avoir permis d'effectuer des économies d'échelle substantielles, mais

<sup>22</sup>Hors assistance technique effectuée par des partenaires tels que la coopération belge et l'Union Européenne, pour laquelle il n'a pas été possible de séparer ce qui relevait du FBP de ce qui relevait du renforcement du système de santé en général.

les coûts peuvent encore être rationalisés. Du budget total, 6 pour cent (soit 38 pour cent des coûts de la vérification) sont notamment actuellement consacrés à l'assistance technique au niveau provincial, c'est à dire au travail de renforcement des capacités des CPVV par les ONG qui ont mis en œuvre les projets pilotes du FBP. Etant donné les débats actuels sur les services effectivement rendus par ces ONG (cf. section 4.1), leur rapport coût-efficacité et les utilisations alternatives de ce budget pourraient être étudiées.

On peut remarquer que le montant du budget de la vérification est largement supérieur aux montants qui ont été économisés grâce à la vérification quantitative (de l'ordre de 300 000 US\$ en 2012, cf. tableau 14) ou de la qualité. Cependant, la vérification a une vertu dissuasive, et l'on ne peut donc ni estimer correctement ni comparer directement les montants économisés aux montants dépensés pour effectuer la vérification. De plus, comme cela a été décrit plus haut, la valeur de certaines sanctions n'a pas pu être calculée, et certaines d'entre elles ne sont pas appliquées, ce qui a pour effet de réduire les montants économisés. Enfin, la vérification contribue à l'exactitude du SIS, peut être utilisée a posteriori pour une prise de décision fondée sur les faits, et constitue un mécanisme permettant de focaliser l'attention de toutes les formations et de tous les acteurs sur les résultats. La contribution de la vérification ne devrait donc pas seulement être trouvée dans les montants économisés.

## 7. LEÇONS

La généralisation du FBP à l'ensemble du pays a été (et est toujours) un défi important pour le Burundi. En passant d'un système d'incitations basé sur les intrants à un système d'incitations basé sur les résultats, le FBP est en train de modifier progressivement l'ensemble du système de santé en accroissant l'autonomie des prestataires, la séparation des fonctions et la transparence.

L'existence même du mécanisme de vérification est une amélioration majeure de la gouvernance du système de santé. *La vérification a obligé les prestataires à s'ouvrir à des regards extérieurs* (bien que cela se passe souvent dans le cadre hiérarchique), ce qui est à la fois dans l'intérêt des prestataires et des patients. On aurait pu craindre que ce système soit ressenti comme un contrôle et mal accepté par les prestataires, mais les témoignages des équipes de vérification et des prestataires eux-mêmes montrent qu'il n'y a pas ou peu de tensions entre les prestataires et les vérificateurs : la vérification est généralement vue comme une incitation pour les prestataires à améliorer la quantité et la qualité des soins qu'ils fournissent.

Les équipes de vérification témoignent du fait que leur travail a provoqué des changements dans les pratiques de prestataires. Par exemple, *une plus grande attention est portée à la bonne gestion des registres* (bien que d'importants progrès restent à faire, comme cela a été décrit plus haut) : les prestataires savent que tout patient mal identifié dans les registres peut se traduire en une baisse de ses revenus (à travers les subsides de quantité ou le bonus de qualité). De plus, de nombreux acteurs du FBP estiment qu'au moins certains aspects de la qualité des soins se sont améliorés au Burundi depuis que le FBP a été généralisé (BM, Cordaid, OMS, UE, 2012), grâce à l'évaluation de la qualité technique et aux enquêtes communautaires (où la satisfaction des patients représente 50 pour cent du score).

Nous avons vu au cours de cette étude que le modèle de vérification original choisi par le Burundi, avec une grande participation des acteurs du MSPLS, a permis de *faire entrer dans le processus une grande part d'éducation des prestataires* : la régulation prend une part active au système de vérification (le BPS et les BDS sont des membres prééminents de l'unité validation du CPVV, et ils sont en charge de l'évaluation de la qualité technique), elle en tire un avantage non négligeable pour l'amélioration de ses propres performances. Le renforcement des capacités est privilégié par rapport à la sanction dans les modes de résolution des problèmes. Ceci permet une grande appropriation du processus de la part des organes de régulation comme de la part des prestataires.

Tout système de vérification dans le cadre du FBR nécessite un arbitrage entre les priorités de transparence, d'indépendance, d'intégration et de rigueur (Ergo et Paina, 2012) : le Burundi a choisi une méthode originale qui repose sur une forte implication du MSPLS, mais qui donne également un certain rôle à la société civile. *La méthode de vérification est évolutive* : elle a d'abord mis l'accent sur l'accompagnement des formations sanitaires contractualisées plutôt que sur leur punition, puis elle s'est graduellement durcie et a introduit des sanctions plus fermes. Elle reste cependant fondée sur le dialogue davantage que sur la coercition.

Cela étant, de nombreux aspects de la vérification peuvent être améliorés au Burundi. Tout d'abord, en dépit du coût relativement faible de vérification exposé dans la partie 6, *il est possible de réduire les coûts*. Par exemple, l'utilité de l'assistance technique fournie par les ONG aux CPVV est remise en cause dans le pays : leur contribution à la qualité du système de vérification dépend des compétences de leur personnel qui, selon certaines des personnes interrogées, ne correspondent pas toujours aux compétences requises. Leur coût est relativement élevé (6 pour cent du budget total du FBP, cf. partie 6), et des discussions sont en cours pour décider si leur mission sera renouvelée dans le futur.

De plus, l'analyse des résultats des vérifications montre que le choix en faveur d'une vérification intégrée au système de santé (par opposition à une vérification indépendante) s'accompagne d'une certaine tolérance : *le niveau d'erreur reste important*. En ce qui concerne la vérification quantitative, 69 pour cent des déclarations dans les centres de santé et 62 pour cent dans les hôpitaux sont exactes si on les compare aux montants qui ont été finalement payés à l'issue du processus de vérification, mais cela laisse un tiers de déclarations inexactes. Dans les cas de surestimation, celle-ci est en moyenne supérieure à 10 pour cent, tandis que les sous-estimations sont supérieures à 5 pour cent. Les facteurs qui expliquent ces erreurs sont des problèmes de définition des indicateurs, d'identification des patients et de standardisation des outils de collecte : on pourrait s'attendre à ce qu'ils soient réglés après plus de deux ans de mise en œuvre du FBP dans le pays. Peu d'attention est portée aux données déclarées par les prestataires et à leurs différences avec les données vérifiées. Le système de sanctions mis en place à l'encontre des déclarations qui diffèrent de plus de 5 pour cent des données vérifiées ne semble pas être assez sévère pour prévenir ces problèmes.

Il est urgent que le MSPLS (et notamment le SIS, en collaboration avec la CT-FBP), pour chacun des indicateurs faisant l'objet d'erreurs systématiques, se penche sur les causes précises de ces erreurs et propose des solutions (par exemple, effectuer une nomenclature des cas à prendre en compte en petite chirurgie, modifier les registres dans lesquels les prestations sont consignées et dans certains cas créer des registres standards). *Un durcissement des sanctions financières contre les prestataires en cas de déclaration erronée pourrait également être envisagé*, notamment en les faisant porter sur les données « validées » et non sur les données « vérifiées » comme c'est le cas actuellement.

En ce qui concerne l'évaluation de la qualité, l'une des faiblesses majeures du montage burundais réside dans le fait que *l'évaluation de la qualité technique n'est pas mise en œuvre dans la totalité des formations sanitaires, et la recherche des patients dans la communauté ne comprend pas tous les indicateurs*. Tout d'abord, la qualité technique des sous-contractants, qui représentent plus de 20 pour cent des centres de santé, n'est jamais évaluée. De plus, certains registres sont exclus des enquêtes communautaires pour des raisons de confidentialité : en conséquence, l'existence de « patients-fantômes » pour presque la moitié des indicateurs des centres de santé, et un tiers des indicateurs des hôpitaux, n'est jamais vérifiée. Effectuer l'évaluation de la qualité dans toutes les structures et pour tous les indicateurs a un coût et pose des problèmes de confidentialité qui devront être pris en compte. Afin de réduire le coût de l'extension de l'évaluation de la qualité technique et de l'enquête communautaire à tous les indicateurs et à toutes les formations sanitaires, un tirage aléatoire des indicateurs et des

structures pourrait être envisagé : toutes les structures et indicateurs auraient une chance d'être vérifiés, tous ne le seraient pas mais aucun ne serait systématiquement exclu.

Cette étude a également remarqué que *l'évaluation de la qualité mêle dans un seul système d'incitation des éléments de qualité technique, de satisfaction des patients et de détection de la fraude*. Ceci est justifié par le fait que les éléments liés à la satisfaction des patients et ceux liés à la détection de la fraude sont évalués par les mêmes acteurs et avec les mêmes moyens au cours du processus d'enquête communautaire. Mais le résultat est inapproprié, au moins pour deux raisons. Tout d'abord, il mélange la détection des « patients-fantômes » avec d'autres éléments, ce qui les rend moins visibles comme en témoigne le fait que la proportion de « patients-fantômes » n'est jamais analysée au niveau national. D'autre part, *ce système récompense les formations sanitaires pour ne pas frauder* : dans le montage actuel, si les patients sont retrouvés et confirment qu'ils ont bien reçu les soins, la formation sanitaire gagne des points et donc de l'argent. Il serait plus cohérent d'intégrer la détection des « patients-fantômes » aux sanctions prévues lorsque la quantité déclarée est différente de la quantité vérifiée. Cependant, le système est actuellement en train de prendre une direction différente : il est prochainement prévu de faire passer la proportion relative de la « qualité technique » et de la « qualité perçue » de 60 pour cent/40 pour cent à 70 pour cent/30 pour cent. Cela réduira l'incitation financière positive à ne pas tricher, mais réduira aussi l'importance de la recherche des « patients-fantômes » dans l'ensemble du système de vérification.

Notre étude a aussi montré que le processus d'évaluation de la qualité technique est encore fortement vulnérable. *Il semble que les prestataires soient tentés de concentrer leurs efforts sur les aspects de la qualité qui sont mesurés, sans pour autant améliorer la qualité globale des soins qu'ils dispensent*. Deux éléments permettent d'illustrer ce constat. D'une part, le score de qualité technique des hôpitaux a fortement chuté au début de l'année 2012 à la suite de la modification de la grille d'évaluation de la qualité technique. Ceci semble montrer que les hôpitaux s'étaient habitués à un mode d'évaluation plutôt qu'à effectuer un effort réel sur la qualité. De telles modifications sont donc encore trop rares : il est important que les prestataires ne s'habituent pas à un mode d'évaluation routinier. Le niveau d'exigence doit au contraire augmenter avec les compétences des prestataires. Les modifications de la grille devraient aussi intervenir plus régulièrement pour les centres de santé. Le principal défi en la matière consistera à faire entrer le patient dans l'évaluation, notamment en renforçant les éléments impliquant l'observation des soins. En effet, la vérification se concentre toujours beaucoup sur les conditions dans lesquelles les soins sont fournis, plutôt que sur les soins eux-mêmes : il n'y a pas de patient-mystère, par exemple. Dans tout le processus de vérification, la seule phase au cours de laquelle le patient est présent est l'enquête communautaire. Des progrès sont déjà en cours dans ce domaine, avec l'inclusion de plus d'éléments cliniques liés au dossier médical des patients dans la grille d'évaluation de la qualité, et ils sont à poursuivre. Rappelons que la mesure de la qualité technique est un sujet complexe, et qu'il ne peut y avoir de solutions toutes faites : de constantes expérimentations sont au contraire nécessaires.

Un autre point faible de l'évaluation de la qualité technique est *la difficulté, soulignée par plusieurs des personnes interrogées, à maintenir le niveau de qualité entre deux évaluations*. Cette difficulté tiendrait principalement au fait que les prestataires connaissent la période, et parfois la date précise, à laquelle ils vont être évalués, et sont donc en mesure de se préparer en conséquence. Une évolution possible dans ce domaine serait de ne plus annoncer en avance les visites d'évaluation de la qualité technique aux centres de santé, et que celles-ci puissent se dérouler n'importe quand dans le trimestre plutôt que d'être concentrées sur une quinzaine donnée. Ceci modifierait le climat dans lequel l'évaluation de la qualité technique se déroule et elle y perdrait de son aspect éducatif, mais cela obligerait les prestataires à accroître leurs efforts pour le maintien de la qualité. Pour les hôpitaux, il semble difficile d'envisager le passage à des évaluations de la qualité inopinées sans renoncer au système d'évaluation par les pairs,

car celui-ci nécessite intrinsèquement une planification. De plus, la taille du secteur hospitalier au Burundi est relativement réduite, le nombre d'acteurs est limité, ce qui rend la conservation d'un secret difficile. Cependant, la crédibilité de l'évaluation de la qualité technique dans les hôpitaux doit être améliorée, comme le montrent les résultats de la contre-vérification dans ce domaine. Le système de vérification au Burundi doit donc trouver un compromis entre la rigueur du processus d'une part (évaluation par un tiers indépendant), et l'intégration de celui-ci au système de santé d'autre part (évaluation par les pairs).

La contre-vérification a apporté de nombreux éléments très positifs au système. En dépit de certains problèmes méthodologiques, elle a montré que la vérification de la quantité par les CPVV dans les centres de santé était fiable dans son ensemble. Il faut cependant rappeler que la manière dont les données concernant les centres de santé sont présentées dans les rapports de contre-vérification est problématique : en agrégeant les centres de santé par province, la contre-vérification sous-estime le niveau d'erreur parce qu'elle fait la moyenne des sous et des surestimations. De plus, cette agrégation rend impossible l'analyse de l'évolution du niveau d'erreur à travers le temps, pour les centres de santé qui auraient été aléatoirement sélectionnés pour plusieurs rounds de contre-vérification. *Des données désagrégées, avec séparation des sur- et des sous-estimations sont nécessaires de manière à évaluer la fiabilité de la vérification des CPVV dans les centres de santé.* De telles données permettraient également d'identifier les problèmes, de détecter les tendances dans les erreurs, et d'aider à l'amélioration de la performance.

*Les résultats de la contre-vérification sont encore sous-utilisés.* Ils montrent d'importants niveaux de discordance dans la vérification de la quantité pour les hôpitaux, mais cela n'a pas véritablement donné lieu à une action contre les CPVV ou les hôpitaux à la mesure de ce qui serait nécessaire. Ils ont aussi montré d'importants niveaux de discordance entre les évaluations de la qualité technique effectuées par les BPS, les BPS et les pairs et celles effectuées par HDP, mais là aussi, cela n'a été suivi d'aucune sanction. La mise en œuvre de sanctions liées au processus de contre-vérification contre les CPVV, les BPS et les BDS pourrait grandement améliorer la qualité des données fournies par le système FBP.

D'autre part, il semblerait pertinent de clarifier le rôle de la contre-vérification. Celle-ci assume aujourd'hui un double rôle d'évaluation de la qualité et données et de suivi du processus de mise en œuvre du FBP, et effectue des recommandations visant à la fois à améliorer la qualité des données et le système FBP lui-même. Le fait que la contre-vérification effectue des enquêtes communautaires, mais ne compare pas ses résultats avec l'enquête communautaire effectuée sous la supervision du CPVV, est une illustration éloquent de cette ambiguïté : ne pas comparer les résultats est justifié pour des raisons méthodologiques (les échantillons ne sont pas les mêmes), mais pourquoi dans ce cas la contre-vérification effectue-t-elle des enquêtes communautaires ? Il serait préférable que la contre-vérification se concentre sur la qualité des données, et non sur la qualité du système : le MSPLS bénéficie en effet d'une forte assistance technique au niveau central qui lui permet d'assurer un suivi du processus satisfaisant. En revanche, une attention poussée à la qualité des données est primordiale, et l'œil externe que constitue la contre-vérification peut aider dans ce sens.

Au-delà des pistes qui viennent d'être suggérées pour améliorer le système de vérification à court terme, il existe de nombreuses possibilités de développement à moyen terme.

*La prochaine étape pour la vérification quantitative serait par exemple de procéder par vérification aléatoire sur un échantillon de formations sanitaires au lieu de procéder à la vérification systématique mensuelle de toutes les formations sanitaires.* En effet, cette dernière est très coûteuse en temps et en ressources qui pourraient être employées à meilleur escient. Les formations sanitaires seraient ainsi payées sur la base de leur déclaration, et non sur la base de la vérification systématique, comme c'est le cas dans de nombreux systèmes de vérification dans les pays à niveau de revenu plus élevé. Etant donné

le haut niveau de discordance entre les données déclarées par les formations sanitaires et les données vérifiées qui a été constaté dans cette étude, cela pourrait ne pas être possible dans l'immédiat. Une fois que les discordances auront été réduites, il conviendra naturellement d'être prudent dans l'expérimentation de cette vérification par échantillonnage, et de la mettre en œuvre d'abord dans une zone pilote avant de la généraliser à tout le pays : le Burundi n'a probablement pas encore atteint un niveau de confiance dans ses institutions pour qu'une telle réforme puisse être effectuée rapidement.

De l'avis de l'ensemble des acteurs interrogés, le système de vérification de la performance dans le FBP au Burundi permet un niveau satisfaisant de détection de la fraude. Ce système, notamment grâce au niveau de confiance que permettent une forte intégration au sein des organes de régulation du MSPLS d'une part, et l'existence d'un système de contre-vérification indépendant d'autre part, produit des données que la plupart des acteurs jugent satisfaisantes, et ce à un coût acceptable (environ 16 pour cent des dépenses totales du FBP). Cette étude a montré que le niveau de discordance entre les résultats avant et après la vérification était encore élevé, mais ceci peut être résolu par la modification des incitations d'une part (par exemple par la mise en œuvre de sanctions plus strictes), et par la formation continue des CPVV, des BPS, des BDS et des pairs hospitaliers d'autre part. Le défi majeur consistera donc dans le futur à continuer à améliorer graduellement ce système de vérification pour éviter qu'il ne se transforme en un exercice de routine, et pour qu'il continue à bénéficier de la confiance des différents acteurs amenés à utiliser les données qu'il produit.

## Annexe 1 : Bibliographie

Banque Mondiale, Cordaid, Organisation Mondiale de la Santé, Union Européenne, *Rapport de la 2<sup>e</sup> revue externe du Financement Basé sur la Performance*, 2012

Banque Mondiale, *World Development Indicators Database*, 2011

Cordaid et Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, *Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête qualité de base, 2006-208-2010*, Bujumbura, 2011

Ergo, Alex et Ligia Paina, *Verification in Performance-Based Incentive Schemes*, Bethesda, MD: Health Systems 20/20, Abt Associates Inc., August 2012

Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, *Manuel des procédures pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance au Burundi, version révisée*, Bujumbura, 2011b

Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, *Manuel des procédures pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance au Burundi, version originale*, Bujumbura, 2010

Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, *Rapport de mise en œuvre du FBP et de la gratuité des soins pour l'année 2011*, Bujumbura, 2012

Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, *Rapport de la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance au Burundi, avril 2010 à mars 2011*, Bujumbura, 2011a

Programme des Nations Unies pour le Développement, *World development Report 2011 – Sustainability and equity: a better future for all*, 2011

## Annexe 2: Formulaire de déclaration de performance des centres de santé et des hôpitaux

REPUBLIQUE DU BURUNDI  
 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA  
 PROVINCE SANITAIRE DE :  
 DISTRICT SANITAIRE DE :  
 CENTRE DE SANTE DE :

FICHE DE DECLARATION DES DONNEES MENSUELLES      MOIS :      ANNEE :

N°	Indicateur	Quantité Déclarée
1	Nouvelle Consultation Curative (>=5 ans)	
2	Nouvelle Consultation Curative (< 5 ans)	
3	Une journée d'observation (>=5 ans)	
4	Une journée d'observation (< 5 ans)	
5	Petite chirurgie	
6	Référence et patient arrivé à l'hôpital	
7	Enfants complètement vaccinés	
8	VAT 2-5	
9	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique	
10	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +	
11	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	
12	Nombre de nouveaux cas sous ARV	
13	Nombre de clients ARV suivi pendant 6 mois	
14	Cas d'IST traités	
15	Dépistage des cas TBC positifs	
16	Nombre de cas TBC traités et guéris	
17	Nouvelle consultation curative pour les femmes enceintes	
18	Accouchement eutocique	
19	FP: Tot. Nouvelles + Anciennes Acceptantes	
20	FP: Implants et DIU	
21	Consultation postnatale	
22	Consultation prénatale et standard	
	<b>TOTAL</b>	

Fait à ..... ; le .....

Le Titulaire du CDS (ou son délégué).....  
 (Nom, Prénom et signature)



**REPUBLIQUE DU BURUNDI**  
**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**  
**PROVINCE SANITAIRE DE :**  
**DISTRICT SANITAIRE DE :**  
**HOPITAL DE DISTRICT/HOPITAL NATIONAL DE :**

**FICHE DE DECLARATION DES DONNEES MENSUELLES**

**MOIS :**

**ANNEE :**

<b>N°</b>	<b>Indicateur</b>	<b>Quantité Déclarée)</b>
1	Nouvelle Consultation Curative par un médecin (> =5 ans)	
2	Nouvelle Consultation Curative par un médecin (< 5 ans)	
3	Nouvelle consultation curative d'une femme enceinte par un médecin	
4	Contre référence arrivée au CDS	
5	Chirurgie majeure	
6	Petite chirurgie	
7	Accouchement eutocique	
8	Césarienne	
9	Accouchement dystocique	
10	Une journée d'hospitalisation pour les >= 5 ans	
11	Une journée d'hospitalisation pour les < 5 ans	
12	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique	
13	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +	
14	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	
15	Nombre de nouveaux cas sous ARV	
16	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	
17	Cas d' IST traitées	
18	Dépistage des cas TBC positifs	
19	Circoncision masculine	
20	FP: Implants et DIU	
21	FP: Tot. Nouvelles + Anciennes Acceptantes	
22	PF : méthode définitive	
23	Consultation prénatale	
24	Consultation post natale	

**Fait à ..... ; le .....**

**Le Directeur de l'Hôpital (ou son délégué) .....**  
**(Nom, Prénom et signature)**

Source: MoH 2011b.

## Annexe 3: Factures mensuelles pour les indicateurs des centres de santé et des hôpitaux

**REPUBLIQUE DU BURUNDI**  
**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**  
**PROVINCE SANITAIRE DE :**  
**DISTRICT SANITAIRE DE :**  
**CENTRE DE SANTE DE :**

**FACTURE MENSUELLE PMA**

**MOIS :**

**ANNEE :**

N°	Indicateur	Quantité Déclarée (a)	Quantité Vérifiée (b)	Quantité Validée (c)	Ecart (en chiffre) : d= (a-b)	Ecart (en %) : e=d/a *100	Tarif unitaire (f)	Montant (Fbu) g=(f*c) si écart ≤5% g= (f * c)-(f*c*5%) si écart > ±5% et ≤ à ±10% g= (f *c)-(f*c*10%) si écart > ±10% et ≤ à ±20% g=0 si écart > ±20%
1	Nouvelle Consultation Curative (>=5 ans)							
2	Nouvelle Consultation Curative (< 5 ans)							
3	Une journée d'observation (>=5 ans)							
4	Une journée d'observation (< 5 ans)							
5	Petite chirurgie							
6	Référence et patient arrivé à l'hôpital							
7	Enfants complètement vaccinés							
8	VAT 2-5							
9	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique							
10	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +							
11	Dépistage volontaire du VIH/SIDA							

12	Nombre de nouveaux cas sous ARV							
13	Nombre de clients ARV suivi pendant 6 mois							
14	Cas d'IST traités							
15	Dépistage des cas TBC positifs							
16	Nombre de cas TBC traités et guéris							
17	Nouvelle consultation curative pour les femmes enceintes							
18	Accouchement eutocique							
19	FP: Tot. Nouvelles + Anciennes Acceptantes							
20	FP: Implants et DIU							
21	Consultation postnatale							
22	Consultation prénatale et standard							
	<b>TOTAL</b>							

**Le Titulaire du CDS.....**

**Les vérificateurs (Noms, Prénoms et Signatures):**

**1.....**

**Nom et Prénom**

**2.....**

**Signature**

**3.....**

**REPUBLIQUE DU BURUNDI**  
**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**  
**PROVINCE SANITAIRE DE :**  
**DISTRICT SANITAIRE DE :**  
**HOPITAL DE :**

**FACTURE MENSUELLE PCA**

**MOIS :**

**ANNEE :**

N°	Indicateur	Quantité Déclarée (a)	Quantité Vérifiée (b)	Quantité Validée (c)	Ecart (en chiffre) : d= (a-b)	Ecart (en %) : e=d/a *100	Tarif unitaire (f)	Montant (Fbu) g=(f*c) si écart ≤5% g= (f * c)-(f*c*5%) si écart > ±5% et ≤ à ±10% g= (f *c)-(f*c*10%) si écart > ±10% et ≤ à ±20% g=0 si écart > ±20%
1	Nouvelle Consultation Curative par un médecin (> =5 ans)							
2	Nouvelle Consultation Curative par un médecin (< 5 ans)							
3	Nouvelle consultation curative d'une femme enceinte par un médecin							
4	Contre référence arrivée au CDS							
5	Chirurgie majeure							
6	Petite chirurgie							
7	Accouchement eutocique							
8	Césarienne							
9	Accouchement dystocique							
10	Une journée d'hospitalisation pour les >= 5 ans							
11	Une journée d'hospitalisation pour les < 5 ans							
12	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique							

13	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +							
14	Dépistage volontaire du VIH/SIDA							
15	Nombre de nouveaux cas sous ARV							
16	Nombre de clients ARV suivi semestriellement							
17	Cas d' IST traitées							
18	Dépistage des cas TBC positifs							
19	Circoncision masculine							
20	FP: Implants et DIU							
21	FP: Tot. Nouvelles + Anciennes Acceptantes							
22	PF : méthode définitive							
23	Consultation prénatale							
24	Consultation post natale							

**Le Directeur de l'Hôpital (ou son délégué)**

**Les vérificateurs (Noms, Prénoms et Signatures):**

**Nom et Prénom**

**1.....**

**Signature**

**2.....**

**3.....**

Source: MoH 2011b.

## Annexe 4: Grilles d'évaluation de la qualité technique des centres de santé et des hôpitaux

Former versions:

### Quarterly Assessment Template on the Technical Quality of Health Centers -DRAFT- REPUBLIC OF BURUNDI

#### *MINISTRY OF PUBLIC HEALTH* GENERAL DIRECTORATE OF PUBLIC HEALTH QUARTERLY ASSESSMENT TEMPLATE ON THE TECHNICAL QUALITY OF HEALTH CENTERS GENERAL INFORMATION

#### IDENTIFICATION OF HEALTH CENTER

Name of health center:		
CDS		
Health district:		Province:
Telephone:	Fax:	P.O. Box:
Status: Public <input type="checkbox"/> Accredited <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/>		
Pop. served:	Number of beds:	Number of personnel A0:
Ratio qualified personnel /2000 inhab.:	Number of beds/ 1000 inhab.:	Number of personnel A1:
		Number of personnel A2
		Number of personnel A3
		Number of personnel non-qual.(A4/A5):
		Number of personnel non-qual. (A6)
Name of person responsible:		Telephone:
P.O. Box:	E-mail:	

#### EVALUATORS

No.	FIRST AND LAST NAMES	FUNCTION	SIGNATURE

**QUARTERLY SUMMARY OF QUALITY OF HEALTH CENTER**

<b>No.</b>	<b>ACTIVITY ASSESSED</b>	<b>Available points</b>	<b>Points obtained</b>	<b>%</b>	<b>Comments</b>
<b>1</b>	General activities	230			
<b>2</b>	Follow-up assessment /SIS	190			
<b>3</b>	Hygiene, environment, and sterilization	230			
<b>4</b>	Outpatient and inpatient consultation	180			
<b>5</b>	Maternity ward	140			
<b>6</b>	Prenatal consultation	140			
<b>7</b>	Family planning	110			
<b>8</b>	Vaccination and monitoring of newborns	130			
<b>9</b>	HIV/AIDS control	270			
<b>10</b>	Tuberculosis and leprosy	150			
<b>11</b>	Laboratory	66			
<b>12</b>	Minor surgery	53			
<b>13</b>	Drug management	205			
<b>14</b>	Financial management	200			
<b>TOTAL</b>		<b>2 294</b>			

**SUMMARY OF OBSERVATIONS AND RECOMMENDATIONS ON HEALTH CENTERS**

<b>Health office _____</b>	<b>Health center _____</b>	<b>Date _____</b>
<b><u>Recommendations from preceding quarter not implemented, and explanation</u></b>		
<b><u>Strong and weak points identified during current quarterly assessment</u></b>		
<b><u>Recommendations concerning weak points</u></b>		
<b><u>Technical supervision recommended</u></b>		

Evaluator's signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



1. GENERAL ACTIVITIES (...)				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
1	<b>Availability and posting of the Health Map for the geographical health area:</b> Health map of public health facilities (FOSA) showing: Hills or neighborhoods Main roads Natural barriers Special points and distances	All 4 criteria met = 10  One criterion missing = 0	10	
2	<b>Availability of work schedule and duty roster:</b> Work schedule and duty roster are posted and available to the public	Criterion met = 10	10	
3	<b>Availability of portable radio or telephone for communication with the local FOSA [health facility]:</b> Radio with charged battery (test functionality) and/or telephone with call units of at least BIF 1000 [BIF: Burundian Franc]	Criterion met = 40	40	
4	<b>Availability of list of fees charged</b> List of fees charged is posted and accessible to the public	Criterion met = 10	10	
5	<b>Inventory of equipment and material for each service exists and is updated each quarter</b>	Updated inventory exists = 10 Inventory missing or out-of-date = 0	10	
6	<b>Services available with staff on duty 24/7, including holidays:</b> Evaluator will confirm: The permanent duty roster is prepared and accessible to the public (posted) The recording of cases for 3 non-working days selected at random during the quarter being assessed	Open status confirmed = 100	100	
7	<b>Existence of a source of lighting at night: electricity, generator, or solar power</b>	Criterion met = 20	20	
8	<b>Proper reception is provided to patients:</b> 1) Waiting rooms with chairs or benches 2) Existence of a triage system, with numbering system and guidance 3) Presence of a staff member conducting triage according to seriousness of case and numbered order	One element present = 10 (Max. 3 elements)	30	
			<b>MAXIMUM POSSIBLE = 230</b>	<b>POINTS OBTAINED =</b>

2. FOLLOW-UP ASSESSMENT/SIS				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
1	<p><b>Existence of an Annual Action Plan (AAP) based on Minimal Package of Activities (MPA)</b></p> <p>Minutes of meeting to prepare Annual Action Plan with signed list of participants            Involvement of key stakeholders in preparation of Annual Action Plan, such as heads of service of FOSA, COSA [health center committee], and BDS [provincial health office]            Annual Action Plan based on annual action plan of the health district (using indicators from the health district results)            Annual Action Plan transmitted to BDS in the first month of the year</p>	One criterion met = 5	20	
2	<p><b>Existence of a Quarterly Action Plan approved by ECD:</b></p> <p>Minutes of meeting to prepare Quarterly Action Plan with signed list of participants            Involvement of key stakeholders in preparation of Quarterly Action Plan, such as heads of service of FOSA, COSA, and FOSA subcontractors<sup>23</sup>            Quarterly Action Plan based on Annual Action Plan (including and developing main points of AAP)</p>	One criterion met = 5	15	
3	<p><b>Monthly minutes of 3 technical meetings of FOSA during the current quarter:</b></p> <p>Each set of minutes should contain: <b>1)</b> Date and time of opening and closing of meeting <b>2)</b> Agenda or order of the day <b>3)</b> Signed list of participants <b>4)</b> Development of meeting and decisions taken <b>5)</b> Follow-up of decisions taken at preceding meeting</p>	<p>One set of minutes meeting all criteria = 10</p> <p>One set of minutes with even one criterion missing = 0</p>	30	
4	<p><b>Monthly minutes of 3 meetings of Health Committee (COSA) during the quarter being assessed:</b></p> <p>Each set of minutes should contain: <b>1)</b> Date and time of opening and closing of meeting <b>2)</b> Agenda or order of the day <b>3)</b> Signed list of participants <b>4)</b> Development of meeting and decisions taken <b>5)</b> Follow-up of decisions taken at preceding meeting</p>	<p>One set of minutes meeting all criteria = 10</p> <p>One set of minutes with even one criterion missing = 0</p>	30	

<sup>23</sup> Note on this issue (GF: 18 March 2010): In the Burundian PBF system, there are those who hold the prime purchase contract, and those facilities, predominantly in the private for profit sector, but also those non-for-profit health facilities that offer perhaps a more limited package of services, who are so-called 'second tier' contractors. They pass on their production to the prime contract holder, who claims the service production, and passes on the earnings to these second-tier contractors, after charging certain, limited administrative fee. The prime contract holders are responsible for the supervision for the quality and quantity of care of these second-tier contractors. During the verification processes, controllers check also the registers of these second-tier contractors. Community client surveys are also sampled from their registers.

2. FOLLOW-UP ASSESSMENT/SIS				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
5	<b>Health Information System (SIS) data analysis report for the quarter being assessed concerning priority problems</b> (CPC [first curative consultation], vaccination, PC [prenatal care], family planning, maternity) <b>containing: 1)</b> Graph curve or table of data <b>2)</b> Comments on evolution of activities compared to targets	One data analysis report for 5 activities meeting both criteria = 5 One report with even one criterion missing = 0	15	
6	<b>SIS report transmitted to BDS on schedule:</b> <b>Monthly SIS report transmitted to BDS by 5<sup>th</sup> of following month and 100% complete</b> (i.e., all items are filled out correctly) <b>Weekly report on 7 diseases that could lead to epidemics (report to be transmitted outside of epidemics to BDS each Monday following week of notification)</b> <b>Monthly report on 16 diseases under surveillance transmitted to BDS</b>	All expected reports for one month correctly filled out and on time = 10	30	
7	<b>Proper filing of usual FOSA documents (action plans, monthly activity reports, minutes of meetings, personnel administration files, ROI [internal rules and regulations], and administrative letters, etc.):</b> Filed on labeled shelves Accessible to authorized personnel Documents are easy to find within 5 minutes	All criteria met = 20  One criterion missing = 0	20	
8	<b>Availability of tools (documents) for use by different services:</b> 1) SIS report forms (at least 3 copies) 2) Reference/counter-reference cards (at least 10) 3) PC cards (notebooks for mothers) (at least 20) 4) FP cards (at least 20) 5) Blank partograms (at least 10) 6) Inpatient cards (at least 10)	One criterion met = 5	30	
			<b>MAXIMUM POSSIBLE = 190</b>	<b>POINTS OBTAINED =</b>

3. HYGIENE, ENVIRONMENT, AND STERILIZATION (---)				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
1	<b>Existence of well-kept fencing around FOSA buildings</b> If hedge: trimmed without openings for unauthorized passage If made of wood or cement: no openings	Criterion met = 10 Criterion not met = 0	10	

2	<b>Presence of mosquito nets on all windows</b>	Criterion met = 10	10	
3	<b>Clean rooms, courtyard, and yard:</b> 1) presence of trash receptacles (in waiting room and corridor) 2) Absence of scattered trash 3) Presence of receptacles for injection supplies in treatment rooms 4) Environment in health center entirely swept clean with drainage of stagnant water	Each cleanliness criterion met = 10	40	
4	<b>Existence of an incinerator:</b> functional, utilized, and emptied (triage and destruction, etc.)	Criterion met = 20	20	
5	<b>Existence of a placenta pit:</b> with slab and cover that can be locked	Criterion met = 10	10	
6	<b>Availability of water</b> (running water, well, pump, covered tank/cistern/barrel of water)	Available water source = 10	10	
7	<b>Water points available in consultation and inpatient rooms, in laboratories, and near latrines</b>	Water points available = 10	10	
8	<b>Presence of latrines</b> 1) usable 2) smooth floor with single hole and cover 3) absence of organic matter in area 4) door that can be locked from the inside	All latrines meet criteria = 30 One criterion missing for even one latrine = 0	30	
9	<b>Presence of showers</b> 1) usable with running water or tub holding at least 20 liters of water 2) absence of organic matter in the area 3) door that locks from inside 4) drainage of used water in a soakaway	All showers meet criteria = 20 One criterion missing for even one shower = 0	20	
10	<b>Availability of functional sterilization materials:</b> 1) functional steam, autoclave, or Poupinel sterilizer 2) sterilization protocol posted	Criterion met = 50 Criterion not met = 0	50	
11	<b>Reserve disinfectant product. Solution labeled with formula and date of preparation</b>	Product present, solution labeled with formula and date of preparation. Materials used (if any) soaked in disinfectant solutions = 10	10	
12	<b>Regulation clothing in good condition worn by all personnel</b>	Proper clothing worn by all personnel = 10	10	
			<b>MAXIMUM POSSIBLE = 230</b>	<b>POINTS OBTAINED =</b>

**4. OUTPATIENT/EMERGENCY CONSULTATION (OC) AND INPATIENT CARE (---)**

No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
1	<b>Functional supplies available in consultation room:</b> 1) thermometer 2) blood pressure cuff 3) stethoscope, 4) otoscope, 5) gloves, 6) adult and Salter scale, 7) tongue depressor 8) examination table 9) height gauge 10) height/weight charts and tape for measuring arm circumference	Consultation room equipped with 10 functioning supplies = 20 One item missing or not working = 10  More than one item missing or not working = 0	20	
2	<b>Privacy assured:</b> individual examination room with curtains or painted windows, room divider (if room is shared), doors that close	Privacy assured = 20	20	
3	<b>Support documentation for consultation available to caregiver:</b> 1) IST flowchart 2) National protocol for treatment of malaria 3) Tuberculosis Guide 4) Flowchart for treatment of diarrhea 5) Flowchart for treatment of acute respiratory infections (ARI)	Each document present in the room = 4	20	
4	<b>All outpatient consultations are done by a qualified nurse</b> Consultations conducted by at least a nurse A3	Criterion met = 20	20	
5	<b>Proper treatment of pathologies according to flowchart or protocol:</b> Proper treatment of 10 cases selected at random from outpatient records	Proper treatment of 100 cases = 10 Betw. 9 and 5 cases = 50 Fewer than 5 cases = 0	100	
6	<b>Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) strategy is applied</b>	Criterion met = 40	40	
7	<b>Outpatient records correctly filled out:</b> Proper numbering (registration) of cases Provision of all information required according to general format	Both criteria met = 10 One criterion missing = 0	10	
8	<b>Availability of supplies and equipment in inpatient room:</b> 1) beds with mattresses with waterproof, impermeable covers 2) mosquito nets for all beds 3) clean, untorn sheets and blankets 4) at least 1 cupboard available for 4 patients	All criteria met = 10 One criterion missing = 0	10	
9	<b>Proper treatment of 5 inpatient cases</b> (analysis of admission cards chosen at random): 1) identification of patient 2) complaints or symptoms on admission 3) clinical examination guided by admissions flowchart 4) laboratory tests according to flowchart 5) diagnosis 6) proper treatment according to flowchart or protocol 7) monitoring of vital signs 8) absence of signs of danger 9) length of stay no longer than 2 days	One case with all criteria met = 10  One case with even one criterion missing = 0	50	
10	<b>Admission card correctly filled out:</b> Proper numbering (registration) of cases Provision of all information required according to general format	Both criteria met = 5 One criterion missing = 0	5	

4. OUTPATIENT/EMERGENCY CONSULTATION (OC) AND INPATIENT CARE (---)				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
11	Determination of nutritional status of all children under 5 who come for consultation		15	
12	Determination of nutritional status of all women with a sick child under 6 months of age		10	
13	Screening record of nutritional status available, up-to-date and properly filled out		5	
14	Treatment of malnutrition according to national protocol		5	
			SCORE MAXIMUM POSSIBLE = 215	SCORE OBTAINED =

5. MATERNITY WARD (---)				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
1	<b>Room in good condition, ensuring privacy:</b> plastered and painted walls of solid material without cracks; cement floor, without cracks; curtains or painted windows; room divider (if shared room); doors that close	All criteria met = 10  One criterion missing = 0	10	
2	<b>Equipment and supplies available and functional: 1)</b> Delivery table manageable and clean <b>2)</b> at least 3 sterile delivery kits ( <i>with needle holder, two Kocher clamps, serrated forceps, two pairs of scissors</i> ) <b>3)</b> obstetrical stethoscope <b>4)</b> suture thread <b>5)</b> local anesthesia (at least 50 ml in reserve) and ergometrine <b>6)</b> infant scale <b>7)</b> sterilizing drum <b>8)</b> ophthalmic ointment <b>9)</b> gauze drum <b>10)</b> plastic apron <b>11)</b> source of light <b>12)</b> infant ventilator <b>13)</b> boots <b>14)</b> mask <b>15)</b> goggles <b>16)</b> impermeable gloves <b>17)</b> umbilical cord clamp <b>18)</b> placenta container <b>19)</b> neo-natal resuscitation table <b>20)</b> adequate water point with soap	One material available and functional = 3  If even one material from (1) to (5) is unavailable or non-functional = 0	60	
ANALYSIS OF PARTOGRAMS FOR LAST THREE MONTHS				
3	<b>Analysis of 10 partograms selected at random:</b> <b>1)</b> Partogram properly filled out (each hour, blood pressure indicated, etc.) <b>2)</b> Decision taken if alert line is passed within one hour <b>3)</b> Apgar score is measured and included in partogram at 1 <sup>st</sup> , 5 <sup>th</sup> , and 10 <sup>th</sup> minute <b>4)</b> Delivery by qualified personnel (at least a nurse A3)	One partogram meeting all criteria = 10 One partogram with even one criterion missing = 0	50	
4	<b>Adequate inpatient rooms:</b> Mattresses covered with impermeable plastic Sheets, blankets, and mosquito nets on each occupied bed	All criteria met = 20 One criterion missing = 0	20	

6. PRENATAL CONSULTATION (---)				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
<b>PRENATAL CONSULTATION (PC) PERSONNEL, ROOM AND SUPPLIES</b>				
1	<b>Privacy assured:</b> individual consultation rooms with curtains or painted windows, room divider (if rooms are shared), doors that close	Privacy assured = 10	10	
2	<b>Available and functional equipment and supplies:</b> 1) Examination table 2) blood pressure cuff 3) stethoscope 4) readable measuring tape 5) scale with height gauge 6) fetoscope 7) impermeable gloves	All supplies available and working = 20 One material unavailable or not working = 0	20	
3	<b>Group IEC/CCC:</b> 1) Group meeting held before PC 2) existence of updated IEC report with: a) topic b) number of participants c) leader of activity d) date, and e) signature	IEC/CCC meeting all criteria = 10 Even one criterion missing = 0	10	
4	<b>PC conducted by qualified personnel</b> ( <i>qualification: at least a nurse A3</i> )	Yes = 5 No = 0	5	
<b>VERIFICATION OF 10 PC CARDS SELECTED AT RANDOM (at time of prenatal consultations)</b>				
5	<b>Proper questioning technique:</b> 1) gyneco-obstetric history on pregnancies (including TETANUS SHOT) and previous childbirths 2) fever 3) convulsions 4) medical and surgical history : a) diabetes b) heart disease c) hypertension (HTA) d) nephropathies e) tuberculosis f) asthma 5) date of last menstruation 6) general medical history	One case meeting all criteria = 1 One case with even one missing criterion = 0	10	
6	<b>Systematic plan for HIV screening (should be marked on PC card)</b>	Exists = 10 Does not exist = 0	10	
7	<b>Physical examination conducted:</b> 1) weight 2) height 3) blood pressure 4) breast examination 5) palpation 6) PB	One case with 5 elements = 1 One case with even 1 element missing = 0	10	
8	<b>Obstetrical examination conducted:</b> 1) height of uterus (HU) 2) presentation (from 36 weeks) 3) fetal heartbeat (from 20 weeks) 4) fetal movement	Examination of one case meeting all criteria = 1 Examination of one case with even one missing criterion = 0	10	
9	<b>Additional tests requested, systematic tests for:</b> 1) syphilis 2) hemoglobin, albumin if signs of HTA 3) glucose	One case with all additional tests = 1 One case with even one test missing = 0	10	
10	<b>Administration of tetanus shot according to directions:</b> 1) proper intervals 2) unexpired vaccine 3) local preservation in compliance with standards 4) administration of vaccine follows directions indicated on vial and injection site is in compliance with standards	One case of VAT administration meeting all criteria = 0.5 One case with one missing criterion = 0	5	
11	<b>Correct prescription of:</b> 1) iron and folic acid 2) mebendazole 3) insecticide-treated mosquito netting	One case with all prescriptions done correctly = 0.5 One case with even one incorrect prescription = 0	5	

12	<b>Management of cases with risk factors:</b> 1) risk factors identified 2) decision taken correctly according to PC card 3) information communicated to the patient	Management of one case meeting all criteria = 2 Management of one case with even one missing criterion = 0	20	
13	<b>PC card correctly filled out:</b> Proper numbering (registration) of cases Provision of all information required according to general format	Both criteria met = 0.5 One criterion missing = 0	5	
			<b>MAXIMUM POSSIBLE</b> = 130	<b>POINTS OBTAINED</b> =

<b>7. FAMILY PLANNING (---)</b>				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
<b><i>DIRECT VERIFICATION OF ROOMS AND SUPPLIES</i></b>				
1	<b>Privacy assured:</b> individual consultation rooms with curtains or painted windows, doors that close	Privacy assured = 10	10	
2	<b>Consultations are conducted by qualified personnel:</b> at least a nurse A3 (check at least 5 FP cards)	Criterion met = 5	5	
3	<b>Contraceptive methods:</b> Pills Injectables Implants Condoms IUD with clamp and hystrometer  1) Availability of contraceptive (theoretical stock corresponding to actual stock) 2) Alert threshold determined and respected	One contraceptive method meeting both criteria = 4  One contraceptive method with even one criterion missing = 0	20	
4	<b>Availability of wall posters or image box to demonstrate FP methods</b>	Criterion met = 5	5	
5	<b>FP card available:</b> 1) up-to-date 2) all blanks filled out	Criteria met = 5	5	
6	<b>Group IEC/CCC:</b> 1) Group meeting held before FP consultation 2) existence of updated IEC report with: a) topic b) number of participants c) leader of activity d) date e) signature	IEC/CCC meeting all criteria = 10 Even one criterion missing = 0	10	



7. FAMILY PLANNING (---)				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
7	<b>Health center has reached at least 90% of quarterly target for oral and injectable contraceptives established in the Action Plan</b>	Criterion met = 5	5	
<b>ANALYSIS OF 10 FP CARDS FOR PAST THREE MONTHS SELECTED AT RANDOM</b>				
8	<b>FP card available:</b> 1) blanks filled out 2) classified by month of scheduled appointment	Criteria met for 1 card = 1	10	
9	<b>Justification of methods recommended, chosen, and prescribed compared to methods indicated on basis of questioning, history, and physical examination</b>	Proper justification = 3 Not justified = 0	30	
10	<b>Control and follow-up:</b> Appointment made	Yes = 1 No = 0	10	
		<b>MAXIMUM POSSIBLE = 110</b>		<b>POINTS OBTAINED =</b>

8. VACCINATION AND MONITORING OF NEWBORNS (---)				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
<b>OBSERVATION OF ROOMS AND SUPPLIES</b>				
1	<b>Available and functional equipment and supplies in health center:</b> 1) refrigerator 2) cold accumulators 3) insulated foam cooler 4) petrol reserve (5 liters minimum) and/or generator 5) thermometer	All equipment and supplies available and functional = 20 Even one piece of equipment or supply missing or non-functional = 0	20	
2	<b>Availability of vaccines and diluents:</b> BCG Polio Rabies Pentavalent Tetanus Diluents 1) Physical presence of unexpired, labeled antigens 2) No disruption of stock for past 3 months	Availability of all antigens and diluents meeting both criteria = 30 Expiry or disruption of supply of even one antigen or diluent = 0	30	
3	<b>Preservation of vaccines:</b> No products other than vaccines, accumulators, and dilution water in refrigerator	Preservation meeting criterion = 20 Preservation together with any other product = 0	20	

8. VACCINATION AND MONITORING OF NEWBORNS (---)				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
4	<b>Available consumables and printed forms:</b> 1) self-blocking syringes 2) dilution syringes (2 and 5 ml) 3) receptacles 4) absorbent cotton 5) vaccination charts 6) control sheets 7) vaccination record	Availability of all items = 10 Even one item missing = 0	10	
5	<b>Cold chain:</b> 1) Max. and min. temperatures of refrigerator (from +2°C to +8°C) 2) Unbroken cold chain during past three months	Chain meets both criteria = 20 Even one day's disruption = 0	20	
6	<b>Management of vaccine stock:</b> 1) theoretical stock of vaccines corresponds to physical stock 2) minimum stock determined and respected	Management meeting both criteria = 5 Even one criterion missing = 0	5	
7	<b>Group IEC/CCC:</b> 1) group meeting held before vaccination 2) existence of updated IEC report with: topic, number of participants, leader of activity, date, and signature 3) available and appropriate teaching materials 4) meeting held in adequate conditions (covered site, benches or chairs, etc.)	IEC/CCC meeting all criteria = 5 Even one criterion missing = 0	5	
8	<b>System for identifying children expected for meeting</b>	System exists = 5 System does not exist = 0	5	
9	<b>System for recovering drop-outs</b> (e.g., schedule, record of appointments, classified individual charts)	System exists = 10 System does not exist = 0	10	
10	<b>Expanded immunization program (EIP) record available:</b> 1) up-to-date 2) all blanks filled in	Criteria met = 5 One criterion missing = 0	5	
			<b>MAXIMUM POSSIBLE</b> = 130	<b>POINTS OBTAINED</b> =

<b>9. HIV CONTROL (---)</b>				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
1	<b>Well-equipped counseling room ensuring privacy: 1)</b> Plastered and painted walls of solid material <b>2)</b> smooth cement floor <b>3)</b> ceiling in good condition <b>4)</b> windows with glass and curtains <b>5)</b> doors that close	One criterion met = 2	10	
2	<b>Respect for voluntary screening protocol: 1)</b> pre-test counseling <b>2)</b> use of a sensitive test (Hexagon or Determine) and confirmation by specific test (Genie II) <b>3)</b> Post-test counseling with delivery of results	3 criteria met = 40 One criterion missing = 0	40	
3	<b>Antiretroviral (ARV) treatment protocol available and utilized: 1)</b> criteria and conditions for ARV treatment are met <b>2)</b> pre-therapeutic assessment has been made <b>3)</b> first-line regimen in naive patients <b>4)</b> gradual introduction of nevirapine	4 criteria met = 20 One criterion missing = 0	20	
4	<b>Proper monitoring of PLHIV under ARV:</b> <b>1)</b> Appointment kept on 14 <sup>th</sup> day (for treatment including nevirapine), each month up to 6 months, and every three months thereafter <b>2)</b> Immunobiological assessment done according to protocol <b>3)</b> Clinical examination during each visit <b>4)</b> Questioning and assessment of compliance during each visit	4 criteria met = 40 One criterion missing = 0	40	
5	<b>Reliable supply of reagents, drugs, and ARV:</b> <b>1)</b> Existence of reserve stock (AMC/2) <b>2)</b> Stock cards are up-to-date and theoretical stock corresponds to physical stock	2 criteria met = 20 One criterion missing = 0	20	
6	<b>PMTCT protocol available and utilized:</b> <b>1)</b> ARV prophylaxis properly administered in 28 delivery rooms <b>2)</b> Low-risk obstetrical practices used <b>3)</b> ARV prophylaxis properly administered to newborns	3 criteria met = 20 One criterion missing = 0	20	
7	<b>Proper monitoring of infants born to seropositive mothers:</b> <b>1)</b> Monthly medical appointment <b>2)</b> Administration of cotrimoxazole <b>3)</b> Monitoring of infant's growth <b>4)</b> Clinical examination at each visit	4 criteria met = 30 One criterion missing = 0	30	
8	<b>Psychological support for seropositive pregnant or nursing mothers:</b> <b>1)</b> Counseling on infant feeding <b>2)</b> FP counseling for nursing mothers	2 criteria met = 40 One criterion missing = 0	40	
9	<b>Patient's file is available and no monitoring element is missing</b>	Criterion met = 30	30	
10	<b>All records are available, properly filled out and well-classified</b>	Criteria met = 10	10	
11	<b>Presence of qualified caregivers trained in HIV, PMTCT, and PEC counseling and screening</b>	Criteria met = 10	10	
		<b>MAXIMUM POSSIBLE = 270</b>	<b>POINTS OBTAINED =</b>	

10. TUBERCULOSIS AND LEPROSY (---)				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
<b>OBSERVATION OF SUPPLIES, PRINTED MATERIALS, AND PRODUCTS</b>				
1	<b>Management of antitubercular drugs (Rifampicine, Streptomycine, Ethambutol):</b> 1) presence of antitubercular drugs based on patients under treatment 2) theoretical stock corresponds to physical stock	Management meeting both anti-TB criteria = 30 One criterion missing = 0	50	
2	<b>Availability of printed materials:</b> 1) record of TB cases (for Screening and Treatment Center (CDT)) 2) treatment card 3) laboratory record (for CDT) 4) transfer card 5) cross-reference card (for CDT) 6) laboratory record 7) requisition register for antitubercular drugs 8) requisition register for laboratory supplies and reagents 9) requisition record for printed materials 10) leprosy register 11) short-course and retreatment protocol posted in consultation room	Presence of all printed materials = 20 Absence of even one printed material = 0	20	
<b>ANALYSIS OF 2 CASES SELECTED AT RANDOM FROM CARDS AND RECORDS</b>				
3	<b>Proper treatment according to guidelines of the National Leprosy and Tuberculosis Program (PNLT):</b> 1) at least 2 sputum tests are positive and recorded on treatment chart for new PTB+ cases (laboratory results attached to chart) 2) treatment in accordance with PNILT protocols ( <i>initial phase, continuation, relapse</i> ) 3) sputum monitoring if required, in accordance with PNILT instructions 4) HIV test completed (or referred)	One case meeting all criteria = One case with even one criterion missing = 0	70	
4	<b>Existence of a patient recovery system in case of irregularity determined by PNILT (within 6 days)</b>	Strategy exists = 1	10	
			<b>MAXIMUM POSSIBLE = 150</b>	<b>POINTS OBTAINED =</b>

11. LABORATORY (---)				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
<b>DIRECT OBSERVATION OF ROOM AND SUPPLIES</b>				
1	<b>Available and functional equipment and supplies:</b> 1) microscope 2) centrifuge 3) hemoglobinometer 4) new razor blades 5) cover slips 6) source of light 7) time switch 8) sputum cups 9) stool vials 10) inoculation loop 11) alcohol lamp 12) diamond-point scriber 13) laboratory bench	One piece of equipment or supply available and functional = 2	26	
2	<b>Presence of unexpired reagents and test strips:</b> 1) giemsa 2) fuchsin, sulfuric acid, methylene blue, immersion oil, and alcohol (for CDT) 3) test strips for albumin and sugar 4) pregnancy test 5) immersion oil 6) KOP 7) Hb 8) HIV	Each product present = 3	24	
3	<b>Sputum bottles, stool vials eliminated in sealable and sealed waste receptacle</b>	Waste eliminated in trash receptacle = 5	5	

11. LABORATORY (---)				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
4	<b>Presence of environmentally sound wastewater disposal system</b>	Presence of proper system = 5	5	
5	<b>Parasite demonstration is available</b> (thick drop, stools, sputum): on laminated paper, in a colored picture book, or on a poster	Criterion met = 5	5	
6	<b>Recording of results in laboratory records: 1)correct 2) in conformity with results on test slip</b>	Criterion met = 6	6	
7	<b>Presence of laboratory technician or nurse (multi-role) at least A3 level and trained in microscopy</b>	Criterion met = 5	5	
			<b>MAXIMUM POSSIBLE SCORE = 76</b>	<b>SCORE OBTAINED =</b>

12. MINOR SURGERY (---)				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
<b><i>DIRECT OBSERVATION OF ROOM AND SUPPLIES</i></b>				
1	<b>Room for minor surgery available and in good condition:</b> - Plastered, painted walls of solid material - Smooth cement floor	Criteria met = 10  One criterion missing = 0	10	
2	<b>Examination bed available:</b> - Easy to handle, with foam mattress covered with impermeable material	Criterion met = 5	5	
3	<b>Basic equipment available in room:</b> 1) Local anesthesia available (at least 20 ml) 2) Drum with sterile dressings 3) Kit containing needle holder, anatomical forceps, Kocher clamp, at least 3 pairs of scissors 4) Sterile gloves (at least 3 pairs) 5) Absorbable sutures (at least 2) 6) Bistouries (at least 3) 7) Sterile surgical drapes in drum 8) Kidney basins (at least 2) 9) Disinfectant	Each available supply = 2	18	
4	<b>Record of minor surgery filled out and up-to-date</b>	Criterion met = 10	10	
5	<b>Hygienic conditions assured in minor surgery room</b> 1) Covered containers for infectious materials 2) Safety container (for needles) well-located and utilized	Criteria met = 4  One criterion missing = 0	10	

12. MINOR SURGERY (---)				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
			<b>MAXIMUM POSSIBLE SCORE = 53</b>	<b>SCORE OBTAINED =</b>

13. DRUG MANAGEMENT (---)				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
1	<b>Pharmacy premises comply with standards:</b> 1) shelves 2) well-ventilated 3) protection against direct sunlight 4) protection against theft	Premises meeting all criteria = 10 Even one criterion missing = 0	10	
2	<b>Cleanliness of pharmacy</b> ( <i>no dust on shelves and products, no cobwebs</i> )	Cleanliness assured = 5	5	
3	<b>Stocking procedures meet all standards:</b> 1) Arrangement of products on shelves, not on floor 2) logically arranged products (alphabetical order or by type of therapy) 3) on basis of expiry date 4) with labels on shelves according to International Common Denomination (generic names) 5) concordance between theoretical and physical stock 6) stock cards indicate AMC	Stocking meets all criteria = 60 Even one criterion missing = 0	60	
4	<b>Management of tools:</b> stock card order forms record of receipt of drugs delivery note record of internal requisition monthly drug inventory 1) Presence of tool in pharmacy 2) Filled out according to standards	One tool meeting both criteria = 5 One tool with even one criterion missing = 0	30	
5	<b>Availability of tracer drugs and consumables (take sample of 10 products):</b> 1) Availability of molecules and consumables 2) no disruption of stock since last assessment 3) no threat of shortage (check that remaining stock is more than AMC) for 10 tracer drugs	Tracer drugs and consumables available from sample = 60 Disruption of supply of one drug or consumable = 0	60	
6	<b>Compliance with procedure for destruction of outdated products:</b> 1) inventory card for outdated products 2) Acknowledgment of receipt of outdated drugs and reagents by BDS	Procedure meeting both criteria = 20 Even one criterion missing = 0	20	
7	<b>Available equipment and supplies for drug distribution:</b> 1) water filter 2) spatulas 3) spoons 4) beaker 5) cutting tool 6) packaging	Supplies available = 5	5	
8	<b>Use of tools and updated records:</b> Record of daily use of drugs (RUMER) Daily tracking record	One tool meeting both criteria = 5	15	

13. DRUG MANAGEMENT (---)				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
	Internal requisition book 1) Presence of tool 2) Records up-to-date	One tool with even one criterion missing = 0		
			<b>MAXIMUM POSSIBLE = 205</b>	<b>POINTS OBTAINED =</b>

14. FINANCIAL MANAGEMENT (---)				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
1	<b>Fees for services, drugs, and consumables:</b> 1) posted 2) legible 3) at reception desk and cashier 4) complied with 5) within profit margins specified in ministerial instructions	All criteria met = 20 Even one criterion missing = 0	20	
2	<b>Billing records:</b> 1) available 2) specifying: a) client's name b) amount received in figures and letters c) reason for payment (denominated) with amount	All criteria met = 10 Even one criterion missing = 0	20	
3	<b>Cash receipts journal:</b> 1) available 2) in agreement with billing records 3) up-to-date 4) without erasures or alterations	All criteria met = 20 Even one criterion missing = 0	20	
4	<b>Expenditure record:</b> 1) available 2) in agreement with documentary evidence of expenditures 3) up-to-date 4) without erasures or alterations	All criteria met = 20 Even one criterion missing = 0	20	
5	<b>Documentary evidence of expenditures (10 randomly selected documents):</b> 1) classified and easy to find within 5 minutes for each document 2) specifying: a) name of purchaser b) amount received in figures and letters c) reason for expenditure 3) signatures of cashier, owner, and purchaser	One voucher meeting all criteria = 20 One voucher with even one criterion missing = 0	20	
6	<b>Bank ledger:</b> 1) available 2) in agreement with documentary evidence of expenditures and bank statements and cash receipts journal 3) up-to-date 4) without erasures or alterations	All criteria met = 20 Even one criterion missing = 0	20	
7	<b>Treasury situation:</b> 1) Concordance between theoretical situation (bank ledger) and real situation (bank book or statement or actual cash holdings) 2) Concordance between monthly SIS treasury report with receipts and expenditures journals	Treasury meeting both criteria = 40 Even one criterion missing = 0	40	
8	<b>Quarterly budget estimate:</b> 1) drawn from the annual budget estimate 2) co-signed by the official and the president of the Health Committee	One budget estimate meeting both criteria = 20 Even one criterion missing = 0	20	
9	<b>System for calculating staff bonuses:</b> 1) established 2) made known to personnel	Criteria met = 20	20	

14. FINANCIAL MANAGEMENT (---)				
No.	CHECKLIST	SCORE CRITERIA	MAXIMUM POSSIBLE POINTS	POINTS OBTAINED
			<b>MAXIMUM POSSIBLE = 200</b>	<b>POINTS OBTAINED =</b>

Source: MoH 2010.



**REPUBLIQUE DU BURUNDI MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**  
**GRILLE DE QUALITE TECHNIQUE DES SOINS DE L'HOPITAL SYNTHESE D'EVALUATION**

ENSEMBLE DES COMPOSANTES	Nombre d'indicateurs composites	Points disponibles
1. Indicateurs généraux	8	300
2. Gestion du malade	4	150
3. Plan d'action	3	40
4. Gestion du budget, des comptes et des biens	5	380
5. Gestion des médicaments	9	400
6. Hygiène & stérilisation	8	220
7. Consultation Externe / Urgences	20	400
8. Planification Familiale	10	45
9. Laboratoire	14	115
10. Salles d'hospitalisation	7	80
11. Maternité	12	190
12. Bloc opératoire	9	200
13. Médicaments traceurs		16
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>2 534</b>

Date: ... / ... / 200..	Province de .....	District de .....
Hôpital : public / agréé / privé	Nom de l hôpital: .....	
Nombre de médecins	Nombre de lits : .....	Population du district sanitaire : .....
Nombre personnel A0 : .....	Nombre personnel A1 : .....	Nombre personnel A2 : .....
Nombre personnel A3: .....	Pers. non qualifié A4/A5 <sup>11</sup> : .....	Pers. non qualifié A6: .....
Ratio de personnel qualifié / 2000 habitants : .....	Nombre de lits / 1000 hab. : .....	xxxx

EVALUATEURS

N°	NOM ET PRENOM	FONCTION	SIGNATURE

---

<sup>11</sup> Personnel non qualifié A4 = Aide Soignant – Agent Formation Rapide (AFR) ; A5 = garçon, fille de salle - stérilisation – maintenance ; A6 = jardinier – sécurité – buanderie.

1. INDICATEURS GÉNÉRAUX	Points disponibles	Points obtenus
1 Les infrastructures de l'hôpital sont en bon état, c'est-à-dire qu'elles ne nécessitent pas de travaux importants de <ul style="list-style-type: none"> <li>• reprise générale de la peinture extérieure</li> <li>• reprise générale de la peinture des chambres des malades</li> <li>• réfection de la toiture</li> <li>• réfection du circuit électrique</li> <li>• réfection du système d'adduction d'eau</li> </ul>	10 10  10 10 10	
2 L'hôpital dispose d'un plan annuel d'action centré sur les prestations du paquet complémentaire d'activités (PCA)	30	..... / 30
3 L'hôpital dispose d'un plan annuel de maintenance précisant les activités de maintenance à effectuer pour les bâtiments, le matériel, l'équipement et les personnes internes ou externes (contrats de maintenance) responsables	50	..... / 50
4 Les réunions de l'équipe de direction de l'hôpital ont lieu au moins une fois par mois, avec rapport de réunion disponible	20	..... / 20
5 Le rapport SIS du mois précédent est envoyé au BDS (au plus tard le 5 du mois suivant)	30	..... / 30
6 Une garde médico-chirurgicale est organisée par l'hôpital, c'est-à-dire que <ul style="list-style-type: none"> <li>• le rôle de garde est affiché dans un endroit immédiatement visible par les malades</li> <li>• les responsabilités des individus et des services (y compris l'ambulance et le bloc opératoire) dans l'organisation de la garde fait l'objet d'une directive du médecin directeur de l'hôpital</li> <li>• un système d'écoute des appels (radiophoniques ou téléphoniques) est effectif 24h/24 (vérifier la fonctionnalité de la radio et du téléphone portable avec <u>tous</u> les CDS)</li> </ul>	10  20  70	
7 Une cuisine pour les patients hospitalisés est disponible et propre <ul style="list-style-type: none"> <li>• poubelle pour évacuation des déchets</li> <li>• robinet à moins de 5 m ou réserve d'eau d'au moins 50 l</li> </ul>	5 5	..... / 10
8 Une morgue est disponible (chambre ou petit bâtiment)	10	..... / 10
Total des points	300	..... / 300

2. GESTION DU MALADE		Points disponibles	Points obtenus
9	La référence des malades est organisée au sein de l'hôpital en fonction du PMA et PCA, c'est-à-dire qu'il y a <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une consultation de triage des consultations externes confiée à un infirmier pour les patients non référés des centres de santé</li> <li>• Un accès direct <u>gratuit</u> au médecin (ou au service des urgences) des patients référés des centres de santé</li> <li>• Un accès direct <u>payant</u> au médecin des patients qui le souhaitent, sans être référés par un centre de santé</li> </ul>	10  25 15	
10	Le dossier médical individuel existe pour tous les malades hospitalisés	25	..... / 40
11	Les fiches de référence et de contre-référence existent et sont archivées <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiches de référence</li> <li>• Fiches de contre-référence</li> </ul>	25 25	..... / 50
12	L'hôpital dispose d'une signalétique claire des services et des circuits (panneaux, flèches)	10	..... / 10
Total des points		150	..... / 150
3. PLAN D'ACTION TRIMESTRIEL		Points disponibles	Points obtenus
13	La cohérence du Plan d'action avec le plan annuel d'activités est assurée. Vérifier si <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) le Plan d'action reprend / développe les lignes du PAA</li> <li>(2) des rapports trimestriels existent faisant le point sur la mise en œuvre du PAA/Plan d'action</li> </ol>	10 10	..... / 20
14	L'élaboration du Plan d'action trimestriel implique les chefs de services de l'hôpital [vérifier la liste des présences jointe au rapport de réunion d'adoption du Plan d'action]	10	..... / 10
15	Le Plan d'action montre une analyse de l'accessibilité financière [vérifier si le Plan d'action montre une négociation des tarifs avec le Conseil d'Administration (hôpitaux autonomes) ou le Conseil de Gestion (hôpitaux non autonomes) de l'hôpital].	10	..... / 10
Total des points		40	..... / 40
4. GESTION DU BUDGET, DES COMPTES ET DES BIENS		Points disponibles	Points obtenus
16	La gestion financière et comptable répond aux normes et aux bonnes pratiques : <ol style="list-style-type: none"> <li>(3) L'hôpital tient une comptabilité à partie double</li> </ol>		

<p>(4) Le nombre de comptes bancaires est inférieur à cinq (BRB + fonctionnement + pharmacie + compte facultatif supplémentaire)<sup>12</sup></p> <p>(5) Les livres de banque sont complets et à jour</p> <p>(6) Les livres de caisse (une caisse par compte) sont complets et à jour</p> <p>(7) Les dépenses donnent lieu à un document d'autorisation de dépense</p> <p>(8) Les recettes donnent lieu à un document d'enregistrement de recette</p> <p>(9) Le rapprochement bancaire mensuel est effectué</p> <p>(10) Le classement des pièces comptables est correct (numérotation en continu + classement chronologique)</p> <p>(11) Le suivi de la caisse (inventaire de caisse) est au moins mensuel [procès verbal signé]</p> <p>(12) L'hôpital dispose d'un fichier de suivi de ses dettes</p> <p>(13) L'hôpital dispose d'un fichier de suivi de ses créances</p> <p>(14) L'hôpital dispose d'un manuel des procédures financières et comptables (ou de directives équivalentes du médecin directeur)</p>	20 points car critère bien rempli	
<p>17 La gestion budgétaire repose sur</p> <p>(15) Un budget réaliste établi en fonction des ressources disponibles et en concordance parfaite avec le PAA</p> <p>(16) Des fiches de suivi de l'exécution du budget, pour les recettes comme pour les dépenses, rubrique budgétaire par rubrique budgétaire</p>	40 40	..... / 80
<p>18 La gestion des véhicules est assurée, c'est-à-dire qu'il existe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un règlement précisant les responsabilités (tâches) et les règles dans l'utilisation du charroi de l'hôpital</li> <li>• un dossier par véhicule (y compris les motos) reprenant les fiches de suivi de la maintenance (cf. documents de la DGR)</li> <li>• une synthèse mensuelle des carnets de bord des véhicules (y compris les motos) reprenant au moins leur utilisation, leur kilométrage et leur consommation de carburant mois par mois</li> </ul>	10 15 15	..... / 40
<p>19 Un tableau des investissements (immobilisations) existe et est à jour, avec les apports de l'Etat et des partenaires</p>	20	..... / 20
Total des points	380	..... / 380
<b>5. GESTION DES MEDICAMENTS</b>	<b>Points disponibles</b>	<b>Points obtenus</b>
<p>20 Les fiches de stock sont tenues correctement c'est-à-dire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• comportent la mention de la consommation mensuelle moyenne (CMM)</li> <li>• mentionnent les inventaires mensuels</li> <li>• mentionnent un stock restant à jour [vérifier le stock restant théorique de la fiche de stock avec le stock restant réel sur les étagères, pour 5 produits]</li> </ul>	20 20 20	..... / 60

<sup>12</sup> Instructions ministérielles permanentes du 17.06.2009.

<p>21 Les commandes sont correctes c'est-à-dire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sont mensuelles [vérifier dans le classeur des bons de commande]</li> <li>• Reposent sur la formule Commande = CMM x 2 – SR (où SR est le stock restant) [vérifier en comparant le dernier bon de commande et les fiches de stock de 10 produits commandés]</li> </ul>	<p>20 30</p>	<p>..... / 50</p>
<p>22 La réception des produits est correcte c'est-à-dire est accompagnée</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'un bon de livraison (CAMEBU ou grossistes)</li> <li>• d'un bon de réception signé par un Comité de réception</li> </ul>	<p>20 20</p>	<p>..... / 40</p>
<p>23 Le stockage des produits est correct c'est-à-dire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le local est propre, ventilé, protégé</li> <li>• Le rangement des produits se fait par classe (médicaments, consommables, matériel), puis par voie d'administration (per os ou inhalation, injectables, voie cutanée), puis par dosage</li> <li>• La règle du « premier périmé, premier sorti » est appliquée [vérifier sur 5 produits sur els étagères si les produits périmant le plus tôt sont au devant des rayons des étagères]</li> </ul>	<p>10 10 20</p>	<p>..... / 40</p>
<p>24 La livraison des produits est correcte, c'est-à-dire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• répond à un bon de commande (réquisition) des services ou de la pharmacie de détail</li> <li>• donne lieu à la production d'un bon de réception signé par le service ou la pharmacie de détail</li> </ul>	<p>10 10</p>	<p>..... / 20</p>
<p>25 La gestion des produits périmés ou détériorés est correcte, c'est-à-dire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• est suivie par un registre</li> <li>• donne lieu à des procès verbaux de destruction</li> </ul>	<p>10 20</p>	<p>..... / 30</p>
<p>26 La délivrance des médicaments par les services ou par la pharmacie de détail est suivie par une fiche de consommation journalière</p>	<p>20</p>	<p>..... / 20</p>
<p>27 La gestion globale de la pharmacie de l'hôpital est efficace, c'est-à-dire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il n'y a pas de rupture de stock dans le trimestre [vérifier l'absence de « stock restant = 0 » sur les fiches de stock des 16 médicaments traceurs]</li> <li>• Il n'y a pas de surstockage [vérifier que le « MAD » est inférieur à 2 mois pour les 16 médicaments traceurs]</li> <li>• Il n'y a pas de menace de pénurie [vérifier que le stock restant est supérieur à ½ CMM pour les 16 médicaments traceurs]</li> </ul>	<p>2 points par traceurs = 32 2 points par traceurs = 32 2 points par traceurs = 32 4 points de bonus si tous ces critères sont remplis</p>	<p>..... / 100</p>

28 La fiche de synthèse de la gestion de la pharmacie est complétée et envoyée chaque mois au directeur de l'hôpital [voir modèle dans le module approuvé par le MSP]	40	..... / 40
Total des points	400	..... / 400
<b>6. HYGIENE &amp; STERILISATION</b>	<b>Points disponibles</b>	<b>Points obtenus</b>
29 Existence et entretien de la clôture <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la clôture est une haie, vérifier si la clôture est bien taillée et ne laisse pas de passage non contrôlé</li> <li>• Si la clôture est faite en sticks ou en dur, vérifier si la clôture ne laisse pas de passage non contrôlé</li> </ul>	10	..... / 10
30 Présence de latrines en nombre suffisant et en bon état <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 latrine pour 10 lits</li> <li>• sol sans fissure</li> <li>• murs en briques</li> <li>• toit en tôles ou en tuiles</li> <li>• portes fermant correctement</li> <li>• nettoyage récent</li> <li>• absence de matières fécales visibles</li> </ul>	Tous les critères remplis=30  Un seul critère manque=0	
31 Présence de douches en nombre suffisant et en bon état <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 douche pour 10 lits</li> <li>• eau courante ou récipient avec au moins 20 l</li> <li>• évacuation vers puits perdu</li> </ul>	Tous les critères remplis=30  Un seul critère manque=0	..... / 30
32 Présence d'un incinérateur et d'une fosse à placentas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• incinérateur fonctionnel, utilisé et vidé</li> <li>• fosse à placentas avec couvercle</li> <li>• incinérateur et fosse à placentas sont dans un enclos sans passages bien construit, avec une porte qui ferme à clé</li> </ul>	Tous les critères remplis=20  Un seul critère manque=0	/ 20
33 Présence d'une fosse à déchets pour les détritux décomposables non bio-médicaux <ul style="list-style-type: none"> <li>• fosse d'au moins 3 m de profondeur</li> <li>• sans déchets non décomposables ni déchets infectés</li> <li>• dans un enclos</li> </ul>	Tous les critères remplis=10  Un seul critère manque=0	..... / 10
34 Entretien de la cour intérieure de l'hôpital <ul style="list-style-type: none"> <li>• absence de déchets</li> <li>• absence de produits dangereux (aiguilles, compresses, gants, seringues...)</li> <li>• présence de poubelles : accessibles, avec couvercle, non pleines</li> <li>• gazon coupé</li> <li>• jardin entretenu</li> <li>• absence d'excréta</li> </ul>	Tous les critères remplis=30  Un seul critère manque=0	

35 La stérilisation des instruments est correcte <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a un système de stérilisation en bon état et effectivement utilisé (Poupinel ou casserole à vapeur)</li> <li>• Le protocole de stérilisation est affiché</li> </ul>	40 20	..... / 60
36 Les conditions d'hygiène sont assurées dans toutes les salles de soins <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poubelles avec couvercle pour matériel infecté</li> <li>• Boîtes de sécurité pour les aiguilles, bien placées et utilisées</li> </ul>	10 20	..... / 30
Total des points	220	..... / 220
<b>7. CONSULTATION EXTERNE ET URGENCES</b>	<b>Points disponibles</b>	<b>Points obtenus</b>
37 Le service d'urgence est disponible 24h/24 et 7j/7 avec rôle de garde affiché	100	..... / 100
38 La salle de consultation externe présente de bonnes conditions d'attente <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les murs sont en dur avec crépissage et peinture</li> <li>• Le pavement est en ciment</li> <li>• Les murs et le pavement sont sans fissures</li> <li>• Le plafond est en bon état</li> <li>• Les fenêtres sont en vitres avec rideaux</li> <li>• Les portes sont fonctionnelles avec serrures</li> <li>• Les bancs ou chaises sont suffisants pour 30 personnes</li> <li>• L'endroit est protégé du soleil et de la pluie</li> </ul>	Tous les critères remplis=30  Un seul critère manque=0	
39 La salle de la consultation externe et l'espace d'attente sont séparés pour assurer la confidentialité, avec porte qui ferme, rideaux à la fenêtre, sans passage	20	..... / 20
40 Les principaux tarifs du recouvrement de coût sont affichés et visibles pour les malades avant la consultation	5	..... / 5
41 L'ordre d'arrivée est respecté, avec un système de jetons Numérotés	5	..... / 5
42 La salle de consultation externe et / ou des urgences est éclairée pendant la nuit (électricité ou lumière solaire)	5	..... / 5
43 L'accueil est assuré par un personnel qualifié qui oriente les patients vers les services appropriés	5	..... / 5
44 Le personnel est en tenue conforme <ul style="list-style-type: none"> <li>• blouse propre, boutonnée</li> <li>• cartes d'identification (badge)</li> <li>• chaussures</li> </ul>	Tous les critères remplis=5  Un seul critère manque=0	..... / 5



45 La numérotation mensuelle des patients est correcte dans le registre de consultation externe est correcte et clôturée à la fin du mois	5	..... / 5
46 La disponibilité de l'équipement est assurée dans la salle de consultation externe : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stéthoscope</li> <li>• Tensiomètre</li> <li>• Otoscope</li> <li>• Thermomètre</li> <li>• Table d'examen</li> <li>• Pèse-personne pour adulte</li> <li>• Pèse-bébé</li> <li>• Toise</li> <li>• Ruban pour périmètre brachial</li> </ul>	Tous les critères remplis=20  Un seul critère manque=0	
47 Les divers protocoles de prise en charge des maladies sont disponibles et/ou affichés sur le mur <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paludisme</li> <li>• Diarrhée</li> <li>• IRA</li> <li>• Tuberculose</li> <li>• Tables poids-taille</li> <li>• Tous les critères doivent être présents</li> </ul>	Tous les critères remplis=20  Un seul critère manque=0	
48 La prise en charge du paludisme simple est correcte Le programme doit préciser les critères et la méthode de contrôle	20	..... / 20
49 La prise en charge du paludisme grave est correcte (selon le protocole national)	20	..... / 20
50 La prise en charge des IRA est correcte (selon le protocole national)	20	..... / 20
51 La prise en charge de la diarrhée est correcte (selon le protocole national)	20	..... / 20
52 La détermination de l'état nutritionnel de tout enfant de moins de 5 ans est faite à la consultation externe (selon le protocole national)	20	..... / 20
53 La détermination de l'état nutritionnel de la mère de tout enfant de moins de 6 mois est faite à la consultation externe (selon le protocole national)	20	..... / 20
54 La prise en charge de la malnutrition est correcte (selon le protocole national)	20	..... / 20
55 La proportion de malades traités avec des antibiotiques < 50% Voyez le registre les 30 derniers cas en analysant le diagnostic et calcule le taux – pas plus de 14	20	..... / 20
56 Les critères de détection précoce de la tuberculose sont connus par le personnel soignant chargé de la consultation externe Réponse doit contenir : Amaigrissement, Asthénie, Anorexie – Température – Toux de 15 jours – Transpiration	20	..... / 20

Total des points	400	..... / 400
<b>8. PLANIFICATION FAMILIALE</b>	<b>Points disponibles</b>	<b>Points obtenus</b>
57 Présence d'au moins une infirmière A3 formée dans la PF	5	..... / 5
58 Local disponible et garantissant la confidentialité (salle avec porte fermée – rideaux à la fenêtre – pas de passage)	5	..... / 5
59 Affiche murale ou boîte à images disponible pour la démonstration des méthodes de PF	5	..... / 5
60 Le personnel calcule correctement le nombre de femmes attendues mensuellement pour DIU, ligature ou vasectomie	5	..... / 5
61 La disponibilité des contraceptifs est assurée Critère : 10.000 hab. = 147 doses DEPO et pilule 3 plaquettes / 4 = 36 doses	5	..... / 5
62 Les méthodes de DIU sont disponibles et le personnel est capable de les placer	5	..... / 5
63 Les méthodes d'implants sont disponibles et le personnel est capable de les fixer	5	..... / 5
64 Le registre de la PF est disponible et bien rempli	5	..... / 5
65 La fiche de la PF est disponible et bien remplie Vérifier 5 fiches : tension artérielle, hépatomégalie, varices, poids	5	..... / 5
Total des points	45	..... / 45
<b>9. LABORATOIRE</b>	<b>Points disponibles</b>	<b>Points obtenus</b>
66 Laborantin ou infirmier (polyvalent) d'au moins du niveau A2 Disponible	5	..... / 5
67 Le laboratoire est fonctionnel tous les jours et 24h/24 Vérifier les 2 derniers dimanches dans le registre du labo	5	..... / 5
68 Transfusion sanguine <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité d'une chaîne de froid avec fiche de vérification de la température à jour</li> <li>• Disponibilité d'au moins 5 sachets du groupe O+</li> <li>• Disponibilité d'au moins 2 sachets par autre groupe sanguin</li> </ul>	Tous les critères remplis=30  Un critère manque=0  30	..... / 30
69 L'enregistrement des résultats dans le registre du labo est correct et conforme aux résultats dans le carnet du malade ou bon d'examen	5	..... / 5
70 La liste des examens possibles est affichée dans le laboratoire et est visible pour le public	5	..... / 5
71 La démonstration des parasites est disponible Sur papier plastifié ou dans un livre en couleur, ou affichés (goutte épaisse : P. Vivax, Ovale, Falciparum, Malariae) (selles : amibes, ascaris, ankylostome, schistosome)	5	..... / 5

72 Au moins un microscope fonctionnel est disponible <ul style="list-style-type: none"> <li>• les différents objectifs sont fonctionnels</li> <li>• l'huile à immersion est disponible</li> <li>• la solution de GIEMSA est disponible</li> <li>• l'apport de lumière existe (miroir ou électricité)</li> <li>• les lames et lamelles sont disponibles</li> </ul>	Tous les critères remplis=10  Un critère manque=0	..... / 10
73 Disponibilité d'une centrifugeuse fonctionnelle	5	..... / 5
74 Disponibilité d'un appareil d'examen de biochimie fonctionnel	5	..... / 5
75 Disponibilité d'un appareil de numération sanguine fonctionnel	5	..... / 5
76 Disponibilité de tests rapides pour le diagnostic de VIH/sida	5	..... / 5
77 Maintenance régulière des appareils attestée par les rapports de maintenance signés	15	..... / 15
78 Evacuation des déchets <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déchets organiques dans une poubelle avec couvercle</li> <li>• Boîtes de sécurité disponibles et détruites dans l'incinérateur</li> </ul>	Tous les critères remplis=10  Un critère manque=0	..... / 10
79 Les lames et pipettes utilisées sont plongées dans un récipient contenant un désinfectant	5	..... / 5
Total des points	115	..... / 115
<b>10. SALLES D'HOSPITALISATION</b>	<b>Points disponibles</b>	<b>Points obtenus</b>
80 Le programme de garde est affiché et respecté Vérifier le rapport de garde – noms et signatures	5	..... / 5
81 L'équipement est disponible et en bon état <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les lits occupés ont des matelas recouvert d'une protection lavable</li> <li>• Le revêtement des matelas n'est pas déchiré</li> <li>• Tous les lits ont des supports pour une moustiquaire</li> <li>• Tous les lits occupés ont une moustiquaire</li> <li>• Tous les lits occupés ont des draps</li> <li>• Tous les lits ont une table de nuit</li> <li>• Une armoire est disponible pour 4 malades au maximum</li> </ul>	Tous les critères remplis=20  Un critère manque=0	
82 Les conditions d'hygiène sont bonnes dans toutes les salles d'hospitalisation. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les salles d'hospitalisation sont nettoyées régulièrement</li> <li>• Les malades et garde-malades ont accès à l'eau potable à moins de 20m</li> <li>• Les lits sont espacés d'au moins 1m</li> <li>• Les salles sont aérées et sans mauvaises odeurs</li> </ul>	Tous les critères remplis=20  Un critère manque=0	

83 Toutes les salles d'hospitalisation peuvent être éclairées pendant la nuit (électricité, groupe électrogène, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable) Appuyer sur les interrupteurs pour vérifier s'il y a du courant	5	..... / 5
84 La confidentialité est assurée <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les salles d'hospitalisation des femmes, des hommes et des enfants sont séparées</li> <li>• Les malades hébergés ne sont pas vus de l'extérieur</li> </ul>	Tous les critères remplis=15  Un critère manque=0	..... / 15
85 Le registre d'hospitalisation est disponible et rempli selon les normes techniques et de gestion	5	..... / 5
86 Les fiches d'hébergement sont disponibles et bien remplies <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a au moins 10 fiches vierges en réserve</li> <li>• Sur 5 fiches choisies au hasard, le personnel soignant marque : poids, température, TA, examens de labo</li> <li>• Le suivi du traitement est coché</li> </ul>	Tous les critères remplis=10  Un critère manque=0	..... / 10
Total des points	80	..... / 80
<b>11. MATERNITÉ</b>	<b>Points disponibles</b>	<b>Points obtenus</b>
87 La salle d'accouchement est en bon état <ul style="list-style-type: none"> <li>• murs en dur, sans fissures avec crépissage et peinture</li> <li>• pavement en ciment sans fissures</li> <li>• plafond en bon état</li> <li>• fenêtres vitrées avec rideaux</li> <li>• portes fonctionnelles</li> </ul>	Tous les critères remplis=10  Un critère manque=0	..... / 10
88 La salle d'accouchement est fonctionnelle <ul style="list-style-type: none"> <li>• tables d'accouchement en bon état</li> <li>• eau disponible en suffisance avec savon</li> <li>• éclairage possible pendant la nuit (électricité, groupe électrogène, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable)</li> <li>• poubelle avec couvercle</li> <li>• boîte de sécurité pour les aiguilles</li> <li>• seau à placenta</li> <li>• seau pour le linge souillé</li> <li>• toise</li> <li>• pèse-bébé</li> <li>• table de réanimation néonatale</li> <li>• stéthoscope obstétrical</li> <li>• désinfectant</li> <li>• compresses stériles</li> <li>• gants stériles (au moins 10 paires)</li> <li>• au moins 2 boîtes d'accouchement stérilisées</li> </ul>	Tous les critères remplis=30  Un critère manque=0	
89 Le matériel d'épisiotomie est disponible Au moins 2 boîtes d'épisiotomie avec ciseaux, pinces anatomique et chirurgicale, aiguilles, porte-aiguille, fil catgut et fil non résorbable	15	..... / 15

90 La ventouse est disponible et fonctionnelle <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au moins un médecin, un infirmier ou une sage-femme est formé à son utilisation</li> <li>• La ventouse est utilisée (voir registre ou fiches)</li> </ul>	Tous les critères remplis=15  Un critère manque=0	..... / 15
91 L'équipement et les médicaments suivants sont disponibles pour les soins au nouveau-né <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fil stérile de ligature du cordon</li> <li>• Bande ombilicale stérile</li> <li>• Aspirateur (poire plongée dans un désinfectant non irritant ou aspirateur manuel ou électrique fonctionnel)</li> <li>• Lampe chauffante</li> <li>• Onguent ophtalmique de tétracycline 1% (appliqué à chaque nouveau né)</li> </ul>	Tous les critères remplis=20  Un critère manque=0	
92 Le partogramme est disponible et utilisé <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au moins 10 partogrammes vierges sont en réserve</li> <li>• Le partogramme est rempli une fois par heure</li> <li>• La tension artérielle est indiquée</li> </ul> Vérifier 10 partogrammes	10 10 10	..... / 30
93 Le partogramme donne lieu à un suivi actif de l'accouchement : une décision figure lorsque la courbe de suivi de l'accouchement entre dans la zone « action » disponible et utilisé Vérifier 10 partogrammes du trimestre.	20	..... / 20
94 Le score d'Apgar est mesuré et figure dans le partogramme à la 1 <sup>e</sup> , la 5 <sup>e</sup> et la 10 <sup>e</sup> minutes	10	..... / 10
95 Tous les accouchements sont effectués par du personnel qualifié Vérifier sur base des registres et recouper avec la liste du personnel	20	..... / 20
96 La salle d'attente est adéquate Au moins 4 lits avec matelas	10	..... / 10
97 La salle d'hébergement est adéquate <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lits avec matelas recouverts de toile cirée sans déchirure</li> <li>• Draps et couverture à chaque lit occupé</li> <li>• Moustiquaire à chaque lit occupé</li> </ul>	Tous les critères remplis=10  Un critère manque=0	..... / 10
Total des points	210	..... / 210
<b>12. BLOC OPERATOIRE</b>	<b>Points disponibles</b>	<b>Points obtenus</b>
98 La salle d'opérations est en bon état <ul style="list-style-type: none"> <li>• murs en dur, sans fissures avec crépissage et peinture à l'huile</li> <li>• pavement en ciment sans fissures</li> <li>• plafond en bon état</li> <li>• fenêtres vitrées opaques</li> <li>• portes fonctionnelles</li> </ul>	Tous les critères remplis=20  Un critère manque=0	..... / 20

99 La table d'opération est en bon état <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilement maniable</li> <li>• Revêtement de mousse avec toile cirée</li> <li>• Manettes fonctionnelles des membres</li> </ul>	Tous les critères remplis=20  Un critère manque=0	..... / 20
100 L'éclairage est en bon état <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lampe scialytique avec ampoules fonctionnelles</li> <li>• Lumière de réserve assurée (groupe électrogène, énergie solaire, lampe avec batterie rechargeable)</li> </ul>	Tous les critères remplis=20  Un critère manque=0	..... / 20
101 L'équipement de base est disponible <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appareil d'anesthésie générale</li> <li>• Kit de rachianesthésie</li> <li>• Respirateur</li> <li>• Aspirateur électrique</li> <li>• Bistouri électrique et cautérisation</li> </ul>	Tous les critères remplis=30  Un critère manque=0	..... / 30
102 Deux kits d'intervention stérilisés sont prêts pour les urgences (césarienne – chirurgie viscérale, traumatologie-orthopédie, fixateur externe facilement maniable)	30	..... / 30
103 Disponibilité d'un vestiaire et d'un espace de lavage et brossage adéquats <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositif de désinfection approprié à pédale ou à coude</li> <li>• Disponibilité de l'eau courante</li> <li>• Disponibilité de brosses avec savon</li> </ul>	Tous les critères remplis=20  Un critère manque=0	..... / 20
104 Disponibilité de tenues adéquates (blouses chirurgicales, masques, bonnets, sandales)	20	..... / 20
105 Registre opératoire bien rempli et à jour	20	..... / 20
106 Conditions d'hygiène assurées dans la salle d'opération <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poubelles pour matériaux infectés avec couvercle</li> <li>• Boîtes de sécurité pour les aiguilles</li> </ul>	20	..... / 20
107 Existence d'une petite salle de plâtrage et présence du matériel nécessaire (rouleaux de différentes tailles, bassin, coupe plâtre, bandes ouatées)	20	..... / 20
Points TOTAUX -	200	...../220

13. MEDICAMENTS TRACEURS Stock de Sécurité = Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) / 2	Disponible OUI > CMM / 2	Disponible NON < CMM / 2
1. Ampicilline injectable 1g ou 500mg	1	0
2. Cotrimoxazole comp 480 mg	1	0
3. Diazepam 10 mg / 2ml – injectable	1	0
4. Poche de sang	1	0
5. Methergine amp 10 Unités	1	0
6. Metronidazole comp 250 mg	1	0
7. Paracetamol comp 500 mg	1	0
8. Quinine comp 500 mg	1	0
9. Quinine injectable	1	0
10. SRO / oral sachet	1	0
11. Ringer Lactate	1	0
12. Glucosé 5%	1	0
13. Fils résorbable elt non résorbable	1	0
14. Gants stériles	1	0
15. Compresses	1	0
16. Bombone d'oxygène	1	0
Points TOTAUX	16	..... /16

VERIFIER QUE TOUTES LES QUESTIONS SONT REMPLIES

L'évaluateur remercie le personnel

Problèmes prioritaires identifiés

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Actions urgentes d'amélioration proposées

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



Current versions:

**REPUBLIQUE DU BURUNDI**  
**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**  
**DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE**  
**GRILLE D'EVALUATION TRIMESTRIELLE DE LA QUALITE**  
**TECHNIQUE DU CENTRE DE SANTE**  
**INFORMATIONS GENERALES**  
**IDENTIFICATION DU CENTRE DE SANTÉ**

Centre de santé de :		
CDS		
District Sanitaire:		Province :
Téléphone :	Fax :	B.P :
Statut : Public <input type="checkbox"/> Agréé <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/>		
Pop. desservie :	Nombre de lits:	Nb personnel A0:
Ratio personnel qual/2000 hab.:	Nombre lits/1000 hab.:	Nb personnel A1:
		Nb personnel A2
		Nb personnel A3
		Nb personnel non qual(A4/A5):
		Nb personnel non qual. (A6)
Nom du Responsable :		Téléphone :
B.P :	E-mail :	

**MEMBRES DE L'EQUIPE D'EVALUATION**

No	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	SIGNATURE

**PARTICIPANTS DU CDS**

No	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	SIGNATURE

**SYNTHESE TRIMESTRIELLE DE L'EVALUATION DE LA QUALITE DU CENTRE DE SANTE**

<b>N</b>	<b>ACTIVITÉ EVALUEE</b>	<b>Points Disponibles</b>	<b>Points attribués</b>	<b>%</b>	<b>Observations</b>
1	Activités générales	230			
2	Suivi évaluation/SIS	190			
3	Hygiène, Environnement et Stérilisation	230			
4	Consultation externe et Hébergement	330			
5	Maternité	140			
6	Consultation Prénatale	130			
7	Planning familial	110			
8	Vaccination et suivi des nourrissons	130			
9	Lutte contre le VIH/SIDA	270			
10	Tuberculose et Lèpre	150			
11	Laboratoire	76			
12	Petite chirurgie	53			
13	Gestion des Médicaments	205			
14	Gestion financière	200			
15	Santé communautaire	56			
<b>TOTAL</b>		<b>2 500</b>			

**SYNTHESE DES OBSERVATIONS ET DES RECOMMANDATIONS SUR LES SERVICES DU CDS**

BDS \_\_\_\_\_ CDS \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Recommandations non-appliquées du trimestre précédent et leurs justifications

Points forts et points à améliorer identifiés au cours de l'évaluation de ce trimestre

Recommandations par rapport aux points à améliorer

Supervisions techniques recommandées

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

\_\_\_\_\_  
Date

1. Activités générales (...)				
No	RESULTATS A EVALUER	CRITERES DE COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
1	<b>Disponibilité de la Carte Sanitaire de l'aire géographique de santé et affichée:</b> Carte sanitaire de la FOSA montrant : Collines ou quartiers Routes principales Barrières naturelles Points spéciaux et distances	Tous les 4 critères remplis= 10  Un des critères manque=0	10	
2	<b>Disponibilité de l'horaire de travail et rôle de garde :</b> Horaire de travail et rôle de garde affichés et accessibles au public	Critère rempli=10	10	
3	<b>Disponibilité de Radio ou téléphone portable pour la communication avec la FOSA de première référence :</b> Radio avec batterie chargée (tester la fonctionnalité par appel) <b>et/ou</b> Téléphone avec unités d'appel d'au moins 1000Fbu	Critère rempli= 40	40	
4	<b>Disponibilité des tarifs de recouvrement des couts</b> Tarifs de recouvrement des couts affichés et accessibles au public	Critère rempli=10	10	
5	<b>Inventaire de l'équipement et matériel pour chaque service existe et actualisé chaque trimestre</b>	Inventaire existe et à jour = 10 Inventaire manque ou non à jour = 0	10	
6	<b>Services disponibles avec personnel en permanence 24h/24h, 7/7 jours, y compris les jours fériés :</b> L'évaluateur confirme par vérification : de l'horaire de permanence élaboré et accessible au public (affiché) de l'enregistrement des cas pour 3 jours non ouvrables tirés au hasard au cours du trimestre évalué	Permanence confirmée = 100	100	
7	<b>Existence d'une source d'énergie d'éclairage pendant la nuit :</b> électricité, groupe électrogène ou énergie solaire	Critère rempli=20	20	
8	<b>Bon Accueil assuré aux bénéficiaires des services :</b> <b>1)</b> Lieux d'attente couverts avec chaises ou bancs <b>2)</b> Existence d'un système de triage avec numéro d'ordre et orientation <b>3)</b> Présence d'une personne faisant le triage selon la gravité et le	Un élément présent = 10 (Max 3 éléments)	30	

1. Activités générales (...)				
No	RESULTATS A EVALUER	CRITERES DE COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
	numéro d'ordre			
			<b>MAXIMUM POSSIBLE = 230</b>	<b>POINTS OBTENU =</b>

2. Suivi évaluation/SIS				
No	RESULTATS A EVALUER	CRITERES DE COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
1	<p><b>Existence du Plan d'Action Annuel centré sur les prestations du PMA</b></p> <p>Compte rendu de la réunion d'élaboration du Plan d'Action Annuel avec liste des participants signée            Implication des acteurs clés dans l'élaboration du Plan d'Action Annuel, tels que les responsables de services de la FOSA, le COSA et le BDS.            Plan d'Action Annuel basé sur le Plan d'Action Annuel du District Sanitaire (reprend les indicateurs de résultats du District Sanitaire            Plan d'action annuel transmis au BDS le premier mois de l'année</p>	Un Critère rempli=5	20	
2	<p><b>Existence du Plan d'Action Trimestriel approuvé par l'ECD :</b></p> <p>Compte rendu de la réunion d'élaboration du Plan d'Action Trimestriel avec liste des participants signée            Implication des acteurs clés dans l'élaboration du Plan d'Action Trimestriel, tels que les responsables de services de la FOSA, le COSA, et les responsables des FOSA sous contractées.            Plan d'Action trimestriel basé sur le Plan d'Action Annuel (reprend et développe les lignes du PAA)</p>	Un critère rempli=5	15	

2. Suivi évaluation/SIS				
No	RESULTATS A EVALUER	CRITERES DE COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
3	<p><b>Les PV mensuels des 3 réunions techniques de la FOSA au cours du trimestre évalué :</b>            Chaque PV doit contenir : <b>1)</b> la date, l'heure de début et de fin de la réunion <b>2)</b> l'agenda ou l'ordre du jour <b>3)</b> la liste de présence des participants signée <b>4)</b> Déroulement de la réunion et décisions prises <b>5)</b> suivi des décisions prises lors de la réunion précédente</p>	<p>Un PV remplissant tous les critères = 10</p> <p>Un PV avec même un critère non-rempli = 0</p>	30	
4	<p><b>Les PV mensuels des 3 réunions du Comité de Santé (COSA) au cours du trimestre évalué :</b>            Chaque PV doit contenir : <b>1)</b> la date, l'heure de début et de fin de la réunion <b>2)</b> l'agenda ou l'ordre du jour <b>3)</b> la liste de présence des participants signée <b>4)</b> Déroulement de la réunion et décisions prises <b>5)</b> suivi des décisions prises lors de la réunion précédente</p>	<p>Un PV remplissant tous les critères = 10</p> <p>Un PV avec même un critère non-rempli = 0</p>	30	
5	<p><b>Rapport d'analyse mensuelle des données SIS du trimestre évalué sur les problèmes prioritaires (Vaccination, CPN, PF, Accouchement) contenant :</b> <b>1)</b> Courbe d'évolution ou tableau de données <b>2)</b> Commentaires de l'évolution des activités par rapport aux cibles.</p>	<p>Un rapport d'analyse de données pour 5 activités remplissant les 2 critères = 5</p> <p>Un rapport avec même un critère non rempli = 0</p>	15	
6	<p><b>Rapport SIS transmis au BDS dans les délais :</b>  <b>Rapport mensuel SIS transmis au BDS avant le 5<sup>ème</sup> jour du mois suivant et rempli à 100% (c'est-à-dire toutes les rubriques sont remplies et correctement remplies)</b>  <b>Le rapport hebdomadaire des 7 maladies à potentiel épidémique (rapport à transmettre en dehors des épidémies au BDS chaque lundi suivant la semaine notifiée)</b>  <b>le rapport mensuel des 16 maladies sous surveillance transmis au BDS</b></p>	<p>Tous les Rapports attendus pour un mois correctement remplis et dans les délais = 10</p>	30	

2. Suivi évaluation/SIS				
No	RESULTATS A EVALUER	CRITERES DE COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
7	<b>Archivage correct des documents usuels de la FOSA (Plans d'Actions, Rapports mensuels d'activités, PV des réunions, Dossiers administratifs du personnel, ROI, et lettres administratives...) :</b> Classeurs dans les étagères étiquetés Accessibles au personnel habileté Documents faciles à retrouver dans un délai ne dépassant pas 5 minutes	Tous les critères remplis=20  Un critère manque=0	20	
8	<b>Disponibilité des outils (documents) d'usage pour différents services :</b> 1) Formulaires de rapports SIS (au moins 3 copies) 2) Fiches de référence/Contre référence (au moins 10) 3) Fiches (carnets pour la mère) CPN (au moins 20) 4) Fiches PF (au moins 20) 5) Partogrammes vierges (au moins 10) 6) Fiches d'hébergement (au moins 10)	Un critère rempli=5	30	
			<b>MAXIMUM POSSIBLE = 190</b>	<b>POINTS OBTENU =</b>

3. HYGIENE, ENVIRONNEMENT ET STERILISATION (---)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
1	<b>Existence d'une clôture des bâtiments de la FOSA et bien entretenue</b> Si haie vive : taillée sans passage non contrôlé Si en sticks ou en durs : sans passage	Critère rempli=10  Critère non rempli=0	10	
2	<b>Présence de moustiquaires au niveau de toutes les fenêtres</b>	Critère rempli=10	10	

3	<b>Propreté des salles, de la cour et du terrain assurée: 1)</b> présence de poubelles (dans le hall d'attente et le couloir) <b>2)</b> Absence de déchets dispersés <b>3)</b> Présence des réceptacles pour matériel d'injection dans les salles de soins <b>4)</b> Environnement dans l'enceinte du CS entièrement débroussaillé avec drainage d'eau stagnante	Chaque critère de propreté rempli = 10	40	
4	<b>Existence d'un Incinérateur</b> : fonctionnel et utilisé et vidé (triage et destruction ...)	Critère rempli= 20	20	
5	<b>Existence d'une Fosse à placenta</b> : avec dalle et couvercle qui se ferme a clé	Critère rempli= 10	10	
6	<b>Disponibilité d'une source d'eau</b> (Eau courante ou puits ou pompe ou château/citerne d'eau/ fût d'eau bien couvert)	Source d'eau disponible = 10	10	
7	<b>Points d'eau disponibles dans les salles de consultations, d'hébergement, laboratoire et près des latrines</b>	Points d'eau disponibles = 10	10	
8	<b>Présence des latrines 1)</b> utilisables <b>2)</b> Plancher sans fissures avec un seul trou et couvercle <b>3)</b> absence de matières organiques autour <b>4)</b> porte qui se ferme une fois à l'intérieur	Toutes les latrines remplissent les critères = 30 Un critère manque pour même une latrine=0	30	
9	<b>Présence des douches 1)</b> utilisables avec eau courante ou récipient avec au moins 20 litres <b>2)</b> absence de matières organiques autour <b>3)</b> porte qui se ferme une fois à l'intérieur <b>4)</b> évacuation des eaux usées dans un puits perdu	Toutes les douches remplissent les critères = 20 Un critère manque pour même une douche=0	20	
10	<b>Disponibilité des matériels de stérilisation et fonctionnels</b> : 1) cocotte ou autoclave ou poupinel fonctionnel 2) protocole de stérilisation affiché	Critère rempli = 50 si critère 1 n'est pas rempli=0	50	
11	<b>Réserve de produit de décontamination. Solution étiquetée avec formule et date de préparation</b>	Produit présent, solution étiquetée avec formule et date de préparation. matériels utilisés trempés (s'il y en a) dans les solutions de décontamination = 10	10	
12	<b>Tenue réglementaire propre et en bon état portée par tout le personnel</b>	Tenue portée par tout le personnel = 10	10	

	<b>MAXIMUM POSSIBLE = 230</b>	<b>POINTS OBTENU =</b>
--	-------------------------------	------------------------



CONSULTATION EXTERNE (CE)/URGENCE ET HEBERGEMENT (---)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
1	<b>Matériels d'examens disponibles dans la salle de consultation et fonctionnels : 1) thermomètre 2) tensiomètre 3) stéthoscope, 4) otoscope, 5) gants, 6) balance adulte et Salter, 7) abaisse langue 8) table d'examen 9) Toise 10) Tables de rapport Poids/Taille et ruban pour PB</b>	Salle de consultation équipée de 10 matériels fonctionnels = 20 Un matériel manque ou non-fonctionnel = 10 Plus d'un matériel manque ou non-fonctionnel = 0	20	
2	<b>Conditions de confidentialité assurées:</b> Local de consultation individuel avec rideaux ou fenêtres peintes, paravent (si salle partagée) portes fermant	Confidentialité assurée = 20	20	
3	<b>Documentation d'appui à la consultation à la portée du prestataire : 1) Ordinogramme IST 2) Protocole national de prise en charge du paludisme 3) Guide de la Tuberculose 4) Ordinogramme de prise en charge de la diarrhée 5) Ordinogramme de prise en charge des IRA</b>	Chaque document présent dans la salle = 4	20	
4	<b>Toutes les consultations externes sont faites par un Infirmier qualifié</b> Consultations faites par un Infirmier au moins de niveau A3	Critère rempli=20	20	
5	<b>Prise en charge correcte des pathologies selon l'ordinogramme ou le protocole :</b> Prise en charge correcte pour 10 cas tirés au hasard dans le registre de CE	Pris en charge correcte de 100 cas= 10 Entre 9-5 cas=50 Moins de 5cas=0	100	
6	La stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance PCIME est appliquée	Critère rempli=40	40	
7	<b>Registre de CE correctement rempli :</b> numérotation (enregistrement) des cas correcte remplissage de toutes les informations requises selon le canevas	Les 2 critères remplis=10 Un critère manque=0	10	
8	<b>Disponibilité du matériel et équipement de la salle d'hébergement : 1) lits avec matelas plastifiés non déchirés 2) moustiquaires pour tous les lits 3) draps et couvertures propres et non déchirés 4) au moins 1 armoire disponible pour 4 malades</b>	Tous les critères remplis=10 Un critère manque=0	10	
9	<b>Prise en charge correcte des 5 cas hébergés (Analyse des Fiches d'hébergement choisies au hasard) : 1) identification du patient 2) plaintes ou symptômes à l'entrée, 3) examen clinique orienté</b>	Un cas avec tous les critères remplis = 10	50	

CONSULTATION EXTERNE (CE)/URGENCE ET HEBERGEMENT (---)				
	par l'ordinogramme à l'admission <b>4)</b> examens de laboratoire selon l'ordinogramme <b>5)</b> diagnostic <b>6)</b> traitement correct selon l'ordinogramme ou protocole <b>7)</b> suivi de signes vitaux <b>8)</b> absence de signe de danger <b>9)</b> durée de séjour ne dépassant pas 2 jours	Un cas avec même un critère non-rempli = 0		
10	<b>Registre d'hébergement correctement rempli :</b> numérotation (enregistrement) des cas correcte remplissage de toutes les informations requises selon le canevas	Les 2 critères remplis=5 Un critère manque=0	5	
11	Détermination des cas de malnutrition sur chaque colline (l'état nutritionnel) de tous les enfants de moins de 5 ans qui viennent en consultation	Réalisé=15 Non réalisé=0	15	
12	Détermination de l'état nutritionnel de toute femme dont l'enfant malade est âgé de moins de 6 mois	Réalisé=10 Non réalisé=0	10	
13	Cahier de dépistage de l'état nutritionnel disponible et bien rempli (à jour)	Critère rempli=5 Critère non rempli=0	5	
14	Prise en charge de la malnutrition selon le protocole national	Critère rempli=5 Critère non rempli=0	5	
			<b>SCORE MAXIMUM POSSIBLE = 330</b>	<b>SCORE OBTENU =</b>

MATERNITE (---)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
1	<b>Salle en bon état et rassurant les conditions de confidentialité :</b> Murs en dur sans fissure avec crépissage et peinture, Pavement en ciment sans fissure, Rideaux ou fenêtres peintes, paravent (si salle partagée), portes fermant	Tous les critères remplis = 10  Un critère manque=0	10	
2	<b>Equipements et matériel disponibles et fonctionnels :</b> 1) table d'accouchement maniable et propre 2) au minimum 3 boîtes d'accouchement stériles ( <i>avec pince porte aiguille, deux pinces de Kocher, pince chirurgicale à griffes, deux ciseaux</i> ) 3) stéthoscope obstétrical 4) fil de suture, 5) anesthésique local (au moins 50ml de réserve) et ergométrine 6) balance pèse-bébé 7) tambour avec champs stériles 8) pommade ophtalmique 9) tambour avec gaze 10)	Un matériel disponible et fonctionnel = 3  Si même un matériel de (1) à (5) non disponible ou non-	60	

MATERNITE (---)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
	tablier en plastique 11) source de lumière 12) embu bébé 13) bottes 14) masque 15) lunettes 16) gants non déchirés 17) Fil de ligature du cordon 18) Sceau a placenta 19) Table de réanimation néonatale 20) point d'eau en suffisance avec savon	fonctionnel = 0		
ANALYSE DES PARTOGRAMMES DES TROIS DERNIERS MOIS				
3	<b>Analyse de 10 partogrammes choisis au hasard :</b> 1) Partogramme rempli selon les normes (remplissage chaque heure, TA indiquée, ...) 2) Décision prise en cas du dépassement de la ligne d'alerte endéans une heure 3) Le score d'APGAR est mesure et figure dans le partogramme a la 1ere, 5eme et 10eme minute 4) Accouchement fait par un personnel qualifié (au moins un infirmier A3)	Un partogramme remplissant les 4 critères = 5 Un partogramme avec même un critère non-rempli = 0	50	
4	<b>Salle d'hébergement des accouchées adéquate :</b> lits avec matelas plastifiés non déchirés draps et couvertures et moustiquaire à chaque lit occupé	Tous les critères remplis=20 Un critère manque=0	20	
			<b>MAXIMUM POSSIBLE = 140</b>	<b>POINTS OBTENU =</b>

6. CONSULTATION PRENATALE (--)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
PERSONNEL, SALLE ET MATERIEL DE LA CPN				
1	<b>Conditions de confidentialité assurées:</b> Local de consultation individuel avec rideaux ou fenêtres peintes, paravent (si salle partagée) portes fermant	Confidentialité assurée = 10	10	
2	<b>Equipement et matériel disponible et fonctionnel :</b> 1) Table de consultation 2) Tensiomètre 3) stéthoscope 4) Mètre ruban lisible 5) Balance avec Toise 6) Foetoscope 7) Gants non déchirés	Tous les matériels disponibles et fonctionnels = 20 Un matériel manque ou non-fonctionnel = 0	20	
3	<b>IEC/CCC de groupe :</b> 1) causerie de groupe réalisée avant la CPN 2) existence d'un cahier de rapport d'IEC à jour avec : a) thème b) nombre de participants c) responsable d'activité d) date et e) signature	IEC/CCC remplissant tous les critères = 10 Même un critère non-rempli = 0	10	

6. CONSULTATION PRENATALE (--)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
4	<b>CPN faite par un personnel qualifié</b> ( <i>qualification: au moins un infirmier A3</i> )	Oui = 5 Non = 0	5	
<b>VERIFICATION DE 10 FICHES DE CPN CHOISIES AU HASARD (lors de la réalisation des CPN)</b>				
5	<b>Interrogatoire correctement mené: 1)</b> antécédents gynéco – obstétricaux sur les grossesses (y compris le VAT) et accouchements antérieurs (GPAvEV) <b>2)</b> fièvre <b>3)</b> convulsions <b>4)</b> antécédents médico-chirurgicaux : <b>a)</b> diabète <b>b)</b> cardiopathies <b>c)</b> HTA <b>d)</b> néphropathies <b>e)</b> TBC <b>f)</b> asthme <b>4) 5)</b> DDR <b>6)</b> Anamnèse générale	Un cas remplissant tous les critères = 1 Un cas avec même un critère non-rempli = 0	10	
6	<b>Proposition systématique de dépistage VIH (doit être marquée sur la fiche CPN)</b>	Existe=10 N'existe pas=0	10	
7	<b>Examen physique effectué: 1)</b> poids <b>2)</b> taille <b>3)</b> TA <b>4)</b> examen des seins et <b>5)</b> recherche des œdèmes <b>6)</b> PB	Un cas avec 5 éléments = 1 Un cas avec même 1 élément qui manque = 0	10	
8	<b>Examen obstétrical effectué : 1)</b> HU <b>2)</b> présentation (à partir de 36 semaines) <b>3)</b> BCF (à partir de 20 semaines) <b>4)</b> Mouvement fœtaux	Un examen d'un cas remplissant les critères = 1 Un examen d'un cas avec même un critère non rempli = 0	10	
9	<b>Examens complémentaires demandés, Recherche systématique de :</b> <b>1)</b> syphilis <b>2)</b> hémoglobine, Albumine si signe de HTA <b>3)</b> Glucose	Un cas avec tous les examens complémentaires = 1 Un cas avec un même examen qui manque = 0	10	
10	<b>Administration du VAT selon les directives : 1)</b> intervalle respecté <b>2)</b> vaccin non périmé <b>3)</b> conservation selon les normes dans le lieu de vaccination <b>4)</b> voie d'administration du VAT correspond à celle indiquée sur le flacon et lieu d'injection selon les normes.	Un cas d'administration du VAT remplissant tous les critères = 0,5 Un cas avec un critère non rempli = 0	5	
11	<b>Prescription correcte du :</b> <b>1)</b> fer et acide folique <b>2)</b> Mebendazole <b>3)</b> moustiquaire imprégnée d'insecticide	Un cas avec toutes les prescriptions faites correctement = 0,5 Un cas avec même une prescription incorrecte = 0	5	

6. CONSULTATION PRENATALE (--)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
12	<b>Gestion des cas avec facteurs de risque assuré: 1)</b> facteurs de risque identifiés <b>2)</b> décision prise correctement selon la fiche CPN <b>3)</b> information communiquée à la femme	Gestion d'un cas remplissant tous les critères = 2 Gestion d'un cas avec même un critère non rempli = 0	20	
13	<b>Registre de CPN correctement rempli :</b> numérotation (enregistrement) des cas correcte remplissage de toutes les informations requises selon le canevas	Les 2 critères remplis=0,5 Un critère manque=0	5	
		<b>MAXIMUM POSSIBLE = 130</b>	<b>POINTS OBTENU =</b>	

7. PLANIFICATION FAMILIALE (---)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
<b>VERIFICATION DIRECTE DE LA SALLE ET MATERIEL</b>				
1	<b>Conditions de confidentialité assurées:</b> Local de consultation individuel avec rideaux ou fenêtres peintes, portes fermant	Confidentialité assurée = 10	10	
2	<b>Les consultations sont faites par un personnel qualifié :</b> au mois un Infirmier A3 (voir au moins 5 fiches de PF)	Critère rempli=5	5	

## 7. PLANIFICATION FAMILIALE (---)

No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
3	<b>Méthodes Contraceptives :</b> Pilules Injectables Implant Préservatif DIU avec pince à col et hystéromètre  <b>1) Disponibilité du contraceptif avec stock théorique correspondant au stock physique 2) Seuil d'alerte déterminé et respecté.</b>	Une méthode contraceptive remplissant les 2 critères = 4  Une méthode contraceptive avec même un critère non rempli = 0	20	
4	<b>Disponibilité des affiches murales ou boîte à image</b> pour la démonstration des méthodes de PF	Critère rempli=5	5	
5	<b>Registre PF disponible:</b> 1) à jour 2) toutes les rubriques remplies	Critères remplis=5	5	
6	<b>IEC/CCC de groupe :</b> <b>1)</b> causerie de groupe réalisée avant la séance de consultation <b>2)</b> existence d'un cahier de rapport d'IEC à jour avec : <b>a)</b> thème <b>b)</b> nombre de participants <b>c)</b> responsable d'activité <b>d)</b> date et <b>e)</b> signature	IEC/CCC remplissant tous les critères = 10 Même un critère non-rempli = 0	10	
7	<b>Le CDS atteint au moins 90% de la cible trimestrielle en contraceptifs oraux et injectables fixés dans le Plan d'Action</b>	Critère rempli=5	5	
<i>ANALYSE DE 10 FICHES DE PF DES TROIS DERNIERS MOIS CHOISIS AU HASARD</i>				
8	<b>La fiche PF disponible :</b> 1) rubriques remplies 2) classées par mois de rendez vous dans l'échéancier	Critères remplis pour 1 fiche= 1	10	
9	<b>Justification des méthodes recommandées, retenues et prescrites par rapport aux méthodes indiquées par l'interrogatoire, antécédents, examen physique.</b>	Justification correcte = 3 Non justifiée = 0	30	
10	<b>Contrôle et suivi :</b> Rendez vous fixé	Oui = 1 Non = 0	10	
		<b>MAXIMUM POSSIBLE =</b> <b>110</b>		<b>POINTS OBTENU =</b>

8. VACCINATION ET SUIVI DES NOURRISSONS (---)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
<b>OBSERVATION DE LA SALLE ET DU MATERIEL</b>				
1	<b>Equipement et matériel disponible au CS et fonctionnel :</b> 1) réfrigérateur 2) accumulateurs de froid 3) boîte isotherme avec mousse 4) réserve de pétrole (5 litres minimum) et/ou générateur 5) thermomètre	Tous les équipements et matériels disponibles et fonctionnels = 20 Même un équipement ou matériel manque ou non fonctionnel = 0	20	
2	<b>Disponibilité des vaccins et diluants:</b> BCG VAP VAR DTC+HepB+Hib VAT Diluants 1) Présence physique des antigènes non périmés avec étiquette 2) Absence de rupture de stock pendant les 3 derniers mois	Disponibilité de tous les antigènes et diluants remplissant les 2 critères = 30 Péréemption ou rupture même d'un antigène ou un diluant = 0	30	
3	<b>Conservation des vaccins</b> 1) Absence des produits autres que vaccins, accumulateurs et eau de dilution dans le frigo.	Conservation remplissant le critère = 20 Conservation avec tout autre produit = 0	20	
4	<b>Consommables et imprimés disponibles :</b> 1) seringues autobloquantes 2) seringues de dilution (de 2 et 5 ml) 3) réceptacles 4) ouate 5) fiches de vaccination 6) fiches de pointage 7) registre de vaccination	Disponibilité de tous les éléments = 10 Même un élément manque = 0	10	
5	<b>Chaîne de froid:</b> 1) Température du frigo dans les limites (entre +2°C et +8°C) 2) Absence de rupture de la chaîne de froid au cours de 3 derniers mois.	Chaîne rempli les 2 critères = 20 Même un jour de rupture = 0	20	
6	<b>Gestion de stock vaccins :</b> 1) stock théorique de vaccins correspond au stock physique 2) <b>stock minimum</b> déterminé et respecté.	Gestion remplissant les 2 critères = 5 Même un critère non rempli = 0	5	

8. VACCINATION ET SUIVI DES NOURRISSONS (---)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
7	<b>IEC/CCC de groupe : 1)</b> causerie de groupe réalisée avant la vaccination <b>2)</b> existence d'un cahier de rapport d'IEC à jour avec : thème, nombre de participants, responsable d'activité, date et signature <b>3)</b> matériel didactique disponible et adapté <b>4)</b> séance tenue en conditions adéquates (lieu couvert, bancs ou chaises...)	IEC/CCC remplissant tous les critères = 5 Même un critère non rempli = 0	5	
8	<b>Système d'identification des enfants attendus pour la séance</b>	<b>Existence du système = 5</b> <b>Non-existence du système = 0</b>	5	
9	<b>Système de récupération des abandons</b> (par ex : échéancier, registre avec colonne rendez vous, fiche individuelle classée)	<b>Existence du système = 10</b> <b>Non-existence du système = 0</b>	10	
10	<b>Registre de PEV disponible:</b> 1) à jour 2) toutes les rubriques remplies	Critères remplis=5 Un critère manque=0	5	
		<b>MAXIMUM POSSIBLE = 130</b>	<b>POINTS OBTENU =</b>	

9. LUTTE CONTRE LE VIH (---)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
1	<b>Salle de counseling équipée et garantissant la confidentialité:</b> 1) Murs en dur avec crépissage et peinture, 2) pavement en ciment sans fissures 3) plafond en bon état 4) fenêtres en vitres avec rideaux 5) portes fermant	Un critère rempli=2	10	
2	Respect du protocole de dépistage volontaire:1) Conseil pré test 2) utilisation d'un test sensible (Hexagon ou Détermine) et confirmation par un test spécifique (Génie II) 3) Conseil post test avec remise de résultat	3 critères remplis=40 Un critère manque=0	40	



9. LUTTE CONTRE LE VIH (---)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
3 4	<b>Suivi correct des PVVIH sous ARV</b> 1) RDV respecté le 14 ième jour (pour traitement incluant la Névirapine), chaque mois jusqu'à 6 mois et tous les trois mois après 6 mois 2) Bilan immunobiologique fait selon le protocole appliqué 3) Examen clinique fait à chaque visite 4) Recherche et mesure de l'observance à chaque visite	4 critères remplis=20 Un critère manque=0	20	
5	<b>Approvisionnement sans faille des réactifs, des médicaments et ARV</b> 1) Existence du stock de sécurité (CMM/2) 2) Les fiches de stock sont à jour et concordance du stock théorique et physique	4 critères remplis=40 Un critère manque=0	40	
6	<b>Protocole de la PTME disponible et utilisé</b> 1) Prophylaxie antirétrovirale correctement conduite à 28 SA 2) Pratiques obstétricales à moindre risques appliquées 3) Prophylaxie antirétrovirale correctement conduit chez le NNé	2 critères remplis=20 Un critère manque=0	20	
7	<b>Suivi correct des NRS nés des femmes séropositives</b> 1) RDV médical mensuel respecté 2) Administration du cotrimoxazole 3) Suivi de la croissance de l'enfant 4) Examen clinique à chaque visite	3 critères remplis=20 Un critère manque=0	20	
8	<b>Accompagnement psychosocial de la femme enceinte ou allaitante séropositive</b> 1) Conseils sur l'alimentation du nourrisson 2) Conseils sur la PF chez les femmes allaitantes	4 critères remplis=30 Un critère manque=0	30	
9	<b>Le dossier du malade existe et aucun élément de suivi ne manque</b>	2 critères remplis=40 Un critère manque=0	40	
10	<b>Tous les registres sont disponibles et sont bien remplis et bien classés</b>	critère remplis= 30	30	
11	<b>Présence de prestataires qualifiés formés sur le conseil et dépistage du VIH, la PTME et la PEC du VIH</b>	critère remplis=10	10	
	<b>MAXIMUM POSSIBLE = 270</b>	critère remplis=10	10	

9. LUTTE CONTRE LE VIH (---)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
		<b>MAXIMUM POSSIBLE = 270</b>	<b>POINTS OBTENU =</b>	

10. TUBERCULOSE et LEPRE (---)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
<b>OBSERVATION DU MATERIEL, IMPRIMES ET PRODUITS</b>				
1	<b>Gestion de stock des antituberculeux (Rifampicine, Streptomycine, Ethambutol):</b> <b>1) présence des antituberculeux en fonction des malades sous traitement 2) stock théorique correspond au stock physique</b>	Gestion remplissant les 2 critères pour anti-TBC= 50 Un critère manque=0	50	
2	<b>Disponibilité des imprimés :</b> <b>1)</b> registre des cas de tuberculose (pour CDT) <b>2)</b> fiche de prise en charge <b>3)</b> registre de laboratoire (pour les CDT) <b>4)</b> fiche de transfert <b>5)</b> fiche de contre référence (pour les CDT) <b>6)</b> bon de labo <b>7)</b> registre de réquisition des antituberculeux <b>8)</b> registre de réquisition de matériels et réactifs de laboratoire. <b>9)</b> registre de réquisition des imprimés <b>10)</b> Registre Lèpre <b>11)</b> Protocole schéma court et retraitement affiché dans la salle de consultation	Présence de tous les imprimés = 20 Absence même d'un imprimé = 0	20	
<b>ANALYSE DE 2 CAS CHOISIS AU HASARD SUR LES FICHES ET REGISTRE</b>				
3	<b>Prise en charge correcte selon les directives PNLT :</b> <b>1)</b> au moins 2 examens de crachat sont positifs et enregistrés sur la fiche de traitement pour les nouveaux cas TPM+ (résultat de laboratoire annexé à la fiche) <b>2)</b> traitement conforme aux protocoles PNLT ( <i>phase d'initiation, de continuation, de rechute</i> ) <b>3)</b> crachat de contrôle si indiqué fait conformément aux instructions PNLT <b>4)</b> test VIH effectué (ou référé)	Un cas remplissant tous les critères = 70 Un cas avec même un critère non rempli = 0	70	
4	<b>Existence d'une stratégie de récupération des malades en cas d'irrégularité défini par le PNLT (endéans 6 jours)</b>	Stratégie existe = 1	10	
			<b>MAXIMUM POSSIBLE = 150</b>	<b>POINTS OBTENU =</b>

11. LABORATOIRE (---)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
<b>OBSERVATION DIRECTE DE LA SALLE ET DU MATERIEL</b>				
1	<b>Equipement et matériel disponible et fonctionnel :</b> 1) Microscope 2) centrifugeuse 3) Hemoglobinomètre 4) lames neuves 5) lamelles 6) source de lumière 7) Minuterie 8) Flacons à crachat 9) flacons à selles 10) Anse de platine 11) Lampe à alcool 12) Crayon diamant 13) Paillasse	Un équipement ou un matériel disponible et fonctionnel = 2	26	
2	<b>Présence de produits réactifs et de bandelettes non périmés :</b> 1) Giemsa 2) Fuch sine, Acide Sulfurique, Bleu de méthylène, Huile à immersion et Alcool (pour CDT) 3) Bandelettes pour albumine et sucre 4) Test de grossesse 5) Huile à immersion 6) KOP 7) Hb 8) VIH	Chaque produit présent = 3	24	
3	<b>Crachoirs, récipients à selles éliminés dans une poubelle fermable et fermée</b>	Déchets éliminés dans la poubelle = 5	5	
4	<b>Présence du système d'évacuation des eaux usées garantissant la protection de l'environnement</b>	Présence du système conforme =5	5	
5	<b>Disponibilité des démonstrations des parasites (GE, Selles, crachats) :</b> (sur papier plastifié, dans un livre en couleurs, ou affiches)	Critère rempli=5	5	
6	<b>Enregistrement des résultats dans le registre de labo :</b> Correct 2) conforme aux résultats du bon d'examen	Critère rempli=6	6	
7	<b>Présence d'un laborantin ou Infirmier polyvalent d'au moins de niveau A3 formé en microscopie</b>	Critère rempli=5	5	
			<b>SCORE MAXIMUM POSSIBLE = 76</b>	<b>SCORE OBTENU =</b>

12. PETITE CHIRURGIE (---)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
<b>OBSERVATION DIRECTE DE LA SALLE ET DU MATERIEL</b>				
1	<b>Salle pour la petite chirurgie disponible et en bon état</b> - Murs en dur avec crépissage et peinture - Pavement en ciment sans fissures	Critères remplis=10 Un critère manque=0	10	
2	<b>Lit d'examen disponible</b> - Facilement maniable avec mousse garnie de toile cirée	Critère rempli=5	5	
3	<b>Equipement de base disponible dans la salle :</b> 1)Anesthésie locale disponible (au moins 20 ml) 2)Tambour avec compresses stériles 3) Boite à pince avec porte aiguille, pince anatomique, pince de cocher, paire de ciseaux (au moins 3) 4) Gants stériles (au moins 3 paires) 5) Fils résorbables (2 au minimum) 6) Bistouri (au moins 3) 7) Champs stériles dans un tambour 8) Bassins réniformes (au moins 2) 9) présence d'un désinfectant	Chaque matériel disponible = 2	18	
4	<b>Registre de petite chirurgie bien rempli et à jour</b>	Critère rempli =10	10	
5	<b>Conditions d'hygiène assurées dans la salle de petite chirurgie</b> 1) Poubelles pour matériaux infectés avec couvercle 2) Boite de sécurité (pour les aiguilles) bien placé et utilisé	Critères remplis=10 Un critère manque=0	10	
			<b>SCORE MAXIMUM POSSIBLE =</b> 53	<b>SCORE OBTENU =</b>

13. GESTION DES MEDICAMENTS (---)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
1	<b>Local de la pharmacie conforme aux normes :</b> <b>1)</b> Etagères <b>2)</b> local aéré <b>3)</b> protection contre la lumière directe du soleil <b>4)</b> protection contre le vol.	Local remplissant tous les critères = 10 Même un critère non rempli = 0	10	
2	<b>Propreté de la pharmacie</b> ( <i>absence de poussière sur les étagères et les produits, de toiles d'araignée</i> )	Propreté assurée= 5	5	
3	<b>Stockage conforme aux normes :</b> <b>1)</b> Rangement de tous les produits sur l'étagère et non par terre <b>2)</b> Ordre de rangement logique (ordre alphabétique ou par forme thérapeutique) <b>3)</b> En fonction de la date de péremption <b>4)</b> avec étiquette sur l'étagère de la dénomination Commune Internationale (noms génériques) <b>5)</b> Concordance entre le stock théorique et le stock physique <b>6)</b> Fiches de stock indiquant la CMM	Stockage remplissant tous les critères = 60 Même un critère non rempli = 0	60	
4	<b>Gestion des outils :</b> fiche de stock bons de commande registre d'entrées des médicaments bon de livraison registre de réquisition interne inventaire mensuel des médicaments <b>1)</b> Présence de l'outil dans la pharmacie de stock <b>2)</b> Remplissage conforme aux normes	Un outil remplissant les 2 critères = 5 Un outil avec même un critère non rempli = 0	30	
5	<b>Disponibilité de médicaments et consommables traceurs (prendre un échantillon de 10 produits) :</b> <b>1)</b> Disponibilité des molécules et consommables <b>2)</b> Absence de rupture de stock à partir de la dernière évaluation <b>3)</b> Absence de menace de pénurie (vérifier que le stock restant est supérieur à la CMM) pour les 10 médicaments traceurs)	Les médicaments et consommables traceurs de l'échantillon disponibles = 60 Rupture même d'un médicament ou consommable = 0	60	
6	<b>Respect de la procédure de destruction des produits périmés :</b> <b>1)</b> Fiche d'inventaire des produits périmés <b>2)</b> Accusé de réception des médicaments et réactifs périmés reçus par le BDS	Procédure remplissant les 2 critères = 20 Même un critère non rempli = 0	20	
7	<b>Équipements et matériel disponibles pour la distribution des médicaments :</b> <b>1)</b> filtre à eau <b>2)</b> spatules <b>3)</b> cuillères <b>4)</b> gobelet <b>5)</b> objet coupant <b>6)</b> emballages.	matériels disponibles = 5	5	
8	<b>Utilisation des outils et remplissage à jour :</b> Registre d'utilisation journalière des médicaments (RUMER) Registre de pointage journalier Cahier de réquisition interne <b>1)</b> Présence de l'outil <b>2)</b> Remplissage à jour	Un outil remplissant les 2 critères = 5 Un outil avec même un critère non rempli = 0	15	

13. GESTION DES MEDICAMENTS (---)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
		<b>MAXIMUM POSSIBLE</b> = <b>205</b>	<b>POINTS OBTENU =</b>	

#### LISTE DES MEDICAMENTS TRACEURS DU NIVEAU CENTRE DE SANTE

Albendazole co 400 mg
Amoxicilline co 500 mg
Amoxicilline sirop
Paracétamol sirop
Mebendazole sirop
Métronidazole sirop
Chlorhexidine solution
Artésunate-amodiaquine Cp enfnt 2 - 11 mois
Artésunate-amodiaquine Cp enfnt 1 - 5 ans
Artésunate-amodiaquine Cp enfnt 6 – 13 ans
Artésunate-amodiaquine Cp enfnt 14 ans et plus
Cotrimoxazole co 480 mg
Ergométrine ampoule
Fer / Acide folique co
Hydroxide d'aluminium co
Indométhacine co 25 mg
Mébendazole co 100 mg
Métronidazole co 250 mg
Paracétamol co 500 mg
Pénicilline V co 250 mg
Quinine co 500 mg
Sérum glucosé 5% 500ml
SRO sachets

14. GESTION FINANCIERE (---)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
1	<b>Tarifs des actes, médicaments et consommables : 1) affichés 2) lisibles 3) à la réception et à la caisse 4) respectés 5) respectant les marges bénéficiaires selon les instructions ministérielles</b>	Tous les critères remplis = 20 Même un critère non	20	

14. GESTION FINANCIERE (---)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
		rempli = 0		
2	<b>Quittanciers : 1) disponibles 2) spécifiant : a) nom du client b) le montant reçu en chiffres et en lettres c) le motif de paiement (libellé) avec quantification</b>	Tous les critères remplis = 20 Même un critère non rempli = 0	20	
3	<b>Journal des recettes : 1) disponible 2) concordant avec le quittancier 3) à jour 4) sans surcharge d'écritures</b>	Tous les critères remplis = 20 Même un critère non rempli = 0	20	
4	<b>Journal des dépenses : 1) disponible 2) concordant aux justificatifs de dépenses 3) à jour 4) sans surcharge d'écritures</b>	Tous les critères remplis = 20 Même un critère non rempli = 0	20	
5	<b>Pièces justificatives de dépenses (sur 10 pièces choisies au hasard) : 1) classées et retrouvables en 5 min par pièce 2) spécifiant : a) nom de l'acquéreur b) le montant reçu en chiffres et en lettres c) le motif de dépense, 3) Les signatures du caissier, du titulaire et de l'acquéreur</b>	Une pièce remplissant tous les critères = 20 Une pièce avec même un critère non rempli pour une pièce = 0	20	
6	<b>Livre caisse banque : 1) disponible 2) concordant avec les pièces justificatives de dépenses et les extraits bancaires et le journal de recettes 3) à jour 4) sans surcharge d'écritures</b>	Tous les critères remplis = 20 Même un critère non rempli = 0	20	
7	<b>Situation de trésorerie : 1) Concordance entre situation théorique (livre caisse banque) et réelle (livret ou extrait bancaire ou caisse physique) 2) Concordance entre Rapport mensuel SIS de trésorerie avec les journaux de recettes et dépenses</b>	Trésorerie remplissant les 2 critères = 40 Même un critère non rempli = 0	40	
8	<b>Prévision budgétaire trimestrielle : 1) tirée de la prévision budgétaire annuelle 2) cosignée par le responsable et le président du Comité de santé</b>	Une prévision budgétaire remplissant les 2 critères = 20 Même un critère non rempli = 0	20	
9	<b>Système de calcul des primes de performance 1) établi 2) connu par le personnel</b>	Critères remplis = 20	20	

<b>MAXIMUM POSSIBLE = 200</b>	<b>POINTS OBTENU =</b>
-------------------------------	------------------------

15. SANTE COMMUNAUTAIRE (---)				
No	RESULTATS A EVALUER	INDICATIONS POUR LA COTATION	POINTS MAXIMUM POSSIBLE	POINTS OBTENUS
1	Disponibilité au CDS des copies des rapports mensuels (3 rapports) des TPS indiquant (1) le <b>Nombre de nouvelles latrines hygiéniques aménagées</b> au cours du trimestre évalué, (2) Identification complète des ménages (Nom et Prénom du chef de ménage, colline et sous-colline...) (3) date de visite du ménage par le TPS (4) Nom, prénom et signature du TPS	Un rapport remplissant tous les critères=5	15	
2	Disponibilité au CDS des copies des rapports mensuels des ASC (3 rapports) indiquant notamment le <b>% de ménages de la ZR avec les MII suspendus sur le lit</b>	Critère rempli pour un rapport=5	15	
	Le CDS dispose (1) d'un système de collecte des informations dans la communauté et (2) des rapports mensuels concernant : le % des collines dont les Batwa font partie des ASC et COSA le % des enfants de moins de 2 ans ayant terminés la vaccination (tous les antigènes) au sein des groupes vulnérables en général et la communauté Batwa en particulier l'identification de cas de malnutrition sur la colline de recensement l'identification de cas de TBC sur la colline de recensement l'identification et la relance de cas de tuberculeux par les COSA et ASC	Les 2 critères remplis pour : (a)=6 (b)=5 (c)=5 (d)=5 (e)=5	56	
			<b>MAXIMUM POSSIBLE = 56</b>	<b>POINTS OBTENU =</b>



**REPUBLIQUE DU BURUNDI**  
**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**  
**GRILLE D’EVALUATION TRIMESTRIELLE DE LA QUALITE TECHNIQUE DE L’HOPITAL**  
**SYNTHESE D’EVALUATION**

ENSEMBLE DES COMPOSANTES	Nombre d’activités à évaluer	Points disponibles	POINTS OBTENUS
Indicateurs généraux	9	90	
Plan d’action semestriel	1	40	
Gestion financière et Comptabilité	3	70	
Gestion des médicaments et produits pharmaceutiques	7	80	
Hygiène, salubrité de l’environnement et stérilisation	16	100	
Laboratoire et transfusion sanguine	8	60	
Consultations Externes et Urgences	9	120	
Maternité	8	200	
Bloc opératoire	10	140	
Hospitalisation	3	100	
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>1000</b>	<b>%</b> .....

<b>Date:</b> ... / ... / 200..	<b>Province de</b> .....	<b>District de</b> .....
Hôpital : public / agréé / privé	Nom de l’hôpital: .....	
Nombre de médecins	Nombre de lits : .....	Population du district sanitaire : .....
Nombre personnel A0 : .....	Nombre personnel A1 : .....	Nombre personnel A2 : .....
Nombre personnel A3: .....	Pers. non qualifié A4/A5 <sup>24</sup> : .....	Pers. non qualifié A6: .....
Ratio de personnel qualifié / 2000 habitants : .....	Nombre de lits / 1000 hab. : .....	.....

**EQUIPE D’EVALUATION**

N°	NOM ET PRENOM	FONCTION	SIGNATURE

<sup>24</sup> Personnel non qualifié A4 = Aide Soignant – Agent Formation Rapide (AFR) ; A5 = garçon, fille de salle - stérilisation – maintenance ; A6 = jardinier – sécurité – buanderie.


### PARTICIPANTS DE L'HOPITAL EVALUE

N°	NOM ET PRENOM	FONCTION	SIGNATURE

INDICATEURS GENERAUX				
Sujet	Activités	Indicateurs et critères de vérification	Indications pour la cotation	Points obtenus
Gestion des ressources de l'hôpital	Planification annuelle des activités	L'hôpital dispose d'un <b>plan d'action annuel</b> centré sur les prestations du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA)	Critère rempli=5	
	Tenue de réunions de l'équipe de direction de l'hôpital	Une réunion a lieu au moins une fois par mois, avec compte rendu contenant : <i>ordre du jour détaillé</i> <i>suivi des recommandations de la dernière réunion</i> <i>évaluation de l'exécution du plan d'action de l'hôpital</i> <i>recommandations de la réunion avec responsable du suivi et délais d'exécution</i> <i>liste de présence signée</i> <i>dirigée par le Médecin Directeur de l'hôpital</i>	Tous les critères remplis pour 1 mois=5  Même un critère non rempli pour 1 mois=0  Max-15	
	Entretien des infrastructures de l'hôpital	Les <b>infrastructures</b> de l'hôpital sont en bon état, c'est-à-dire qu'elles ne nécessitent pas de travaux importants de reprise générale de la peinture extérieure reprise générale de la peinture des chambres réfection de la toiture réfection du circuit électrique réfection du système d'adduction d'eau	Tous les critères remplis=10  Même un critère non rempli=0	
	Maintenance du matériel et	Existence d'un <b>plan annuel de maintenance</b> précisant les activités de maintenance à effectuer	Critère rempli=5	

	<b>équipements</b>	pour les bâtiments, le matériel, l'équipement et les personnes internes ou externes (contrats de maintenance) responsables		
	<b>Gestion du charroi</b>	La gestion rationnelle des véhicules est assurée : un règlement précisant les responsabilités (tâches) et les règles dans l'utilisation du charroi de l'hôpital un dossier par véhicule (y compris les motos) reprenant les fiches de suivi de la maintenance (cf. documents de la DGR) une synthèse mensuelle des carnets de bord des véhicules (y compris les motos) reprenant au moins leur utilisation, leur kilométrage et leur consommation de carburant mois par mois	<b>Tous les critères remplis=10</b>  <b>Même un critère manque=0</b>	
	<b>Disponibilité d'infrastructures complémentaires</b>	Une <b>cuisine</b> pour les patients hospitalisés est disponible et propre, avec (1) poubelle pour évacuation des déchets, (2) robinet à moins de 5 m ou réserve d'eau d'au moins 50 litres	<b>Tous les critères remplis=5</b>  <b>Un des critères manque=0</b>	
		Une <b>morgue</b> est disponible (chambre ou petit bâtiment)	<b>Critère rempli=5</b>	
<b>Permanence des services</b>	<b>Assurance de la garde médico-chirurgicale</b>	Une <b>garde médico-chirurgicale</b> est organisée par l'hôpital, c'est-à-dire que le <i>rôle de garde</i> est affiché dans un endroit immédiatement accessible au public les <i>responsabilités</i> des individus et des services (y compris l'ambulance et le bloc opératoire) dans l'organisation de la garde fait l'objet d'une directive du médecin directeur de l'hôpital un <i>système d'écoute des appels</i> (radiophoniques ou téléphoniques) est effectif 24h/24 (vérifier la fonctionnalité de la radio et du téléphone portable avec <u>tous</u> les CDS)	<b>Tous les critères remplis=15</b>  <b>Chaque critère rempli=5</b>  <b>Max=15</b>  <i>(note possible : 5-10-15)</i>	
<b>Gestion de l'information sanitaire</b>	<b>Transmission des rapports mensuels SIS</b>	<b>Pour chaque mois du trimestre présentement évalué, le rapport mensuel du SIS</b> a été transmis au BDS au plus tard le 25 <sup>ème</sup> jour du mois suivant	<b>Critère rempli=10</b>	
	<b>Analyse des données SIS de l'hôpital des périodes antérieures</b>	Rapport d'analyse trimestrielle des données SIS comprenant : <i>La liste signée de présence des participants a la séance d'analyse des données</i> <i>résultats d'analyse sous forme de graphiques avec commentaires, au moins pour 5 indicateurs jugés prioritaires (comparaison avec cibles, détection des situations particulières, recherche de causes éventuelles, décision ou actions</i>	<b>Tous les critères remplis=10</b>  <b>Même un critère manque=0</b>	

		<i>entreprises/corrections éventuelles des erreurs)</i>		
	<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>INDICATEURS GENERAUX</b>	<b>90</b>	
<b>PLAN D'ACTION SEMESTRIEL DE L'HOPITAL</b>				
Sujet	Activités	Indicateurs et critères de vérification	Indications pour la cotation	Points obtenus
<b>Planification semestrielle</b>	<b>Elaboration et suivi du Plan d'Action semestriels</b>	Existence du Plan d'Action Semestriel : Cohérent avec le PAA (reprend / développe <i>les lignes du PAA</i> ) implication des chefs de services de l'hôpital [vérifier la liste des présences jointe au rapport de réunion d'adoption du Plan d'action] Existence d'un rapport trimestriel de suivi de l'exécution du Plan d'Action semestriel indiquant : le niveau d'exécution des activités planifiées pour le trimestre évalué les forces/les opportunités dans l'exécution du PA les difficultés/les défis rencontrés dans la mise en œuvre du PA les solutions/les stratégies envisagées pour faire face aux difficultés/défis	<b>Critère (1) rempli=10</b>  <b>Critère (2) rempli=20</b>  <b>Max=30</b>  <b>(Note possible : 0 ; 10 ; 20 ; 30)</b>	
		Le Plan d'action montre une <b>analyse de l'accessibilité financière</b> : respecte les tarifs fixés au niveau national existence d'un plan de recouvrement des coûts	<b>Critères remplis=10</b> <b>Un critère manque=0</b>	
	<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>PLAN D'ACTION SEMESTRIEL</b>	<b>40</b>	
<b>GESTION FINANCIERE ET COMPTABILITE</b>				
Sujet	Activités	Indicateurs et critères de vérification	Indications pour la cotation	Points obtenus
<b>Budget</b>	<b>Gestion budgétaire</b>	La gestion budgétaire repose sur : Un budget réaliste établi en fonction des ressources disponibles et en concordance parfaite avec le PAA Un tableau des investissements (immobilisations) existe et est à jour, avec les apports de l'Etat et des partenaires Des fiches de suivi de l'exécution du budget, pour les recettes comme pour les dépenses, rubrique budgétaire par rubrique budgétaire	<b>Tous les critères remplis=15</b> <b>Chaque critère rempli=5</b> <b>Note possible : 0 ; 5 ; 10 ; 15)</b>	
<b>Comptabilité</b>	<b>Gestion de comptes de l'hôpital</b>	La comptabilité répond aux normes et aux bonnes pratiques : L'hôpital tient une comptabilité à partie double L'hôpital dispose d'un logiciel de comptabilité	<b>Tous les critères remplis=25</b>	

		<p>Un(e) comptable qualifié(e) (Niveau A1 au minimum) tient la comptabilité de l'hôpital</p> <p>Le nombre de comptes bancaires est inférieur à cinq (BRB + fonctionnement + pharmacie + compte facultatif supplémentaire)</p> <p>Les livres de caisse sont complets et à jour</p> <p>Les dépenses donnent lieu à un document d'autorisation de dépenses</p> <p>Les recettes donnent lieu à un document d'enregistrement de recettes</p> <p>Le classement des pièces comptables est correct (numérotation en continu + classement chronologique)</p> <p>Le suivi de la caisse (inventaire de caisse) est au moins mensuel [procès verbal signé]</p> <p>L'hôpital dispose d'un fichier de suivi de ses dettes</p> <p>L'hôpital dispose d'un fichier de suivi de ses créances</p> <p>L'hôpital dispose d'un manuel des procédures financières et comptables (ou de directives équivalentes du médecin directeur)</p>	<p><b>De critère (1) à (11)=2 points par critère rempli</b></p> <p><b>Critère (12) rempli=3</b></p> <p><b>(Max=25)</b></p>	
<b>Rapport financier</b>	<b>Elaboration et transmission du rapport financier mensuel</b>	Existence d'un rapport financier mensuel : conforme au canevas standard du SIS transmis au BDS avec accusé de réception (3 rapports transmis au cours du trimestre évalué)	<p><b>Tous les critères remplis pour 1 mois=10</b></p> <p><b>(Max=30)</b></p>	
	<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>GESTION FINANCIERE ET COMPTABILITE</b>	<b>70</b>	
<b>GESTION DES MEDICAMENTS ET PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>				
<b>Sujet</b>	<b>Activités</b>	<b>Indicateurs et critères de vérification</b>	<b>Indications pour la cotation</b>	<b>Points obtenus</b>
<b>Stock</b>	<b>Gestion du stock de médicaments de l'hôpital</b>	<p>Le <b>stockage des produits</b> est correct :</p> <p>Le <i>local</i> est propre, ventilé, protégé</p> <p>Le <i>rangement</i> des produits se fait par classe (médicaments, consommables, matériel), puis par voie d'administration (per os ou inhalation, injectables, voie cutanée), puis par dosage et par ordre alphabétique</p> <p>La <i>règle du « premier périmé, premier sorti »</i> est appliquée [vérifier sur 5 produits sur les étagères si les produits périmant le plus tôt sont au devant des rayons des étagères]</p>	<p><b>Tous les critères remplis=10</b></p> <p><b>Même 1 critère non rempli=0</b></p>	

		Les <b>fiches de stock</b> sont tenues correctement : comportent la mention de la <i>consommation mensuelle moyenne</i> (CMM) les <i>inventaires mensuels</i> mentionnent un <i>stock (quantité) restant</i> à jour [vérifier le stock restant théorique de la fiche de stock avec le stock restant réel sur les étagères, pour au moins 5 produits]	Tous les critères remplis=5 Même 1 critère non rempli=0	
		La gestion des <b>produits périmés ou détériorés</b> est correcte est : suivie par un registre spécifique donne lieu à des procès verbaux de destruction ou Accusé de réception du BDS des produits périmés ou détériorés	Tous les critères remplis=5 Même 1 critère non rempli=0	
<b>Commande</b>	<b>Assurer les commandes des médicaments</b>	Les <b>commandes</b> sont effectuées selon les normes : reposent sur la formule <b>Commande = CMM x 2 – SR</b> (où SR est le stock restant) [vérifier en comparant le dernier bon de commande et les fiches de stock de 10 produits commandés] les instructions pour l'achat des médicaments ont été respectées	Critères remplis=10 Même 1 critère non rempli=0	
<b>Réception</b>	<b>Assurer la réception des médicaments</b>	La <b>réception des produits</b> est accompagnée : d'un <i>bon de livraison</i> (CAMEBU ou grossistes) d'un <i>bon de réception</i> signé par un Comité de réception	Critère rempli=10 Critère non rempli=0	
<b>Livraison</b>	<b>Assurer la livraison des médicaments</b>	La <b>livraison des produits</b> : répond à un <i>bon de commande</i> (réquisition) des services ou de la pharmacie de détail donne lieu à la production d'un <i>bon de réception</i> signé par le service ou la pharmacie de détail	Critère rempli=10 Critère non rempli=0	
<b>Distribution</b>	<b>Suivi de la consommation des médicaments</b>	La <b>délivrance des médicaments</b> par les services ou par la pharmacie de détail est suivie par une fiche de consommation journalière	Critère rempli=10 Critère non rempli=0	
<b>Médicaments traceurs</b>	<b>Assurer la disponibilité permanente des médicaments traceurs</b>	<i>Absence de rupture de stock</i> dans le trimestre [vérifier l'absence de « stock restant = 0 » sur les fiches de stock des médicaments traceurs] Il n'y a <i>pas de sur-stockage</i> [vérifier que le « MAD » est inférieur à 2 mois pour les 23 médicaments traceurs] <i>Absence de menace de pénurie</i> [vérifier que le stock restant est supérieur à ½ CMM pour les médicaments traceurs] (voir liste EPISTAT)	Tous les critères remplis=15 Chaque critère rempli=5 (Max=15)	
<b>Gestion globale de la pharmacie</b>	<b>Suivi mensuel de la gestion de la pharmacie</b>	La <b>fiche de synthèse de la gestion de la pharmacie</b> est complétée et envoyée chaque mois au directeur de l'hôpital pour approbation [voir modèle dans le module approuvé par le MSPLS]	Critère rempli=5 Critère non rempli=0	
	<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>GESTION DES MEDICAMENTS ET PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>	<b>80</b>	

HYGIENE, SALUBRITE DE L'ENVIRONNEMENT ET STERILISATION				
Sujet	Activités	Indicateurs et critères de vérification	Indications pour la cotation	Points obtenus
Comité d'hygiène, santé et sécurité en milieu de travail	1. Mise en place et fonctionnement d'un comité d'hygiène, santé et sécurité de l'hôpital (CHSST)	Existence de comité fonctionnel d'hygiène, santé et sécurité a l'hôpital avec: de procès-verbaux de réunions mensuelles de plan d'action et d'un rapport trimestriel du CHSST	Les 2 critères remplis=5 Même 1 critère non rempli=0	
Promotion de la Santé	Assurer la promotion de la santé au niveau de l'hôpital	Existence d'un technicien de promotion de la santé dans l'hôpital Affichage accessible au public et au personnel de l'hôpital des instructions relatives à l'hygiène, environnement et stérilisation	Critère (1)=3 Critère (2)=2 (Max=5)	
Maladies et accidents professionnels en milieu de travail	Notification des maladies et accidents professionnels	Existence d'un système (directives) de Notification des maladies et accidents professionnels au sein de l'hôpital	Critère rempli=5	
Protection de l'enceinte l'hôpital	Mise en place et entretien de la clôture des bâtiments de l'hôpital	Existence d'une clôture des bâtiments de l'hôpital et bien entretenue : Si haie vive : taillée sans passage non contrôlée Si en briques ou en durs : sans passage Si en fil barbelé, présence de treillis métalliques	Critère rempli=5 Critère non rempli=0	
	Dispositifs de treillis sur les ouvertures des bâtiments	Présence de treillis moustiquaires à petite maille au niveau de toutes les fenêtres et sur les combles	Critère rempli=5 Critère non rempli=0	
	Utilisation de MII	Existence de montants sur les lits pour servir de support aux moustiquaires Moustiquaire rectangulaire imprégnée d'insecticide pour chaque lit occupé	2 critères remplis=5 Même 1 critère non rempli=0	
Etat des salles, de la cour et du terrain	Entretien de la propreté des salles, de la cour et du terrain	Propreté des salles, de la cour et du terrain assurée: (A) Absence de mauvaises odeurs dans les salles (B) existence d'un système de triage préalable des déchets placés dans différentes poubelles étiquetées, de préférence de différentes couleurs (C) présence dans les salles de soins de différentes poubelles avec étiquettes, de préférence de différentes couleurs remplies au ¾ maximum <b>Au niveau de la production des déchets ces poubelles sont les suivantes :</b> 1. Boîtes de sécurité des injections pour déchets pointus, tranchants ou coupants (aiguilles, seringues et bistouris ; généralement de couleur jaune) de 5 litres; 2. Poubelle pour déchets infectieux (pansement,	Critère (A) rempli=5 Critère (B) rempli=2 Critère (C) rempli= 5 Critère (D) rempli=3 Critère (E) rempli=5 Critère (F) rempli=5 (NB : si critères (A) et (F) non remplis à la	

		<p>ouate, sparadraps, compresses) de couleur bleue ;</p> <p>3. Poubelle pour déchets anatomiques (placentas et amputations), de couleur rouge de 20 litres ;</p> <p>4. Poubelle pour déchets de récupération ou recyclables (bouteilles, flacons, plastics, ferrailles), de couleur marron de 20 litres;</p> <p>5. Poubelle pour déchets ordinaires ou ménagers ou décomposables (épluchures, restes d'aliments, etc..) de couleur verte ou noire de 20 litres.</p> <p><b>Au niveau du stockage :</b></p> <p>Présence des mêmes types de poubelles que ci-haut à l'exception de la poubelle n°1 et n°3 où les déchets sont immédiatement acheminés dès leur production respectivement à l'incinérateur et dans les fosses biologiques construites pour cette fin. La capacité de ces quatre types de poubelles est de 90 litres.</p> <p>(D) Présence d'autres poubelles étiquetées ou de différentes couleurs dans le hall d'attente et le couloir pour éviter de jeter des déchets par terre (Vérifier si l'introduction de déchets dans les poubelles se fait après le triage préalable)</p> <p>(E) Environnement dans l'enceinte de l'hôpital entièrement débroussaillé avec drainage d'eau stagnante</p> <p>(F) Absence de déchets dispersés</p> <p>NB : Au niveau de l'entreposage pratiqué en ville, il s'agit des mêmes caractéristiques qu'au niveau du stockage mais la capacité des containers sera de 500 litres</p>	<p><b>fois=0)</b></p> <p><b>(Max=25)</b></p>	
<b>Traitement des déchets</b>	<b>Utilisation et entretien de l'incinérateur</b>	<p>Existence d'un incinérateur avec:</p> <p>(1) porte de chargement et porte d'évacuation de la cendre en fonctionnelles</p> <p>(2) l'intérieur de la chambre de combustion nettoyé et bien entretenu ;</p> <p>(3) disponibilité d'alcool ou carburant pour la combustion de déchets</p> <p>(4) absence de déchets sur le plancher et dans le voisinage immédiat de l'incinérateur ;</p> <p>(5) existence de brosses, balais de rigole, râtaeux, pelles et brouettes pour l'entretien de l'incinérateur</p> <p>(6) présence de clôture avec porte fonctionnelle</p> <p>(7) Existence d'une fosse à cendre d'une profondeur supérieure à 1,50m (excepté en mairie de Bujumbura)</p>	<p><b>Tous les critères remplis =5</b></p> <p><b>Même 1 critère non rempli=0</b></p>	
	<b>Utilisation et entretien d'une</b>	<p>Existence d'une fosse biologique à placentas et amputations :</p>	<p><b>Tous les critères</b></p>	



	<b>fosse à déchets biologiques</b>	(1) d'une profondeur de 6 m (là où c'est possible compte tenu de la nature du sol) dont les parois sont bétonnées et la couverture portera une dalle en béton armé ; (2) avec couvercle qui se ferme à clé. (3) clôturée, non accessible aux personnes non autorisées et animaux.	<b>remplis =5</b> <b>Même 1 critère non rempli=0</b>	
	<b>Mise en place d'une fosse organique ou à compost</b>	Existence d'une fosse organique ou à compost d'une profondeur supérieure à 1, 50m (excepté en mairie de Bujumbura)	<b>Critère rempli =5</b> <b>Critère non rempli=0</b>	
<b>Source d'eau</b>	<b>Mise en place et entretien de point d'eau au sein de l'hôpital</b>	Disponibilité en permanence de point d'eau :  eau courante ou puits ou pompe ou château/citerne d'eau/ fûts d'eau bien couvert Absence de fuites d'eau (robinetterie en bon état)	<b>Les 2 critères remplis=5</b> <b>Même 1 critère non rempli=0</b>	
<b>Latrines</b>	<b>Mise en place et entretien des latrines</b>	Existence des latrines bien nettoyées et entretenues pour le personnel et patients :  1) utilisables (accessibles) 2) plancher sans fissures et lavables 3) murs avec peinture à huile ou carrelés 4) absence de matières fécales sur le plancher, autour du trou de défécation et sur les murs 5) portes en bon état qui se ferment à l'intérieur 6) existence d'un dispositif de lavage des mains avec savon 7) Fosse septique bien couverte et régulièrement entretenue	<b>Tous les critères remplis =5</b> <b>Même 1 critère non rempli=0</b>	
<b>Douches</b>	<b>Mise en place et entretien des douches</b>	Existence des douches pour le personnel et patients :  1) utilisables avec eau courante ou récipient d'une capacité d'au moins 20 litres 2) portes qui se ferment à l'intérieur 3) évacuation des eaux usées dans un puits perdu pour les structures non connectées au réseau public, 4) absence de fuite d'eau aux robinets et douches	<b>Tous les critères remplis =5</b> <b>Même 1 critère non rempli=0</b>	
<b>Stérilisation</b>	<b>Assurer la disponibilité des matériels de stérilisation</b>	Disponibilité des matériels de stérilisation et fonctionnels :  1) cocotte ou autoclave ou four poupinel fonctionnel 2) protocole de stérilisation affiché	<b>Les 2 critères remplis =5</b> <b>Même 1 critère non rempli=0</b>	
	<b>Assurer la disponibilité des produits de décontamination</b>	Présence de réserve de produit de décontamination : Solution étiquetée avec formule et date de préparation. Matériels utilisés trempés (s'il y en a) dans les	<b>Les 2 critères remplis =5</b> <b>Même 1 critère non rempli=0</b>	

		solutions de décontamination		
<b>Tenue réglementaire, vestiaire et buanderie</b>	<b>Port et entretien de la tenue réglementaire</b>	Tenue réglementaire propre et en bon état portée par tout le personnel soignant Existence d'une buanderie Existence des matériels de protection adaptés pour chaque service : gants, blouse, bottes, bonnets Existence de vestiaire fermant à clé avec deux casiers dont un pour la tenue de service et l'autre pour la tenue de ville pour chaque personnel soignant	<b>Tous les critères remplis =5</b> <b>Même 1 critère non rempli=0</b>	
	<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>HYGIENE, SALUBRITE DE L'ENVIRONNEMENT ET STERILISATION</b>	<b>100</b>	
<b>Laboratoire et transfusion</b>				
<b>Sujet</b>	<b>Activités</b>	<b>Indicateurs et critères de vérification</b>	<b>Indications pour la cotation</b>	<b>Points obtenus</b>
<b>Personnel du service</b>	<b>1. Assurer le service par un personnel qualifié</b>	Le service dispose d'au moins <b>un laborantin ou infirmier de niveau A2</b> (ayant bénéficié d'une formation en technique labo avec certificat)	<b>Critère rempli=6</b>	
<b>Capacité du service</b>	<b>2. Affichage de la liste des examens disponibles</b>	La <b>liste des examens possibles</b> est affichée dans le laboratoire et est visible pour le public	<b>Critère rempli=4</b>	
<b>Documentation</b>	<b>Assurer la disponibilité de la documentation d référence (de base) au labo</b>	La <b>démonstration des parasites</b> est disponible Sur papier plastifié ou dans un livre en couleur, ou affichés (goutte épaisse : P. Vivax, Ovale, Falciparum, Malariae) (selles : amibes, ascaris, ankylostome, schistosome)	<b>Critère rempli=4</b>	
<b>Matériel</b>	<b>Assurer la disponibilité du matériel de base au labo</b>	Au moins un <b>microscope</b> fonctionnel est disponible les différents objectifs sont fonctionnels l'huile à immersion est disponible la solution de GIEMSA est disponible l'apport de lumière existe (miroir ou électricité) les lames et lamelles sont disponibles	<b>Critère rempli=5</b>	
		Disponibilité d'une <b>centrifugeuse</b> fonctionnelle	<b>Critère rempli=5</b>	
		Disponibilité d'un <b>appareil d'examen de biochimie</b> fonctionnel	<b>Critère rempli=5</b>	
		Disponibilité d'un <b>appareil de numération sanguine</b> fonctionnel	<b>Critère rempli=5</b>	
		Disponibilité de <b>tests rapides</b> pour le diagnostic de VIH/sida	<b>Critère rempli=5</b>	
<b>Permanence du service</b>	<b>Assurer la permanence du service de laboratoire</b>	Le laboratoire est <b>fonctionnel tous les jours et 24h/24</b> , y compris les week-ends et les jours fériés (vérifier dans le registre de labo)	<b>Critère rempli=5</b>	
<b>Les résultats des examens</b>	<b>Enregistrement des résultats des examens</b>	L' <b>enregistrement des résultats dans le registre de labo</b> est correct et correspond aux résultats inscrits sur le bon d'examen	<b>Critère rempli=4</b>	
<b>Maintenance du</b>	<b>Assurer la</b>	<b>Maintenance régulière des appareils</b> attestée par	<b>Critère</b>	

matériel	maintenance du matériel de laboratoire	les rapports de maintenance signés	rempli=4	
Transfusion sanguine	Assurer la disponibilité du service de transfusion sanguine	Disponibilité d'une chaîne de froid avec fiche de vérification de la température à jour Disponibilité d'au moins 5 sachets du groupe O+ Disponibilité d'au moins 2 sachets par autre groupe sanguin	Tous les critères remplis=8 Même 1 critère non rempli=0	
	<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>LABORATOIRE ET TRANSFUSION SANGUINE</b>	<b>60</b>	
<b>CONSULTATIONS EXTERNES ET URGENCES</b>				
<b>Sujet</b>	<b>Activités</b>	<b>Indicateurs et critères de vérification</b>	<b>Indications pour la cotation</b>	<b>Points obtenus</b>
Infrastructure, équipement et Plateau technique	1. Entretien et équipement de chaque salle de consultation externe	Chaque salle de consultation externe présente de bonnes conditions suivantes: Les murs sont en dur avec crépissage et peinture Le pavement est en ciment Les murs et le pavement sont sans fissures Le plafond est en bon état Les fenêtres sont en vitres avec rideaux Les portes sont fonctionnelles avec serrures Les bancs ou chaises sont suffisants pour au moins 10 personnes L'endroit est protégé du soleil et de la pluie La salle de la consultation externe et l'espace d'attente sont séparés pour assurer la confidentialité, avec porte qui ferme, rideaux à la fenêtre, sans passage Existence d'une source de lumière pendant la nuit (électricité ou lumière solaire)	Tous les critères remplis =10  Un critère manque=0	
	2. Affichage des tarifs de recouvrement des couts	Les principaux tarifs du recouvrement des coûts sont affichés et visibles pour le public avant la consultation	Critère rempli =5	

	<b>Existence d'un service d'accueil et orientation</b>	L'accueil et orientation des patients sont assurés en permanence : Disponibilité d'un personnel infirmier qualifié qui oriente les patients vers les services appropriés L'ordre d'arrivée est respecté, avec un système de jetons numérotés Les portes sont fonctionnelles avec serrures Les bancs ou chaises sont suffisants pour 30 personnes au moins L'endroit est protégé du soleil et de la pluie La salle de la consultation externe et l'espace d'attente sont séparés pour assurer la confidentialité, avec porte qui ferme, rideaux à la fenêtre, sans passage Existence d'une source de lumière pendant la nuit (électricité ou lumière solaire)	<b>Tous les critères remplis =10</b> <b>Un critère manque=0</b>	
	<b>Gestion du patient</b>	L'organisation du service permet: un <b>service de triage</b> des consultations externes confié à un infirmier pour <b>les patients non référés</b> des centres de santé un <b>accès direct gratuit au médecin</b> (ou au service des urgences) des <b>patients référés</b> des centres de santé un <b>accès direct payant au médecin</b> des <b>patients</b> qui le souhaitent, <b>non référés</b> par un centre de santé	<b>Tous les critères remplis=15</b> <b>Un critère manque=0</b>	
	<b>Disponibilité d'équipement et matériel dans chaque salle de consultation externe</b>	<b>La disponibilité de l'équipement suivant est assurée dans chaque salle de consultation externe :</b> Stéthoscope Tensiomètre Otoscope Thermomètre Table d'examen Pèse-personne pour adulte Pèse-bébé Toise Ruban pour périmètre brachial	<b>Tous les critères remplis=10</b> <b>Un critère manque =0</b>	
	<b>Disponibilité de protocoles de prise en charge des maladies</b>	<b>Au moins les protocoles de prise en charge des maladies suivants sont disponibles et/ou affichés sur le mur :</b> Paludisme Diarrhée IRA Tuberculose Tables poids-taille	<b>Tous les critères remplis=5</b>  <b>Chaque critère rempli=1</b>	
	<b>Permanence du</b>	Le service d'urgence est disponible 24h/24 et 7j/7	<b>Critère</b>	

	<b>service d'urgence</b>	avec rôle de garde affiché	<b>rempli=5</b>	
	<b>Disponibilité d'équipement et matériel de service des urgences</b>	<b>Existence de la salle d'urgence contenant au moins :</b> Obus d'oxygène Aspirateur Laryngoscope Matériel d'intubation Matériel de perfusion Médicaments d'urgence (Diurétique, cardiotonique, corticoïde, vaso-dilatants, matériel de pansement, insuline, broncho-dilatateurs, infusion ( <i>glucose, ringer-lactate, physiologique, glycosé hypertonique</i> ), adrénaline) Matériel de prélèvement Sonde naso-gastrique Sonde vésicale	<b>Tous les critères remplis=10</b>  <b>Un critère manque=0</b>	
<b>Service de consultation externe</b>	<b>Consultation externe (10 cas tirés au hasard du registre de chaque salle de consultation)</b>	Proportion de consultations externes prises en charge selon les normes : Pour chaque consultation tirée au hasard dans le registre de consultation médicale où tous les cas sont identifiés (1) Fiche de consultation médicale contenant : <i>a) Identification du patient (nom, prénom, âge, sexe, commune, colline, sous-colline, chef de famille, profession)</i> <i>b) Date de la consultation</i> <i>c) nom et signature du médecin</i> <i>d) Anamnèse (plaintes et antécédents)</i> <i>e) Examen clinique: Signes vitaux (TA, pouls, T°, FR, poids), inspection, examen clinique des systèmes affectés</i> <i>f) Diagnostic provisoire et différentiel</i> <i>g) Examens complémentaires avec résultats selon le diagnostic provisoire, différentiel et les protocoles</i> <i>h) Traitement selon le protocole ou référence</i> (2) Fiche de référence des cas référés disponible (3) Copie de la Fiche de contre-référence signée par le médecin (résultats/ observations significatives, diagnostic, traitement reçu/interventions, suivi, recommandations/ traitement à suivre)	<b>Tous les critères remplis pour 1cas =5</b> <b>Un critère manque pour 1 cas =0 (Max=50)</b>  <i>NB : Si plus de 10 cas analysés (plusieurs salles de consultation) : faire une moyenne sur 50</i>	
	<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>CONSULTATION EXTERNE ET URGENCE</b>	<b>120</b>	
<b>MATERNITE</b>				
<b>Sujet</b>	<b>Activités</b>	<b>Indicateurs et critères de vérification</b>	<b>Indications pour la cotation</b>	<b>Points obtenus</b>
<b>Infrastructure, équipement et</b>	<b>1. Entretien de la salle</b>	<b>La salle d'accouchement est en bon état :</b> murs en dur, sans fissures avec crépissage et	<b>Tous les critères</b>	

Plateau technique	d'accouchement	peinture pavement en ciment sans fissures plafond en bon état fenêtres vitrées avec rideaux portes fonctionnelles	remplis =10 Un critère manque=0	
	2. Disponibilité d'équipement et matériel de la salle d'accouchement	<b>L'équipement et matériel de la salle d'accouchement sont disponibles :</b> tables d'accouchement en bon état source d'eau disponible avec savon éclairage possible pendant la nuit (électricité, groupe électrogène, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable) poubelle avec couvercle boîte de sécurité pour les aiguilles seau à placenta seau pour le linge souillé toise pèse-bébé table de réanimation néonatale tensiomètre stéthoscope obstétrical stéthoscope médical désinfectant compresses stériles gants stériles (au moins 10 paires) au moins 2 boîtes d'accouchement stérilisées au moins 10 partogrammes vierges en réserve	Tous les critères remplis =10 Un critère manque=0	
	Disponibilité du matériel d'épisiotomie	<b>Le matériel d'épisiotomie est disponible :</b> Au moins 2 boîtes d'épisiotomie avec ciseaux, pinces anatomique et chirurgicale, aiguilles, porte-aiguille, fil résorbable et fil non résorbable	Critère rempli=10	
	L'équipement et les médicaments suivants sont disponibles pour les soins au nouveau-né	<b>L'équipement et les médicaments suivants sont disponibles pour les soins au nouveau-né :</b> Fil stérile de ligature du cordon Bande ombilicale stérile Aspirateur (poire plongée dans un désinfectant non irritant ou aspirateur manuel ou électrique fonctionnel) Lampe chauffante Onguent ophtalmique de tétracycline 1%	Tous les critères remplis=10 Un critère manque=0	
	Disponibilité et équipement de la salle d'attente et de la salle d'hébergement	<b>(1) La salle d'attente est disponible et équipée:</b> avec au moins 4 lits avec matelas <b>(2) La salle d'hébergement est disponible et équipée:</b> avec Lits avec matelas recouverts de toile cirée sans déchirure Draps et couverture à chaque lit occupé Moustiquaire à chaque lit occupé	Tous les critères remplis=10  Un critère manque=0	
Service de	Assurer la	<b>L'organisation du service de maternité répond aux</b>	Tous les	

maternité	<b>disponibilité des matériels/supports de base du dossier médical en maternité</b>	<b>critères suivants :</b> Les supports matériels sont faciles à manipuler : Fiche d'hospitalisation, fiche d'admission/Fiche de référence, Dossier médical ; Partogrammes, Registre de maternité La présentation du cahier/Fiche d'observation est claire (suivi régulier, et décisions prises bien documentées dans le cahier/Fiche avec nom et signature du Médecin) Archivage des dossiers médicaux par ordre chronologique est adapté à son utilisation pendant l'hospitalisation (classeur, chariot, ...) Les dossiers médicaux sont facilement accessibles en cours d'hospitalisation Existence des procédures écrites permettant d'assurer le secret médical et la sécurisation du dossier médical	<b>critères remplis pour tous les services=50</b> <b>Un critère rempli pour 1 service=10</b>  <b>(Max=50)</b>	
	<b>2. Gestion du dossier médical (10 cas tirés au hasard du registre ; si le nombre de prestations est &lt;10 cas, vérifier tous)</b>	<b>Pour chaque cas sortant du trimestre évalué, choisi au hasard dans le registre de maternité :</b> Le dossier médical a été retrouvé endéans au plus 5 min dès la demande Les supports matériels sont en bon état (dossier, examens) Le dossier présenté sous forme d'un ensemble cohérent, organisé, avec un classement clair et chronologique des éléments constitutifs L'identité du malade est notée : nom et prénom ; âge, sexe ; profession Tous les éléments du dossier médical sont identifiés au nom du malade Nom et prénom et qualification du Médecin ayant décidé l'hospitalisation Les informations liées au séjour sont notées (date d'entrée ; date de sortie) Les modalités d'entrée sont indiquées Les modalités de sortie sont indiquées : Guérison, Décès, Evasion, Transfert	<b>Tous les critères remplis pour 1cas =5</b> <b>Un critère manque pour 1 cas =0</b> <b>(Max=50)</b> (Si cas analysés <10, faire la moyenne sur 50)	
	<b>Accouchements eutociques (10 cas tirés au hasard du registre ; si le nombre de prestations est &lt;10 cas, vérifier tous)</b>	<b>Proportion d'accouchements eutociques pris en charge selon les normes</b> (avec utilisation du Partogramme): Pour chaque accouchement eutocique tiré au hasard dans le registre : (1) Raison de référence selon le partogramme du CS ou fiche de référence en cas de phase de latence pour les cas référés (2) Partogramme de l'hôpital complètement et correctement rempli au recto et au verso (dilatation, descente et TA toutes les 4h, pouls, BCF et contractions toutes les 30 minutes, score d'Apgar) (3) Examen clinique par le médecin (nom et	<b>Tous les critères remplis pour 1cas =4</b> <b>Un critère manque pour 1 cas =0</b> <b>(Max=40)</b> (Si cas analysés <10, faire la moyenne sur 40)	

		signature sur la fiche et sur le partogramme) (4) Fiche de contre référence signée par le médecin avec accusé de réception pour les cas référés.		
	<b>Accouchements dystociques (10 cas tirés au hasard du registre ; si le nombre de prestations est &lt;10 cas, vérifier tous)</b>	<b>Proportion d'accouchements dystociques (Forceps - Ventouse - manipulation du fœtus en cas de siège, gémellaire) pris en charge selon les normes :</b> Pour chaque accouchement dystocique tiré au hasard dans le registre: (1) Partogramme complètement et correctement rempli au recto et au verso (dilatation, descente et TA toutes les 4h, pouls, BCF et contractions toutes les 30 minutes, score d'Apgar) (2) Examen par le médecin (nom et signature) en cas d'arrivée à la ligne d'alerte endéans une heure (3) Indication valide de la ventouse ou forceps/ manœuvre (4) Conseil sur la PF et l'allaitement maternel donné par le médecin (5) Fiche de contre référence signée par le médecin avec accusé de réception pour les cas référés NB : partogramme complètement et correctement rempli sauf pour les cas de dystocie et autres urgences obstétricales	<b>Tous les critères remplis pour 1cas =5 Un critère manque pour 1 cas =0 (Max=50)</b> (Si cas analysés > ou<10, faire la moyenne sur 50)	
	<b>Césariennes (10 cas tirés au hasard du registre ; si le nombre de prestations est &lt;10 cas, vérifier tous)</b>	<b>Proportion de césariennes prises en charge selon les normes :</b> Pour chaque césarienne tirée au hasard dans le registre (1) Partogramme correctement et complètement rempli au recto et au verso (dilatation, descente et TA toutes les 4h, pouls, BCF et contractions toutes les 30 minutes ; score d'Apgar) (2) Examen par le médecin en cas d'arrivée à la ligne d'alerte endéans une heure  (3) Indication valide à la césarienne posée par le médecin (4) protocole opératoire détaillé avec nom et signature du médecin (5) Fiche d'anesthésie complètement remplie (6) Suivi journalier, et chaque fois que de besoin, de la mère et de l'enfant par le médecin (7) Absence d'infection de la plaie opératoire (8) Conseil sur la PF et l'allaitement maternel noté sur la fiche par le médecin (9) Copie de la Fiche de contre référence signée par le médecin pour les cas référés	<b>Tous les critères remplis pour 1cas =6 Un critère manque pour 1 cas =0 (Max=60)</b>  (Si cas analysés <10, faire la moyenne sur 60)	
	<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>ACTIVITES DE MATERNITE</b>	<b>200</b>	
<b>BLOC OPERATOIRE</b>				



Sujet	Activités	Indicateurs et critères de vérification	Indications pour la cotation	Points obtenus
Infrastructure, équipement et Plateau technique	<b>1. Entretien de la salle d'opérations</b>	<b>La salle d'opérations est en bon état :</b> murs en dur, sans fissures avec crépissage et peinture à l'huile pavement en ciment sans fissures plafond en bon état fenêtres vitrées opaques portes fonctionnelles	<b>Tous les critères remplis=10 Un critère manque=0</b>	
	<b>2. Entretien de la table d'opérations</b>	<b>La table d'opération est en bon état :</b> Facilement maniable Revêtement de mousse avec toile cirée Manettes fonctionnelles des membres	<b>Tous les critères remplis=10 Un critère manque=0</b>	
	<b>Disponibilité de la source d'éclairage</b>	<b>L'éclairage est assuré:</b> Lampe scialytique avec ampoules fonctionnelles Lumière de réserve assurée (groupe électrogène, énergie solaire, lampe avec batterie rechargeable)	<b>Tous les critères remplis=5 Un critère manque=0</b>	
	<b>Disponibilité du matériel de base</b>	<b>Le matériel de base suivant est disponible:</b> Appareil d'anesthésie générale Kit de rachianesthésie Respirateur Aspirateur électrique Obus d'oxygène Tensiomètre Stéthoscope médical Laryngoscope Matériel de perfusion Matériel d'intubation Matériel de prélèvement Sonde naso-gastrique Sonde vésicale Bistouri électrique et cautérisation Tenues adéquates (blouses chirurgicales, masques, bonnets, sandales)	<b>Tous les critères remplis=10 Un critère manque=0</b>	
	<b>Disponibilité des médicaments d'urgence</b>	<b>Les médicaments d'urgence suivants sont disponibles :</b> Diurétique Cardiotonique Corticoïde Vaso-dilatants Matériel de pansement Insuline Broncho-dilatateurs Infusion (glucose, ringer-lactate, physiologique, glycose hypertonique)	<b>Tous les critères remplis=10 Un critère manque=0</b>	

		Adrénaline		
	<b>Disponibilité de kits d'intervention</b>	<b>Au moins 2 kits d'intervention stérilisés sont prêts pour chacun des types d'urgences :</b> césarienne – chirurgie viscérale traumato-orthopédie fixateur externe facilement maniable	<b>Tous les critères remplis=10</b> <b>Un critère manque=0</b>	
	<b>Disponibilité d'un vestiaire et d'un espace de lavage et brossage</b>	<b>Un vestiaire et un espace de lavage et brossage adéquats :</b> Dispositif de désinfection approprié à pédale ou à coude Disponibilité de l'eau courante Disponibilité de brosses avec savon	<b>Tous les critères remplis=5</b> <b>Un critère manque=0</b>	
	<b>Assurance des conditions d'hygiène</b>	<b>Conditions d'hygiène assurées dans la salle d'opération :</b> Poubelles pour matériaux infectés avec couvercle Boîtes de sécurité pour les aiguilles	<b>Tous les critères remplis=5</b> <b>Un critère manque=0</b>	
	<b>Disponibilité d'une salle de plâtre</b>	<b>Existence d'une salle de plâtre avec matériel nécessaire :</b> rouleaux de différentes tailles bassin coupe plâtre bandes ouatées	<b>Tous les critères remplis=5</b> <b>Un critère manque=0</b>	
<b>Service de chirurgie</b>	<b>Assurer la disponibilité des matériels/ supports de base du dossier de malade hospitalisé</b>	<b>L'organisation du service de Chirurgie répond aux critères suivants :</b> Les supports matériels sont faciles à manipuler : Fiche d'hospitalisation, fiche d'admission/Fiche de référence, Dossier médical ; Registre d'hospitalisation La présentation du cahier/Fiche d'observation est claire (suivi régulier du malade et décisions prises bien documentées dans le cahier/Fiche avec nom et signature du Médecin) Archivage des dossiers médicaux par ordre chronologique est adapté à son utilisation pendant l'hospitalisation (classeur, chariot, ...) Les dossiers médicaux sont facilement accessibles en cours d'hospitalisation Existence des procédures écrites permettant d'assurer le secret médical et la sécurisation du dossier médical	<b>Tous les critères remplis pour tous les services=50</b> <b>Un critère rempli pour 1 service=10 (Max=50)</b> (Si services d'hosp.>1, faire la moyenne sur 50)	
	<b>Gestion du dossier médical (10 cas tirés au hasard du registre d'hospitalisation; si le nombre de prestations est &lt;10 cas, vérifier tous)</b>	<b>Pour chaque cas sortant du trimestre évalué, choisi au hasard dans le registre d'hospitalisation (Chirurgie) :</b> Le dossier du patient a été retrouvé endéans au plus 5 min dès la demande Les supports matériels sont en bon état (dossier, examens) Le dossier présenté sous forme d'un ensemble cohérent, organisé, avec un classement clair et	<b>Tous les critères remplis pour 1cas =5</b> <b>Un critère manque pour 1 cas =0</b>	

		chronologique des éléments constitutifs Tous les éléments du dossier médical sont identifiés au nom du malade	<b>(Max=50)</b> (Si cas analysés <10, faire la moyenne sur 50)	
	<b>Interventions chirurgicales autres que les césariennes (les 10 cas tirés au hasard du registre d'hospitalisation)</b>	<b>Proportion d'interventions chirurgicales prises en charge selon les normes :</b> Pour chaque dossier d'hospitalisation tiré au hasard dans le registre des interventions chirurgicales: (1) Identification du patient (nom, prénom, âge, sexe, Commune, Colline, sous-colline, noms du chef de famille, profession) (2) Date et heure d'admission (3) Date et heure du premier examen fait par le médecin de service (endéans 1 heure de l'admission sauf pour les interventions programmées) (4) Nom et signature du médecin (5) Anamnèse (plaintes et antécédents) (6) Examen clinique: a) Signes vitaux et constantes (TA, pouls, T°, FR) b) Inspection c) Examen clinique des systèmes affectés (7) Diagnostic provisoire et différentiel (8) Examens complémentaires selon le diagnostic provisoire, différentiel + bilan préopératoire avec résultats (9) Diagnostic retenu (10) Protocole opératoire (11) Fiche d'anesthésie complètement remplie (12) Traitement post opératoire et plan de suivi du patient bien respecté (13) Suivi journalier par le médecin (14) Absence d'infection de la plaie opératoire (15) Les modalités de sortie sont indiquées : Guérison, Décès, Evasion, Transfert	Un dossier remplissant tous les critères= 7 Un critère non rempli pour un dossier= 0  <b>(Max=70)</b> (Si cas analysés > ou<10, faire la moyenne sur 70)	
	<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>ACTIVITES DU BLOC OPERATOIRE</b>	<b>140</b>	
<b>HOSPITALISATION : Médecine Interne, Pédiatrie</b>				
<b>Sujet</b>	<b>Activités</b>	<b>Indicateurs et critères de vérification</b>	<b>Indications pour la cotation</b>	<b>Points obtenus</b>
<b>Dossier médical de malade hospitalisé</b>	<b>Assurer la disponibilité des matériels/supports de base du dossier de malade hospitalisé</b>	<b>Pour chaque service d'hospitalisation :</b> Les supports matériels sont faciles à manipuler : Fiche d'hospitalisation, fiche d'admission/Fiche de référence, Dossier médical ; Registre d'hospitalisation La présentation du cahier/Fiche d'observation est claire (suivi régulier du malade et décisions prises bien documentées dans le cahier/Fiche avec nom et signature du Médecin) Archivage des dossiers médicaux par ordre	<b>Tous les critères remplis pour tous les services=20</b> <b>Un critère rempli pour 1 service=2</b> <b>(Max=20)</b>	

		<p>chronologique est adapté à son utilisation pendant l'hospitalisation (classeur, chariot, ...)</p> <p>Les dossiers médicaux sont facilement accessibles en cours d'hospitalisation</p> <p>Existence des procédures écrites permettant d'assurer le secret médical et la sécurisation du dossier médical</p>		
<p><b>Analyse de 20 dossiers de sortants du trimestre évalué dans chaque service d'hospitalisation (10 cas MI et 10 cas Pédiatrie)</b></p>	<p><b>Gestion du dossier médical</b></p>	<p><b>Pour chaque cas sortant du trimestre évalué, choisi au hasard dans le registre d'hospitalisation :</b></p> <p>Le dossier du patient a été retrouvé endéans au plus 5 min dès la demande</p> <p>Les supports matériels sont en bon état (dossier, examens)</p> <p>Le dossier présenté sous forme d'un ensemble cohérent, organisé, avec un classement clair et chronologique des éléments constitutifs</p> <p>L'identité du malade est notée : nom et prénom ; âge, sexe ; profession</p> <p>Tous les éléments du dossier médical sont identifiés au nom du malade</p> <p>Nom et prénom et qualification du Médecin ayant décidé l'hospitalisation</p> <p>Les informations liées au séjour sont notées (date d'entrée ; date de sortie)</p> <p>Les modalités d'entrée sont indiquées: consultation externe ou urgence</p> <p>Les modalités de sortie sont indiquées : Guérison, Décès, Evasion, Transfert</p>	<p><b>Tous les critères remplis pour 1cas =1,5</b></p> <p><b>Un critère manque pour 1 cas =0</b></p> <p><b>(Max=30)</b></p> <p>(Si cas analysés &gt; ou&lt;10, faire la moyenne sur 30)</p>	
	<p><b>Assurer la complétude des informations médicales</b></p>	<p><b>Pour les mêmes cas ci-haut :</b></p> <p>Le motif d'hospitalisation est noté</p> <p>Histoire de la maladie</p> <p>Anamnèse (Plaintes et Antécédents)</p> <p>Facteurs de risques</p> <p>Examens cliniques comportant les données relatives aux signes vitaux (T°, FR, TA, Pouls), examens cliniques des systèmes affectés : inspection, palpation, percussion, auscultation</p> <p>Hypothèses diagnostiques argumentées</p> <p>Examens complémentaires et résultats</p> <p>Conduite thérapeutique adoptée : traitement avec posologie et modalités d'administration du traitement</p> <p>Traitement selon le protocole ou Référence</p> <p>Suivi journalier par le médecin</p> <p>Autres éléments nécessaires</p>	<p><b>Tous les critères remplis pour 1cas =2,5</b></p> <p><b>Un critère manque pour 1 cas =0</b></p> <p><b>(Max=50)</b></p> <p>(Si cas analysés &gt; ou&lt;10, faire la moyenne sur 100)</p>	
	<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>HOSPITALISATION</b>	<b>100</b>	
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>1000</b>	
<b>PERFORMANCE TRIMESTRIELLE GLOBALE</b>			<b>%</b>	

VERIFIER QUE TOUTES LES RUBRIQUES SONT COMPLETEES

L'évaluateur remercie le personnel

**Problèmes prioritaires identifiés**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Etat de la mise en œuvre des recommandations des évaluations précédentes (vérifier sur la copie de la précédente évaluation)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Actions urgentes d'amélioration (recommandations) proposées**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Source: MoH, 2011b.

## Annexe 5: Questionnaire pour les enquêtes communautaires

### QUESTIONNAIRE D'ENQUETE MENAGE EN FRANÇAIS

PROVINCE SANITAIRE	
DISTRICT SANITAIRE	
CENTRE DE SANTE/HOPITAL	
JOUR DE LA CONSULTATION	
NOM DE L'ASSOCIATION LOCALE	

No référence fiche	Nom et Prénom du Client	Colline	Sous Colline	Nom du chef de famille

#### 1. DONNEES SUR LE CLIENT

1.1 Date de l'enquête (Jour-Mois-Année)	...../...../.....
1.2 Le (la) nommé (e) est il connu dans ce ménage?	Oui/ Non
1.3 Si vous le connaissez, quel âge a-t-il (elle)?	.....
1.4 Indiquez celui qui affirme que le (la) Client est connu dans ce ménage ?	Lui (elle) même Un autre membre du ménage Chef de la sous colline Autre (préciser)
1.5 Si c'est lui même: es tu allé à la formation sanitaire de..... durant les six derniers mois?	Oui/Non
Si c'est une autre personne: le client ou la cliente ....., se serait elle rendue à la formation sanitaire de ..... durant les six derniers mois?	Oui/Non
1.6 Si oui, était ce pour une consultation, un accouchement, une vaccination, une consultation prénatale, une consultation postnatale ou une autre prestation ?	
1.7 Pourriez vous nous dire à quelle date vous vous êtes rendu à la formation sanitaire (estimation)	

Si vous trouvez que le client ou la cliente s'est fait soigné durant les six mois précédents à la formation sanitaire de ....., veuillez continuer avec les questions de la section 2 et 3. Sinon, arrêtez l'enquête à ce niveau.

## 2. SATISFACTION PAR RAPPORT AUX PRESTATIONS SANITAIRES RECUES

2.1 Etes vous satisfait des prestations sanitaires offertes par le CDS le plus proche de chez vous?	Très satisfait/ Moyennement satisfait/ Pas du tout satisfait
2.2 La dernière fois où vous êtes tombé malade, êtes vous allé vous faire soigner à la formation sanitaire proche de chez vous ?	Oui/ Non
<b>Pour celui qui n'est pas allé se faire soigner à la formation sanitaire la plus proche:</b>	
2.3 Vous êtes vous fait soigner? (Sinon, arrêtez l'enquête à ce niveau)	Oui/ Non
2.4 Si oui, où êtes vous allé vous faire soigner?	1. Un autre CDS Public 2. Un CDS Privé 3. A l'Hôpital 4. Chez les guérisseurs traditionnels 5. Ailleurs (préciser).....

## 3. SATISFACTION DES USAGERS PAR RAPPORT AUX PRESTATIONS DE LA FORMATION SANITAIRE

3.1 Quelle est votre appréciation par rapport au temps d'attente avant de vous faire soigner?	1. Réduit 2. Moyen 3. Très long
3.2 Avez vous été bien accueilli? (Respect et courtoisie)	2= Très bien 1= Bien 0 = Mauvais
3.3 Le prestataire qui vous a soigné, vous a-t-il bien expliqué la pathologie dont vous souffrez, les médicaments qu'il vous donne ainsi que la manière de prendre ces médicaments ?	2= Très bien 1= Bien 0 = Mauvais
3.4 Les prestations sanitaires ont elles étaient réalisées dans de bonnes conditions de confidentialité?	2= Très bien 1= Bien 0 = Mauvais
3.5 Selon vous, les prestataires à la formation sanitaire de .....sont ils compétents?	2= Très bien 1= Bien 0 = Mauvais
3.6 à la formation sanitaire de.....est il ouvert 7 jours sur 7 et 24H/24H ?	Oui Non
3.7 Selon vous, les prix des prestations sanitaires à la formation sanitaire de .....sont ils acceptables?	2 = Très abordable 1 = Abordable 0 = Très cher
3.8 Le paiement des soins est il transparent? (sur base des tarifs affichés, remise des factures aux malades, les enfants de moins	Oui Non

de 5 ans et les femmes enceintes sont soignés gratuitement)	
3.9 La formation sanitaire de .....a-t-il des conditions d'hygiène et des services acceptables ? (Propreté générale, Latrines propres, Electricité, Eau propre, Douche)	2 = Très bonnes 1 = bonnes 0 = mauvaises
3. 10 Les médicaments qu'on vous a prescrit étaient ils disponibles à la formation sanitaire	Oui Non
3.11 En résumé, quels sont les aspects positifs que vous avez observé à la formation sanitaire?	
3. 12 Quels sont les points négatifs que vous avez relevé ?	
3.13 Quelles recommandations donneriez-vous pour améliorer les prestations au niveau de la formation sanitaire?	

Source: MoH 2011b.



## Annexe 6: Cadre d'analyse pour les études de cas

Framework for Analyzing Verification in RBF Schemes  
October 1, 2010

Supply-Side RBF Schemes

Country:

Name of Program:

Year it Began:

Scheme Component	Characteristics	Description
BACKGROUND		
Summary of the Scheme		
Socioeconomic context		
Health system description		
Policy objectives	What were the health system problems identified that the RBF scheme was designed to address?	
Base payment system	What type of underlying payment system is used to pay providers participating in the P4P scheme (e.g. capitation, fee- for-service, case-based payment)?	

Scheme Component	Characteristics		Description
Stakeholder involvement	Which stakeholders are involved in designing and implementing the scheme and what are their roles? Has that changed over time?	Government agencies Purchasers (public or private) Providers/provider associations Other independent associations Patients/ advocacy groups Donor organizations	
Provider participation	Is participation mandatory or voluntary?		
	Is the scheme implemented nationally or only in some regions, or by some purchasers?		
	Which providers participate?	All (public and private) Only public Only private Some public and some private	
	What is the number (and share) of providers who participate?	Hospitals Provider groups Physicians Nurses	
	Population covered	How many people are served by providers/interventions covered by the scheme?	
	Performance Measures	Which services are eligible for payment?	
		What are the domains of performance that are rewarded?	
# of indicators			

Scheme Component	Characteristics			Description
	Frequency of reporting			
Incentive Payment	Is the incentive payment paid to the provider per service, per capita (person), a percentage of total payment to the provider, or other?			
	Is the incentive payment capped?			
	What is the average % of total reimbursement to providers from the incentive payment?			
	Who assesses indicators? Purchaser, independent agency, other?			
	How are indicators assessed? Manually, electronic algorithm, combination?			
	What is the trigger for the incentive payment to be made to the provider? When the indicators are reported and assessed? Or when the information is independently verified?			
Data Sources	What are the data sources for performance measures?	Routine health information systems (electronic)	Generated by participating providers	
			Generated by other parts of the system	
		Routine health information systems (manual)	Generated by participating providers	
			Generated by other parts of the system	
		Claims/ reimbursement data	Generated by participating providers	

			Generated by other parts of the system	
		Reporting system introduced for the RBF scheme	Generated by participating providers	
			Generated by other parts of the system	
		Separate reporting system for the RBF scheme that is extracted from existing information systems	Generated by participating providers	
			Generated by other parts of the system	
Data Quality	What are the major concerns with data quality? [Ask for each data source]			
<b>VERIFICATION</b>				
Who implements verification	Are performance measures verified/validated?			
	What type of technical assistance was provided to set up the verification system? Which institution/organization provided funds to set up the verification system? Which institution/organization provides funds to operate the verification system?			
	Who implements the verification? Governmental or non-			

Scheme Component	Characteristics		Description
	governmental organization, either internal or external, such as a private firm, university, NGO, etc.?		
	<p>What was the composition of the team(s) conducting the verification?</p> <p>Please describe the different roles and responsibilities of the team members and the technical skills of each</p>		
	<p>Why and how were the actors/organization selected to carry out the verification? To whom do they report? How are they paid? How is their performance in verification evaluated?</p>		
Verification method	Which method(s) is used for verification?	Consistency/accuracy of reporting (e.g. self-audit, peer review, supervision)	
		Algorithms applied to electronic data from routine reporting system	
		On-site spot checks of source data	
		Routine on-site verification checks of source data	
		Follow-up with a small sample of patients/beneficiaries	
		Larger scale health facility and household surveys	
	For which indicators/services is reporting verified? Why were these selected? Has this changed over time?		
	Who selected this method of verification and what was the rationale for choosing this method over other possible options (political, policy, programmatic, financial or technical)		

Scheme Component	Characteristics	Description
	circumstances influencing the decision)?	
Frequency	How frequently are indicators/services verified?	
Geographic scope of verification	Which and how many administrative units in the country were included in the verification process?	
	How are facilities/communities/households selected for verification? What is the sampling method?	
	At which levels was the verification carried out (household, health facility, district, province, national)?	
	How were providers or facilities, and/or households selected? (Please describe the type of sampling method pursued, such as purposive, census, random, cluster, etc.)	
How verification visits are conducted	Preparation (e.g., Were verification visits carried out on a random basis or were those receiving a visit notified in advance?, etc.)	
	Process (e.g., How was the visit organized, what procedures were followed, how long did it take?, etc.	
	Exit (e.g., How was the visit concluded and was any written information left behind or feedback given?, etc.)	
	How much time did it take to carry out the different verification activities?	
	Please describe all data collection, tabulation, analysis and reporting procedures and tools followed and used (Any written tools and procedures can be annexed to the case-study)	
	Please describe any patient confidentiality procedures that were followed for all steps in the verification process (collection, tabulation, analysis and reporting) (Any written	

Scheme Component	Characteristics	Description
	procedures can be annexed to the case-study)	
	Please describe any control or assurance measures followed to ensure both transparency and the quality of the verification process and data (e.g., training of verifiers, pre-testing of the method, cross and re-checking of data, etc.)	
	Is Information Technology used in results verification? If so, please describe what and how.	
	Was the verification a one-off process or is it carried out routinely?	
	During the last 12 months how many times have verification visits been conducted?	
Findings from the application of the verification method	How consistent or accurate was the reporting on the quantity of services provided?	
	What was the definition of an error?	
	Please provide a quantitative measure of the (average) size of the error, if any (i.e., discrepancy between what was reported and what was observed via verification	
	Please describe any explanations that were given for the degree of error	
	Please describe any recommendations that were made or actions taken to reduce error	
	How consistent or accurate was the reporting on the quality (conditions) of services provided?	
	What was the definition of an error?	
	Please provide a quantitative measure of the (average) size of the error, if any (i.e., discrepancy between what was reported and what was observed via verification	
	Please describe any explanations that were given for the degree of error	

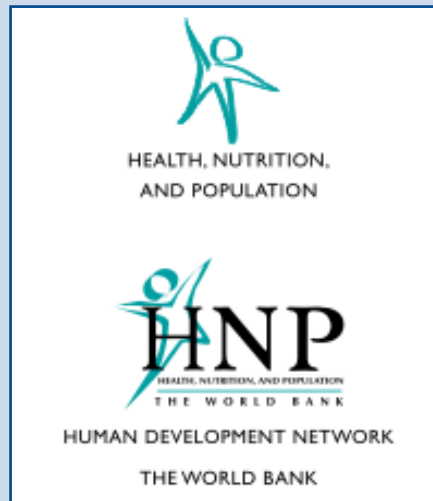
Scheme Component	Characteristics	Description
	Please describe any recommendations that were made or actions taken to reduce error	
	To what extent did beneficiaries actually receive the (quantity and quality of) services that were reported to have been provided?	
	What was the definition of an error?	
	Please provide a quantitative measure of the (average) size of the error, if any (i.e., discrepancy between what was reported and what was observed via verification	
	Please describe any explanations that were given for the degree of error	
	Please describe any recommendations that were made or actions taken to reduce error	
	Are any indicators, services, or data sources particularly problematic? If yes, why might that be the case?	
	What was the allowable margin of error? Why were certain thresholds set as allowable margin of error and why were they set at the chosen levels (and not e.g. higher or lower)?	
Use of Verification Findings	If known, how long was the interval between the decision to pay and actual payment?	
	If the size of the error was outside of the margin, what action was taken? (e.g., withholding of payment until error reduced, penalty or sanction, withdrawal from program, etc.)	
	If verification occurred after payment, was some kind of system instituted to recover over-payments or correct for under-payments? What kind of system?	



	How are discrepancies in data resolved?	
Discrepancies/ disputes	What is the procedure if the providers dispute the verification results?	
Verification Costs	What were the direct costs (in absolute figures) of implementing the verification method?	
	If possible, please provide an estimate of the major direct costs expenditures items for the verification.	
	What were the indirect costs of implementing the verification method (e.g. administration, training, etc)	
	If possible, please provide an estimate of the major indirect costs expenditures items for the verification.	
	What were the verification costs relative to financial incentives paid for performance (verification costs/performance payments)	
	What were the verification costs relative to the savings generated by reduced incentive payments?	
Challenges and Lessons	Has the verification method and/or process evolved over time? What changes have been made and why?	
	How do the provider respond to the verification process? Is there tension, cooperation? What are their main complaints?	
	What were the major strengths of the verification method, including any positive unanticipated benefits or effects?	
	What were the major challenges or weaknesses in implementing the verification? (problems, difficulties, constraints, obstacles)	
	Why did these problems occur and what measures were taken to address these problems?	
	What were the major lessons learned from applying this method, and any recommendations for the future for improving upon it?	







#### **About this series...**

This series is produced by the Health, Nutrition, and Population Family (HNP) of the World Bank's Human Development Network. The papers in this series aim to provide a vehicle for publishing preliminary and unpolished results on HNP topics to encourage discussion and debate. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this paper are entirely those of the author(s) and should not be attributed in any manner to the World Bank, to its affiliated organizations or to members of its Board of Executive Directors or the countries they represent. Citation and the use of material presented in this series should take into account this provisional character. For free copies of papers in this series please contact the individual authors whose name appears on the paper.

Enquiries about the series and submissions should be made directly to the Editor Martin Lutalo ([mlutalo@worldbank.org](mailto:mlutalo@worldbank.org)) or HNP Advisory Service ([healthpop@worldbank.org](mailto:healthpop@worldbank.org), tel 202 473-2256, fax 202 522-3234). For more information, see also [www.worldbank.org/hnppublications](http://www.worldbank.org/hnppublications).



## **THE WORLD BANK**

1818 H Street, NW  
Washington, DC USA 20433  
Telephone: 202 473 1000  
Facsimile: 202 477 6391  
Internet: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)  
E-mail: [feedback@worldbank.org](mailto:feedback@worldbank.org)